



รายงานการวิจัยฉบับความก้าวหน้า

เรื่อง

การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน
Developing the potential of families caring for bedridden patients
according to Buddhist principles in Lamphun Province.

โดย

พระปลัดธวัชชัย ขตติยเมธี,ดร.

ดร.จันทร์สม์ ตาปูลิง

พระสมบุรณ์ ดิกขวิโร

นางสาวกีมวรา สงวนเรือง

ดร.อธิเทพ ผาธา

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

MCU RS 800767059



รายงานการวิจัยฉบับความก้าวหน้า

เรื่อง

การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน
Developing the potential of families caring for bedridden patients
according to Buddhist principles in Lamphun Province.

โดย

พระปลัดธวัชชัย ขตติยเมธี,ดร.

ดร.จันทร์สม์ ตาปูลิง

พระสมบุรณ์ ดิกขวิโร

นางสาวกีมวรา สงวนเรือง

ดร.อธิเทพ ผาธา

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

MCU RS 800767059

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

Developing the potential of families caring for bedridden patients
according to Buddhist principles in Lamphun Province

By

Phrapalat Thawattchai Khattiyameatee, Dr.

Dr.Chantararat Tapuling

Phrasomboon Tikhatweero

Mrs. Pheemwara Sanguanruang

Dr.athitep Phata

Mahachulalongkornrajavidyalaya University. Lamphun Buddhist College

B.E.2567

Research Project Funded

By Mahachulalongkornrajavidyalaya University Lamphun Buddhist College

MCU RS 800767059

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำย่อ.....	(ก)
สารบัญ.....	(จ)
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย.....	๔
๑.๓ ปัญหาการวิจัย.....	๔
๑.๔ ขอบเขตการวิจัย.....	๔
๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	๕
๑.๖ กรอบแนวคิดการวิจัย.....	๖
๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	๖
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๗
๒.๑ สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง.....	๗
๒.๒ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง.....	๑๗
๒.๓ แนวคิดทฤษฎีครอบครัว.....	๒๗
๒.๔ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน.....	๓๓
๒.๕ แนวคิดการพัฒนาจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักพุทธธรรม.....	๕๓
๒.๖ บริบทพื้นที่การวิจัย.....	๙๘
๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๑๐๒
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๑๐๗
๓.๑ รูปแบบการวิจัย.....	๑๐๗
๓.๒ พื้นที่การวิจัย และประชากรผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	๑๐๘
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	๑๐๘
๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	๑๐๙
๓.๕ การวิเคราะห์ผลข้อมูล.....	๑๐๙

(ฉ)

บรรณานุกรม.....	๑๑๑
ประวัติผู้วิจัย.....	๑๑๓

บทที่ ๑

บทนำ

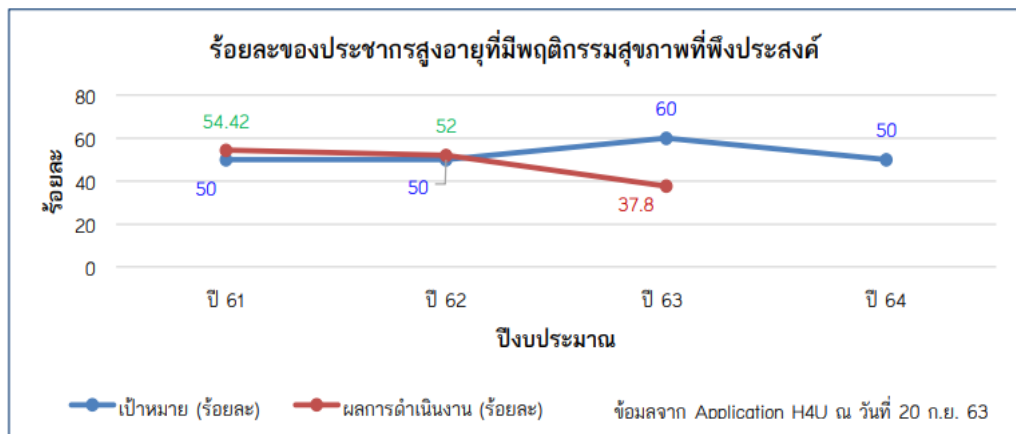
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากปัจจุบันเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในปี ๒๕๗๑ ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน ๖๐ ปี เกือบ ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด ในปัจจุบันผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) มีอยู่ ร้อยละ ๕๖.๕ วัยกลาง (๗๐-๗๙ ปี) มีอยู่ ร้อยละ ๒๙.๙ และวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปี ขึ้นไป) มีอยู่ ร้อยละ ๑๓.๖ ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ ๗๙.๕ ติดบ้าน ร้อยละ ๑๙.๐ และติดเตียง ร้อยละ ๑.๕ (สุภาดา คำสุชาติ, ๒๕๖๐) หากแบ่งผู้สูงอายุตามระดับ Activity Daily Living (ADL) แบ่งได้เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (กรมอนามัย, ๒๕๕๒)

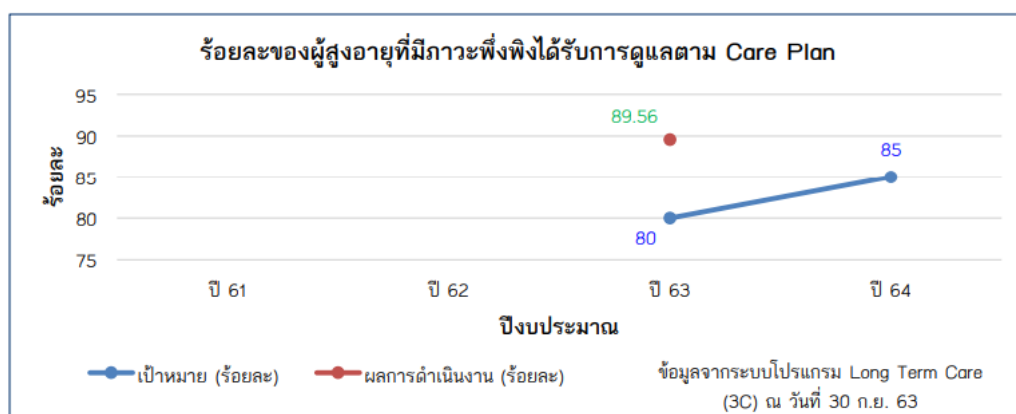
โครงสร้างประชากรไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการลดลงของจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยแรงงานกระทบกับศักยภาพการผลิต นอกจากนี้การเพิ่มของประชากรสูงอายุยังสะท้อนการเพิ่มขึ้นของภาระทางการคลัง จากจำนวนประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจสังคม และสุขภาพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ผู้สูงอายุไทยร้อยละ ๙๕ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑) โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ ๙) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ ๖) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ ๑) ขณะที่ มีเพียงร้อยละ ๕ ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ (กรมอนามัย, ๒๕๕๖) จำนวนผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน ๗,๖๘๙,๖๐๕ คน (ร้อยละ ๘๗.๓๐) ติดสังคม จำนวน ๗,๔๕๒,๒๗๔ คน ติดบ้าน จำนวน ๑๙๒,๒๙๐ คน และติดเตียง จำนวน ๔๕,๒๘๗ คน (รายงานข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๐ ก.ย. ๖๓)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนับเป็นกลุ่มที่มีภาระพึ่งพิงในการดูแลสูง เพราะต้องการผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งในสังคมไทยผู้ดูแลผู้สูงอายุมักเป็นผู้หญิง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ลูกสะใภ้หรือภรรยา การที่ญาติต้องมาทำหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้ต้องมีการปรับตัว มีภาระที่มากขึ้น ส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Lazarus, ๑๙๘๔) คำว่า ผู้ป่วยติดเตียง ในทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งอาจขยับตัวได้บ้าง แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในเรื่องอื่น ๆ ได้เลย โดยสาเหตุของการเป็นผู้ป่วยติดเตียงนั้นอาจมีได้มากมายไม่ว่าจะเป็นการประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ ไปจนถึงโรคประจำตัวก็ได้เช่นกัน จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่เสมอ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๑๘.๒ ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๓.๖ ต่อปี (คิดเป็น ๔๐๐,๐๐๐ คนต่อปี) ซึ่งตามการคาดการณ์การประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๒) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐.๖๖ ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๘.๕๕ ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้ การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดการณ์การด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ ๑๕,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคมและครอบครัว (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓: ๑๔)



รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓



ที่มา: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, รายงานประจำปี ๒๕๖๓ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓): ๑๔-๑๕

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย มีพันธกิจในการเตรียมความพร้อมของระบบบริการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประสานงานและสนับสนุนวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย ในการจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้ดำเนิน “โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ปี ๒๕๖๓” การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญ โดยในช่วงปีที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ ที่ให้การดูแลสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาท และในปี ๒๕๖๓ รัฐบาลเพิ่มขยายความครอบคลุมในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าถึงการดูแลที่ครอบคลุมทุกสิทธิ สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ ๑๒.๑ ล้านคนทั่วประเทศ และคาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ๑ ล้านคนที่ได้รับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่เน้นการบูรณาการจัดบริการสาธารณสุขและสังคม โดยให้ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานในระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและสังคมมากขึ้น (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, ๒๕๖๓: ๔๗)

นอกจากนั้น ในสังคมไทย ครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเมื่อต้องการการพึ่งพิง โดยพบว่า ร้อยละ ๙๕.๕ ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ที่บ้าน ด้วยค่านิยมความเรื่อง “ความกตัญญู” เป็นหน้าที่ของลูก หลาน หรือ ภรรยา ที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลต่อที่บ้านเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยให้การดูแลทั้งการทำกิจวัตรประจำวันและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลที่บ้านในระยะยาว พบว่า ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านอาชีพ ทำให้มีปัญหาเงินไม่พอใช้ ต้องมีหนี้สินและผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียดสูง โดยต้องให้การดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด ๒๔ ชั่วโมงขาดโอกาสทางสังคม เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง และไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชนและในการดูแลยังขาดหลักประกันในการดูแลที่บ้าน อีกทั้งขาดอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกในการดูแล และประสบปัญหาการเคลื่อนย้ายเมื่อผู้สูงอายุการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (ศิริณี ศรีหาภาค และคณะ, ๒๕๕๖, หน้า ๑๔๓-๑๔๘)

บริบทของพื้นที่ จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระการดูแลของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียง ปัญหา/ความต้องการของพื้นที่ จากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จังหวัดลำพูนมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปี

ขึ้นไป จำนวน ๑๓๓,๔๘๘ คน คิดเป็น ๑๘.๗ % ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลของโรงพยาบาล ลำพูน พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยติดเตียงเข้ารับการรักษากว่า ๖๕๔ (รายงานข้อมูลจังหวัด ลำพูน, ๒๕๖๖) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเป็นภาระหนักทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเงิน ครอบครัวผู้ดูแลมักเผชิญปัญหาหลายด้าน ดังนี้ ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระในการ พลิกตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ทำความสะอาด และช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่าย ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ดูแลมัก รู้สึกเครียด กังวล ซึมเศร้า ปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสูง ขาดแคลนความรู้ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมองว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวพุทธ จะช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงสนใจที่ศึกษาประเด็นเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน โดยการนำหลักธรรม ทางพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้คนดูแลมีความสุขกับการดูแล ผู้ป่วยและสามารถจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์การวิจัย

- ๑.๒.๑ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน
- ๑.๒.๒ เพื่อศึกษากระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ
- ๑.๒.๓ เพื่อพัฒนาการศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ

๑.๓ ปัญหาการวิจัย

- ๑.๓.๑ สภาพปัญหาการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูนเป็นอย่างไรบ้าง
- ๑.๓.๒ กระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธมีอะไรบ้าง
- ๑.๓.๓ การพัฒนาการศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ เป็นอย่างไร

๑.๔ ขอบเขตการวิจัย

๑.๔.๑ ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ ในจังหวัดลำพูน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา คือ

- ๑) สภาพปัญหาการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน
- ๒) กระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ
- ๓) การพัฒนาการศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ

๑.๔.๒ ขอบเขตพื้นที่

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่การวิจัย ๓ หมู่บ้านในเทศบาลตำบลต้นธง จังหวัดลำพูน ได้แก่ หมู่บ้านต้นธง หมู่บ้านศรี้อย และหมู่บ้านบ่อแฮ้ว

๑.๔.๓ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน คณะผู้วิจัยได้กำหนด ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม จำนวน ๑๕ คน ได้แก่

- (๑) กลุ่มผู้บริหารเทศบาลตำบลต้นธง จำนวน ๒ คน
- (๒) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน ๒ คน
- (๓) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๕ คน
- (๔) นักวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน ๓ คน
- (๕) นักวิชาการด้านพระพุทธศาสนา จำนวน ๓ คน

๑.๔.๔ ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย คือ ๘ เดือน เริ่มตั้งแต่ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

๑.๕ นิยามศัพท์ในการวิจัย

๑.๕.๑ การดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง การให้การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุน และการเป็นผู้ประสาน

๑.๕.๒ กระบวนส่งเสริมคุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ด้านร่างกาย สังคม จิตใจและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

๑.๕.๓ ครอบครัวตามแนวพุทธ หมายถึง การทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร ธิดา สามี ภรรยา พี่ น้องและญาติ ตามหลักทศ ๖ ทำให้คนในครอบครัวมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในยามตกระกำลำบาก

๑.๕.๔ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาสำหรับการดูแลผู้ป่วย หมายถึง พรหมวิหาร ๔ ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา และ สังคัตถุ ๔ ได้แก่ ทาน ปิยวาจา อตถจริยาและสมานัตตา

๑.๕.๕ ผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน หมายถึง ผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยเลือกพื้นที่ตำบลต้นธง จังหวัดลำพูน ได้แก่ หมู่บ้านสันต้นธง บ้านศรี้อย และบ้านบ่อแฮ้ว ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

๑.๖ กรอบแนวคิดการวิจัย



๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.๗.๑ ได้ทราบถึงสภาพปัญหาการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน
- ๑.๗.๒ ได้ทราบถึงกระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ
- ๑.๗.๓ ได้พัฒนาการศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ
- ๑.๗.๔ ได้องค์ความรู้จากกระบวนการพัฒนาศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการดำเนินงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นในการวิจัยในเชิงลึกต่อไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ๒.๑ สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง
- ๒.๒ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง
- ๒.๓ แนวคิดทฤษฎีครอบครัว
- ๒.๔ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน
- ๒.๕ แนวคิดการพัฒนาจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักพุทธธรรม
- ๒.๖ บริบทพื้นที่การวิจัย
- ๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง

๒.๑.๑ สถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีแนวโน้มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ ผู้สูงวัยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เพศชาย ๗๑.๓ ปี เพศหญิง ๗๘.๒ ปี ซึ่งจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระการดูแลที่มากขึ้น จากความเสื่อมทางร่างกายส่งผลต่อภาวะพึ่งพิง โดยส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น จากการรวบรวมสถิติทางประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เมื่อเปรียบเทียบดัชนีภาวะพึ่งพิง คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เทียบกับประชากรวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ ๑๕-๕๙ ปี ในจำนวน ๑๐๐ คน (๖๐+ / < ๑๕) พบว่า ภาวะพึ่งพิงของวัยสูงอายุที่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ ๑๐๔.๖ ต่อพันประชากรรองลงมา คือ ภาคกลาง ๘๕.๑ ต่อพันประชากร เปลี่ยนและจากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ ๒ ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะ “ติดเตียง” ที่ต้องการการพึ่งพิง คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากข้อมูลการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบว่า ประชากรวัยแรงงาน ๕ คน ต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คนและปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย คือ มีขนาดเล็กลง รูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปโดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๕๖ พบว่า ขนาดของครอบครัวเล็กลง

เป็นครัวเรือนเดี่ยวและครัวเรือนแหงกลาง มีการขยายตัวมากที่สุด จากความสัมพันธ์ทางสังคมและขนาดของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นสังคมเมืองมีเพิ่มขึ้น แรงงานภาคการเกษตรลดลงย้ายไปสู่ระบบแรงงานภาคอุตสาหกรรม และพนักงานที่ต้องทำงานประจำมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่ทางการเกษตรลดลง ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการขาดผู้เข้ามาเป็นดูแล อีกทั้งคนไทยยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านการดูแลสุขภาพ การเรียนรู้และคุณธรรม คุณภาพการให้บริการทางสาธารณสุขยังมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่างภูมิภาคโดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังมีความขาดแคลนบุคลากรเป็นอย่างมาก

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนทำให้มีความต้องการดูแลในภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริการทางด้านสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพที่ถดถอย อันเกิดจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามอายุ ส่งผลต่อระดับความต้องการการดูแล เมื่ออยู่ในวัยชราตอนปลาย หรือมีภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดในสมอง หรือการได้รับอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม และมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเดินทางเข้ามารับการบริการในสถานบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลตลอดเวลา

๒.๑.๒ การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเพื่อการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์การให้บริการด้านสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index) เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพของผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม ตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง ๐-๔ คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับสูง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ ๓ เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง ๕-๑๑ คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับปานกลาง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม ๒ เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการการพึ่งพิง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม ๑ เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุติดเตียง ใช้แบบประเมิน ADL (Activity daily living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบภาวะพึ่งพิง ความต้องการการดูแล และการจัดบริการการช่วยเหลือดูแล

ในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด Barthel ADL index มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ พบว่า สถานการณ์การพึ่งพิงในผู้สูงอายุชายมี ร้อยละ ๑.๗ ในผู้สูงอายุหญิงมี ร้อยละ ๒.๔ และเพิ่มขึ้นตามลำดับซึ่งมีผลต่อการสูญเสียปีสุขภาพที่ดีที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การสูญเสียปีสุขภาพ หรือ DALYs (Disability adjusted life years) เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งจากการตายและความบกพร่องทางสุขภาพ โดยคำนึงถึงระยะเวลาของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ จากการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีการสูญเสียปีสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ประมาณ ๑.๔ ล้านคน โดยมีสาเหตุลำดับที่ ๑ เพศชายและหญิงสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง อันดับรองลงมา ได้แก่โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคปอดอุดกั้น ตามลำดับ ทำให้ผู้สูงอายุไทยสูญเสียปีสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อความเป็นภาวะพึ่งพิงที่ยาวนาน จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นนโยบายในการดูแลระยะยาวโดยมีการให้ความหมาย การนอนติดเตียง (Bed bound elder) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้ แม้แต่การขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อายุมากอาจเกิดจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียงก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรงได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหารรุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ๒๕๕๔)

๒.๑.๓ สาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ

ประเทศไทยสาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุที่พบบ่อย พบว่า ร้อยละ ๔๐ มีโรคประจำตัว ๑-๒ โรค หรือมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่า ๒ ชนิดขึ้นไป ร้อยละ ๑๙ มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จากการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว และมีร้อยละ ๗ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาวะเจ็บป่วย ที่มีความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และการหกล้ม เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ, ๒๕๕๒) นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ๑ ใน ๔ คน บกพร่องทางการเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า ๖ เดือน ถึงร้อยละ ๑๙ และมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ ๔ ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมากมีประมาณ ร้อยละ ๑.๗-๒.๑ ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

๒.๑.๔ นโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐในประเทศไทย

ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ ๙/ ๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ และผ่านมติเห็นชอบของคณะกรรมการ

ผู้สูงอายุแห่งชาติในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการและจัดทำตามแผนยุทธศาสตร์ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตามงบประมาณ ๖๐๐ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่สนับสนุน การเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มติดเตียงที่ผ่านมาลักษณะการช่วยเหลือนั้นเป็นเพียงการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้า มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์การจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๖๑ จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทั้งหมด ประมาณ ๗๘,๐๐๐ คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

ดังนั้น ในร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ จึงให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ จากการระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายในทุกภาคส่วน ได้เข้ามาช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มภาครัฐ กลุ่มภาคเอกชน กลุ่มภาคเยาวชน เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่หลากหลายโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้รวบรวมจัดเก็บข้อมูลและทำเอกสาร เมื่อ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อดำเนินการกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยในการร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่มีความต้องการผู้ดูแลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ในการทำกิจกรรมประจำวันและการดูแลภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น มีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพและป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วม และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคมได้ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การดูแลและการสนับสนุนโดยครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง ประมาณ ๙๐๘-๑๑,๓๕๔ ล้านบาท (Srithamrongsawat, Bundhamcharoen, Sasat, Odton & Ratkjaroenkhajorn, ๒๐๐๙) โดยภาวะพึ่งพิงจากทุพพลภาพนำไปสู่การดูแลที่ซับซ้อน การบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐในประเทศไทย ได้มีการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ ในด้านการบริหารจัดการของภาครัฐ เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาธรรมาภิบาลภาครัฐในการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ มีมาตรการสำคัญ ๆ ที่ช่วยสนับสนุนการจัดบริการและปรับปรุงประสิทธิภาพกลไกการพัฒนา ดังนี้

มาตรา ๖๙ หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน หรือองค์กรใดที่ดำเนินกิจกรรมโดยใช้เงินแผ่นดิน มีหน้าที่ต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการดังกล่าวต่อสาธารณะ เพื่อให้พลเมืองได้ติดตามและตรวจสอบ มาตรา ๘๒ รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ และต้องจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่น ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล พัฒนาและสร้างโอกาสเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมอย่างยั่งยืน การกระจายอำนาจและจัดการกิจอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

มาตรา ๘๘ รัฐต้องดำเนินการนโยบายการเงิน การคลัง และงบประมาณภาครัฐ โดยยึดหลักการรักษาวินัยและความยั่งยืนทางการคลัง และมีการใช้จ่ายเงินแผ่นดินอย่างคุ้มค่า จัดให้มีระบบการเงินการคลังเพื่อสังคม มีระบบภาษีอากรที่มีความเป็นธรรมมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

ผลในการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยยุทธศาสตร์ที่ ๓ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่มุ่งเน้นที่การจัดบริการในชุมชนเป็นหลัก (ไม่มีมาตรการการให้บริการด้านระบบบริการในสถานบริบาลผู้สูงอายุ) มีการติดตามประเมินแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ ๑ และ ๓ ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดได้ไม่ถึงครึ่งโดยเฉพาะมาตรการ ร้อยละผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสูง (กลุ่มติดเตียง) ได้รับการเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง มีเพียงร้อยละ ๓๘.๗ ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงยังเข้าไม่ถึงบริการอยู่มาก จึงมีข้อเสนอให้เร่งขยายระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมมากขึ้น และเร่งกำหนดมาตรฐานกำกับบริการต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, ๒๕๕๖)

ในการขับเคลื่อนของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ผลักดันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการพัฒนาแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖) โดยมียุทธศาสตร์หลัก ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น ด้าน การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง และด้านการดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงิน/ การคลัง โดยมีการรายงานผลดำเนินงานต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๕ ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๖ สรุปได้ดังนี้

๑. ด้านการสนับสนุนการดูแลระยะยาวโดยท้องถิ่น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแบบการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และนำไปอบรมให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาตำบลดำเนินการในการจัดบริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ โดยเป็นการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และภาคส่วนต่าง ๆ

ผลการดำเนินงานปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๒๔๐ ชั่วโมงและ ๗๐ ชั่วโมง และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการฝึกอบรมผู้ดูแลโดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ครอบครัว อาสาสมัคร มีการประกาศเกียรติคุณแก่ ผู้มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุระดับดีเด่น จำนวนรวม ๒๒๘ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่พบว่า ยังขาดการสื่อสารต่อสังคมที่ให้เกิดกระแสการขยายตัวของจิตอาสา

๒. การดูแลระยะยาวที่รัฐส่วนกลางดำเนินงานในการดูแล กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนา เกณฑ์และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BADL Index) สุขภาพจิตและสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เริ่มนำไปจัดการอบรมเพื่อประเมินแยกกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และมีการนำผลงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการระยะยาว ชุดบริการเยี่ยมบ้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม รูปแบบการบริการกลางวัน ได้แก่การวิจัยเรื่อง “พัฒนา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการสู่ชุมชน” การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุแล้วเสร็จในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่มาตรฐานสถานบริบาล ยังไม่มีปรากฏ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๖) “การประกอบกิจการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ หากแต่ยังไม่พบการประกาศใช้ภายใต้ข้อบัญญัติท้องถิ่นแม้แต่แห่งเดียว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีการจัดตั้งบริการการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในสถานบริการภาครัฐใน รพ.สต. ๔ ภาค ๔ แห่ง ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดบริการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ๑๒ แห่งที่สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

๓. การดำเนินงานเพื่อการสนับสนุนการเงิน/ การคลัง กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สนับสนุนเงินซ่อมบ้าน ปรับปรุงที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐,๐๐๐ หลัง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนโครงการบ้านทอถิ่นไทยเทิดองค์ราชัน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัย “ผู้ต้องการการดูแลระยะยาว” สำหรับมาตรการทางการเงิน/ ภาษี ในการสนับสนุนภาคเอกชน กลุ่มที่ไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการ “สถานบริบาล” และสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวยังอยู่ในระหว่างการหารือ ยังไม่มีการดำเนินการคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ไว้ดังนี้

จุดแข็งของสังคมไทย คือ การยังคงมีวัฒนธรรมด้านความกตัญญูกตเวทิตา ความเข้มแข็งของเครือข่ายในสังคมชนบท เมืองกรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีระดับการขับเคลื่อนที่ดี แต่การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา มีข้อจำกัดจากการขาดกลไกสนับสนุน ด้านการคลังที่มีประสิทธิภาพ มีการแยกหน่วยงานที่ดูแลด้านสังคมและด้านสุขภาพ ขาดเอกภาพในการขับเคลื่อนและการผลักดันอย่างเป็นระบบ การให้ความสำคัญในระดับนโยบายยังไม่เอื้อในการพัฒนาการดูแลโดยการเห็นความสำคัญจากท้องถิ่นยังต้องพัฒนา ประเด็นที่คุกคามสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ล้วนบั่นทอนความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมยังไม่มีมีการปรับตัวรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การกำหนดกรอบวิสัยทัศน์และเป้าหมายในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้ แนวทางการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การพัฒนาในวัยสูงอายุให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันและชะลอความทุพพลภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดภาวะแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ การยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในการดูแลระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกัน

พัฒนาศักยภาพของประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งด้านศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness hub) และศูนย์กลางการบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic hub) เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขในประเทศรวมทั้งส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all policies) เพื่อสร้างการเอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๑ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงระยะยาวของรัฐยังไม่มีการพัฒนาเท่าที่ควรปัจจุบันเนื่องจากมีข้อจำกัดของการดูแลผู้สูงอายุการให้บริการของรัฐมีเฉพาะสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ ไม่มีผู้ดูแล และมีการให้บริการที่จำกัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัจย์, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์, ๒๕๔๙; ศิริพันธ์ สาสัจย์ และคณะ, ๒๕๕๒) อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลในสถานบริการที่รัฐต้องจ่ายเฉลี่ยประมาณ ๑๕,๐๐๐ บาท-๕๖,๕๐๐ บาทต่อเดือน ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐกิจในการดูแลของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๘๑,๕๓๗ บาทต่อปี ในขณะที่รายได้ของประชากรไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ ๑๘๗,๐๐๐ บาทต่อปี (วรเวศม์ สุวรรณระดา, ๒๕๕๒, หน้า ๒๓-๒๔; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๑)

จากภาระทางเศรษฐกิจในการดูแลระบบสุขภาพระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของสถานบริการของรัฐ กับการให้การดูแลโดยครอบครัวนั้น การดูแลโดยครอบครัว มีต้นทุนที่ต่ำกว่ามาก อีกทั้งประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในสถานบริการ เนื่องจากประเทศไทยมีความขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างมากโดยในปัจจุบันประเทศไทยมีอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของโลก และต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์ บรูไน ฟิลิปปินส์ เมื่อเทียบการดูแลผู้สูงอายุต่อแสนประชากร และแนวโน้มการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลต่อการจัดบริการในการดูแลระยะยาวสำหรับสถานบริการผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสำรวจแหล่งประโยชน์ในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลมีการให้บริการในการรักษาพยาบาลเฉียบพลันเป็นหลัก (Acute care oriented) การปรับตัวเพื่อรองรับการรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความจำกัด รวมทั้งขาดระบบบริการผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันหรือการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และการขาดแคลนบุคลากรในการให้บริการระยะกลางและระยะยาวโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน สำหรับการจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสถานบริการเอกชนสถานบริการของรัฐมีเพียงการจัดบ้านพักให้ (Residential home) เช่น บ้านบางแค และรับเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น สำหรับสถาน

บริการเอกชน จากการสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุของนิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่า มีการขึ้นทะเบียนสถานบริการผู้สูงอายุทั่วประเทศไทยมี ๑๙ แห่ง มีเพียง ๘ แห่ง ที่จดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีลักษณะการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนกับกองประกอบโรคศิลปะ สถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีจำนวน ๕ แห่ง สถานรับดูแลและบริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุจำนวน ๑๑ แห่ง (ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์ ๘ แห่ง กระทรวงแรงงาน ๘ แห่ง และไม่ขึ้นทะเบียน ๑ แห่ง) โดยผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและยังขาดมาตรฐานสถานบริการและขาดกลไกภาครัฐในการกำกับดูแลสถานบริการ ดังนั้น การให้การสนับสนุนการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสิ่งที่รัฐให้ความสนใจในการวางแผนการดูแลระยะยาว Long term care (LTC) โดยการสนับสนุนการช่วยเหลือดูแลโดยอาสาสมัครในชุมชน (Caregiver) และการติดตามเยี่ยมโดยพยาบาล (Care manager)

ในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นผู้ดูแลหลัก มากกว่าร้อยละ ๘๐ เพราะยังยึดมั่นในวัฒนธรรม เรื่องความกตัญญูกตเวที ความเข้มแข็งของสังคมชนบท และมีการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดูแลที่ดี โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารท้องถิ่นในระดับตำบลในบางแห่ง ทำให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นสามารถดำเนินการได้จริง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการขาดการออกแบกลไกการสนับสนุนด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนจากนโยบายระดับประเทศ ทำให้ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ต้องเผชิญกับปัญหาและหาทางออกในการดูแลอย่างไร้ทิศทางส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (จเร วิชชาไทย และคณะ, ๒๕๕๓; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ๒๕๕๗)

๒.๑.๖ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care: LTC)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นมีการสนับสนุนการทำงานตามศักยภาพและประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมให้มีการดำรงชีวิต การสร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาระให้แก่ ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

การส่งเสริมให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นวาระสำคัญที่ทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all policies) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายของทุกภาคส่วน การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนวัยสูงอายุ จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยติดเตียงที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ระบบสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โดยมีแนวคิดในการดูแลระยะยาว ๖ ประการ ดังนี้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, ๒๕๔๘; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนาวิชัย และธนิกานต์ ศักดาพร, ๒๕๕๒)

๑. เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความพิการ

๒. เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง
๓. มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน
๔. เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล Nursing home
๕. เป็นการจัดการบริการที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยด้านสุขภาพ
๖. มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในการดูแลฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง (Long term with extreme disabilities) ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามอายุที่สูงขึ้นและโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินอาการของโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรคที่เจ็บป่วยบางครั้งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล การพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ มีการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือการอุดตันทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (Total care) การนอนติดเตียง (Bed ridden) ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจง บางคนต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการอยู่รอดและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาทางเดินหายใจต้องพึ่งพิงออกซิเจน (Oxygen therapy) อาจมีการใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy care) การดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ (Suction) การเตรียมอาหารเหลว (Blenderized diet) การให้อาหารทางสายยาง (NG Tube or gastrostomy feeding) การทำแผลกดทับ การฉีดอินซูลิน การใส่สายสวนปัสสาวะ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น (กรมอนามัย, ๒๕๕๕)

สรุปแนวคิดการดูแลระยะยาวที่ถูกนำมาใช้และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุนาน (WHO, ๒๐๐๐; กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์, ๒๕๔๘; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, ๒๕๕๒; ศิราณี ศรีหาคาศ และคณะ, ๒๕๕๖) ดังนี้

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง อันเนื่องจากการเจ็บป่วยทุพพลภาพเป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานอย่างต่อเนื่องโดยมีกิจกรรมการดูแลที่มีความหลากหลาย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดขึ้นที่บ้านโดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลและสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาวในการดูแล ฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ต้องมีการให้ความสำคัญกับปัจจัยดังต่อไปนี้

๑. การสร้างระบบค่านิยมการมองประโยชน์ผู้อื่น ปลูกฝังความรักและความเมตตา และจิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก

๒. การสร้างความศรัทธาและความหวัง การมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้างความหวังและศรัทธา ความเชื่อในการดำเนินชีวิตบนโลกทั้งของตนเองและของผู้อื่น

๓. การปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลูกฝังการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ

๔. การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุติดเตียง ความเห็นอกเห็นใจในการมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับผู้สูงอายุที่ดูแล

๕. ส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ การแลกเปลี่ยนความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ

๖. การแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลด้วยความรัก

๗. ส่งเสริมการเรียนรู้ การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับความเป็นหนึ่งเดียวกัน เอาใจใส่และคิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น

๘. ประคับประครอง สนับสนุน และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการบำบัด

๙. ความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ

๑๐. การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตาย

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการดำเนินงาน ผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยการขับเคลื่อนทางสังคมโดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดปรัชญาหลักในการดูแลไว้ ๓ ด้าน (ศิริณี ศรีหามาต และคณะ, ๒๕๕๘) คือ

๑. ผู้สูงอายุมิใช่ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชนและรัฐให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

๒. ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๓. สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อีกทั้งได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้ ๕ ด้าน ประกอบด้วย

๓.๑ การเตรียมความพร้อมของประชากร

๓.๒ การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

๓.๓ ระบบคุ้มครองทางสังคม

๓.๔ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา และพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

๓.๕ การประมวล พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม

๒.๒ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง

จากการศึกษาวิจัยแนวคิด/ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่กล่าวถึงหลักการดูแลและการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง ที่จะต้องมีการดูแลเป็นอย่างดี และผู้ที่ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในหลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง มีความรู้ความเข้าใจในวิธีการดูแล ซึ่งแนวคิด/ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง มีหลักการปฏิบัติที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงติดเตียง มีสภาวะจิตใจที่ดีขึ้น และมีความสุข

๒.๒.๑ หลักการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาจมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็น ๔ รูปแบบ ได้แก่ ๑) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้ป่วยติดเตียงในปัจจัยสี่ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เป็นต้น ๒) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่ รับดูแลเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง ๓) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหา ระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัว ชุมชน องค์กร และ สถาบันทางสังคมต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ ๔) การดูแลในสถานการณ์พิเศษ^๑

นอกจากนี้แล้ว Swagerty DLJ., Takahashi PY, Evans JM. (๑๙๙๙) ยังได้ศึกษาแนวทางความช่วยเหลือ ผู้ป่วยติดเตียง โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาดูแลอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งมีจำนวน ๑๐ แนวทาง ได้แก่

๑. ตั้งใจและใส่ใจฟังเรื่องราวจากมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ โดยไม่ตั้งใจสงสัย เพราะเป็นความจริงที่เกิดขึ้นในส่วนของเขา เขารู้สึกรู้สึกว่าถูกทรมาณ เป็นทุกข์จากสภาพดังกล่าว
๒. ประเมินความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยติดเตียงก่อนเสมอ
๓. ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็นเพื่อประเมิน สภาพโรคของผู้ป่วยสูงอายุ
๔. หากญาติมาด้วยให้สังเกตปฏิกริยาระหว่างญาติกับผู้ป่วยก่อน อย่าไกล่เกลี่ยหรือกลบเกลื่อนความ ขัดแย้งระหว่างคนสองฝ่ายในทันที
๕. ประเมินความต้องการของทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติว่าต่างฝ่ายต่างต้องการอะไร ทำอย่างไรจึงจะอยู่ กันได้อย่างมีความสุขขึ้น

^๑สายฤดี วรกิจโกศกาทรร ประภาพรรณ จุเจริญ กมลพรรณ พันพิ่ง สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด, “ระบบการดูแลของผู้ป่วยติดเตียง”. อ่างใน **ปรับแนวคิด ร่วมชีวิตผู้สูงวัย : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ๑๗ กลุ่มประชากรผู้ป่วยติดเตียง**, (เครือข่ายนักวิจัย MERIT จาก ๕ สถาบันในมหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๐), หน้า ๘๑-๘๔.

๖. ขออนุญาตไปเยี่ยมบ้านเพื่อหาหนทางให้ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นที่บ้าน จะได้เป็นภาระกับ ญาติน้อยลง อย่าทำให้ญาติรู้สึกว้าไปจับผิดที่เขาไม่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๗. เมื่อไปเยี่ยมบ้าน ให้ประเมินการใช้ชีวิตด้วยตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน ความเสี่ยงอันตรายต่างๆ โอกาสในการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย หรือทำกายภาพบำบัด

๘. ปรึกษาทิมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาทางช่วยเหลือสุขภาพของครอบครัว เช่น

๘.๑ แพทย์ หาทางควบคุมอาการ ไม่ให้ลุกลามหรือเป็นที่น่ารำคาญแก่คนใกล้ชิด ปรับตำรับ ยาให้ใช้ง่ายไม่ยุ่งยาก

๘.๒ พยาบาล เยียวยาสภาพจิตใจ สภาพบาดแผล ความไม่สุขกายสุขใจต่าง ๆ

๘.๓ นักสังคมสงเคราะห์ ช่วยครอบครัวหาทางออก แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยตนเองได้ในระยะ ยาว ประสานกับผู้นำชุมชนเพื่อดูแลสมาชิกชุมชนเดียวกัน

๘.๔ นักกายภาพบำบัด ออกแบบท่าทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพบ้าน และการ ใช้ชีวิต เป็นต้น

๙. นัดหมายติดตามดูแลครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ปรับเป้าหมายเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป อาจนัดพบกัน ที่บ้านหรือสถานพยาบาลที่สะดวกกับทุกฝ่าย

๑๐. สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาครอบครัวได้ดี ขึ้น จึงจะส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุในระยะยาว

ผู้ป่วยติดเตียงประเภทกลุ่มติดเตียงเป็นผู้ที่มีความจำกัดทางกายด้านใดด้านหนึ่งมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวทั้งร่างกายและส่วน แขน-ขา จะทำการประเมินโดยการประยุกต์ใช้แบบประเมิน stroke rehabilitation assessment of movement (STREAM) โดยแบบประเมินประกอบด้วย

๑) การเคลื่อนไหวส่วนแขน (upper extremity)

๒) การเคลื่อนไหวส่วนขา (lower extremity)

๓) การเคลื่อนไหวพื้นฐาน (basic mobility)

มีทั้งหมด ๓ ด้าน ๆ ละ ๑๐ ข้อโดยจะมีการให้คะแนนการทดสอบ สมรรถภาพทางกาย ดังนั้นจะทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านไหนและสามารถประเมินหลัง ได้รับการออกกำลังกายเพื่อการรักษาหรือสอดคล้องกับอาการที่เป็น โดยใช้คะแนนเป็นตัวประเมินว่าดีขึ้น แย่ลง หรือคงที่ โดยประเมินข้างที่อ่อนแรง ซึ่งผู้ประเมินควรสาธิต ทำประเมินให้ผู้ป่วยติดเตียงเข้าใจก่อน^๒

หลักสำคัญของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยตัวผู้ป่วยติดเตียงเอง ก็คือ ต้องให้ผู้ป่วยติดเตียงเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีความสุขกายสบายใจในขั้น

^๒ มหาวิทยาลัยมหิดล, คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพของผู้ป่วยติดเตียง (ฉบับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล), (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๐), หน้า ๔๒.

ปลายของชีวิต ดังคำที่ว่า “เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน” การดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยตัวผู้ป่วยติดเตียงเอง หมายถึง จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ ผู้ป่วยติดเตียงที่มีความสุข ความพอใจตามอรรถภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อชุมชน และต่อสังคม เพื่อที่จะนำไปสู่การได้รับค่ายกย่องและสรรเสริญจากสังคมโดยรวม สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมีชีวิตที่เป็นสุข ๓ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๓ ประการ ดังนี้^๓

๑. การมีสุขภาพดี หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย สุขภาพกายที่ดี สุขภาพจิตที่ดี สุขภาพทางสังคมที่ดี และ สุขภาพทางปัญญาที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเน้นที่จะทำให้อวัยวะอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเตียงสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย โดยยึด หลัก ๑๑ อ. เพื่อสุขภาพกายใจที่ดี คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อัจฉริยะ/ปัสสาวะ อากาศ (แสง) อาทิตย อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องปรับการดูแลให้ เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกันหรือการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เท่ากัน โดยขึ้นอยู่กับสุขภาพและการใช้ชีวิตใน วัยที่ผ่านมา^๔

๒. การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน คือ มีส่วนร่วมในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ ตามอรรถภาพ โดยยัง ประโยชน์ต่อตนเองและประโยชน์ต่อผู้อื่นสมเป็นสัปบุรุษ (คนดี) กล่าวคือ ต้องเตรียมตัวเตรียมใจยอมรับ สภาพการณ์ในชีวิต ควรจะหางานอดิเรกหรือกิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เช่น การอ่าน เขียนหนังสือ ทำบุญทำทาน ออกกำลังกาย การรดน้ำต้นไม้ และเก็บกวาดบ้าน เป็นต้น ดังนั้น ผู้ป่วยติดเตียงต้อง ทำงานเพื่อเป็นการพึ่งตนเองให้มากที่สุด และอย่าพึ่งคนอื่นเป็นดีที่สุด

๓. มีความมั่นคงในชีวิต หมายถึง มีหลักประกันในชีวิตหรือความมั่นคง ๓ เรื่อง ประกอบด้วย ๑) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คือ มีเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะต้องรู้จักเก็บหอมรอมริบตั้งแต่วัยหนุ่มสาว เพื่อจะได้มีไว้ช้อนาคต ทั้งยามปกติ ยามชรา และยามเจ็บป่วย ๒) ความ มั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย ไปไหนมาไหนไม่มีใครมาทำร้าย รวมไปถึงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่เป็นส่วนตัว บรรยากาศดี และมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ จำเป็น และ ๓) ความมั่นคงในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม คือ มีครอบครัวที่ดี อยู่ร่วมกันด้วยความ ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อครอบครัวดี ร่มเย็นเป็นสุข ชุมชนก็จะดี ร่มเย็นเป็นสุข เมื่อชุมชนดี ร่มเย็นเป็นสุข ประเทศชาติก็ดี ร่มเย็นเป็นสุขเช่นกัน รวมไปถึงการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

^๓ เกียรติศักดิ์ ชื่อเลื่อมและคณะ, “คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยติดเตียงไทย”, วารสารควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๓๗ ฉบับที่ ๓ (ก.ค.-ก.ย. ๕๔) : ๒๒๒-๒๒๘.

^๔ (www.elip-online.com)

หลักปฏิบัติเบื้องต้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่เป็นการดูแลสุขภาพองค์รวม การที่ผู้ป่วยติดเตียงจะมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งกายและใจอาศัยหลัก ๑๐ อ ในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนี้

๑. อาหาร กินอาหารครบ ๕ หมู่ทุกวัน และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว ๒. อากาศ อยู่ในที่ร่มรื่น อากาศสดชื่นถ่ายเทได้สะดวก ๓. ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ วัน วันละ ๓๐ นาทีอย่าง ต่อเนื่อง ๔. อุดจระ เป็นประจำทุกวัน ๕. อนามัย หมั่นดูแลสุขภาพร่างกาย ปากและฟัน อยู่เสมอ เมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติต้องรีบปรึกษาหมอ ๖. อุบัติเหตุ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการพลัดตกหกล้มให้มากขึ้น ๗. อารมณ์ ทำจิตใจให้สบาย แจ่มใส ไม่เครียด เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว เพื่อนบ้านและสังคมเป็นประจำ ๘. อติเรก หางานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้วเกิดความเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ ๙. อบอุ่น สร้างความรักความผูกพันกับลูกหลานญาติสนิทมิตรสหาย รู้จักโอนอ่อนผ่อนปรน ปล่อยวาง ให้อภัย เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ๑๐. อนาคต เตรียมตัวเตรียมใจที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมี สติ ไม่ว่าจะเป็นสภาพร่างกาย จิตใจ บทบาทและสถานภาพทาง สังคม ส่วนที่ ๓ การดูแลสุขภาพองค์รวม อาหารและโภชนาการที่ดี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความต้องการพลังงานและสารอาหารจะน้อยกว่าคน วัยอื่น ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง เช่น ความสามารถในการบดเคี้ยวย่อยอาหาร การรับรู้รสชาติ การขับถ่าย ฯลฯ โภชนาการ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงจึงควรปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดต่าง ๆ ในผู้ป่วยติดเตียงที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงอยู่แล้ว ในแต่ละวันควรได้รับ สารอาหารครบทั้ง ๕ หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะและแต่ละหมู่ควรเลือกกิน ให้หลากหลาย เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบตามที่ร่างกายต้องการ ดังนี้ ๑. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต คือ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน แป้ง เผือก และมันสำปะหลัง กลุ่มนี้เป็นสารอาหารหลัก และให้พลังงานแก่ร่างกาย มากกว่าสารอาหารกลุ่มอื่น ผู้ป่วยติดเตียงจึงควรรับประทานอาหารกลุ่มนี้ แต่พออิ่ม คือ ข้าวมีเื่อละ ๒ ทัพพี ควรเลือกเป็นข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ เพราะมีวิตามินสูงกว่าข้าวไม่ขัดสี แต่ต้องระวังไม่รับประทานมากเกินไป เพราะอาจเป็นโรคอ้วนและน้ำตาลในเลือดสูงได้ ๒. อาหารประเภทโปรตีนหรือเนื้อสัตว์ และงา ถั่วชนิดต่าง ๆ อาหาร กลุ่มนี้จำเป็นสำหรับการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่เสื่อมถอย ผู้ป่วยติดเตียงควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่มีหนังหรือไขมันมากเกินไป โดยเฉพาะเนื้อปลา ที่ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ไข่ที่ให้โปรตีนและแร่ธาตุเหล็กสูง ถั่วเมล็ดแห้งและ งาดำที่ทำได้ง่าย ราคาไม่แพง นำไปเป็นส่วนผสมในอาหารได้หลากหลาย ๓. อาหารประเภทผักต่าง ๆ ผักจะให้วิตามิน เกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย และมีใยอาหารช่วยในการขับถ่าย ผู้ป่วยติดเตียงควรกินผักมาก ๆ แต่ ไม่ควรกินผักดิบ เพราะย่อยยากและอาจทำให้ท้องอืดได้ ๔. อาหารประเภท^๕

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักการปฏิบัติของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เนตรนภา ชุมทอง ด้วยสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาที่จะมี แต่ทำไมบางคนมี บางคนไม่มี เป็นคำถามที่เราต้องมาช่วยกันหาคำตอบ การมีสุขภาพดี มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายอย่าง เช่น ปัจจัย

^๕ ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ (สสส.), **ท้องถิ่นร่วมใจดูแลผู้สูงวัยในชุมชน**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๐), หน้า ๔๔-๔๕.

ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ชีวิต ปัจจัยที่สำคัญมากต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีของเราแต่ละคนในทุก เพศและทุกวัย คือ พฤติกรรมการใช้ชีวิตหรือดำเนินชีวิตใน ๓ เรื่อง คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ หรือเรียกย่อ ๆ ว่า “๓ อ.” อาหาร เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ช่วยให้ร่างกาย เจริญเติบโต แข็งแรง ให้พลังงาน ความอบอุ่นต่อร่างกาย และช่วยควบคุม การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ ดังนั้น จึงควรเลือกกิน อาหารที่สะอาด ปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ ครบ ๕ หมู่ สัดส่วนที่เหมาะสม ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และลดอาหารที่มัน หวาน และเค็มด้วย ออกกำลังกาย ช่วยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และช่วยฟื้นฟู สภาพร่างกาย ทำได้ทุกคน ทำด้วยความพอดีไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป ทำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน หรืออย่างน้อยวันเว้นวัน วันละ ๓๐ นาทีทำได้ตาม ความสะดวก ทั้งในบ้าน นอกบ้าน และที่ทำงาน อารมณ์ ที่เป็นสุข มั่นคง มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม แม้มีอารมณ์เครียดหรืออารมณ์ด้านลบ แต่รู้จักการดูแลอารมณ์นั้น ๆ ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม การมีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง ๓ อ. จึงเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ ถ้าเรามี ฉันทะและวิริยะ กล่าวคือมีความรัก ความมุ่งมั่นที่จะทำการมีสุขภาพดีจะเกิดได้ไม่ยากกับทุกคน^๒

บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพทางกายในผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพในการดำรงชีวิตที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดำรง การเคลื่อนไหวที่เคยทำได้เอาไว้มีบทบาทในสังคมโดยไม่ติดขัด มีหลักการในการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

๑. ต้องให้ผู้ป่วยติดเตียงทำเองเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นมากเท่าที่ทำได้ (independent as possible)

๒. ผู้ป่วยติดเตียงควรดำรงรักษากิจกรรมทางกายประจำวันที่เคยทำได้ไว้ให้นานที่สุด เช่น งานบ้าน ทำสวน ทำครัว เดินขึ้นลงบันได ฯลฯ กล่าวคือ เคยทำได้แค่ไหนต้องพยายามทำให้ได้แค่นั้นในทุกกิจกรรม (keep activities as possible)

๓. เพื่อป้องกันการล้ม กิจกรรมที่ใช้ควรมีท่าทางการออกกำลังกาย ที่มีความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับจุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย ให้ครบทั้ง ๓ ท่า คือ ท่านั่ง ทำยืน และท่านอน ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาการทรงตัวและระบบประสาทของผู้ป่วยติดเตียงได้ (lower the risk of fall as possible)

๔. ออกกำลังกายที่ต้องทำซ้ำ ๆ เคลื่อนไหวด้วยท่าง่าย ๆ และที่สำคัญจะต้องเคลื่อนไหวให้เต็มช่วงการเคลื่อนไหวและรอบข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย (full range of motion as possible)

๕. ต้องทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและยอมรับว่า กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งที่จะต้องบูรณาการเข้าไปในชีวิตประจำวัน (incorporate into daily lifestyle)

^๒ มูลนิธิหมอชาวบ้าน, **อยากสุขภาพดีต้องมี ๓อ.** สำหรับวัยสูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๐), หน้า ๑.

๖. หากเป็นไปได้ ผู้ป่วยติดเตียงควรเพิ่มเติมการออกกำลังกายให้ตนเองอย่างมีเป้าหมายที่เป็นจริง (set possible targets)^๗

๒.๒.๒ หลักการพัฒนาสุขภาพ

การพัฒนาบุคคลและสังคมตามแนวพระพุทธศาสนานั้นต้องพัฒนาร่วมกันหลายอย่างเช่น การพัฒนากาย การพัฒนาจิต การพัฒนาปัญญา เข้าด้วยกันจึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยไม่เน้นอย่างใดอย่างหนึ่ง คำกล่าวของท่านพุทธทาสภิกขุที่ว่า “มนุษย์เราจะเป็นมนุษย์อยู่ได้ ก็เพราะกำลังประกอบอยู่ด้วยธรรม มิฉะนั้นจะต้องสูญเสียความเป็นมนุษย์หรือถึงกับต้องตายในที่สุดโดยไม่ต้องสงสัยเลย” เพื่อให้มนุษย์เข้าใจและทบทวนตนเองว่าในการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพภายใต้ความซับซ้อนของบริบทในสังคมไทยจะมีแนวทางในการพัฒนาตนและสังคมไปในทิศทางใด ปัจจุบันสังคมไทยนั้นมีปัญหาต่าง ๆ มากมายหาความสงบไม่มีทั้ง ๆ นี้เป็นดินแดนแห่งพระพุทธศาสนา มากกว่า ๒๕๐๐ ปี โดยเมื่อพิจารณาแล้วสาเหตุที่แท้จริงจะพบว่ามูลเหตุของปัญหาต่าง ๆ ในสังคมจะมีจุดกำเนิดจากความเสื่อมทางจิตใจของคนในสังคมเป็นประเด็นหลัก อันเนื่องมาจากการขาดคุณธรรมประจำใจ มองเห็นวัตถุสำคัญกว่าจิตใจ วิ่งแสวงหาแต่ความเจริญทางวัตถุ บริหารงานโดยเน้นแต่ผลประโยชน์สูงสุดโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพทางด้านกาย จิต สังคม ดังนั้นการแก้ปัญหาตามคำสั่งสอนในพระพุทธศาสนาอย่างถูกต้องที่สุด ก็คือ การพัฒนาบุคคลในสังคมให้มีศีลธรรมประจำใจ การปลูกฝังศีลธรรมให้เกิดขึ้นในจิตใจให้ได้ มิฉะนั้นแล้วจะเข้าช่วยที่ว่าศีลธรรมไม่กลับมา โลกจะวิनाศ เนื่องจากบ้านเมืองไทยในเวลานี้เต็มไปด้วยปัญหาทั้งในด้านปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม ปัญหาการเมือง ดังนั้นน่าจะถึงเวลาที่เราจะกลับไปหาแนวทางในการพัฒนาตนและสังคมให้ดีขึ้นผ่านการยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้วยศาสนา^๘ และดึงเอาความสงบสันติมีสุขภาพกลับมาสู่สังคม

สังคมไทยในปัจจุบันตกอยู่ในสถานะของการขาดความสมดุล หรือความพอดี โดยสถานการณ์ด้านสังคมของประเทศนั้นมีข้อมูลหลายประการที่บ่งชี้ว่าสังคมไทยอยู่ในภาวะเจ็บป่วย (Social Illness) จำเป็นที่จะต้องได้รับการเยียวยา พัฒนา และเตรียมการป้องกันในทุกๆระดับ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่สั่งสมมานาน อาทิเช่น ปัญหายาเสพติด อาชญากรรม ปัญหา สุรา บุหรี่ ซึ่งมีแนวโน้มว่าเด็กและเยาวชนมีการบริโภคเพิ่มขึ้น เด็กและเยาวชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงขึ้น การมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกอายุน้อยลง และมีค่านิยมใหม่ในการแลกเปลี่ยนคู่นอนในหมู่วัยรุ่น นอกจากนี้ยังปรากฏว่ามีความขัดแย้งทุกระดับทั้งปัจเจก และชุมชน นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมรวมทั้งผลกระทบจากโลกาภิวัตน์ เป็นตัวเร่งในการดูดซึมวัฒนธรรมตะวันตกและพฤติกรรมมาร

^๗ มหาวิทยาลัยมหิดล, คู่มือการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการสร้างเสริมสมรรถภาพของผู้ป่วยติดเตียง (ฉบับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล), (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ๒๕๖๐), หน้า ๑๔.

^๘พุทธทาสภิกขุ, เปลี่ยนคนเป็นมนุษย์, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์, ๒๕๕๐), หน้า ๖.

^๙พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ), หัวใจพระพุทธศาสนา ศาสนาคือสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์, (กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, ๒๕๕๕), หน้า ๓๑.

บริโศก ซึมซับวัฒนธรรมต่างชาติโดยไม่รู้เท่าทัน ขาดภูมิคุ้มกันโดยปรับตัวไม่ได้ ความเสื่อมถอยทางจริยธรรม วัฒนธรรม และชาติจิตสำนึก รวมทั้งสถาบันทางศาสนาขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพในการเผยแพร่ จูงใจ และมีพฤติกรรมบริโศกแบบเลียนแบบวัตถุนิยม และเป็นเหยื่อกับด้านเทคโนโลยีสื่อสารที่ทันสมัยที่เป็นตัวสื่อสร้างกระแสค่านิยมของวัยรุ่น การเพิ่มขึ้นของหนี้สินบัตรเครดิต อาชญากรรมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเคลื่อนย้ายคนโดยเสรี เป็นผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคใหม่ ๆ โรคระบาดซ้ำ อาชญากรข้ามชาติ เครือข่ายข้ามชาติ และการค้ามนุษย์

สภาพปัญหาดังกล่าวนี้ไม่ได้ปรากฏเฉพาะในภาพรวมของประเทศเท่านั้น แต่ในพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน ก็มีแนวโน้มของปัญหาที่พบสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นสิ่งที่น่าพิจารณาว่าจะใช้กระบวนการพัฒนาสังคมในระดับพื้นที่อย่างไรเพื่อให้สังคมในระดับตำบล หมู่บ้าน ซึ่งเป็นรากแก้วของประเทศมีภูมิคุ้มกันต่อกระแสต่าง ๆ จากภายนอกที่มาปะทะ มีความรู้และมีคุณธรรมในการดำเนินชีวิต จนพัฒนาไปเป็นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขอย่างแท้จริง ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เองก็ได้กำหนดยุทธศาสตร์สังคม โดยระบุว่าสังคมไทยที่พึงปรารถนา คือ สังคมที่ดีงาม และอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน หมายถึง สังคมแห่งความพอเพียงและสันติ มีเศรษฐกิจพอเพียง ไม่ทอดทิ้งกัน มีความเป็นธรรม มีวัฒนธรรม มีคุณธรรม มีความเข้มแข็งทางสังคม และสามารถรักษาสสมดุลในตัวเอง และกับโลกภายนอกท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง สำหรับแก่นที่แท้จริงของสังคมอยู่เย็นเป็นสุข คือ คนในสังคมมีคุณธรรม โดยมีพระพุทธศาสนาเป็นรากฐานทางวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต และพระพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนที่จิตใจให้มีความคิดในทางที่ถูกต้อง เกิดปัญญาในทางที่ชอบ โดยกระบวนการพัฒนาปัญญาที่สำคัญ มี ๓ ประการ คือ

๑. ต้องสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จนเกิดสัมมาทิฐิภายในตัวผู้เรียนเอง ไม่สามารถยึดเยียดได้

๒. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาปัญญา

๓. ให้ความสำคัญกับกัลยาณมิตร ซึ่งเป็นเพื่อนแท้ที่จะบอกแนวทางหรือให้คำแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาปัญญา

สังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข มีรากฐานจากการที่คนในสังคมมีสัมมาทิฐิ คือ รู้ เข้าใจคิดเห็นดีงาม ถูกต้องตรงตามความจริง ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ดีงาม เห็นแก่ตัว ลดลงเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมมากขึ้น ดังนั้นการจะพัฒนาคนให้เกิดสัมมาทิฐิขึ้นภายในตนเองได้ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมมาทิฐิมีเหตุปัจจัยเกิดขึ้น ๒ ประการ คือ จากกัลยาณมิตร และจากการทำภายในใจของเรา โดยแยกคายเป็นการคิดที่ถูกต้อง หรือคิดเป็น ถือ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด จึงต้องสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ผู้คนเป็นผู้สามารถฝึกตนเองให้เป็นผู้ที่มีทักษะในการใคร่ครวญ พิจารณา สืบค้น และสามารถพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมด้วยตนเอง

ดังนั้น รูปแบบของกระบวนการเรียนรู้ อาจมีรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การฝึกอบรม การดูงาน การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาจากตำรา ฝึกฝนจากการลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง ฯลฯ ซึ่งในกระบวนการพัฒนาจิตด้วยตนเอง ต้องอาศัยการตั้งใจมั่น มีใจเด็ดเดี่ยวที่จะกระทำตามที่มีมุ่งหวังไว้ มีกัลยาณมิตรคอยแนะนำ และปรับสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลหรือจูงใจในการพัฒนา และ

หลักพุทธธรรมที่สามารถนำมาปรับใช้เป็นฐานในกระบวนการพัฒนาสังคม เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้จนเกิดสัมมาทิฐิได้ ส่วนหลักการของ ศีล สมาธิ ปัญญา ว่าด้วยประเด็น สัมมาอาชีวะ เป็นการประกอบการโดยสุจริต เกื้อกูลต่อชีวิตและสังคม สำนักรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากศาสนาทำให้ผู้ที่นับถือเป็นคนฉลาดเป็นคนดีเป็นคนฉลาด เป็นคนดี และเป็นคนมีความสุข^{๑๐} รวมทั้งยังทำให้สังคมดีขึ้น และมีสติปัญญาในการดำรงชีวิต การใช้สอยทรัพย์สินด้วยสติปัญญา บนฐานความคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่มีรากฐานมาจากคุณธรรมทางศาสนา ความชัดเจนในแง่มุมของการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันแต่ไม่ใช่สิ่งที่จะเข้าใจโดยง่าย จึงต้องมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกและเกิดปัญญาเข้าใจแก่นของปัญญาจนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ซึ่งอาจเริ่มจากการวิเคราะห์แก่นของปัญหา สาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาที่เป็นประโยชน์และเป็นธรรม ตั้งปณิธาน ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง อดทนอดกลั้นอดออม และละวางความชั่ว ความทุจริตทั้งปวง รวมไปถึงการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านสถาบันครอบครัว เป็นอีกมิติหนึ่งของการพัฒนาสังคมบนฐานพุทธธรรม เพราะความสุขของครอบครัวคือสันติสุขของสังคม โดยส่งเสริมให้บิดามารดา ผู้ปกครองอบรมบุตรหลานด้วยหลักพรหมวิหาร ๔ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ซึ่งจะเป็ต้นแบบในการฝึกเด็กให้เรียนรู้และปฏิบัติต่อผู้อื่นด้วยความรู้สึกที่ดีงาม มีปัญญาที่รับผิดชอบตนเองได้

พุทธธรรมมีแนวในการพัฒนาบุคคลและสังคม โดยเริ่มตั้งแต่ความเชื่อว่า ชีวิตคือการศึกษ (Life is Education) แปลว่า ชีวิตกับการศึกษาเป็นอย่างเดียวกัน^{๑๑} ดังนั้นมีชีวิตอยู่ก็ต้องมีการศึกษาอยู่ตลอดเวลา และสิ่งที่พระพุทศศาสนาเน้นให้พุทธศาสนิกชนเรียนรู้คือ เรื่อง “กรรม” คือ การที่จะต้องปฏิบัติเองเพื่อสนองความต้องการของตนโดยใช้ปัญญาทั้งการรู้แจ้งทางโลกและความสามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้ ด้วยความไม่ประมาท ในการทำงาน การดำเนินชีวิตด้วยความเมตตาเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์และสิ่งแวดล้อม

ในการพัฒนาความสุขให้กับผู้ป่วยติดเตียงได้ทำให้เกิดความสุขทั้งทางจิตใจ อารมณ์ และร่างกาย เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายที่ถดถอยคงเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่จะใช้ชีวิตอย่างไรให้มีความสุขกับสิ่งที่เป็นอยู่ต่างหาก คือเรื่องสำคัญที่ผู้สูงวัยทุกคนต้องเตรียมรับมือให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มีคุณภาพและมีความสุขสมวัย ด้วยการปฏิบัติตามหลัก ๑๑ อ. เพื่อให้เกิดความสุข ดังนี้

อ. ที่ ๑ อาหาร คาถากายสิทธิ์สำหรับผู้สูงวัยที่ต้องท่องจำให้ขึ้นใจในการเลือกซื้ออาหารบริโภคคือ “ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม” และควรลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมัน แต่ให้เพิ่มใยอาหารจากผักผลไม้ถั่วทุกชนิดมันเทศ ฯลฯ รวมถึงอาหารพวกที่มีแคลเซียมมากขึ้น เพื่อนำไปเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง

^{๑๐} เตือน คำดี, ศาสนศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๕๑), หน้า ๒๔๘.

^{๑๑} สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (๒๕๕๑). **ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, หน้า ๕๓

อ. ที่ ๒ อากาศ การดูแลธรรมชาติรอบตัวเรา เพื่อให้ร่างกายได้อากาศบริสุทธิ์ แต่ด้วยสภาพแวดล้อมปัจจุบันมากด้วยมลพิษจึงขอแนะนำ การฝึกลมปราณด้วยการนั่งขัดสมาธิง่าย ๆ

อ. ที่ ๓ ออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุอาจเริ่มต้นออกกำลังกายได้ง่าย ๆ ด้วยการเดินหรือการบริหารข้อต่าง ๆ ในร่างกาย สิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างเคร่งครัดก็คือควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายประมาณ ๕-๑๐ นาทีและใช้เวลาในการออกกำลังกาย ๑๕-๒๐ นาทีและจบลงด้วยการผ่อนคลาย ๕-๑๐ นาทีและทุกครั้งในการออกกำลังกายไม่ควรล้มหายใจหรือสูดลมหายใจแรง ควรหายใจเข้าและหายใจออกยาวสม่ำเสมอและควรออกกำลังกายอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ครั้งละ ๓๐ นาทีเน้นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องไม่หักโหม

อ. ที่ ๔ แสงอาทิตย์ การรับแสงแดดอ่อน ๆ ยามเช้าอย่างน้อยวันละ ๓๐ นาทีช่วยให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับวิตามินดีเข้าไปช่วยดูดซึมแคลเซียมและฟอสฟอรัส และสามารถป้องกันและชะลอการเกิดโรคกระดูกพรุนได้และวิตามินดียังช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าและโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันฮอโมน กล้ามเนื้อให้แข็งแรงอีกด้วย

อ. ที่ ๕ อารมณ์ ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์หลากหลาย อาทิซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่าย หรือขี้บ่นขี้บ่น และใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอยู่ในภาวะอารมณ์เช่นนั้น การยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เช่น การทำสมาธิหมั่นศึกษาธรรมะอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นวิธีที่ช่วยให้จิตใจสงบสุขและมีสติมากขึ้น

อ. ที่ ๖ อบอุ่น หลังเกษียณอายุการทำงาน มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุ เช่น มองว่าตนเองเป็นคนไร้คุณค่าเมื่อไม่ได้ทำงาน เบื่อหน่ายการเข้าสังคม ชอบแยกตัว และมีจิตใจหม่นหมอง ให้ลองหันกลับมามองที่สถาบันครอบครัวซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของสังคม ใช้ชีวิตอยู่กับลูกหลานให้มีความสุข ได้ทำกิจกรรมครอบครัว ได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยปราศจากความกังวลต่อสิ่งใด ๆ นี้แหละคือยาแก้โรคซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุที่เห็นผลชัดเจนมากที่สุดวิธีหนึ่ง

อ. ที่ ๗ อนามัย ผู้สูงอายุควรหมั่นตรวจเช็คร่างกายเป็นประจำทุกปี เพื่อทราบถึงอาการผิดปกติของร่างกายรวมถึงจิตใจ หากเกิดความผิดปกติในระยะเริ่มต้นก็จะทำให้การรักษาได้ผลดีกว่า หรือถ้าตัวท่านมีโรคประจำตัวอยู่แล้วก็ควรมีวินัยต่อตนเอง ทำตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด นอกจากโรคใหม่จะไม่ถามหา ยังสามารถยับยั้งอาการของโรคเดิมให้คงที่หรือลดลงได้อีกด้วย

อ. ที่ ๘ อติเรก เมื่อไม่ต้องคร่ำเคร่งอยู่กับการทำงาน ๘ ชั่วโมงอย่างน้อยต่อวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาอยู่กับตนเองมากขึ้น การหางานอติเรกทำจะช่วยลดทอนความเหงา หากได้ทำในกิจกรรมที่ชื่นชอบก็จะมีใจจดจ่ออยู่กับสิ่งนั้นได้ตลอดทั้งวัน กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมีให้เลือกหลายกลุ่ม กิจกรรม อาทิ

๑. กิจกรรมทางกาย ให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวเช่นเล่นกีฬาทำงานบ้าน เดินลีลาศรำไทเก๊ก ท่องเที่ยว ฯลฯ

๒. กิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมต่าง ๆ หรือการเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม อาทิจมรมปฏิบัติธรรม เป็นต้น

๓. กิจกรรมด้านอาชีพ อาจเลือกเรียนฝึกอาชีพตามที่ตนถนัดและเหมาะกับวัยของตนเอง ก็ได้เช่น เรียนจัดดอกไม้ทำขนมหรือช่างซ่อมเครื่องยนต์ ฯลฯ

๔. กิจกรรมงานอดิเรก เช่น การอ่านหนังสือวาดรูป เย็บปักถักร้อย การเล่นเกมฝึกสมอง ฯลฯ

อ. ที่ ๙ อุดจาระ

๑. ทานอาหารที่มีเส้นใยมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้ข้าวซ้อมมือ ฯลฯ

๒. การออกกำลังกายเดิน วิ่ง หรือบริหารหน้าท้อง จะช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ได้

๓. เปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารไม่ทานอาหารคำต็ม น้ำคำ หรือทานอาหารขณะเครียด

สิ่งที่สำคัญรองจากการรับประทานอาหารเพื่อดำรงชีวิตคงหนีไม่พ้นเรื่องการขับถ่ายไม่ว่าจะเป็นอุจจาระหรือปัสสาวะหากไม่มีการขับของเสียออกจากร่างกายหรือขับถ่ายแล้วแต่ยังมีของเสียตกค้างอยู่ในลำไส้ของเสียเหล่านั้นจะกลายเป็นสารพิษหมักหมมสะสม นานวันเข้าก็จะก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บตามมา

๔. เข้าห้องน้ำทันทีเมื่อมีความรู้สึกอยากถ่ายถ้าฝืนจะทำให้เกิดอาการท้องผูก

๕. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๔-๘ แก้ว

๖. ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา

๗. หลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายและยาที่ก่อให้เกิดอาการท้องผูกเช่น ยาโคเดอีนและยาลดกรดบางชนิด เป็นต้น

อ. ที่ ๑๐ อุบัติเหตุ เมื่ออายุมากขึ้น การเคลื่อนไหว ร่างกายและประสาทสัมผัสต่าง ๆ จะมีประสิทธิภาพลดลง นั้นเป็นสัญญาณ เตือนอย่างหนึ่งให้ผู้สูงวัยต้องคอย ระมัดระวังตัวเอง ซึ่งอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้หากตั้งตนอยู่ในความไม่ประมาท ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีระเบียบเรียบร้อย ไม่วางของระเกะระกะกีดขวางทางเดิน และควรเพิ่มแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอต่อการมองเห็น และควรให้ผู้สูงวัยสวมเสื้อผ้าใส่สบาย ไม่ยาวรุ่มร่ามและเลือกรองเท้าหุ้มส้น เพื่อป้องกันการลื่นล้ม ถ้าเดินไม่สะดวกควรใช้ไม้เท้าช่วยพยุงร่างกาย และในกรณีมีปัญหาทางด้านสายตาควรสวมแว่นสายตาติดตัวเป็นประจำเพื่อช่วยในการมองเห็น

อ. ที่ ๑๑ อนาคต เรื่องที่ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความกังวลใจ ในลำดับต้น ๆ คงหนีไม่พ้นปัญหาเกี่ยวกับ รายได้ปัจจุบันมีโปรแกรมการออมเพื่อใช้ ยามเกษียณจากสถาบันการเงินหลายแห่ง ที่

นำเสนอใจรวมถึงการทำประกันชีวิตการซื้อประกันสุขภาพเพื่อคุ้มครองยามเจ็บป่วย หากมีการเตรียมความพร้อมเสียแต่เนิ่น ๆ ผู้สูงวัยจะสามารถบริหารจัดการเงินเก็บยามเกษียณได้อย่างมีความสุขโดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน นอกจากนี้ยังมีเรื่องสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการต่าง ๆ ที่ภาครัฐและเอกชน มอบให้กับผู้สูงวัย เช่น บริการทางแพทย์ และสาธารณสุข การลดหย่อนค่าโดยสารเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทาง สวัสดิการเบี้ยยังชีพ การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย ควรหมั่นศึกษาข้อมูลเอาไว้เพื่อประโยชน์แก่ตนเอง^{๑๒}

๒.๓ แนวคิดทฤษฎีครอบครัว

๒.๓.๑ ความหมายครอบครัว

การให้ความหมายครอบครัวโดยสมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (รุจา ภูไพบูลย์ ๒๕๔๑) ได้ให้ความหมายตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

๑. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
 ๒. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน
 ๓. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสายเลือดเดียวกัน
 ๔. ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม
- นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกันและกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

๒.๓.๒ โครงสร้างบทบาทครอบครัว (Role structure)

เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่สามารถบอกถึงบทบาทและสถานภาพที่เป็นอยู่ เป็นการหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล โครงสร้างบทบาทภายในครอบครัวที่สำคัญจำแนกเป็นบทบาทเชิงเครื่องมือ (Expressive role) ได้แก่ บทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจภายในครอบครัว และความรับผิดชอบโดยตรงต่อการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้สมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทของสามีหรือพ่อ และบทบาทเชิงอารมณ์เป็นบทบาทเกี่ยวกับการสนับสนุน

^{๑๒} สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). *ชราสุขด้วย ๑๑ อ.* (กรุงเทพมหานคร : SOOK PUBLISHING, ม.ป.ป.), หน้า ๒-๑๑.

การดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดี จำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และสามารถตอบสนองความต้องการได้

ระบบย่อยของครอบครัว เป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นหน่วยย่อยที่มีการกำหนดค่านิยมบทบาทเฉพาะในครอบครัวทำให้เกิดระบบย่อยขึ้นในครอบครัว ซึ่งจำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนด และการทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่

๑. ระบบย่อยคู่สามีภรรยา (Spouse subsystem) เป็นระบบที่บุคคล ๒ คนมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของคู่สมรส และในลักษณะที่ร่วมกันเป็นบิดามารดา

๒. ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parent-child subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีการแสดงบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่พึงแสดงต่อบุตร และที่บุตรแสดงต่อบิดามารดา

๓. ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling subsystem) เป็นระบบย่อยที่ลูก ๆ สัมพันธ์กันเองโดยการแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้อง

๔. ระบบย่อยอื่น ๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีลักษณะความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ยายกับหลาน สะใภ้กับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นการหล่อหลอมบุคลิกภาพของสมาชิก ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคิด และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในครอบครัว ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวนั้น ขึ้นอยู่กับความหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรม โดยทั่วไปจะแปลความหมายผ่านกระบวนการคิด การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น มนุษย์แต่ละคนจะพัฒนาการให้ความหมายของสถานการณ์ต่าง ๆ ผ่านการยืนยันความหมาย จากกรกระทำต่อผู้อื่น จะเห็นได้ว่าการติดต่อสื่อสารมีความสำคัญมาก เมื่อมองในแง่การปฏิสัมพันธ์ การสื่อความหมายระหว่างบุคคลส่วนใหญ่เป็นผลของการใช้สัญลักษณ์ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งที่เป็นตัวอักษร (คำ) และที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร (การแสดงกริยาท่าทางหรือความรู้สึก) แนวคิดการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เน้นการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-perception) และการรับรู้เกี่ยวกับบทบาท (Role perception) ในสถานการณ์ทางสังคมหนึ่ง ๆ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทในแง่ที่บุคคลยึดถือ หรือแบบอย่างของกลุ่มหรือบทบาทที่ใช้เป็นหลักในการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งมีองค์ประกอบของสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว (Friedman., Bowden & Jones, ๒๐๐๓) โดยสามารถสรุปองค์ประกอบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในความสัมพันธ์กับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ จำนวนของบทบาท (Number of role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อ เป็นแม่ เป็นผู้สอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กันหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดความสนใจ ได้รู้จักค่านิยมความเชื่อ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

องค์ประกอบที่ ๒ การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุยกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางมีการสื่อสารกันตลอดเวลาภายในครอบครัว สื่อสารโดยการแสดงออกถึงความสนใจ ความเข้าใจตั้งใจฟัง และมีการตอบสนองเมื่อได้รับการสื่อสาร หรือมีการถ้อยทีถ้อยอาศัย ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันภายในครอบครัว

องค์ประกอบที่ ๓ อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือภายในครอบครัว โดยเป็นการแสดงอารมณ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว ก่อให้เกิดความรักความเอาใจใส่ ความรักใคร่ผูกพัน ความคิดถึง หรือความขัดแย้ง ความโกรธ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการแสดงความรู้สึกความรักความห่วงใยต่อกันภายในครอบครัว

องค์ประกอบที่ ๔ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Ferability) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิที่เป็นการถ่ายทอดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยไม่สามารถถ่ายทอดให้สู่บุคคลอื่นได้ง่าย เป็นความรู้สึกผูกพันเฉพาะบุคคล ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ หรือการแสดงความรู้สึกเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความจริงใจและสามารถรับความรู้สึกได้

สัมพันธ์ภาพในการดูแลภายในครอบครัวมี ๒ ลักษณะ คือ สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับญาติผู้ดูแล และระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

๑. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัวที่เป็นญาติกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง เกี่ยวกับการจัดการการดูแลร่วมกัน การปรับความเข้าใจกัน ในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การปรับตัวได้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

๒. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติกับผู้สูงอายุ สัมพันธภาพแต่เดิมก่อนการดูแลที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การแสดงถึงการเอาใจใส่ของญาติผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุติดเตียง หากมีสัมพันธภาพที่ดี จะเอื้ออำนวยให้บรรยากาศการดูแลด้วยความเต็มใจมุ่งมั่นที่จะดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่

สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวก่อให้เกิดความรักความผูกพัน ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจและมีความสงสาร อยากรักษาดูแลเป็นอย่างดีซึ่งเป็นการดูแลด้วยความเต็มใจ และตั้งใจที่จะดูแลโดยสัมพันธภาพในครอบครัวแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนด้วยกัน คือ

๑. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุติดเตียง ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมก่อนการเจ็บป่วยจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อนก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่น ที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและผูกพันแต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่าเนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ

๒. สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีที่มีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกัน สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับความเข้าใจกันได้ ขณะเดียวกันความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อ

สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไป ข้างหน้าการเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family coping function) การจัดการและคลี่คลายวิกฤติต่าง ๆ ของครอบครัวในทางสร้างสรรค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลภายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากตลอดการดำเนินชีวิตครอบครัว ครอบครัวมักจะถูกกระทบจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ หรือ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดในครอบครัว สิ่งนี้อาจรบกวนความสงบสุขของครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิก การเสียชีวิตของคู่ครองการมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

โครงสร้างอำนาจ (Power system) หมายถึง การที่สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนในครอบครัวสามารถควบคุมหรือแสดงอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้โดยเป็นผู้ที่ใช้อำนาจในการตัดสินใจในฐานะตัวแทนของครอบครัว และยังมีอำนาจในการให้คุณให้โทษแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น การตัดสินใจในการดูแล การรับการรักษา การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เป็นต้น

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น ๔ บทบาท คือ

๑. บทบาทในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การดูแลเมื่อเจ็บป่วยการอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือด้านแรงงาน

๒. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส

๓. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจ ทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่าง ๆ

๔. บทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร และความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ๆ

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด ส่วนใหญ่เป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน เริ่มจากเมื่อบิดามารดาสูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ความนึกคิด มีสภาวะทางร่างกายที่เสื่อมโทรม จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในภาวะที่ปกติ สมาชิกในครอบครัวจะเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล เป็นในลักษณะค่อยเป็นค่อยที่กำหนดเป็นเพศหญิง สืบเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม และเพศชายมักจะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายและเรื่องอื่น ๆ และบทบาทเพื่อการทดแทนบุญคุณ และค่านิยมเรื่องกตัญญูกตเวทีก การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดา มารดา และผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทเชิงซ้อน

(Sandwich roles) คือ มีบทบาทหลาย ๆ ด้านทั้งการเป็นภรรยา แม่บ้านสตรีวัยทำงานเพื่อหารายได้ และเป็นผู้ดูแลบุตรและผู้สูงอายุผู้เป็นบุพการีพร้อมกัน มีภาระหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั่วไป จัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ดูแลอนามัยส่วนบุคคล ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย หรือการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทาง และหน้าที่ในการสร้างความรู้สึกรอบอุ้มใจและความมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ

ความสุขในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ความสุขเป็นเรื่องของความรู้สึกองค์รวมเชิงอัตวิสัย (Subjective) มีการเปลี่ยนแปลงได้ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก เช่น การมีศีลธรรม มีสติปัญญา ความรู้สึกพอเพียงไม่โลภ และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคม มีครอบครัวที่อบอุ่นมีสุขภาพดี โดยไม่นำมาเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ และมีความเชื่อที่เกี่ยวกับความสุข ได้แก่ ชะตาชีวิตหรือวาสนา และความเชื่อเรื่องเวรกรรม องค์ประกอบของชีวิตที่มีความสุข ได้แก่ การมีสุขภาพดีพออยู่ พอกิน ได้ ทำบุญ ช่วยเหลือผู้อื่น และอยู่ในที่ดี รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อให้ชีวิตมีความสุข ได้แก่ การรักษาสุขภาพ การทำบุญปฏิบัติธรรม การทำตามความคาดหวังในสังคม และมีความสุขทางบริบทสังคม วัฒนธรรม คือ ระบบเครือญาติใกล้ชิดกัน ระบบสังคมครอบครัวอบอุ่นให้คุณค่าเชิงบวก ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การไม่เป็นหนี้ การมีสุขภาพดีการอยู่อาศัยในชุมชนที่ดี มีความไว้วางใจกัน เกื้อกูลช่วยเหลือกัน ไม่รู้สึกกังวลต่อความปลอดภัย และความรู้สึกพอเพียง

การกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว อาจพิจารณาถึง การละเลย ทำร้ายและแสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย การเงินและทรัพย์สิน การทำร้ายทางเพศ และการทอดทิ้ง โดยมีพฤติกรรมความรุนแรงด้านจิตใจและอารมณ์ในลักษณะพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ไม่รับฟัง เพิกเฉยต่อความคิดเห็น การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงพฤติกรรมที่ไม่เชื่อฟัง และการทำร้ายร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำร้ายทุบตี ผลักไส เป็นต้น

ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีต่อผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ประกอบไปด้วย

๑. การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจ ผู้ดูแลควรมีวิจารณญาณที่ดีในการรู้ความต้องการของผู้สูงอายุ รู้ขั้นตอนในการดูแลต่าง ๆ และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

๒. ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลยอมรับ อารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วย และไม่ควรถือสาตอบโต้

๓. ดูแลด้วยความเต็มใจ จะส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ พอใจ

๔. ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่ดีและให้เกียรติผู้สูงอายุ

๕. ต้องการให้ปฏิบัติด้วยความเคารพและผูกพัน ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัว และ

๖. ต้องการให้ลูกหลานมาเยี่ยมอยู่ใกล้ ๆ ในยามเจ็บป่วย

การดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย เป็นการช่วยเหลือชีวิตหรือการช่วยให้คงอยู่ โดยการให้การดูแลอยู่ในรูปของการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นเป็นการดูแลในรูปของการช่วยเหลือ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การดูแลให้อากาศสดชื่น การดูแลให้อาหารที่ดี โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี และแนวคิดการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการช่วยเหลือ เอาใจใส่ในความเป็นอยู่ เพื่อส่งเสริมป้องกันและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

๒.๓.๓ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Developmental family theory)

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น มีทุกช่วงระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงและรับบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งต้องทำให้มีภาระหน้าที่ บทบาทและการปรับตัวที่ต่างกันโดยระบบครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) กล่าวคือ ชีวิตครอบครัวมักเริ่มต้นที่การแต่งงานของหญิงชายและสิ้นสุดลงเมื่อคู่แต่งงานสิ้นชีวิต ในช่วงของการดำเนินชีวิตครอบครัว ลักษณะของสมาชิกครอบครัวจะกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะผ่านระยะต่าง ๆ และกิจกรรมหลักที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันถ้าลักษณะโครงสร้างของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ระยะต่าง ๆ ของครอบครัว เรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตครอบครัวก็จะมีกิจกรรมต่าง ๆ จนเข้าสู่วัยชราเหมือนกันทุกครอบครัว ในการแบ่งวงจรชีวิตครอบครัวแตกต่างตามลักษณะของการศึกษา โดย Duvall (๑๙๗๗, pp. ๒๘๔-๒๘๖) ได้แบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น ๘ ระยะ ดังนี้

๑. ครอบครัวระยะเริ่มต้น (Marital stage) เป็นการเริ่มครอบครัวใหม่หนุ่มสาวปรับตัวในการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส

๒. ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (Early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรกจนบุตรอายุ ๓๐ เดือนหรือ ๒ ขวบครึ่ง

๓. ครอบครัวระยะมีบุตรก่อนวัยเรียน (Families with preschool children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ ๒ ปี ๖ เดือน ถึง ๕ ปี

๔. ครอบครัวระยะบุตรวัยเรียน (Families with school children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ ๖ ปี ถึง ๑๓ ปี

๕. ครอบครัวระยะบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ ๑๓ ปี ถึง ๒๐ ปี

๖. ครอบครัวระยะบุตรแยกจากครอบครัว (Launching center families) ระยะช่วงบุตรคนแรกถึงคนสุดท้ายแยกครอบครัวออกจากพ่อแม่ ซึ่งอาจเกิดภาวะ “ร้างร้าง” คือ เหลือแต่พ่อแม่

๗. ระยะเวลาครอบครัววัยกลางคน (Families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกครอบครัวออกหมดแล้ว พ่อแม่อยู่ในช่วงอายุ ๔๕-๕๕ ปี หรือจะเริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ

๘. ครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยชรา เริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากปัญหาทางสุขภาพและความเสื่อมของสมอง

การศึกษาเรื่องครอบครัวนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตในลักษณะรูปตัวยู (U-SHAPE) ตามวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) กล่าวคือ สามีภรรยาจะมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวมากที่สุดเมื่อเริ่มต้นชีวิตครอบครัว จากนั้นความพึงพอใจจะเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อมีบุตรคนแรก และลดลงอย่างเรื่อย ๆ จนถึงระยะบุตรอยู่ในวัยเรียน และลดลงต่ำที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่นหลังจากนั้น ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะเริ่มมากขึ้นจนถึงระยะที่บุตรเริ่มมีครอบครัวและออกจากบ้านไปจากทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวในช่วงระยะต่าง ๆ

๒.๔ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

๒.๔.๑ ความหมายการดูแล

Watson (๒๐๐๐, p. ๓๓๐) กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการหรือปรากฏการณ์ที่มีอยู่แล้วในตัวมนุษย์ การดูแลนอกจากเป็นศาสตร์และศิลป์ แล้วยังเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในโลก ที่มีสัมพันธภาพเชื่อมต่อกัน (Connectedness) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity)

Leininger (๑๙๙๑, p. ๔๕) กล่าวว่า การดูแลเป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ ให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุน คำจุน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินที่ผาสุก

ความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ต้องให้การดูแลส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยทฤษฎีครอบครัวได้อธิบายถึงปรากฏการณ์ทางสังคมของครอบครัวที่เป็นหน่วยสังคมที่เล็ก แต่มีความสลับซับซ้อนหน่วยหนึ่งในสังคม โดยเฉพาะครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญและเป็นสถาบันที่เป็นรากฐานในการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมในการถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานมากที่สุด ครอบครัวเป็นระบบที่ซับซ้อนและประกอบขึ้นด้วยระบบย่อยภายในครอบครัวอีกหลายระบบ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของระบบต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นการขยายมุมมองในการวิเคราะห์ครอบครัวได้อย่างกว้างขวาง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, ๒๕๔๔)

ความหมาย คำว่า “Family caregiver” คือ “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, ๒๕๓๙) ได้แก่

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัวซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นรัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายโดยดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยเน้นการดูแลที่บ้าน ซึ่งได้ใช้คำว่า “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หมายถึง สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ๒๕๕๗) ซึ่งมีการให้ความสำคัญในการดูแลไว้ ดังนี้

๑. ญาติผู้ดูแล อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต
๒. ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรคความพิการหรือความเสื่อมของร่างกายที่บกพร่อง จิตใจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือ มีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์โดยต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง
๓. การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
๔. การให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชน ในแหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้น เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ในการปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกอย่างเป็นทางการ เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับการแสดงความเคารพ เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ๒๕๔๗) ซึ่งการให้การดูแลที่บ้านโดยครอบครัวนั้น ยังสามารถจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือ ดังนี้

Primary caregiver หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

Secondary caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ช่วยในการดูแล ซึ่งอาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง ทำเป็นครั้งคราว ไม่ได้อยู่ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นประจำ

การแบ่งภาระการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้การดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภัคตีพรหม, ๒๕๕๓; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ๒๕๔๗) ได้แก่

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจคิดเป็นชั่วโมงการดูแลต่อวันที่สูงสุดหรือยอมรับว่าตนเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลรอง หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล โดยอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่า

ผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็นการผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม ในการดำเนินงานการดูแลได้มี

การแบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

๑. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้สูงอายุที่รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวยังคงมีสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านโดยมุ่งเน้นการดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

๒. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะและการศึกษาสำหรับการดูแลโดยเฉพาะ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการบริการทางสาธารณสุขตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งอาจจัดบริการให้ทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถาบันต่าง ๆ

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นโดยสังคมไทย มองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว โดย National Center of Health พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family caregiver) ปัจจุบันในการรับบทบาทผู้ดูแลที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว (ซูซัน ชิวพูนผล, ๒๕๔๑; รุจา ภูไพบูลย์, ๒๕๔๑) มีดังนี้

๑. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่ อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิง จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำสั่งสอนให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา ในยามแก่ชรา หรือป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับคำตำหนิจากสังคมภายนอกได้

๒. สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใย ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อป่วยนอนติดเตียง

๓. ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจตัวผู้สูงอายุที่ต้องดูแลเข้าในการดำเนินของโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแล

ผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ก็มีแนวโน้มว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

๔. การยอมรับของผู้สูงอายุที่สามารถบอกเพื่อเลือกผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

๕. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น อายุ สถานภาพสมรส งานประจำ เช่น ผู้ที่ต้องทำงานประจำ สถานที่ทำงานอยู่ไกล ย่อมไม่ค่อยมีเวลาและให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ใกล้

๖. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักต้องเป็นผู้รับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวน้อยลง

จากการทบทวนสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใด จะเป็นผู้ที่เหมาะสมหรือเป็นผู้รับบทบาทการดูแลที่บ้านประกอบด้วย ปัจจัยทาง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ มีผลต่อความสามารถ ความพร้อม เวลา และความสะดวกในการดูแล จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติ โดยบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน ผู้ดูแลจะอยู่ในวัยกลางคนมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นสามารถสรุปองค์ประกอบการดูแลได้ ๘ ประการ ดังนี้ (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, ๒๕๔๗)

๑. ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้มีความเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

๒. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ

๓. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน คือมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

๔. ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

๕. ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

๖. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย

๗. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

๘. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms) ผู้ดูแลต้องดูปัญหาหลายแนวมีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอและในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิงนั้นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ ๕ ด้าน ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์, ๒๕๔๔)

๑. ด้านการดูแล เป็นการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมในการจัดของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

๒. ด้านการช่วยเหลือ เป็นการให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ เช่น การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

๓. ด้านการประคับประคอง เป็นการประคับประคองทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล การประคับประคองทางจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ในการดูแล เป็นต้น

๔. ด้านการสนับสนุน เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ ให้คำชมเชย ยกย่อง จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้สะดวกและปลอดภัย

๕. ด้านการเป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติมิตร กับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

การดูแลในระยะยาวนั้นผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงต้องมีสัมพันธภาพระหว่างกันที่ดี รวมทั้งการถ่ายทอดพลังจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกันเพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ที่ได้รับการดูแล หรือเรียกว่า “แนวคิดการดูแลมนุษย์” (Theory of human caring) โดย Watson (๒๐๐๐) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการทัศน์ ในการดูแลแบบเอื้ออาทร ไว้ดังนี้

บุคคล (Person) เป็นองค์รวมประกอบด้วย กาย ใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการตระหนักในตัวตน (Self) ของบุคคล เป็นการตระหนักในความรู้สึกชั้นสูง เป็นพลังภายในบุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพ (Health) ภาวะสุขภาพและมีความกลมกลืนกันระหว่างจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความสอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างตัวตนตามการรับรู้และตัวตนตามประสบการณ์จริง ส่วนการเจ็บป่วย (Illness) เป็นภาวะที่ไม่สมดุลของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ

การดูแลที่เข้าถึงจิตใจบุคคล (Transpersonal caring) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคลเป็นการให้การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยา

การเจ็บป่วยและเป็นการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายช่วยให้บุคคลที่ได้รับการดูแลด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพัฒนาการบำบัดบุคคลที่ดูแล

ปัจจัยการดูแล (Carative factors) เป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลตามแนวคิดของวัตสันมีปัจจัยการดูแล ๑๐ ประการดังนี้

๑. การสร้างค่านิยมของการเป็นมนุษย์ (Humanistic altruistic system of value) มีเมตตาโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น

๒. การสร้างความศรัทธาและความหวัง (Faith-hope) โดยมีความเชื่อว่าความศรัทธาและความหวังเป็นพลังในการเยียวยาชีวิตมนุษย์

๓. มีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Sensitivity of self and others) ผู้ดูแลต้องมีสติรู้ตัวอยู่เสมอ ผู้ดูแลต้องมีความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้รับการดูแลสามารถเรียนรู้ถึงการมองโลกของผู้รับการดูแล วัฒนธรรม การสื่อสาร ระบบความเชื่อ ค่านิยม และความต้องการทางสุขภาพ

๔. การพัฒนาสัมพันธ์ภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Helping-trusting human caring relation) ต้องอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในการดูแลได้เป็นอย่างดี การเห็นใจการเข้าใจทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

๕. การส่งเสริมการยอมรับ การแสดงออก ถึงความรู้สึกทั้งด้านลบและด้านบวก (Express positive and negative feeling) เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพการดูแลระหว่างบุคคลการเอาใจใส่การดูแลแบบองค์รวม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

๖. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อการตัดสินใจในการแก้ปัญหา (Creative problem solving caring process) ผู้ดูแลต้องมีไหวพริบ ปฏิภาณ ความรู้ความสามารถความชำนาญ ในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ต้องไวต่อความรู้สึกอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมและได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องที่สุด

๗. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการ (Transpersonal teaching and learning) คือ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการเรียนรู้ร่วมกัน โต้ตอบและประเมินผลร่วมกัน การเรียนรู้ที่ดี ทำให้ผู้รับการดูแลรู้สึกอุ่นใจและวางใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตน

๘. การจัดให้เกิดการสนับสนุนป้องกัน การประคับประคองและแก้ไขสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การดูแลเอาใจใส่และเป็นการเสริมอัตมโนทัศน์ที่ดีและเพิ่มการมีคุณค่าในตนเองของผู้รับการดูแล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมเยียวยาผู้ดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณของตนเอง

อย่างต่อเนื่องในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการให้ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงนั้นสามารถจำแนกความต้องการโดยแบ่งออกเป็น ๔ ด้านดังนี้

๘.๑ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด คือ ความต้องการ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การหายใจ (Survival need)

๘.๒ ความต้องการด้านหน้าที่ (Function need) ความต้องการการทำการกิจกรรม หรือการพักผ่อน

๘.๓ ความต้องการระดับสูงที่เป็นความต้องการแบบผสมผสาน (Integrated need) เป็นความต้องการความสำเร็จ ในการทำการกิจกรรมใด ๆ ผู้รับการดูแลต้องการความรัก ความเข้าใจความผูกพันจากครอบครัว

๘.๔ ความต้องการระดับสูงเป็นการต้องการการเจริญเติบโต (Growth seeking need) เป็นความต้องการภายในบุคคล และระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณและตัวตนที่แท้จริงในปัจจุบัน (Self-actualization) ช่วยให้ผู้ดูแลหาเป้าหมายและคุณค่าของชีวิต

๙. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Human needs assistance) ในการมีชีวิตอยู่ โดยครอบครัวต้องค้นหาความต้องการที่สำคัญมากที่สุด และช่วยเหลือให้บรรลุเป้าหมาย

๑๐. การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิต (Existential-phenomenological spiritual forces) จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลค้นพบคุณค่า ความหมายและเป้าหมายในชีวิต บุคคลจะมีการพัฒนาตามประสบการณ์ของชีวิตซึ่งจะเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา

ขอบเขตของครอบครัว (Family boundaries) หมายถึง การแบ่งครอบครัวออกจากระบบอื่น ๆ ตามสภาพแวดล้อม โดยสามารถแบ่งเป็นครอบครัวแบบปิดและแบบเปิด ขึ้นอยู่กับการยอมรับ การเข้าการออกของข้อมูล ครอบครัวมีขอบเขตระหว่างบุคคลภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัวกับระบบภายนอกอื่น ๆ

ภาวะสมดุลของครอบครัว (Family homeostasis) หมายถึง ความคงที่ของสภาวะการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยต่าง ๆ ภายในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะอยู่ในระบบสมดุล (Homeostatic system) อันเกิดจากความยืดหยุ่นของการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ

จากประสบการณ์การดูแล ตามความเชื่อของครอบครัว ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้วยความเอื้ออาทรตามแนวคิดของ Watson (๒๐๐๐) ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ครอบครัวใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งการยืดหยุ่น และประสบการณ์การดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น การพัฒนาการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับความเชื่อของครอบครัว และการจัดการในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญต่อผลในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ความแตกต่างในกระบวนการดูแลที่เกิดจากการแตกต่างทางกายภาพของภาวะความเจ็บป่วย แต่ในการดูแลนั้นยังเชื่อว่ามีความต้องการในเรื่องของร่างกายและ

จิตใจที่เหมือนกัน เพื่อบรรเทาทุกข์ จากความเจ็บป่วย เพื่อการฟื้นฟู และเพื่อการดูแลทางจิตวิญญาณ (Wright, Watson & Bell, ๑๙๙๖; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, ๒๕๕๒) ได้สังเคราะห์ผลงานวิจัย ครอบครัวไทยและผู้สูงอายุ จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ พบว่า การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ ๗๑.๔ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ ๒๘ โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อยู่คนเดียว ร้อยละ ๗.๕ และอาศัยอยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวแห้ว ร้อยละ ๓.๑ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุครอบครัว โดยทั่วไปมีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันไม่แตกต่างกัน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เดินรอบ ๆ บ้าน การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ ฟังธรรม เป็นต้น

ในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำทฤษฎีระบบมาประยุกต์ใช้ซึ่งมีส่วนสำคัญ ๗ ประการ ได้แก่ ๑) วัตถุประสงค์ (Goal) ๒) สิ่งนำเข้า (Input) ๓) กระบวนการ (Process) ๔) สิ่งนำออก (Output) ๕) การส่งข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ๖) การควบคุม (Control) ๗) สิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญในการให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (Friedman et al., ๒๐๐๓)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่

๑. ระยะเวลาในการดูแล การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียด มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ซึ่งระยะเวลาการดูแลสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานขึ้น ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

๒. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียง สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเครือญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน มีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรัก ความใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท คนในบ้านเดียวกัน คนใกล้ชิด อาจเริ่มจากการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่มีหลากหลายรูปแบบส่งผลต่อความคาดหวังในการช่วยเหลือเกื้อกูลที่จะได้รับ ซึ่งขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพที่มีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

๓. ระดับการศึกษา พบว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีข้อมูลในการเข้าใจสถานการณ์ได้ดี การศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดเตียง มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ

๔. รายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และเป็นตัวที่กำหนดถึงความพึงพอใจในชีวิต และความผาสุกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะรับรู้ถึง

ภาวะการดูแลได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะรับรู้ถึงภาวะการดูแลที่มากกว่า

๕. อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาวะแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องแก้ปัญหาและต้องเผชิญกับปัญหาการดูแล ประสบการณ์การดูแลจึงมีความสำคัญมากกว่า การรับรู้ถึงภาวะการดูแล แสดงว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การดูแล จะรับรู้ถึงภาวะการดูแลที่น้อยกว่า

๖. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลที่มีสมาชิก ๑-๒ คน จะมีภาวะการดูแลที่น้อยกว่าครอบครัวที่มีสมาชิก ๓-๘ คน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้สูงอายุติดเตียงเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย

๗. การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาวะการดูแล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ คำแนะนำการให้สุศึกษา การให้ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดภาระ รวมถึงการลดความเครียดจากปัญหาการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัวที่ต้องการการการพึ่งพิงระยะยาว เป็นการดูแลต่อเนื่อง ในช่วงเวลาที่ยาวนาน พบว่า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลครอบครัวและชุมชน

การทบทวนวรรณกรรมในการรับรู้ถึงภาวะและผลกระทบของผู้ดูแล พบว่า ระดับการรับรู้ถึงภาวะการดูแลของผู้ดูแลนั้นไม่เท่ากันซึ่ง ประกอบด้วย ๔ มิติ (Chou, ๒๐๐๐) ได้แก่

๑. การรับรู้ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท

๒. ภาวะการดูแลเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ ทั้งภาวะที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจ

๓. ภาวะของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแล

๔. ภาวะของผู้ดูแลจะมีการเพิ่มขึ้นเสมอ ขึ้นอยู่กับความต้องการที่เพิ่มขึ้นกับสิ่งที่เป็นอยู่ของผู้ดูแล

โดยสรุป ในการที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงระยะยาวนั้น ก่อให้เกิดภาวะการดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว และยัง พบว่า การรับรู้ถึงภาวะการดูแลมีทั้งในด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลที่ส่งผลต่อการดูแล

การรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางบวก (ศิริพันธุ์ สาส์ตัน, ๒๕๕๕) ได้แก่

๑. การได้ทดแทนบุญคุณ การให้การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของคนไทยได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนบุญคุณที่ท่านเคยได้รับมาและมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

๒. ได้ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งในฐานะสามี หรือภรรยา หรือลูกหลาน เป็นคำตอบที่ผู้ดูแลตอบเป็นส่วนใหญ่ ในการทำหน้าที่ที่พึ่งกระทำให้ เกิดคำถามถึงคุณภาพการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ต้องทำหน้าที่เพราะสังคมบังคับ อาจเกิดปัญหาในการดูแล

๓. การตอบแทนบุญคุณความดี ประเด็นที่มักจะพบในผู้ดูแลที่เป็นคู่สามี/ ภรรยา ซึ่งบางรายอาจจะเบื่อบริการดูแล แต่ด้วยผู้ที่ต้องดูแลนั้นเคยทำดีกับผู้ดูแลไว้ ทำให้ไม่สามารถที่จะทอดทิ้งกันไปได้

๔. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงและผู้ดูแลดีขึ้น จากการที่มีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น

การรับรู้ในภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในทางลบ ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นภาระการดูแลสามารถแบ่ง ได้เป็น ๓ ด้าน ได้แก่ (WHO, ๒๐๐๐; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ๒๕๔๗)

๑. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลซึ่ง พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออก ได้แก่

๑.๑ อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

๑.๒ ความรู้สึกผิดเพราะบางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้สูงอายุติดเตียงเนื่องจากความไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลและทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วผู้ดูแลมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

๑.๓ ความโกรธ ผู้ดูแลอาจจะโกรธผู้สูงอายุที่ดูแล โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีอาการดีขึ้นได้

๑.๔ ความรู้สึกอับอาย ซึ่งในบางครั้งผู้สูงอายุติดเตียงแสดงอาการด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอาย

๑.๕ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงทำให้ต้องใช้เวลาคูแดูแลตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการออกไปพบปะกับเพื่อนฝูง ทำให้บางครั้งขาดการติดต่อแยกตัวออกจากสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว

๑.๖ ความรู้สึกเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพังและต้องอยู่ดูแลตลอดเวลา

๒. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological) ปัญหาที่ผู้ดูแลเป็นอยู่บ่อย ๆ ทางร่างกาย ได้แก่

๒.๑ อาการปวดหลัง ซึ่งส่วนมากจะบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวเนื่องมาจากการยกและเคลื่อนย้ายโดยไม่ถูกวิธี และมีการออกแรงในการยกเกินกำลัง และปัญหาปวดหลังบางครั้งอาจบ่งบอกถึงความเครียดทางจิตใจ โดยเป็นอาการเตือนเพื่อให้ร่างกายได้หยุดพักบ้าง

๒.๒ อ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่พักผ่อนน้อย ไม่เพียงพอทำให้ร่างกายอ่อนแอ อาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย

๒.๓ ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้นซึ่งผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็น สามี ภรรยา หรือบุตร ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ดูแลมักจะอยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัวอย่างน้อย ๑-๒ โรค เมื่พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นอาจจะกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นเพิ่มขึ้น

๓. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic) ได้แก่

๓.๑ การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายอาจต้องปรับลักษณะการทำงาน ของตนให้เข้ากับภาระในการดูแล เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงาน บางอย่างบางเวลา หรือบางรายอาจจะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเต็มเวลา

๓.๒ รายได้ลดลง ผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานที่ต้องทำ หรือลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูง

๓.๓ ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูงที่บ้าน ถ้าปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือรายที่มีครอบครัวของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาจากการไม่มีเวลาให้ครอบครัวของตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ถึงแม้ว่าจะเป็น บทบาทที่ต้องดูแลจากมีความสัมพันธ์กันในครอบครัวแต่ก็ยังมี พบว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งโครงสร้างครอบครัว บทบาทของครอบครัว ทศนคติความรู้สึของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงสูง รวมถึงพฤติกรรมความเสี่ยงที่ผู้ดูแลคิดว่ามีผลต่อการทำหน้าที่ในการดูแลได้เป็นอย่างดีโดยไม่ทำให้รู้สึกอยากละทิ้งภาระการดูแลผลกระทบต่อครอบครัวระยะยาวจากการศึกษาของ ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ (๒๕๕๖) พบว่า ภาระและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัว และผู้ดูแล มีการเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรเวศน์ สุวรรณระดา (๒๕๕๒) พบว่า ต้นทุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการเสียสละทางการทำงานของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแล พบถึง ร้อยละ ๓.๑๔ และจากการศึกษาของ พารุณี เกตุกราย (๒๕๕๐) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทางสมองต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวสูงมากในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป ภาระการดูแลในอดีตส่วนใหญ่ พบว่า มีผู้ช่วยดูแลมากกว่า ๑ คน แต่ในปัจจุบันอาจมีผู้ดูแลคนเดียวเพียงลำพัง โดยผู้หญิงในครอบครัวมักจะต้องรับหน้าที่ในการดูแล บทบาทในการหารายได้ และค่าใช้จ่ายในการดูแลทำให้ครอบครัวเกิดภาวะและผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมาก ซึ่งเป็นปัจจัยหลักต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้นเป็นภาระการดูแลที่มีความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่ทำให้เกิดความเครียดในหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถให้การดูแลได้บรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการการดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีหลายหน้าที่ทั้งการดูแลโดยตรงและทางอ้อม (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ๒๕๓๗, หน้า ๕) ดังนี้

๑. ความต้องการการดูแลโดยตรง ทั้งทางร่างกาย (Physical support) และทางจิตใจ (Emotional psychological support) อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางร่างกายความบกพร่องทางความคิดและการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ประกอบด้วย

๑.๑ การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การป้องกันการตกเตียง ระบบระบายอากาศ การจัดเตรียมของเครื่องใช้ เป็นต้น

๑.๒ การดูแลการทำกิจกรรมตามแผนการรักษา เช่น ทำแผล เปลี่ยนน้ำยาล้างไตให้ยาให้อาหารทางสายยาง การดูแลเสมหะ เป็นต้น

๑.๓ การดูแลให้กำลังใจ ปลอดภัย ประคับประคองจิตใจ ให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

๒. การดูแลระหว่างบุคคล เป็นบุคคลกลางในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อรักษาสัมพันธ์ภาพและความขัดแย้ง ที่อาจเกิดขึ้นได้และมีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล ติดต่อขอความช่วยเหลือ การเลือกวิธีการรักษา และกิจกรรมที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

๓. การดูแลทั่วไปเป็นการดูแลอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วนั้น ได้แก่ ความรับผิดชอบดูแลทำงานต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอกบ้าน รับภาระค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

ในการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาเมื่อกลับไปดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านในการศึกษาทบทวนเอกสารการวิจัย พบว่า การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี ๔ วิธี คือ การทำใจ การผสมผสานการรักษา การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา ได้แก่ ๑) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ในเรื่องของความรู้ ทักษะบุคลิกหรือลักษณะนิสัยของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ รวมทั้งความผูกพันและคุณธรรมประจำใจของผู้ดูแล ๒) ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ในเรื่องภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ความเสื่อม การรับรู้/สติปัญญา และการถดถอยทางด้านอารมณ์ ๓) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ในเรื่องการทดแทนบุญคุณ ความช่วยเหลือเอื้ออาทรและการชดใช้กรรม ๔) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ๕) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

ความต้องการของผู้ดูแลในขณะที่อยู่ที่บ้าน พบว่า มีความต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่องอุปกรณ์ของความพิการและการรักษา ช่วยเหลือด้านอาชีพการทำงาน รายได้ (นันทพร ศรีนัม, ๒๕๔๕) และในการศึกษามาตรฐานการประเมินคุณภาพการดูแล

ที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มี ๔ มาตรฐาน (ทินวิสุทธ์ ศรีละมัย, ๒๕๔๘) ดังนี้

มาตรฐานที่ ๑ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังการเกิดภาวะเจ็บป่วย

มาตรฐานที่ ๒ ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรค ตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ ๓ ผู้สูงอายุปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

มาตรฐานที่ ๓.๑ ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับ

มาตรฐานที่ ๓.๒ ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการติดเชื้อ ในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ

มาตรฐานที่ ๓.๓ ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะกล้ำเนื้อสืบ และข้อติดแข็ง

มาตรฐานที่ ๓.๔ ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะข้อไหล่เลื่อนหลุด

มาตรฐานที่ ๓.๕ ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการกลับเป็นซ้ำ

มาตรฐานที่ ๔ ผู้ดูแลและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางการปฏิบัติที่มีคุณภาพในการประเมินความสามารถในการดูแลที่มีคุณภาพในการปฏิบัติ โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน เครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ (สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘) ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการควบคุมและจัดการกับอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุติดเตียง ประเมินได้จากความรู้ในการดูแลและพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ๕ ด้าน ได้แก่

๑. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและได้รับอาหารที่เพียงพอ
๒. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
๓. การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
๔. การป้องกันแผลกดทับ
๕. การดูแลความสะอาดร่างกายผู้สูงอายุติดเตียง

ญาติผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดำเนินของความเจ็บป่วยที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่อง พบว่า มีความต้องการในเรื่อง ๑) ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น ๒) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง หรือความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ๓) ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ๔) ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ ๕) ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ๖) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ต้องได้รับการให้ความรู้ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล

(รวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์, อารี สุทธิอาจ, สมลักษณ์ ศิริชื่นวิจิตร, บุญญาภา ศิริรัตน์,ศรุดา แสนพงษ์, ๒๕๕๘) พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลมากจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านดี มาก เนื่องจากญาติที่มีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแล และสามารถปฏิบัติการดูแลได้ ถูกต้อง ซึ่งต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ในการดูแล ญาติจะไม่กล้าทำกิจกรรมการดูแลใด ๆ ให้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีอาการทรุดหนักขึ้น และญาติผู้ดูแล บางรายไม่ทราบความสำคัญ และผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น ๆ จึงละเลย การปฏิบัติการดูแลส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลที่บ้านไม่ดี

พฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแต่ละรายจะมีระดับความรุนแรงใน การเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแตกต่างกัน (ภรภัทร อิมโธฐ ,๒๕๕๐) ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เกิดผลกระทบรุนแรงมีระดับความรุนแรงมาก จะมีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากกว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีระดับความรุนแรงน้อย ผู้ที่มีความพิการรุนแรงไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลมาก (วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, ๒๕๔๕) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน กับภาวะ ในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน

ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การทานอาหาร เป็นต้น พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกับภาวะ ในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงในการคิด การรับรู้ และการ ทำหน้าที่ผิดปกติกของสมอง ส่งผลให้มีความต้องการการดูแลที่สูงมากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ต้องมีการปฏิบัติให้การดูแล อย่างสม่ำเสมอทุกวัน ในการช่วยเหลือตลอดเวลาที่ผู้สูงอายุติดเตียง มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสร้างความยากลำบากแก่ผู้ดูแลการให้การดูแลที่ไม่เพียงพอ ส่งผล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อติด ร้อยละ ๒๕.๘ แผลกดทับ ร้อยละ ๑๖.๗ และปอด อักเสบ ร้อยละ ๑.๗ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของญาติผู้ดูแล มีปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและจากการดูแล ซึ่งร้อยละ ๕๘.๓ ในผู้สูงอายุติด เตียงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคอื่น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๘.๓ รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๖.๗ โรคหัวใจ ร้อยละ ๕.๘ และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๓.๓ ตามลำดับ ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ต้องพึ่งพิงญาติในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด ร้อย ละ ๒๙.๒ และอีกร้อยละ ๑๐.๘ ต้องพึ่งพิงญาติ ในระดับมากในการศึกษาปัจจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน พบว่า อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ไม่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแลต่อวันอาชีพของผู้ดูแล (ภรภัทร อิมโธฐ, ๒๕๕๐) ภารกิจในการดูแลกลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ ๑) ภารกิจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ๒) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ๓) ภารกิจการประสานการบริการ จัดบริการการติดตามดูแลกลุ่ม ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่อง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อให้บริการ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแนวทางปฏิบัติในกลุ่มติดเตียง เน้นการควบคุมและจัดการความไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ (Symptom management) การเฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว จากโรคและความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะทุพพลภาพจากสาเหตุที่แก้ไขได้ รวมทั้งการให้บริการในการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย, ๒๕๕๘) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการดำเนินการระบบพยาบาลเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว พบว่า ปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้น มีปัจจัยที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อนจำนวนมากที่ซ่อนอยู่ ทำให้มีโรงพยาบาลประสบความสำเร็จน้อยในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านอย่างมีคุณภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงที่บ้านด้วยพยาบาลเยี่ยมบ้าน ต้องมีการตัดสินใจที่เด็ดขาด ถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ และยังต้องอาศัยครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุตลอดเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่ง ต่อการประสบความสำเร็จในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน การมีภาวะผู้นำ ความเชื่อมั่น ศรัทธา ความร่วมมือในการทำงาน การยอมรับในการดูแล เป็นแบบอย่างที่ดีของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการดูแลผู้สูงอายุไทยระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, ๒๕๕๒)

๒.๔.๒ ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ความต้องการความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ภาวะความเจ็บป่วยการดำเนินของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องอย่างมีความรู้ความเข้าใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังถูกคาดหวังต่อศักยภาพและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพรวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงที่ดูแลด้วย โดย Sullivan-Bolyal., Knafel, Sadler and Gilliss (๒๐๐๔) ได้แบ่งความต้องการของผู้ดูแลออกเป็น ๔ ด้าน ได้แก่

๑. การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นการดูแลรับผิดชอบหลักโดยตรงของผู้ดูแล ที่ต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ วันต่อวัน โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย สามารถรับผิดชอบดูแลภาวะเจ็บป่วยตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าโรคจะดำเนินไปเรื่อย ๆ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจะถูกคาดหวังให้ต้องสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลอาจจะถูกคาดหวังมากจนสร้างแรงกดดัน ความรู้สึกผิดถ้าไม่สามารถดูแลได้อย่างที่ ถูกคาดหวังไว้

๒. การประสานงานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ดูแลนั้นต้องหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือภายในชุมชน ที่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุติดเตียงได้ การช่วยเหลือเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง บางครั้งอาจมีปัญหาเรื่องการสนับสนุนทางทรัพยากรจากบุคลากรทางการแพทย์หรือจากโรงพยาบาล หรืออาจเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือบรรเทาภาระการดูแล และช่วยครอบครัวในการดูแลในเรื่องความรู้และทักษะการดูแล

๓. การคงไว้ซึ่งสภาพปกติของครอบครัว ผู้ดูแลต้องพยายามคงความสมดุลในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งนอกจากผู้ดูแลแล้วสมาชิกในครอบครัวต้องร่วมมือ

กันช่วยดูแลอารมณ์ความรู้สึกระหว่างสมาชิกด้วยกัน การประคับประคองความสัมพันธ์ในครอบครัว ช่วยกันรับผิดชอบงานบ้าน การทำกิจกรรมตามประเพณีร่วมกันในครอบครัว การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมองโลกในแง่ดีและการคิดบวก เพื่อเป็นกำลังใจให้กันและกัน

๔. การคงไว้ซึ่งความสมดุลในตนเองของผู้ดูแล เมื่อทราบว่าต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าจะต้องประสบกับความสูญเสียหลายอย่าง เช่น สูญเสียพ่อแม่ที่สุขภาพดีไปแล้ว ขาดอิสรภาพ ขาดความเชื่อมั่น ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน สิ่ง que แสดงออก อาจจะมีหลายรูปแบบ เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีอาการโศก รู้สึกไม่ยุติธรรม แม้ว่าจะพยายามยอมรับ และให้การดูแลเท่าที่ทำได้ บางครั้งอาจรู้สึกว่าไม่อยากดูแลอีกต่อไป แนวทางแก้ไขโดยให้เข้ารับการแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ การปรับความคิดมุมมองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อพยายามสนับสนุนความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ดูแลต่อไป

ในการศึกษาของ Anita and Nancy (๑๙๘๙) ได้สรุปความต้องการของผู้ดูแลไว้ดังนี้

๑. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (Information need) เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำ คำอธิบาย ตลอดจนวิธีการติดต่อที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบ เช่น กิจกรรมที่ต้องทำในการดูแล (เช่น การป้อนอาหาร, การทำแผล) การดำเนินของโรค เพื่อสามารถให้การดูแลที่บ้านได้

๒. ความต้องการการจัดการภายในบ้าน (Household management needs) การจัดการภายในบ้าน การทำงานบ้าน จัดสิ่งแวดล้อมสถานที่ตลอดจนการดูแลการเตรียมอาหารและการพบไปพบแพทย์

๓. ความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย (Physical need) การดำรงชีพ การมีสุขภาพที่แข็งแรงให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

๔. ความต้องการการประคับประคองจิตใจ (Psychological need) เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความห่วงใยในการดูแลการสนับสนุน การให้กำลังใจสามารถทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสดชื่นผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

๕. ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (Spiritual need) เป็นการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ ทำให้เกิดความหวังในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามมา

๖. ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ (Financial need) เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยอาจเป็นผู้หารายได้ของครอบครัว และต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลจะต้องรับภาระมาทั้งการดูแลและการหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวและการรักษา

๗. ความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสั้น (Respite need) แบบชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้

๒.๔.๓ คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน เมื่อกลับจากโรงพยาบาลไปสูบ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยญาติผู้ดูแลต้องมีกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านซึ่งถ้า กระทำกิจกรรมการดูแลไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุติดเตียงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการส่งเสริมการพึ่งพิงตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้

แบบแผนเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ บุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการที่บ้าน สถานที่พักอาศัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และบำบัดต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดและ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ (พรทิพย์ เกษุรานนท์, ๒๕๓๙) โดยสามารถแบ่ง การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็น ๓ รูปแบบ ดังนี้

๑. การให้การดูแลที่บ้าน โดยนำศาสตร์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

๒. การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้บริการที่บ้านครอบคลุมบริการพื้นฐาน ๔ อย่าง คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู

๓. การใช้รูปแบบทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล โดยถือว่า Host คือ ครอบครัว Environment คือ บ้าน Agent คือ Stressor ทางร่างกาย จิตใจ และ/หรือธรรมชาติทางสังคม

โดยสรุป ลักษณะความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (สุนทราวดี เขียรพิเชษฐ และคณะ, ๒๕๕๑) การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน อันดับแรก คือ การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร รongลงมา ได้แก่ การให้กำลังใจ การดูแลเรื่องการนอนหลับ และการดูแลเรื่องยา การพาไปพบแพทย์ ปัจจัยที่ทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วย การสนับสนุนทางสังคม (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ๒๕๔๗; วรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ, ๒๕๔๗; จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, ๒๕๔๙) ตัวแปรที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวที่ดี ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแล คือ ความเข้าใจในตนเองของผู้ดูแล การมีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเสริมพลังในการทำหน้าที่การดูแล

ครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลการภาวะสุขภาพ และสามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ประกอบด้วย (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และดลวิวัฒน์ แสนโสม, ๒๕๕๒)

๑. การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้สูงอายุติดเตียงทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งจะช่วยให้

ผู้สูงอายุติดเตียงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

๑.๑ การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ ๒-๓ มื้อต่อวัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ ๘-๑๐ แก้วต่อวัน ขณะรับประทานอาหารผู้สูงอายุติดเตียงอาจสำลักได้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุติดเตียง โดยเริ่มจากป้อนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครึ่งละน้อย ๆ ถ้าผู้สูงอายุติดเตียงกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยการป้อนของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น

ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงสามารถกลืนได้ดี สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนควรให้ผู้สูงอายุติดเตียงนั่งในท่าก้มหัวคางชิดอก จะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝากล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และรู้สึกอยากรับประทานอาหารควรตักอาหารคำเล็ก ๆ ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงที่สามารถตักอาหารรับประทานได้เอง ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้องเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงรับประทานอาหารเสร็จแล้วควรให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่นิ่ง อีก ๓๐-๔๕ นาที เพื่อป้องกันการสำลักในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายยางให้อาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออก หรือหลุด ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับอาหารวันละ ๔-๖ มื้อ หรือประมาณ ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

๑.๒ การขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จะมีปัญหาปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้น ผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ สำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อย ๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๑.๓ การขับถ่ายอุจจาระผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ควรหัดให้ผู้สูงอายุติดเตียงถ่ายอุจจาระโดยนั่งกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึกสุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้าเพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ผู้สูงอายุติดเตียงดื่มน้ำมาก ๆ ๒-๓ ลิตรต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่ถ่ายอุจจาระ ๓-๔ วัน หรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บ หรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้วงทุก ๒-๓ วัน และทุกครั้งที่ผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่าย ไม่ควรให้ผู้สูงอายุติดเตียงรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงหายปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ การขับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุติดเตียงมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถนั่ง เคลื่อนย้ายออกกำลังกายได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้นแต่เนิ่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีการขับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

๑.๔ การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้ช่วยตัวเองมากที่สุด เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุติดเตียงอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

๑.๕ การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวม ๆ ใสบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกายอื่น ๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ดีก่อน

๒. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุติดเตียงภาวะที่ญาติผู้ดูแลต้องกระทำต่อผู้สูงอายุติดเตียงเมื่อกลับไปอยู่บ้านก็ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุติดเตียง การที่ผู้สูงอายุติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่โดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา

๒.๑ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยมีฟื้นฟูสภาพในกิจกรรม ดังนี้

๒.๑.๑ การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive range of motion การเคลื่อนไหวตัวเอง การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพิงผู้อื่น หลักการฟื้นฟูอยู่ที่พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตึกตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทางและการเคลื่อนไหวอย่างปกติ การฟื้นฟูสภาพต้องกระทำไปพร้อม ๆ กับการกระตุ้นเสียง การสัมผัสร่างกาย การใช้สายตา เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความอยากเรียนรู้ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นฟูสำเร็จ

๒.๑.๒ การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุติดเตียงที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้สูงอายุติดเตียง และไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุติดเตียงอยู่คนเดียววน ๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้สูงอายุติดเตียงโรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำถ้าไม่เข้าใจ ควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้สับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ตอบเพราะทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

๒.๑.๓ สภาพจิตใจ การเจ็บป่วยที่มีความพิการเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุติดเตียงจะเกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถใน

การทำหน้าที่และภาวะพึ่งพิง การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สภาวะเศรษฐกิจที่แย่ลง อาการที่แย่ลง ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุติดเตียงจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้สูงอายุติดเตียงจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการสื่อสารกับคนอื่น ๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ

๓. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุติดเตียงมีข้อจำกัดหลายด้านดังนั้นผู้สูงอายุติดเตียงเหล่านี้จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่างและภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุติดเตียงจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

๓.๑ การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ ๔๕ การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยนท่านอนทุก ๒ ชั่วโมง ได้รับการตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้สูงอายุติดเตียงหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้สูงอายุติดเตียงด้วยวิธีลากเพราะผิวหนังจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการระคายเคืองและเป็นแผลนอกจากนี้ ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ในกระบวนการหายของแผลกดทับ

๓.๒ การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และทางเดินหายใจ การดูแล คือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก ๑-๒ ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะ การคั่งค้างของปัสสาวะ ผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อโดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะ และดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

๓.๓ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบ และข้อติดแข็งผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ในแต่ละท่าประมาณ ๕-๑๐ ครั้ง วันละ ๑-๒ ครั้งในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่ง จากท่านอน ฝึกนั่ง ตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมีผลต่อการฟื้นตัว ผู้สูงอายุติดเตียงแต่ละคนอาจจะได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับครอบครัว และขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ดังนั้น การดูแลที่บ้านของญาติจึงเป็นสิ่งจำเป็น การช่วยเหลือให้ญาติเกิดความรู้อย่างเข้าใจ และลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลของญาติจะช่วยให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมซึ่งจะช่วยลดปัญหาความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

๒.๕ แนวคิดการพัฒนาจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักพุทธธรรม

การพัฒนาจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการนำหลักธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ที่จะได้นำไปพัฒนาตนเอง คือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยทั่วไปจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพได้นั้น มีสาเหตุพื้นฐานที่สำคัญบางประการมาจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีสุขภาพแข็งแรง พึ่งพาตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และจัดการด้านที่อยู่อาศัยของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จะดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขทางใจได้นั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ซึ่งอาจจะประกอบไปด้วย คู่สมรส ลูก หลาน ญาติ มิตร และผู้ดูแล เป็นต้น

งานวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการนำเสนอวิธีการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กับสมาชิกในครอบครัวโดยนำหลักธรรมของพุทธศาสนามาใช้ เพื่อให้การครองตนในครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียงดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีความสุข การครองตนในครอบครัวของผู้ป่วยติดเตียงอย่างมีความสุขโดยยึดหลักธรรม ดังนี้

๑. สังคหวัตถุ ๔

การมีธรรมยึดเหนี่ยวใจคนและประสานหมู่ชนไว้ในสามัคคี (สังคหวัตถุ ๔) การมีธรรมยึดเหนี่ยวใจคนและประสานหมู่ชนไว้ในสามัคคี หรือ “ส ๔” ประกอบด้วย การแบ่งปัน-การพูดอย่างรักกัน-การทำประโยชน์แก่เขา-การเอาตัวเข้าสมาน มีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

๑) ทาน การแบ่งปัน ผู้ป่วยติดเตียงควรแบ่งปันลาภผลที่ได้มาหรือสะสมไว้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวทุกคนอย่างถูกต้องและเป็นธรรม ควรช่วยเหลือเกื้อกูลสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วยการให้ทรัพย์สิน สิ่งของรวมทั้งการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่มีประโยชน์ให้ตามความเหมาะสม

ในพระพุทธศาสนามีคำสอนเกี่ยวกับหลักการให้ทานเพื่อให้พุทธศาสนิกชนได้ปฏิบัติ เป็นแบบอย่างโดยเฉพาะ สำหรับหลักการให้ทานที่เป็นอามิสทานนั้น ประกอบด้วยส่วนสำคัญ ๓ ประการคือ ๑. วัตถุที่จะให้ทาน ๒. ทายกผู้จะให้ทาน ๓. ปฏิภาหผู้จะรับทาน

วัตถุที่จะให้ทาน คือทานวัตถุ (ไทยธรรม หรือไทยทาน) แบ่งออกเป็น ๒ หมวด ได้แก่ หมวดทานวัตถุ ๑๐ ได้แก่ อาหาร น้ำดื่ม ผ้า ยานพาหนะ ดอกไม้ ของหอม เครื่องลูบไล้ ที่นอน ที่พักอาศัย เครื่องตามประทีป โดยทานวัตถุ ๑๐ อย่างนี้เหมาะสำหรับบุคคลทั่วไปทั้งบรรพชิตและคฤหัสถ์รวมทั้งสัตว์ดิรัจฉานด้วย และหมวดปัจจัย ๔ ได้แก่ จีวร บิณฑบาต ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค โดยปัจจัย ๔ อย่างนี้เหมาะสำหรับบรรพชิต

ทายกผู้จะให้ทาน ได้แก่ บุคคลทั่วไปทั้งบรรพชิตและคฤหัสถ์ ซึ่งทายกนี้ องค์กรประกอบ ๓ ประการคือ ๑. ก่อนให้ทานเป็นผู้มีจิตยินดี (บุพเจตนา) ๒. กำลังให้ทานอยู่ยอมทำจิตให้เลื่อมใส (มุญจนเจตนา) ๓. ครั้นให้ทานแล้วย่อมปลื้มใจ (อปราปรเจตนา)

ปฏิคาหกผู้จะรับทาน แบ่งออกเป็น ๒ ประเภทคือ ๑. ปฏิปุคคลิกทาน (การให้เจาะจงบุคคล) มี ๑๔ จำพวก ได้แก่ พระพุทธเจ้า พระปัจเจกพุทธเจ้า พระอรหันต์ พระอรหันต์มรรค พระอนาคามี พระอนาคามีมรรค พระสกทาคามี พระสกทาคามีมรรค พระโสดาบัน พระโสดาปัตติมรรค บุคคลภายนอกพุทธศาสนาที่ได้มานสมาบัติ (อภิญา ๕) ปุณฺชนผู้มีศีล ปุณฺชนผู้ทุศีล และสัตว์เดียรัจฉาน ๒. สังฆทาน (การให้โดยไม่เจาะจงบุคคล) มี ๗ จำพวก ได้แก่ สงฆ์สองฝ่ายมีพระพุทธเจ้าเป็นประมุขสงฆ์สองฝ่ายเมื่อพระตถาคตปรินิพพานแล้ว ภิกษุสงฆ์อย่างเดียว ภิกษุณีสงฆ์อย่างเดียว ขอให้สงฆ์จัดภิกษุและภิกษุณีตามจำนวนขึ้นเป็นสงฆ์ ขอให้สงฆ์จัดภิกษุตามจำนวนขึ้นเป็นสงฆ์ ขอให้สงฆ์จัดภิกษุณีตามจำนวนขึ้นเป็นสงฆ์

ในปฏิคาหกทั้งสองประเภทนี้ มีองค์ประกอบ ๓ ประการคือ ๑. เป็นผู้ปราศจากราคะ หรือปฏิบัติเพื่อกำจัดราคะ ๒. เป็นผู้ปราศจากโทสะ หรือปฏิบัติเพื่อกำจัดโทสะ ๓. เป็นผู้ปราศจากโมหะ หรือปฏิบัติเพื่อกำจัดโมหะ

ในบรรดาส่วนสำคัญทั้ง ๓ ประการคือ วัตถุที่จะให้ทาน ทายกผู้จะให้ทาน และ ปฏิคาหกผู้จะรับทานนี้ มีความเกี่ยวข้องกันโดยอาศัยความบริสุทธิ์แห่งทักษิณา ๔ อย่างเป็นเครื่อง ประกอบ การให้ทานจะมีผลมาก มีอานิสงส์มากหรือมีผลไปบุญล้นนั้น ทั้งทายกและปฏิคาหกจะต้องเป็นผู้มีศีลมีกัลยาณธรรม และได้ขอมมาโดยธรรม พร้อมทั้งมีจิตเลื่อมใสดี เชื่อกรรมและผลของกรรมอย่างยิ่ง

ประโยชน์ของการให้ทาน หรือทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า “อานิสงส์” ก็คือ ประโยชน์ หรือผลที่เกิดจากการให้ทานนั่นเอง ซึ่งจะมีผลเกิดขึ้นทั้งแก่ผู้ให้ทานและผู้รับทาน แต่ถ้าพูดถึงอานิสงส์ของการให้ทานที่จะเกิดขึ้น มีขึ้นแก่ผู้ให้ทานเป็นสำคัญ ผู้ให้ทาน ไม่ว่าจะให้ด้วย เหตุผลประการใดก็ตาม ผู้ให้ย่อมจะได้รับอานิสงส์ คือ ผลที่เกิดจากการให้ทานนั้น

พระพุทธเจ้าทรงแสดงประโยชน์ของการให้ทานแล้วมีโศคะมาก แก่สุภมาณพโต เทยบุตรว่า การให้ทาน เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้ไปเกิดในสุคติโลกสวรรค์ หรือหากมาเกิดเป็นมนุษย์ ก็จะเป็นผู้มีโศคะมาก ดังปรากฏในจุฬามณีวงศ์ว่า “คนที่ให้ข้าว น้ำ ฝ้าย ยาน ดอกไม้ ของหอม เครื่องลูบไล้ที่นอนที่อยู่อาศัย ประทีปโคมไฟ แก้วสมณะหรือพราหมณ์ เขาตายไปแล้วจะไปสู่สุคติ ถ้ามาเกิดเป็นมนุษย์ จะเป็นผู้มีโศคะมาก”^{๑๓}

ผู้วิจัยสรุปการให้ทานมีประโยชน์ ๒ ประการ คือ

๑. การให้ทาน เป็นเครื่องเกื้อหนุนให้ไปเกิดในสุคติโลกสวรรค์ กล่าวคือเมื่อตายไปจะเข้าถึงสุคติโลกสวรรค์

๒. การให้ทาน เป็นเครื่องเกื้อหนุนให้เป็นผู้มีโศคะมาก การให้ทานจะทำให้เป็นผู้มีโศคะมากได้อย่างไร เรื่องนี้เราจะพิจารณาจากความจริงที่ปรากฏให้เห็นในชีวิตจริง บางคนเกิดมาในตระกูลที่มีโศคะมาก คือ มีทรัพย์สมบัติมาก บางคนเกิดมาแทบไม่มีอะไรจะเลี้ยงชีพ แม้จะดิ้นรนหาอย่างไร ก็

^{๑๓}ม.อ. (ไทย) ๑๔/๒๙๔/๓๕๓.

ไม่พอดำรงชีพ เรื่องนี้เราจะต้องพิจารณาเหตุ ปัจจัยหลายประการ แต่เหตุปัจจัยตัวหนึ่งที่ปรากฏใน พุทธดำรัสนี้ คือ การให้ทาน

นอกจากนี้ ประโยชน์ของการให้ทาน แบ่งเป็น ๒ ตามประเภทแห่งทาน คือ ประโยชน์ ของอามิสทาน และประโยชน์ของธรรมทาน

๑) ประโยชน์ของอามิสทาน

ในทักษิณาวีถังคสูตร มัชฌิมนิกาย อุปริปัญณาสก์ กล่าวถึงประโยชน์ของอามิสทานไว้ว่า

๑. ให้ทานแก่พระอรหันต์สัมมาสัมพุทธเจ้า มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๒. ให้ทานแก่พระปัจเจกพุทธเจ้า มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๓. ให้ทานแก่สาวกของพระพุทธเจ้า มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๔. ให้ทานแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อทำอรรถผลให้แจ้งมีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๕. ให้ทานแก่พระอนาคามี มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๖. ให้ทานแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อทำอนาคามีผลให้แจ้ง มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๗. ให้ทานแก่พระสกทาคามี มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๘. ให้ทานแก่ผู้ปฏิบัติเพื่อทำสกทาคามีให้แจ้ง มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๙. ให้ทานแก่พระโสดาบัน มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๑๐. ให้ทานในผู้ปฏิบัติเพื่อทำโสดาปัตติผลให้แจ้ง มีอานิสงส์ประมาณไม่ได้

๑๑. ให้ทานแก่นักบวชนอกศาสนา ผู้ปราศจากราคะ มีอานิสงส์แสนโกฏิ อัตภาพ

๑๒. ให้ทานแก่นักบวชผู้ทุศีล มีอานิสงส์หนึ่งแสนอัตภาพ

๑๓. ให้ทานแก่ปุถุชนผู้ทุศีล มีอานิสงส์หนึ่งพันอัตภาพ

๑๔. ให้ทานแก่สัตว์ดิรัจฉาน มีอานิสงส์ร้อยอัตภาพ^{๑๔}

ในสี่สุสูตร อังคุตตรนิกาย ปัญจกนิบาต พระพุทธเจ้าทรงแสดงประโยชน์ที่เกิดแก่ผู้ให้ ทานไว้ ๕ ประการ คือ

๑. ผู้ให้ทานย่อมเป็นที่รัก เป็นที่ชอบใจของประชาชน

๒. บัณฑิตทั้งหลาย ย่อมคบหาสมาคมกับผู้ให้ทานนั้น

๓. ชื่อเสียงของผู้ให้ทานย่อมขจรไป

๔. ผู้ให้ทาน ย่อมเป็นผู้ไม่ห่างจากฆราวาสธรรม

^{๑๔}ม.อ. (ไทย) ๑๔/๓๗๙/๔๒๗-๔๒๘.

๕. ผู้ให้ทาน เมื่อสิ้นชีวิตแล้ว ย่อมเข้าถึงสุคติโลกสวรรค์^{๑๕}

ผลของทานทั้ง ๕ นั้น แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ข้อที่ ๑-๔ เป็นผลของทานที่ให้ผลใน ปัจจุบัน ส่วนข้อที่ ๕ เป็นผลของทานที่ให้ผลหลังจากละโลกนี้ไปแล้ว ในสี่ทศนาปติสูตร อังคุตตรนิกาย สัตตกนิบาต ผู้ให้ทานนั้น ย่อมได้รับอานิสงส์ ๗ ประการ คือ

๑. พระอรหันต์ย่อมอนุเคราะห์ผู้ให้ทานก่อน
๒. พระอรหันต์ย่อมเข้าไปหาก่อน
๓. พระอรหันต์ย่อมรับทานของผู้ให้ก่อน
๔. พระอรหันต์ย่อมแสดงธรรมให้ก่อน
๕. ชื่อเสียงอันดีงามของผู้ให้ทาน ย่อมฟุ้งขจรไป
๖. ผู้ให้ทานย่อมแก้กลัวกลัวอาภาย ไม่เก้อเขินในที่ประชุม
๗. เมื่อสิ้นชีพลง ผู้ให้ทานย่อมบังเกิดในสุคติโลกสวรรค์

สมัยพุทธกาล สังคมให้ความสำคัญแก่พระอรหันต์มาก เพราะหากใครได้เข้าไปถวาย ทาน หรือเข้าไปใกล้พระอรหันต์ นับว่าเป็นมงคลอันสูงสุดของชีวิต “พระเจ้าพิมพิสารขณะที่ยังเป็นพระกุมาร ได้เคยตั้งความปรารถนาให้พระอรหันต์เข้ามาในแคว้นของพระองค์ ขอให้ได้ใกล้ชิดพระอรหันต์ ขอให้พระอรหันต์แสดงธรรมให้ฟัง และขอให้เข้าใจในธรรมที่พระอรหันต์แสดง”^{๑๖}

ผลของทานข้อที่ ๑-๔ จึงตอบสนองความต้องการของมหาชนในครั้งพุทธกาล เนื่องจากการได้ใกล้ชิดและคบหาสมาคมกับพระอรหันต์นั้น เป็นเหตุก่อให้เกิดผลอันจะนำไปสู่การ ได้สวนานุตตริยะ การขัดเกลากิเลส เพื่อเป็นแนวทางเข้าสู่ความหลุดพ้นต่อไป

อย่างไรก็ตาม การได้รับความอนุเคราะห์จากพระอรหันต์ การได้ใกล้ชิดพระอรหันต์ การได้ถวายทานแก่พระอรหันต์ นับว่าเป็นอุดมมงคลแก่ชีวิต เพราะเป็นเหตุให้ได้รับผลทั้งที่เป็นประโยชน์ในชาตินี้ ชาติหน้า และประโยชน์สูงสุดคือพระนิพพาน ซึ่งผู้ให้ทานเท่านั้นจึงจะมีโอกาสได้รับผลเช่นนี้ได้

นอกจากนี้ยังมีอานิสงส์ของการให้ทานที่ปรากฏในพระสูตรหลายแห่ง เช่น

(๑) ในโภชนทานสูตร อังคุตตรนิกาย ปัญจกนิบาต มีอานิสงส์การถวายอาหาร ไว้ว่า “ภิกษุทั้งหลาย ทายกผู้ให้อาหารเป็นทาน ชื่อว่าให้ฐานะทั้ง ๕ อย่าง แก่ปฏิกาคห คือให้อายุ วรรณะ ความสุข กำลัง และปฏิภาณ”^{๑๗}

^{๑๕} อัง.ปณจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๕๖.

^{๑๖} วิ.มหา. (ไทย) ๔/๕๗/๖๘-๖๙.

^{๑๗} อัง.ปณจก. (ไทย) ๒๒/๓๗/๕๘.

