

นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Public policy : The model development of monk's holistic health
care by the community participation in the area of the Office of
Disease Prevention and Control 2th Saraburi Province.

นายเดชา บัวเทศ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และนำผลการวิจัยพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาดำเนินการวิจัยในวัด 15 แห่ง โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 96 รูป/คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนทั่วไป เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสังเกต แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ประเด็นสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ใช้น้ำดื่มจากภาชนะที่ไม่สะอาด กะทิ ไขมัน สุกดิบที่ดื่มกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลัง ออกกำลังกายน้อย ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ พระสงฆ์สามเณรป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ข้ออักเสบ เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยเนื่องจากการรอคอยเป็นเวลานาน ขาดการป้องกันควบคุมโรคในวัด และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของท้องถิ่นชุมชนยังมีไม่มากนัก

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมให้วัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชน 2) กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 3) จัดทำตุ๊กตาประจำวัด 4) ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ 1-2 ครั้ง 5) ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในวัด 6) มีคณะทำงานแบบบูรณาการ 7) การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ 8) พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด 9) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด 10) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 11) การมีส่วนร่วมของวัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 12) ส่งเสริมการนำอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาใส่บาตร 13) การพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ

3. การพัฒนางานวิจัยสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ ประเด็น พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 เมื่อวันที่ 18-20 ธันวาคม 2555

คำสำคัญ : นโยบายสาธารณะ, สุขภาพพระสงฆ์, การดูแลสุขภาพองค์รวม, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research aims to developing of monk's holistic health care by the community participation in the area of the Office of Disease Prevention and Control 2nd, Saraburi province and development of public policy. Conducted research in 15 temples. Samples were 96 persons; consisted of monks, Office of Buddhism, Local governments and people; selected by purposive sampling method. Observation form, survey form, interview form, focus group discussion and workshop were used as research tools while data was analyzed by interpretation and content analysis. The results showed that :

1. Current circumstances problems of monk's holistic health care. Cause of the most illness were risk behaviors, monks were receiving foods offering and most of foods were cooked from flour, sugar, coconut milk and fat. They had behaviors on addicting to cigarette, coffee and energy drink. They had less exercise without annual health checkup and unsanitary housing, having chronic disease as diabetes, hypertension, high cholesterol and arthritis. When some monk got sick, they would visit at a private clinic because of waiting for a long time. Prevention and control disease and local community participation for health care of monks were loses.

2. Monk's holistic health care models by community participation were 1) usage of temple as center for health care development, 2) monk health plan, 3) temples medicine cupboard, 4) monk's annual health checkup 1-2 times a year, 5) pet's vaccination, 6) A working group integrated of all sectors in the communities, 7) monk's health care fund, 8) monk health volunteer, 9) temple public health volunteer, 10) environmental security management 11) participative of household, temples, school and local government, 12) food safety for monks, and 13) temple develop for promotion health temple.

3. Development of research into public policy. Topic of “monk’s healthy” approval by National Health Board 5th, 2012 on 18-20 December, 2012

Keyword : public policy, Monk’s health, community participation, holistic health care

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. กาสัก เตชะชั้นหมาก ดร.นพ. ปรีชา เปรมปรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัด
สระบุรี ที่ให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง ในการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ จน
สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาองค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
ทุกท่านที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนในการจัดเก็บข้อมูลและพิสูจน์อักษรในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และ
ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ทำให้ผลการวิจัยมีประโยชน์ล้ำค่าต่อการนำไปใช้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์
ซึ่งเป็นบุคลากรอันทรงคุณค่าของสถาบันศาสนาของประเทศไทย

นายเดชา บัวเทศ

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อ	
ABSTRACT	
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญ	
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัยและพัฒนา.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
กรอบแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
แนวคิดนโยบายสาธารณะ.....	16
การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ.....	29
สมัชชาสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.....	32
ความสำคัญของสถาบันพระพุทธศาสนา พระภิกษุสงฆ์ และวัดที่มีต่อสังคมไทย.....	43
การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาล.....	50
แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม.....	72
แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	76
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	97
ขอบเขตการวิจัย.....	97
วิธีดำเนินการวิจัย.....	89

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า	
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
	ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี	89
	ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี	102
	ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์.....	103
บทที่ 4	ผลการวิจัย.....	107
	1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ...	107
	2. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี.....	122
	3. นโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์.....	137
บทที่ 5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	143
	สรุปผลการวิจัย	143
	อภิปรายผล	151
	ข้อเสนอแนะ	160
	บรรณานุกรม	162
	ภาคผนวก	
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า	
1	ระดับ มุมมอง จุดหมายปลายทาง เป้าหมาย และกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์แบบองค์รวม	126
2	แสดงความเชื่อมโยงระหว่างผลงานวิจัยกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ....	140

บัญชีภาพประกอบ

ภาพ	หน้า	
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา.....	15
2.1	กรอบกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรงของ Howlett M. and Ramesh	20
2.2	กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ	25
2.3	ความเชื่อมโยงของ 3 ภาคส่วนในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	28
2.4	กระบวนการมีส่วนร่วม	31
2.5	สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา	34
2.6	คุณลักษณะสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์.....	37
4.1	รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม.....	126
4.2	แผนที่เดินทางยุทธศาสตร์ (SRM) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์.....	132

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรโลก แล้วพบว่ามีความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา หรือแม้แต่ในประเทศเดียวกันเอง การได้รับบริการสุขภาพที่ต่างกัน ปัญหาโรคติดต่อ ปัญหาที่อยู่อาศัย การศึกษา รวมทั้งอัตราการตายของทารกยังอยู่ในระดับสูง สมัชชาโลกจึงตัดสินใจตั้งเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าใน ปี 2543 (Health For All By The Year 2000) ซึ่งสุขภาพดีถ้วนหน้าในที่นี้คือการที่ทุกคนรู้จักเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ชุมชน และสังคม ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2536 : 184)

สำหรับประเทศไทย ได้นำเอาทฤษฎี “การสาธารณสุขมูลฐาน” มาใช้ใน ปี พ.ศ. 2522 หลังจากระดมประชุมด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ณ กรุงอัลมา อตาร์ ประเทศรัสเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2521 (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2548 : 7) ด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร วิชาการ ให้การศึกษาและฝึกอบรมชาวบ้านให้สามารถพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขได้ หรือเรียกว่า ให้การบริการสาธารณสุขเป็นของประชาชน โดยประชาชน เพื่อประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542 : 6-18) ต่อมาปี พ.ศ. 2534 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (จรรยาพร ธรณินทร์. 2538 : 14) ได้กำหนดตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน เพื่อการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ซึ่งเป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการดูแลสิ่งแวดล้อม ภายใต้ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยสุขภาพแข็งแรง” (Healthy Thailand) ทั้งนี้เพื่อต้องการเข้าสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในปี 2558 (กรมอนามัย. 2550 : 12)

แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทยที่นำเอาแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน แนวคิดเมืองไทยสุขภาพแข็งแรง และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของโลกเข้ามาเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการกำหนดไว้เป็นนโยบายการพัฒนาประเทศนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศไทยมีพัฒนาการมาเป็นลำดับ แม้ว่าในยุคปัจจุบันจะต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่มากับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็ตาม ศาสตราจารย์เซอร์ไมเคิล มาร์มอท (สุคนธ์

เจียสกุล. 2548 : 22-23) ประธานคณะกรรมการวิชาการด้านการพัฒนาสังคมและสาธารณสุข ได้กล่าวไว้ใน การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ ว่าความไม่เท่าเทียมกันตั้งแต่ระดับรากหญ้า ทางด้านสุขภาพ เป็นปัญหาที่ท้าทายอย่างมากต่อการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในสังคมปัจจุบัน ซึ่งเป็น ผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก และจะส่งผลกระทบต่อความไม่เสมอภาคของประชาชน ทั้งนี้อย่าลืมน่า การดูแลสุขภาพให้ได้ผลจะต้องเน้นที่กลวิธีดำเนินการที่เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้ง ด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ และจะต้องเป็นการ ดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา ชุมชน ที่ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเอง เกิดการเรียนรู้ มีการ ปฏิบัติจริง ทำให้เกิดวงจรสังคมพึ่งพาและพัฒนาตนเองในที่สุด ซึ่งสุดท้ายจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาที่ยั่งยืน จะ ทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพ ความรู้ ความคิด จิตใจ รวมทั้งมีความสามารถในการบริหารจัดการดีขึ้น (สุเมธ ตันติเวชกุล. 2547 : 17)

สิ่งที่ท้าทายการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นคำถามที่หลายประเทศได้ตั้งคำถามให้กับผู้นำหรือผู้ที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประเทศได้หาคำตอบ อลัน ไว (Alan Weil. 2008 : 736-747) กล่าวว่า การดำเนินงานที่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ด้านการ ดูแลสุขภาพ ในขณะที่ประเทศจีนได้ทุ่มงบประมาณมหาศาลเพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน (Yip W. and Hsiao. 2008 : 460-468) และในอนาคตจะต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใน ประเทศที่มีพลเมืองมาก ๆ อย่างจีนและอินเดีย (Yip and Mahal. 2008 : 921-932) โดยเฉพาะการ หลั่งไหลเข้ามาของการบริโภคนิยมที่เป็นปัญหากับการดูแลสุขภาพและเป็นปัจจัยแห่งการเกิดโรค (Robinson. 2005 : 1478-1489) สำหรับ บารัค โอบามา (Barack Obama. 2008 : 1537-1541) ให้ความสำคัญกับการสร้างระบบประกันสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม การป้องกันโรค และร่วมกัน ดำเนินงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับประเทศญี่ปุ่น (สารานุกรมเสรี. 2552 : 1-3) การบริการ ทางการแพทย์อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกแพทย์และ การบริการสุขภาพ

ความคาดหวังต่อ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกหันมาสนใจในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดไว้ ในส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้องค์กรใหญ่ๆ มักจะใช้รูปแบบ โครงการแบบมีส่วนร่วม การเข้าใจในบริบทหรือเสียงปัจจัยที่เป็นปัญหาในการดำเนินงาน (Zakus. 1998 : 475-494) ในประเทศที่กำลังพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ควรได้รับการพัฒนา ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน 6 ประเด็นด้วยกัน คือ การสร้างพันธมิตรร่วมกัน ความรับผิดชอบของ องค์กร กระบวนการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร การเชื่อมโยงของชุมชน และข้อเสนอแนะแนวทาง และการตัดสินใจในการดำเนินการ (Neuwelt. 2005 : 731-743) ในช่วงศตวรรษที่ 21 ทั่วโลกกำลังหัน มาให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองโดยชุมชนและการบริการถึงระดับครอบครัว ซึ่งมี

ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จ คือ มีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีการดำเนินการในระดับท้องถิ่น โดยให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน (Strasser. 1999 : 1-8) ซึ่งทั้งหมดนี้รัฐบาลจะต้องให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ด้วยการให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและขับเคลื่อนในกระบวนการแก้ไขปัญหาไปพร้อมๆ กัน

ในปัจจุบัน นโยบายสาธารณะถือเป็นเครื่องมือสำคัญของภาครัฐที่ใช้ในการบริหารประเทศเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยรัฐจำเป็นต้องเข้าใจสภาพแวดล้อม บริบทต่างๆ ในสังคม ขณะนั้น ว่ามีปัญหาหรือความต้องการสาธารณะอย่างไร แล้วนำปัญหาหรือความต้องการดังกล่าวมาตัดสินใจและกำหนดเป็นแนวทางกว้างๆ รัฐจึงจะบรรลุภารกิจดังกล่าวได้ ซึ่งแนวทางดังกล่าวนี้คือนโยบายสาธารณะ ดังคำนิยามของนโยบายสาธารณะที่นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้คำนิยามที่คล้ายคลึงกัน ว่า “เป็นการกระทำของรัฐบาลที่ได้กำหนดไว้เป็นแนวทาง เพื่อชี้้นำให้มีกิจกรรมหรือการกระทำต่างๆ เกิดขึ้น ให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ ” จึงเป็นสิ่งที่ สะท้อนให้เห็นว่านโยบายสาธารณะเป็นภารกิจของรัฐบาลที่จะต้องตัดสินใจ กำหนด วางแผน จัดทำโครงการ นำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามและประเมินผลครบทั้งกระบวนการ โดยที่ผ่านมาระบบการนโยบายสาธารณะของประเทศไทยนั้น ยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ นอกเหนือจากรัฐ ดังที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ราชภัฏอาวุโส ได้สะท้อนมุมมองถึงวิวัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะในประเทศไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันว่า ยังมีความล้าหลังในเชิงนโยบายอย่างรุนแรง (ประเวศ วะสี . 2547 : 8) ซึ่งสุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร ไชยอร (2553 : 14) ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกระบวนการนโยบายสาธารณะภายใต้แนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ไว้ว่า “รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนา ทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ” ซึ่งในปัจจุบันมีหลายช่องทางที่ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ อาทิเช่น การจัดทำเวทีประชาคมเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีบทบาทในการเสนอปัญหาและความต้องการ (ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์ . 2546 : 146)

สมัชชาสุขภาพในประเทศไทยเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 ในนามการประชุมสมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและนำเสนอทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประเทศ อันมีสาเหตุมาจากนโยบายสาธารณะในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทยมุ่งเน้นการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมเป็นหลัก นับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-7 เป็นต้นมา ที่ขาดการพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์เพื่อรองรับความเจริญและผลกระทบที่อาจเกิดตามมา (สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร ไชยอร . 2553 : 16) ในระยะแรกของสมัชชาสุขภาพเป็นเพียงการประชุมที่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มข้าราชการและนักวิชาการ จนมาถึงปี พ.ศ. 2543 ได้เริ่มต้นมีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น มีการสนับสนุนให้มีการทดลองใช้สมัชชาสุขภาพในสังคมไทย โดยการจัดสมัชชาสุขภาพ

เฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกการพัฒนา นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ภาคประชาชน ภาควิชาการและภาคการเมืองได้เข้ามา ร่วมทำงาน โดยมีการสนับสนุนให้เกิดสมัชชาสุขภาพขึ้นอย่างหลากหลายทั่วประเทศ หลังจากที่ได้มี ความพยายามในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยการจัดสมัชชาสุขภาพแล้ว ส่งผลให้เกิดกฎหมายฉบับหนึ่งคือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2553 : 9)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 อย่างเป็นทางการ ข้อเสนอที่ผ่านการ พิจารณาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญ คือ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะรัฐมนตรีมีมติประกาศเป็นนโยบายของรัฐบาล ในขณะเดียวกันได้มีการเตรียมการจัดสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติในครั้งต่อไป การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวง สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตื่นตัวมากขึ้น เพราะสมัชชา สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มาจากความต้องการ ของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง การจัดสมัชชาสุขภาพเป็นการ พัฒนาและยกระดับการทำงาน ของผู้ที่ เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น การพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่าย การพัฒนาการกำหนดประเด็น สาธารณะและการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเป็นต้น ในส่วนของการพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ เฉพาะประเด็น การปรับระบบการทำงานโดยเน้นการพัฒนาสมัชชาสุขภาพในระดับจังหวัด ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกพหุภาคี ระหว่างสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกับภาคีเครือข่ายในจังหวัดเพื่อ ใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาร่วมกัน และสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551 : 18)

หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเพื่อเป็นกลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผ่านกระบวนการถกแถลง ปรีกษาหารือในขั้นตอนของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มาจาก ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคมอย่างแท้จริง ดังนั้น ความคาดหวังและแนวทางการพัฒนาการดูแล สุขภาพทำให้เห็นความพยายามและตั้งใจในสิ่งที่จะทำให้ประชาชนของประเทศมีสุขภาพดี แต่อย่างไรก็ดี ยังมีไม่น้อยที่ระบบการดูแลสุขภาพประชาชนยังมีขีดจำกัดในด้านทรัพยากรต่างๆ ความครอบคลุมของ ระบบประกันสุขภาพในแรงงานและครอบครัวโดยเฉพาะในเขตชนบทกับเขตเมือง ความซับซ้อนในเรื่อง ของชนชั้นในสังคม ระดับของสถานบริการและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมในการ ได้รับบริการสุขภาพ (สุคนธ์ เจียสกุล. 2548 : 21-23) หากย้อนไปดูการดูแลสุขภาพของคนในสังคม นับตั้งแต่สมัยพุทธกาลกับความไม่เท่าเทียมกันในการดูแลสุขภาพของคนในสังคมมีให้เห็นอยู่บ้าง ดังเช่น คนเป็นโรคเรื้อนที่มีนามว่า สุปุพฺพธะที่สมัยนั้นมีความยากจน เป็นคนกำพร้าและขัดสน ไม่สามารถรักษา ตนเองให้หายจากโรคเรื้อนได้ แต่เมื่อเข้าไปเข้าเฝ้าพระพุทธเจ้าเพื่อฟังธรรมจนสามารถบรรลุเป็นพระ โสธำบันได้ในเวลาต่อมา ความไม่เท่าเทียมกันของสุพฺพธะ คือความเท่าเทียมในแง่ของปัจจัยสี่ แต่หาก มองถึงความไม่เท่าเทียมในการปฏิบัติแล้ว สุปุพฺพธะได้รับความเมตตาเท่าเทียมกับภิกษุทุกรูปหรือคน

ทั่วไปในสมัยนั้น (สุชีพ ปุญญานุภาพ. 2539 : 102-104) ครั้นต่อมาเมื่อชีวโกมารภักสำเร็จวิชาแพทย์ จากตักกสิลา ได้ทำการรักษาประชาชนอย่างไม่เลือกชั้นวรรณะ รวมถึงพระพุทธเจ้าด้วย (เกศินี ลิมฺบุญ สืบสาย. 2545 : 6-120) และเหตุการณ์ที่พระพุทธเจ้าให้การช่วยเหลือพระภิกษุอาพาธด้วยโรคท้องเสีย อย่างไม่รังเกียจ ในขณะที่พระรูปอื่นๆ กลับรังเกียจและไม่ให้การช่วยเหลือ นั้นแสดงให้เห็นว่าศาสนาพุทธ สอนให้คนมีจิตใจโอบอ้อมอารี ช่วยเหลือผู้อื่นซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่ตกทอดมายังพุทธศาสนิกชนและคนไทย ในปัจจุบัน (สุชีพ ปุญญานุภาพ. 2539 : 87-88)

พระพุทธศาสนาอยู่คู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับ พระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งได้นำหลักการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา มาเป็นแนวทางแห่งการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางวัฒนธรรม และเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย トラบเท่าทุกวันนี้ คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่ง การดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา (ทินพันธ์ นาคะตะ . 2543 : 4-6) โดยมีพระสงฆ์เป็น สื่อกกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ เพื่อให้จิตใจปลอดโปร่งเบิกบานผ่องใส มีความเจริญงอกงามด้วยศรัทธา ศีล สุตะ จาคะ และปัญญา (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหา จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย. 2539 : 44)

การที่พระสงฆ์จะต้องแยกตัวออกเด็ดขาดจากชุมชนและปลีกตัวอยู่โดยลำพัง เพราะ จุดมุ่งหมายของชีวิตพรหมจรรย์นั้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพระสงฆ์กับสังคมโดยรอบ พร้อมกันนี้ยังถูกรอบด้วยพระธรรมวินัยที่เคร่งครัด การอยู่แบบโดดเดี่ยวของพระสงฆ์ย่อมเกิดความ เสี่ยงหลายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ เพราะพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พระสงฆ์เกือบ 1 ใน 5 เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 (ภัทรพล ต้นเสถียร. 2550 : 37-82) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ (จาริณี ยศ ปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. 2550 : 20-47, เตชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร ไชยสิทธิ์ แพงสร้อย และ อนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง. 2553 : 478-482) สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญ เช่น แกง กะทิ ขาหมู ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ (2552 : 75-89) รายงานว่า พระสงฆ์ร้อยละ 26-38 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 50 ดื่ม กาแฟวันละ 8 ถ้วย และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวันและส่วนใหญ่ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ในขณะที่บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ (2549 : ค, 29-30) รายงานว่าพระสงฆ์มีระดับไขมันใน เลือดสูงร้อยละ 54.5 มีภาวะโรคอ้วนร้อยละ 43.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเป็นบางครั้งร้อยละ 86.7 ส่วน พระสงฆ์ในเขตภาคเหนือ ชอบฉันทอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 60.5 ในด้านของเนวรัตน์ เจริญคำ และคน อื่นๆ (2547 : 1-5) กล่าวว่าพระสงฆ์สูบบุหรี่ในภาพรวมของทั้งประเทศเป็นร้อยละ 24.4 อัตราความ ชุกค่อนข้างสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 40.5 และภาคกลางร้อยละ 40.2 ในด้านปัญหาสุขภาพจิต พระสงฆ์มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุดร้อยละ 50.49 มากกว่าร้อยละ 54.3 พระสงฆ์มีความเครียดสูงกว่าปกติ และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้อง

ได้รับการแก้ไขบำบัด (อัญชลี ประคำทอง และอรพรรณ สุนทวง. 2544 : 58-65) พระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขมีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.63 (สุวิมล พลวรรณ. 2552 : 58-87) และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ (บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ. 2549 : 30)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีนโยบายสนับสนุนวัดทั่วประเทศกว่า 34,000 แห่ง จัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัด เพื่อให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณรเป็นการเฉพาะ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ โดยสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมในวัด (วัดพระธรรมกาย. 2551 : 1) ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (อภาพร เอี่ยมอยู่แท้. 2550 : 1-6) ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) การประเมินสภาวะสุขภาพและการคัดกรองโรค 2) จัดเวทีกินข้อมูลให้แก่ชุมชน 3) จัดทำแผนปฏิบัติงานและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (สมนึก หงส์ยิ้ม และสมภาพ เจริญนท. 2549 : 1-12) รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนควรจะบูรณาการงานร่วมกันด้วย (เกรียงศักดิ์ ธนอัศวนนท์. 2550 : 505-515; ชัยวัฒน์ จิตตพร, ประสงค์ ยมหา และพิภพ เมืองศิริ. 2550 : 385-393) และที่สำคัญต้องผสมผสานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามพุทธวิธีแบบองค์รวม ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ ในมิติของการป้องกันและการรักษา ที่สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม และวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ไทย (ศศิธร เขมาภีรัตน์. 2549 : 5-52) หากสามารถดำเนินการครอบคลุมในทุกพื้นที่ จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีความสุข (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. 2552 : 1)

จากสภาพการณ์และเหตุผลความจำเป็นดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์ เพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถแยกทำเป็นส่วนๆ และต่างคนต่างทำได้ จะต้องเกิดการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง อันจะเป็นประโยชน์และเป็นไปตามวิถีการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนให้ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. 2551 : 1) ซึ่งปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์เป็นปัญหาที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่จะต้องได้รับการแก้ไข และทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรีขึ้น โดยเสนอเป็นนโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนปัญหาดังกล่าวประกอบกับพระสงฆ์เป็นกลุ่มคนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งเรื่องความสะดวกในการเดินทางมาขอรับบริการ ความเฉพาะของความเป็นสงฆ์ที่จะต้องอยู่ในระเบียบวินัยของสงฆ์และเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสถาบันศาสนา หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขของพระสงฆ์ รวมทั้งการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพที่พระสงฆ์ไม่สามารถดูแลตนเองได้

และที่สำคัญที่สุดสังคมจะต้องมีการระในการดูแลพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วยและสูญเสียทรัพยากรของประเทศชาติเป็นจำนวนมาก ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงจำเป็นต้องให้ทุกฝ่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดูแลสุขภาพ ของพระสงฆ์ร่วมกันด้วยความรัก ความเอื้ออาทร และการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อที่จะได้รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เป็นองค์รวมตามที่พึงประสงค์มากที่สุดในอนาคต นอกจากนี้ยังเป็นการนำเอาวัฒนธรรมชุมชนซึ่งเป็น “ทุนทางสังคม” ที่มีคุณค่าและมีประสิทธิภาพที่ยังหลงเหลืออยู่ในชุมชนให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคนและ เป็นพลังชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เกิดความสมดุลและยั่งยืน จึงต้องอาศัยแนวคิด ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติได้จริง และองค์ความรู้ที่หลากหลายควบคู่ไปกับ กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนา คุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ควรมีรูปแบบที่เหมาะสมอย่างไร
3. นโยบายสาธารณะเพื่อการ ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในอนาคต ควรมีเนื้อหาที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ขอบเขตการวิจัยและพัฒนา

1. วิธีวิจัย

ในการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาและจัดเก็บข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) และภาคสนาม (Field Research)

2. เนื้อหาการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเนื้อหาการวิจัยไว้ดังนี้

2.1 สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษา การดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ

2.2 รูปแบบหรือแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้งทางด้าน การดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทาง สิ่งแวดล้อม รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างไร ที่มีความสอดคล้องกับ วิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นและพระธรรมวินัย

2.3 การพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษา องค์ประกอบของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการกำหนดนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

3. พื้นที่วิจัย

เนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท และอ่างทอง

4. ระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม 2554 – ธันวาคม 2557

5. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ประชากรศึกษา ได้แก่ พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่ วัดทุกวัด ผู้อำนวยการสำนักงาน พระพุทธศาสนาจังหวัด นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอและตำบล นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล /ปลัดเทศบาล หรือ อบต. ผู้นำชุมชน หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อมเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชนทั่วไป ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

5.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 96 รูป/คน ดังนี้

5.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 26 คน ดังนี้

- 1) ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด จำนวน 5 คน
- 2) นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 5 คน
- 3) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย จำนวน 1 คน

4) ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค จำนวน 1 คน

5) เจ้าคณะจังหวัด จำนวน 5 รูป

6) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอและตำบล จำนวน 3 คน

7) นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ปลัดเทศบาลหรือ อบต. จำนวน 3 คน

8) ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน

5.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติ (Casual Informant) จำนวน 70 รูป/คน ดังนี้

1) พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ทั่วๆ ละ 2 รูป รวม 30 รูป

2) หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 5 คน

3) หัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน

4) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน

5) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิก อบต./เทศบาล) จำนวน 5 คน

6) ภาคประชาสังคม จำนวน 20 คน

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับนำมาวางแผน กำหนดแนวทาง วิธีการในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

2. เพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์หรือแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ที่มีองค์กรต่างๆ ในชุมชนเป็นผู้กำหนดมาตรการการดำเนินงานร่วมกัน

3. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ได้นำนโยบาย ข้อมูล ยุทธศาสตร์ และองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

สมัชชาสุขภาพ หมายถึง กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม ที่ให้เครือข่ายทั้ง 3 ภาคส่วน อันได้แก่ ภาคการเมือง/ราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคมได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ผ่านการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือการมีสุขภาพ โดยมิเอาฉันทาบริเวณจังหวัดลาพูนเป็นขอบเขตในการดำเนินการ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็

เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี

การดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนร่วมงานหรือของชุมชน โดยรวมถึงความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ตัวอย่างเช่น การแปรงฟัน การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย การดื่มน้ำสะอาด การทำความสะอาดที่พักอาศัย การกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกายทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การควบคุมอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น

การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใดๆ โดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคภัยต่างๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Second Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจเอ็กซเรย์ปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายของการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

การรักษาพยาบาล หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้จากการรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ตัวอย่างเช่น เมื่อมีผู้ป่วยถูกรถยนต์ชนได้รับบาดเจ็บทำให้ขาข้างหนึ่งข้างใดหัก ทำให้เดินไม่ได้ แพทย์ได้ทำการรักษาด้วยการเข้าเฝือกหรือตามด้วยเหล็ก เพื่อประสงคิให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้ ทำกิจส่วนตัวได้ และอยู่ในสังคมได้ในที่สุด

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เป็นการเสริมสร้าง ป้องกันและแก้ไขปัญหาความบกพร่องของร่างกายและจิตใจที่ยังไม่มีหรือสูญหายไป ให้เกิดมีขึ้นจนสามารถเรียนรู้ ปฏิบัติงานและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

การดูแลสุขภาพองค์กรวม หมายถึง การกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ซึ่งการกระทำนั้นอาจเกิดจากบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กรหรือหน่วยงานงานที่มุ่งเห็นผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพใน 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนและเป็นสิ่งที่เกิดจากความเห็นพ้องต้องกันที่จะดำเนินการกิจกรรมนั้นๆ ด้วยกระบวนการที่หน่วยงานภาครัฐให้การส่งเสริม ชัก

นำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทุกระดับให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ให้สามารถมีชีวิตดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม และการดูแลสุขภาพทางด้านสิ่งแวดล้อม

การสุขภาพบาลสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งหมดของมนุษย์ที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการทางด้านสุขภาพร่างกายและการมีชีวิตอยู่รอดของมนุษย์ ที่มีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

รูปแบบ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้งานหรือกิจกรรมที่กำหนดขึ้นดำเนินไปได้ด้วยดีและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตัวอย่างเช่น การนำเอาตาข่ายไนลอนมาซึ่งรอบตึกเพื่อป้องกันนกพิราบ เป็นต้น

รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในมิติองค์รวม ได้แก่ การดูแลสุขภาพทางกาย การดูแลสุขภาพทางจิตใจ การดูแลสุขภาพทางสังคม และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง พื้นที่ที่มีจังหวัดต่างๆ ตั้งอยู่ในส่วนที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรีรับผิดชอบในการดำเนินงาน จำนวน 5 จังหวัด คือ จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท และอ่างทอง

กรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนา

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

พระพุทธศาสนาอยู่คู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 4-6) โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ เพื่อให้จิตใจปลอดโปร่งเบิกบาน ผ่องใส มีความเจริญองงามด้วยศรัทธา ศีล สุตะ จาคะ และปัญญา (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2539 : 44)

การที่พระสงฆ์จะต้องแยกตัวออก เพื่ออยู่แบบโดดเดี่ยวของพระสงฆ์ย่อมเกิดความเสียหายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ เพราะพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พระสงฆ์เกือบ 1 ใน 5 เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 (ภัทรพล ต้นเสถียร. 2550 : 37-82) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ (จาริณี ยศปัญญา และ

วันเพ็ญ ศิวารมย์. 2550 : 20-47, เดชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร โฆสิต แพงสร้อย และอนงค์ฤทธิ์
 แข็งแรง. 2553 : 478-482) สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญ เช่น แกงกะทิ ขาหมู
 ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ (2552 : 75-89)
 รายงานว่า พระสงฆ์ร้อยละ 26-38 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 50 ดื่มน้ำหวาน 8 แก้ว
 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวันและส่วนใหญ่ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ในขณะที่
 บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ (2549 : ค, 29-30) รายงานว่าพระสงฆ์มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อย
 ละ 54.5 มีภาวะโรคอ้วนร้อยละ 43.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเป็นบางครั้งร้อยละ 86.7 ส่วนพระสงฆ์ใน
 เขตภาคเหนือ ชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 60.5 ในด้านของเนาวรัตน์ เจริญค้า และคนอื่นๆ (2547
 : 1-5) กล่าวว่าพระสงฆ์สูบบุหรี่ในภาพรวมของทั้งประเทศเป็นร้อยละ 24.4 อัตราความชุกค่อนข้างสูงใน
 ภาคตะวันออกร้อยละ 40.5 และภาคกลางร้อยละ 40.2 ในด้านปัญหาสุขภาพจิต พระสงฆ์มีปัญหา
 ทางด้านพฤติกรรมและมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุดร้อยละ 50.49 มากกว่าร้อยละ 54.3
 พระสงฆ์มีความเครียดสูงกว่าปกติ และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัด
 (อัญชลี ประคำทอง และอรพรรณ สุนทวง. 2544 : 58-65) พระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาที่สถานบริการ
 สาธารณสุขมีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.63 (สุวิมล พลวรรณ. 2552 : 58-87) และส่วนใหญ่มีการออก
 กำลังกายไม่เพียงพอ (บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ. 2549 : 30)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีนโยบาย
 สนับสนุนวัดทั่วประเทศกว่า 34,000 แห่ง จัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัด เพื่อให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุ
 สามเณรเป็นการเฉพาะ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ โดยสนับสนุนเครื่องวัดความ
 ดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด
 (วัดพระธรรมกาย. 2551 : 1) ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (อาภาพร
 เอี่ยมอยู่แท้. 2550 : 1-6) และที่สำคัญต้องผสมผสานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามพุทธวิธีแบบองค์รวม
 ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ ในมิติของการป้องกันและการรักษา ที่สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม และวัตร
 ปฏิบัติของพระสงฆ์ไทย (ศศิธร เขมาภิรัตน์. 2549 : 5-52)

การดูแลสุขภาพในสมัยพุทธกาลเชื่อได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งโรคทางกาย โรค
 ทางจิต (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต (ไทย) เล่มที่ 21 ข้อที่ 157 : 217) วิธีการรักษา
 โรคที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีทั้งการใช้เภสัชสมุนไพร (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5
 (ไทย) ข้อที่ 260 : 43-44) พระพุทธเจ้าทรงยึดถือมาโดยตลอดพระชนมชีพ คือการฉันอาหารมื้อเดียว
 (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 225 : 236) การรู้จักประมาณใน
 โภชนะ (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 422 : 456) ไม่ส่งเสริมการดื่ม
 สุราและเมรัย (พระสุตตันตปิฎก. ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค เล่มที่ 11 (ไทย) ข้อที่ 248 : 202-203) แนะนำ
 การออกกำลังกายด้วยการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น การนั่ง การเดิน การยืน การนอน โดยเฉพาะการเดิน ถือ
 เป็นวัตรปฏิบัติที่ภิกษุจะต้องทำเป็นประจำ ก็คือ การเดินบิณฑบาต ในเวลาเช้าของทุกวัน (พระ

สุดตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค เล่มที่ 15 (ไทย) ข้อที่ 198 : 285-286) และการอนุญาตเรือนไฟ และที่จ้งกรม การดูแลสุขภาพจิต พระองค์ทรงเน้นวิธีปฏิบัติตามหลัก อนัตตลักษณะสูตร (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 1 เล่มที่ 4 (ไทย) ข้อที่ 20-24 : 27-31) การดูแลธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พระพุทธเจ้า ทรงบัญญัติข้อห้ามไม่ให้ภิกษุทำลายธรรมชาติ (พระวินัยปิฎก มหาวิวงศ์ ภาค 2 เล่มที่ 2 (ไทย) ข้อที่ 136 : 310-311) ห้ามภิกษุถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ บ้วนน้ำลายลงบนพืชและในน้ำ (พระวินัยปิฎก มหาวิวงศ์ ภาค 2 เล่มที่ 2 (ไทย) ข้อที่ 652 : 732) ที่พักอาศัยต้องไม่ให้น้ำท่วมถึง แข็งแรง ปลอดภัย มิดชิด ปลอดภัยจากสัตว์พิษ หลังคาเกินฝนได้ มีห้องส้วม ห้องน้ำ ห้องครัว เป็นต้น (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 300 : 103-109) มีการจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 258 - 259 : 31-33) การกำจัดสิ่งปฏิกูล ให้มีที่ถ่ายปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 290 : 74-75) (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 291 : 75-76) การดูแลความสะอาดของวิหาร ที่พักอาศัย ข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ ด้วยการทำความสะอาด ขำระล้าง ทำให้แห้ง และเก็บในที่ที่เป็นระเบียบมิดชิด (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 370-372 : 238-241) ทรงอนุญาตให้มีหอน้ำ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 301 : 105-107) การป้องกันสัตว์นำโรค ทรงอนุญาตสัปปัตตุง 3 ชนิด คือ สัปปอ สัปปแฝก สัปนนกยุง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 296 : 54) และยังทรงอนุญาตกุกัณยุง ซึ่งทำด้วยจีวรเพื่อป้องกันยุง ปัจจุบันคือมุ้งกันยุง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์เมื่อยามเจ็บป่วย พระพุทธเจ้าได้บัญญัติการดูแลภิกษุด้วยกันแล้ว การเสด็จออกเยี่ยมภิกษุอาพาธ เป็นการเพิ่มกำลังใจและเป็นการฟื้นฟูจิตใจที่จะส่งผลต่อการอาพาธให้หายเร็วยิ่งขึ้น การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของประชาชนในสมัยพุทธกาล ส่วนใหญ่ถวายสิ่งของและมีส่วนช่วยส่วนร่วมในการส่งเสริมเชิดชูพระศาสนา (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 243-245 : 1-8)