ให้อายุ คือ ให้อายุยืน ให้อารมณ์คือให้ผิวพรรณผ่องใส ให้ความสุขคือให้มีความสุขกายสุขใจ ให้กำลังคือกำลังกาย ส่วนให้ปฏิภาณคือให้ความฉลาดในการผูกและในการแก้คือให้ไหว พริบปฏิภาณนั่นเอง

การถวายอาหาร เช่น ทำบุญเลี้ยงพระหรือเลี้ยงกุมารดาบิดา แม้แต่ให้อาหารแก่สัตว์ดิรัจฉาน ชื่อว่าให้ถึง ๕ อย่าง คือ อายุ วรรณะ สุขะ พละ และปฏิภาณ เพราะอาหารทำให้บุคคลผู้ให้ได้รับสิ่งทั้ง ๕ ประการนี้ ฉะนั้น บุคคลที่มีปัญญาจึงไม่ตระหนี่ แต่ชอบทำบุญให้ทาน เพราะสามารถได้รับสิ่งที่น่าปรารถนาถึง ๕ ประการดังกล่าวแล้ว

(๒) ในมณฑปทวยสูตร มีอานิสงส์ของท่านว่า “ผู้ให้ของที่พอใจ ย่อมได้ของที่พอใจ ผู้ให้ของที่เลิศ ย่อมได้ของที่เลิศ ผู้ให้ของที่ดี ย่อมได้ของที่ดี ผู้ให้ของที่ประเสริฐ ย่อมเข้าถึงสถานที่ประเสริฐ ...ย่อมบังเกิด ณ สถานที่ใด ย่อมมีอายุยืน มียศ”^{๑๘}

(๓) ในกีนทสูตร สังยุตตนิกาย สคาถวรรค มีอานิสงส์การให้ท่านว่า “เทวดาเข้าไปทูลถามปัญหาพระศาสดาว่า ”บุคคลให้อะไร ชื่อว่าให้กำลัง ให้อารมณ์ ให้จักขุ ให้สุขะ ให้ทุกสิ่งทุกอย่าง” พระศาสดาตอบว่า “ผู้ให้ข้าว ชื่อว่าให้กำลัง ผู้ให้ผ้า ชื่อว่าให้อารมณ์ ผู้ให้ยานพาหนะ ชื่อว่าให้ความสุข ผู้ให้ประทับ ชื่อว่าให้จักขุ ผู้ให้ที่พักอาศัย ชื่อว่าให้ทุกสิ่งทุกอย่าง ส่วนผู้ที่พร่าสอนธรรม ชื่อว่าให้มตรธรรม”

การให้ทานถือเป็นหลักปฏิบัติอย่างหนึ่งของพุทธศาสนิกชนและจากผลประโยชน์ของ การให้ทานที่กล่าวมา ย่อมเอื้อประโยชน์ ๓ ประการ ได้แก่

๑. ประโยชน์ในปัจจุบัน ทิฏฐธัมมิกัตถะ เป็นประโยชน์ขั้นต้นที่ผู้ให้ทานจะพึงได้รับ เป็นประโยชน์ที่คนทั่วไปมุ่งหมายกันในโลกนี้ เป็นต้นว่า ทรัพย์ ศิลปวิทยา ยศ ไฉนตรีและ ความสุข

๒. ประโยชน์ในเบื้องหน้า (สัมปรายิกัตถะ) ทานในระดับนี้ อยู่ในระดับที่สูงกว่าระดับวัตถุหรือความสุขทางกาย คือ เป็นจุดหมายที่เน้นเรื่องจิตใจ เป็นการพัฒนาจิตใจเพื่อไปสู่ระดับที่สูงขึ้น เพราะนอกจากทรัพย์สมบัติ ชื่อเสียงเกียรติยศในปัจจุบันนี้แล้ว จะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าถึงสุคติโลกสวรรค์อันเป็นสัมปรายภาพ

๓. ประโยชน์สูงสุด (ปรมัตถะ) เป็นประโยชน์ระดับสูงสุดที่สืบเนื่องมาจากระดับทั้งแจ้งแห่งสภาพของสรรพสิ่งตามความเป็นจริง อยู่จบพรหมจรรย์ ไม่มีกิจต้องทำอีกต่อไปแล้ว

๒) ปิยวาจา การพูดอย่างรักกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงควรพูดด้วยถ้อยคำสุภาพ ไพเราะชวนฟัง ในการสนทนากับสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งผู้ป่วยติดเตียงควรชี้แจงแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ ชักจูงสิ่งที่ดีงามให้แก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสร้างความเข้าใจที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการพูดให้กำลังใจ พูดให้เกิดความสบายใจและเกิดไมตรีที่ดีต่อกัน ขณะเดียวกันผู้ป่วยติดเตียงก็ควรเป็นผู้ฟังที่ดีในระหว่างการสนทนากับสมาชิกในครอบครัวด้วย

^{๑๘}อง.ปณจก. (ไทย) ๒๒/๓๗/๕๘.

เนื่องจากวาจาเป็นทักษะในการสื่อสารประจำวันของมนุษย์ที่ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้พูดและผู้ฟังโดยมีวาจาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารนั้น วาจาจึงเป็นองค์ประกอบในการมีชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม จะดีหรือไม่อย่างไร ขึ้นอยู่กับการพูดของบุคคลนั้นว่ามีจุดมุ่งหมายไปในทางที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ และเพราะว่าการสื่อสารด้วยวาจาเป็นกระบวนการที่สะดวกง่ายดายกว่าการสื่อสารด้วยวิธีอื่น วาจาจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะทำให้ตัวเราและบุคคลอื่นได้รู้เจตนาในความหมายนั้น ๆ

การพูดจาที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อความเจริญ ความสงบสุขของสังคมส่วนรวมยามมีชีวิตอยู่เท่านั้น ยังมีประโยชน์เกื้อกูลที่ส่งผลติดตามไปถึงปรโลก ทั้งนี้ก็ด้วยวจีกรรมที่ได้ประพฤติปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบอย่างสม่ำเสมอ ตายไปแล้วจะไปเกิดในสุคติโลกสวรรค์ ดังที่พระผู้มีพระภาคได้ตรัสถึงเรื่องทิพพจักขุญาณ ซึ่งมองเห็นสัตว์ผู้ประกอบด้วยวจีทุจริตและวจีสุจริตไปสู่ปรโลกแล้วว่า

เมื่อจิตเป็นสมาธิบริสุทธิ์ผุดผ่อง ไม่มีกิเลสเพียงดั่งเนิน ปราศจากความเศร้าหมอง อ่อนเหมาะแก่การใช้งาน ตั้งมั่น ไม่หวั่นไหวอย่างนี้ ภิกษุผู้นั้นย่อมจิตไปเพื่อจตุปปาตญาณ เห็นหมู่สัตว์ผู้กำลังจืด กำลังเกิด ทั้งชั้นต่ำและชั้นสูง งามและไม่งาม เกิดดีและเกิดไม่ดี ด้วยตาทิพย์อันบริสุทธิ์เหนือมนุษย์ รู้ชัดถึงหมู่สัตว์ผู้เป็นไปตามกรรมว่า หมู่สัตว์ที่ประกอบด้วยกายทุจริต วจีทุจริต และ มโนทุจริต กล่าวร้ายพระอรียะ มีความเห็นผิดและชักชวนผู้อื่นให้ทำกรรมตามความเห็นผิด พวกเขาหลังจากตายแล้วจะไปบังเกิดในอบาย ทุกติ วินิบาต นรก แต่หมู่สัตว์ประกอบกายสุจริต วจีสุจริต และมโนสุจริต ไม่กล่าวร้ายพระอรียะ มีความเห็นชอบและชักชวนผู้อื่นให้ทำกรรมตามความเห็นชอบ พวกเขาหลังจากตายแล้วจะไปบังเกิดในสุคติโลกสวรรค์^{๑๙}

การจัดระดับความดีในทางพุทธศาสนาจึงสรุปได้ใน ๓ ลักษณะกว้าง ๆ คือ ความดีขั้นต้น ความดีชั้นกลาง และความดีชั้นสูง ซึ่งท่านเรียกว่า “อาทิกัลยาณะ มัชฌกัลยาณะ ปริโยสานกัลยาณะบ้าง เรียกว่า ประโยชน์ปัจจุบัน ประโยชน์ภายหน้า ประโยชน์อย่างยั่งยืนบ้าง ซึ่งมีความหมายครอบคลุมความดีในทุกระดับชีวิตของมนุษย์”^{๒๐}

ในการประกอบสัมมาวาจา ก็คือการกระทำความดี ในความหมายนี้เช่นเดียวกัน พระพุทธเจ้าทรงสอนให้กล่าวสัมมาวาจาหรือวาจาชอบไว้ในข้อธรรมหลายระดับด้วยกัน แต่โดยหลักใหญ่ ๆ ก็แบ่งออกเป็นสองประเภทคือ สัมมาวาจาที่เป็นโลกียะอันได้แก่สัมมาวาจาที่เป็นความดีในระดับต้น คือการมีปียวาจาต่อกันเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุขเรียกว่าความดีระดับปุถุชน และสัมมาวาจาที่เป็นความดีในระดับกลางคือการยึดมั่นในศีลกรรมมถ ๑๐ หรือการกล่าว แต่วาจาสุภาสิตเพื่อก่อให้เกิดสาระประโยชน์ เพื่อแก้ปัญหา และกำจัดความทุกข์ในชีวิต ให้มีความสุขแก่จิตใจของผู้ปฏิบัติที่เรียกว่า ความดีระดับกัลยาณชน อีกประเภทหนึ่งคือ สัมมาวาจาที่เป็นโลกุตระ หรือ

^{๑๙}ที.สี. (ไทย) ๙/๒๔๖/๘๒-๘๓.

^{๒๐}สุเขาวาน์ พลอยขุม, เอกสารประกอบการบรรยายวิชาพุทธปรัชญาในสวดตันตปฏิภ, อ้างแล้ว, หน้า

ความดีขั้นสูง คือสัมมาวาจาที่เป็นอริยมรรคเพื่อเครื่องนำทางการประพฤติปฏิบัติไปสู่ความหลุดพ้นจากทุกข์หรือกิเลสทั้งปวง อันเป็นผลจากการพัฒนาชีวิตจนมีศีลมีธรรมบริบูรณ์ ความสมบูรณ์ทางศีลธรรมนั่นเองที่ทำลายกิเลสเหล่านั้น และเราเรียกผู้บรรลุความดีในระดับนี้ว่า “อารยชนหรืออริยบุคคล”

สัมมาวาจาที่เป็นความดี เพื่อเครื่องนำทางการประพฤติปฏิบัติไปสู่ความหลุดพ้นจากทุกข์หรือกิเลสทั้งปวง การประกอบสัมมาวาจา ก็คือการกระทำความดี การมีปียวาจาต่อกันเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นสุข

๓) อัถถจริยา การทำประโยชน์แก่เขา ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงควรชวนช่วยเหลือนแบ่งเบาภารกิจต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านที่ไม่หนักหรือซับซ้อนช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนของครอบครัวช่วยฝึกฝนอบรมจริยธรรมให้สมาชิก ผู้เยาว์วัยในครอบครัวช่วยดูแลต้นไม้ สัตว์เลี้ยง และช่วยรับโทรศัพท์ให้สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

พระพุทธเจ้าทรงมุ่งหมายและสั่งสอนเฉพาะสิ่งที่จะนำมาใช้ปฏิบัติให้เป็นประโยชน์ ในชีวิตจริงได้ เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ การแก้ไขปัญหาชีวิต และการลงมือทำจริง ๆ ไม่ทรงสนับสนุนการพยายามเข้าถึงสัจธรรมด้วยวิธีครุ่นคิดและถกเถียงหาเหตุผลเกี่ยวกับปัญหาทางอภิปราย^{๒๑} ดังนั้น พระพุทธศาสนาเถรวาทถือเอาความสำเร็จอันก่อให้เกิดเป็นความสุขกายใจ ด้วยการลงมือประพฤติปฏิบัติด้วยตนเองจากระดับพื้นฐานไปสู่ระดับสูงครอบคลุมประโยชน์ ๓ ระดับด้วยกัน ได้แก่

- ๑) ทิฐฐัมมิกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในปัจจุบัน
- ๒) สัมปรายิกัตถประโยชน์ ประโยชน์ในอนาคต
- ๓) ปรมัตถประโยชน์ ประโยชน์อย่างยิ่ง^{๒๒}

ประโยชน์ทั้ง ๓ ข้างต้นนี้ถือเป็นขอบเขต เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายทางจริยศาสตร์ของพระพุทธศาสนาเถรวาทซึ่งสรุปลงเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่

๑) สั่งสอนเพื่อให้รู้ (อภิถญาณธรรมเทศนา) หมายความว่า เรื่องใดที่ไม่จำเป็นสำหรับผู้ฟังหรือผู้รับคำสอน พระองค์ก็ไม่ทรงสอนสิ่งนั้น ทรงสอนเฉพาะเรื่องเท่าที่จำเป็นสำหรับชีวิต เท่านั้น

๒) สั่งสอนอย่างมีเหตุมีผล (สนิทานธรรมเทศนา) หมายความว่า พระธรรมเทศนาของพระพุทธองค์ไม่ยากเกินไปจนถึงกับตรองตามแล้วก็ไม่เห็น และไม่ง่ายเกินไปจนไม่ต้องตรึกตรอง ขบคิดก็เห็นได้ พุทธวิธีในการสอนจึงอยู่ท่ามกลางระหว่างความยากเกินไปกับความง่ายเกินไป

^{๒๑}พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **พุทธธรรมฉบับปรับปรุงและขยายความ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า ๘๕.

^{๒๒}พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอส. อาร์. พรีนติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด, ๒๕๔๖), หน้า ๒๔๕.

๓) สั่งสอนเพื่อให้รู้เข้าใจ และมีเหตุผล (สัปภาฎิหาริยธรรมเทศนา) หมายความว่าผู้ฟังสามารถได้รับผลแห่งการฟัง การปฏิบัติตามสมควรแก่กำลังแห่งการปฏิบัติของตนเป็นที่ตั้ง ไม่ต้องรอใครมาหิยยื่นให้ เพราะปฏิบัติเหตุและได้ผลในชาตินี้เอง ไม่ต้องรอไปถึงชาติหน้า

หลักคำสอนในพระพุทธศาสนาเถรวาททำให้ทราบว่า เป็นหลักการปฏิบัติที่มี จุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์สุขแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่หลายระดับแห่งการเข้าถึง ตามความรู้ความสามารถ ทางสติปัญญาของแต่ละบุคคล และประโยชน์สุขใน ๓ ระดับที่กล่าวมานั้น จะมีความสอดคล้องกลมกลืนกัน สนับสนุนกันจากระดับต้นไปสู่ระดับกลาง หนุนเนื่องไปสู่ระดับสูงตามลำดับ ด้วยการปฏิบัติฝึกฝนพัฒนาตนตามหลักการและแนวทางแห่งธรรมนั้น ก็เพื่อให้เกิดประโยชน์ใน ๓ อย่าง ได้แก่ ๑) อุตตตถประโยชน์ ประโยชน์ส่วนตน ๒) ปรัตถประโยชน์ ประโยชน์ของผู้อื่น ๓) อุภยตถประโยชน์ ประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

หลักคำสอนในพระพุทธศาสนาเถรวาทจึงเป็นแนวปฏิบัติที่ถือได้ว่า เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของชนหมู่มากโดยไม่มีประมาณ ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ฐานะทางสังคม ภาษาและศาสนา หลักธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาทจึงมีความสำคัญลึกซึ้งตามแนวธรรม และแนวปฏิบัติ ตลอดถึงผลของการปฏิบัติตามแต่ละระดับของหลักธรรมนั้น เป็นการนำเสนอหลักธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาทที่ส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ทำให้มวลมนุษยย์เกิดความเห็นใจกัน มีความเป็นมิตรกัน และช่วยเหลือกัน ซึ่งเป็นหลักคุณธรรมอันดีที่มีในจิตใจของผู้ที่ชื่อวามนุษย์

๔) สمانัตตา การเอาตัวเข้าสมาณ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกทุกคนในครอบครัวได้ดี ไม่ปล่อยให้มีความหวางระหวางวาย ให้ความร่วมมือกับผู้อื่นได้ เคารพในบทบาทหน้าที่ของกันและกัน ไม่เอาเปรียบ ไม่เรียกร้องความสนใจความเห็นใจจากสมาชิกในครอบครัวจนเกินความพอดีพองาม ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรร่วมสุข ร่วมทุกข์ และร่วมกันแก้ไขปัญหาลุปรรรคต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ย่อท้อ เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยติดเตียงควรวางตัวเสมอต้นเสมอปลายปฏิบัติตัวสม่ำเสมอ และให้ความเสมอภาคในครอบครัว^{๒๓}

การวางตนอย่างสม่ำเสมอคือการเป็นผู้มีตนเสมอในธรรมทั้งหลายตามสมควรเป็นผู้ปฏิบัติสม่ำเสมอในชนทั้งหลายและเสมอในสุขในทุกข์โดยร่วมกันรับรู้แก้ไข ตลอดถึงการวางตนเหมาะสมแก่ฐานะ ภาวะบุคคล เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมถูกต้องตามธรรมในแต่ละกรณี ชื่อว่า สมานัตตา เป็นหลักธรรมที่นำความสุขเป็นมงคลและเสน่ห์มาสู่ตนเองและครอบครัวและสังคม เพราะทุกวันนี้คนทุกคนล้วนมีสังคมอยู่ในกลุ่มของตนเอง การวางตนเป็นสิ่งที่สำคัญต่อผู้คนในสังคมข้างเคียงใกล้ชิด และในปัจจุบัน คนส่วนมากทุกสังคมมักย่อมมีผู้หลงยศหลงอำนาจสังคมองค์กรที่มีผู้บริหาร มัวเมาในลาภยศ สรรเสริญ มัวเมาในอำนาจ มักลืมหืมตนลืมหืมมา ลืมเพื่อนลืมนญาติ มุ่งแต่ประโยชน์เพื่อลาภยศตนเองหรือความสุขความร่ำรวยของตนเอง แบ่งแยกแตกต่างทางความคิด เมื่อบุคคลเหล่านี้เป็นผู้มีอำนาจ การวางตนของบุคคลผู้มีอำนาจดังกล่าว ย่อมมีไม่คงที่เพราะมีแรงกระตุ้นของผลประโยชน์ที่

^{๒๓}อง.ปณจก. (ไทย) ๒๒/๔๔/๗๑.

ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกิเลส ทำให้สังคมนั้นไม่มีความเจริญ คนดีถดถอยและมีความเสื่อม ทำให้สภาพสังคมส่วนอยู่อย่างไร้จริยธรรม และมีทิศทางไปในแนวทางที่อ่อนด้อยทางศีลธรรม ไม่มีความสม่ำเสมอทั้งนี้เพราะการวางตัวยอมเป็นไปตามแรงและอำนาจของกิเลส จึงเป็นสาเหตุใหญ่ของปัญหาในการวางตนของผู้คนในสังคม

หลักการวางตนเสมอต้นเสมอปลาย คือ

๑. ปฏิบัติตนเหมาะสมกับสถานะที่เป็น
๒. เป็นกันเองกับผู้อื่น แบบไม่ถือตัว และไม่ปล่อยเกินไป
๓. ผู้อื่นสามารถเข้าหาและพูดจาด้วยได้ง่าย
๔. เป็นผู้อ่อนน้อมถ่อมตน
๕. เสมอต้นเสมอปลายด้วยสังคหวัตถุ ๔

การวางตัวดี คือวางตัวอยู่ในคุณค่า ๖ ประการ คือ ศีลธรรม, คุณธรรม, จริยธรรม, คุณภาพ, ความเหมาะสม และความเป็นกลาง

๑. ศีลธรรม มีความประพฤติดี คือ กายสุจริต วาจาสุจริต มโนสุจริตธรรมะ ที่ควร ประพฤติ อย่างมั่นคงดังศิลาภูผา ได้แก่ การไม่ทำลาย หรือ ทำร้ายชีวิตอื่น การไม่ลักขโมย หรือฉ้อโกงทรัพย์สินผู้อื่น การไม่ประพฤติผิดในบุตร ภรรยาหรือสามี ของผู้อื่น การไม่พูดโกหก ส่อเสียด เพื่อเจ้อ หยาบคาย และการไม่ดื่มสุรายาเมา หรือยาเสพติด

๒. คุณธรรม คือ ความจริงที่มีคุณ หรือ มีประโยชน์ต่อความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ซึ่งผู้ ประสบความสำเร็จทั้งหลายล้วน เพียรสั่งสม

๓. จริยธรรม คือ คุณสมบัตินี้ทำใ้ทั้งงาม ได้แก่ ความละเอียดต่อบาป ความอดกลั้น ความสุภาพ ความอ่อนโยน และ ความสำรวม

๔. คุณภาพ คือ ความสามารถเป็นยอด และอดทนเป็นเยี่ยม คนที่เหลาะแหละ มักง่าย เอะอะ โวยวาย แสดงถึงคุณภาพที่ต่ำ แม้คนเก่งแต่ไม่มีความอดทน เพราะบาง ก็จัดอยู่ในคุณภาพ ที่ต่ำเช่นกัน หรือคนที่อึด อดทน แต่ไร้ความสามารถ ก็ยังห่างไกลความสำเร็จ จำต้องปรับปรุงคุณภาพให้ครบก่อน

๕. ความเหมาะสม คือ การวางตัวอย่างเหมาะสมกับภาวะและฐานะของตน การ วางตัวเหมาะสมกับภาวะ เช่น เป็นเด็ก ก็ต้องหมั่นเรียนรู้ ซักถาม เชื่อฟัง อ่อนน้อม หากอวดรู้ แข็ง กระด้าง ก็จะไม่ได้รับความเมตตาจากผู้ใหญ่ หากเป็นผู้ใหญ่ ก็ต้องวางตัวให้สมกับการหลักให้ผู้อื่น คือมีเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มีความยินดีสละ รู้จักให้อภัย หากเป็นคนแก่ ก็ไม่ทำตัวเหมือนเด็ก จะถูกค่อนแคะว่า เป็นเฒ่าทารก เป็นต้น

๖. ความเป็นกลาง คือ การวางตัวที่ปลอดภัย และได้ประโยชน์สูงสุดเสมอ คือ การ วางตัวเป็นกลางอย่างแท้จริง ซึ่งมีใช้การ ไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือทำเป็นไม่ รู้และไม่ชี้ขาดว่า สิ่งใดถูก สิ่งใดผิด ความไม่รู้ นั้นเป็น โมหะ ความโง่ส่วนความไม่ชี้ นั้นเป็นเพราะอคติ การทำเป็นไม่รู้ไม่ชี้

เพราะกลัวซึ้งถูกซึ้งผิดแล้วจะทำให้มีการผิดใจกัน แต่หากรู้ แล้วไม่ซึ้งถูกซึ้งผิดลงไป ก็จะไม่สามารถรักษา สังคม หรือไม่สามารถแก้ปัญหาซึ้งขาดได้

๒. พรหมวิหาร ๔ การมีธรรมประจำใจ ๔ ประการของผู้มีจิตใจยิ่งใหญ่ประกอบด้วย

๑) เมตตา การมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขมอบให้เพื่อนมนุษย์ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควร มีความปรารถนาดี การมองกันในแง่ดี ความเห็นใจ ความห่วงใย และการมีไมตรี มอบให้แก่ สมาชิก ทุกคนในครอบครัวอยู่เสมอ เพราะการมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขเป็นรากฐานก่อให้เกิด ความปรองดองและความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างผู้ป่วยติดเตียงกับสมาชิกใน ครอบครัว นอกจากนั้นผู้ป่วยติดเตียงควรมีความเต็มใจช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทำภารกิจต่าง ๆ ตามอัธยาศัย และตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตน เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้ ประโยชน์ และมีความสุข ความสบาย

ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค กล่าวไว้ว่า เมตตา มีอันเป็นไปโดยอาการประพฤตีสัตว์ที่เป็น ประโยชน์แก่สัตว์ทั้งหลาย เป็นลักษณะมีอันน้อมนำเข้ามาซึ่งสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่สัตว์ทั้งหลาย เป็น กิจ มีอันกำจัดซึ่งความอาฆาตเป็นผลปรากฏ มีอันได้เห็นภาวะที่น่าเจริญใจของสัตว์ทั้งหลายเป็น บรรทัดฐาน มีความสงบแห่งพยาบาลเป็นสมบัติ มีการเกิดความห่วงใยด้วยศรัทธาเป็นความวิบัติของ เมตตา^{๒๔}

เมตตาพรหมวิหารนั้น แสดงออกทางจิตใจ เน้นการสร้างสรรคประโยชน์แก่ ผู้อื่นและ สรรพสัตว์ทั้งหลาย มุ่งกำจัดความอาฆาต พยาบาท และที่สำคัญบุคคลควรข่มจิตใจของ ตนไม่ให้เกิด ความลำเอียงรักแบบเสนาหา โดยไม่มีสติที่จะรัก จะชอบ เพียงแต่พึงพอใจตาม รูปลักษณะภายนอก เพียงเท่านั้น มิได้ตริตรองอย่างรอบคอบเสียแต่ประการใดเลย

จากลักษณะเมตตาพรหมวิหารดังกล่าว ถือได้ว่า เป็นปทัฏฐานของการใช้เมตตา พรหมวิหารที่ถูกต้อง เพราะเมื่อใช้ไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดโทษได้ เมื่อเป็นเช่นนี้การให้ความรัก ความ ปรารถนาดีแก่บุคคลใด การสร้างความพร้อมที่ถูกต้องคือการสร้างที่มีจุดเริ่มต้นที่ตัวเรา นั่นเอง และ เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้เต็มไปด้วยเมตตาแล้ว นั่นก็หมายความว่า บุคคล มีธรรมของผู้ใหญ่ ที่ใหญ่ในคุณงามความดี ซึ่งผู้ใหญ่ในที่นี้ ไม่ใช่ใหญ่อย่างเข้าใจกันอย่างสามัญ แต่ใหญ่อย่างประเสริฐ คือมีจิตใจกว้างขวาง หรือยิ่งใหญ่ด้วยคุณธรรมความดีงาม^{๒๕} และเมื่อมีการ ใช้ออกไป ย่อมก่อให้เกิด สันติสุข ความปรองดองความสามัคคี ความมีเอกภาพในสังคม อย่างไรก็ตาม เพื่อสะท้อนให้เห็นถึง ความจำเป็นในที่นี้ ผู้ศึกษาจะมุ่งกล่าวถึงผลดีของการใช้เมตตา พรหมวิหารในทางที่ถูกและที่ผิดดังนี้ คือ

^{๒๔}สมเด็จพระพุฒาจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) ผู้แปล, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ วิทยญาณ, ๒๕๕๑), หน้า ๑๖๐.

^{๒๕}พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), พุทธธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๘, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลง กรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒), หน้า ๗๕๔.

๑) การใช้เมตตาพรหมวิหารในทางที่ถูก คือ การกระทำด้วยความปรารถนาดี ด้วยความรู้สึกที่บริสุทธิ์ ไม่มีการหวังผลใด ๆ ตอบแทน แต่มุ่งหวังให้ผู้อื่นมีสุข เช่น มีความรู้สึกที่มุ่งไปในทางเสียสละ ทำสังคัมสังเคราะห์ บริจาค การให้ทาน นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดผลดีกับตน ดังพุทธพจน์ว่า “...ผลอันเกิดจากเมตตา นี้ มีมากมายมหาศาล...เป็นต้น”^{๒๖}

เมื่อเป็นเช่นนี้ บุคคลเมื่อศึกษาหลักเมตตาอย่างถูกต้องและใช้ออกไปอย่างเหมาะสมในยามที่ผู้อื่นอยู่ในภาวะปกติ การใช้เมตตาพรหมวิหาร จึงเป็นท่าทีที่บุคคลควรแสดงออกแก่กันและกัน เช่น มีความหวังดี มีความรัก มีความเป็นมิตร^{๒๗} ด้วยเหตุนี้ เท่ากับว่า เป็นผู้สร้างคุณประโยชน์ และอภิบาลโลก ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

๒) การใช้เมตตาพรหมวิหารในทางที่ผิด คือ การนำหลักพรหมวิหารเมตตานี้ไปใช้ แบบผิด ๆ ทำลายผู้อื่นหรือคนรอบข้างให้เกิดความเดือดร้อน คือทำอย่างไรความเมตตาปราณี คิดร้าย คิดทำลายเป็นโยชน์ เห็นแก่ตัว ทั้งไม่ยอมเห็นความสำเร็จของผู้อื่น หลงผิดคิดทำแต่ ความชั่ว ซึ่งการกระทำในลักษณะนี้เองจึงเป็นที่มาของปัญหาสังคม

จากลักษณะและการใช้เมตตาพรหมวิหารตามที่กล่าวมา เราสรุปได้ว่า เมื่อบุคคล ศึกษา ลักษณะและการใช้เมตตาพรหมวิหารได้อย่างถูกต้องและถูกทางแล้ว จะทำให้เราเป็นผู้ใช้ พรหมวิหาร ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้อย่างไร้ปัญหา สังคมจะมีแต่ความรัก ความปรารถนาดี ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ประโยชน์ซึ่งกันและกันไม่เกิดความวุ่นวาย ทั้งสังคมก็จะพัฒนาได้จากบุคคล ที่มีพรหมวิหารในการปฏิบัติตนนั่นเอง

๒) **กรุณา การมีความสงสาร** ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรพยายามช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทุกคนให้ผ่านพ้นจากความทุกข์ยาก เดือดร้อน ผู้ป่วยติดเตียงควรดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์น้อยหรือด้อยโอกาส ซึ่งจะช่วยเหลือผ่อนปรน หรือหลีกเลี่ยงความยากลำบากที่สมาชิกในครอบครัวเผชิญอยู่ อีกทั้งยังช่วยสร้างเสริมความมั่นคงทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันที่สามารถใช้รักษาตัวรอดได้ต่อไปในอนาคต หากสมาชิกในครอบครัวผู้ใดทำผิดพลาด ผู้ป่วยติดเตียงก็ควรให้อภัยและให้โอกาสแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค กล่าวไว้ว่า กรุณา มีอันเป็นไปโดยอาการช่วยบรรเทาทุกข์แก่สัตว์ทั้งหลายเป็นลักษณะมีอันไม่นิ่งดูตายต่อทุกข์ของสัตว์อื่นเป็นกิจ มีการไม่เบียดเบียนสัตว์อื่น เป็นผลปรากฏ มีความระงับซึ่งการเบียดเบียนสัตว์เป็นสมบัติ มีการเกิดความโศกเศร้าเป็นความวิบัติของกรุณา^{๒๘}

ความกรุณา คือ ความไม่เบียดเบียนเป็นบรรทัดฐาน ส่วนความสุขเป็นรส ซึ่งผู้ปฏิบัติหน้าที่ในองค์กรนั้นควรมี เพราะถ้ามีแล้วผู้ปฏิบัติงานก็จะรู้ว่าไม่ควรเบียดเบียนเพื่อน ร่วมงานจะได้ไม่

^{๒๖} อ.ทสก. (ไทย) ๒๔/๒๒๒/๓๗๑.

^{๒๗} แสง บุญเฉลิม, รวมคำบรรยาย หลัทธิวิชาชีพนักกฎหมาย, หน้า ๖๗.

^{๒๘} สมเด็จพระพุทธจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) ผู้แปล, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๑๖๐.

ก่อให้เกิดปัญหาในองค์กรและถ้าผู้ปฏิบัติงานมีกรุณาแล้วก็จะนำความสุข ความสงบมาให้กับองค์กร เช่นเดียวกัน

จากลักษณะของกรุณาพรหมวิหาร จะเห็นว่า ความมีเยื่อใย ยากจะช่วยเหลือ บรรณาให้ผู้อื่นได้รับความสุข ปราศจากซึ่งความทุกข์แก่คนหรือสรรพสัตว์ทั้งหลาย มีความสงสาร เมื่อเห็นผู้อื่นประสบเคราะห์กรรม ทั้งผู้ปฏิบัติจะเต็มเปี่ยมไปด้วยความมีน้ำใจไม่ตรีต่อ เพื่อนมนุษย์ด้วยกันการใช้กรุณามี ๒ ทางด้วยกัน คือ ใช้อย่างถูกต้องกับใช้ไม่ถูกต้อง

๑) การใช้กรุณาพรหมวิหารในทางที่ถูก คือ การกระทำออกไปด้วยความสงสารที่ แท้จริง ไม่เจือด้วยผลประโยชน์ แต่เป็นการกระทำอย่างจริงใจในสถานการณ์ที่ถูกต้องดังข้อความที่ว่า “ในยามที่บุคคลอื่นตกต่ำ เดือดร้อนเป็นทุกข์ประสบปัญหา บุคคลที่มีความกรุณา จึงควรหวั่นไหวในทุกข์ของผู้อื่น ยากจะช่วยเหลือบรรเทาทุกข์นั้น หรือยกเขาขึ้นมาจากทุกข์”^{๒๙}

๒) การใช้กรุณาพรหมวิหารในทางที่ผิด คือ “การใช้กรุณาแบบผิด ๆ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโทษต่อตน ผู้อื่น รวมถึงสังคมส่วนรวมได้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ขาดคุณธรรมนั้น โดยทั่วไปมักมุ่งความคิดไปที่ความเบียดเบียน หรือแม้แต่เห็นผู้อื่นที่ตกทุกข์ได้ยากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แทนที่จะมีน้ำใจช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ แต่กลับเบียดเบียนเขาให้ได้รักทุกข์ยากลำบากมากยิ่งขึ้นหรือเบียดเบียนจนถึงแก่ชีวิตก็มี”^{๓๐}

จากลักษณะและการใช้กรุณาพรหมวิหาร ที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้ ทำการศึกษาลักษณะและการใช้กรุณาพรหมวิหารอย่างถูกต้องและถูกทางแล้วจะทำให้ผู้ศึกษา เป็นผู้เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีน้ำใจ ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์บำรุงสุขให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนได้โดยไม่ มุ่งหวังผลตอบแทน มุ่งทำความเจริญให้เกิดขึ้นแก่คนและสรรพสัตว์ทั้งหลาย ทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้อื่นให้พ้นจากความลำบาก

๓. **มุทิตา การมีความเบิกบานพลอยยินดี** ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรประคับประคองจิตใจให้เข้มแข็งเบิกบาน ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวพบความก้าวหน้าทางการศึกษา หรือมีความสำเร็จจากการประกอบสัมมาชีพ หรือมีครอบครัวที่มั่นคง มุทิตาเปรียบเหมือนมารดาบิดา ผู้มองดูบุตรน้อยคนเดียวของตน มีความชื่นชมและพูด ว่า “สาธุ” ฉันทใด เมื่อเป็นเช่นนี้ ความสงบนิ่งแห่งจิตในมุทิตานี้ เรียกว่าปัจจุภูฐาน ความชื่นชม เป็นลักษณะ ความไม่หวาดกลัวเป็นรส ความสิ้นไปแห่งความไม่ชอบ เป็น ปทัฏฐานของมุทิตา^{๓๑} ดังนั้น มุทิตาพรหมวิหาร คือ ความชื่นชม ไม่ริษยา ในความสำเร็จของ

^{๒๙}แสวง บุญเฉลิม, รวมคำบรรยาย หลักวิชาชีพนกกฎหมาย, หน้า ๖๗.

^{๓๐}พระมหาสุทธีชัย ฐิตชโย (ถาวรศีล), “ศึกษาเชิงวิเคราะห์พรหมวิหารธรรมในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา”, วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐๘.

^{๓๑}พระเมธีธรรมาภรณ์ (ประยูร ธมมจิตโต) และคณะ, วิมุติมรรค, หน้า ๑๘๑.

ผู้อื่น ทั้งจะต้อง เป็นผู้มั่นใจให้กับผู้ร่วมงานโดยไม่หวังสิ่งใด ทำด้วยความบริสุทธิ์ใจ ไม่อิจฉาอันเป็นลักษณะของมูทิตาอย่างแท้จริง

จากลักษณะของมูทิตาพรหมวิหารดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า มูทิตาเป็นคุณงามความดี ความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ของผู้อื่น พลอยยินดีเมื่อเขาได้รับความชมเชยโดยไม่มีความริษยา แต่อย่างไรก็ตาม ปราศจากความอิจฉา เป็นลักษณะที่เต็มเปี่ยมไปด้วยไมตรีจิต ปรากฏผลเป็นรูปธรรม ผู้ศึกษาจะกล่าวให้เห็นถึงการใช้มูทิตาพรหมวิหารในทางที่ถูกและทางที่ผิด ดังนี้

๑) การใช้มูทิตาพรหมวิหารในทางที่ถูก คือ การกระทำออกไปด้วยจิตใจที่พลอยยินดีอย่างแท้จริง เมื่อบุคคลอื่นเปลี่ยนจากปกติและตกต่ำเป็นขึ้นสูง คือเขาประสบความสำเร็จ มีความสุข ทำสิ่งที่ถูกต้องดีงาม ก็มีมูทิตา คือพลอยยินดีดีด้วยในความดีงามและความสุข ความสำเร็จของเขาและพร้อมที่จะส่งเสริมสนับสนุน^{๓๒}

๒) การใช้มูทิตาพรหมวิหารในทางที่ผิด คือ การกระทำออกไปด้วยจิตใจอิจฉาริษยา เช่น ทำที่เป็นยินดีหรือยินดีเพื่อผลประโยชน์ ดังความที่ว่า ในกรณีที่เราพบว่า ผู้ใดผู้หนึ่งทำความดี หรือประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานแทนที่จะพลอยยินดี แต่กลับอิจฉาริษยาเขา กล่าวตำหนิติเตียน และแสดงถึงความไม่เห็นด้วย^{๓๓}

จากลักษณะการใช้มูทิตาพรหมวิหารตามที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า เมื่อบุคคล ได้ศึกษาเกี่ยวกับหลักพรหมวิหารมูทิตาแล้วได้อย่างถูกต้องและถูกทาง จะทำให้ผู้นั้นเป็นผู้ที่ไม่ อิจฉาริษยาที่ผู้อื่นประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและมีความพลอยชื่นชมยินดีกับ ความก้าวหน้าของผู้อื่น เมื่อผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้สังคมนี้มีความ สงบและพัฒนาก้าวหน้าได้อย่างเรียบง่ายไม่วุ่นวาย

๔. อุเบกขา การมีใจเป็นกลาง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและปราศจากอคติ แล้วปฏิบัติไปตามหลักการและเหตุผลที่ถูกต้องเที่ยงธรรม โดยไม่หวั่นไหว อุเบกขา มีอันเป็นไปโดยอาการเป็นกลาง ๆ ในสัตว์ทั้งหลายเป็นลักษณะ มีอันเห็นภาวะ ที่สม่ำเสมอในสัตว์ทั้งหลายเป็นกิจ อันสงบความเสียใจและความดีใจเป็นผลปรากฏ มีอันพิจารณาเห็นภาวะที่สัตว์ทั้งหลายเป็นผู้มีกรรมเป็นของแห่งตนเป็นบรรทัดฐาน ซึ่งมีอาการเป็นอย่างนี้ว่า สัตว์ทั้งหลายเป็นผู้มีกรรมเป็นของแห่งตน สัตว์เหล่านั้นจักได้ประสบการณ์สุขก็ดี จักพ้นจากทุกข์ก็ดี จักเสื่อมจากสมบัติก็ดี จักเสื่อมจากสมบัติที่ตนมีอยู่แล้วก็ดี เพราะความพอใจของใครเล่า (นอกจากกรรมเท่านั้น) มีการสงบแห่งความเสียใจและความดีใจเป็นสมบัติ มีอันเกิดความเพิกเฉยเพราะความไม่รู้อันอาศัยคามคุณเป็นวิบัติของอุเบกขานี้^{๓๔}

^{๓๒}แสวง บุญเฉลิม, รวมคำบรรยาย หลักวิชาชีพนักกฎหมาย, หน้า ๖๗.

^{๓๓}พระมหาสุทนต์ ฐิตชโย (ถาวรศีล), “ศึกษาเชิงวิเคราะห์พรหมวิหารธรรมในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา”, หน้า ๑๐๘.

^{๓๔}สมเด็จพระพุทธจารย์ (อาจ อาสภมหาเถร) ผู้แปล, คัมภีร์วิสุทธิมรรค, หน้า ๑๖๐.

จากลักษณะของอุเบกขาพรหมวิหาร ที่กล่าวมาจะเห็นว่า อุเบกขา คือ ความวางเฉย ไม่ยินร้าย ยินดีและเป็นความวางเฉยอย่างเป็นกลาง ความยุติธรรม ความเที่ยงธรรม ซึ่งจะต้องปฏิบัติให้ได้อย่างสม่ำเสมอ ไม่เอนเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจนทำให้อีกฝ่ายได้รับความเดือดร้อน เช่นนี้ถือว่าเป็นการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ผู้ศึกษาจึงแบ่งอุเบกขาในทางที่ถูกต้อง และทางผิด ดังนี้

๑) การใช้อุเบกขาพรหมวิหารในทางที่ถูกต้อง คือ การกระทำออกไปด้วยความเป็นกลาง คือ เมื่อบุคคลอื่นละเมิดสิ่งที่ตั้งงาม เช่น กฎหมาย และบุคคลนั้นก็สมควรจะได้รับผิดชอบสิ่งที่ตนเองทำเอาไว้ในกรณีนี้ บุคคลต้องมีอุเบกขา คือ วางใจเป็นกลาง ไม่ชวนชวายเป็นเหตุที่จะทำให้เสียการปกครอง ด้วยการวางเฉยต่อบุคคลเช่นนั้น ให้เขาได้รับผิดชอบต่อธรรมและตามธรรมดำรงอยู่ในความสมเหตุสมผล^{๓๕}

๒) การใช้อุเบกขาพรหมวิหารในทางที่ผิด คือ การกระทำออกไปด้วยจิตใจที่เอนเอียง ไม่เป็นกลางตกอยู่ภายใต้การครอบงำของอคติ ๔ ได้แก่ ลำเอียงเพราะชอบ (ฉันทาคติ) ลำเอียง เพราะโกรธ (โทสาคติ) ลำเอียงเพราะหลง (โมหาคติ) และลำเอียงเพราะกลัว (ภยาคติ) อย่างไรก็ดี อย่างไรก็ดี ถือได้ว่า เป็นผู้ที่มีจิตใจไม่เป็นกลาง ไม่วางเฉย แต่กลับวางใจไว้ผิด ในสภาวะที่ไม่รู้ ตามความเป็นจริง หรือรู้แต่หลีกเลี่ยงไม่ยอมรับ^{๓๖}

จากลักษณะและการใช้อุเบกขาพรหมวิหาร พอสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลได้ใช้พรหมวิหารได้ถูกต้องและถูกทางแล้ว บุคคลผู้นั้นจะเป็นผู้มีความวางเฉย มีใจเป็นกลาง มีความยุติธรรมเที่ยงตรง และเที่ยงธรรม ไม่เอนเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจนทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน เช่นนี้สังคมที่เราดำเนินชีวิตอยู่ก็จะมีสุขสงบสุข ทั้งสามารถพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรได้เป็นอย่างดีและน่าทำให้เป็นแบบอย่างของคนในสังคมปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี

๓. อธิษฐาน ๔ มีดังนี้

๓.๑ **การใช้ปัญญา** ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวโดยใช้ปัญญาเหนืออารมณ์ เช่น หากมีสิ่งใดที่ไม่พึงปรารถนาเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยติดเตียงก็สามารถเป็นที่ปรึกษาอาวุโสที่ได้รับการเคารพนับถือของคนในครอบครัว มาช่วยเสนอแนะทางออกในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่กำลังเผชิญอยู่ได้ โดยแนะนำวิธีคิดอย่างมีเหตุผลและมีวิจารณญาณ การรู้จักนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาร่วมพิจารณาประกอบการตัดสินใจ การยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกันอย่างเพียงพอ และการมีวิธีการตัดสินใจอย่างชาญฉลาด เป็นต้น

การฝึกอบรมเพื่อให้ชีวิตบรรลุเป้าที่เป็นความสุขสงบแท้จริง วิธีการแห่งปัญญาเป็นวิธีที่ให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด เป็นวิธีการเพื่อพัฒนาคุณธรรมขั้นสูงสุด

^{๓๕}แสวง บุญเฉลิม, รวมคำบรรยาย หลักวิชาชีพนกกฎหมาย, หน้า ๖๗.

^{๓๖}พระมหาสุทธีชัย ฐิตชโย (ถาวรศีล), “ศึกษาเชิงวิเคราะห์พรหมวิหารธรรมในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนา”, หน้า ๑๐๘.