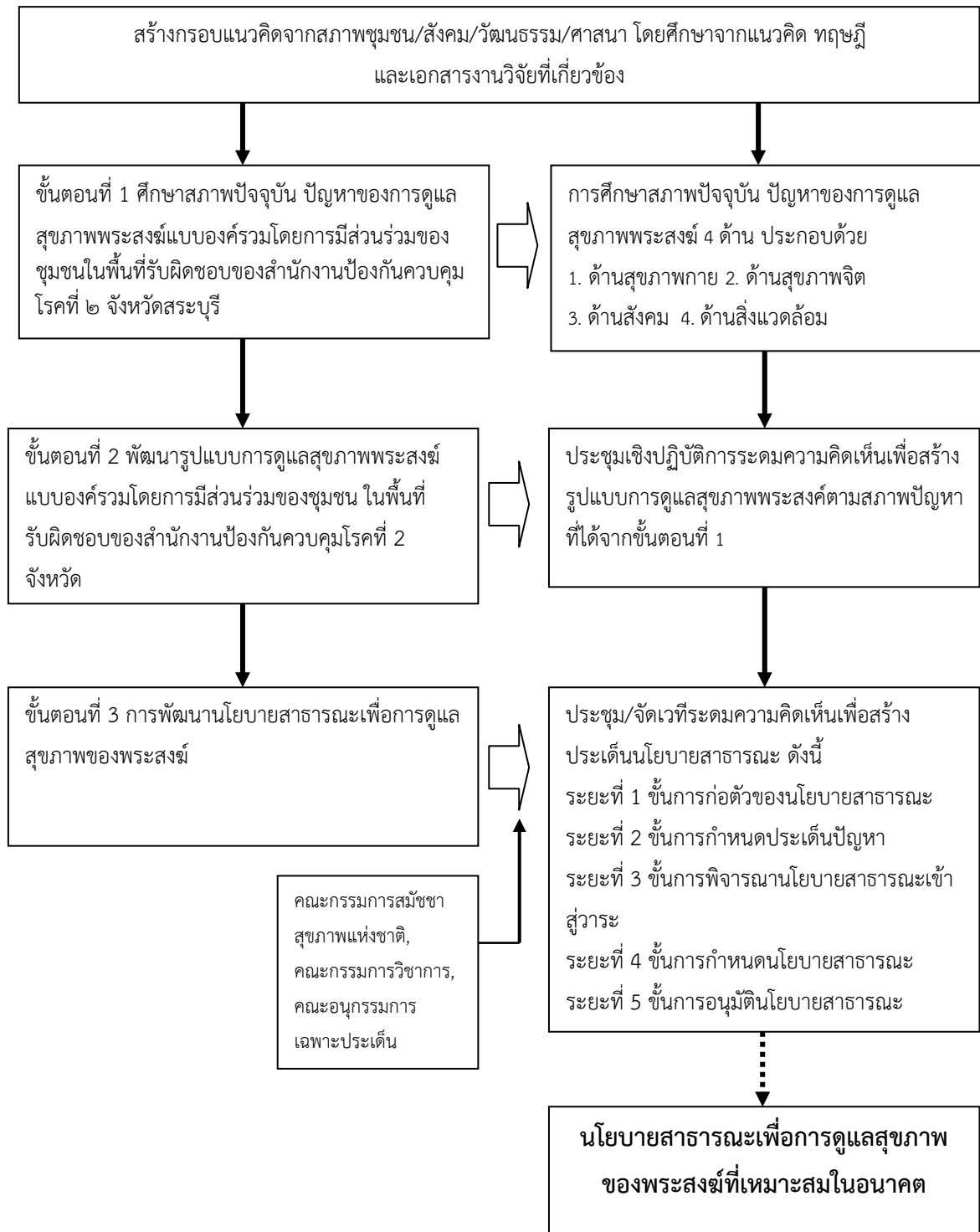
“นโยบายสาธารณะ” เป็นการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าตามอำนาจหน้าที่แก่สังคมทั้งหมด อีสตัน (Easton, 1953 อ้างใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) เป็นกิจกรรมหรือแนวทางต่างๆที่รัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาโดยจะเลือกทำหรือไม่ทำก็ได้ ชาร์คานสกี (Sharkansky, 1970 อ้างใน ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2551: 2) โดยมีความมุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหา ป้องกันปัญหา รวมทั้งให้เกิดสภาพการณ์ต่างๆที่พึงประสงค์ขึ้นในสังคม ธเนศวร์ เจริญเมือง (2547: 2-3)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพหรือสุขภาวะ เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ ที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ กระบวนการนโยบายสาธารณะ สามารถสรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Public Policy Formation) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public Policy Decision Making) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public Policy

Implementation) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินนโยบายสาธารณะ (Public Policy Evaluation) ขั้นตอนที่ 5 ขั้นยุตินโยบายสาธารณะ (Public Policy Succession or Termination) ดาย (Dye,1978 อ้างใน สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2546: 229) ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2546: 4) นโยบายที่รัฐบาลจะต้องไม่ติดยึดกับแนวคิดของตนเอง แต่จะต้องแบ่งปันความคิดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วย (เดชรัต สุขกำเนิด, 2547 :17) หรือที่เรียกว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบถกแถลง (Deliberative Model) (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2554 : 3)

จากสภาพการณ์และเหตุผลความจำเป็นดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรีขึ้น ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา



ภาพ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Conceptual Framework)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษา รวบรวมข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งในเชิงกว้างและเฉพาะกับการดูแลสุขภาพตนเอง พระสงฆ์ ตลอดจนการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดนโยบายสาธารณะ
2. การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ
3. สมัชชาสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
4. ความสำคัญของสถาบันพระพุทธศาสนา พระภิกษุสงฆ์ และวัดที่มีต่อสังคมไทย
5. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาล
6. แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
7. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 8 . งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย
 - 8.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แนวคิดนโยบายสาธารณะ

1. ความหมายของนโยบายสาธารณะ

จากการศึกษาความหมายของนโยบายสาธารณะจากนักวิชาการหลายๆ ท่าน ไม่ว่าจะเป็น นักวิชาการต่างประเทศและนักวิชาการไทย ต่างมีทัศนะที่ทั้งแตกต่างและคล้ายคลึงกัน ดังนี้

อีสตัน (Easton, 1953 อ้างใน เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) นิยามว่า “นโยบายสาธารณะ” เป็นการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าตามอำนาจหน้าที่แก่สังคมทั้งหมด ซึ่งในที่นี้เน้นเฉพาะ “การใช้อำนาจหน้าที่” และ”การกระทำต่อสังคมทั้งหมด” แต่ก็ได้ไม่ได้หมายความว่าทุกอย่างที่รัฐบาลทำจะเป็นการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าเสมอไป

ชาร์คานสกี (Sharkansky, 1970 อ้างใน ธนยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2551: 2) นิยามความหมายของนโยบายสาธารณะไว้สั้นๆว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่รัฐบาลกระทำ ซึ่งจากคำนิยามดังกล่าว ชาร์คานสกี ได้ อธิบายเพิ่มเติมว่ากิจกรรมที่รัฐบาลกระทำอันจัดเป็นนโยบายสาธารณะดังกล่าวได้ครอบคลุมถึงเรื่องต่างๆ ได้แก่ ประการแรก การจัดบริการสาธารณะแก่ประชาชน เช่น การศึกษา สวัสดิการ สาธารณะ การคมนาคมขนส่ง เป็นต้น ประการที่สอง การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ประการที่สาม การจัดงานฉลองเนื่องในวาระสำคัญที่เป็นสัญลักษณ์ของประเทศและประการสุดท้าย การควบคุม

กระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมืองอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการในการเสนอร่างกฎหมาย การแก้ไขรัฐธรรมนูญ การสถาปนาความสัมพันธ์ทางการทูตและการตัดความสัมพันธ์ทางการทูตกับประเทศอื่น เป็นต้น

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975: 70 อ้างในธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546: 146) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นหรืออีกนัยหนึ่ง นโยบายสาธารณะคือ แนวทางที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา

ดาย (Dye, 1978 : 1 อ้างใน สมบัติ ธารงธัญวงศ์, 2546: 229) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะหมายถึง กิจกรรมที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ

ความหมายของนโยบายสาธารณะตามทัศนะของนักวิชาการไทย

ศุภชัย ยาวะประภาษ (2545: 3) นิยามนโยบายสาธารณะว่า เป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมที่ผ่านมาในอดีต กิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบันและกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2550: 4) ได้นิยามความหมายไว้ว่า นโยบายสาธารณะเป็นแนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลตั้งใจจะทำ ซึ่งต้องเลือกทางเลือกและอาจกำหนดแยกย่อยออกมาเป็นแผนงานและโครงการ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาสาธารณะหรือจัดการกับปัญหาสาธารณะกับปัญหาสาธารณะ เพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะร่วมกัน ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ เป็นการนำความคิดและความรู้ที่มีเหตุผลและเป็นไปได้ เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาหรือจัดการกับปัญหาสาธารณะ เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ ปทัสถานและวิธีปฏิบัติเพื่อการตัดสินใจ และการปฏิบัติของรัฐบาล เป็นการกำหนดแนวทางในอนาคต โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ไม่แน่นอนและพยายามพยากรณ์เอาไว้ล่วงหน้า เน้นที่เป้าหมาย วัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ เงื่อนไขและผลลัพธ์และพยายามที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะ

วรเดช จันทรศร (2551: 1) ได้ให้ความหมายไว้ว่า นโยบายสาธารณะเป็นเสมือนกลไกหลักสำคัญในการดำเนินงานของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทุกแห่ง ด้วยเหตุที่นโยบายเป็น “กิจกรรมต่างๆ ที่รัฐบาลจัดทำขึ้น” หรือ “แผนงานหรือโครงการ” หรือ “แนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐได้กำหนดขึ้น” เพื่อเจตนาในการแก้ไขปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2551: 4) มีทัศนะว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลในการเลือกแนวทางที่พึงประสงค์ เพื่อจะได้นำมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล โดยมีความมุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหา ป้องกันปัญหา รวมทั้งให้เกิดสภาพการณ์ต่างๆที่พึงประสงค์ขึ้นในสังคม

ธเนศวร์ เจริญเมือง (2547: 2-3) ได้นิยามว่า นโยบาย คือ สิ่งใดที่รัฐบาลตัดสินใจที่จะลงมือทำหรือไม่ทำ และมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม ทั้งนี้อาจไม่ใช่สิ่งที่รัฐบาลคิดและตัดสินใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่างๆ

จากทัศนะของนักวิชาการที่ได้กล่าวมา ความหมายของนโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลในการดำเนินกิจกรรมหรือไม่ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณะโดยรัฐบาลอาจเป็น

ผู้ดำเนินการเองหรือให้ตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ส่วนทัศนะของนักวิชาการไทยนั้นสรุปได้ คือ นโยบายสาธารณะเป็นการกระทำของรัฐบาลในเรื่องการตัดสินใจในการดำเนินการหรือเลือกที่จะไม่ดำเนินการทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงวิธีการบรรลุเป้าหมายด้วย

จากทัศนะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงนโยบายสาธารณะที่ไม่ได้เป็นผลผลิตของรัฐบาลเท่านั้น หากแต่เกิดจากสังคมด้วย เพราะคำว่า “สาธารณะ” ไม่ได้หมายถึงผลที่เกิดขึ้นกับสาธารณะเท่านั้น แต่ยังหมายถึงสาธารณะในฐานะที่เป็นที่มาของนโยบายหรือในฐานะ ผู้กำหนดทิศทางและแนวทางในการปฏิบัติเรื่องนั้นๆ ดังนั้น เอกชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชนหรือภาคประชาชน ล้วนแต่มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะทั้งสิ้น

2. กระบวนการนโยบายสาธารณะ

ดาย (Dye, 1978 อ้างใน สมบัติ อารังธัญวงศ์, 2546: 229) ได้ศึกษาตัวแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะและกำหนดไว้เป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจำแนกลักษณะปัญหา (Problem Identification) หมายถึง การพิจารณาข้อเรียกร้องหรือความต้องการของประชาชนให้รัฐบาลแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำทางเลือกนโยบาย (Policy Alternative) หรือข้อเสนอโยบาย (Policy Proposal) เมื่อนำข้อมูลปัญหา นโยบายมาวิเคราะห์และพิจารณาจัดลำดับความสำคัญแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการกำหนดวาระสำหรับการอภิปรายนโยบาย เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ได้ผล โดยต้องพิจารณาทางเลือกไว้หลายๆทางและนำทางเลือกมาวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ตลอดจนความคุ้มค่าในด้านต้นทุนและผลประโยชน์ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความเห็นชอบนโยบาย (Policy Adoption or Approvals) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญของผู้ตัดสินใจวางนโยบายว่าจะตัดสินใจเลือกไปในทางใด โดยจะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจเลือกว่าจะสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนหรือไม่และจะสามารถนำไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้เพียงใดและจำเป็นต้องแสวงหาการสนับสนุนจากการเมืองใดบ้าง เพื่อให้เลือกนโยบายที่ได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่าย

ขั้นตอนที่ 4 การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) เป็นการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหรือจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบขึ้นใหม่ในกรณีที่ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบอยู่ก่อน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณและบริการที่จำเป็น เพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินนโยบาย (Policy Evaluation) เป็นการศึกษาการดำเนินการของโครงการ การประเมินผลสิ่งแวดลอมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ประเมินผลปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลผลิตและผลกระทบที่มีต่อกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งให้ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2546: 4) ได้แบ่งกระบวนการนโยบายออกเป็น 5 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ

- ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Public Policy Formation)
- ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public Policy Decision Making)
- ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation)
- ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินนโยบายสาธารณะ (Public Policy Evaluation)
- ขั้นตอนที่ 5 ขั้นยุตินโยบายสาธารณะ (Public Policy Succession or Termination)

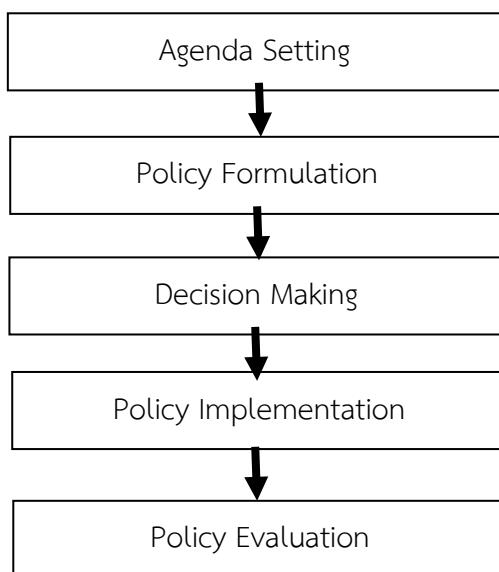
โดยสรุปแล้ว จะเห็นได้ว่าในทัศนะของนักวิชาการ ได้มีการจัดแบ่งขั้นตอนของกระบวนการนโยบายสาธารณะส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ในขั้นตอนการดำเนินการหลัก แต่แตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งเป็นขั้นตอนย่อยๆ ในกิจกรรมหลัก จึงได้แบ่งกระบวนการนโยบายสาธารณะ ออกเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการกำหนดนโยบาย (Public Policy Making) ขั้นตอนนี้จะรวมถึงการก่อตัวนโยบาย การระบุปัญหา การพัฒนาทางเลือก และการเสนอทางเลือกที่เหมาะสม การตัดสินใจจนถึงการกำหนดเป็นนโยบายหรือยุตินโยบายนั้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation) ขั้นตอนนี้จะครอบคลุมการแปรความหมาย การรวบรวมทรัพยากร การวางแผน การจัดองค์กร และการดำเนินการตามนโยบาย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการประเมินผลนโยบาย (Public Policy Evaluation) เป็นการนำผลการประเมินไปใช้ซึ่งอาจส่งผลไปสู่การยุติหรือการปรับเปลี่ยนนโยบายในที่สุด

จากตัวแบบของกระบวนการนโยบายสาธารณะของนักวิชาการหลายท่าน ล้วนเป็นไปตามฐานคติของรัฐประศาสนศาสตร์กระแสหลัก อันเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรง (Linear Model of Public Policy) ที่มีลักษณะเป็นลำดับขั้นตอน โดยเริ่มต้นจาก ขั้นการกำหนดวาระในการตัดสินใจหรือการกำหนดประเด็นปัญหาในการตัดสินใจ (Agenda Setting) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้กำหนดนโยบายเริ่มเห็นความสำคัญหรือความจำเป็น ในการมีนโยบายดังกล่าว จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Formulation) ซึ่งมักจะประกอบด้วยขั้นตอนย่อย เช่น การพัฒนาทางเลือกเชิงนโยบาย การเปรียบเทียบทางเลือกและการประเมินผลกระทบของทางเลือกเชิงนโยบายต่างๆ ก่อนที่จะได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่คิดว่าเหมาะสมที่สุดเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตัดสินใจ (Decision Making) ของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจต่อไป และเมื่อมีการตัดสินใจไปแล้วก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการดำเนินการ (Policy Implementation) ที่เป็นการแปลงข้อเสนอเชิงนโยบายลงสู่การปฏิบัติก่อนจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผล (Policy Evaluation) ในที่สุด (Howlett M. and Ramesh, 1995 อ้างในสุรศักดิ์ บุญเทียน, 2549: 33)



ภาพ 2.1 กรอบกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรงของ Howlett M. and Ramesh

ที่มา : Howlett M. and Ramesh, 1995 (อ้างในสุรศักดิ์ บุญเทียน, 2549: 34)

ในทางปฏิบัติ ขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้อาจได้รับการพัฒนาเป็นขั้นตอนหรือกระบวนการย่อยๆ ที่จำเพาะเจาะจงลงไปอีกมากมาย เราสามารถสรุปการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายแบบเส้นตรงว่ามีลักษณะเฉพาะคือ สามารถมองกระบวนการนโยบายเป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปลำดับขั้นตอนเหล่านี้ มักมีการรับรองตามกฎหมายหรือตามแบบแผนปฏิบัติของหน่วยงานราชการหรือวิชาชีพโดยเชื่อว่า จะสามารถที่จะใช้วิชาการและความรู้ในกระบวนการตัดสินใจได้อย่างเต็มที่และมีการพัฒนาเครื่องมือต่างๆ มากมาย เช่น การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการนโยบายจึงต้องใช้ความรู้ทางวิชาการที่ได้รับการยอมรับ ภายใต้กระบวนการที่มีอยู่เป็นหลักสำคัญ (สุรศักดิ์ บุญเทียน, 2549: 34)

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรงตามกระแสหลักของกระบวนการนโยบายในปัจจุบันนั้นมองนโยบายสาธารณะจำกัดในแง่ที่ว่า กระบวนการจะต้องเป็นไปตามลำดับขั้นตอน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเนื่องจากกระบวนการนโยบายมิได้ดำเนินการไปตามข้อกำหนดพื้นฐานหรือไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตอน ไม่มีอิสระในการใช้ความรู้ในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งมักไม่ค่อยสอดคล้องกับความเป็นจริงและไม่ค่อยมีประสิทธิภาพในการผลักดันนโยบายมากนัก นอกจากนั้น การประเมินผลนโยบายมักไม่ได้เกิดขึ้นจริงเนื่องจากประเด็นเชิงนโยบายมักมีเงื่อนไขทางการเมือง อีกทั้งยังถูกมองว่ากระบวนการนโยบายดังกล่าวเกิดขึ้นดำรงอยู่เฉพาะแต่พื้นที่การเมือง คือ ในรัฐสภา คณะรัฐมนตรี สถาบันทางการเมืองที่เป็นทางการ เป็นต้น

ทั้งนี้กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรงยังคงประโยชน์และมีความจำเป็นในการทำ ความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจที่เป็นทางการของรัฐ ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยทำให้เรื่องเวลาและ มิติหรือเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจแต่ละครั้งหรือแต่ละขั้นตอน อันเป็นจุดต่อเชื่อมทางนโยบาย เศรษฐ ศุภกานิต (2547 :17) ได้ให้ข้อเสนอในการประยุกต์ใช้กระบวนการนโยบายแบบเส้นตรง ว่า รัฐบาลและผู้กำหนดการตัดสินใจก็มักจะกล่าวอ้างถึงเหตุผลและความชอบธรรมในการตัดสินใจของ ตนเอง โดยเทียบเคียงกับกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบเส้นตรงดังนั้น ผู้วิเคราะห์นโยบายจึงไม่ควร ละเลยการวิเคราะห์กรอบนโยบายแบบเส้นตรง แต่ก็ไม่ควรเชื่อว่า กระบวนการดังกล่าวจะเป็น กระบวนการที่เป็นทางการใช้เหตุผลบริสุทธิ์และไม่ควรคิดว่าตนเองจะสามารถดำเนินการผลักดันนโยบาย ได้โดยเหตุผลที่ดีกว่า ตามกระบวนการนโยบายแบบเส้นตรงแต่เพียงอย่างเดียว

ในปัจจุบันท่ามกลางบริบทของสังคมโลกาภิวัตน์ ระบบการเมืองแบบดั้งเดิมที่กระบวนการ นโยบายสาธารณะมีจุดเน้นอยู่ที่รัฐและสถาบัน กระบวนการทางการเมืองที่เป็นทางการ การตัดสินใจแบบ รวมศูนย์อำนาจและการวิเคราะห์หาทางเลือกนโยบายที่ดี รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของนโยบายโดยผู้รู้ นักเทคนิควิเคราะห์นโยบาย จึงไม่เพียงพอที่จะจัดการชีวิตสาธารณะของผู้คนที่เปลี่ยนแปลงและซับซ้อน มากขึ้นอย่างในสังคมไทยปัจจุบัน ฐานคติของรัฐประศาสนศาสตร์แนวใหม่ จึงหันมาเน้นเรื่องการสร้าง ทางเลือกและการจัดการชีวิตสาธารณะในระดับท้องถิ่นชุมชน

ในมิติเช่นนี้ นโยบายสาธารณะจึงไม่ได้เป็นการผลักดันให้รัฐทำหรือไม่ทำอะไรเพื่อให้มีชีวิต สาธารณะที่ดี แต่คือ การขอมีส่วนร่วมในการกำหนดชีวิตตัวเองในบางด้าน ให้รัฐหันมารับรองโลกชีวิต ทิศทางของชีวิตสาธารณะที่ผู้คนในสังคมจัดการกันเองเหล่านั้น จึงนำมาสู่การตั้งคำถามและเรียกร้องให้ ทบทวนแนวทางการวิเคราะห์นโยบายแบบเส้นตรงหรือบนลงล่างที่แข็งตัว และการวิเคราะห์นโยบายใน พื้นที่นอกเหนือรัฐ ระบบการเมืองปกติและกลไกทางการเมืองที่เป็นทางการ แนวทางดังกล่าวคือ กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบถกแถลง (Deliberative Model) ซึ่งเปลี่ยนนิยามความหมายของ นโยบายสาธารณะจากที่เป็น “ประกาศของรัฐ” มาสู่ “ทิศทางและความมุ่งหวังของชุมชนหรือสังคม” เสมือนหนึ่งอุดมการณ์ของสังคมที่มาจากสาธารณะ อันเกิดจากการกำหนดแนวทางแห่งชีวิตสาธารณะของ ผู้คนในสังคมเอง (ประภาส ปันตบแต่ง, 2554 : 3)

3. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ขั้นแรกของกระบวนการคือการกำหนดนโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่รัฐบาลหรือองค์กรใดๆก็ตามที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ได้ทำการตัดสินใจ ประการใดประการหนึ่ง เพื่อแก้ไขปัญหาที่สังคมกำลังเผชิญอยู่หรือเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น รวมถึงการมุ่งหวังที่จะสร้างสภาพการณ์ที่พึงประสงค์ขึ้นในสังคม ซึ่งกระบวนการกำหนดนโยบายนั้น มี นักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงขั้นตอนของกระบวนการดังนี้

ชมิทธ์ และคณะ (Schmidt, et. al.,1997 อ้างใน ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546: 146) ได้ศึกษา กระบวนการกำหนดนโยบายของสหรัฐอเมริกา พบว่ามี 5 ขั้นตอนได้แก่ วาระการก่อตัวหรือการนำเสนอ

ปัญหาเข้าสู่การพิจารณา (Agenda Setting) วาระการพิจารณานโยบาย (Agenda Formulation) วาระการอนุมัตินโยบาย (Agenda Adoption)

ศุภชัย ยาวะประภาษ (2545: 37) ได้กล่าวถึงกระบวนการกำหนดนโยบายว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆที่สำคัญและเกี่ยวเนื่องกันหลายประการ ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา การพัฒนาทางเลือกและการเสนอทางเลือก

ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2546: 146) กล่าวถึงกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะว่าหากพิจารณาเฉพาะขั้นตอนของการกำหนดเป็นนโยบายพบว่า มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การก่อตัวของนโยบาย การเตรียมร่างข้อเสนอ การตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายและการประกาศใช้นโยบาย

จากทัศนะของนักวิชาการข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นกระบวนการอันได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ โดยมีขั้นตอนคือ การก่อตัวของนโยบาย การเตรียมร่างข้อเสนอ นโยบาย การตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบาย และประกาศใช้นโยบาย ดังมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การก่อตัวของนโยบาย

การก่อตัวของนโยบาย หมายถึง การนำประเด็นปัญหาสาธารณะบางประการที่ได้รับการยอมรับเข้าสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบายเพื่อนำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในลำดับต่อไป ปัญหาตามความหมายในเชิงนโยบายนั้นหมายถึงสภาพที่ก่อให้เกิดความต้องการ ความขาดแคลนหรือความไม่พอใจ ซึ่งส่งผลให้มีการแสวงหาแนวทางแก้ไขโดยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ (Anderson, 1984: 44-45 อ้างในธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546: 146) ซึ่งปัญหาตามความหมายของนโยบายย่อมต้องเป็นปัญหาของสังคมโดยส่วนร่วมหรือมีผลกระทบต่อสาธารณะ ที่เรียกว่าปัญหาสาธารณะ (Public Problems) กล่าวคือ ต้องเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อคนจำนวนมากทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อม โดยบุคคลเหล่านี้จะต้องมีความเห็นร่วมกันว่าควรแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และปัญหาดังกล่าวจะถูกยกระดับเป็นปัญหาเชิงนโยบายต่อไป

ปัญหาเชิงนโยบายหรือปัญหานโยบาย เป็นสิ่งที่ยากแก่การกำหนดแน่นอน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วปัญหานโยบายจะมีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ

1. ความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ปัญหานโยบายในเรื่องหนึ่งๆมักไม่สามารถพิจารณาแยกเด็ดขาดจากปัญหาอื่นๆ เนื่องจากมักเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับปัญหานโยบายอื่นๆ ตลอดเวลา การพิจารณาปัญหานโยบายจึงต้องพิจารณาในลักษณะภาพรวมมากกว่าแยกที่ละปัญหา
2. ความเป็นอັນัยของปัญหา ปัญหานโยบายจะมีมากขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัญหาของผู้กำหนดนโยบาย สิ่งที่บางคนเห็นว่าเป็นปัญหา อีกคนอาจเห็นว่าไม่ใช่ปัญหา เป็นต้น
3. ความไม่มีตัวตนแท้จริงของปัญหา ปัญหานโยบายขึ้นอยู่กับการรับรู้และการนิยามของแต่ละกลุ่มบุคคล ดังนั้นจึงย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามอัตวิสัยของผู้กำหนด ไม่มีตัวตนที่แท้จริง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้กำหนด ปัญหานโยบายจะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

4. ความเป็นพลวัตของปัญหา ปัญหานโยบายเปลี่ยนแปลง ทางแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลง ปัญหานโยบายจึงมีลักษณะไม่คงที่ โดยทั่วไปการแก้ปัญหาที่ถาวรจึงไม่เพียงแต่แก้ปัญหาหนึ่งซึ่งอาจก่อให้เกิดอีกปัญหาหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาเดิมที่เปลี่ยนสภาพไป ความเป็นพลวัตจึงเป็นเอกลักษณ์หนึ่งของปัญหา นโยบาย (ศุภชัย ยาวะประภาฯ, 2545: 39-40)

ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2546: 149) ได้สรุปลักษณะของปัญหาเชิงนโยบายไว้ดังนี้

1. ปัญหาเชิงนโยบายของสังคมโดยทั่วไป กล่าวคือเป็นประเด็นปัญหาที่สมาชิกโดยทั่วไปของสังคมยอมรับว่าเหมาะสมที่จะได้รับความสนใจและเกี่ยวข้องกับงานที่อยู่ภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของรัฐ อันถือเป็นปัญหาของส่วนรวม ปัญหาเชิงนโยบายประเภทนี้เป็นปัญหาในระดับกว้าง ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่รัฐบาลกำลังจะนำไปแก้ไขหรือได้มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว

2. ปัญหาเชิงนโยบายที่เป็นทางการ หรือเกี่ยวข้องกับสถาบันของรัฐโดยตรง เป็นกลุ่มปัญหาเชิงนโยบายที่รัฐบาลหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจตามกฎหมายให้ความสนใจที่จะดำเนินการอย่างจริงจัง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมข้อเสนอร่างนโยบาย

สำหรับขั้นตอนการเตรียมร่างนโยบาย ประกอบไปด้วย กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. การวางข้อกำหนด เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของนโยบาย กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ผู้ที่มีหน้าที่เตรียมเสนอร่างนโยบายจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายให้ชัดเจนครอบคลุม สามารถวัดได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2. การเสนอทางเลือก “ทางเลือก” (Alternative) หมายถึง หนทางหรือวิธีการที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งทางเลือกของนโยบายแต่ละทางเลือกจะต้องมีเนื้อหา สาธาระ และเหตุผลเป็นของตัวเอง หลักการและเหตุผลดังกล่าวนั้น สามารถประมวลได้จากสมมติฐานที่เชื่อถือได้ และมีข้อมูลสนับสนุนที่มั่นคง เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ย่อมหาได้จากเอกสารรายงานสำคัญ ๆ และผลงานวิจัยของนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทางเลือกที่ดีควรมีอย่างน้อย 2 ทางเลือกขึ้นไป และจะต้องมีการวิเคราะห์แต่ละทางเลือกให้ชัดเจนถึงผลดีผลเสีย หรือข้อเด่น ข้อด้อยของแต่ละทางเลือก เพื่อนำมาพิจารณาเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดหรือทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเรียกว่า “การกลั่นกรองทางเลือก” (Screening The Alternative) เพื่อตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายต่อไป

3. การจัดทำร่างนโยบาย เมื่อผู้กำหนดนโยบายพิจารณาเลือกทางเลือกที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดได้แล้ว ก็จะนำทางเลือกนั้นมากำหนดเป็นนโยบาย โดยจะมอบหมายให้ผู้ที่เกี่ยวข้องจัดทำเป็นร่างนโยบายเสียก่อน ซึ่งการจัดทำร่างนโยบายควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผลจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ แนวทางและมาตรการ วิธีการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบที่จะดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนด โดยต้องเขียนร่างนโยบายให้ชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และจัดทำเป็นเอกสารเพื่อเสนอผู้มีอำนาจตัดสินใจอนุมัติและประกาศเป็นนโยบายต่อไป (สมพิศ สุขแสน (ม.ป.ป.)

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบาย

หลังจากที่ได้มีการเตรียมข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว จะต้องผ่านขั้นตอนที่สำคัญคือ ขั้นตอนการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้มีอำนาจกำหนดนโยบายจำเป็นต้องคัดเลือกข้อเสนอที่เหมาะสมที่สุด โดยมักใช้เกณฑ์การเลือกตามกระบวนการแก้ปัญหา ดังนี้

1. ทางเลือกดังกล่าวต้องเป็นข้อเสนอที่จะแก้ไขปัญหาได้ดีที่สุด
2. ทางเลือกดังกล่าวจะต้องมีความเป็นไปได้มากที่สุด
3. ทางเลือกดังกล่าวจะต้องอยู่ในขอบเขตแห่งบทบาทและอำนาจหน้าที่ที่ทำได้กิจกรรมใน

ขั้นตอนดังกล่าว

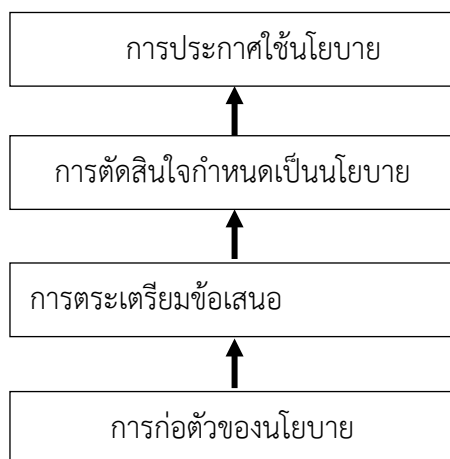
ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องทำการตัดสินใจเพื่อคัดเลือกนโยบาย แม้ว่าจะมีเกณฑ์ดังกล่าวเป็นแนวทางในการตัดสินใจก็ตาม วิธีการตัดสินใจของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไป (ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546: 162) โดยมีรายละเอียดของการตัดสินใจการคัดเลือกข้อเสนอในนโยบาย ในขั้นตอนนี้ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องทำการตัดสินใจเพื่อคัดเลือกทางเลือกนโยบาย (Policy Alternative) ที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งมีตัวแบบที่ช่วยในการตัดสินใจที่สำคัญ คือ ตัวแบบสมเหตุสมผล (Rational Model) ตัวแบบส่วนเพิ่ม (Incremental Model) หรืออาจใช้การผสมผสานของทั้งสองตัวแบบก็ได้ที่เรียกว่าตัวแบบผสมผสาน (Mixed Scanning) คือนำเอาข้อดีหรือจุดเด่นของตัวแบบทั้งสองมาผสมผสานกันผลของการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะแสดงออกในลักษณะเป็นลักษณะอักษร เช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา มติคณะรัฐมนตรี กฎระเบียบ คำสั่ง เป็นต้น (สมพิศ สุขแสน (ม.ป.ป.))

ขั้นตอนที่ 4 การประกาศใช้นโยบาย

การประกาศใช้นโยบายสาธารณะถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่เกิดขึ้นภายหลังที่ผู้กำหนดนโยบายได้ทำการตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหา ป้องกันปัญหาหรือเพื่อสร้างสภาพการณ์ที่พึงประสงค์แล้ว จึงต้องประกาศให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อที่จะได้ดำเนินการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้การประกาศนโยบายสาธารณะยังมีประโยชน์ในแง่ของการทำให้ประชาชนได้ทราบว่า ในขณะที่รัฐบาลของตนได้ตัดสินใจในนโยบายใดๆบ้าง ข้อเรียกร้องที่เสนอให้รัฐบาลนั้น ได้รับความสนใจหรือไม่ และนอกจากนี้หากเป็นนโยบายที่เกี่ยวกับระเบียบกฎหมายซึ่งประชาชนจะต้องยึดถือปฏิบัติ การประกาศนโยบายสาธารณะจะทำให้ประชาชนทราบและสามารถเตรียมตัวปฏิบัติตามได้ล่วงหน้า (ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์, 2546: 172)

จากข้างต้นสามารถสรุปกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะได้ว่า เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพราะถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญดังแผนภาพนี้



ภาพ 2.2 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

จากความหมายและขั้นตอนของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ จะนำไปเป็นกรอบในการวิเคราะห์ผลการศึกษาในประเด็นศึกษาถึกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่อไป

3. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การดำเนินการตามนโยบายสาธารณะต่างๆ มีผลกระทบต่อบุคคลและสภาพแวดล้อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือสุขภาพะ ทั้งทางบวกและทางลบ และทางตรงและทางอ้อม เช่น นโยบายการกระจายรายได้ อัตราค่าจ้าง การจัดการที่อยู่อาศัย การคมนาคมขนส่ง การสื่อสารมวลชน การพัฒนาการเกษตรและอุตสาหกรรม การใช้ที่ดิน การจัดการผังเมือง การให้สัมปทานเหมืองแร่ การจัดการเรื่องพลังงาน เป็นต้น

การดำเนินงานนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพหรือสุขภาพะ จึงเรียกว่าเป็น “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หรือ “นโยบายสาธารณะที่ดี” (Healthy Public Policy) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง เช่น นโยบายสาธารณะด้านการคมนาคมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน มุ่งดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรรมปลอดสารพิษ นโยบายควบคุมเพื่อลดการใช้สารเคมีในเกษตร นโยบายส่งเสริมให้ประชาชนทำงานใกล้บ้านหรือทำงานอยู่ในชุมชนท้องถิ่นของตนเอง เป็นต้น เหล่านี้คือตัวอย่างของนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นหลักประกันให้กับมหาชนได้ว่าจะมีสุขภาพหรือไม่เสียสุขภาพอย่างไม่สมควร

3.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ว่า เป็นนโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่

ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ (ความสงบสุข) ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม

ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ควรประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้เสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรอิสระต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง (อำพล จินดาวัฒน์, 2553: 10-11)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy – HPP) ว่า เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อผลักดันให้การตัดสินใจหรือการดำเนินนโยบายหรือโครงการใดๆ ของภาครัฐ เอกชน หรือของชุมชนท้องถิ่น แสดงความห่วงใยและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกันก็มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และมุ่งให้ประชาชนสามารถมีทางเลือกที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงมิใช่การกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นความพยายามในการนำแนวคิดเรื่อง “สุขภาพ” เข้าไปไว้ในความตระหนักหรือความคิดคำนึงในการกำหนดนโยบายในด้านต่างๆ ด้วย เช่น นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรม นโยบายด้านพลังงาน นโยบายการเกษตร นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมและฐานทรัพยากร นโยบายด้านการศึกษา เป็นต้น เพื่อให้นโยบายเหล่านั้นเป็นประโยชน์ที่สุด ต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั้งนี้ เอกชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน หรือประชาชนสามารถเป็นผู้เสนอ หรือผลักดันให้มีนโยบายสาธารณะได้ นอกจากนี้ยังสามารถทดลองหรือสาธิตที่จะดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวได้ด้วยเช่นกัน จะเห็นได้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไม่จำเป็นต้องได้รับการประกาศอย่างเป็นทางการจากรัฐบาล แต่ทุกภาคส่วนในสังคมสามารถเข้ามามีบทบาทได้ในทุกขั้นตอน เราจึงจะได้นโยบายสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของท้องถิ่น ชุมชน และเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลในทางบวกต่อสุขภาพของพวกเราทุกคน ซึ่งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มี 4 กลไก คือ

1. การจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพ เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ
2. การจัดสมัชชาสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายในระดับชุมชนและท้องถิ่น ส่วนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เป็นการปรับแก้นโยบายในระดับประเทศ
3. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมกันพิจารณาผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นหรือเป็นผลสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ
4. การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

จากความหมายของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพดังกล่าว มีเครื่องมือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังนี้

3.2 เครื่องมือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในทางวิชาการมีเครื่องมือสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้หลากหลาย ในที่นี้ ขอเสนอ 2 เรื่อง คือ