ปัญญา เป็นคำภาษาบาลี มาจากรากศัพท์ ๒ ประเภท คือ “ป” อุปสรรค แผลในภาษาไทยว่า “ทั่ว” กับ “ญา” ซึ่งเป็นธาตุในภาษาบาลี แปลว่า “รู้” เมื่อเป็นคำสำเร็จรูปว่า “ปัญญา” จึงแปลว่า รู้ทั่ว รู้ชัด ในพระพุทธศาสนา คำว่าปัญญา มีคำที่มีความหมายทำนองเดียวกันหลายคำ และเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาชีวิตให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด^{๓๗}

การที่บุคคลจะมีปัญญาได้นั้น ก็ต้องมีปัจจัยในการทำให้ปัญญาเกิดขึ้นแก่ตนซึ่งเรียกว่า บ่อเกิดแห่งปัญญา ในทางพระพุทธศาสนาเรียกว่าปัจจัยเพื่อได้ปัญญา ปัจจัยที่จะให้เกิดปัญญามีทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่โยนิโสมนสิการ คือการใช้ความคิดให้ถูกวิธี รู้จักคิดเป็นทำเป็น หรือคิดอย่างมีระเบียบด้วยหลักของเหตุผล เพราะทุกสิ่งที่เกิดขึ้นย่อมมีเหตุเป็นแดนเกิดปัจจัยภายนอก ได้แก่การกระตุ้นจากสิ่งภายนอก ที่เรียกว่ามีวัตถุกระตุ้นเตือน คือการสั่งสอน คำบอกเล่า อธิบายการเรียนรู้จากผู้อื่น ส่วนวิธีคิดแบบโยนิโสมนสิการนั้น มีวิธีดังต่อไปนี้

พระพุทธองค์ทรงมีวิธีคิดเพื่อหาความรู้และขจัดตัณหา ๑๐ ประการ เรียกว่า โยนิโสมนสิการ โยนิโส แหล่งเกิด มนสิการ การทำในใจ การคิด ดังนั้น โยนิโสมนสิการ คือ

การคิด อย่างมีระเบียบ การคิดอย่างมีแนวทางปัญญา เพื่อแสวงหาความรู้และเพื่อขจัดตัณหาต่าง ๆ แจงออกได้เป็น ๑๐ แนวทาง คือ

วิธีที่ ๑ วิธีคิดแบบสืบสาวหาเหตุปัจจัย สอนให้หัดคิดค้นหาเหตุปัจจัย สืบสาวว่าเหตุอะไร เกิดจากอะไร ให้สืบสาวไปเรื่อย ๆ ก็จะได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน

วิธีที่ ๒ วิธีคิดแบบแยกแยะส่วนประกอบ คือ ต้องวิเคราะห์ส่วนประกอบ เช่น เด็ก ของเราอ่อนวิชาภาษาอังกฤษเพราะอะไร ลองแยกแยะดูว่าการอ่อนวิชาภาษาอังกฤษเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง เช่น ๑. เกิดจากครู ๒. เกิดจากตัวนักเรียนเอง ๓. อุปกรณ์ ๔. วิธีสอนของครู ๕. บทเรียน ๖. สิ่งแวดล้อม ๗. พ่อแม่ ผู้ปกครอง เมื่อแยกส่วนประกอบได้แล้วลองวิเคราะห์ไปที่ละประเด็นในที่สุดก็จะพบได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เด็กอ่อนวิชาภาษาอังกฤษ เรียกว่าแยกแยะ องค์ประกอบ แล้ววิเคราะห์ไปที่ส่วนนั่นเอง

วิธีที่ ๓ วิธีคิดวิธีคิดแบบสามัญลักษณะ ยึดถือลักษณะที่สามัญ คือ ความเป็นจริงของสิ่งทั้งหลายทั้งปวงเป็นหลัก คือ ไตรลักษณ์ ปฏิจจสมุปบาท วางไว้เป็นหลักเปรียบเทียบว่าทุกสิ่งทุกอย่างต้องเป็นเช่นนี้ ไม่มีสิ่งใดผิดแผกออกไปจากนี้ได้เลย

วิธีที่ ๔ วิธีคิดแบบอริยสัจ ๔ วิธีคิดเพื่อแก้ปัญหา เราต้องวิเคราะห์ว่าอะไรคือปัญหา อะไรคือสาเหตุ อะไรคือเป้าหมายที่จะไปถึง จะทำให้ปัญหาหายไปหรือแก้ปัญหาได้อย่างไร และการที่จะบรรลุเป้าหมายได้นั้นจะต้องทำอย่างไร เช่น ครอบครัวของเราทะเลาะกันตลอดเวลาปัญหาคือการทะเลาะกันตลอดเวลา จากนั้นวิเคราะห์หาสาเหตุว่าที่ทะเลาะกันนั้นเพราะอะไร แล้วตั้งเป้าหมายว่าต่อไปครอบครัวของเราจะเลิกทะเลาะกัน ถ้ารักและสามัคคีกันสภาพของครอบครัวจะ

^{๓๗}บุญเรือง อินทวรินทร์ (รศ.), จริยธรรมกับชีวิต, (นครสวรรค์ : แสงศิลป์การพิมพ์, ๒๕๓๔), หน้า

มีลักษณะอย่างไร เช่น การมองเห็นปัญหาของครอบครัวร่วมกัน การร่วมมือกันที่จะแก้ปัญหา การไม่ใช้อารมณ์ยึดถือความคิดของตนเป็นใหญ่ ฯลฯ และขั้นตอนสุดท้าย คือ ดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายเพื่อยุติการทะเลาะวิวาท

วิธีที่ ๕ วิธีคิดแบบบรรทัดธรรมสัมพันธ์ โดยอรรถ หมายถึง ความมุ่งหมาย ประโยชน์ ธรรม หมายถึง หลักการ ดังนั้นแบบบรรทัดธรรมสัมพันธ์ คือ การคิดที่ยึดหลักการ และเน้นจุดมุ่งหมายเป็นสำคัญ ต้องกระทำอย่างมีจุดหมายที่เรียกว่า Management by Objectives

วิธีที่ ๖ วิธีคิดแบบเห็นคุณโทษและหาทางออก คือต้องพิจารณาทั้งด้านดีและด้านเสีย เช่น เรื่องนี้ถ้าทำอย่างนี้จะมีผลดีอย่างนี้ แต่จะมีผลเสียอย่างนี้ แล้ววิธีที่ดีที่สุดจะต้องทำอย่างไร คือ การเลือกทางออกที่ดีที่สุดสำหรับเรื่องนั้น ๆ นั่นเอง

วิธีที่ ๗ วิธีคิดแบบรู้คุณค่าแท้ คุณค่าเทียม คือ วิเคราะห์หว่าอะไรคือความดีที่แท้จริง และอะไรเป็นสิ่งลวงตา หรือไม่เป็นประโยชน์ที่แท้จริงเท่าที่ควร เช่น ทำอย่างนี้ดีจริง ถูกต้องจริงหรือไม่ หรือว่าไม่เกิดประจักษ์จ้งเลย แล้วประโยชน์แท้จริงอยู่ที่ไหน และควรจะต้องทำอย่างไร

วิธีที่ ๘ วิธีคิดแบบปลุกเร้าคุณธรรม โดยยึดหลักคุณธรรมความเชื่อในศาสนา แนวทางในศาสนาเป็นหลัก สิ่งใดถ้าขัดต่อคุณธรรม ขัดต่อหลักศาสนาแล้วตัดทิ้งไปได้เลย นี่เป็นแนวคิดแนวหนึ่ง เนื่องจากบางครั้งคนเราก็ไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้เอง

วิธีที่ ๙ วิธีคิดแบบอยู่กับปัจจุบัน ไม่ยึดติดกับอดีต ไม่เลื่อนลอยไปในอนาคต เป็นวิธีคิดที่สำคัญมากโดยเฉพาะกับนักเรียนมัธยมศึกษาของเรา เพราะบทเรียนต่าง ๆ ไม่ได้เป็นปัจจุบันเท่าที่ควร เด็กส่วนมากจึงตามปัจจุบันไม่ทัน การเมืองเปลี่ยนไปอย่างไร เศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร สังคมโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร วิทยาการสมัยใหม่เจริญรุดหน้าไปแล้วเพียงไร เด็กตามความเปลี่ยนแปลงนั้นไม่ทัน และบางครั้งครูเองก็ตามไม่ทัน

วิธีที่ ๑๐ วิธีคิดแบบวิภาษวาท โดยวิภาษ หมายถึง แยกแยะ วิเคราะห์ และวาท หมายถึง การแสดงข้อเท็จจริง ดังนั้นแบบวิภาษวาท คือ การจะมองภาพอะไรให้เห็นชัดเจนนั้น จะต้องมองทุกแง่มุมตามความเป็นจริงและอย่างละเอียด แล้วจึงวิเคราะห์ และค่อยตัดสินใจ

วิธีที่จะเข้าถึงปัญญาได้นั้น ต้องรู้จักนำวิธีต่าง ๆ ทั้ง ๑๐ วิธีนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้และการขัดเกลาทางสังคม เพื่อการอยู่ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้อย่างราบรื่น ส่วนคนที่มีความแก่กล้ายอมรับใช้โยนิโสมนสิการได้ดีกว่า แต่กระนั้นก็อาจจะต้องอาศัยคำแนะนำที่ถูกต้องเป็นเครื่องนำทางในเบื้องต้น และเป็นเครื่องช่วยเสริมสร้างให้ก้าวหน้าไปได้รวดเร็วยิ่งขึ้นในระหว่างการศึกษา การสร้างเสริมสัมมาทิฐิตัวด้วยปัจจัยอย่างที่ว่าที่เรียกว่า ปรโตโฆสะ หรือเสียงจากผู้อื่น ที่จะให้เกิดสัมมาทิฐิตัวก็คือเสียงที่ติงาม เสียงที่ถูกต้อง เสียงที่บอกกล่าวชี้แจง มีเหตุผลเป็นประโยชน์ เฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดจากความปรารถนาดีเสียงที่ติงามถูกต้องเช่นนี้ เกิดจากแหล่งที่ดีคือคนดี คนมีปัญหา คนมีคุณธรรม คนเช่นนี้ทางธรรมเรียกว่า สัตบุรุษบ้าง บัณฑิตบ้าง ถ้าสัตบุรุษหรือบัณฑิตนี้ ไปทำหน้าที่ช่วยเหลือแนะนำสั่งสอนชักนำสัมมาทิฐิตัวให้แก่ผู้อื่น ก็เรียกว่าเขาทำหน้าที่เป็นกัลยาณมิตร แต่บุคคลผู้แสวงหาสัมมาทิฐิตัว ไม่จำเป็นต้องรอให้สัตบุรุษหรือบัณฑิตมาหาตน ตรงข้าม เขาย่อมกระตือรือร้นที่จะไปหา ไปปรึกษาไปสดับฟัง ไปขอคำแนะนำชี้แจงสั่งสอน เข้าร่วม

หม้อยู่ใกล้ ตลอดจนศึกษาแบบอย่างแนวทางจากบัณฑิตหรือสัตบุรุษนั่นเอง โปรโตโฆสะ สภาพแวดล้อม เป็นสิ่งสำคัญรองลงมาจากวิธีคิด เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการเรียนรู้ เพราะสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อมนุษย์มาก ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึงการเลือกคบคนด้วย แต่ถึงแม้จะเลือกไม่ได้หรือจำเป็นต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ พระพุทธศาสนาก็สอนให้มนุษย์ทุกคนเป็นผู้ที่มีวิธีคิดเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์นั้นได้^{๓๘}

ปัญญาในโกศลนี้เป็นปัญญา ที่ประกอบในทางธรรมรู้จักทางเสื่อมและทางเจริญของชีวิตมิให้ผิดพลาดในทางอบาย แสวงหาแต่ทางสุคติให้บังเกิดมีแก่ตน คือ

๑. อายโกศล ฉลาดรู้ในความเจริญคือรู้ว่าอะไรเป็นเหตุเป็นผลในทางเจริญ

๒. อปายโกศล ฉลาดรู้ในความเสื่อมคือรู้ว่าอะไรเป็นเหตุเป็นผลในทางเสื่อม

๓. อูปายโกศล ฉลาดรู้ในอุปาย^{๓๙} คือวิธีนำตนไปสู่ทางเจริญ รอดพ้นจากทางเสื่อมโกศล คือความฉลาดรู้ทั้งสามนี้ เมื่อมีรักษาตัวอยู่ย่อมจะดำเนินชีวิตไม่ผิดพลาด แม้เป็นผู้ปกครอง เช่น เป็นมารดาบิดา ก็จำต้องมีให้กว้างขวางออกไป จึงสามารถจะให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่บุตรธิดาเป็นต้นได้ โดยเฉพาะโกศลข้อสาม จำเป็นต้องอย่างยิ่ง เป็นต้นว่าการศึกษาในบัดนี้ สามัญศึกษา จำต้องเรียนทั่วไปทุกคน ส่วนวิสามัญศึกษามีมาก ซึ่งก็ล้วนเป็นทางเจริญทั้งนั้นจึงมีปัญหาว่าจะเรียนต่อไปทางไหน และควรจะเรียนต่อไปในสาขาไหน และเมื่อเรียนสำเร็จแล้วจะทำงานอะไร งานที่จะพึงทำก็มีมาก ล้วนเป็นทางเจริญต่าง ๆ กัน ปัญหาเหล่านี้ ต้องใช้โกศลข้อสามตัดสิน คือความฉลาด รู้ในอุปาย หมายถึงวิธีนำตนเข้าไปหาทางเจริญ โดยความคือ ความเจริญใด ๆ ก็ตาม ถ้าตนไม่สามารถจะเข้าไปหาทางได้ ทางเจริญนั้น ๆ ก็ไม่มีประโยชน์อะไรแก่ตน ส่วนทางเจริญที่เป็นประโยชน์แก่ตนนั้น ก็เฉพาะที่ตนสามารถเข้าไปหาได้เท่านั้น การนำตนเข้าไปหาทางเจริญที่ตนสามารถจะเข้าไปหาได้นี้เรียกว่า อุปายะในที่นี้แปลว่าเข้าไปหาความเจริญ ฉะนั้น ความฉลาดรู้ในข้อนี้ จึงจำต้องรู้เหตุแวดล้อมเป็นต้นว่า รู้เหตุ รู้ผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาลเวลา รู้จักประชุมชน และรู้จักบุคคล เมื่อมีความรู้เหตุแวดล้อมต่างๆ ดังกล่าว จึงจะสามารถตัดสินลงไปได้ว่า จะควรเรียนหรือให้เรียนอะไรแค่ไหน จะควรทำงานอะไร ซึ่งเมื่อเรียนและเมื่อทำไปแล้วจะเกิดความสำเร็จและความเจริญ นี้แหละคืออุปายโกศล ฉะนั้น ปัญญาที่จะนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตจริง ๆ นั้น จึงต้องเป็นปัญญาประยุกต์ คือที่ใช้ได้พอเหมาะแก่ตนและสิ่งแวดล้อมทั้งหลาย ไม่ใช่ว่าทุก ๆ คนจะสามารถทำอะไรไปได้ตามที่อยากจะทำได้ก็เท่าที่ตนจะสามารถจะทำได้ ตามที่เหตุต่าง ๆ ดังกล่าวแล้วอันววย แต่คนที่มีความฉลาดมากย่อมสามารถปรับตนให้เข้ากับเหตุการณ์หรือปรับเหตุการณ์ให้เข้ากับตนได้ดีกว่าคนที่มีความฉลาดน้อย^{๔๐}

^{๓๘} พระพรหมคุณาภรณ์, (ป.อ. ปยุตโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร : สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๙), หน้า ๖๒๒-๖๒๓.

^{๓๙} ที. ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๗๔.

^{๔๐} สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก, **หลักพระพุทธศาสนา**, (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สุรวัฒน์, ๒๕๔๙), หน้า ๒๐๒- ๒๐๓.

ความรู้จักแสวงหาปัญญา และใช้ปัญญาไตร่ตรองในเหตุและผลในความจริงของชีวิต รู้จักละวางในสิ่งที่เป็นโทษ มีความสงบใจในอารมณ์ที่ก่อให้เกิดอกุศล ทำจิตใจของตนให้ว่างจากนิเวศธรรมต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าความสุขไม่ได้เกิดจากสิ่งภายนอกอย่างเดียว แต่ที่สำคัญที่สุดคือ อยู่ที่ใจที่รู้จักปล่อยวางรู้จักขัดเกลา เพื่อให้อยู่ร่วมกับสังคมไทยด้วยความสามัคคีและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้อย่างราบรื่นอย่างมีความสุขด้วยความขยันในการประกอบอาชีพถึงพร้อมด้วยการรักษาทรัพย์ที่ตนหามาได้ด้วยความขยัน ไม่ให้สูญหาย มีกัลยาณมิตร คอยแนะนำประโยชน์ ชี้โทษตักเตือนเมื่อประพฤติตนในทางเสื่อม เช่น พ่อ แม่ คอยให้คำตักเตือนแก่บุตรธิดา ผู้ประพฤติตนในทางประมาท เลี้ยงชีวิตแต่พอประมาณแก่ฐานะของตน มีศรัทธาในพระรัตนตรัย ประพฤติตนตามหลักของศีลธรรม และกฎกติกาของสังคม รวมถึงกฎหมายบ้านเมือง มีความเห็นไม่ขัดแย้งกับบุคคลอื่น พุดจาแต่ถ้อยคำที่สมานไมตรีเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันในสังคมไทย

๓.๒ **การรักษาความสัตย์** ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรดำรงตนให้มั่นคงอยู่ในความจริงและรักษาความจริงกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนเช่น ผู้ป่วยติดเตียงจะปฏิบัติกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนด้วยความจริงใจ ซื่อตรง รักษาคำพูด มีการปฏิบัติหรือการกระทำที่สอดคล้องกันกับการพูด มีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ ผู้ป่วยติดเตียงก็จะเป็นตัวแบบที่ดีให้สมาชิกในครอบครัวได้เห็น ศรัทธา และอยากทำตาม

บุคคลที่ยึดมั่นในความจริงย่อมเข้าถึงประโยชน์ทั้งทางโลกและทางธรรม เพราะความเป็นสิ่งที่แท้และสามารถพิสูจน์ได้และเข้าถึงได้ ผู้ที่ยึดมั่นในความจริงย่อมมีคนเคารพเชื่อถือในบุคคล เช่นนั้น เพราะมีความจริงใจและวาจาหรือมีสัจจะ คือ ดำรงมั่นในความจริง และมีความรู้ชัดถึงความจริงด้วยปัญญา เริ่มแต่จริงวาจาจนถึงปรมัตถสัจจะ สัจจะคือความจริง และความซื่อสัตย์ต่อกัน ไม่คดโกงไม่หลอกลวงกัน ชื่อว่าสัจจะ ความซื่อสัตย์ต่อกันระหว่างสามีภรรยาที่ดี ระหว่างบิดามารดากับบุตรธิดาก็ดี ระหว่างพี่กับน้องก็ดี ระหว่างญาติมิตรก็ดี ระหว่างเพื่อนบ้านก็ดี นับเป็นสัจจะธรรมในข้อ ๒ ของอริยฐาน ๔ คือ สัจจาธิฐานความจริงที่รู้ชัดด้วยปัญญา เริ่มตั้งแต่จริงวาจาจนถึงปรมัตถสัจจะซึ่งเป็นความจริงขั้นสูงสุดในพระพุทธศาสนา

ความสัตย์มีในบุคคลโดยยอมทำให้บุคคลผู้นั้นเป็นคนที่ไว้วางใจได้ เป็นคนไม่ทิ้งงานไม่ทิ้งเพื่อน ผูกมัดในยามทุกข์ยากลำบาก เป็นคนที่เชื่อถือได้เป็นผู้มีจิตใจหนักแน่นดังพระบรมราชาบาทของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยรามคำแหง ณ อาคาร ใหม่สวนอัมพร เมื่อวันที่เสาร์ ที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๒๑ ความว่า “...ผู้มีปัญญาสามารถจะทำการงานสำคัญ ๆ ให้เป็นหลักเป็นกำลังของบ้านเมืองต่อไปได้นั้น จะต้องเป็นผู้ที่หนักแน่นในสัจจะคือต้องมีจริง พร้อมทั้งในคำพูด ในการกระทำ ในบุคคลอื่น และในตนเอง...”^{๔๑}

^{๔๑} ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง รศ., **น้อมรับใส่เกล้าใส่กระหม่อม**, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๕), หน้า ๑๔.

สัจจะมีไข่มิแต่ในการพูดเท่านั้น แต่สัจจะอย่างอื่น ๆ ก็มี เช่น สัจจะในหน้าที่ สัจจะในการงาน สัจจะในบุคคล สัจจะในความดี รวมทั้งสัจจะในการพูดด้วยรวมแล้วมี ๕ อย่าง แต่ละอย่างมีความหมายดังต่อไปนี้

๑. ความสัตย์ในการพูด หมายถึง พูดความจริง กล่าวคำจริง ทำให้ได้ตามที่พูดไว้

๒. ความสัตย์ในหน้าที่ หมายถึง รักษาหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ ไม่ละทิ้งหน้าที่ ไม่ทุจริตต่อหน้าที่ บำรุงหน้าที่ คือให้ความเอาใจใส่ ขวนขวาย ปรับปรุงแก้ไข ดูแลกิจการงานในหน้าที่ของตนให้เจริญก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

๓. ความสัตย์ในการงาน หมายถึง การทำงานให้ดีให้ถูกต้อง ให้เสร็จสิ้นเห็นผลสำเร็จตามที่ได้รับมอบหมายในหน้าที่ด้วยความไว้วางใจ

๔. ความสัตย์ในบุคคล หมายถึง มีความกตัญญูต่อบุคคลที่มีพระคุณ มีความจงรักภักดีต่อผู้ใหญ่ ผู้บังคับบัญชา มีเมตตากรุณาต่อผู้น้อย มีความซื่อสัตย์ต่อมิตรสหาย

๕. ความสัตย์ในความดี หมายถึง เลือกรักษาแต่ความดี ปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นเสมอ แสวงหาความดีความชอบในทางที่ถูกต้อง สนับสนุนให้มีการทำดี ยกย่องคนดีให้มีชื่อเสียง นี่เป็นสัจจะ ที่เป็นไปตามหลักการ และตามที่มีอยู่ในชีวิตจริง ถ้าใครสามารถปฏิบัติ ได้ครบทั้ง ๕ ประการ ชีวิตย่อมไม่ตกไปสู่ที่ชั่วอย่างแน่นอน^{๔๒}

นักปราชญ์ท่านสรรเสริญว่า สัจจะเนกิตติงปโปติ คนย่อมได้เกียรติ (ชื่อเสียง) เพราะความสัตย์ และสัตบุรุษ คือ ผู้คงที่ ไม่หวั่นไหวต่ออารมณ์ที่เข้ามากระทบ เพราะได้ดำรงตนอยู่ในความสัตย์ที่เป็นอรรถเป็นธรรม จัดแบ่งออกเป็นอย่างนี้ คือ ประโยชน์ตนประโยชน์ท่าน หรือประโยชน์โลกนี้และประโยชน์โลกหน้าตลอดถึงประโยชน์อย่างยิ่ง จัดว่าเป็นอรรถ ส่วนการพูดจริงทำจริงในสุจริตธรรม ผู้ใดไม่ดำรงอยู่ในความสัตย์ ผู้นั้นชื่อว่าไม่ใช่สัตบุรุษดังท่านกล่าวว่า

สัจเจ อตเถ จะธัมเม อะหุ สันโต ปะติภูตฺติตา

สัตบุรุษได้ตั้งมั่นในความสัตย์ ที่เป็นอรรถและเป็นธรรม

ดังธรรมภาษิตที่ว่า สัจจัง เว อมะตา วาจา แปลว่า คำสัตย์แล เป็นวาจาไม่ตาย และสัจจะที่ประเสริฐที่สุดกว่าบรรดาสัจจะทั้งหลายนั้น พุทธองค์กล่าวว่า

มคคานัญญูสังคิโก เสฏฺฐุ สัจจันจ จะตุโร ปะทา วิราโค เสฏฺฐุธัมมานัง ทิปะทานัญญุจะ จักขุมา ยอดแห่งมรรคา คืออัมภางคิมรรค ยอดแห่งสัจจะ คืออริยสัจสี่ประการ ยอดแห่งธรรม คือความปราศจากราคะ ยอดแห่งมนุษย คือพระผู้เห็นแจ้ง^{๔๓}

^{๔๒} คมเดื่อน เจตจรัสฟ้า, คุณธรรมสามก๊ก, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์, ๒๕๕๐), หน้า ๔-๕.

^{๔๓} เสถียรพงษ์ วรรณปก, พุทธวจนะในธรรมบท, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, ๒๕๕๒), หน้า ๓๑๓.

ความสัตย์ คือ ความจริงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนทั่วไป ทั้งผู้น้อยและผู้ใหญ่เมื่อเป็นคนมี สัจจะ คือความจริงใจ ความซื่อตรง เช่นความซื่อตรงต่อหน้าที่ คือตั้งใจกระทำการที่ได้รับ มอบหมายใน หน้าที่นั้นด้วยความสุจริต มีความอุสาหะวิริยะพากเพียรอย่างเต็มที่ด้วยกำลังสติปัญญา ของตน ด้วย ความมุ่งหมายให้งานนั้น ๆ สำเร็จสมประสงค์ตามหน้าที่ที่ตนได้รับมอบหมาย ทำด้วย อย่างเต็ม ความสามารถให้สมกับความไว้วางใจ ความซื่อตรงต่อเวลา ไปทำงานตรงตามเวลาที่กำหนด ทำงานให้เสร็จตามเวลาที่ได้รับมอบหมาย ไม่กลับก่อนเวลา ความหมายของความสัตย์ คือ ความจริง, ซื่อตรง, ซื่อสัตย์, จริงใจ พุดจริง ทำจริง, สัจธรรม, ความแน่แท้, ความถูกต้อง (ตามความเป็นจริง) ความซื่อสัตย์นั้นมีหลายอย่าง เช่น ความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ความซื่อสัตย์ต่อครอบครัว ความซื่อสัตย์ ต่อหน้าที่ ความซื่อสัตย์ต่อมิตรและซื่อสัตย์ต่อประเทศชาติ

“ความจริงใจต่อกันความซื่อสัตย์” เป็นคุณธรรมที่จำเป็นต่อทุกสังคม ไม่ว่าจะเป็ความ ซื่อสัตย์ในระดับไหนก็ตาม จะต้องมีการปลูกฝังหรือสอนเยาวชนรุ่นหลังให้ประพฤติปฏิบัติ ทั้งนี้ เพราะหากคนในสังคมขาดคุณธรรมข้อนี้เมื่อใด สังคมก็จะวุ่นวาย ไม่สงบ คนจะเอาไรต์เอาเปรียบกัน และเห็นแก่ตัวมากขึ้น จนก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกมากมายความซื่อสัตย์ต่อประเทศชาติบ้าน เกิดเมื่องนอน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะหากประเทศชาติอยู่ไม่ได้ ประชาชนคนไทยในประเทศ ไทยก็อยู่ไม่ได้ และหากชาติไทยล่มสลาย ผลที่ตามมาก็คือประชาชนคนไทยจะกลายเป็นคนไร้ แผ่นดิน ซึ่งคงไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น

“สัจจะ คือ ความจริงความซื่อสัตย์” เป็นสิ่งสำคัญเพราะหากขาดความซื่อสัตย์ ความ จริงใจต่อกันแล้วสังคมก็ยุ่งเหยิง เกิดความหวาดระแวง ไม่ไว้วางซึ่งกันและกัน เกิดความโกลาหล ไปทั่ว ไม่รู้สิ่งไหนจริง สิ่งไหนเท็จ ถ้าขาดความซื่อสัตย์ในระดับบุคคลก็จะกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือ และมี ปัญหาอยู่ตลอดเวลา ส่วนในระดับประเทศ บุคคลคนนั้นก็จะมีไร้ซึ่งเกียรติภูมิจะเป็นที่ดูถูกของ ชาตอื่น ประเทศอื่น ซึ่งความซื่อสัตย์นี้รวมไปถึงการมีสัจจะ พุดจริงทำจริง ไม่โกหกหรือพูดเหลวไหล พุดคำ ไหนเป็นคำนั้นด้วย คนเช่นนี้ไปที่ใดย่อมเป็นที่เคารพนับถือว่าเป็นคนมีเกียรติ ข้อสำคัญถ้าทุก คนทำ หน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตย่อมจะทำให้สังคม และประเทศชาติมีความมั่นคง สงบสุข ซึ่งเป็น ผลดี ต่อประชาชนคนไทย และสังคมไทยก็จะมีแต่ความสงบสุข

บุคคลเมื่อมารู้และเข้าใจในความจริงของโลก ย่อมจะไม่ ติดอยู่ในโลกทั้งสองทั้งที่เป็นโลก ของมนุษย์และโลกที่เป็นทิพย์ สัจจะทั้ง ๒ อย่างย่อมอำนวย ประโยชน์แก่การดำเนินชีวิตในโลก สมมติสัจจะช่วยให้เข้าใจในสิ่งที่เป็ปรมัตตสัจจะ บุคคลจะ เข้าใจสัจจะทั้งสองได้ก็ต้องศึกษาศึกษา ทั้ง ๓ คือศีล สมาธิ ปัญญา หรือมรรคมืองค์ ๘ ได้แก่ อริศีล สิกขา คือ การฝึกปฏิบัติในด้านศีล (สัมมาวาจา สัมมากัมมันตะสัมมาอาชีวะ) อริจิตตสิกขา คือ การ ฝึกอบรมด้านจิตใจ (สัมมาวายามะ สัมมาสติ สัมมาสมาธิ) และอริปัญญาสิกขา คือการฝึกอบรมด้าน ปัญญา (สัมมาทิฐิสัมมาสังกัปปะ) ได้แก่ปัญญาที่พิจารณาที่ถูกต้อง ชอบ ดำริชอบก็คือ พิจารณาโดย ชอบถูกต้อง ตามหลักแห่งเหตุผล ตามเป็นจริงของสัจธรรมทั้งที่เป็นสมมติสัจจะ และปรมัตตสัจจะ คือ อนิจจัง ความไม่เที่ยง ทุกขัง ความเป็นทุกข์ อนัตตา ความมิใช่ตัวตน หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “สามัญลักษณ์ะ” ซึ่งแปลว่า ลักษณะทั่วไปที่เสมอกันของสิ่งทั้งปวง มีอยู่โดยธรรมชาติ เป็นกฎของธรรมชาติ ไม่มีผู้สร้าง ไม่มีผู้ บันดาลเป็นลักษณะที่สรรพสิ่งมีร่วมกันและมีอยู่โดยธรรม

เรื่องที่ต้องทำความเข้าใจ คือ สัจจะมี ๒ อย่าง สมมุติสัจจะ ๑ กับ ปรมัตถสัจจะ ๑ ถ้ากล่าวถึงสมมุติสัจจะก็เป็นบัญญัติ ถ้ากล่าวถึงปรมัตถสัจจะก็เป็นปรมัตถ์ ความต่างของสัจธรรมที่เป็นปรมัตถสัจจะกับสมมุติสัจจะนั้น ถ้าเป็นปรมัตถสัจจะ หมายความว่าถึงเป็นปรมัตถธรรมมีจริง ๆ เป็นสิ่งที่มีจริง เป็นปรมัตถ์ แต่ถ้าเป็นสมมุติสัจจะก็คือเป็นสิ่งที่มีความจริงโดยคำที่ใช้ให้เข้าใจความหมายนั้นเท่านั้น เช่น ถ้วยแก้วเป็นสัจจะอะไร เป็นปรมัตถสัจจะหรือสมมุติสัจจะ ถ้วยแก้ว เป็นสมมุติสัจจะงานซ้อน ซ่อมพวกนี้ก็สมมุติสัจจะ แต่ลักษณะที่แข็ง เป็นปรมัตถสัจจะเพราะฉะนั้นก็สามารถ แยกได้ว่า สิ่งที่มีลักษณะจริง ๆ ที่เป็นปรมัตถธรรม จริงโดยความเป็นลักษณะนั้นที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นปรมัตถสัจจะปรมัตถธรรมเป็นสิ่งที่มีความจริง มีลักษณะเฉพาะแต่ละอย่างจริง ๆ แต่ว่าสิ่งที่รวมกันแล้ว ก็เกิดความทรงจำว่าเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือแม้แต่คำภาษาที่ใช้ไม่ใช่ปรมัตถธรรมแต่เป็นบัญญัติ หมายความว่า เป็นสิ่งที่กล่าวขานให้รู้ความหมายของสิ่งนั้นเพราะฉะนั้นชื่อทั้งหมดเป็นบัญญัติ แต่สภาพธรรมแม้ไม่มีชื่อก็มีลักษณะของสภาพธรรมนั้น ๆ แต่จำเป็นต้องใช้ชื่อ เพื่อที่จะได้ให้เข้าใจว่า หมายความว่าถึงสภาพธรรม

การใช้ชีวิตในสังคมนั้นต้องสมมติชื่อบุคคลและสิ่งของ เพื่อใช้ในการสื่อความหมายทั้งที่เป็นอวจนภาษา “กายวิญญูติ” และวจนภาษา “วจีวิญญูติ” เมื่อมีสมมุติบัญญัติ ก็เป็นสมมุติสัจจะ เมื่อ บุคคลหลงยึดติดในสมมุติในการสื่อสารที่ใช้ ย่อมทำให้พอใจบ้าง และไม่พอใจบ้างในชีวิตประจำวัน เพราะการใช้ชีวิตย่อมต้องมีการสื่อสารสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ที่จะบังเกิดขึ้นกับตนเอง และสังคม

การเข้าใจสิ่งสมมุติสัจจะ และปรมัตถสัจจะ ช่วยให้ไม่หลงยึดติดสมมุติเกิดความเบื่อหน่าย เข้าถึงปรมัตถสัจจะ หลุดพ้นสู่วิมุตติได้ง่าย หากยังหลงอยู่ว่ามี แท้จริงแล้วไม่มี เช่น การเตือนตนเสมอว่า นั่นไม่ใช่ของเรา นั่นไม่ใช่เรา นั่นไม่ใช่ตัวตนของเรา จะช่วยให้คลายอัตตตาลง ลดความโลภ ความโกรธ ความหลง หรือบรรเทากิเลสให้ลดลงได้ในระดับหนึ่งความว่า รู้ชัดตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งธรรมที่เป็นไปในภูมิทั้ง ๓ เว้นต้นหาว่า นี้ทุกข์ รู้ชัดตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งมีต้นหาที่มีอยู่ก่อน อันนำทุกข์มาให้นั้นนั่นแล ให้เกิด ให้ปรากฏขึ้น นี้ทุกข์สมุทัย รู้ชัดตามสภาพที่เป็นจริงซึ่งความดับคือ หยุดทุกข์และทุกข์สมุทัยทั้งสองว่านี้ ทุกขนิโรธ รู้ชัดตามสภาพ ซึ่งอริยมรรคอันเป็นเหตุกำหนดรู้ทุกข์ เป็นเหตุละสมุทัย เป็นเหตุทำให้แจ้งนิโรธว่า นี้ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทา^{๔๔}

การรู้แจ้งสัจจะมีได้ด้วยอาการ ๔ อย่าง บุคคลรู้แจ้งสัจจะด้วยอาการ ๔ อย่าง ได้แก่

๑. ทุกขสัจว่า เป็นธรรมที่ควรรู้แจ้งด้วยการกำหนดรู้
๒. รู้แจ้งสมุทัยสัจว่า เป็นธรรมที่ควรรู้แจ้งด้วยการละ
๓. รู้แจ้งนิโรธสัจว่า เป็นธรรมที่ควรรู้แจ้งด้วยการทำให้แจ้ง
๔. รู้แจ้งมรรคสัจว่า เป็นธรรมที่ควรรู้แจ้งด้วยการเจริญ

^{๔๔} ที.ม.อ. (ไทย) ๑๔/๓๐๐/๓๕๐.

๕. รู้แจ้งธรรมทั้งปวงด้วยความรู้ยิ่ง
๖. รู้แจ้งสังขารทั้งปวงด้วยการกำหนดรู้
๗. รู้แจ้งอกุศลธรรมทั้งปวงด้วยการละ
๘. รู้แจ้งมรรค ๔ ด้วยการเจริญ
๙. รู้แจ้งนิโรธด้วยการทำให้แจ้ง

การรู้แจ้งสังขารจะมีได้ด้วยอาการ ๙ อย่างนี้ บุคคลเมื่อรู้แจ้งสังขารด้วยอาการ ๙ อย่างนี้เป็นสัทธาธิมุตด้วยอำนาจสัทธาธิมุต เป็นกายสักขีด้วยอำนาจสมาธิมุตเป็นทิวณฺฐิปัจจัยด้วยอำนาจปัญญาธิมุต^{๔๕}

เมื่อเข้าใจในสังขารทั้งสองอย่างตามความเป็นจริงของสิ่งทั้งหลาย ซึ่งเป็นเพียงสิ่งสมมุติ เพื่อให้เป็นประโยชน์แก่การสื่อสารในสังคม เมื่อเข้าใจในสมมุติก็จะจางคลายในความยึดติดกับ สิ่งทั้งหลายที่มนุษย์สมมุติกันขึ้นมา ซึ่งมีคำกล่าวว่าสิ่งทั้งหลายเป็นเพียงสมมุติแม้เพียงเท่านี้ก็ทำให้เบาใจได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นธรรมดาของทุกคนที่ติดในเรื่องสมมุติมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แต่เมื่อได้ฟังธรรมะของพระสุตเจ้าแล้ว จึงได้รู้ปรมัตถสังขารซึ่งเป็นความจริงที่ไม่เปลี่ยนแปลง เป็นความจริงแท้ตามสามัญลักษณะ ว่าเป็นเช่นนั้นเอง (ตถตา, อนิจจตา, ทุกขตา, อนัตตตา) แล้วความยึดมั่นถือมั่นด้วยอุปาทาน ก็จะจางคลายบรรเทาเบาบางลง ความสุขสงบก็จะบังเกิดขึ้นตามสัดส่วน แห่งคุณธรรมที่ตนได้ศึกษาและปฏิบัติตาม เมื่อมารู้ความจริงของสังขารทั้งสองดังนี้แล้ว จึงได้ชื่อว่า ได้รับประโยชน์จากสังขารทั้งสองนั้นอย่างแท้จริง ความเข้าใจและรู้เท่าทันตามความเป็นจริงของสิ่งทั้งหลาย คือ รู้จักสิ่งเหล่านั้นตามที่มันเป็นและเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด คือ การหยั่งรู้สังขาร ที่จะทำให้ความยึดติดถือมั่นหลงผิดทั้งหลายทั้งปวงสลายหมดไป ทำให้วางใจวางท่าที่ต่อสิ่งทั้งหลายอย่างถูกต้องหลุดพ้นจากกิเลสและความทุกข์ มีจิตใจเป็นอิสระ ปลอดโปร่ง ผ่องใส เบิกบาน มีความสุขอย่างแท้จริงเพราะมารู้ถึงสังขารตามความเป็นจริงของสิ่งทั้งหลายเหล่านั้นว่าเป็นเช่นนั้นเอง คือ มีความเกิดขึ้นในเบื้องต้น มีความแปรปรวนในท่ามกลาง มีความดับสลายไปในที่สุด สังขารทั้งหลายมีความเกิดขึ้นมีการตั้งอยู่และดับสลายเป็นธรรมดาสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีความเกิดขึ้นเป็นธรรมดา สิ่งนั้นทั้งมวลมีความดับเป็นธรรมด่าเป็นอยู่อย่างนี้ในเบื้องต้น (อดีต) ในท่ามกลาง (ปัจจุบัน) ในที่สุด (อนาคต) ก็จะเป็นอย่างนี้ตลอดไป

๓.๓ ความยินดีเสียสละ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรยินดีเสียสละความสุขสบายเฉพาะของตนเองได้ เพื่อความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัวส่วนรวม ผู้ป่วยติดเตียงควรมีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รู้จักการให้ การเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพราะการเสียสละจะช่วยให้ผู้ป่วยติดเตียงเกิดปิติ มีเสน่ห์ และมีสุขภาพจิตดีขึ้น

^{๔๕} ขุ.ป. (ไทย) ๓๑/๒๒๒/๓๗๖.

การเสียสละเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้เป็นที่รักที่พอใจของคนทั้งหลาย การเสียสละแรงกาย ช่วยเหลือการทำงานในสังคม การช่วยเหลือกิจการงานของส่วนรวมที่เรียกว่าจิตสาธารณะ คือจิตที่คิด เสียสละช่วยเหลือสังคมส่วนรวม ที่ทุกหน่วยงานจัดทำในปัจจุบัน การเสียสละนับว่าเป็นสิ่งที่ควร สรรเสริญเพราะทุกคนเกิดมามีความอยากได้ อยากมี อยากเป็น ด้วยกันทั้งนั้น แต่เมื่อรู้จักเสียสละ รู้จักละ นับว่ามีใจประเสริฐแท้ เมื่อสละได้แล้วก็พึงเพิ่มพูนให้มีในจิตใจของตนให้ยิ่ง ๆ ขึ้น ดังธรรม ภาษิตที่ว่า จาคังอนุพुरुหะเยะ พึงเพิ่มพูนจาคะ คือ สละอารมณ์อันน่ารักใคร่ สละอารมณ์ที่ไม่พอใจ ออกจากจิตใจของตนนี้อย่างหนึ่ง และสละสิ่งของของตนแก่คนที่ควรให้ทั้งแก่คนภายในครอบครัว และญาติมิตรหรือส่วนรวม นี้อย่างหนึ่ง จาคะ เป็นคุณธรรมที่เป็นเหตุให้ผู้ปฏิบัติมองเห็น และเอื้อ อำนวยต่อความทุกข์ยากและความต้องการของคนอื่น เป็นคุณธรรมที่ทำให้เป็นคนไม่คับแคบ ไม่เห็นแก่ ตัวชอบช่วยเหลือสังคม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ คิดถึงคนอื่นมากกว่าตนเอง บุคคลที่ปฏิบัติตนเช่นนี้ ชื่อว่ามีจาคะ เป็นผู้ถึงพร้อมด้วยการบริจาคเป็นการเฉลี่ยความสุขแก่ผู้อื่น

๑. สละสิ่งอันเคยชิน

การสละสิ่งที่ตนเคยประพฤติ เช่น ชอบเล่นการพนัน เกียจคร้านการทำงาน ชอบเที่ยว กลางคืน ชอบดื่มสุราเมรัย ของมีนเมา “จาคะ หรือการสละ” หมายถึงการสละสิ่งของและความสุข ส่วนตัวเพื่อประโยชน์สุขแก่ผู้อื่น และหมายรวมถึงการสละละทิ้งกิเลส ละความโลภ ความเห็นแก่ตัว ความตระหนี่ ความใจแคบ และการเลิกละนิสัย ตลอดจนความประพฤติที่ไม่ดี ที่ทำให้เกิดความเสียหาย ก่อความบาดหมางทะเลาะเบาะแว้ง จาคะ สละสิ่งอันเคยชินหรือข้อที่เคยยึดถือไว้ และสิ่งทั้งหลายอันผิดพลาดจากความจริงเสียได้ เริ่มแต่สละอามิสจนถึงสละกิเลส เสียสละอารมณ์ ซึ่งได้แก่ ธรรมารมณ์ที่เกิดขึ้นกับใจของตน เช่น เคยเป็นคนที่มึนเมาจนเฉื่อยโกรธง่าย ที่เรียกว่า อนิฏฐารมณ์ หรือเคยยึดมั่นในความเห็นของตนเองเป็นใหญ่ เมื่อจะเอาสิ่งใดจะทำสิ่งใดต้องให้ได้ อย่างที่ตั้งใจไว้ บางครั้งสิ่งที่ตนหวังหรือตั้งใจไว้ว่าจะไปเบียดเบียนผู้อื่น หรือทำให้ครอบครัวและสังคมเดือดร้อน อย่างนี้ก็ต้องสละข้อที่ยึดถือไว้นั้นเสีย เพราะมาพิจารณาเห็นประโยชน์สุขของส่วนรวม เมื่อทำได้อย่างนี้จึงชื่อว่าประพฤติตนด้วยธรรม คือมีจาคะรู้จักเสียสละสิ่งที่ตนเคยชิน ความรักใคร่ อกุศลารมณ์ ไม่ว่าจะเป็นในเพศตรงข้าม หรือรักลูกหลาน ข้าวของ เงินทอง รถยนต์ บ้านเรือนไร่นา หรือสิ่งของมีค่าต่าง ๆ อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับจิตใจมีทั้งชอบและไม่ชอบ หรือเฉย ๆ อยู่ตลอดเวลา เมื่อเรารู้ความจริงของรูปธรรม นามธรรม ว่าสิ่งทั้งหลายทั้งปวงเหล่านี้ เป็นอนิจจัง ไม่เที่ยง เป็นทุกขัง ทนได้ยาก เป็นอนัตตา ไม่อยู่ในบังคับบัญชาของผู้ใด สิ่งดังกล่าวมานี้ เราไม่จากเขา เขาก็ต้องจากเราไปไม่วันใดก็วันหนึ่ง เมื่อพิจารณาได้อย่างนี้ความสงบใจก็บังเกิดขึ้นมีในตน เพราะความสละ อารมณ์ และสิ่งอันเคยชินและข้อที่ตนเคยถือไว้นั้นเอง

แม่น้ำที่ไม่ไหลเรียกว่าแม่น้ำตายย่อมตันเงิน น้ำที่ไม่ถ่ายเทย่อมกลายเป็นน้ำเน่า นักกีฬา ย่อมออกกำลังกายและซ้อมอยู่เสมอจึงจะได้ชัยชนะมา การสละสิ่งที่เป็นอกุศลออกจากจิตใจ เช่น เคยเป็นคนโลภ เป็นคนมักโกรธ และเป็นคนตระหนี่ไม่อยากจะให้สิ่งใดแก่ใคร ชีวิตของคนที่ไม่ รู้จัก ให้คือชีวิตที่หม่นหมองไร้สุข ความสุขที่แท้มิได้เกิดจากการเสพหรือการมีมาก ๆ แต่อยู่ที่การสละ ออกไป เริ่มจากสละวัตถุสิ่งของ ไปจนถึงสละความยึดติดถือมั่นในตัวตน สละได้มากเท่าใด ก็ช่วยให้ เราอยู่ในโลกนี้อย่างมีความสุขมากเท่านั้น อีกทั้งยังทำให้เราจากโลกนี้ไปได้อย่างสงบสุขด้วย

๒. สละสิ่งที่เป็นอามิส

การเสียสละสิ่งของของตนแก่คนที่ควรให้ปันทั้งแก่คนภายในครอบครัวและญาติมิตรหรือส่วนรวม การเสียสละ หรือการให้สิ่งของบุคคลอื่น เรียกว่าการให้ทาน การให้ทานมี ๓ อย่าง

๑. จาคะเจตนาทาน การให้ด้วยเจตนาเป็นเครื่องบริจาค

๒. วิรัตติทาน การให้ด้วยจิตที่คิดงดเว้น

๓. ไทยยะธัมมะทาน การให้ของที่เป็นธรรม^{๔๖}

ชื่อว่าจาคะ พระพุทธองค์ตรัสสรรเสริญว่า

ผู้ให้ทานย่อมเป็นที่รักของคนหมู่มาก

ชื่อว่าดำเนินตามธรรมของสัตบุรุษ

สัตบุรุษทั้งหลายผู้สงบ ผู้สำรวมอินทรีย์

ประพฤติพรหมจรรย์

ย่อมคบหาผู้ให้ทานทุกเมื่อ

สัตบุรุษเหล่านั้นย่อมแสดงธรรม

เป็นเครื่องบรรเทาทุกข์ทั้งปวงแก่เขา

เขารู้ชัดธรรมนั้นแล้ว

เป็นผู้ไม่มีอาสวะ ปรินิพพานในโลกนี้^{๔๗}

ในทางพระพุทธศาสนา มีหลักคำสอนเรื่องสัพปุริสทาน คือ การให้ทานแบบสัพปุรุษ พระพุทธองค์ท่านได้ให้ความสำคัญแก่ปัญญาด้วย คือพึงให้โดยรู้ว่าของที่ให้มิประโยชน์แก่ผู้รับหรือไม่เพียงใด ถ้าทำโดยไม่รู้ว่าจะให้นั้นมีประโยชน์แก่ผู้รับหรือไม่ก็ได้บุญน้อย เช่น ถวายเหล้า บุหรี่ ยาชุด ยาของ หรือสิ่งที่ไม่เหมาะสมแก่พระ

เพราะฉะนั้นจึงต้องมีความตระหนักรู้ มีสติปัญญาควบคู่ไปกับการทำบุญ ต้องพิจารณาด้วยว่าสิ่งที่ให้มิประโยชน์แก่ไหน ดังมีพุทธพจน์บอกว่าการให้อย่างเลือกเฟ้นหรือวิจยทานเป็นการกระทำพระพุทธเจ้าทรงสรรเสริญตั้งนั้นแทนที่จะหลับหูหลับตาให้ทาน เราก็ควรให้ด้วยการพิจารณาไตร่ตรอง ใคร่ครวญว่าสิ่งของที่ให้นั้นมีประโยชน์แก่ผู้รับหรือไม่ จึงได้ชื่อว่าทำบุญอย่างถูกวิธี^{๔๘} ละบาปก่อนทำบุญ เมื่อเราจะทำบุญ ทอดกฐิน ทอดผ้าป่า ถวายสังฆทาน ถวายพระพุทธรูป หรือทำบุญที่บ้าน รวมทั้งงานพิธีกรรมต่าง ๆ ก็ต้องเริ่มต้นด้วยการสมาทานศีล ๕ ก่อนทุกครั้ง เป็นเครื่องหมายบอกว่า จะทำบุญทั้งทีก็ต้องละบาปก่อน คือการเข้ามาอยู่ในศีลในธรรม เพื่อการทำบุญ

^{๔๖} คล้อย ทรงบัณฑิตย, **ประมวลหัวใจธรรมถก**, (กรุงเทพมหานคร : เลียงเชียง, ๒๕๑๔), หน้า ๖๘.

^{๔๗} อัง.ปัญญาจก. (ไทย) ๒๒/๓๕/๕๖.