1. ใช้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Policy Formulation Process) ใช้ขั้นตอนกำหนดนโยบายต่างๆ ที่ใช้กันโดยทั่วไป แต่ที่ผ่านมาสังคมเรายังไม่ค่อยได้ใช้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นขั้นตอนตามหลักวิชาการ นโยบายสาธารณะหลายอย่างจึงเกิดขึ้นจากสามัญสำนึกจากฝ่ายที่มีอำนาจ มีผลประโยชน์และเกิดจากความเชื่อของผู้กำหนดนโยบายมากกว่าข้อมูลตามกระบวนการทางวิชาการ ในสังคมไทยจำเป็นต้องหันมาสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการมากขึ้น

2. ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาโยบายเพื่อสุขภาพที่ดี ที่ผ่านมารื่องนี้ยังเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย จะมีก็เป็นความสนใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมากกว่า จนมีกฎหมายกำหนดเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ออกมาบังคับใช้ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็น “กระบวนการทางปัญญา” มากกว่ากระบวนการทางกฎหมายหรือการใช้อำนาจ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาการและทางสังคม เป็นกระบวนการการประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพของประชาชนและชุมชนจากนโยบายสาธารณะที่เกิดจากรัฐ เอกชน ท้องถิ่น และเกิดจากชุมชนเอง นำไปสู่การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจเลือกทางเลือก การหาทางลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากทางเลือกนโยบายต่างๆ เพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาพาร่วมกัน

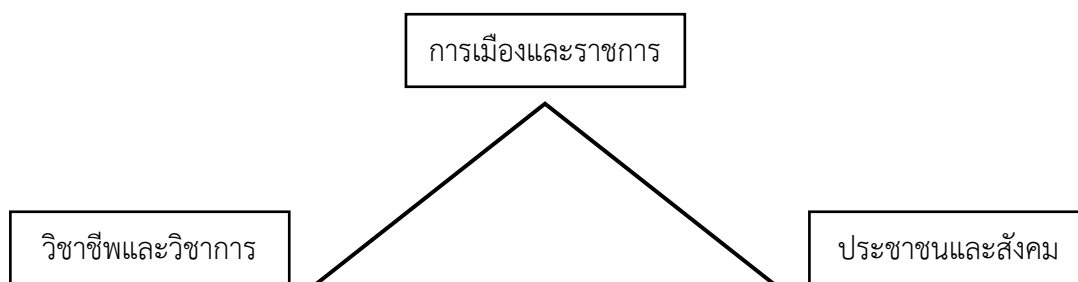
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม ใช้วิทยาการแบบสหสาขา เป็นการทำงานในขอบเขตที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมไปถึงสุขภาพอย่างองค์รวม เป็นการทำงานเชิงบวกไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาตเรื่องต่างๆ ไม่ใช่เครื่องมือเชิงอำนาจหรือเชิงกฎหมาย (อำพล จินดาวัฒนา, 2553 : 18)

3.3 กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีควรเป็น “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (Participatory Public Policy Process : PPPP) ไม่ใช่การกำหนดนโยบายสาธารณะจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียวหรือช่องทางการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบปิด

การเริ่มต้นของกระบวนการจะเริ่มจากด้านใดก็ได้ แต่ต้องเชื่อมโยงดึงให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ไม่ใช่มีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอาจริเริ่มโดย อบต. เทศบาลหรือหน่วยราชการก็ได้ หรือโดยเครือข่ายประชาชนหรือกลุ่มประชาคมในชุมชนท้องถิ่นก็ได้

หรือเริ่มจากฝ่ายนักวิชาการนักวิชาชีพต่างๆก็ได้ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการใช้รถใช้ถนน ในจังหวัดขอนแก่น ริเริ่มจากฝ่ายวิชาชีพการแพทย์และสาธารณสุขก็เห็นปัญหา มีข้อมูลองค์ความรู้แล้ว ชักชวนฝ่ายราชการและฝ่ายประชาชนเข้าร่วมคิดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมผลักดันจนเกิดเป็น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม การสร้างนโยบายการเกษตรที่เอื้อต่อ สุขภาพที่ริเริ่มโดยเครือข่ายเกษตรกรและนักพัฒนาเอกชนภาคเหนือ การสร้างนโยบายสาธารณะในการ ลดปริมาณขยะที่อำเภอคำม่วนที่ริเริ่มโดยเทศบาลตำบลแล้วมีการเชื่อมโยงดึงทุกฝ่ายเข้าร่วมคิดร่วม ทำจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม เป็นต้น



ภาพ 2.3 ความเชื่อมโยงของ 3 ภาคส่วนในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

ที่มา : อ่ำพล จินดาวัฒนะ. (2553 : 20)

ศ.นพ.ประเวศ วะสี เสนอแนะไว้ว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีไม่ควรรวบรัดเพื่อให้ได้ ข้อเสนอเพื่อเสนอต่อผู้มีอำนาจ แต่ควรเน้นที่การมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวาง จนเกิดเป็น ความเข้าใจร่วมกันของสังคม (Social Understanding) เป็นคุณค่าของสังคม (Social Value) และเป็น การปฏิบัติโดยสังคม (Social Practice) ส่วนข้อเสนอก็เป็นเพียงผลพลอยได้อย่างหนึ่งเท่านั้น

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการจัดและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพ ซึ่งหมายถึง กระบวนการที่ ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการ ประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม (มาตรา 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อ่ำพล จินดาวัฒนะ, 2553: 21)

การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

United Nations Research Institute of Development (UNRISD) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในเรื่องการตัดสินใจ การเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมและการร่วมรับผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมจากกิจกรรมนั้น (เชลลูชัย ศรีชูชาติ, 2541: 16)

United Nations ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมคือการได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา การเข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดการพัฒนาและการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในเรื่องของการพัฒนา (มนตรี กระพุ่มมัลย์, 2546: 97)

อรพินท์ สพิโชคชัย (2551: 14-15) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการที่นำประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการหาวิธีแก้ไขปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน มาร่วมกันหาทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาต่างๆในทางสันติ เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสังคมที่ยุ่ยากซับซ้อนที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม ที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยนำเอาความเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจและกำหนดแนวทางหรือนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐจะดำเนินการ แต่การขยายแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนยังอยู่ในวงจำกัด โดยปัญหาส่วนหนึ่งอยู่ที่ภาครัฐเอง จึงเป็นที่มาของหลักการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) คือ เป็นการจัดระบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

นอกจากนี้ยังนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

การมีส่วนร่วม หมายถึง การทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายได้รับรู้และเกิดความสนใจร่วมกันทำให้องค์กรเห็นถึงคุณค่าของสิ่งที่จะทำร่วมกันและมีเป้าหมายร่วมที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การคิด การตัดสินใจ ดำเนินการและประเมินร่วมกัน (สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย, 2553: 19)

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Public Participation) ถือเป็นการกระจายโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองและการบริหารเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรของชุมชนและของชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำปรึกษา ร่วมวางแผนและร่วมปฏิบัติ ตลอดจนการควบคุมโดยตรงจากประชาชน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการสื่อสารในระบบเปิด กล่าวคือ เป็นการสื่อสารทั้งสองทาง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งประกอบไปด้วยการแบ่งสรรข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นการเสริมสร้าง

ความสามัคคีในสังคม ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเพิ่มคุณภาพของการตัดสินใจ การลดค่าใช้จ่ายและการสูญเสียเวลาเป็นการสร้างฉันทามติและทำให้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ อีกทั้งช่วยหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าใน “กรณีที่น่ากลัวที่สุด” ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือและความชอบธรรมและช่วยให้ทราบความห่วงกังวลของประชาชนและค่านิยมของสาธารณชน รวมทั้ง เป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญและความคิดสร้างสรรค์ของสาธารณชน (ถวิลวดี บุรีกุล, 2552: 11-12)

2. ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ที่จะช่วยให้มีการตรวจสอบการทำงานของผู้บริหารหรือผู้นำ และทำให้ผู้บริหาร หรือผู้นำ มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นการป้องกันนักการเมืองจากการกำหนดนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับสังคมนั้นๆ

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนยังจะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาและโครงการต่างๆ ของรัฐบาลเป็นไปด้วยความรอบคอบ ลดความขัดแย้งในสังคม บังเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งแก่ชุมชนและประเทศชาติ ทำให้คุณภาพของการตัดสินใจดีขึ้น การมีส่วนร่วมของประชาชนทำให้ใช้ต้นทุนน้อยและลดความล่าช้าลง การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ นำค่านิยม ความคิดเห็นของสาธารณชนเข้าสู่การตัดสินใจ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการตัดสินใจ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการตัดสินใจที่สำคัญ แก้ปัญหาความขัดแย้งจากความต้องการที่เหมือนกัน การสร้างความเชื่อมั่น ให้การศึกษาและให้ข้อมูลแก่สาธารณชน

การมีส่วนร่วมนั้นมีความสำคัญ แต่ทั้งนี้การมีส่วนร่วมดังกล่าวจะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ จะต้องประกอบด้วยปัจจัย (ถวิลวดี บุรีกุล, 2552: 14) ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลจากประชาชนส่งผ่านไปยังผู้เสนอนโยบาย หรือโครงการต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่กำหนดนโยบาย หรือผู้ที่เสนอโครงการนั้นๆ ได้ทราบถึงธรรมชาติและแนวคิดของสังคม
2. ข้อมูลทางเทคนิคเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นประเด็นสนใจจากผู้เสนอโครงการส่งผ่านไปยังประชาชน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความเชื่อระหว่างประชาชนผู้กำหนดนโยบายหรือผู้เสนอโครงการ หรือระหว่างประชาชนด้วยกันเอง
4. ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนผู้สนใจจะต้องได้รับการนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

ส่วนเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ต้องประกอบไปด้วย การมีอิสรภาพของประชาชนในการเข้าร่วม โดยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีความเสมอภาคในการเข้าร่วมกิจกรรมและ ผู้เข้าร่วมต้องมีความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม อาทิที่มีความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ นั้นแสดงว่าจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้พวกเขาสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้

3. กระบวนการมีส่วนร่วม

กระบวนการมีส่วนร่วม ถือเป็นกระบวนการสำคัญของการพัฒนา เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน ปฏิบัติตามแผนและติดตามประเมินผล เป็นการสร้างจิตสำนึกในการเป็นเจ้าของทรัพยากรและตระหนักว่าการมีส่วนร่วมเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในสังคม เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม (Social Animals) จึงมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมเพื่อประโยชน์ร่วมกัน กระบวนการมีส่วนร่วมมี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 มีส่วนร่วมในการวางแผน

ประกอบด้วยการรับรู้ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนและร่วมวางแผนกิจกรรม กล่าวคือ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาสาเหตุ ร่วมกันวางแผนจะหาอย่างไรกับปัญหา อันเป็นขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการตลอดจนแนวทางการดำเนินงานและทรัพยากรที่ใช้

ขั้นที่ 2 มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ/ดำเนินการ

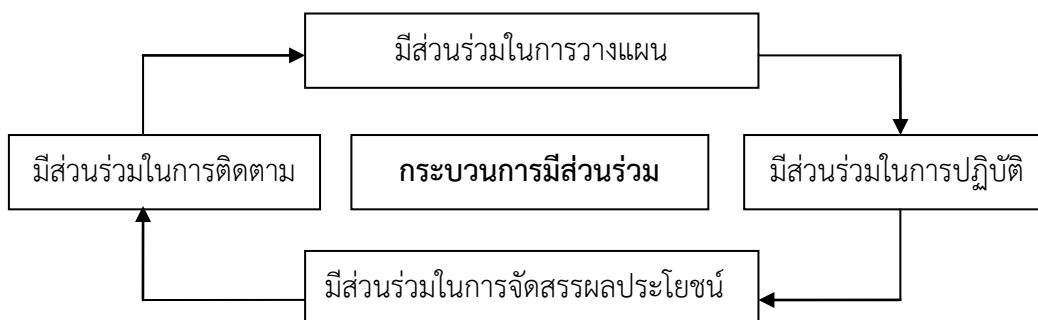
ประกอบด้วยการเกี่ยวข้องกับการดำเนินการในกิจกรรมต่างๆและ การตัดสินใจ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่นๆ

ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการจัดสรรผลประโยชน์

เป็นการมีส่วนร่วมในการจัดสรรประโยชน์ หรือผลของกิจกรรมหรือผลของการตัดสินใจที่เกิดขึ้น เป็นขั้นตอนในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา ซึ่งเป็นทั้งการได้รับผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ

ขั้นที่ 4 มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

เป็นขั้นการประเมินผลว่าการที่ประชาชนเข้าร่วมได้ดำเนินการสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด การประเมินอาจเป็นการประเมินแบบย่อย (Formative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะๆ หรือ อาจประเมินผลรวม (Summative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวมยอด โดยสามารถสรุปเป็นวงจรของการมีส่วนร่วมได้ตามภาพ 2.4 ดังต่อไปนี้



ภาพ 2.4 กระบวนการมีส่วนร่วม

ที่มา : ถวิลวดี บุรีกุล (2552)

สมัชชาสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1. ความหมายของสมัชชาสุขภาพ

“สมัชชาสุขภาพ” เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เกิดขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมอีกนัยหนึ่ง สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงหลายภาคส่วนในสังคมให้เข้ามาทำงานด้วยกันเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยได้นำยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” มาเป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการและกลไกในการทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อทำงานที่ยากให้สำเร็จด้วยการให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำด้วยกัน โดยมีรูปแบบสมัชชาสุขภาพ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 9-19)

1.1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการใช้อาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

1.2 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยการใช้ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ

1.3 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชนในระดับชาติ โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม

2. สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

หากพิจารณาถึงแนวคิดในการจัดสมัชชาสุขภาพและบทบาทที่มีต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่าอาจแบ่งออกเป็น 3 มุมมองหลัก คือ

มุมมองที่ 1 สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “พื้นที่สาธารณะเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆในสังคม”

มุมมองนี้ได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมของสมัชชาสุขภาพในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ว่า สมัชชาสุขภาพคือกระบวนการจัดประชุมที่ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้ปัญญาและสมานฉันท์ จึงทำให้เข้าใจว่า สมัชชาสุขภาพว่าเป็นเวทีหรือพื้นที่สาธารณะ สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆในสังคม ได้มาพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และค้นหาทางออกร่วมกัน

อย่างไร้ปัญหาและสมานฉันท์ในประเด็นปัญหาพร้อมที่แต่ละฝ่ายให้ความสำคัญและนำไปสู่การมีข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอต่อฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง มุ่งหวังผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันให้ข้อเสนอดังกล่าวเป็นจริง ภายหลังจากการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ กล่าวโดยย่อก็คือ สมัชชาสุขภาพภายใต้มุมมองนี้อาจหมายถึงการเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะ

มุมมองที่ 2 สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “กลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะ”

มุมมองนี้เห็นว่าเวทีสมัชชาสุขภาพมีลักษณะแตกต่างจากเวทีหรือพื้นที่สาธารณะที่ใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยทั่วไปและคุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่สำคัญและแตกต่างจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั่วไป คือ การมีบทบาทในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่น้อยสามารถทำได้และปัจจุบันก็มีกลุ่มองค์กรและเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนและเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆในระดับพื้นที่อยู่แล้วแต่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ส่วนมาก ไม่ได้มุ่งหวังและไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายได้ สมัชชาสุขภาพจึงไม่ควรมีบทบาทซ้ำซ้อนกับเวทีหรือกลไกที่มีอยู่ทั่วไป ดังนั้น การผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงควรเป็นสิ่งที่สมัชชาสุขภาพให้ความสำคัญมากกว่าการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพียงเท่านั้น

มุมมองที่ 3 สมัชชาสุขภาพในฐานะ กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดเรื่อง ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ในประเทศไทย เริ่มต้นชัดเจนตั้งแต่มีรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) มีการขยายสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคให้แก่ประชาชน และกำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมืองทุกระดับทั้งในโครงสร้างการเมืองระดับชาติ ระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางรากฐานการมีส่วนร่วมของพลเมืองในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนจะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีการใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสม ทุกฝ่ายในสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ถ้าหากประชาชนในสังคมไม่มีความเข้มแข็ง ขาดจิตสำนึกในฐานะพลเมือง มีความเป็นปัจเจกสูงจนไม่สามารถรวมตัวกันแล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะตัวบุคคลย่อมไม่มีพลังมากพอ การรวมตัวร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแสดงพลังของประชาชนอย่างเป็นกลุ่มก้อน หรือที่เรียกว่า ขบวนการภาคประชาสังคม (Civil Society) จึงเป็นตัวแปรที่สำคัญของระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ทั้ง 3 มุมมองข้างต้นนี้ ควรขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน โดยมีการพัฒนาและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมเป็นคุณค่าที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพ และถือว่าเป็นพันธกิจหลักของสมัชชาสุขภาพในฐานะเป็นกลไกเชิงนโยบายของทุกภาคส่วนในสังคมตามพระราชบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังนั้นกระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงจำเป็นต้องสนับสนุนหรือประสานการทำงานร่วมกับกลุ่มองค์กรหรือเครือข่ายต่างๆที่มีอยู่เป็นทุนเดิมผนวกเข้ากับกลุ่มหรือองค์กร

อื่นๆ เพื่อให้การผลักดันกระบวนการนโยบายสาธารณะในเรื่องนั้นๆ มีความหมายมากขึ้นและเกิดทางเลือกเชิงนโยบายที่เอื้อหรือเสริมหนุนการสร้างสุขภาวะของประชาชนและสังคมอย่างได้ผลมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551: 18-20)

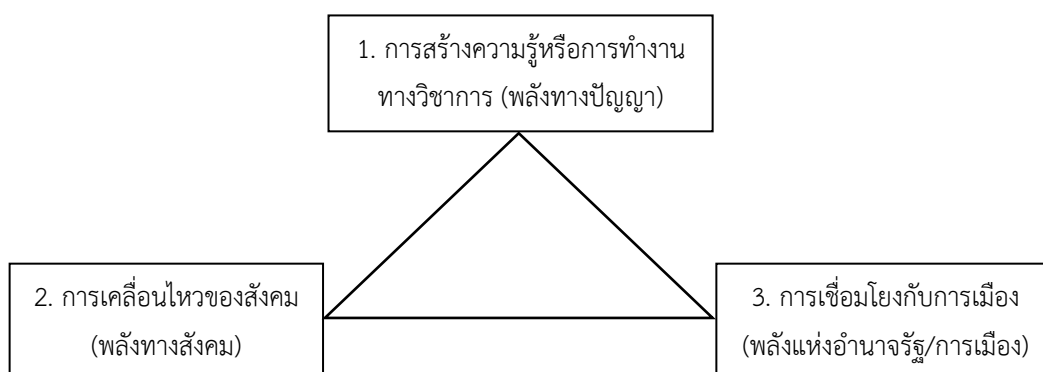
3. หลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

หลักการสำคัญที่เป็นพื้นฐานของสมัชชาสุขภาพเพื่อให้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ

3.1 สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกันถกแถลงปรึกษาหารือเพื่อกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมปรับปรุงแก้ไขและร่วมพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะนั้นร่วมกัน

3.2 สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

3.3 สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน โดยพึ่งพาพลัง 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทางปัญญา พลังทางสังคมและพลังแห่งอำนาจรัฐหรืออำนาจทางการเมือง



ภาพ 2.5 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553 : 11)

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ให้แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” สะท้อนให้เห็นบทบาทและพลังของกลุ่มต่างๆ ในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ

1. พลังทางการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของประชาชนเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไกของรัฐ มีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย จึงเป็นพลังที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. พลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติอย่างกว้างขวาง รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 ถือเป็นจุดเริ่มต้นและเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น กลุ่มประชาสังคมนี้ประกอบไปด้วย กลุ่มผลประโยชน์และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ

3. พลังทางวิชาการ เป็นพลังองค์ความรู้ จะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มพลังการเมืองและพลังประชาสังคมให้สามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจนได้ สามารถช่วยสนับสนุนให้เกิดการรวบรวมประสบการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาใช้ประกอบในการตัดสินใจ การฝึกกำลังของกลุ่มวิชาการจากหลายๆ สาขาที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการย่อยข้อมูลและนำเสนอต่อสาธารณชนให้เข้าใจและเรียนรู้ได้อย่างแจ่มแจ้งรวมทั้งทำการสังเคราะห์ความรู้ร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มภาคประชาสังคมให้เกิดเป็นปัญญาของสังคมไทย นับได้ว่าเป็นพลังที่สำคัญยิ่ง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553: 90)

การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา ภายใต้สถานการณ์ที่มีความแตกต่างกันนั้น จะเริ่มจากยุทธศาสตร์ในมุมใดก่อนก็ได้ แต่จะขาดเสียมุมใดมุมหนึ่งไม่ได้ จะต้องครบทั้งสามมุมจึงจะทำให้เกิดกลไกและกระบวนการที่เสริมพลัง (Synergy) ซึ่งกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่ประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

4. หลักการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพ

การจัดสมัชชาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 40 มีหลักการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. หลักการมีส่วนร่วม ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในสังคมในระดับที่เหมาะสม (ในมิติของเนื้อหา กระบวนการและการจัดการ) อย่างมีศักดิ์ศรี ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเข็มนาฬิกา ได้แก่ ฝ่ายการเคลื่อนไหวสังคม (ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน ชุมชนและสังคม) ฝ่ายสร้างองค์ความรู้ (ภาควิชาการและวิชาชีพ) ฝ่ายการเมืองและราชการ (ภาคการเมือง ภาคราชการทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น)

2. หลักยึดหยุ่น เปิดกว้างและหลากหลาย ให้ความสำคัญกับกระบวนการ ขั้นตอน วิธีการต่างๆ ที่ยึดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมและเปิดกว้างให้กับทุกภาคส่วนได้เข้าถึงสมัชชาสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่หลากหลายตามสภาพบริบทของแต่ละพื้นที่แต่ละประเด็นหรือตามพลวัตของสังคม

3. หลักเรียนรู้แลกเปลี่ยนอย่างบูรณาการ ให้ความสำคัญกับการใช้สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้าง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน” ของคนในสังคม โดยการร่วมกันคิดร่วมกันปฏิบัติและเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกันจนทุกฝ่ายร่วมกันเป็นเจ้าของหรือเป็นเจ้าของภาพร่วมกันแบบพหุภาคี

4. หลักดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ให้ความสำคัญกับการทำงานบนฐานข้อมูล องค์ความรู้และ ภูมิปัญญา ผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะที่มีความชัดเจนเป็นไปได้ สอดคล้องกับสถานการณ์หรือ สภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่หรือแต่ละประเด็นอย่างเป็นพลวัต

5. คุณลักษณะสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

สมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์มีคุณลักษณะที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. กลไกการจัดเป็นแบบพหุภาคี สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพแบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่ออกแบบ วางแผนและการดำเนินงานที่มีความรู้ และเข้าใจในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ดังนั้นองค์ประกอบของกลไกที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจึงมี ความสำคัญอย่างมาก ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมา กลไกการจัดสมัชชาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจะ มีองค์ประกอบครบทั้งภาคส่วน ทั้งภาควิชาชีพและวิชาการ ภาคการเมืองและราชการและภาคประชา สังคมและประชาชนมาทำงานร่วมกันแบบภาคีหุ้นส่วน ซึ่งอาจจะออกมาในรูปของคณะทำงาน คณะกรรมการหรือมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายคนทำงานแบบไม่เป็นทางการก็ได้

2. มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ การจัดสมัชชาเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพคงไม่ใช่เป็นเพียงการจัดเวทีวิชาการหรือเวทีสาธารณะทั่วไป แต่เป็นกระบวนการที่มี เป้าหมายเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของผู้เข้าร่วมเวทีในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย กำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามประเมิน ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมี การจัดการอย่างเป็นระบบตั้งแต่ การได้มาซึ่งประเด็นเชิงนโยบาย การทำงานวิชาการ การกำหนด กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมเวทีตลอดจนวิธีการประชุม เพื่อให้ได้มาซึ่งมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติในระดับต่างๆ

3. ใช้ฐานความรู้ผสมผสานเข้ากับฐานด้านจิตใจ สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการที่ให้ ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ ซึ่ง หมายถึงการใช้ข้อมูลวิชาการและความรู้หรืออาจเรียกว่า ปัญญา เป็นฐานในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กัน ไม่ได้ใช้อารมณ์ความรู้สึกเป็นที่ตั้ง นอกจากนั้นยังเป็นกระบวนการที่ไม่รังเกียจเด็ดฉันท์กัน ไม่มีการ แบ่งพรรคแบ่งพวก ยึดความสมานฉันท์หรืออาจเรียกว่า ความรัก สมัคสมาน เป็นกรอบในการพูดคุย แลกเปลี่ยนกันด้วย ฉะนั้นสมัชชาสุขภาพจึงต้องมีความประณีตในการออกแบบและจัดการ เพราะเป็น กระบวนการที่ใช้ความรัก ใช้ปัญญา ใช้ความรู้ ใช้ความสมานฉันท์เป็นฐานในการทำงาน

4. ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกันเป็นไปอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่กัน สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการ ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) ที่หมายถึงเป็นกระบวนการของประชาชน เพื่อประชาชนและโดยประชาชนที่คำนึงถึงความเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมกันทำงานและ ทำงานกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่โดยมุ่งไปที่เป้าหมายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมี ส่วนร่วม

5. มีประเด็นชัดเจน เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพ ฉะนั้นในการทำงานจึงจำเป็นต้องมีประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นประเด็นที่ใหญ่ก็ได้ ควรเริ่มจากประเด็นเล็กๆและใกล้ตัว โดยประเด็นเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นต้องมีกระบวนการค้นหาร่วมกันและนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายโดยอาศัยข้อมูล วิชาการและองค์ความรู้รองรับร่วมกัน

6. มีโอกาสผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในหลายช่องทาง ผลสำเร็จของการจัดสมัชชาสุขภาพไม่ได้จบลงที่การมีมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเท่านั้น แต่ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนและผลักดันมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติและถือเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่ายที่จะนำมติหรือข้อเสนอเชิงนโยบายนั้นไปทำงานตามบทบาทหน้าที่ตน โดยไม่ปล่อยให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นผู้ดำเนินการแต่เพียงลำพัง



ภาพ 2.6 คุณลักษณะสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553 :15)

6. กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการสมัชชาสุขภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย
2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย
3. การแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย

โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นและการพัฒนาเชิงนโยบาย

1.1 การระบุสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่/ประเด็น อันมีที่มาที่สามารถเข้าถึงได้จาก ข้อมูลทางวิชาการ ผลงานวิจัย หรือการรวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์ ข่าวสารที่น่าเสนอทางสื่อสารสาธารณะ เช่น ข่าวการเกิดไฟไหม้ที่ซานติก้าผับ ก็สามารถนำมาใช้เป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการจัดการความปลอดภัยในสถานบันเทิง เป็นต้น หรือสิ่งๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เป็นการเลือกประเด็นในเชิงบวกที่เกิดมาจากความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่นำมาขยายผลให้มากยิ่งขึ้น การหยิบประเด็นเหล่านี้ต้องอาศัยความเข้าใจในเชิงหลักการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องนำไปประยุกต์ใช้ในการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสมหรืออาจเป็นความสนใจร่วมของสังคมอันหมายถึง ประเด็นเชิงนโยบายนั้นอาจมาจากความสนใจร่วมของคนในพื้นที่ ชุมชนหรือสังคมนั้น เช่น ความสนใจในการจัดสวัสดิการชุมชน หรือการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิต เป็นต้น นโยบายของรัฐ ข้อเสนอของนโยบายของคณะรัฐมนตรี นอกจากนี้ยังมีนโยบายในระดับกรม กระทรวงหรือหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งก็สามารถนำไปเป็นประเด็นนโยบายได้เช่นเดียวกัน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ แต่ละข้อสามารถนำไปใช้ในการกำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้ และสุดท้ายคือมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านฉันทมติจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในแต่ละเรื่องยังมีข้อเสนอเชิงนโยบายย่อยๆ อีกหลายข้อ ซึ่งก็สามารถนำมากำหนดเป็นประเด็นเชิงนโยบายได้

1.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบาย มีประเด็นที่สามารถนำไปเป็นประเด็นเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างมากมาย แต่ก็เชื่อว่าจะสามารถหาทุกประเด็นไปกำหนดเป็นทิศทางเชิงนโยบายได้ จึงควรมีการกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของเกณฑ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เช่น

เกณฑ์ความสำคัญ โดยดูได้จาก

1. ความสอดคล้องกับสถานการณ์หรือวิกฤติการณ์ของพื้นที่หรือของสังคม
2. การมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ
3. การมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในระดับพื้นที่และชาติ
4. มีความซับซ้อน ต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยหลายภาคส่วนที่ไม่สามารถแก้ปัญหาด้วย

องค์กรเดียว

5. มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวในระดับโลก

เกณฑ์ความรุนแรง โดยดูได้จาก

1. จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ
2. เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ

3. เป็นภาระโรคที่สำคัญ
4. เป็นพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ
5. มีความรุนแรงในมิติอื่น

เกณฑ์ความสนใจของสาธารณะ โดยดูได้จาก

1. จำนวนหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายภาคีที่เสนอประเด็นและ
2. สอดคล้องกับกระแสที่นำเสนอผ่านทางสื่อสารสาธารณะ

เกณฑ์ความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดี โดยดูได้จาก

1. ความพร้อมทางวิชาการ
2. ความเป็นไปได้ในการประสานให้เกิดส่วนร่วมเพื่อให้ประเด็นนั้นเกิดความสำเร็จ และ
3. การมีองค์กรเจ้าภาพในการขับเคลื่อนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

1.3 การได้มาซึ่งประเด็นเชิงนโยบาย จำแนกได้ 2 วิธี คือ

1.3.1 การกำหนดขึ้นโดยกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยใช้กระบวนการปรึกษาหารือกันระหว่างองค์กรประกอบของกลไกตามเกณฑ์การคัดเลือกประเด็นเชิงนโยบายที่กำหนดขึ้น

1.3.2 การกำหนดโดยการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่าย โดยการแจ้งเวียนไปยังองค์กรหน่วยงานและเครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้องให้เสนอประเด็นเชิงนโยบายเข้ามา

2. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

หลักการสำคัญของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายก็คือ การใช้ข้อมูลทางวิชาการเป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งจะทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความเป็นเหตุเป็นผลและมีความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนางานวิชาการรองรับแต่ละประเด็นเชิงนโยบายให้มีความชัดเจนในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลเป็นร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ถือเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญที่ต้องอาศัยนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในการจัดทำ โดยอาศัยข้อมูลทางวิชาการจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ผลการศึกษาวิจัย การสำรวจและการระดมสมอง เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลนำเข้า (Input) ที่สำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพโดยร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลผลแล้ว ควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ของปัญหาในพื้นที่หรือของประเด็นนั้น และแนวนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในรูปของกฎหมาย ระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี แผนยุทธศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งเอกสารฉบับนี้อาจเรียกว่า “เอกสารหลัก” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่คณะกรรมการ / คณะทำงานการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

2. ร่างมติ เป็นเอกสารที่สรุปทางเลือกต่าง ๆ อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือเป้าหมายที่ต้องการ โดยควรมีการระบุร่างมติในแต่ละข้อจะเรียกร้องให้องค์กร หน่วยงานหรือกลุ่มเครือข่ายใดเป็นเจ้าภาพใน

การนำไปสู่การปฏิบัติ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า “เอกสารร่างมติ/ข้อเสนอเชิงนโยบาย” หรืออาจเรียกเป็น
 อย่างเป็นทางการ/คณะกรรมการ/คณะกรรมการจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด

3. ภาคผนวก (ถ้ามี) เป็นเอกสารที่เสนอข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารนำเสนอข้อมูลพื้นฐานและ
 เอกสารร่างมติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจารณาสมาชิกสมัชชาสุขภาพ เอกสารชุดนี้อาจเรียกว่า
 “เอกสารภาคผนวก” หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่นตามที่คณะกรรมการ / คณะทำงานจัดการกระบวนการ
 สมัชชาสุขภาพกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 การรับฟังความเห็นจากกลุ่มเครือข่าย เมื่อได้เอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายแล้ว
 คณะกรรมการ/คณะกรรมการจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ควรจัดให้กระบวนการรับฟังความคิดเห็นเป็น
 จากกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ซึ่งรูปแบบการจัดอาจดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น จัดส่งเอกสารไปให้
 กลุ่มเครือข่ายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันเอง หรืออาจจะมีการจัดสมัชชาสุขภาพย่อย เพื่อให้การพัฒนา
 ข้อเสนอเชิงนโยบายมีความครอบคลุม มีความชัดเจนและมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และมีทางเลือกต่าง ๆ
 ที่หลากหลายมากขึ้น ก็ได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย หลังจากได้จัดการกระบวนการรับฟังความเห็นจาก
 สมาชิกกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแล้ว คณะกรรมการ/คณะกรรมการจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
 ควรนำความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย และใช้เป็นเอกสารนำเข้าในการ
 ประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อแสวงหาฉันทามติต่อข้อเสนอเชิงนโยบายร่วมกันในลำดับถัดไป

3. การแสวงหาฉันทามติต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวันประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะ
 ประเด็น มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากกลุ่มเครือข่ายของ
 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จัดทำขึ้น

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ควรมีการ
 พิจารณาและดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ โดยอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 สมาชิกสมัชชาสุขภาพ หมายถึง ผู้เข้าร่วมประชุมตามจำนวนที่คณะกรรมการ
 คณะทำงานจัดการกระบวนการสมัชชาสุขภาพกำหนด ซึ่งมาจากตัวแทนของกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ ทั้งนี้
 อาจจัดให้มีการลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าก็ได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สังเกตการณ์ หมายถึง ผู้ที่คณะกรรมการ/คณะกรรมการจัดการกระบวนการสมัชชา
 สุขภาพเชิญหรืออนุญาตให้เข้าร่วมประชุม ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายที่จัดทำไว้ หรือ
 อาจจะเป็นสมาชิกของกลุ่มเครือข่ายที่เกินจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้ อาจจัดให้มีการลงทะเบียนล่วงหน้า
 ก่อนหรือไม่ก็ได้

กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่คณะกรรมการ / คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เชิญเข้าร่วมประชุมเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในประเด็นที่บรรจุไว้ในระเบียบวาระการประชุม

2. การกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อมีการกำหนดประเภทของผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแล้วต้องมีการกำหนดบทบาทของผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละกลุ่มให้ชัดเจนไว้ด้วย อาทิ บทบาทในการเสนอความคิดเห็นจะทำให้เฉพาะสมาชิกสมัชชาสุขภาพเท่านั้น โดยผู้สังเกตการณ์ไม่มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเป็นต้น

3. การกำหนดระเบียบวาระการประชุม ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน ต้องมีการกำหนดระเบียบวาระการประชุมที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเข้าร่วมประชุมตามระเบียบวาระได้อย่างไม่สับสน

4. การดำเนินการประชุม ในการประชุมสมัชชาสุขภาพเพื่อแสวงหาฉันทามติร่วมกัน อาจจัดวิธีการประชุมได้ใน 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การประชุมสมัชชาสุขภาพอย่างเป็นทางการ เป็นการดำเนินการประชุมที่มีความเป็นระบบและมีกติกาการประชุมที่ชัดเจน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ก. การบริหารการประชุม ควรมีการตั้งกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทำหน้าที่ประธานและรองประธานการประชุม มีฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ทำหน้าที่ดำเนินการประชุม

ข. ทีมวิชาการ ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลกับที่ประชุมและปรับเอกสารร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์นโยบายตามมติที่ประชุม

ค. ทีมกระบวนการ ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่น การจัดลำดับคิวผู้เสนอและการอำนวยความสะดวกในห้องประชุม

ง. กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ จะมีการกำหนดกติกาหรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้การประชุมมีความเป็นระบบและมีส่วนร่วมจากกลุ่มเครือข่ายอย่างทั่วถึง เช่น สมัชชาสุขภาพสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดกติกา ดังนี้

“ผู้ที่ขอแสดงความเห็นจะต้องเสนอในนามผู้แทนกลุ่มเท่านั้นและจะต้องมีกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ รับรองอย่างน้อย 5 กลุ่ม หากมีผู้คัดค้าน ประธานจะเรียกให้ผู้คัดค้านและ / หรือผู้สนับสนุนให้ความเห็นตามกรณีและหากการพิจารณาร่างมติในระเบียบวาระใดที่สมาชิกมีความเห็นแตกต่างกันมากและไม่สามารถหาข้อยุติได้ อาจมีการจัดตั้งคณะทำงานพิจารณาร่างมติเฉพาะระเบียบวาระขึ้น เพื่อไปดำเนินการพิจารณาในห้องประชุมย่อยต่างหาก โดยนำเสนอผลการประชุมต่อสมาชิกสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการดำเนินการประชุมกำหนด”

จ. วิธีการประชุม อาจเริ่มด้วยการมีผู้นำเสนอร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเฉพาะร่างมติต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพ โดยเรียงลำดับระเบียบวาระตามกำหนดการ และเปิดโอกาสให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มาจากกลุ่มเครือข่ายที่ประสงค์จะแสดงความคิดเห็นแสดงเจตจำนงเพื่อแสดงความคิดเห็นและควรกำหนดระยะเวลาการนำเสนอที่แน่นอนเพื่อให้การนำเสนอมีความกระชับ ไม่เยิ่นเย้อ เช่น ต้องเสนอความเห็นภายใน 3 นาที เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีการกำชับให้มีการแสดงความคิดเห็นในนามกลุ่มเครือข่ายตามลำดับด้วยและเมื่อได้นำเสนอความเห็นต่อที่ประชุมแล้ว ควรขอความกรุณาให้จัดส่งเอกสารความเห็นซึ่งพิมพ์หรือเขียนด้วยลายมือให้กับฝ่ายเลขานุการ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำบันทึกความเห็นและรายงานการประชุมต่อไป