นั้นจะได้เกิดอานิสงส์สูง การสมาทานศีลก่อนทำบุญทุกครั้ง ก็เปรียบได้กับการเตือนสติคนทำบุญให้ระมัดระวังการทำบาป เมื่อตั้งใจทำบุญแล้วก็มีควรพลัดหลงกลับไปทำบาปเบียดเบียนสัตว์อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆ่าสัตว์มาทำบุญ หรือหนทางใด ๆ ที่จะเป็นการเบียดเบียนผู้อื่น ทำความเดือดร้อนให้ผู้อื่น เพียงเพื่อจะนำเหตุปัจจัยเหล่านั้นไปทำบุญ ก็เป็นสิ่งไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะจะกลายเป็นการทำบุญที่ขาดทุนคือได้บาปมากกว่าได้บุญ แม้แต่โอวาทปาฏิโมกข์ ซึ่งเป็นคำสอนอันเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนาในการปฏิบัติตนไปสู่พระนิพพาน ส่วนที่รู้จักกันกว้างขวางมีใจความ ๓ ประการ ว่า

๑. การไม่ทำความชั่วทั้งปวง
๒. การบำเพ็ญแต่ความดี
๓. การทำจิตของตนให้ผ่องใส

คำสอนดังกล่าวนี้ยังต้องเริ่มต้นด้วยการละเลิกทำชั่วก่อนเช่นกัน หาไม่แล้วการทำบุญไปด้วยทำบาปไปด้วยก็คงไม่มีความหมายอะไรแก่ชีวิต^{๔๘}

หลวงพ่อบุญทาสพูดถึงวิธีทำบุญ ๓ แบบว่าเปรียบเหมือนกับบุคคล ๓ ประเภท เอน้ำมาอาบชำระล้างตัว คือ^{๔๙}

๑) บุคคลทำบุญเหมือนเอน้ำโคลนมาอาบ คือ คนที่ทำบุญด้วยการฆ่าสัตว์เบียดเบียนสัตว์ ฆ่าวัว ฆ่าเป็ด ฆ่าไก่ เอน้ำโคลนเหล่านั้นมาทำบุญเลี้ยงกัน รวมทั้งเลี้ยงสุรา การทำบุญอย่างนี้ เหมือนกับเอน้ำโคลนมาชำระตัว จะสะอาดได้อย่างไร

๒) บุคคลทำบุญเหมือนเอน้ำเจือด้วยแป้งหอมมาอาบ คือคนที่ทำบุญด้วยอุปาทาน ยึดมั่นถือมั่นในบุญเป็นอย่างมาก เมาสวรรค์ เมาวิมาน เป็นการทำบุญด้วยกิเลสหรือความยึดติดอย่างรุนแรง ทำแล้วหวังผลเช่นนั้นเช่นนี้ เหมือนเอน้ำที่เป็นเครื่องหอมมาอาบชำระกายจะสะอาดได้อย่างไร

๓) บุคคลทำบุญเหมือนเอน้ำสะอาดมาอาบ คือคนที่ทำบุญด้วยใจสงบเย็น ไม่ได้ยึดมั่นถือมั่นสิ่งนั้นว่าเป็นตัวเราของเรา เหมือนคนเอน้ำสะอาดมาอาบย่อมสะอาดกว่าบุคคล ๒ ประเภทแรก เราทำบุญแล้วเป็นแบบไหน ต้องเลือกพิจารณาให้ดีในเรื่องของการทำบุญ

การเสียสละของแต่ละคน ย่อมก่อให้เกิดผลเป็นความสุขของสังคมส่วนรวม เช่น พุทธศาสนิกชน เสียสละสิ่งของเงินทองสร้างโบสถ์วิหาร ศาลาการเปรียญ เป็นต้น เป็นการเสียสละประโยชน์ที่จะได้จากปัจจัยเพื่อใช้ส่วนตน แต่ก็เสียสละเพื่อส่วนรวมในการก่อสร้างโบสถ์ วิหาร ศาลาการเปรียญในพระพุทธศาสนา ให้ประชาชนได้ใช้ร่วมกันเพื่อสร้างบุญกุศล นี่คือผลที่ได้จากการ

^{๔๘} พระชาย วรรณโม และพระไพศาล วิสาโล, **ฉลาดทำบุญ**, พิมพ์ครั้งที่ ๓๙, (กรุงเทพมหานคร : เม็ดทราย, ๒๕๕๗), หน้า ๗๓.

^{๔๙} พระชาย วรรณโม และพระไพศาล วิสาโล, **ฉลาดทำบุญ**, หน้า ๒๘-๒๙.

เสียสละเพื่อส่วนรวม ไม่หวังสิ่งตอบแทนเพียงแต่มีจิตใจที่เสียสละ เพื่อขจัดความตระหนี่ออกจากจิตใจ และเพื่อให้ทุกคนในสังคมมีความสุขในการเสียสละของตน นับว่าสละสิ่งที่เป็นอามิสโดยแท้ ไม่ยึดติดในอามิสจิตย่อมพบแต่ความสงบ

๓. ประโยชน์ที่ได้จากการเสียสละ

การทำทาน ได้แก่การสละทรัพย์สินสิ่งของสมบัติของตนที่มีอยู่ให้แก่บุคคลอื่นโดยมุ่งหวังจะเจือจุนให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์และความสุขด้วยเมตตาจิตของตน ทานที่ได้ทำไปนั้นจะทำให้ผู้ทำทานได้บุญมากหรือน้อยเพียงใด ย่อมสุดแล้วแต่องค์ประกอบ ๓ ประการ ถ้าประกอบหรือถึงพร้อมด้วยองค์ประกอบ ๓ ประการต่อไปนี้แล้ว ทานนั้นย่อมมีผลมาก ได้บุญบารมีมาก กล่าว คือ

องค์ประกอบข้อ ๑ "วัตถุทานที่ต้องบริสุทธ์"

วัตถุทานที่ให้ ได้แก่สิ่งของทรัพย์สินสมบัติที่ตนได้สละให้เป็นทานนั่นเอง จะต้องเป็นของที่บริสุทธ์ ที่จะเป็นของบริสุทธ์ได้จะต้องเป็นสิ่งของที่ตนได้แสวงหา ได้มาด้วยความบริสุทธ์ในการประกอบอาชีพ ไม่ใช่ของที่ได้มาเพราะการเบียดเบียนผู้อื่น เช่น ได้มาโดยทุจริต ลักทรัพย์ ยักยอก ฉ้อโกง ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ฯลฯ

องค์ประกอบข้อ ๒ "เจตนาในการให้ทานต้องบริสุทธ์"

การให้ทานนั้น โดยจุดมุ่งหมายที่แท้จริงก็เพื่อเป็นการขจัดความโลภ ความตระหนี่เหนียวแน่น ความหวงแหนหลงใหลในทรัพย์สินสมบัติของตน อันเป็นกิเลสหยาบ คือ "โลกกิเลส" และเพื่อเป็นการสงเคราะห์ผู้อื่นให้ได้รับความสุขด้วยเมตตาธรรมของตน

เจตนาที่ว่าบริสุทธ์นั้น ถ้าจะบริสุทธ์จริงจะต้องสมบูรณ์พร้อมกัน ๓ ระยะ คือ

(๑) ระยะก่อนที่จะให้ทาน ก่อนที่จะให้ทานก็มีจิตโสมนัสสร้างเริงเบิกบานยินดีที่จะให้ทานเพื่อสงเคราะห์ผู้อื่นให้ได้รับความสุขเพราะทรัพย์สินสิ่งของของตน

(๒) ระยะที่กำลังลงมือให้ทาน ระยะที่กำลังลงมือทำทานอยู่นั่นเอง ก็ทำด้วยจิตโสมนัสสร้างเริงยินดีและเบิกบานในทานที่ตนกำลังทำให้ผู้อื่น

(๓) ระยะหลังจากที่ได้ให้ทานไปแล้ว ครั้นเมื่อได้ให้ทานไปแล้วเสร็จ หลังจากนั้นก็ดี นานมาก็ดี เมื่อหวนคิดถึงทานที่ตนได้กระทำไปแล้วครั้งใด ก็มีจิตโสมนัสสร้างเริงเบิกบานยินดีในทานนั้น ๆ เจตนาบริสุทธ์ในการทำทานนั้น อยู่ที่จิตโสมนัสสร้างเริง เบิกบาน ยินดีในทานที่ทำนั้นเป็นสำคัญ และเนื่องมาจากเมตตาจิตที่มุ่งสงเคราะห์ผู้อื่นให้พ้นความทุกข์และให้ได้รับความสุข เพราะทานของตนนับว่าเป็นเจตนาที่บริสุทธ์ในเบื้องต้น

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่ทำทานด้วยเจตนาอันไม่บริสุทธ์ คือ

ตัวอย่าง ๑ ทำทานเพราะอยากได้ ทำเอาหน้า ทำอวดผู้อื่น เช่น สร้างโรงเรียน โรงพยาบาลใส่ชื่อของตน ไปยื่นถ่ายภาพ ลงโฆษณาในหน้าหนังสือพิมพ์ เพื่อให้ได้รับความนิยมยกย่องนับถือ โดยที่แท้จริงแล้วตนมิได้มีเจตนาที่จะมุ่งสงเคราะห์ผู้ใดเรียกว่า ทำทานด้วยความโลภ ไม่ได้ทำเพื่อขจัดความโลภ ทำทานด้วยความอยากได้ คืออยากได้หน้า ได้เกียรติ

ตัวอย่าง ๒ ทำทานด้วยความฝืนใจ ทำเพราะเสียไม่ได้ ทำด้วยความเสียหาย เช่น มีพวกพ้องมาเรียไร ตนเองไม่มีศรัทธาที่จะทำ หรือมีศรัทธาอยู่บ้างแต่ทรัพย์น้อย เมื่อมีพวกเรียไรมาบอกบุญ ต้องจำใจทำทานไปเพราะความเกรงใจพวกพ้อง หรือเกรงว่าจะเสียหน้า ตนจึงได้สละทรัพย์ทำทานไปด้วยความจำใจ ย่อมเป็นการทำทานด้วยความตระหนี่หวงแหน ทำด้วยความเสียดาย ไม่ใช่ทำด้วยจิตเมตตาที่จะมุ่งสงเคราะห์ผู้อื่น

ตัวอย่าง ๓ ทำทานด้วยความโลภ คือทำทานเพราะอยากได้นั้นอยากได้นี้ อยากเป็นนั่นเป็นนี่ อันเป็นการทำทานเพราะหวังสิ่งตอบแทน ไม่ใช่ทำทานเพราะมุ่งหมายที่จะขจัดความโลภ ความตระหนี่หวงแหนในทรัพย์ของตน เช่น ทำทานแล้วตั้งจิตอธิฐานขอให้ชาติหน้าได้เป็นเทวดานางฟ้า ขอให้รูปสวย ขอให้ทำมาค้าขึ้น ขอให้ร่ำรวยเป็นเศรษฐีมหาเศรษฐี ทำทาน ๑๐๐ บาท แต่ขอให้ร่ำรวยนับล้าน ขอให้ถูกสลากกินแบ่งสลากกินรวบ ย่อมไม่ได้บุญอะไรเลย สิ่งที่ถูกพูนเพิ่มให้มากขึ้นและหนาขึ้นก็คือ "ความโลภ"

องค์ประกอบที่ ๓ "เนื่อนาบุญต้องบริสุทธิ์"

คำว่า "เนื่อนาบุญ" ในที่นี้ได้แก่บุคคลผู้รับการทำทานของผู้ทำทานเอง นับว่าเป็นองค์ประกอบข้อที่สำคัญที่สุด แม้ว่าองค์ประกอบในการทำทานข้อ ๑ และ ๒ จะงามบริสุทธิ์ครบถ้วนดีแล้ว กล่าวคือ วัตถุที่ทำทานนั้นเป็นของที่แสวงหาได้มาด้วยความบริสุทธิ์ เจตนาในการทำทานก็งามบริสุทธิ์พร้อมทั้งสามระยะ แต่ตัวผู้รับการทำทานเป็นคนที่ไม่ดี ไม่ใช่ผู้ที่เป็นเนื่อนาบุญที่บริสุทธิ์ เป็นเนื่อนาบุญที่เลว ทานที่นำไปนั้นก็ไม่ได้ผลดีออกนอกผล เปรียบเหมือนกับการหว่านเมล็ดข้าวเปลือกลงในพื้นนา ๑ กำมือ แม้เมล็ดข้าวนั้นจะเป็นพันธุ์ดีที่พร้อมจะงอกงาม (วัตถุทานบริสุทธิ์) และผู้หว่านคือกสิกรก็มีเจตนาจะหว่านเพื่อทำนาให้เกิดผลผลิตเป็นอาชีพ (เจตนาบริสุทธิ์) แต่หากที่นานั้นเป็นที่ที่ไม่สม่ำเสมอเมล็ดข้าวที่หว่านลงไปก็งอกเงยไม่สม่ำเสมอ โดยเมล็ดที่ไปตกในที่ที่เป็นดินดี ปุ๋ยดี มีน้ำอุดมดี ก็จะงอกเงยมีผลผลิตที่สมบูรณ์ ส่วนเมล็ดที่ไปตกบนพื้นที่แห้งแล้ง มีแต่กรวดกับทรายและขาดน้ำก็จะแห้งเหี่ยวหรือเฉาตายไป หรือไม่งอกเงยเสียเลย การทำทานนั้นผลผลิตที่ผู้ทำทานจะได้รับก็คือ "บุญ" ความไม่ยึดมั่นถือมั่นและความหลุดพ้น (วิมุตติ) ถือว่าเป็นแก่นแท้ของพระพุทธศาสนา เพราะคำสอนทั้งปวงมุ่งไปสู่ความหลุดพ้นจากกิเลสและความทุกข์ เสมือนน้ำในมหาสมุทรมีรสเดียวคือรสเค็ม ความหลุดพ้นนี้ย่อมมีได้เพราะความไม่ยึดมั่นถือมั่น ความไม่ยึดมั่นถือมั่นจึงเป็นปฏิปทาแห่งความหลุดพ้น^{๕๐}

ผู้มีศรัทธาอันเป็นเหตุนำสุขมาให้ในโลกทั้ง ๒ คือ ประโยชน์กึ่งอภินิหารนี้ และประโยชน์สุขในภพหน้า จากะ บุญนี้ย่อมเจริญยิ่งๆ ขึ้นแก่คุณุหัตถ์ทั้งหลาย ผู้มีปกติให้ทานทุกเมื่อ ผู้ที่หวังความเจริญควรแท้ที่จะขจัดความตระหนี่ออกจากจิตใจหมั่นทำบุญให้ทานทุกเมื่อในขณะที่ยังมีโอกาส ถ้าหากยังขจัดความตระหนี่ออกจากจิตใจไม่ได้ ก็ให้นึกถึงการซื้อสิ่งของเครื่องใช้ราคาแพง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับการทำบุญให้ทานว่าสิ่งไหน อย่งไรใช้จ่ายไปมากน้อยกว่ากัน จึงนำมา

^{๕๐} สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก, วิธีสร้างบุญบารมี, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทพิมพ์สวย จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๒-๑๐.

ทบทวนไตร่ตรองถึงการสร้างประโยชน์สุขในชาตินี้และการสร้างประโยชน์สุขในชาติหน้า ซึ่งเป็นการสร้างความไม่ประมาทในเรื่องของประโยชน์ที่จะเกิดแก่ตน ตลอดถึงการสร้างประโยชน์อันสูงสุดสำหรับตนที่พึงจะได้รับ จากการเกิดมาเป็นมนุษย์พบ พระพุทธศาสนากับเขาชาติหนึ่งต้องให้ได้ให้ถึงในสิ่งที่พึงได้พึงถึง คือ ประโยชน์ทั้ง ๓ ประการ คือ ประโยชน์ในปัจจุบัน ประโยชน์ในอนาคต และประโยชน์อันสูงสุดอย่างยิ่ง ซึ่งได้แก่พระนิพพาน

๓.๔ **การหาความสุขสงบ** ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ควรหาความสุขสงบทางจิตใจ รู้รสของความสงบและสันติสุข รู้จักทำจิตใจให้ผ่องใส ไม่หลงใหลในวัตถุ ลาภ ยศ สรรเสริญ หมั่นอบรมขัดเกลาจิตใจของตนเองด้วยการศึกษาหลักธรรมคำสอนของศาสนา หรือการสวดมนต์ การทำสมาธิ การคิดในเชิงบวกและการปล่อยวาง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยติดเตียงมีความสุขสงบทางจิตใจ ย่อมเป็นการลดละความเครียดและความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว

บุคคลจะมีสัจจะและจาคะ ตลอดจนอุทิศตนเพื่อส่วนรวมได้อย่างต่อเนื่องมั่นคง จะต้องมีฐานภายในเป็นตัวรองรับด้วยฐานภายในนั่นก็คือปัญญาและอุปสมะ ซึ่งปัญญาและอุปสมะเป็นฐานภายในที่จะทำให้เราสามารถเสียสละและอุทิศตน โดยไม่หวั่นไหวต่ออุปสรรคและสิ่งยั่วยุ ปัญญาและอุปสมะ นั้นช่วยอย่างไรจึงทำให้เราทำงานเพื่อส่วนรวมได้อย่างต่อเนื่อง บุคคลที่เข้าถึงอุปสมะ ย่อมสัมผัสกับความสงบเย็นทั้งภายใน และภายนอกเมื่อบุคคลมีความสงบเย็นทั้ง ๒ ประการ ดังนี้ จึงมีอิสระทางจิตใจ เมื่อมีความสงบใจ ก็มีความสุขที่เกิดจากความสงบเย็น คนเราถ้าหากมีความสุขหล่อเลี้ยงใจโดยเฉพาะความสุขจากภายใน ก็พร้อมที่จะมีชีวิตที่เรียบง่ายได้ แม้จะไม่ร่ำรวย แม้จะไม่มีใหญ่ แม้จะไม่มีชื่อเสียงก็ยังมีความสุข ความสงบใจยังช่วยให้บุคคลมีความสุข แม้จะอยู่ท่ามกลางความทุกข์ก็ได้

๑. ความสงบกาย

ศีลเป็นเครื่องระงับสงบกายวาจา กายวาจาสงบ จิตก็สงบ เมื่อจิตสงบตั้งมั่นเกิดเป็นสมาธิ และสมาธิเป็นฐานให้เกิดปัญญา ความสงบกาย นั้นหมายถึงความไม่วุ่นวาย ความไม่ดิ้นรน ความไร้ซึ่งปัญหาความเดือดร้อน ไร้ซึ่งปัญหาหนักหน่วงถ่วงจิตใจ ไร้ความขัดแย้ง เป็นความราบรื่น เย็นใจ ไม่เร่าร้อน หรือถูกกดดัน ซึ่งอาจเรียกอีกอย่างว่า วิเวกหรือสันติ ก็ได้ความสงบเป็นความสุข ที่มีอยู่ในตัวเราทุก ๆ คน เราสามารถที่จะทำให้เกิด ทำให้เจริญขึ้นได้อย่างง่ายดายด้วยความสงบกาย จำเป็นที่จะต้องอาศัยสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมภายนอกมาทำให้เราเกิดความความสงบกาย ได้แก่การอยู่ในที่นั้งที่นอนอันสงบสงัดเงียบ เพื่อช่วยเกื้อกูลแก่พระโยคาวจร ผู้ใฝ่ในการเจริญภาวนาปฏิบัติกิจในพระศาสนา อันกุลบุตรผู้ที่เข้ามาสู่ร่มผ้ากาสาวพัตร์ผู้มุ่งหวังประโยชน์ตนและประโยชน์อย่างยิ่ง คือ พระนิพพานย่อมเข้าไปสู่ป่าบ้าง โคนไม้บ้าง ลอมฟางบ้าง เรือนว่างบ้าง ซึ่งเป็นเสนาสนะที่ สงบสงัดอันเป็นที่สัปปายะเหมาะแก่ผู้ที่เจริญสมณะธรรมเป็นอย่างยิ่ง ส่วนความสงบกายของคฤหัสถ์ ผู้ยังครองเรือนอยู่ คือ ไม่ไปประพฤติผิดกฎหมายบ้านเมือง มีการทำร้ายร่างกาย ฆ่าชิงทรัพย์ ข่มขืน ฉุดคร่าอนาจาร เป็นต้น

กายสุจริต ความประพฤติชอบด้วยกาย^{๕๑} ได้แก่ สัมมากัมมันตะ (กระทำชอบ ได้แก่ กายสุจริต ๓) สัมมาอาชีวะ (เลี้ยงชีพชอบ ได้แก่ เว้นมิจฉอาชีพ ประกอบสัมมาชีพ) สัมมาวายามะ (พยายามชอบ ได้แก่ ปธาน หรือ สัมมัปปธาน ๔)

ความสงบกาย คือ ประพฤติดีทางกาย ไม่ทำลายทำร้ายชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น มีแต่ช่วยป้องกันรักษาชีวิตและทรัพย์สินของตนและผู้อื่น พยายามตั้งตนไว้ไม่ให้ป็นเหตุแตกแยก แยก ความสามัคคีและเป็นที่ยังเกียจสงสัยของคนรอบข้าง ทำหน้าที่การงานที่เป็นประโยชน์สุข ไม่ไปสร้างความทุกข์ความเดือดร้อนให้เกิดแก่ตนเองและสังคมส่วนรวม เพราะความสุขที่ได้เกิดจากความสงบ กายนั่นเอง

๒. ความสงบวาจา

วาจาไพเราะหรือที่เรียกว่า ปิยวาจานั้น ได้แก่ถ้อยคำที่เว้นจากวจีทุจริต วาจาไพเราะเป็นคุณสมบัติสำคัญในการพูด เพื่อความสงบสำเร็จประโยชน์ตนประโยชน์ท่านและยอมยิตเห็นยิวจิตใจของผู้ฟังได้ ทำให้เกิดความนิยมรักใคร่นับถือผู้พูด มารดาบิดาเจรจากับบุตรด้วยถ้อยคำอ่อนหวาน คำนั้นย่อมจับใจของบุตรธิดา ทำให้เกิดความรักใคร่นับถือและกตัญญูต่อบิดามารดายิ่งขึ้น บุตรธิดารู้จักพูดไพเราะอ่อนหวาน มารดาบิดาย่อมรักเอ็นดูมากขึ้น

บุคคลผู้หวังความสงบพึงระมัดระวังในการใช้วาจา คือ

๑. ต้องระวังมิใช้วาจาเท็จ อันเป็นเหตุให้คนทั้งหลายคลายความเชื่อถือ เพราะความเท็จนั้นจะปรากฏขึ้นมิวันใดก็วันหนึ่ง ถ้ามีผู้จำได้ก็จะเห็นไปว่ากิริยาวาจาที่บุคคลพูดเท็จอย่างสุภาพเรียบร้อยนั้นเป็นเสมือน เปลือกที่หุ้มห่อร่างกายอยู่ภายนอก แต่ภายในไม่มีอะไรดีเลย เหมือนกับต้นกล้วยเรียบร้อยข้างนอก แต่ภายในไม่มีแก่น

๒. มิใช่วาจายุยงส่อเสียดให้ผู้อื่นแตกร้าง หรือระหองระแหงกัน ควรหลีกเลี่ยงอย่างเด็ดขาด การสนทนาที่ดียอมไม่กล่าวถึงใครในแง่ร้าย ควรกล่าวถึงเรื่องที่ไม่พาดถึงบุคคลในทางที่จะทำให้เขาเสียหาย ควรพูดในทางที่จะเป็นบ่อเกิดแห่งปัญญาความรู้ ให้แก่งคิดในทางไหวพริบปฏิภาณปัญญา

๓. ไม่กล่าววาจาหยาบคายเสียดสีดูถูก หรือขัดคอผู้อื่น จะทำให้ขัดเคืองกันและเป็นการน่าละอายสำหรับผู้แสดงวาจาเช่นนั้นออกมา เพราะจะทำให้ผู้ได้ยินได้ฟังรู้ไปถึงว่าผู้พูดมีการอบรมมาอย่างไร

๔. ต้องพยายามใช้คำพูดที่เหมาะสมที่ควร การพูดวาจาไพเราะ ย่อมเป็นที่ชื่นชอบแก่ผู้ได้ยินได้ฟัง และยังให้ประโยชน์แก่ตนเองให้เป็นที่ยินดีของคนที่ทั้งหลาย ถ้าเข้าใจพูดอาจยังผู้น้อยให้มีแก้ไขทำการด้วยความจงรักภักดี

^{๕๑} ที.ปา (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๖๐.

๕. ย่อมไม่พูดเสียงดังจนเกินไป หรือพูดพลาถหวัระะพลาถในกลุ่มนคนทีถนร่วมนสนทนา จะทำให้ผู้พูดเสียบุคลิกลักษณะของสุภาพชน

๖. คู่สนทนาทีถนั้มนมิใช่จะเป็นผู้พูดอย่างเดี่ยว หรือฟังอย่างเดี่ยว จะต้องปฏิบัติให้พอดี คือรู้จักพูดให้ผู้ฟังพอใจและเป็นนักฟังทีสนใจ

๗. สุภาพสตรีย่อมมีความสำรวมกายอยู่เป็นนิจ ไม่ส่งเสียงอื้ออึง ไม่ทำสนทหรือหยอก ล้อ กับบุรุษในทีลับและทีเปิดเผย ไม่พูดจาหยาบคาย ไม่หวัระะส่งเสียงดัง ไม่พูดส่งเสียงดังจนเกินงาม จนเป็นจุดเด่นให้คนอื่นหันมาจ้องมอง

เราสงบวาจาไม่กล่าวร้ายไม่พูดจาหยาบคายกับใคร ไม่พูดในขณะทีมีโทษะ เมื่อเกิดความโกรธแล้วไม่ควรพูด เมื่อไม่พูดก็เป็นวาจาทีดีหมด ถ้าใจดีแล้วพูดดีก็เป็นวาจาทีดี เพราะมีเจตนาดีถ้า คำพูดทั้งหมดกลั่นกรองออกมาจากใจทีดีแล้ว ก็จะเป็นความสุขทั้งผู้ฟังและผู้พูด โทษะจะไม่มี ในชีวิตนี้ไม่ไปทะเลาะไม่ได้เถียงกับคนอื่น ก็ไม่มีเรื่องวิวาทบาดหมางกับใคร เพราะพูดแต่เรื่องทีดี วาจาทีไม่ควรกล่าวเลย ก็คือ คำเท็จ ไม่มีประโยชน์ คำก้าวร้าว ไม่เป็นที่พอใจ และคำเท็จ ไม่มีประโยชน์ แม้จะคำไพเราะเสนาะหู เป็นทีพอใจก็ตาม นี่ประการหนึ่ง วาจาทีพูดแต่ต้องดูกาลเทศะ ก็คือ คำจริง มีประโยชน์ อาจใช้คำตำหนิ ไม่น่าพอใจ และคำจริง มีประโยชน์ คำไพเราะเสนาะหู น่าพอใจ นี่ก็อีกประการหนึ่ง

วจีสุจริต ความประพฤติชอบด้วยวาจา ทีเรียกว่าสัมมาวาจา เจาจาชอบ ได้แก่ วจีสุจริต ๔ ประการ ดังนี้ คือ

มุสาวาทา เวมณี เจตนางดเว้นจากการพูดเท็จ

ปิสุณาย วาจาเย เวมณี เจตนางดเว้นจากการพูดส่อเสียด

ผรุสาย วาจาเย เวมณี เจตนางดเว้นจากการพูดคำหยาบ

สัมผัสปปลาปา เวมณี เจตนางดเว้นจากการพูดเพ้อเจ้อ^{๕๒}

ภิกษุทั้งหลาย วาจาประกอบด้วยองค์ ๕ ประการ เป็นวาจาสุภาษิต เป็นวาจาไม่มีโทษ และท่านผู้รู้ไม่ติเตียน “วาจาใดไม่จริง ไม่แท้ ไม่ประกอบด้วยประโยชน์ ไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่พอใจของคนอื่น ก็ไม่กล่าววาจานั้น คำใดจริงแท้ ประกอบด้วยประโยชน์ ไม่เป็นที่รัก ไม่เป็นที่พอใจของคนอื่น ตถาคตย่อมรู้กาลทีจะกล่าวคำนั้น คำใดไม่จริง ไม่แท้ ไม่ประกอบด้วยประโยชน์ เป็นทีรัก เป็นทีพอใจของคนอื่น ตถาคตก็ไม่ว่าวาคำนั้มน คำใดจริงแท้ ประกอบด้วยประโยชน์ เป็นทีรัก เป็นทีพอใจของคนอื่น ตถาคตย่อมรู้กาลทีจะกล่าววาคำนั้มน”

วาจาสุภาษิต หมายถึง คำพูดทีผู้พูดได้กลั่นกรองไว้ดีแล้วประกอบด้วยองค์ ๕ คือ

๑. พูดถูกกาล

^{๕๒} ที.ปา (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๖๐.

๒. พูดคำจริง
๓. พูดคำอ่อนหวาน
๔. พูดประกอบด้วยประโยชน์
๕. พูดด้วยเมตตา

ภิกษุทั้งหลาย วาจาประกอบด้วยองค์ ๕ นี้แล เป็นวาจาสุภาสิต เป็นวาจาไม่มีโทษ และท่านผู้รู้ไม่ติเตียน^{๕๓}

๑. พูดถูกกาลเทศะ พูดถูกเวลา (กาล) คือ รู้ว่าเวลาไหนควรพูด เวลาไหนยังไม่ควรพูด ควรพูดนานเท่าไร ต้องคาดผลที่จะเกิดขึ้นได้ด้วย พูดถูกสถานที่ (เทศะ) คือ รู้ว่าในสถานที่เช่นไร เหตุการณ์แวดล้อมเช่นไร จึงควรที่จะพูดหากพูดออกไปแล้วจะมีผลดีหรือผลเสียอย่างไร

๒. พูดแต่คำที่เป็นจริงไม่ใช่คำพูดที่ปั้นแต่งขึ้นไม่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่บิดเบือนจากความจริง ไม่เสริมความ ไม่อำความ ต้องเป็นเรื่องจริง

๓. พูดคำสุภาพอ่อนหวานเป็นคำพูดไพเราะที่กลั่นออกมาจากน้ำใจที่บริสุทธิ์ ไม่เป็นคำหยาบ คำด่า คำประชดประชัน คำเสียดสี คำหยาบนั้นฟังก็ระคายหู แคะคิดถึงก็ระคายใจ

๔. พูดประกอบด้วยประโยชน์เกิดผลดีทั้งแก่คนพูดและคนฟังถึงแม้คำพูดนั้นจะจริงและเป็นคำสุภาพแต่ถ้าพูดแล้วไม่เกิดประโยชน์อะไร กลับจะทำให้เกิดโทษ ก็ไม่ควรพูด

๕. พูดด้วยเมตตาพูดด้วยความปรารถนาดี อยากรู้ให้คนฟังมีความสุข มีความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป ในข้อนี้หมายถึงว่า แม้จะพูดจริง เป็นคำสุภาพ พูดแล้วเกิดประโยชน์ แต่ถ้าจิตยังคิดโกรธ มีความริษยาก็ยังไม่สมควรที่จะพูด

ความสงบวาจา คือ ประพฤติดีทางวาจา พูดคำสัตย์ ซึ่งเป็นคำพูดอมตะ ไม่สูญหายไปจากความนิยม น่าเคารพ น่านับถือ เป็นที่ไว้วางใจของชาวโลก ไม่ทำให้ใครเดือดร้อนเพราะลมปาก เป็นคนพูดจริง ทำจริง พูดอย่างไรทำอย่างนั้น จัดว่าเป็นคนรักศักดิ์ศรีของตัวเอง ทำตนให้มีคุณค่าสามารถชนะใจคนพูดไม่จริงได้ มีมธุรสวาจาอ่อนหวานประสานประโยชน์ พูดถ้อยคำมีหลักมีฐาน ไม่พูดถ้อยคำที่ก่อให้เกิดความแตกแยกขาดความสามัคคี ก่อให้เกิดความทุกข์ความเดือดร้อน อันเป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมเสียแก่ตนเองและผู้อื่น จึงควรระวังวาจาให้ดี

ดังบทกวี ของพระสุนทรโวหาร (ภู่) ประพันธ์ไว้ว่า

ถึงบางพูดพูดดีเป็นศรีศักดิ์

มีคนรักสรรถ้อยอรร้อยจิต

แม้พูดชั่วตัวตายทำลายมิตร

^{๕๓} อภ. ปญจก. (ไทย) ๒๒/๑๔๘/๓๓๘.

จะชอบผิดในมนุษย์เพราะพูดจา^{๕๔}

เมื่อบุคคลในสังคม มีปิวาจา คือ พูดแต่คำจริง คำสัตย์ พูดแต่คำสุภาพอ่อนหวาน พูดแต่คำที่มีประโยชน์ ที่เป็นวาจาสุภาพ เป็นวาจาไม่มีโทษ คำพูดดังกล่าว นี้เป็นเครื่องประสานสามัคคีของหมู่ชน ความขัดแย้งความชุ่นเคืองต่อกันย่อมไม่เกิดในสังคม มีแต่ความรักใคร่สามัคคีกัน เพราะมีวาจาเป็นเครื่องประสานความสัมพันธ์อันดีในสังคม ความสามัคคี ความรักใคร่กลมเกลียวซึ่งกันและกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันย่อมก่อให้เกิดความสุขในสังคมเพราะทุกคนรู้จักรักษาน้ำใจของกันและกันได้ด้วยคำพูดเป็นปิวาจานั้นเอง

๓. ความสงบใจ

การทำความสงบใจในมโนสุจริตคือใจที่มีความสงบไม่วอกแวกคลอนแคลนไม่ตื่นรนไม่รบกวนตนเอง เรียกว่าใจสงบ ถ้าใจไม่สงบนั้นใจก็ใจคะนอง มองเห็นอะไรก็มีแต่ความคึกความคะนอง มีแต่สิ่งยั่วยวนกวนใจ ใจของเราจะมีแต่ความวุ่นวายหาความสงบไม่ได้ มีแต่ความกระวนกระวาย เพราะไม่รักษาจิตใจของตนให้เป็นสมาธิคือความสงบใจความสงบสุขทางใจ เป็นสภาวะของจิตและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ธรรมชาติของอารมณ์มักจะมีทั้งทุกข์และสุขสลับกันตลอดเวลา เมื่อเราทุกข์มักจะคิดว่าตนเองมีแต่ความทุกข์อย่างเดียวหาความสุขไม่ได้เลย หากตระหนักรู้อารมณ์เข้ามาขจัดความทุกข์ได้ด้วยตนเอง ก็จะสามารถสร้างความสงบสุขได้ด้วยตนเองได้ หากต้องการความสงบใจก็ต้องประพฤติตามองค์ธรรมในเรื่องมโนสุจริต คือ ความประพฤติชอบด้วยใจมี ๓ ประการ ดังนี้

อนภิชฌา ความไม่เพ่งเล็งอยากได้ของเขา

อพยาบาท ความไม่คิดร้าย

สัมมาทิฐฐิ ความเห็นชอบ^{๕๕}

ธรรมทั้ง ๓ ประการนี้ ผู้ใดอบรมให้มีในตนย่อมชื่อว่าได้เจริญความสงบใจ เพราะจิตใจไม่โลภ จิตใจไม่พยาบาท มีความเห็นชอบตามทำนองครองธรรม ย่อมก่อให้เกิดความสุขสงบในภายใน คือความสงบใจนั่นเอง ความสุขความสงบใจไม่ได้เกี่ยวกับเรื่องภายนอก ความสุขอยู่ที่ใจต่างหาก โลกอันมีอัสสาทะ โลกมีส่วนดี แต่คนไม่มีจิตใจที่จะเพลิดเพลินชื่นชมกับสิ่งดีเหล่านั้น เพราะใจของคนมีปัญหาวันไหนถ้าป่วยเป็นไข้ ต่อให้มีอาหารดีมีรสเลิศอย่างไรก็กินไม่ได้ ภาพที่สวยงามเสียงที่ไพเราะก็ไม่ทำให้คนมีปัญหา รู้สึกเป็นสุข ความสุขอยู่ที่ใจถ้ารู้จักมองรู้จักคาดหวังรู้จักจัดการกับผัสสะที่รับรู้ แสดงว่าความสุขและทุกข์อยู่ที่ใจเมื่อผัสสะมากระทบใจ จะแปลงสัญญาภาพที่เห็นให้สุขหรือทุกข์ก็ได้ ความสงบใจจากสิ่งที่เป็นข้าศึกแก่ความสงบ การทำใจให้สงบ สภาวะอันเป็นที่สงบ คือ นิพพาน ก่อนจะถึงนิพพานก็มีการกระทำตามลำดับขั้นตอนตามไตรสิกขาซึ่ง ได้แก่

^{๕๔} สมเด็จพระญาณสังวรญาณมุนี, วิถีชีวิตและผลงานของสุนทรภู่, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. (กรุงเทพมหานคร : อมรการพิมพ์, ๒๕๑๘) หน้า ๑๕๔.

^{๕๕} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๔๗/๓๖๓.

ศีล สมาธิ ปัญญา สิกขา ๓ นั้นคือ อธิศีลสิกขา อธิจิตตสิกขา อธิปัญญาสิกขา สิกขา ๓ นี้แล ที่สิกขาบท ๑๕๐ นั้นรวมอยู่ด้วยทั้งหมด ภิกษุในธรรมวินัยนี้ เป็นผู้ทำให้บริบูรณ์ในศีล ทำพอประมาณในสมาธิ ทำพอประมาณในปัญญา เธอย่อมล่วงสิกขาบทเล็กน้อยบ้าง ย่อมออกจากอาบัติบ้าง ชื่อนั้นเพราะเหตุอะไร เพราะไม่มีใครกล่าวความเป็นคนอาภัพเพราะล่วงสิกขาบทนี้ แต่ว่าสิกขาบทเหล่านี้ เป็นเบื้องต้นแห่งพรหมจรรย์ สมควรแก่พรหมจรรย์ เธอเป็นผู้มีศีลมั่นคงในสิกขาบทเหล่านั้น สมาทานศึกษาอยู่ในสิกขาบททั้งหลาย เธอเป็นพระโสดาบัน... เป็นพระสกทาคามี...เป็นพระอนาคามี...เธอทำให้แจ้งซึ่งเจโตวิมุตติ ปัญญาวิมุตติ อันหาอาสวะมิได้ เพราะอาสวะทั้งหลายสิ้นไปด้วยปัญญาอันยิ่งเอง ในปัจจุบัน...ภิกษุทำได้เพียงบางส่วนยอมให้สำเร็จบางส่วน ผู้ทำให้บริบูรณ์ ย่อมให้สำเร็จได้บริบูรณ์อย่างนี้แล ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย เรากล่าวสิกขาบททั้งหลายว่าไม่เป็นหมันเลย^{๕๖}

ความสงบใจนี้เป็นคุณธรรมหลักในอธิฐานธรรมเพราะความสงบใจนำมาซึ่งความสงบทั้งปวง คือ ความสงบกาย ความสงบวาจาจะมีได้ก็เพราะมีความสงบใจคือ ประพฤติดีทางใจ เว้นจากอาฆาตพยาบาทปองร้ายกัน มีความพอใจในสิ่งของ ๆ ตนที่มีอยู่ตามมีตามที่มีตามที่ได้ประกอบด้วยเมตตาธรรม ปรรณนาความสุขความเจริญให้กันและกัน มีความเห็นชอบตามทำนองคลองธรรม อุปถัมภ์ใจให้บริสุทธิ์สะอาดปราศจากอุปสรรคปัญหาที่จะมากัดกัน ให้ทำความดี มีความสงบใจเป็นสิ่งสำคัญ สนับสนุนให้เกิดความสงบกาย และสงบวาจาได้ดียิ่งนัก เมื่อความสงบเข้ามาเยือน จิตใจจะตั้งมั่นไม่หวั่นไหวสงบนิ่งสามารถเข้าใจในสรรพสิ่งได้อย่างชัดเจน ดุจน้ำที่ใสและนิ่งที่อยู่ในภาชนะที่สะอาด ผู้คนสามารถมองผ่านน้ำเห็นภาชนะได้ชัดเจน พร้อมทั้งจะใช้น้ำนั้นดื่มกินได้ตามความประสงค์ บุคคลผู้มุ่งต่อความสงบย่อมควรที่จะรักษาศีล ๕ และกัลยาณธรรมทั้ง ๕ นั้น คนที่รักษาศีล ๕ และกัลยาณธรรม ๕ ก็เท่ากับเป็นการรักษาศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อพัฒนาจิตใจให้สูงยิ่ง ๆ ขึ้น ศีล ๕ และกัลยาณธรรม ๕ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า เบญจศีล เบญจธรรม เป็นหลักพื้นฐานสำหรับมนุษย์ทุกคน ที่พึงปฏิบัติเพื่อให้บุคคลตั้งมั่นอยู่ในความดี ละเว้นความชั่วและทำให้ใจให้บริสุทธิ์ได้ง่ายขึ้น ศีล ๕ คือ กรรมกิเลสที่ควรงดเว้น ๕ ประการ

๑. เจตนางดเว้นจากการทำลายสัตว์ที่มีชีวิตให้ตกลง
๒. เจตนางดเว้นจากการถือเอาสิ่งของที่เจ้าของไม่ได้ให้มาเป็นของตน
๓. เจตนางดเว้นจากการประพฤติในกาม
๔. เจตนางดเว้นจากการพูดปด พูดส่อเสียด พูดคำหยาบ พูดเพ้อเจ้อ
๕. เจตนางดเว้นจากการบริโภคสิ่งมีนเมา สิ่งเสพติด กัลยาณธรรม ๕ เป็นหลักธรรมที่ควรปฏิบัติ มี ๕ ประการ ดังนี้

^{๕๖} แสง จันทร์งาม รัต., พระพุทธศาสนาจากพระโอษฐ์ (ภาค ๑), พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : อมรการพิมพ์, ๒๕๒๓), หน้า ๒๙๘-๒๙๙.

๑. เมตตาและกรุณา คือ ปรารถนาให้เขามีความสุขความเจริญ และความสงสาร คิดช่วยให้เขาพ้นจากทุกข์

๒. สัมมาอาชีวะ คือ การหาเลี้ยงชีพในทางสุจริต

๓. กามสังวร คือ ความสังวรในกาม ความสำรวมระวังรู้จักยับยั้งควบคุมตนในทางกามารมณ์ไม่ให้หลงไหลในรูป เสียง กลิ่น รส และสัมผัส

๔. สัจจะ คือ ความซื่อสัตย์ ซื่อตรง

๕. สติสัมปชัญญะ คือ ระลึกได้ และรู้ตัวอยู่เสมอ ฝึกตนให้เป็นคนรู้จักยั้งคิดรู้สึกตัวเสมอว่าสิ่งใดควรทำ และไม่ควรระวังมิให้เป็นคนมัวเมาประมาทหลายคนอาจรู้สึกว่าการรักษาศีล ๕ เป็นเรื่องพื้น ๆ ไม่มีอะไรพิเศษจึงไม่ค่อยให้ความสำคัญ ความจริงแล้วการรักษาศีล ๕ ให้สมบูรณ์ด้วยการปฏิบัติอย่างเข้าถึงจิตใจจริง ๆ ถือเป็นเป้าหมายของการพัฒนาชีวิตที่สมบูรณ์ได้

จิตของมนุษย์ถูกสร้างมาพร้อมกับธรรมชาติ หรือสภาวะธรรมจำนวนหนึ่ง สภาวะธรรมเหล่านี้เรียกว่าเจตสิก คนปกติธรรมดาจะมีเจตสิกครบสามส่วน คือส่วนที่ชักนำไปในทางดี เช่น หิริ โอตตปปะ ส่วนที่ชักนำไปในทางที่ชั่ว เช่น โลภะโทสะ และส่วนที่เป็นกลาง ๆ เช่น วิริยะ ในจำนวนเจตสิกสามส่วนนี้ เฉพาะส่วนที่ชักนำไปในทางไม่ดีจะถูกทำลายลงไปเรื่อย ๆ เมื่อคนเราบำเพ็ญเพียรจนได้เป็นพระอรหันต์จากต่ำไปหาสูง และจะถูกทำลายหมดสิ้นเมื่อบุคคลนั้นเป็นพระอรหันต์^{๕๗}

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่าผลดีของความสงบกาย สงบวาจา และสงบใจ ด้วย อานาภาพของไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา^{๕๘} นี้ จึงจะชนะข้าศึกคือ กิเลสอย่างละเอียดได้

๑. ชนะความหยาบคาย ซึ่งเป็นกิเลสอย่างหยาบที่ล่วงทางกายวาจาได้ ด้วยศีล ชนะความยินดีในร้าย หลงรัก หลงชัง ซึ่งเป็นกิเลสอย่างกลางที่เกิดในใจได้ด้วยสมาธิ ชนะความเข้าใจรู้ผิดเห็นผิด จากความเป็นจริงของสังขารซึ่งเป็นกิเลสอย่างละเอียดได้ด้วยปัญญา

๒. ผู้ใดศึกษาและปฏิบัติตามไตรสิกขาคือศีล สมาธิ ปัญญา สมบูรณ์แล้ว ผู้นั้นก็เป็นผู้ปราศจากทุกข์ทั้งปวง เพราะฉะนั้นจึงควรสนใจ เอาใจใส่ ตั้งใจศึกษา และปฏิบัติตามไตรสิกขา เมื่อสำรวจตนเองด้วยใจอันสงบแล้วพบว่าตนเองเป็นผู้มีความสะอาดกาย สะอาดวาจา และใจบริสุทธิ์ไม่มัวหมองไม่มีตำหนิเป็นผู้มีปกติทั้งกาย ทั้งวาจา และใจ ความปิติความอิ่มใจก็บังเกิดขึ้นแก่ตน ความสงบสุขก็บังเกิดในจิตใจของผู้ที่มีความสงบกาย สงบวาจา และสงบใจ นักปราชญ์บัณฑิตพิจารณาแล้วย่อมยกย่องสรรเสริญท่านผู้มีความสงบ ว่าเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสอนของพระศาสนาอย่างแท้จริง ชื่อเสียงกิตติศัพท์อันดีงามนี้ ย่อมฟุ้งขจรไปทั่วสารทิศแม้ละโลกนี้ไปแล้ว ย่อมบันเทิงในสุคติโลกสวรรค์

^{๕๗} สมภาร พรหมทา, พุทธศาสนมหายาน, (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๔), หน้า ๕๐.