ฉ. การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายตนแล้ว และทีมวิชาการได้มีการปรับเอกสารให้เป็นไปตามมติของที่ประชุมแล้ว จะจัดให้มีการรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุดโดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีการโต้แย้งแล้ว ซึ่งหากมีการโต้แย้งควรจัดให้มีการตกลงนอกห้องประชุมระหว่างสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันก่อน

รูปแบบที่ 2 การประชุมสมัชชาสุขภาพแบบไม่เป็นทางการ การจัดสมัชชาสุขภาพในลักษณะนี้จะไม่เน้นเรื่องความเป็นทางการมากนัก อาจมีกติกาหรือข้อตกลงที่เน้นความเป็นธรรมชาติเพื่อสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ได้มากที่สุด

ก. การบริหารการประชุม การประชุมในลักษณะนี้โดยส่วนใหญ่คณะกรรมการ /คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการเองตลอดกระบวนการหรืออาจมีการเชิญวิทยากรกระบวนการมาช่วยดำเนินการในบางช่วง

ข. ทีมวิชาการ คณะกรรมการ/คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการเองเช่นกัน หรืออาจมีการมอบหมายผู้ที่มีความสามารถตามความเหมาะสม

ค. ทีมกระบวนการ คณะกรรมการ/คณะทำงานจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการประชุมให้เป็นไปอย่างราบรื่นและการอำนวยความสะดวกในห้องประชุม

ง. กติกาการประชุม ในการประชุมเพื่อหาฉันทามติร่วมกันของสมาชิกสมัชชาสุขภาพ ในลักษณะนี้จะไม่มีการกำหนดกติกาที่เคร่งครัดนัก โดยเฉพาะเวลาของการนำเสนอความเห็น กล่าวคือ มีการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด

จ. วิธีการประชุม อาจใช้วิธีการประชุมในห้องใหญ่ที่ละประเด็นหรือการแยกประชุมในกลุ่มย่อยตามประเด็นต่างๆ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน

ฉ. การรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพ เป็นกระบวนการภายหลังจากที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้นำเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มเครือข่ายแล้ว หลังจากนั้นจึงจัดให้มีการรับรองร่างมติสมัชชาสุขภาพในช่วงท้ายสุดโดยยึดความเป็นฉันทามติที่ไม่มีการโต้แย้งแล้ว

ดังที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนั้น เป็นกระบวนการสมัชชาสุขภาพในกระบวนการกำหนดนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ อันมีขั้นตอน การกำหนดประเด็นและการพัฒนาประเด็นเชิงนโยบาย การพัฒนา ข้อเสนอเชิงนโยบายและการแสวงหาฉันทามติร่วมกันต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ทั้งนี้กระบวนการสมัชชา สุขภาพไม่ได้จบแค่ในกระบวนการกำหนดนโยบายเท่านั้น หากแต่ยังมีการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลในที่สุด

ความสำคัญของสถาบันพระพุทธศาสนา พระภิกษุสงฆ์ และวัดที่มีต่อสังคมไทย

1. บทบาทและความสำคัญของสถาบันพระพุทธศาสนาต่อสังคมไทย

สถาบันทางพระพุทธศาสนาเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งที่อยู่กับสังคมไทย มายาวนานและให้การช่วยเหลือต่อสังคมไทยตลอดมา โดยมีส่วนช่วยในการกล่อมเกล่าจิตใจ และลักษณะนิสัยของคนไทย ตลอดจนการให้บริการตามความจำเป็นตามความต้องการของประชาชน อีกทั้งมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาทางสังคมให้แก่เรามาแล้วเป็นอย่างมากแม้กระทั่งในปัจจุบัน (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 1) วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธและได้นำหลักการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางแห่ง การดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางวัฒนธรรม เอกลักษณ์ และมรดกของชาติไทย ในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทย เกือบทั้งหมด มีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมและพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งความสำคัญของพระพุทธศาสนาที่มีต่อสังคมไทย (พระธรรมปิฎก. 2544 : 54-97) มีดังนี้

1.1 พระพุทธศาสนาเป็นรากฐานของวัฒนธรรม

สังคมไทยมีหลักปฏิบัติและวิถีชีวิตอยู่บนหลักของพระพุทธศาสนา ซึ่งได้ยึดถือและปฏิบัติ สืบต่อกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน หลักธรรมคำสอนและความเชื่อตลอดจนแนวปฏิบัติตนตามหลัก ศาสนาซึ่งอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยทุกคน ในสังคมไทยทุกระดับได้รับเอาความเชื่อทางศาสนามาเป็น แบบอย่างในการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา ดังนั้นความสำคัญของพระพุทธศาสนาจึง เป็นรากฐานของวัฒนธรรม ในความหมายของวัฒนธรรมแล้ววัฒนธรรม หมายถึง สภาพและลักษณะที่ แสดงถึงความเจริญงอกงามในด้านวิถีชีวิต ความคิด การปรับตัว ความเป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นสิ่งที่ แสดงออกให้เห็นถึงวิธีการดำเนินชีวิตของคนในสังคม ซึ่งได้ถ่ายทอดสืบต่อกันมา วัฒนธรรมทาง พระพุทธศาสนา แบ่งออกเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ ด้านภาษาวรรณกรรม ด้านศิลปกรรม ด้านประเพณี และด้านจิตใจ หากแบ่งเป็นประเภทจะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ วัฒนธรรมทางวัตถุใน พระพุทธศาสนาและวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุในพระพุทธศาสนา

1.1.1 วัฒนธรรมทางวัตถุในพระพุทธศาสนา

วัฒนธรรมทางวัตถุในพระพุทธศาสนา ได้แก่ ศิลปกรรมสาขาต่างๆ ที่ถูกสร้างขึ้นเป็นเอกลักษณ์ของคนไทย ที่เป็นผลงานสร้างสรรค์ของมนุษย์ด้วยสติปัญญา

ซึ่งถ่ายทอดให้ทราบถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธา และจินตนาการที่เป็นรูปธรรมมี 4 ประเภท ได้แก่

- 1) สถาปัตยกรรม ในรูปของวัด ศาลา วิหาร และปูชนียสถาน
- 2) ประติมากรรม ในรูปของการปั้น การหล่อ การแกะสลักพระพุทธรูป
- 3) จิตรกรรม ในรูปของการเขียนภาพ เช่น ภาพฝาผนัง พระอุโบสถ วิหาร ฯลฯ
- 4) วรรณกรรม ในรูปของงานประพันธ์ทั้งร้อยแก้วและร้อยกรอง

1.1.2 วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุทางพระพุทธศาสนา

วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ การปฏิบัติหรือแนวความคิด ความเชื่อ อุดมการณ์ ศีลธรรมจรรยา ขนบธรรมเนียมประเพณี ปรัชญา กฎหมายที่รับการปฏิบัติสืบทอดกันมา มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตและยุคสมัยที่ได้รับมาจากพระพุทธศาสนา ได้แก่

1) ภาษาและวรรณคดีต่างๆ ภาษาในประเทศไทย นิยมนำคำบาลีสันสกฤตมาใช้ ในการตั้งชื่อคน สถานที่ เพื่อให้เกิดความหมายและเป็นสิริมงคลตามความเชื่อในคติของพระพุทธศาสนา ส่วนวรรณคดีต่างๆ ของไทยส่วนมากเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับพุทธประวัติ คติความเชื่อทางพระพุทธศาสนา สวรรค์ นรก เป็นต้น

2) ประเพณีพิธีกรรมต่างๆ คือแบบแผนที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็นเวลาช้านาน เช่น การเกิด การบวชนาค การแต่งงาน การตาย หรือวันสำคัญต่างๆ เช่น วันสารท วันตรุษ วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา เป็นต้น

3) ลักษณะนิสัยของคนไทย ที่รับการถ่ายทอดมาจากพระพุทธศาสนา เช่น เป็นผู้มีจิตใจกว้างขวาง ร่าเริงแจ่มใส เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีน้ำใจไมตรี และเสียสละ เป็นต้น

4) กฎระเบียบของสังคม เช่น กฎหมายเรื่องการผิดประเวณี การลักขโมย ล้วนเกิดมาจากพระพุทธศาสนาทั้งสิ้น

1.2 พระพุทธศาสนากับความเป็นเอกลักษณ์และมรดกของชาติ

ประเทศไทย ได้รับเอาวัฒนธรรมมาจากพระพุทธศาสนามาประพடுத்தปฏิบัติเป็นวิถีชีวิต จนกลายเป็นรูปแบบเอกลักษณ์เฉพาะของคนไทย พระพุทธศาสนาจึงถือว่าเป็นเอกลักษณ์และมรดกของชนชาติไทย ซึ่งจะเห็นได้จากการที่มีวัดกระจายอยู่ทั่วไปในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชนของสังคมไทย วัดจัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนไทย ทั้งมีบทบาทต่อสังคมในฐานะเป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทำบุญตามประเพณี จัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นที่พบปะสร้างสรรค์เนื่องในโอกาสต่างๆ ลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ มีดังนี้

1.2.1 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา

1.2.2 ประมุขของชาติไทย ทรงเป็นพุทธมามกะทุกพระองค์

1.2.3 พระราชพิธีและรัฐพิธีต่าง ๆ มีพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนามาร่วมอยู่ด้วย

1.2.4 กิจกรรมทางสังคมทั้งหมดของประชาชนทั่วไป จะมีพิธีกรรมทางศาสนาแทรกอยู่ด้วยเสมอ เช่น การเกิด การขึ้นบ้านใหม่ การสมรส และงานฉลองต่างๆ ตลอดจนงานศพ ตั้งแต่เกิดจนตาย

1.2.5 สิ่งก่อสร้างต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งเป็นที่รู้จักของคนทั่วโลก ได้แก่ โบสถ์ เจดีย์ วิหาร หรือศาลาการเปรียญ เป็นต้น

1.2.6 รูปแบบการปฏิบัติของพระสงฆ์และจรรยาวัตรต่างๆ เช่นการรักษาศีล การบิณฑบาต การนุ่งห่ม ซึ่งมีปรากฏให้เห็นเฉพาะสังคมไทย

เอกลักษณ์ของประเทศไทย ที่กล่าวมานี้ถือว่าได้รับอิทธิพลมาจากพระพุทธศาสนา จนกลายเป็นมรดกของชนชาติไทยตราบนานเท่าทุกวันนี้

2. ความสำคัญของพระสงฆ์ต่อสังคมไทย

พระสงฆ์ คือ ผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาเพื่อความสงบสุขของมนุษยโลก ภิกษุเป็นภาษาสันสกฤต แปลว่า ผู้เห็นภัย ภัยในที่นี้ หมายถึงความทุกข์ในชีวิต ดังนั้น ภิกษุเป็นผู้มองเห็นความเป็นไปของชีวิตที่เป็นทุกข์ จึงปรารถนาที่จะกำจัดภัยหรือไปให้พ้นภัยนั้นเสีย โดยการสละชีวิตฆราวาสออกถือเพศบรรพชิต อีกความหมายหนึ่งของคำว่า ภิกษุ มีความหมายว่า ผู้ขอ ในที่นี้ พระพุทธเจ้าทรงมีความมุ่งหมายที่จะให้พระภิกษุได้ระลึกถึงตนเองในสภาพที่ต้องยังชีพอยู่ได้ด้วยการขอจากผู้อื่น เพื่อให้ลดความหยิ่งในตนเอง เพราะพระภิกษุยังชีพอยู่ได้ต้องบิณฑบาตก็คือการขอ ซึ่งคนไทยชื่นชอบและพอใจมากที่ได้ถวายอาหารแก่พระภิกษุสงฆ์ไม่ถือว่าเป็นการขอ แต่เป็นการที่พระภิกษุสงฆ์ได้ให้โอกาสแก่คนได้ทำบุญ สร้างกุศล พระที่ออกบิณฑบาตคนไทยถือว่าท่านไปเพื่อโปรดสัตว์ให้คนได้สะสมบุญไว้ให้ได้มากที่สุด พระพุทธองค์ทรงมุ่งหมายให้พระภิกษุสงฆ์ได้สำรวม สงบ และเรียบร้อย ไม่เย่อหยิ่ง ไม่ว่าจะมิสสภาพทางสังคม การเงินหรือการศึกษาสูงส่งเพียงใดก่อนบวช พระภิกษุสงฆ์ยังต้องอาศัยสังคมจึงจะอยู่ได้ พระภิกษุสงฆ์จึงต้องมีหน้าที่ต่อสังคมอีกด้วย ถ้าสังคมไม่ให้การสนับสนุน อุปถัมภ์บำรุง พระศาสนาก็จะเสื่อมโทรมและสูญหายไปโดยที่สุด พระภิกษุสงฆ์มีหน้าที่ต่อสังคม (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 5-6) ดังนี้

1. เทศนา อบรม สั่งสอนให้ประชาชนในสังคมมีคุณธรรม สอนให้ละเว้น ความชั่ว ประพฤติแต่คุณความดี มีศีลธรรม รู้จักนำเอาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้พระสงฆ์สามารถกระทำได้หลายรูปแบบนอกเหนือจากที่ได้กระทำตามปกติอยู่แล้ว เช่น การจัดทำหนังสือหรือวารสารออกเผยแผ่หลักธรรม การจัดพระธรรมทูตออกไปเทศนาธรรมตามหมู่บ้านต่างๆ เพื่อให้ประชาชนดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นต้น

2. จัดให้มีการอบรมสมาชิกทั้งสมณะภิกษุและวิปัสสนาภิกษุแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความสงบทางใจ มีปัญญาพิจารณาเห็นความจริงในสิ่งทั้งหลาย เพราะในสังคมปัจจุบันมีการแข่งขัน การดิ้นรนชวนขายสูงมาก

3. อุปถัมภ์บำรุงโรงเรียนที่ตั้งอยู่ภายในวัดหรืออยู่นอกวัดก็ตาม เช่น ช่วยสอนวิชาพระพุทธศาสนา ให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียน จัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ให้แก่โรงเรียน จัดหาทุนสร้างอาคารเรียนโดยอาศัยผู้มีจิตศรัทธาและมีกำลังทรัพย์เพียงพอ

4. นำประชาชนประกอบพิธีในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา เช่น วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา วันเข้าพรรษา รวมทั้งแนะนำ ส่งเสริม อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการจัดงานเทศกาลตามประเพณี เช่น วันสงกรานต์ วันลอยกระทง เป็นต้น

5. อนุรักษ์ศิลปวัตถุ ปูนูนียวัตถุและปูนียสถาน เช่น ภาพเขียนฝาผนัง พระพุทธรูป โบสถ์ วิหาร เจดีย์ เป็นต้น ให้คงสภาพดีและสวยงามอยู่เสมอ รวมทั้งช่วยแนะนำประชาชนให้ช่วยกันอนุรักษ์ด้วย

6. แนะนำส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาท้องถิ่นและรักษาสิ่งแวดล้อม เช่น จัดทำถนนภายในหมู่บ้าน ปลูกต้นไม้ภายในวัดและริมถนน ให้ประชาชนรักษาความสะอาดของบ้านเรือน แนะนำไม่ให้ประชาชนตลอดจนโรงงานต่างๆ ทิ้งขยะหรือระบายน้ำเสียลงสู่แม่น้ำ ลำคลอง เป็นต้น

7. แนะนำส่งเสริมให้ประชาชนรักษาป่าและสงวนพันธุ์สัตว์ป่า โดยให้ช่วยกันสอดส่องดูแลไม่ให้ใครตัดไม้ทำลายป่าและล่าสัตว์

หน้าที่ของพระสงฆ์ทั้งในการปฏิบัติตามพระธรรมวินัยและการปฏิบัติหน้าที่ต่อสังคมเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพระสงฆ์ว่าเป็นตัวแทนของพระพุทธศาสนา ทั้งนี้เพราะในยุคใดที่พระสงฆ์ปฏิบัติคลาดเคลื่อนย่อหย่อนในหน้าที่ดังกล่าว ในยุคสมัยนั้นประชาชนก็จะขาดความเคารพนับถือในพระสงฆ์ ขาดความศรัทธาในพระพุทธศาสนา พระพุทธศาสนาก็จะเสื่อมถอยอาจสูญสลายได้ แต่ถ้าในยุคสมัยใดที่พระสงฆ์ปฏิบัติหน้าที่ครบถ้วนทั้งพระธรรมวินัยและประโยชน์ต่อสังคม ทำให้สถาบันของพระพุทธศาสนาเป็นศูนย์รวมจิตใจ เป็นศูนย์กลางของสังคม เป็นปัจจัยสำคัญของชุมชน พระสงฆ์ก็จะมีฐานะเป็นผู้นำทั้งทางด้านจิตใจและทางสังคมพุทธศาสนิกชนก็มีความเลื่อมใสศรัทธา แสดงออกถึงความรุ่งเรืองของพระพุทธศาสนา บทบาทของพระสงฆ์ในปัจจุบัน แบ่งได้ 3 ประการ (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 3-18) คือ

1. การพัฒนาคุณภาพของพลเมืองด้านคุณธรรมและจริยธรรม

1.1 การให้บรรพชาอุปสมบทแก่กุลบุตรทุกระดับอายุให้ได้บวชตามประเพณีและหากผู้ที่มาบวชนั้นได้ศึกษาเล่าเรียนและปฏิบัติตามพระธรรมวินัยที่พระสงฆ์เป็นผู้อุปชฌาย์อาจารย์ให้นิสัยให้อนุศาสน์ และอบรมสั่งสอนอย่างจริงจัง เมื่อลาสิกขาไปก็จะเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของสังคมไทย

1.2 การเทศนาอบรมสั่งสอนประชาชนที่มามีบุญในวัดในวันธรรมสวนะและในงานทำบุญบำเพ็ญกุศลต่างๆ ตามประเพณี หรืองานในเทศกาลต่างๆ

1.3 บทบาทด้านการศึกษา

1.3.1 การจัดการศึกษาให้แก่พระภิกษุสามเณร มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยสงฆ์ได้แก่ มหามกุฏราชวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2488 และจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2490

1.3.2 การจัดสอนศาสนาศึกษาแก่ประชาชน เช่น การสอนศีลธรรมในสถานศึกษาต่าง ๆ การสอนธรรมการศึกษาแก่นักเรียนและประชาชน การตั้งหน่วยพุทธมามกะแก่ผู้เยาว์ในวัดหมู่บ้าน ตำบล การจัดตั้งและดำเนินการโรงเรียนพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ โรงเรียนวัดสอนเด็กก่อนเกณฑ์ การจัดตั้งห้องสมุดในวัด การตั้งโรงมหรสพทางวิญญาน การจัดตั้งและดำเนินการสำนักวิปัสสนาต่างๆ งานเหล่านี้ล้วนชักนำเด็ก ประชาชนได้ศึกษาเล่าเรียนและปฏิบัติตามหลักธรรมในพระพุทธศาสนา เพื่อเป็นการวางพื้นฐานสร้างคุณภาพของพลเมืองต่อไป

1.3.3 การดำเนินกิจการคณะสงฆ์ เช่น การพระศาสนาของวัดของชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาให้คงอยู่เสริมสร้างคุณภาพของประชาชนสืบไป