อุปสมะ คือ ระเบียบโทษที่ขัดข้องมัวหมองวุ่นวายที่เกิดจากกิเลสทั้งหลายแล้ว ทำให้สงบได้ ความสงบในที่นี้ หมายเอาความสงบกาย ความสงบวาจา และความสงบใจ รวมถึงความสงบอย่างยิ่ง คือ พระนิพพาน ในทางพระพุทธศาสนา สอนให้พุทธบริษัททั้ง ๔ พึงศึกษาสันติคือสงบ และพระพุทธเจ้าทรงสรรเสริญความสงบในที่ต่าง ๆ เป็นอันมาก เช่น ความสงบกาย ได้แก่ การอยู่ในที่นั่งที่นอนอันสงบสงัด เพื่อช่วยเกื้อกูลแก่พระโยคาวจร ผู้ใฝ่ในการเจริญภาวนาปฏิบัติกิจในพระพุทธศาสนา ให้ถึงในสิ่งที่พึงได้พึงถึง คือ วิมุติความหลุดพ้นจากบ่วงมาร

๔. หลักพุทธธรรมในการพัฒนาสุขภาพ

มนุษย์จึงต้องได้รับการพัฒนาเพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านั้น ซึ่งตามแนวคิดของศาสนา การพัฒนาบุคคลหรือการพัฒนาสังคม มีความหมายว่าคนต้องได้รับการพัฒนา เพราะคนที่เกิดมานั้น มีฐานะเพียงเป็นสิ่งมีชีวิตอย่างหนึ่งเท่านั้น เมื่อผ่านการพัฒนาแล้วจึงจะเป็นมนุษย์ คือ เป็นสัตว์ประเสริฐ เป็นสมาชิกของสังคมมนุษย์ ซึ่งแก่นแกนของความเป็นมนุษย์ คือ “ธรรมะ” ที่ทำให้เป็นสัตว์ประเสริฐและเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยการพัฒนาเป็นแบบองค์รวม นั่นคือ ต้องพัฒนาทั้งกาย (ศีล) จิต (สมาธิ และปัญญา) ต่อมาเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไป วัฒนธรรมจากประเทศตะวันตกแพร่หลายเข้ามาและระบบการต่าง ๆ แบบตะวันตกได้รับการยอมรับ และแนวทางการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไป วัดก็เห็นห่างออกไปจากกระบวนการพัฒนาตามลำดับ โดยเฉพาะเมื่อการพัฒนา มุ่งเน้นด้านวัตถุ บทบาทของวัด พระสงฆ์และพระพุทธรูปศาสนาก็ยิ่งลางเลือนลง เหลือแต่บทบาทในด้าน การเอื้อต่องานพัฒนา เช่น อำนวยสถานที่และอุปกรณ์ของวัด การให้กำลังใจและคำกล่าวสอน สนับสนุนในคราวชุมนุมอย่างมีพิธีกรรม เป็นต้น

ครั้งมาถึงปัจจุบัน เมื่อแนวโน้มของการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอีก โดยหันมาเน้นการพัฒนาจิตใจและการพัฒนาด้านคนมากขึ้น ก็เป็นโอกาสที่วัดและพระสงฆ์หรือพระพุทธศาสนาทั้งหมด จะได้อธิปไตยบทบาทในการพัฒนาและบทบาทของผู้ดำเนินการพัฒนาขึ้นมาใหม่ โดยปรับตัวปรับวิธีการ และปรับบทบาทนั้นให้เข้ากับสภาพปัจจุบันการที่จะนำทางพัฒนาและรับบทบาทต่าง ๆ ในการพัฒนา ให้ได้ผลดี จะต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสม และขอบเขตของการดำเนินบทบาทของวัดและพระสงฆ์แล้ว สิ่งสำคัญก็คือ จะต้องมียุทธศาสตร์นำทาง สำหรับชี้แนวทางของการพัฒนาอย่างชัดเจน ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาได้แก่ ภาวนา ๔ คือ

๑. **กายภาวนา** แปลว่า พัฒนากาย ได้แก่ การพัฒนาร่างกายให้แข็งแรง ไร้โรค มีสุขภาพดี และที่สำคัญก็คือ การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เริ่มแต่ปัจจัย ๔ เป็นต้นไป อย่างถูกต้องดีงาม ในทางที่เป็นคุณประโยชน์ เช่น สัมพันธ์กับอาหาร โดยการกินเพื่อช่วยให้ร่างกายมีกำลัง มีสุขภาพดี ไม่ใช่เพื่อมุ่งความอร่อย อวดโก้ แสดงฐานะ สัมพันธ์กับโทรทัศน์ โดยดูเพื่อติดตามข่าวสาร แสวงหาความรู้ ส่งเสริมปัญญา มีใช้เพื่อหมกมุ่นในความสนุกสนานเพลิดเพลิน หรือเอาเป็นเครื่องมือเล่นการพนัน เป็นต้น

การพัฒนาลักษณะนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางวัตถุ จำเป็นต้องอาศัยวัตถุ ๔ หรือ ปัจจัย ๔ มาพัฒนากายให้มีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคภัยเบียดเบียนต่าง ๆ และการพัฒนาทางกายนี้ยังรวมถึงพฤติกรรมทางกายใหม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่าง ถูกต้องดีงาม

วย เป็นการพัฒนาขั้นพื้นฐานหรือเป็นขั้นเริ่มต้นของมนุษย์ ถ้ามนุษย์มีความเป็นอยู่ดี รู้จักการใช้สอยปัจจัย ๔ คือ “อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค”^{๕๘} อย่างถูกต้อง จะเป็นส่วนที่จะช่วยในการพัฒนาตาม ศีล จิต และปัญญา ตามลำดับ กล่าวคือเมื่อมนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดี อยู่เป็นกินเป็น ก็จะเป็นการเริ่มต้นในการพัฒนา การพัฒนากายมีความสำคัญและจำเป็น ต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทำให้รู้จักการใช้สอยปัจจัย ๔ ทำให้รู้จักการใช้ประโยชน์จากอินทรีย์คือ ร่างกายในการบริโภคและการใช้สอยเครื่องอุปโภคให้เป็นไปในการพัฒนาส่งเสริมต่อสุขภาพร่างกาย และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีงาม เช่น การบริโภคอาหาร ก็จะใช้บริโภคอาหารที่มีคุณภาพคุณค่าทางอาหาร มีประโยชน์ต่อร่างกาย รู้จักจุดประสงค์ของการรับประทานอาหาร คือ เพื่อระงับความหิว และเพื่อประกอบสังขารให้ดำรงอยู่ต่อไป ไม่ใช่บริโภคตามกระแสนิยม เพื่อความโก้โก้ ไม่รับประทานอาหารเพื่อความเอร็ดอร่อยโดยไม่คำนึงถึงโทษที่จะตามมา การใช้ปัจจัย เครื่องดำรงชีวิตที่เหลือ คือ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และ ยารักษาโรค ก็เช่นเดียวกัน สำหรับปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตนั้น ทางพระพุทธศาสนาเถรวาทก็มีหลักคำสอนช่วยให้เราคิดพิจารณาก่อนที่จะบริโภคและใช้สอยปัจจัย เพื่อให้เราบริโภคและใช้สอยปัจจัยขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง คมประโยชน์ คมความมากที่สุด เพื่อให้เรา รู้ถึงจุดประสงค์แห่งการใช้สอยปัจจัย ตามหลักพิจารณาแบบตั้งขณิกปัจจเวกขณะปาฐะ คือต้องพิจารณาเสียก่อนที่จะบริโภคใช้สอยปัจจัย

พระพุทธศาสนาเถรวาทยังได้กล่าวถึงหลักธรรมเพื่อเป็นข้อปฏิบัติตามบทบาทของการพัฒนากาย คือการสำรวมอินทรีย์ และการรู้จักประมาณในการบริโภค ดังพระพุทธพจนวา

“แมขอทอริยสาวกเป็นผู้ถึงพร้อมด้วยศีลนี้ ก็เป็นจรรยาของเธออีกประการหนึ่ง แมขอทอริยสาวกเป็นผู้คุมครองทวารในอินทรีย์ทั้งหลายนี้ก็เป็นจรรยาของเธอประการหนึ่ง แมขอทอริยสาวกเป็นผู้รู้จักประมาณในโภชนะก็เป็นจรรยาของเธอประการหนึ่ง แมขอทอริยสาวกเป็นผู้ประกอบความเพียรเครื่องตื่นนี้ก็เป็นจรรยาของเธอประการหนึ่ง แมขอทอริยสาวกเป็นผู้ประกอบด้วยสัมปยุตธรรม ๗ ประการนี้ ก็เป็นจรรยาของเธอประการหนึ่ง แมขอทอริยสาวกเป็นผู้ใดมานทั้ง ๔ อันเป็นธรรมอาศัยซึ่งจิตอันยังเป็นเครื่องอยู่เป็นสุขในทิวาสธรรม ตามความปรารถนา เป็นผู้ใดโดยไมยาก ไม่ลำบากนี้ ก็เป็นจรรยาของเธอประการหนึ่ง”^{๕๙}

หลักจรรยาหรือข้อประพฤติเพื่อการพัฒนาทางกาย จะขอกกล่าวถึงเฉพาะขธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากายเท่านั้น ซึ่งประกอบด้วย

๑. อินทรีสังวร การสำรวมอินทรีย์หรือการคุมครองอินทรีย์ หมายถึง การสำรวมระวัง ไม้ให้อกุศลธรรมทั้งหลายมาครอบงำจิตใจเราได้รับรู้อารมณ์ทาง “ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ”^{๖๐} “ระวังอารมณ์เมื่อต้องติดต่อกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ในขณะที่ตาไปกระทบกับรูป หูได้ยินเสียง จมูกได้กลิ่น ลิ้นได้สัมผัสรสชาติต่าง ๆ การได้สัมผัส และจิตที่ได้คิดปรุงแต่งความคิดไปต่าง ๆ อย่างใดอย่าง

^{๕๘} วิ.ม. (ไทย) ๔/๘๗/๑๐๖.

^{๕๙} ม. ม. (ไทย) ๑๓/๓๔/๒๘.

^{๖๐} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๔/๒๐๗.

หนึ่ง”^{๖๑} หรือพร้อมกันหลาย ๆ อย่างก็ได้ การสำรวมระวังแบบนี้เป็นการควบคุมตามมาตรฐานภายนอก ถ้าเราไม่สำรวมอินทรีย์แล้ว เราอาจจะเผลอใจไปตามความชอบความเกลียดความชัง ก็จะทำให้เกิดทั้งความดีใจชอบใจ ทั้งความเสียใจ ความพยายาบาทมาครอบงำจิตใจเอาไว้ ที่ต้องสำรวมระวัง เพราะมนุษย์ยังไม่รู้แจ้งชัดในวิชา การสำรวมระวังนี้อาจทำได้โดยการตั้งสติกำหนดรู้อารมณ์ ตั้งสติให้ดี ไม่ยึดถือเอาตามนิमित ไม่ถือเอาตามอนุพยัญชนะ ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า

“อริยสาวกจะชื่อว่าเป็นผู้คุ้มครองทวารในอินทรีย์ทั้งหลาย อริยสาวกในพระธรรมวินัยนี้ เห็นรูปแล้วไม่ถือนิमित ไม่ถืออนุพยัญชนะ เธอยอมปฏิบัติเพื่อสำรวมจักขุอินทรีย์ที่เมื่อไม่สำรวมแล้ว จะเป็นเหตุให้อกุศลธรรมอันลามกคืออกิขมาและโทมนัสครอบงำนั้น ชื่อวารัักษจักขุอินทรีย์ ชื่อว่าถึงความสำรวมในจักขุอินทรีย์ รู้อาหารแล้วไม่ถือนิमित ไม่ถืออนุพยัญชนะ เธอยอมปฏิบัติเพื่อสำรวมอินทรีย์ ที่เมื่อไม่สำรวมแล้ว จะเป็นเหตุให้อกุศลธรรมอันลามก คือ อกิขมาและโทมนัสครอบงำนั้น ชื่อวารัักษามินทรีย์ ชื่อว่าถึงความสำรวมในมินทรีย์”^{๖๒}

๒. ผู้รู้จักประมาณในการบริโภค การรู้จักประมาณในการบริโภค คือ รู้จักประมาณในการรับประทานอาหารว่า อาหารนี้พอเพียงแก่ความจำเป็นที่ร่างกายต้องการ ไม้มัวเมาในรสอาหาร บริโภคอาหารให้พอเหมาะพอควรแก่ฐานะของตน การเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภคนั้น ช่วยทำให้การมัวเมาและการยึดติดในรสอาหารในการบริโภคลดลง เมื่อรู้จักประมาณในการบริโภค จิตใจก็จะสงบไม่ตองกังวลเกี่ยวกับหลงในรสอาหารที่ไม่ตรงตามจุดประสงค์ หรือประโยชน์อันแท้จริงของการบริโภค ดังพระพุทธพจน์ว่า “อริยสาวกในพระธรรมวินัยนี้ พิจารณาโดยแยบคายแล้วกลืนกินอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น เพื่อมัวเมา เพื่อความผองใส เพื่อความงดงาม เพียงเพื่อความดำรงอยู่แห่งกายนี้ เพื่อให้กายนี้ เป็นไปได้เพื่อบำบัดความอยากอาหาร เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยคิดว่าจักกำจัดเวทนาเก่าเสียด้วย จักไม่ไหวเวทนาใหม่เกิดขึ้นด้วยความเป็นไปแห่งอิริยาบถ ความเป็นผู้ไม่มีโทษและความอยู่เป็นผาสุกจักมีแก่เรา”^{๖๓}

การใช้หลักภาวณาเพื่อพัฒนาคน คือ การใช้หลักปฏิบัติเพื่อความรู้อัจฉริยะในธรรม ในชีวิต และความเข้าใจความจริงในสังคมและชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาคนใหม่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับสังคมประเทศชาติอย่างยั่งยืน

๒. ศิลภาวณา แปลว่า พัฒนาศีล หมายถึง การพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เป็นไปด้วยดี เริ่มแต่ไม่ก่อการเบียดเบียน ไม่ทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นและสังคม ประพฤติในสิ่งที่ประนีประนอมกับผู้อื่นต่อสังคม มีระเบียบวินัย ประกอบสัมมาชีพด้วยความซื่อสัตย์สุจริตฝึกลบอบรมกายวาจาของตนให้ประณีต ปราศจากโทษก่อคุณประโยชน์และเป็นเครื่องสนับสนุนการฝึกลบอบรมจิตใจยิ่งขึ้นไป

^{๖๑} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๐๘.

^{๖๒} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๘/๒๓-๒๔.

^{๖๓} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๒๙/๒๔.

การพัฒนาภายด้วยหลักแห่งศีล คือ การประพฤติปฏิบัติที่เพนไปเพื่อไม่ เบียดเบียนก่อ ความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น แก่สังคม การพัฒนาศีลนั้นจะเน้นที่ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม หมายถึงพัฒนาความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม เปนพฤติกรรมที่พัฒนา แล้วไม่ก่อให้เกิดความ เดือดร้อนทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งแก่สังคมด้วย เมื่อมนุษย์ได้พัฒนาศีลแล้ว หรือมีความสมบูรณ์พร อมด้านศีลแล้ว สังคมเราก็จะพากันประพฤติแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อกัน เปนสังคมที่มีระเบียบ วินัย สงบสุข การพัฒนาศีลนี้เป็นการฝึกตนในการดำรงชีพในสังคมอย่างมีความสุข โดยพัฒนาตาม หลักศีล ๕ เปนขั้นพื้นฐาน ถ้าพัฒนาตามศีล ๕ นี้ จะเห็นได้ว่าสังคมจะอยู่ด้วยกันอย่างสันติสุข เพื่อให้ สังคมนั้นจะไม่มีการเบียดเบียนกันในทางชีวิตร่างกาย ในการลงละเมิดสิทธิของกันและกัน ในทางคุ ครอง ในทางการไชวาจาตลอดจน ถึงไม่ดื่มของมึนเมาเพื่อทำลาย สติสัมปชัญญะของตนเอง การ พัฒนาศีลนี้เปนการพัฒนาอบรมกายวาจาให้เปนปกติ มีความพลวัติที่ติงาม เปนการพัฒนาเพื่อความไว เนื้อเชื่อใจกัน โดยมีหลักธรรมเปนเครื่องประพฤติปฏิบัติ ซึ่งใดแก หลักเบญจศีล ไตแก การงดเว้นจาก การฆ่าสัตว์ งดเว้นจากการลักทรัพย์ งดเว้นจากการประพฤติผิดในกาม งดเว้นจากพูดเท็จ งดเว้นจากการ เสพของมึนเมา เหล่านี้เป็นหลักธรรมขั้นพื้นฐานสำหรับมนุษย์ในการพัฒนาตน เพื่อทำให้สังคมมนุษย์ เราอยู่รวมกันอย่างผาสุก ศีลภาวนามีความสัมพันธ์กับอริยมรรค ซึ่งหลักธรรมที่เป็นขอปฏิบัติอันจะช วยใหม่มนุษย์เราดำเนินชีวิต พัฒนาชีวิตไปสู่จุดหมายสูงสุดคือการพ้นจากความทุกข์ อริยมรรคถือวาเป นหลักธรรมที่สำคัญในพระพุทธศาสนาเถรวาท มีองค์ประกอบ ๘ ประการ คือ ความเห็นชอบ (สัมมาทิฐิ) ความดำริชอบ (สัมมาสังกัปปะ) การเจรจาชอบ (สัมมาวาจา) การกระทำชอบ (สัมมากัมมันตะ) การเลี้ยงชีพชอบ (สัมมาอาชีวะ) ความพยายามชอบ (สัมมาวายามะ) ความระลึก ชอบ (สัมมาสติ) และความตั้งใจชอบ (สัมมาสมาธิ)^{๖๔}

สำหรับศีลภาวนาที่สัมพันธ์กับอริยมรรค คือ ขอสัมมาวาจา สัมมากัมมันตะและ สัมมาอาชีวะ เปนการพัฒนาเพื่ออบรมควบคุมพฤติกรรมทางกาย วาจา เพื่อสร้างความมีระเบียบ วินัยให้กับผู้ปฏิบัติอันจะนำไปสู่ความสันติสุขแก่ตนเองและสังคมที่ตนอยู่ ตลอดจนเปนการขัดเกลา กิเลส อย่างหยาบด้วย ลักษณะอริยมรรคที่สัมพันธ์กับหลักศีลภาวนา คือ สัมมาวาจา การเจรจาชอบ เปนการเจรจาที่เว้นจากวจีหุจจริต ๔ มีลักษณะการใหญ่พูดด้วยความมีปัญญาว่า พูดอย่างไรเปนโทษ กลาวอย่างไรเปนคุณ แล้วไม่กลาววาจาอันประกอบด้วยคำเท็จ คำไม่จริง ใหญ่พูดคำพูดที่อ่อนหวาน จะ พูดก็พูดด้วยความเมตตาจิต ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า “ภิกษุทั้งหลาย สัมมาวาจาเปนไหน ภิกษุทั้งหลาย เจตนางดเว้นจากการพูดเท็จ เจตนางดเว้นจากการพูดสอเสียด เจตนางดเว้นจากการพูดคำหยาบ เจตนางดเว้นจากการพูดเพอเจอ นี้เรียกวาสัมมาวาจา”^{๖๕} สัมมาวาจาตามนัยแห่งอภัยราชกุมารสูตร มีองค์ประกอบ ๔ คือ “จริงหรือแท้ มีประโยชน์เป็นที่รักที่พอใจของผู้อื่น เหมาะสมกับกาลเวลา ใน องค์เหล่านี้ขอมีประโยชน์มีความสำคัญมากที่สุด สอนที่เหลือก็มีความสำคัญลงมาตามลำดับถึงกระนั้น

^{๖๔} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๙๙/๓๔๙.

^{๖๕} ม.ม. (ไทย) ๑๔/๗๐๔/๓๔๐.

ก็ตามวาจาแมจะเป็นคำจริง มีประโยชน์เป็นที่พอใจของผู้อื่นแล้วก็ตาม แต่ก็ควรคำนึงถึงกาลเวลาที่พูดด้วย เพื่อจะช่วยให้การพูดนั้นเกิดประโยชน์ได้อย่างเต็มที่หรือสมบูรณ์ยิ่งขึ้น”^{๖๖}

สัมมาวาจานั้น ควรจะเป็นคำพูดที่ตรงกันข้ามกับบวจีทุจริตตั้งที่กล่าวมาแล้ว เป็นคำพูดที่จริง เป็นคำพูดที่ช่วยในการประสานความสามัคคี เป็นคำพูดที่ไพเราะ อ่อนหวาน และเป็นคำพูดที่เป็นวาจาสุภาพดี ประกอบไปด้วยประโยชน์ แต่ถึงมีประโยชน์ในบางคราวก็ควรกล่าวให้ถูกต้องเหมาะสมกับกาลเวลา สัมมากรรมันตะ คือ การทำงานชอบ หรือทำการชอบ ซึ่งมีลักษณะดังพระพุทฺธพจนวา “ภิกษุทั้งหลาย สัมมากรรมันตะเป็นไฉน ภิกษุทั้งหลาย การละเว้นจากปาณาติบาต การละเว้นจากอกุศลนาทาน การละเว้นจากกาเมสุมิฉฉาจาร เรียกว่า สัมมากรรมันตะ”^{๖๗} จากนั้นยังพระพุทฺธพจนนี้ การละเว้นจากปาณาติบาต หมายถึงการเว้นจากการทำลายชีวิตสัตว์ใหญ่ กลาง การให้เว้นจากปาณาติบาตก็เพื่อให้มนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข มีการส่งเสริมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การละเว้นจากอกุศลนาทาน คือ การเว้นจากถือเอาของที่เจ้าของเขาไม่ได้หรือการล่วงละเมิดสิทธิอันชอบธรรมทางทรัพย์สินของผู้อื่น ขออกุศลนาทานนี้ทรงบัญญัติขึ้นก็เพื่อให้คนเราเคารพในสิทธิในสิ่งของของกันและกัน ให้ความเชื่อตรงซื่อสัตย์ต่อกัน ให้เกิดความมั่นใจในกรรมสิทธิ์ของตนให้เกียรติแก่ตนและเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างผาสุกในสังคม โทษของการลักทรัพย์นั้นจะมีคามากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับวาของนั้น เล็ก หรือใหญ่ มีคามากหรือน้อย เจ้าของเป็นคนมีคุณมากหรือคุณน้อย และมีความพยายามในการขโมย นั้นมีมากน้อยเพียงใด การเว้นจากความประพฤติดิฉินในกาม กล่าวคือ มีความประพฤดิล่วงละเมิดใน ภรรยาหรือสามีของผู้อื่น หรือการมีความประพฤตินอกใจสามีหรือภรรยาของตน โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้เพื่อความเข้าใจง่าย ขอกาเมสุมิฉฉาจารนี้ก็เพื่อป้องกันไม่ให้ความส่ำสอนทางเพศกัน เพื่อป้องกันความวุ่นวาย เบียดเบียนกันเพราะเรื่องกามเป็นเหตุ เพื่อรักษาน้ำใจกันและกันในการครองเรือนตลอดจนการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสันติสุข

สัมมาอาชีวะ คือ การเลี้ยงชีพที่ชอบ หมายความว่าอาชีพอะไรก็ได้ที่สุจริต คำว่า อาชีวะ หมายความว่า การเลี้ยงชีพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในสังคมมนุษย์ แมว่าสังคมสัตว์เดรัจฉานก็ยัง การเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดเหมือนกัน ถ้าไม่มีการเลี้ยงชีพเสียแล้ว ชีวิตของเราก็ยอมดำรงอยู่ไม่ได้ สำหรับการเลี้ยงชีพในทัศนะพระพุทธศาสนาเถรวาทมองว่า การดำเนินชีวิต เลี้ยงชีพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง การเลี้ยงชีพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานแห่งความถูกต้อง ตามลักษณะการเลี้ยงชีพชอบ ตามพระพุทฺธพจนที่ว่า “ภิกษุทั้งหลาย สัมมาอาชีวะเป็นไฉน ภิกษุทั้งหลาย อริยสาวกในศาสนา นี้ เวณมิฉฉาอาชีวะแล้ว เลี้ยงชีพด้วยสัมมาอาชีวะ เรียกว่า สัมมาอาชีวะ”^{๖๘} ตามนัยแห่งพระพุทฺธพจนนั้นเน้นให้เห็นถึงความสำคัญในการดำรงชีพโดยทางที่ชอบ ถูกต้อง แต่การเลี้ยงชีพนั้น ก็ควรถูกต้องตามสถานภาพทางเพศของแต่ละบุคคล โดยแยกการเลี้ยงชีพ เป็น ๒ คือ

^{๖๖} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๙๔/๓๒.

^{๖๗} ที. มหา. (ไทย) ๑๐/๒๙๙/๒๗๔.

^{๖๘} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๒๙๙/๒๗๖.

สัมมาอาชีวะ สำหรับคฤหัสถ์ คือ เว้นจากการประกอบอาชีพที่เป็นมิฉฉาชีพ ดังนี้ (๑) การค้าขายอาวุธ (๒) การค้าขายมนุษย์ (๓) การค้าขายสัตว์ที่มีชีวิตสำหรับฆ่าเป็นอาหาร (๔) การค้าขายน้ำเมา (๕) การค้าขายยาพิษ^{๖๙}

อาชีพเหล่านี้เป็นมิฉฉาอาชีวะสำหรับคฤหัสถ์ที่เป็นอุบาสก-อุบาสิกาของ พระพุทธศาสนา เถรวาท ไม่ควรประกอบอาชีพเหล่านี้ เพราะเหตุไรจึงมีพุทธมติห้ามการประกอบอาชีพแบบนี้ ตรงนี้มีการสันนิษฐานว่าที่ทรงห้ามอย่างนี้เพราะว่า

(๑) เพื่อป้องกันคำติเตียนจากคนทั้งหลายว่า “ดูเถิด ดูสาวกของพระโคตม ยังประกอบการค้าขายเครื่องประหารมนุษย์และสัตว์ ยังค้าขายมนุษย์ มีทาส เป็นต้น” (๒) เพื่อความสบายใจของอุบาสกเองคือไม่ต้องเดือดร้อนใจในภายหลัง (๓) นักปราชญ์ทั้งหลายมีความเห็นพ้องกันว่าเพื่อความสบายใจทั้งปัจจุบันและอนาคต ควรเว้นการอาชีพที่เป็นไปเพื่อความเบียดเบียนตนและผู้อื่น^{๗๐}

การประกอบสัมมาอาชีพของคฤหัสถ์นั้น สรุปความว่าจะประกอบอาชีพใด ๆ ก็ตามขอให้ เป็นอาชีพที่สุจริต โดยการเว้นขอประพฤติที่ประกอบด้วยอกุศลกรรมบถ คือ “ฆ่าสัตว์ ลักทรัพย์ ประพฤติผิดทางกาม พุดเพอเจอ พุดเท็จ พุดสอเสียด พุดคำหยาบ โลภอยากได้ของเขา พยาบาทปองร้าย เห็นผิดจากคลองธรรม”^{๗๑}

ลักษณะคำสอนที่เป็นการพัฒนาทางศีล ก็เป็นในลักษณะแบบนี้ที่พัฒนาเพื่อให้ทุกชีวิต ดำรงชีพ ดำเนินชีวิตอยู่รวมกันในสังคมอย่างสันติสุข เป็นการพัฒนาที่เริ่มจากภายในตนเอง โดยการควบคุมพฤติกรรมทางกาย วาจา ใจอยู่เป็นระเบียบเป็นสภาพปกติ นิ่งสงบ เรียบร้อย เพื่อเป็นขั้นพื้นฐานในการพัฒนาในระดับขั้นต่อไป สัมมาวาจา สัมมกัมมันตะ และสัมมาอาชีวะ นี้ ก็สรุปรวมลงในหลักการพัฒนาทางศีล แต่ทางหลักกรรมจะเน้นให้เห็นแนวปฏิบัติ

๓. จิตภาวนา แปลว่า พัฒนาจิต คือ พัฒนาจิตใจให้มีคุณสมบัติงามพร้อม จิตภาวนา หมายถึง การพัฒนาฝึกฝนจิตใจให้มีคุณสมบัติที่พร้อมในการสร้าง สติสัมปชัญญะ ใหม้มีความรู้ในความรู้สึกร่างกายทั้งใน การรู้จักยังคิดและรู้จักสร้างแรงจูงใจในการสร้างสรรค์สิ่งทั้งาม ตลอดจนจนกระทั่ง เตือนตนให้สำนึกในการรับผิดชอบหน้าที่ ตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท เน้นการพัฒนาจิตก็ เพื่อต้องการพัฒนาจิตของมนุษย์ให้มีคุณสมบัติครบ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น ๒ ด้าน ดังนี้ คือ

๓.๑ คุณภาพจิต คือให้มีคุณธรรมต่าง ๆ ที่เสริมสร้างจิตใจให้ตั้งงาม เป็นผู้มีจิตใจสูง ละเอียดอ่อน เช่น มีเมตตา มีความรัก ความเป็นมิตร มีกรุณา อยากรช่วยเหลือปลดเปลื้องความทุกข์ ของผู้อื่น มีจาคะ คือมีน้ำใจสูง ละเอียดอ่อน เช่น มีเมตตา มีความรัก ความเป็นมิตร มีกรุณา อยากร

^{๖๙} อ.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๑๗๗/๑๘๖.

^{๗๐} วคิน อินทสระ, หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนาเถรวาท, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บรรณาคาร , ๒๕๓๕), หน้า ๑๙๔.

^{๗๑} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๕๕-๓๖๐/๒๘๓.

ช่วยเหลือปลดเปลื้องความทุกข์ของผู้อื่น มีจาคะ คือมีน้ำใจเผื่อแผ่ มีคารวะ มีความกตัญญู เป็นต้น การมีคุณธรรมต่าง ๆ ช่วยเสริมสร้างจิตใจให้ตั้งงาม มีจิตใจสูง ประณีต มีเมตตา ความเป็นมิตร ปราศจากประโยชน์สุขแก่ผู้อื่น มีความกรุณา คือ อยากรวยให้ผู้อื่น พนจากทุกข์ มีจิตใจที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีจิตใจโอบอ้อมอารี มีสัมมาคารวะ มีความกตัญญู รุณาคาแหง การกระทำของผู้อื่น

๓.๒ สมรรถภาพจิต คือ ให้เป็นจิตที่มีความสามารถ เช่น มีสติ มีวิริยะ คือ ความเพียร มีขันติ คือความอดทน มีสมาธิ คือจิตตั้งมั่นแน่วแน่ มีสัจจะ คือ ความจริงจัง มีอธิฐาน คือ ความเด็ดเดี่ยวแน่วแน่ต่อจุดมุ่งหมาย เป็นจิตใจที่พร้อมและเหมาะที่จะใช้งานโดยเฉพาะงานทางปัญญา คือ การคิดพิจารณาให้เห็นความจริงแจ่มแจ้งชัดเจน หรือความสามารถของจิต เช่น มีสติสัมปชัญญะดี มีวิริยะ คือความเพียรในการทำกรงานทางใจคือการปฏิบัติธรรม และงานทางโลก มีขันติธรรม มีสมาธิแน่วแน่ในการทำงานให้ได้ผลสมบูรณ์โดยเฉพาะทางปัญญา เมื่อจิตนิ่งสงบ เวลาพิจารณาสิ่งใดยอมทำให้สามารถคิดพิจารณาเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามที่เป็นจริงอย่างชัดเจน

ความมีสุขภาพจิตดี มีสุข สดชื่นร่าเริงเบิกบาน มีปิติ ความอึดเอิบใจ มีอารมณ์ที่ไม่ขุ่นมัวไม่หม่นหมองหดหู่ การพัฒนาคนให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตดีนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการช่วยให้การพัฒนาในลักษณะอื่นเป็นได้ดี บางคนมีการศึกษา เรียนเก่ง แต่จบ การศึกษาแล้วเป็นโรคจิต โรคประสาทก็มี เพราะเครียดกับภาวะสิ่งแวดล้อมที่บีบบังคับ มีการเรียนรู้ที่ไม่สมดุลกัน ไม่เป็นการพัฒนาที่เป็นแบบความรู้อุคคุณธรรม จึงเป็นการฝออบรมที่จบออกมาแล้วมีความบกพร่องทางจิตต่างแสวงหาความสุขโดยคิดว่าต้องแสวงหาความสุขโดยอาศัยวัตถุอย่างเดียว เพราะเน้นไปที่ปอนความรู้ให้ไปพัฒนาตามวัตถุ ปลูกฝังให้คนสนองความต้องการของตนด้วยวัตถุ โดยเพิกเฉยต่อการพัฒนาจิต การมีปัญหาลทางสุขภาพจิตในสังคมปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น^{๗๖}

หลักการพัฒนาทางจิตตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท เป็นเรื่องของอาการการฝึกฝนในจิต เพื่อยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น เป็นการพัฒนาให้จิตมีคุณสมบัติที่พร้อมที่จะหนุนให้ใจ สติสัมปชัญญะในการรู้จักยับยั้งความคิดที่ไม่ดี สร้างแรงจูงใจให้แรงกระตุนในการตระหนัก สำนึก กระตุนให้ตนเองมีความรับผิดชอบในหน้าที่และการพัฒนาตนอยู่เสมอจนกว่า จะถึงความวิมุตติหรือหลุดพ้นจากความทุกข์ เป็นผู้มีจิตที่อิสระ อยู่เหนืออาสวะ หรือรูปเทาทันกิเลสและอยู่เหนือกิเลส หลักการพัฒนาจิต มีความสัมพันธ์กับหลักอริยมรรค สัมมาวายามะ ความเพียรชอบ เป็นลักษณะหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาอย่างหนึ่ง ความเพียรนี้สามารถนำไปใช้ใน ๒ นัย คือ นัยแรก ถ้านำไปใช้ในทางที่ไม่ชอบ ทางที่ผิดก็เป็นมิถฉวายามะ มีผล คือ ประสบกับความทุกข์ ความเสื่อมเสีย ต่ำทราวมในที่สุด และอีกนัยหนึ่ง คือ ความเพียรที่นำไปใช้ในทางที่ชอบนี้เป็นความเพียรชอบหรือสัมมาวายามะ ซึ่งมีความสุข ความเจริญเป็นผล ความเพียรชอบนั้น

สัมมาวายามะนี้เป็นคุณธรรมสำคัญในพระพุทธศาสนาเถรวาท เพราะมีความเพียร บุคคลจึงจะล่วงหรือพ้นจากความทุกข์ไปได้^{๗๗} แมแต่พระสัมมาสัมพุทธเจ้าก็ทรงใช้ความเพียรเป็นเครื่องช่วย

^{๗๖} วุคิน อินทสระ, หลักคำสอนสำคัญในพระพุทธศาสนาเถรวาท, หน้า ๑๙๘.

^{๗๗} ส.ส. (ไทย) ๑๕/๓๑๕/๘๓.

อย่างหนึ่งในการปฏิบัติธรรม ผกฝนอบรม พัฒนาพระองค์เองจนทำให้พระองค์สามารถคนพบสังฆธรรม ตริสรูปเนพระอนุตรสัมมาสัมโพธิญาณ พระองค์ตรัสสรรเสริญความเพียรและตรัส กระตุนให้ภิกษุมีความเพียร

ตามนัยแห่งพระพุทธพจน์นี้ คำว่า สัจจจากาม สัจจจากอกุศลธรรมนั้น หมายถึง ความที่ จิตปลอดจากนิวรณ์ ๕ ประการได้แก่

(๑) กามฉันท ความพอใจรักใคร่ในกาม กามในที่นี้หมายถึง รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ อันนาใครนาพอใจทั้งปวง

(๒) พยาบาท ความคิดปองร้าย

(๓) ถีนมิทธะ ความรู้สึกหตู่และเคลิบเคลิ้ม

(๔) อุทธัจจกุกกัจจะ ความฟุ้งซ่านและรำคาญอันเกิดจากอกุศลที่ยังไม่ระงับไป

(๕) วิจิกิจฉา ความลังเล สงสัยในทางปฏิบัติของตน^{๗๔}

พระพุทธศาสนาเถรวาทถือวานิวรณ์ เป็นอกุศลธรรม เป็นปฏิปกษธรรมที่ขัดขวางกั้นจิต ไม่ให้บรรลุความดี หรือธรรมอันสูงสุด ทำให้จิตมีติดบอด ทำให้ปัญญาอับ เป็นสิ่งขัดขวางในการพัฒนา การที่มนุษย์จะประสบความสำเร็จในการพัฒนาชีวิตนั้นก็ขึ้นอยู่กับมนุษย์เองว่าจะปฏิบัติหรือทำ อย่างไรต่อกิเลส หากปฏิบัติต่อกิเลสโดยการแสวงหาความรู้ที่ถูกต้องก็จะประสบความสำเร็จในการ พัฒนา ตนใหญ่เทาทันและมีภาวะอยู่เหนือกิเลส ถ้าเรียนรูและปฏิบัติผิดหลักก็จะเปนนทาสของกิเลส เรื่อยไป

๔. ปัญญาภาวนา แปลว่า พัฒนาปัญญา คือ พัฒนาความรู้ความเข้าใจ ให้เกิดความรู้แจ้ง เห็นจริง และใช้ความรู้แก้ปัญหา ทำให้เกิดสุขได้ เริ่มแต่รู้ เข้าใจศิลปวิทยา เรียนรู้ถูกต้องตามเป็นจริง ไม่บิดเบือนหรือเอนเอียงด้วยอคติ (ความลำเอียง) คิดวินิจฉัยใช้ปัญญาโดยบริสุทธิ์ใจ รู้เข้าใจโลกและชีวิตตามเป็นจริง รู้จักแก้ไขปัญหาและทำการให้สำเร็จตามแนวทางของเหตุปัจจัย ตลอดจนรู้เท่าทัน ธรรมดาของสังขาร ถึงขั้นที่ทำให้มีจิตใจเป็นอิสระหลุดพ้นจากกิเลสและความทุกข์โดยสิ้นเชิง การ พัฒนาปัญญาด้วยหลักปัญญาภาวนา หมายความว่า การทำปัญญาให้ เกิดขึ้น โดยการพัฒนาปัญญา ไหเจริญงอกงามไปพลอย เขาใจสภาวะสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง เขาใจโลกและชีวิตตาม กระบวนการที่เป็นจริง เมื่อมีปัญหาก็สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องการพัฒนาปัญญาด้วย หลักปัญญาภาวนา หมายความว่า การทำปัญญาให้ เกิดขึ้น โดยการพัฒนาปัญญาไหเจริญงอกงาม ไปพลอย เขาใจสภาวะสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง เขาใจโลกและชีวิตตามกระบวนการที่เป็นจริง เมื่อ มีปัญหาก็สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม เพราะเหตุนี้ ตามหลัก พระพุทธศาสนาเถรวาทจึงไดเนนใหม่มนุษย์มีการพัฒนา พระพุทธศาสนาเถรวาทนั้นเปนนศาสนาที่ เนนการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนให้เปนมมนุษย์ที่มี คุณภาพ เปนมมนุษย์ที่สังคมต้องการ เปนม มนุษย์ในอุดมคติ คือเปนอนริยบุคคล โดยเริ่มจากการพัฒนา จากคนระดับปุถุชนไปเรื่อยจนกว่าจะเปนน

^{๗๔}อง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๑๗๒.

ระอริยบุคคลตามลำดับ การพัฒนาปัญญา คือ การอบรม พัฒนาจิตใจให้เกิดมีความรู้เท่าทันกิเลส หรือ ทำให้เกิดมีปัญญานั้นเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างไร อบรมจิตใจให้มีปัญญา รู้ชัดว่าอะไรควรทำ อะไรควรเว้น อบรมจิตใจให้เห็นสภาวะตามที่เป็นอย่างจริงและเป็นไปตามกระบวนการของกฎไตรลักษณ์ ความจริงนั้นเป็น สิ่งที่คุณควรรู้อยู่ ต้องมีสติปัญญาในการแยกแยะความจริงออกมาตามที่ควรจะรู้ ซึ่งในโลก นี้มีทั้งความจริงแบบสังขธรรมกับความจริงแบบโลก หรือความจริงแบบสมมติ ดังนั้น พระพุทธศาสนาเถรวาทจึงมีหลักคำสอนให้เรารู้จักความจริง

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นตามแนวทางพระพุทธศาสนานั้นต้องพัฒนาร่วมกันหลายอย่างเช่น การพัฒนากาย การพัฒนาจิต การพัฒนาปัญญา เข้าด้วยกันจึงจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยไม่เน้นอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งความคิดพื้นฐานทางพระพุทธศาสนามี ๔ ประเภท

๑. พระพุทธศาสนาเห็นว่าสิ่งทั้งหลายทั้งปวงเป็นธรรมชาติที่มีอยู่และเป็นไปตามธรรมชาติในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย บุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยของธรรมชาติ เมื่อธรรมชาติเป็นระบบความสัมพันธ์ของเหตุปัจจัย บุคคลซึ่งเป็นธรรมชาติส่วนหนึ่งก็จะเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยที่เป็นองค์รวม ดังนั้นการที่สิ่งทั้งหลายเป็นไปตามเหตุปัจจัยนี้ เรียกว่าความเป็นไปตามกระบวนการของเหตุปัจจัย โลกทั้งโลก จักรวาลทั้งจักรวาล เป็นระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยทั้งสิ้น เมื่อบุคคลมาเป็นพวกหนึ่งหรือประเภทหนึ่งอยู่ในระบบก็จะอยู่ในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยนี้ด้วย

๒. เมื่อบุคคลดำรงอยู่ในระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัยของธรรมชาติ ชีวิตและการกระทำของบุคคลจะเป็นไปตามระบบความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย และในทำนองเดียวกัน สิ่งที่เกิดขึ้นภายนอก ก็มีผลกระทบต่อตัวบุคคลด้วย คือทั้งในมุนิกิริยาและปฏิกิริยา ตัวเองทำไปก็กระทบสิ่งอื่น สิ่งอื่นเป็นอย่างไรมากกระทบตัวเอง ข้อสำคัญคือมองไปให้ครบตลอดทั่วระบบความสัมพันธ์นี้ว่าชีวิตและกิจกรรมการกระทำของตนเอง ทั้งเป็นไปตามระบบเหตุปัจจัยแล้วก็ทำให้เกิดผลตามระบบเหตุปัจจัยนั้นด้วย

๓. เนื่องด้วยมนุษย์เป็นสัตว์ที่ฝึกได้ และต้องฝึก ทางพระเรียกว่าเป็นทัมมะ คือเป็นสัตว์ที่พัฒนาได้ ข้อนี้ถือว่าเป็นความคิดรากฐานที่สำคัญที่สุด การเกิดระบบจริยธรรมในพระพุทธศาสนาขึ้นมา ก็เพราะถือว่ามนุษย์เป็นสัตว์ที่ฝึกได้และต้องฝึก หลักนี้เป็นแกนสำคัญของจริยธรรมในพระพุทธศาสนา ซึ่งทำให้จริยธรรมมีความหมายเท่ากับการศึกษา และเพราะเหตุที่มนุษย์เป็นสัตว์ที่ฝึกฝนพัฒนาได้ จริยธรรมจึงเป็นระบบที่มีความประสานกลมกลืน เช่นทำให้จริยธรรมกับความ สุข เป็นสภาพที่พัฒนาไปด้วยกันได้หรือเป็นจริยธรรมแห่งความสุข หลักการนี้ถือว่า ความประเสริฐของมนุษย์อยู่ที่การฝึกฝนพัฒนา ถ้าไม่พัฒนาแล้วมนุษย์ไม่ประเสริฐ และมนุษย์นั้นเมื่อพัฒนาแล้วสามารถเข้าถึงอิสรภาพและความสุขได้จริง อันนี้เป็นข้อยืนยันของพระพุทธศาสนาว่า มนุษย์เป็นสัตว์ที่พัฒนาได้จนประเสริฐสุดเข้าถึงอิสรภาพและความสุขได้จริง และพัฒนาตนเองมาสู่การสร้างสังคมแห่งความสุข

๔. ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาแล้ว จะการทำให้ความแตกต่าง กลายเป็นความประสานเสริมเติมเต็มกลมกลืนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความสมบูรณ์และดุลยภาพ เมื่อมนุษย์ยังไม่

พัฒนา ทำให้เกิดความแตกต่างเป็นขัดแย้ง หรือเกิดความสับสนแล้วความแตกต่างก็กลายเป็นความขัดแย้ง ศักยภาพของการพัฒนาคือการทำให้บุคคลสามารถทำให้ความขัดแย้งมีความหมายเป็นความประสานเสริม การพัฒนาบุคคลแบบนี้จะต้องมาประยุกต์เข้ากับการแก้ปัญหาสภาพแวดล้อมและสังคมสืบต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นเครื่องวัดการพัฒนาของบุคคลและสังคมที่แท้จริง คือการที่จะสร้างความสามารถในการทำให้ความเป็นอยู่ร่วมกันระหว่างบุคคลและสังคมเพื่อเกื้อกูลเอื้อประโยชน์แก่กันมากขึ้น มีการเบียดเบียนกันน้อยลง และทำให้โลกอุดมสมบูรณ์งดงามเหมาะแก่การอยู่อาศัยมากยิ่งขึ้น^{๗๕}

การภาวนาตามหลักอริยมรรคมีองค์ ๘ ประการเหล่านี้เป็นหนทางอันประเสริฐ เพราะถาปฏิบัติตามได้อย่าง สมบูรณ์แล้วย่อมนำมาซึ่งความดับทุกข์ทั้งปวง ไม่มีปัญหาความขัดแย้ง แตกสามัคคี และอริยมรรคมีองค์ ๘ ประการนี้ยังสามารถสรุปเขาในไตรสิกขา^{๗๖} ได้ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ไตแก สัมมาทิฐิ สัมมาสังกัปปะ จัดเขาในปัญญาสิกขา ซึ่งหมายถึง การศึกษาหรือขั้นตอนการฝึกฝนให้เกิดสัมมาทิฐิและสัมมาสังกัปปะ เจริญองงามขึ้นจนกระทั่งบุคคลมีความพร้อมทางปัญญา พัฒนาถึงมาตรฐานของอารยชน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยปัญญา มีจิตใจผ่องใส เบิกบานไรทุกข์ หลุดพ้นจากความยึดมั่นถือมั่นต่าง ๆ และมีอิสระด้วยปัญญาอย่างแท้จริง

กลุ่มที่ ๒ ไตแก สัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ สัมมาอาชีวะ จัดเขาใจศีลสิกขา หมายถึง การศึกษาหรือขั้นตอนการฝึกฝนให้เกิดสัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ และสัมมาอาชีวะ เจริญองงามขึ้นจนกระทั่งบุคคลมีความพร้อมทางด้านความประพฤติ วินัย และความสัมพันธ์ทางสังคม พัฒนาถึงมาตรฐานของอารยชน และเป็นพื้นฐานในการสร้างเสริมคุณภาพของจิต

กลุ่มที่ ๓ ไตแก สัมมาวายามะ สัมมาสติ สัมมาสมาธิ จัดเขาใจจิตตสิกขาหรือสมาธิสิกขา หมายถึง การศึกษาหรือขั้นตอนการฝึกฝนให้เกิด สัมมาวายามะ สัมมาสติ และสัมมาสมาธิ เจริญองงามขึ้นจนกระทั่งบุคคลมีความพร้อมทางด้านคุณธรรม มีคุณภาพจิต สมรรถภาพจิตและสุขภาพจิต พัฒนาถึงมาตรฐานของอารยธรรมและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาปัญญาในการแก้ไขปัญหาของชีวิต

หลักการพัฒนาวิตชีวิตบนฐานแห่งภavana ๔ ในพระพุทธศาสนาเถรวาทนี้ถือเป็นระดับสูงสุด และสามารถส่งผลใหญ่ปฏิบัติได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดโดยมีหลักวาตองปฏิบัติอย่าง พร้อมเพรียงกันไปตามลำดับ ที่เรียกว่ามัชฌิมาปฏิปทา อันหมายถึง ทางสายกลางนั้น ไม่ใช่ หมายความว่า ทางที่อยู่กึ่งกลางระหว่างหลาย ๆ ทาง หรือแม้แต่ ๒ ทาง เพราะเมื่อคน ๒ คนมาอยู่ ตรงข้ามกัน และถาเรายืนตรงกลางก็เรียกว่าอยู่กึ่งกลาง แต่ไม่ใช่ทางสายกลาง มันจะขยับไปขยับมา เรื่อย หมายความว่า ถาคน ๒ คนนั้นขยับไป กึ่งกลางก็จะขยับและขยายตามไปด้วย จึงเป็นสายกลาง ที่ไม่แน่นอน แต่ทางสาย

^{๗๕} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), การพัฒนาที่ยั่งยืน, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๐), หน้า ๑๕๑.

^{๗๖} อัง.ติก. (ไทย) ๒/๕๒๑/๒๑๘.

กลางของพระพุทธเจ้าที่แน่นอน ทางสายกลาง คือ ทางที่พอเหมาะพอดีที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมาย คือ อริสราภาพและสันติสุข (นิพพาน)^{๗๗} เปรียบเหมือนเชือกเส้นเดียวที่มี ๘ เกลียว สำหรับเป็นเครื่องอุปกรณที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่สูงสุดตามที่ต้องการนั่นเอง ดังนั้น หลักจริยศาสตร์ ของพุทธศาสนาระดับนี้ ถือเป็นหลักธรรมที่สามารถแก้ปัญหาของชีวิตได้ทุกแง่มุมไม่ว่าจะเป็นด้าน สอนตัวหรือสอนรวม ซึ่งช่วยให้ผู้ที่ประพฤติปฏิบัติตาม สามารถหลุดพ้นจากความทุกข์ หรือสามารถ ทำลายทิวทัศน์ที่ผิดทั้งหลายให้หมดไปได้ และเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่มีสัมมาทิฐิต่อไป

สรุป การวางตนในครอบครัวอย่างมีความสุขของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยยึดหลักธรรม ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง กับสมาชิกในครอบครัว จะเกิดประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แต่ละคนมาก-น้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แต่ละคนจะนำวิธีการ ไปใช้ปฏิบัติจริงกับตนเองในชีวิตประจำวัน จนเกิดผลสำเร็จที่พึงปรารถนา ความสุขในครอบครัวย่อมจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเอง และสมาชิกทุกคนในครอบครัวโดยถ้วนหน้ากัน การพัฒนาชีวิตมนุษย์ทางกาย วาจาและใจตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาทนั้น เริ่มที่สัมมาทิฐิ โดยมีความคิดที่ถูกต้อง มีความเชื่อที่ถูกต้อง เช่น เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพที่จะพัฒนา ตนได้ และพัฒนาได้เป็นอย่างดีด้วย อย่างเช่น พระสัมมาสัมพุทธเจ้าเดิมที่พระองค์ทรงเป็นเจ้านาย สิทธัตถะ ซึ่งก็เป็นปุถุชน ต่อมาก็ได้รับการพัฒนาดนจนได้เป็นพระบรมศาสดาเอกของโลก เป็นพระ บรมครูของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย ก็เกิดขึ้นมาได้เพราะได้รับการพัฒนาตามกระบวนการของหลัก ภาวนา ๔ หรือ ตามหลักอริยสัจ ๔ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หลักธรรมนั้นล้วนสามารถสรุปลง เขากันได้ หรือเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันถ้ามีความรู้แล้วปฏิบัติได้ถูกต้อง หลักธรรมทั้งหลายล้วนเขาหากัน ไตสนิทกับหลักอริยสัจ การพัฒนาตามหลักธรรมเหล่านี้ย่อมส่งผลให้เกิดการพัฒนาได้อย่างครบทุก ขั้นตอน เมื่อกล่าวถึงการพัฒนาบุคคลให้เป็นบุคคลในอุดมคติที่สังคมต้องการ หรือ เป็นบัณฑิตในอุดม คติตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาทนั้น หลักภาวนา ๔ นี้ก็สามารถทำให้บุคคลนั้นเป็นบุคคลในอุดม คติได้ เพราะตามหลักพระพุทธศาสนาเถรวาทนั้นไม่ใ้มองพัฒนาคนให้แยกออกจากหลักของธรรมชาติ การพัฒนาอย่างพระพุทธศาสนาเถรวาทนั้นเป็นการพัฒนาแบบเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างคนกับ ธรรมชาติหรือพัฒนาแบบเน้นการมีส่วนร่วมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก หมายความว่า กล่าวถึงการพัฒนากาย ศิล จิต และปัญญาของมนุษย์ ขณะเดียวกันก็กล่าวถึงพัฒนาแบบชี้ให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนาเถรวาทนั้นก็ยังแนะนำการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมด้วย

^{๗๗}พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), **ธรรมกับการศึกษาของไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๒), หน้า ๔๔.

๒.๖ บริบทพื้นที่การวิจัย

๑. ภาพทั่วไปของตำบลต้นธง

เทศบาลตำบลต้นธง ได้รับการยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบลต้นธงเป็นเทศบาลตำบลต้นธง เมื่อวันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นเทศบาลขนาดกลาง

เทศบาลตำบลต้นธง อยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของที่ว่าการอำเภอเมืองลำพูน ตั้งอยู่เลขที่ ๒๐๐ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน อยู่ห่างจากตัวเมืองจังหวัดลำพูนเป็นระยะทางประมาณ ๒ กิโลเมตร จำนวนหมู่บ้านมี ๑๑ หมู่บ้าน อยู่ในเขตเทศบาลตำบลต้นธง โดยมีการปกครองท้องที่โดยมีกำนันและผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ดูแล

หมู่ที่ ๑	บ้านสันต้นธง	ผู้ใหญ่บ้าน	นายธวัช	เชี่ยวชาญ
หมู่ที่ ๒	บ้านสันต้นธง	ผู้ใหญ่บ้าน	นายไพบุลย์	เชษฐธง
หมู่ที่ ๓	บ้านบ่อแฮ้ว	ผู้ใหญ่บ้าน	นายสุรสิทธิ์	ทองจินดา
หมู่ที่ ๔	บ้านศรีย้อย	ผู้ใหญ่บ้าน	นายสงวน	เชษฐธง
หมู่ที่ ๕	บ้านพันตาเกิน	ผู้ใหญ่บ้าน	นายสัมพันธ์	อะพินเตร
หมู่ที่ ๖	บ้านสันมะนะ	ผู้ใหญ่บ้าน	นายสมศักดิ์	ปัญญาจริง
หมู่ที่ ๗	บ้านจักรคำกิมข	ผู้ใหญ่บ้าน	นายเอนก	ธัญชยานนท์
หมู่ที่ ๘	บ้านใหม่สันมะนะ	กำนันตำบลต้นธง	นายอรรณพ	อินทร์วรรณ
หมู่ที่ ๙	บ้านปากล่อง	ผู้ใหญ่บ้าน	นายสมพร	ตีใหม่
หมู่ที่ ๑๐	บ้านริมกวง	ผู้ใหญ่บ้าน	นายรัชพล	พวงมาลัย
หมู่ที่ ๑๑	บ้านสันมหาพน	ผู้ใหญ่บ้าน	นายชุมพร	ปัญญาจิต

๒. ประชากร

ประชากรตำบลต้นธง ปัจจุบันมีประชากร จำนวน ๑๒,๑๙๒ คน ประชากรชาย จำนวน ๕,๗๕๓ คน ประชากรหญิง จำนวน ๖,๔๓๙ คน โดยมีความหนาแน่นเฉลี่ย ๕๓๕ คน ต่อตารางกิโลเมตร

๓. ยุทธศาสตร์ของเทศบาลตำบลต้นธง

วิสัยทัศน์ในการพัฒนาเทศบาลตำบลต้นธง “ ต้นธงเมืองน่าอยู่ เคียงคู่วิถีวัฒนธรรม น้อมนำเศรษฐกิจพอเพียง ยึดหลักธรรมาภิบาล ” หมายถึงประชาชนในตำบลต้นธงมีความสุขจากคุณภาพชีวิตและสภาวะแวดล้อมที่ดีมีคุณธรรมจริยธรรม และเป็นตำบลที่มีประเพณีวัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่โดดเด่น มีการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นภูมิคุ้มกันในการ

ดำรงชีวิต ควบคู่การพัฒนาาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม แพลตฟอร์ม เข้ามาใช้ในการดำเนินงานรวมทั้งการพัฒนาาระบบการบริการประชาชนอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

๔. พันธกิจของเทศบาลตำบลต้นธง

๑. ดูแลผู้สูงอายุ ใส่ใจทุกครอบครัว
๒. ส่งเสริมการศึกษา และกีฬาให้สอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นและนโยบายการศึกษา
แห่งชาติ
๓. ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างทั่วถึง
๔. ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการท้องถิ่นของตนเอง
๕. มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ
๖. ส่งเสริมแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ถนนดี ไฟฟ้าสว่าง น้ำสะอาด
๗. มุ่งให้ตำบลต้นธงเป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยวด้านศิลปวัฒนธรรม ประเพณี โบราณ
สถานและภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์จากทรัพยากรของท้องถิ่น
๘. ส่งเสริมให้ตำบลต้นธงเป็นแหล่งผลิตสินค้าการเกษตรปลอดภัย
๙. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายรัฐ เอกชนและประชาสังคม
๑๐. ประชาชนมีความปลอดภัยปราศจากอาชญากรรม
๑๑. ส่งเสริมสนับสนุนการป้องกันและควบคุมเชื้อไวรัสและโรคติดต่อ โรคระบาด
๑๒. ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี
๑๓. พัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม แพลตฟอร์ม เข้า
มาใช้ในการ ดำเนินงานรวมทั้งการพัฒนาาระบบการบริการประชาชนอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

๕. จุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาที่ยั่งยืนของเทศบาลตำบลต้นธง มีดังนี้

๑. มีการคมนาคมสะดวก ประชาชนมีถนนได้ใช้สัญจร และขนส่งผลผลิตทางการเกษตร
ได้มากขึ้น
๒. เกษตรกรมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ชุมชนมีความเข้มแข็ง มั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๓. ประชาชนมีน้ำประปาหมู่บ้าน ไฟฟ้า อย่างทั่วถึง
๔. ประชาชนในตำบลต้นธง ได้มีแหล่งน้ำไว้ใช้
๕. สืบสานประเพณี วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่สืบไป
๖. เทศบาลตำบลต้นธง มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวทางธรรมาภิ
บาล มีการบริหารจัดการที่ดีและให้บริการตรงตามความต้องการของประชาชน

๗. การจัดการศึกษาและการกีฬา สันตนาการในตำบลต้นธงโดยให้ประชาชนในตำบลได้รับการศึกษาและการส่งเสริมด้านกีฬาอย่างทั่วถึง มีสุขภาพดีและมีคุณภาพ

๘. ทรพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในตำบลต้นธง ได้รับการส่งเสริมและอนุรักษ์ให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลต้นธง

๙. ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้รับการอนุรักษ์และฟื้นฟู รวมถึงโบราณสถานที่สำคัญได้รับการบูรณะซ่อมแซม

๑๐. ตำบลต้นธง มีสภาพความเป็นอยู่ที่น่าอยู่สะอาดสวยงามเป็นแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้คนในท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้น

๑๑. ประชาชนมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

๑๒. ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และกลุ่มเปราะบาง ได้รับการดูแล

๑๓. เทศบาลตำบลต้นธง มีเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการและบริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างท้องถิ่นให้มีความเข้มแข็ง

๑๔. เทศบาลตำบลต้นธง มีการบริหารจัดการที่ดี มีธรรมาภิบาล บุคลากรมีคุณภาพและให้บริการตรงตามความต้องการของประชาชน

๑๕. จัดการบริหารจัดการแบบบูรณาการให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการพัฒนาตำบล

๑๖. ไม่เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสหรือโรคติดต่อในพื้นที่ตำบลต้นธง

๑๗. พัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม แพลตฟอร์ม เข้ามาใช้ในการดำเนินงานรวมทั้งการพัฒนาระบบการบริการประชาชนอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

๖. ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ ๑	การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน
ยุทธศาสตร์ที่ ๒	การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ
ยุทธศาสตร์ที่ ๓	การพัฒนาด้านสังคม วัฒนธรรม และการท่องเที่ยว
ยุทธศาสตร์ที่ ๔	การพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ยุทธศาสตร์ที่ ๕	การพัฒนาด้านการศึกษา และการกีฬา
ยุทธศาสตร์ที่ ๖	การพัฒนาด้านสาธารณสุข
ยุทธศาสตร์ที่ ๗	การพัฒนาด้านการเมือง – การบริหาร

๗. สินค้าสำคัญ

สินค้าที่สำคัญของตำบลต้นธง ได้แก่ ผ้าไหม ผ้าฝ้าย น้ำพริกตาแดง น้ำพริกลาบ ไช้เค็ม ผลิตภัณฑ์ที่แปรรูปผลไม้ การบูร ยาหม่องน้ำ หมวกใบลาน

สินค้าเกษตร ที่สำคัญ คือ ลำไย เป็นไม้ยืนต้นที่ปลูกกันมากในตำบลต้นธง ข้าว เป็นผลผลิตที่ใช้ในการบริโภคและจำหน่ายเป็นรายได้หลักของประชาชนในตำบล มะม่วง เป็นไม้ยืนต้นที่ปลูกกันภายในตำบลมีทั้งไว้ขายและนำไปแปรรูป ฝรั่ง เป็นไม้ผลที่ปลูกมากและเป็นพืชเศรษฐกิจใหม่ที่ได้รับการความนิยมในการปลูกและจำหน่าย บางครั้งไม่เพียงพอต่อการจำหน่าย

ผักกาด ผักชี ค่ะน้า พริก เป็นพืชผักสวนครัวที่ได้รับการความนิยมในการปลูกเนื่องจากพื้นที่ของตำบลต้นธงเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำ เหมาะแก่การปลูกพืชผักสวนครัวมาก

ข้าวโพด เป็นพืชเศรษฐกิจที่ปลูกกันเป็นไร่ ๆ มีรสชาติ หวาน นุ่ม และอร่อย และเป็นที่ยอมรับทั้งจำหน่ายในพื้นที่และส่งออกนอกพื้นที่ สร้างรายได้ให้แก่ประชาชนในตำบลต้นธงอีกด้วย

๘. วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี

ตำบลต้นธงมีขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ มีภาษาพูดเป็นของตนเอง เรียกว่า คำเมือง และ คำยอง มีการสืบทอดวัฒนธรรมจากผู้แก่ผู้เฒ่า จนมาถึงลูกหลาน ในปัจจุบันได้มีการสืบทอดต่อ ๆ กันมา โดยมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำคัญดังต่อไปนี้

๑. ประเพณีตานข้าวใหม่ ซึ่งทำกันในช่วงเริ่มต้นวันขึ้นปีใหม่ ซึ่งประเพณีนี้จะทำกันภายหลังการเก็บเกี่ยวข้าว ถือเป็นการบูชาพระแม่โพสพ และเพื่อเป็นสิริมงคลแก่ชาวนา

๒. ประเพณีปีใหม่เมือง จัดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน แต่ละหมู่บ้านจะจัดให้มีการรดน้ำดำหัวผู้เฒ่าผู้แก่ สรงน้ำพระ และจัดให้มีการละเล่นต่าง ๆ นอกจากนี้แต่ละหมู่บ้านจะจัดให้มีประเพณีรดน้ำดำหัวเจ้าอาวาส หรือสรงน้ำรูปเหมือนของอดีตเจ้าอาวาสซึ่งในงานจะมีมหรสพต่างๆโดยชาวบ้านของหมู่บ้านนั้น ๆ จะจัดเตรียมของนำไปถวาย การขนทรายเข้าวัด ก่อกองทรายและฟังเทศน์ฟังธรรม

๓. ประเพณีแห่เทียนพรรษา จะจัดขึ้นในวันเข้าพรรษา ซึ่งทางเทศบาลตำบลต้นธงมอบเทียนพรรษาให้กับสมาชิกเทศบาลตำบลต้นธงแต่ละหมู่บ้าน เพื่อนำไปถวายวัดทุกวัดในเขตรับผิดชอบเพื่อดำรงไว้ซึ่งประเพณีที่สืบทอดกันมาแต่ช้านาน

๔. ประเพณีลอยกระทง จัดขึ้นในเดือนยี่เป็ง โดยแต่ละหมู่บ้านจัดให้มีการประกวดเจดีย์ทราย หนูน้อยนพมาศ ประกวดกระทง ประกวดดอกไม้ไฟ ประกวดซุ้มหน้าบ้าน ที่แสดงถึงการอนุรักษ์ประเพณีลอยกระทง นอกจากนี้ยังมีการขนทรายเข้าวัด ซึ่งทรายที่ขนนั้นนำมาจากแม่น้ำกวังและแม่น้ำปิง และฟังเทศน์ เพื่อเป็นการจรรโลงใจของประชาชนในแต่ละหมู่บ้านอีกด้วย

๕. ประเพณีสรงน้ำพระธาตุคู่ละมั่ง จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ณ บ้านศรี้อย หมู่ที่ ๔ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เป็นการอนุรักษ์ประเพณีที่สืบทอดกันมาแต่โบราณภายใน

งานจะมีการ สรงน้ำพระธาตุคู่ละมึก และมีการทำบุญต่าง ๆ มากมายเพื่อช่วยกันทำนุบำรุงพุทธศาสนาให้คงอยู่ต่อไป

๖. ประเพณีสรงน้ำพระและกู่ต่าง ๆ ในตำบลต้นธง ซึ่งแต่ละหมู่บ้านจะจัดทำขึ้นทุกปี ช่วงเดือนพฤษภาคม เพื่อเป็นการอนุรักษ์ประเพณีและปลูกฝังจิตสำนึกคนในตำบลให้ทำนุบำรุงพระพุทธศาสนายิ่งขึ้น

๙. การท่องเที่ยว

ในตำบลต้นธง มีแหล่งท่องเที่ยว คือ วัดกรมณียราม (วัดคู่ละมึก) , กู่(เจดีย์) บริวาร และวิถีชีวิตวัฒนธรรมชาวนา ชาวชนบท รวมถึงการท่องเที่ยวเชิงชีวิต ในการจัดทำโครงการผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง และประเพณีพื้นบ้านในงานเทศกาลต่าง ๆ

การท่องเที่ยวทางน้ำ ล่องเรือตามแม่น้ำปิงจากตำบลริมปิงผ่านตำบลต้นธงจนถึงอำเภอป่าซาง ระหว่างล่องน้ำปิง แวะขึ้นทำน้ำที่หมู่ที่ ๖ บ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง เพื่อดูวิถีชีวิตพื้นบ้านและการอยู่อาศัยพอเพียง อาชีพในหมู่บ้านการทำน้ำพริกตาแดง การผลิตปุ๋ยอินทรีย์และการพัฒนาอาชีพในหมู่บ้าน การใช้ชีวิตตามแบบสมัยอดีต

๑๐. ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ทรัพยากรน้ำ แหล่งน้ำที่สำคัญในตำบลต้นธง มีแม่น้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำปิง แม่น้ำกวาง และมีแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรตามโครงการชลประทานขนาดเล็กของกรมชลประทาน

การบำบัดน้ำเสีย ตำบลต้นธง มีภูมิประเทศและสภาพแวดล้อมอยู่ ๒ สถานะชุมชนชนานเมืองและชุมชนชนบท การบำบัดน้ำเสียเป็นไปโดยธรรมชาติ และมีการรณรงค์การจัดทำบ่อดักไขมันไว้ในบ้านก่อนจะปล่อยลงสู่ท่อและลำเหมืองต่าง ๆ ชยะ จ้างเหมาเอกชนให้ทำการจัดเก็บขยะมูลฝอยในพื้นที่ตำบลต้นธง^{๗๘}

๒.๗ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญของคนในครอบครัว ที่จะต้องช่วยดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขตามสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจะได้ศึกษา แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพระพุทธศาสนา มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังนี้

^{๗๘} สำนักงานเทศบาลต้นธง, ประวัติและพันธกิจของเทศบาลต้นธง,[ออนไลน์], แหล่งที่มา: http://www.tontong.go.th/index.php?_mod=MDJVQ&type=Z3c9PQ, [๕ ตุลาคม ๒๕๖๕]

พระยงค์ยุทธ เทวธมโม (จันทะอ่อน) ได้ทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝางอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยติดเตียงมาจากสาเหตุหลัก ๒ อย่าง ๑) หลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน ๒) หลอดเลือดในสมองแตก จะพบในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ ๑-๓ โรค ทำให้มีภาวะที่ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน และอาการป่วยจะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ และการป่วยติดเตียงจะเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น และปัญหาที่พบในผู้ป่วยติดเตียงคือ การขาดผู้ดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

หลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า มีการนำพรหมวิหาร ๔ (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา) ภาวนา ๔ (กาย ศีล จิต ปัญญา) และโพชฌงค์ ๗ (สติ ธัมมวิจย วิริย ปิติ ปัสสัทธิสมาธิ) การ สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัยจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การนำหลักพุทธจริยศาสตร์ที่กล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ ด้วยวิธีการดูแลด้วยความเอาใจใส่ด้วยความตั้งใจให้หายจากโรค และผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเจ็บป่วยอีก และช่วยพัฒนาผู้ป่วยให้เข้าใจถึงภาวะความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ^{๗๙}

ภาสกร สวนเรือง และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพการดูแลเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยง และบัดดี้มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (caremanagers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของ

^{๗๙} พระยงค์ยุทธ เทวธมโม (จันทะอ่อน), การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, **ดุชนิพนธ์ พุทธศาสตร์ดุชนิพนธ์ิต** สาขาวิชาปรัชญา, (บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๖๓)

ผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะโรคเฉพาะทางที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นเพื่อการดำรงรักษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมีนโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลือฯ อย่างต่อเนื่องส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือฯ ในการช่วยงานการจัดบริการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะและพิจารณาค่าตอบแทนรวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น^{๘๐}

พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ และคณะ, ได้ทำวิจัยเรื่อง สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี พบว่า ๑) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ ๕๓.๘๕ มีอายุมากกว่า ๘๑ ปีมากที่สุดคิด เป็น ร้อยละ ๓๖.๕๓ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในระหว่าง ๑-๕ ปี ร้อยละ ๔๕.๖๗ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๗๐.๑๙ มีความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ ๕๑.๔๔ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเหมือนเดิม ร้อยละ ๕๐.๗๕ ๒) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอายุอยู่ในช่วง ๓๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๑.๕๘ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะบุตรและสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๑๓ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๖.๑๓ และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ ๔๖.๐๔ ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ ๒.๘๘ ๓) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางส่วนรายด้านพบทั้งปัญหาและความต้องการ ด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาในการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการจัดการในบ้านอยู่ในระดับน้อย โดยที่มีความต้องการในการในการดูแลระดับปานกลาง^{๘๑}

วิไล ตาปะสี และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง สภาพการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม พบว่า สภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยเนื้อหาหลักจำนวน ๕ ประเด็นคือ ๑) ด้านลักษณะครอบครัว ร้อย

^{๘๐} ภาสกร สอนเรือง,อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”, **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๔๓๗-๔๕๑.

^{๘๑} พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ นิสาชล นาคกุล และ วิชญา โรจนรักษ์, “สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี”, **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๑): ๕๔-๖๔.

ละ ๖๖.๖๗ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ส่วนที่เหลือมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่แบบสองคน ตายาย โสด หรือเป็นหม้าย ๒) ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุร้อยละ ๘๖.๖๗ มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และโรคภัยไข้เจ็บ โดยภาวะเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ และมีชีวิตอยู่อย่างเปราะบางกับการรับประทานยา จำนวนหลายเม็ด ทุกวัน ๓) ด้านการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ ๙๖.๖๗) ได้รับการตรวจสุขภาพตามสิทธิ การรักษาและสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพโดยมีญาติ ผู้สูงอายุไปตรวจรักษาด้วยตนเองจ้างมอเตอร์ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไปรับการตรวจรักษา ๔) ด้านจิตใจผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐ มีชีวิตแบบรอวัน สิ้นสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากจะเดินทางไปไหนก็ลำบากมองไม่เห็นเป้าหมายของชีวิตมากกว่าการ รอวัน สิ้นสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ ๔๓.๓๓) มีชีวิตอยู่ในบ้านตลอดเวลาเพื่อเฝ้าบ้าน ห่วงสมบัติบุตรหลาน เหมือนนกน้อยในกรงทองชีวิตอยู่กับการ รอคอยบุตรหลานที่ไปทำงานนอกบ้าน และไปต่างจังหวัด๕) ด้านรายได้ ได้มาจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน ชีวิตไม่มีความสุขเพราะกังวลว่าจะมีรายได้ไม่พอใช้ กังวลจะป่วย ไม่มีความสามารถในการหาเลี้ยงชีพของตนเอง สรุป : สภาพการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม มีลักษณะครอบครัวแบบสองคนตายาย หรืออยู่แบบคนเดียว (๓๓ %) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ไปรับบริการตรวจรักษาได้ด้วย ตนเองโดยจ้างมอเตอร์ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไป มีสภาพจิตใจแบบรอวันสิ้นสุดท้ายของชีวิต มี รายได้และการหาเลี้ยงชีพจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน^{๘๒}

ปาร์ชฌญาณ์ วงษ์ไตรรักษ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดย ครอบครัว พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) มี ๔ ประเด็น คือ ๑) การตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ๒)การประเมินตนเองและเศรษฐกิจของผู้ดูแล ๓) การจัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเอง ๔) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก องค์ประกอบที่ ๒ การปรับตัวและการพัฒนาของผู้ดูแลหลัก (Adjustment and development) ในด้านการเรียนรู้การลงมือ ปฏิบัติการปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดกระบวนการ ดูแลที่ดี มี ๓ ระยะคือ ระยะที่ ๑ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลระยะที่ ๒ การดูแลที่บ้าน ระยะที่ ๓ การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ ๓ การเอื้ออาทรจากชุมชน

^{๘๒} วิไล ตาปะสี, นารินทร์ ปิยะชัยวุฒิ, ชนม์นิภา ใจดี, ศิวัช ปิยะรัตนวัฒน์, “สภาพการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม”, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน สุนันทา, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๒๘-๓๕.

(Assistance from community) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ทีมสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน^{๘๓}

อภากร ปัญญา , ญาตาวินิทธิ์ พิษทองกลางและประทีป พิษทองกลาง ได้ทำวิจัยเรื่อง นวัตกรรมเชิงชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมอย่างยั่งยืน ตามแนวพระพุทธศาสนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน พบว่า กลไกของชุมชนในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมอย่างยั่งยืนตามแนวพระพุทธศาสนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 กลุ่ม ได้แก่ ๑) ชมรมผู้สูงอายุ ๒) กลุ่มจิตอาสา ๓) องค์กรศาสนา ๔) กลุ่มองค์กรชุมชน และ ๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนกลางในการประสานและระดมความคิดในการสร้างสรรค์กิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่า การมีส่วนร่วมกับสังคม การรับผิดชอบต่อสังคม การฝึกทักษะพัฒนาตนเองและมีจิตอาสาบำเพ็ญประโยชน์ให้สังคมแห่งความสุขได้อย่างแท้จริง การพัฒนาการเรียนรู้ของชุมชนจิตอาสาเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ ๓ ประการ คือ วิชาชีวิต วิชาชีพ และวิชาการ โดยบูรณาการหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ ๔ มิติ คือ (๑) มิติทางกาย-ศีลสิกขา (๒) มิติทางสังคม-ศีลสิกขา (๓) มิติทางจิตใจ-สมาธิสิกขา (๔) มิติทางปัญญา-ปัญญาสิกขา การดูแลของชุมชนจิตอาสาด้วยจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่ทุกข์กับความเจ็บป่วย ทำชีวิตให้มีคุณภาพ สุขภาพแข็งแรงและสมรรถภาพสมบูรณ์ และนวัตกรรมเชิงชุมชนที่เกิดขึ้น เรียกว่า “จิต (มหาจุฬาฯ) อาสา” หรือ VMCU Model มี ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) ประชาชนจิตอาสา ๒) พัฒนาและสร้างกำลังใจ ๓) ห่วงใยและเกื้อกูล ๔) หนุนเสริมสิ่งอำนวยความสะดวก นวัตกรรมนี้สามารถขับเคลื่อนโดยกลุ่มจิตอาสาภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปสู่นโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป^{๘๔}

จากที่ได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ยังไม่มีการศึกษา การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังนั้น ผู้วิจัยจะได้นำแนวคิดและทฤษฎีจากงานวิจัยที่ค้นคว้ามาจำเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาต่อไป

^{๘๓} ปารย์ชญาณ์ วงษ์ไตรรงค์, “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว”, **คุณวุฒิพนธ์ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๑), บทคัดย่อ.

^{๘๔} อภากร ปัญญา , ญาตาวินิทธิ์ พิษทองกลาง ,ประทีป พิษทองกลาง, “นวัตกรรมเชิงชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการร่วมอย่างยั่งยืน ตามแนวพระพุทธศาสนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน”, **วารสารปัญญา**, ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๓ (กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๔): ๔๗-๖๗.

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน” มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ ๑) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน ๒) เพื่อศึกษากระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ และ ๓) เพื่อศึกษาพัฒนาการศักยภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยครอบครัวตามแนวพุทธ โดยมีวิธีวิจัยดังนี้

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

๓.๒ พื้นที่วิจัย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการศึกษาวิจัย

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการศึกษาในรูปแบบ การศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร (Documentary Research) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยมีขั้นตอนการวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิจัย

๑) การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูล จากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหนังสือ รายงานการวิจัย รายงานการประชุม เอกสารการอบรม ในประเด็นที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนผู้ป่วยติดเตียง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงใน จังหวัดลำพูน และหลักธรรมที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ พรหมวิหาร ๔ และสังคหวัตถุ ๔

๒) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีขั้นตอนดังนี้

๑) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ญาติผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ท้องถิ่น นักวิชาการด้านสาธารณสุข นักวิชาการด้าน พระพุทธศาสนา จำนวน ๑๕ คน เพื่อนำข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๒) การสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) กับผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ประธาน อสม หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล จำนวน ๖ คน เพื่อเพื่อนำข้อมูลวิเคราะห์และ สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๓) สรุปรูป และนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ทั้งจากการศึกษาในเชิงเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และ การสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group Discussion) โดยนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามประเด็นที่กำหนดไว้

๔) สรุปรูปผลการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะ

๓.๒ พื้นที่วิจัย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๒.๑ พื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่การวิจัยใน คณะผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่วิจัย ๓ หมู่บ้านในเทศบาลตำบลต้นธง จังหวัดลำพูน ได้แก่ หมู่บ้านสันต้นธง หมู่บ้านศรีชัยย้อย และหมู่บ้านบ่อแก้ว เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าว พื้นที่ศึกษาวิจัยมีจุดเด่น คือ การได้รับความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ และคณะสงฆ์ อีกทั้งเป็นพื้นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน จึงเป็นสถานที่ที่สะดวกในการติดต่อประสานงาน และสะดวกต่อการเข้าดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนเจ้าของพื้นที่ จึงได้รับร่วมมือกันเป็นอย่างดีในการร่วมงานกัน จึงเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในการวิจัยในพื้นที่ตำบลต้นธง

๓.๒.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ ในจังหวัดลำพูน คณะผู้วิจัยได้กำหนด ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม จำนวน ๑๕ คน ได้แก่

- (๑) กลุ่มผู้บริหารเทศบาลตำบลต้นธง จำนวน ๒ คน
- (๒) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน ๒ คน
- (๓) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน ๕ คน
- (๔) นักวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน ๓ คน
- (๕) นักวิชาการด้านพระพุทธศาสนา จำนวน ๓ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร (Documentary Research) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จึงได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

๑) สืบหาหนังสือ รวบรวมข้อมูล จากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หนังสือ รายงานการวิจัย รายงานการประชุม เอกสารการอบรม ว่าด้วยการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธในจังหวัดลำพูน

๒) ดำเนินการออกแบบเครื่องมือการวิจัยที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยพิจารณาจากการอธิบายตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูล

๓) การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๔) การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๕) การวิเคราะห์เครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

๖) การนำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่กำหนดไว้

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการปฏิบัติการศึกษาวิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

๑) การศึกษาข้อมูลเชิงเอกสาร (Documentary Research) ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชนผู้ป่วยติดเตียง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในจังหวัดลำพูน โดยทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หนังสือ รายงานการวิจัย รายงานการประชุม เอกสารประกอบการอบรมในพื้นที่จังหวัดลำพูนและพื้นที่ใกล้เคียง

๒) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในการวิจัยครั้งนี้จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน ๑๕ รูป/คน โดยใช้คำถามจากแบบสัมภาษณ์ที่สร้างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามแนวความคิดของตนอย่างมีอิสระ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินขั้นตอนการสัมภาษณ์ ดังนี้

๒.๑) ขั้นตอนเตรียมการสัมภาษณ์ ก่อนลงสนามในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ที่จะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยผู้วิจัยจะเตรียมและศึกษาวิธีใช้เครื่องมือในการบันทึกเสียง เตรียมสมุดจดบันทึก และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์

๒.๒) ขั้นการสัมภาษณ์ ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสนทนาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ อธิบายเหตุผลและขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง ในขณะที่สัมภาษณ์ รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่บันทึกเสียงไว้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ประสงค์ที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใด ผู้วิจัยจะไม่บันทึกเสียง

๒.๓) จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเตียง และด้านพระพุทธศาสนา เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วน และชัดเจน นำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

๒.๔) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และจัดสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อนำไปสรุปเป็นองค์ความรู้ต่อไป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ การสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่มย่อย การจดบันทึก โดยการเสนอข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ ด้วยการตีความ การแปรความ และการจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์แล้ววิเคราะห์ข้อมูลที่

ได้ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิธี (Descriptive Ananlysis) ตามหลักการของอุปนัยวิธี (Inductive Method) โดยยึดวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นแนววิเคราะห์เพื่อนำเสนอข้อเท็จจริงที่ได้จากการวิจัยโดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์โดยการสรุปตามสาระสำคัญ ด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นหัวข้อดังนี้

- ๑) จัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มาทั้งหมด
- ๒) แยกแยะข้อมูลในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์อย่างเป็นระบบ
- ๓) เปรียบเทียบข้อมูล ลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกัน
- ๔) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ตามหลักอุปนัยวิธีโดยวิธีการวิเคราะห์

และสังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามแนวพุทธ ในจังหวัดลำพูนต่อไป

- ๕) สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

(๑) หนังสือ :

ชูทิพย์ ปานปรีชา. **จิตวิทยาทั่วไป หน่วยที่ ๙**. พิมพ์ครั้งที่ ๒๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช, ๒๕๕๑.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน่วยที่ ๗ ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ : ทฤษฎีเน้นผู้รับบริการ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing theory. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

ศรัณยา แสงมณี มณี อากานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน, *Rama Nurs J*, ๑๘ (๑), ๑19-๑๓๓, เต็มศักดิ์ คทวนิช. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น, ๒๕๔๗.

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. **งานวิจัยอ่านง่าย เรื่องปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโควิด 19**. กรุงเทพมหานคร: พีเอ็มเอสครเอชั่น, ๒๕๖๔.

วิไลวรรณ ศรีสงคราม และคณะ. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ทริปเพิ้ลเอ็ดยูเคชั่น, ๒๕๔๙.

สยามพร ศิรินาวิน. **โควิด-19” ความรู้ สู่ปัญญา พัฒนาการปฏิบัติ**. นนทบุรี: บริษัท ไอ.เอส.พี.รีนติ้งเฮ้าส์ จำกัด, 2563.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว**, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๔๔.

(๒) วิทยานิพนธ์ :

พัชรี โพธิ์หัง. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบนิคมอุตสาหกรรมอมตะนคร ที่ส่งผลต่อชุมชนตำบลดอนหัวฬ่อ อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี.วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต., บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๐.**

บุญญา อุตหัต. **“ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจซื้อเครื่องสำอางเคาน์เตอร์แบรนด์จากต่างประเทศของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยสยาม”**. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการธุรกิจระหว่างประเทศ. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสยาม, ๒๕๕๖.

(๓) งานวิจัย :

ชินอรส ถิ่นวิไลสกุล. “ผลกระทบของงานโฆษณาที่มีต่อการเรียนรู้ของเยาวชน กรณีศึกษา : เยาวชน
ชุมชนสวนอ้อย”. **รายงานวิจัย**. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, ๒๕๕๕.

พีรพัฒน์ แก้วใจมา. “การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิตแบบปรกติใหม่ของประชาชนชาวไทยระหว่าง
วิกฤตโควิด-19 ที่ปรากฏในสื่อออนไลน์.” **รายงานวิจัย**, พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย
นเรศวร. ๒๕๖๓.

สุภาภรณ์ วงธิ. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย”, **รายงานวิจัย**, พิษณุโลก :
มหาวิทยาลัยนเรศวร, ๒๕๖๔.

(๔) บทความ :

กรรณิการ์ แสนสุภาและคณะ. การปรับตัวของนักศึกษาในสถานการณ์โควิด-19. **วารสาร**.

มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2. (กรกฎาคม – ธันวาคม), 2563.

เทือน ทองแก้ว, การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่: ผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID-19,
วารสาร, ครุสภาวิทยาจารย์, ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2563): ๑

สานิตย์ หนูนิลและกนกนกวรา พวงประยงค์, ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่ใน
ชนบทไทย, **วารสารพัฒนาสังคม**, ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2562): 182.

พันวดี ไชยกิจ และ สุมนทิพย์ จิตสว่าง, “ข้อมูลข่าวปลอมเกี่ยวกับการระบาดของ COVID-19 และ
มาตรการป้องกันในประเทศไทย,” **วารสารรัชต์ภาคย์**, ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๔๐ (พฤษภาคม
– มิถุนายน), ๒๕๖๔.

ณัฐวรรณ คำแสน. “ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-
19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน), ๒๕๖๔.

ทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒน์ และคณะ. “New Normal” วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลัง
โควิด-19 : การงาน การเรียน และธุรกิจ.” **วารสารการบริหารการปกครองและ
นวัตกรรมท้องถิ่น**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๓. (กันยายน-ธันวาคม), ๒๕๖๓.

จันทิมา ห้าวหาญ และพรรณวดี ขำจริง. “ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ
ป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต”. **การประชุมวิชาการ
ระดับชาติ ครั้งที่ ๑๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๓**. วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้, ๒๕๖๔.

จุฑาพรรณ ใจแสน. “พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์”. **บทความ**. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๖๔.

- ทงศักดิ์ หลักเขต. “การพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)” **วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ**. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๓. (กันยายน - ธันวาคม), ๒๕๖๕.
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.” **วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม**, ๒๕๖๓.
- ระนอง เกตุดาวและคณะ. “การพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๑ , ๒๕๖๔.
- เมธาสิทธิ์ ธีรรัตนศรีสกุล และ มนต์เมืองไต้ รอดอยู่. “รูปแบบการจัดการระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ โรงเรียนราชินีบูรณะ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. **ครุสภาวิทยากร**. ปีที่ ๒ ฉบับที่. (๓ กันยายน – ธันวาคม), ๒๕๖๔.
- สิทธิพร เขาอ่อน และ สมเดช สิทธิพงศ์พิทย์, “การบริหารจัดการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครสวรรค์.” **วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน), ๒๕๖๕.
- ธีรพร สิริอังกูร และคณะ. “การพัฒนา รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม – เมษายน), ๒๕๖๔.
- สาธิต ศรีโพธิ์และคณะ. “การประเมินผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนนครชุมต่อภาวะโรคระบาด COVID-19”. **รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติสำหรับนักศึกษา ครั้งที่ ๒**. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, ๒๕๖๕
- สีตีปาตีฮะร์ อีลา และคณะ. “การแก้ปัญหาการรับมือและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การบริหารส่วนตำบลม่วงเตี้ย อ.แม่ลาน จ.ปัตตานี”. **การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ ๑๒**. มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ๒๕ มิถุนายน, ๒๕๖๔.
- สมศรี เรืองแก้ว และคณะ. “การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา.” **วารสารสมาคมนักวิจัย**. ปีที่ ๒๕. มกราคม – เมษายน, ๒๕๖๓.
- ณัฐวรรณ คำแสน. “ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ .มกราคม – เมษายน,

๒๕๖๔.

นารีมะห์ แวปูเตะและคณะ. “พฤติกรรมการณ์ป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒, (พฤษภาคม – สิงหาคม), ๒๕๖๔.

(๕) สื่ออิเล็กทรอนิกส์ :

กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. ความเกี่ยวกับสถานการณ์โควิด. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.mhllibrary.com>. [ตุลาคม 2565].

_____. **New Normal ชีวิตวิถีใหม่**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=๒๒๘๘>. [๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓].

กรมประชาสัมพันธ์. ราชกิจจานุเบกษาประกาศหลักเกณฑ์ "ไม่สวม หน้ากากอนามัย" [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:<https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/24355>. [พฤศจิกายน 2565].

กรมควบคุมโรค. **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐19 (COVID-19)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php. [๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓].

กรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. **หมอชี้โควิดส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตแบบใหม่ด้านสังคม**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.dailynews.co.th/politics/๗๗๑๑๕๔>. [๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓].

กรุงเทพธุรกิจ.**กลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.bangkokbiznews.com> .[๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓].

ซิกมันด์ ฟรอยด์. อังโน แพร์นัทธ ยอดแก้ว. **กลไกในการป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism)**, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://www.gotoknow.org/posts/๒๘๓๗๙๑> [๗ กรกฎาคม].

สำนักข่าวอิสรา.**ผลกระทบทางเศรษฐกิจในระดับจุลภาคจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/๘๗๗๑๓-repoer๐๓-๑๓.html>. [๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๓].

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. **มติมหาเถรสมาคม เรื่องมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://onab.go.th/th/content>. [พฤศจิกายน 2565]

สำนักงานเทศบาลต๋นง, ประวัติและพันธกิจของเทศบาลต๋นง,{ออนไลน์}, แหล่งที่มา:

http://www.tontong.go.th/index.php?_mod=MDJVQg&type=Z3c9PQ,
{๕ ตุลาคม ๒๕๖๕}

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.

[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://ittdashboard.nso.go.th/covid19survey.php>.
{๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓}.

องค์การอนามัยโลก (WHO). โรคโควิด 19 คืออะไร. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/>. {๙ สิงหาคม ๒๕๖๔}.

(๖) สัมภาษณ์ :

สัมภาษณ์ นางศรีจันทร์ กัญญาธง, ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านสันต๋นง, ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นางสาว.แหวดาว คำวังพฤกษ์, พนักงานสาธารณสุขชำนาญการ, ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นางวันวิสา เลื่อมใจหาญ, พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ, ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายบุญฤทธิ์ ชุนสิทธิ์, สมาชิกสภาเทศบาลตำบลต๋นง, ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ พระมหาชาติชาย ญาณโสภโณ, ดร., เจ้าอาวาสวัดธรรมนิยาราม, ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ พระมหาบุญคุ้ม วชิรญาโณ, เจ้าอาวาสวัดกมลรัชชยาราม, ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายเมธาวัฒน์ ทรัพย์ภรากรณ์, นักสันทนการชำนาญการ, ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ พระครูสุวัตรธีธรรมกิจ, เจ้าคณะตำบลต๋นง , ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายกมล ยะคำแจ้ , ผู้อำนวยการ รพ.สต.ตำบลต๋นง , ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นางสุนีย์ กันทาธง ,อาสาสมัครสาธารณสุข บ้านบ่อแฮ้ว , ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายสุรสิทธิ์ ทองจินดา, ผู้ใหญ่บ้านบ่อแฮ้ว, ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ ว่าที่ร้อยตรีपालพล ตาปิน, นายกเทศบาลตำบลต๋นง, ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายอัครเดช เทพจักร, ปลัดเทศบาลตำบลต๋นง, ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายอาคม ณ ลำพูน, ผู้ใหญ่บ้าน บ้านศรีย้อย, ๗ มีนาคม ๒๕๖๖

สัมภาษณ์ นายธวัช เขียวธง, ผู้ใหญ่บ้าน บ้านสันต๋นง , ๗ มีนาคม ๒๕๖๖

๒. หนังสือ/วารสารภาษาอังกฤษ

Jacqueline, F., Using Roy Adaptation Model to guide research and/or practice :
construction of conceptual-theoretical-empirical system of knowledge,
Aquichan, (9)3, 297-306.

Vanclay et al., Online retrieval: Prepared for Thematicbook on Health Review V.๒ :
Environmental and Social Assessment for large dams Contributing Paper

SocialImpact Assessment, (Online), Abstract from: DIALOG (R) File: dams.org.docs. kbase.contrib.ins22۰pdf. [2000] ,

Ursavaş, E. F., Karayurt, Ö, & İşeri, Ö., Nursing approach based on Roy Adaptation Model in patient Understanding breast conserving surgery for breast cancer, J Breast health, (2014), 10, 134-140. .

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)	พระปลัดธวัชชัย ขตติยเมธี,ดร.
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)	Phrapaladthawatchai Khatthiyameatee.dr.
วันเดือนปีเกิด	๑๔ พฤษภาคม ๒๕๓๕
ที่อยู่	วัดสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
หน่วยงานที่ติดต่อ	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน เลขที่ ๑๙๒ หมู่ ๒ ตำบลต้นธง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน รหัสไปรษณีย์ ๕๑๐๐๐
โทรศัพท์/โทรสาร	๐๕๓-๕๖๓๑๖๓
มือถือ	๐๙-๖๙๕๒-๕๑๕๙
E-mail	Issaphanee@gmail.com
ประวัติการศึกษา	พธ.บ. (ภาษาอังกฤษ), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พธ.บ. (พระพุทธศาสนา), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พธ.ด. (พระพุทธศาสนา), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ประวัติและผลงานการทำงานปัจจุบัน

เจ้าอาวาสวัดสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ช่วยเลขานุการเจ้าคณะอำเภอสันกำแพง

ประธานหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล

อาจารย์พิเศษ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่

อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

ผลงานทางวิชาการ

๑. หลักพุทธธรรมกับการพัฒนาภาวะผู้นำ

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)	ดร.จันทรัมย์ ตาปูลิง
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)	Dr.chantarap Tapuling
วันเดือนปีเกิด	๑ กรกฎาคม ๒๕๒๘
ที่อยู่	๑๒๐/๘๔ หมู่ ๔ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
หน่วยงานที่ติดต่อ	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน เลขที่ ๑๘๒ หมู่ ๒ ตำบลต้นธง อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน รหัสไปรษณีย์ ๕๑๐๐๐
โทรศัพท์/โทรสาร	๐๕๓-๕๖๓๑๖๓
มือถือ	๐๘-๕๖๒๖-๖๐๘๓
E-mail	ping_๐๑_๒๖@gmail.com
ประวัติการศึกษา	ร.บ.(รัฐศาสตร์), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศศ.ม.(พุทธศาสนศึกษา), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พธ.ด.(พระพุทธศาสนา), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ประวัติและผลงานการทำงานปัจจุบัน

อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน

งานวิจัย

๑. การศึกษาแนวคิดกระบวนการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา”
๒. การเสริมสร้างเครือข่ายการจัดการการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของวัดและชุมชนใน
ลำานนา

บทความวิชาการ/วิจัย

๑. การศึกษาแนวคิดกระบวนการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา
๒. การเสริมสร้างเครือข่ายการจัดการการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของวัดและชุมชนใน
ลำานนา
๓. การสร้างบัณฑิตที่เป็นคนเก่ง คนดีและมีความสุขตามแนวพระพุทธศาสนา”
๔. สถานะของมารดาในฐานะสตรีตามพระวินัย”
๕. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเยาวชนกลุ่มเสี่ยงด้วยพุทธธรรม”
๖. พระศรีอริยเมตไตรย : แนวคิดเกี่ยวกับโลกในอุดมคติเชิงพุทธ
๗. มรรค ๘ : กระบวนศึกษาเพื่อพัฒนาบัณฑิตตามหลักพระพุทธศาสนา
๘. การเมือง : ปัจจัยความเสื่อมและความเจริญของพระพุทธศาสนาในประเทศไทยดนาม”