2. การสงเคราะห์ประชาชน เป็นหน้าที่สำคัญของพระสงฆ์ตามคติของพระพุทธศาสนา มีดังนี้

2.1 การให้ความสะดวกในการบำเพ็ญกุศล แก่ประชาชนตามประเพณีเกี่ยวกับชีวิตเช่น ในพิธีทำบุญเกี่ยวกับการเกิด การบวชนาค แต่งงาน ทำบุญอายุ พิธีศพ งานประเพณีส่วนรวม เช่น เทศกาลต่าง ๆ การทอดกฐิน ฝ่าป่า สงกรานต์ งานขึ้นปีใหม่ งานประจำปีของท้องถิ่นต่างๆ การทำบุญในวันสำคัญทางพุทธศาสนาของพุทธศาสนิกชนในท้องถิ่นต่าง ๆ

2.2 การช่วยประกอบศาสนพิธีในงานทำบุญบำเพ็ญกุศล เช่น การแนะนำพิธีการ การจัดการเครื่องใช้และเครื่องประกอบพิธี การให้ศีลและสวดมนต์ การเจริญพระพุทธมนต์ การสวดมนต์ การรับถวายทานต่างๆ การเทศน์ การอนุโมทนา ทั้งงานเอกชน ท้องถิ่น ส่วนราชการตลอดจนงานรัฐพิธีและพระราชพิธี

2.3 การให้ที่พักอาศัยแก่นักเรียน นิสิต นักศึกษาต่างท้องที่ที่มาศึกษาเล่าเรียนอยู่ในเมือง การให้ที่พักแก่บุคคลที่มารักษาโรค เช่น ชีหรือคนชราทุพพลภาพ การให้ที่ดินหรือให้เช่าที่ดินในราคาถูกแก่ประชาชนที่ขาดส่นปลูกบ้านพักอาศัย

2.4 การดูโชคชะตาราศี การประพรมน้ำพระพุทธมนต์ การให้ฤกษ์แม้บางกิจกรรมที่พระภิกษุบางรูปดำเนินการอยู่จะเป็นที่ติเตียนแต่มีคนจำนวนมากไม่น้อยเลื่อมใสศรัทธาเป็นการสงเคราะห์ประชาชนด้านขวัญกำลังใจ

2.5 การให้ทางราชการหรือส่วนรวมใช้สถานที่วัด เช่น ศาลาการเปรียญเพื่อประชุมราษฎรเป็นหน่วยเลือกตั้ง ทำกิจกรรมบริหารหรือสงเคราะห์ประชาชน จัดงานรื่นเริง จัดงานหารายได้เพื่อสาธารณกุศลตลอดจนการให้ที่ดินของวัดสร้างสาธารณสถานต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ห้องสมุด ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน

2.6 การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ การให้คำปรึกษาหน้าที่การงาน การเป็นผู้นำในการก่อสร้างสิ่งสาธารณะประโยชน์ในท้องถิ่น

2.7 การให้ที่พักพิงแก่ประชาชนผู้ประสบสาธารณภัยและภัยธรรมชาติ การรวบรวมสิ่งของ ตลอดจนเงินทองของผู้บริจาคแก่ผู้ประสบภัยต่างท้องถิ่นและยังมีการสงเคราะห์ด้านวัตถุอย่างอื่นแก่เอกชนและประชาชนอีกมาก

3. การช่วยเหลือทางราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาความปลอดภัยของชาติและกิจการทางสังคมจิตวิทยา เช่น

3.1 ช่วยในการอบรมชี้แจงราษฎร ให้รู้จักผิดชอบชั่วดี การควรทำและควรเว้น ความขยันหมั่นเพียรในการประกอบอาชีพ การปฏิบัติตามคำแนะนำชักชวนของรัฐบาล หรือ ผู้ปกครอง

3.2 ช่วยกิจการบริหารตามปกติของเจ้าหน้าที่รัฐบาล เช่น ช่วยสอนหนังสือ เผยแพร่กิจกรรมต่าง ๆ ของรัฐบาล ชักชวนประชาชนให้มาช่วยงานราชการ

3.3 สงเคราะห์ประชาชนในท้องถิ่นที่วัดตั้งอยู่

3.4 ช่วยเหลือราชการเกี่ยวกับกิจการความมั่นคง เช่น ชักนำหรือเป็นศูนย์กลางให้ทางราชการ อำเภोजัดอบรมลูกเสือชาวบ้าน การอบรมไทยอาสาป้องกันชาติ การสงเคราะห์ชาวเขา การช่วยบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

3. ความสำคัญของวัดต่อสังคมไทย

ชุมชนในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังมีลักษณะเป็นชุมชนเล็กๆ กระจายอยู่ทั่วประเทศประมาณร้อยละ 90 ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 10 อยู่ในเขตเทศบาลซึ่งเป็นชุมชนหนาแน่น ชุมชนส่วนใหญ่มักจะมีวัดตั้งอยู่ใจกลางหมู่บ้าน วัดเป็นทั้งศูนย์กลางสำหรับการสมาคมหรือ การดำเนินชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรม ชีวิตในชนบทจะดำเนินอยู่รอบๆ วัด (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 2) เพราะประชาชนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา (พระธรรมปิฎก. 2544 : 48) วัดจึงเป็นสัญลักษณ์ของพระพุทธศาสนาที่อยู่เหนือจิตใจของชาวไทยอยู่มากและนับได้ว่าเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในหมู่บ้านที่รองไปจากครอบครัวทีเดียว ความนับถือของประชาชนที่มีต่อสถาบันนี้ จะเห็นได้จากการที่คนไทยได้อุทิศตนให้แก่ทางวัด ทั้งในด้านจิตใจ เวลา แรงงาน สิ่งของและทรัพย์สิน จำนวนเงินที่พุทธศาสนิกชนใช้ไปในการทำบุญประมาณร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 84 ของรายจ่ายภายในครอบครัวทั้งสิ้น (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 2)

สำหรับหน้าที่และความสำคัญของวัดนั้น นอกจากจะเป็นสถานที่สำหรับประกอบกิจกรรมหรือทำพิธีทางศาสนาแล้ว วัดยังทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 2-3)

1. เป็นแหล่งหรือศูนย์กลางของชุมชน สิ่งนี้เป็นหน้าที่ทางสังคมที่สำคัญที่สุดของวัดประชาชนจะมาร่วมพิธีและกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางสังคมและทางศาสนา วัดจะเป็นแหล่งสำหรับการฉลองกันในทุกขั้นตอนของชีวิต ความเป็นอยู่และชีวิตของคนไทยมีความสัมพันธ์อยู่กับวัดมาเป็นเวลานานหลายศตวรรษแล้ว

2. เป็นโรงเรียน วัดในสมัยก่อนเป็นแหล่งการศึกษาแห่งแรกและแห่งเดียวที่ให้การศึกษ แก่ราษฎร โดยให้ทั้งความรู้และวิชาชีพ โดยมีวัดเป็นโรงเรียนและมีพระภิกษุสงฆ์เป็นครูอาจารย์ ยิ่งกว่านั้น

วัดยังเป็นแหล่งการศึกษาสำหรับบรรดาพระภิกษุสงฆ์และเด็กวัด แม้ในปัจจุบันเราก็ยังมีโรงเรียนตั้งอยู่ในวัดเป็นจำนวนมาก

3. เป็นสถานที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และการปลอบใจ จะมีชาวบ้านมาที่วัดเพื่อขอคำแนะนำคำปรึกษาหรือจากเจ้าอาวาสหรือพระภิกษุบางรูป เกี่ยวกับปัญหายุ่งยากภายในบ้านหรือในธุรกิจการงาน ทำให้คลายความทุกข์กังวลไปได้

4. เป็นสถานพยาบาลและสถานจ่ายยา วัดเป็นสถานที่พักผ่อนสำหรับผู้เจ็บป่วย คนพิการคนทุพพลภาพหรือวิกลจริต ผู้ถูกทอดทิ้ง บุคคลเหล่านี้ถ้าไม่มีครอบครัวหรือครอบครัวช่วยเหลือไม่ได้จะมาพักอยู่ภายในวัด พระภิกษุสงฆ์มีส่วนสำคัญในการรักษาโรคทางใจของคนไทยอยู่เสมอมา

5. เป็นสถานสงเคราะห์และที่พักพิงสำหรับผู้ยากจน คนชรา และเด็กกำพร้า บางครั้งก็เป็นที่พักพิงชั่วคราวสำหรับผู้เดินทางมาจากที่อื่น

6. เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและเป็นศูนย์กลางการเล่นกีฬา แม้เพียงเหยียบย่างเข้าไปในวัด ความทุกข์เดือดร้อนก็บรรเทาลง การละเล่น การรื่นเริงหรืองานฉลองต่างๆ ที่วัดกับประชาชนร่วมกันจัดขึ้นจะมีอยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยก่อนต้องไปอาศัยที่ในวัดเสมอ นอกจากนั้นวัดยังเป็นทั้งสนามกีฬาและสนามเด็กเล่น

7. เป็นที่ทำการธุรกิจ ชาวบ้านอาจเช่าที่ดินปลูกบ้านด้วยค่าเช่าในอัตราถูก วัดอาจให้ความช่วยเหลือด้วยการให้ยืมเงินหรือสิ่งของเครื่องใช้ในกรณีฉุกเฉิน หรือเกิดความทุกข์เดือดร้อน หรือรับฝากเงินตามควรแก่กรณี ยิ่งกว่านั้นวัดยังเป็นหอานาฬิกาอีกด้วย โดยมีกลองและระฆังเป็นสัญญาณบอกเวลาซึ่งจะได้ยินไปทั่วหมู่บ้าน

8. เป็นแหล่งจ่ายน้ำดื่มใช้ให้แก่ประชาชน วัดอาจมีบ่อน้ำ สระน้ำหรือถังเก็บน้ำที่ให้บริการแก่ชุมชนที่อยู่รอบๆ วัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูแล้ง

9. เป็นแหล่งข่าวหรือศูนย์รวมข่าว วัดจะเป็นที่ปิดประกาศแจ้งความของทางราชการเจ้าอาวาสกับชาวบ้านจะมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารต่างๆ กันเป็นประจำ วัดทำหน้าที่เป็นสโมสรที่ประชาชนจะมีโอกาสมาพบปะสังสรรค์กันในวันทำบุญ หรือในวันเทศกาลและวันนักขัตฤกษ์อื่นๆ

10. เป็นฌาปนสถานและเป็นที่พักศพ

จะเห็นได้ว่าวัดเป็นองค์กรที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยในระดับชุมชนที่เข้าไปมีส่วนช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยส่วนรวมได้เป็นอย่างดี วัดในพระพุทธศาสนาจึงช่วยแบ่งเบาภาระในการให้บริการของรัฐบาลไปได้มาก ทั้งยังก่อให้เกิดรากฐานอันมั่นคงและเสริมสร้างต่อบริการในด้านสวัสดิการของรัฐอีกด้วย นอกจากนี้วัดยังเป็นรากฐานสำคัญของศิลปะ วัฒนธรรม จรรยา และศีลธรรมของคนไทย และเป็นสื่อกลางชักนำให้ประชาชนทั้งหลายเข้าถึงหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา โดยมีวัดเป็นสถาบันและสัญลักษณ์ วัดจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนไทยอยู่มาก (ทินพันธุ์นาคะตะ. 2543 : 3)

วัดและพระสงฆ์จึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้ บทบาทของวัดต่อชุมชนจึงจำต้องอาศัย พระสงฆ์เป็นผู้กระทำกิจกรรมต่อสังคมทั้งทางด้านจิตใจและวัตถุ โดยการเทศนา อบรมสั่งสอนด้วยวิธีการ ต่างๆ ซึ่งได้นำเอาความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นนั้น ตลอดจนปรับวิธีการต่าง ๆ ที่จะนำมาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ในขณะที่ วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน จึงทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมกับชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดจิตสำนึกร่วมกันในการเป็นสมาชิกของชุมชน พิธีกรรมทางศาสนามักจะดำเนินร่วมกับกิจการ ทางสังคมด้วยเสมอ (ทินพันธุ์ นาคะตะ. 2543 : 13)

ทินพันธุ์ นาคะตะ (2543 : 1-18) ได้สรุปให้เห็นถึงความสำคัญของพระพุทธศาสนา พระภิกษุสงฆ์ และวัดที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยไว้อย่างน่าสนใจว่า พระพุทธศาสนานั้นมีอิทธิพลต่อวิถี ชีวิตและการประพฤติปฏิบัติต่างๆ ของคนไทยมาช้านาน เหตุการณ์สำคัญๆ ในชีวิตประจำวันของคนไทย ส่วนใหญ่มีส่วนผูกพันอยู่กับพระพุทธศาสนาเกือบทั้งสิ้น ศาสนามีส่วนช่วยขัดเกลาจิตใจ ลักษณะนิสัย และวัฒนธรรมในด้านจิตใจของชาวไทยอยู่นานับการ

วัดและพระภิกษุสงฆ์เป็นสถาบันสำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง ที่ให้ความช่วยเหลือให้สังคมไทย มาโดยตลอด นับได้ว่าสถาบันนี้มีส่วนช่วยแก้ปัญหาทางสังคมของเราตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบ ชนบท ซึ่งเป็นที่รวมของคนส่วนใหญ่

ทั้งวัดและพระภิกษุสงฆ์มีคุณค่าและความสำคัญต่อสังคมไทยอยู่หลายอย่างหลาย ประการ วัดเป็นศูนย์กลางในชีวิตทางศาสนาและสังคม เป็นแหล่งการสมาคม เป็นที่มาแห่งวัฒนธรรมเป็น ศูนย์กลางของการดำรงชีวิตประจำวัน และเป็นสถานที่ที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัวไทยในชนบท ส่วนพระภิกษุสงฆ์ นอกจากจะมีหน้าที่ในการอบรมศีลธรรมและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาแล้ว ยังเป็น ที่พึ่งและให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวเหล่านั้นในการแก้ปัญหาเกือบทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นความสำคัญ อันใกล้ชิดระหว่างพระพุทธศาสนากับประชาชนไทย

พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้มีเกียรติและได้รับการเคารพอย่างสูงจากชาวบ้าน เป็นที่เชื่อถือ ศรัทธาและเป็นความหวังของเกือบทุกครอบครัว ที่จะให้สมาชิกฝ่ายชายได้บวชเมื่อบรรลุนิติภาวะ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นความเสมอภาคอันแรงกล้าต่อพระพุทธศาสนาของพุทธศาสนิกชนไทย

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสมัยพุทธกาล

จากการศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากพระไตรปิฎก งานวิจัย บทความวิชาการต่าง ๆ ของนักวิจัย นักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวตรงกันว่า ในสมัยเมื่อพระพุทธเจ้ายังคงมีพระชนม์ชีพอยู่นั้น พระพุทธเจ้าเป็นผู้มีสุขภาพดี มีพระชนม์อายุแปดสิบพรรษา สามารถทำงานเผยแผ่พระพุทธศาสนาวัน หนึ่งประมาณ 16-20 ชั่วโมง พระองค์มีอาพาธน้อย มีพระโรคเบาบาง ทรงพระกำลังกระปี้กระเปร่า ทรง พระสำราญอยู่เสมอ ๆ (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ. 2543 : 7)

การดูแลสุขภาพของพระพุทธเจ้า พระองค์มีวัตรปฏิบัติหลายประการ กล่าวคือ เวลาเข้ามืด ทรงตรวจพิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุธรรมอันควร เวลาเข้าเสด็จออกบิณฑบาต เพื่อโปรดสัตว์ เวลาเย็นการแสดงธรรมเวลาค่ำทรงประทานโอวาทแก่เหล่าภิกษุ (พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). 2544: 189; พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย เอกก ทุก ดิกนิบาต เล่มที่ 20 (ไทย) ข้อที่ 64 : 246-252) ในการดูแลสุขภาพในสมัยพุทธกาลเชื่อได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งแสดงรายละเอียดได้ดังนี้

การดูแลสุขภาพ

ในคัมภีร์พระไตรปิฎกได้กล่าวถึงการมีสุขภาพดีไว้ 2 คำ คือ 1) คำว่า อัปปาปาโร หมายถึง มีความเจ็บป่วยน้อย และ 2) อัปปาตังโก หมายถึง มีโรคน้อย พระองค์ทรงกล่าวว่า ร่างกายเป็นแหล่งรับโรค ดังนั้นร่างกายย่อมจะเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ไม่มากนักน้อยซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ (ไทย) เล่มที่ 13 ข้อที่ 379 : 463-464) ในส่วนของคำว่าโรคนั้น หมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย จากความหมายในทางพระพุทธศาสนาแล้วมาจาก ราก ศัพท์บาลีว่า รัช ซึ่งแปลว่า เสียดแทงจึงมีความหมายว่า สิ่งที่เสียดแทงทำให้เจ็บปวด

การจำแนกโรค พระพุทธเจ้าทรงจำแนกโรคออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคทางกาย (กายิกโรโร) และโรคทางใจ (เจตสิกโรโร) (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต (ไทย) เล่มที่ 21 ข้อที่ 157 : 217)

1. โรคทางกาย หมายถึง การเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคในกาย โรคหุ โรคตา โรคจมูก โรคคีรีษะ โรคปาก ฯลฯ

2. โรคทางใจ หมายถึง โรคที่เกิดทางใจ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ความหึงหวง ความอิจฉาริษยา ความวิตกกังวล ฯลฯ

สาเหตุของการเกิดโรค

1. สาเหตุของโรคทางกาย มีได้หลายสาเหตุ คือ โรคที่เกิดจากดี เสมหะ ลมไข้ ฤดูแปรปรวน การบริหารไม่สม่ำเสมอ การใช้ความเพียรเกินกำลัง ผลของกรรม ความหนาวร้อน หิวกระหาย ปวด อุจจาระ ปวดปัสสาวะ (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสก เอกาทสกนิบาต เล่มที่ 24 (ไทย) ข้อที่ 60 : 128-131) ธาตุทั้ง 4 ไม่สมดุล (พระสุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค เล่มที่ 11 (ไทย) ข้อที่ 31 : 306-307 ; พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสก เอกาทสกนิบาต เล่มที่ 24 (ไทย) ข้อที่ 11 : 17) การไม่รู้จักประมาณในการบริโภค (พระสุตตันตปิฎก ขุตตทักนิกาย เล่มที่ 25 (ไทย) ข้อที่ 325 : 134) การถูกสัมผัสจากสัตว์ต่าง ๆ (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต เล่มที่ 21 (ไทย) ข้อที่ 157 : 218) การถูกทำร้ายและการมีอายุมาก (พระสุตตันตปิฎก ขุตตทักนิกาย เล่มที่ 25 (ไทย) ข้อที่ 325 : 134)

2. สาเหตุของโรคทางใจ การเกิดโรคทางใจในทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า การเกิด กิเลส ตัณหา ครอบงำจิตใจแม้เราอ้างว่าไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเลยมาหลายปีแล้วก็ตาม หากจะกล่าวว่าคุณเองไม่มี โรคทางใจเลยตลอดเวลาคงทำได้ยากแม้เพียงครู่เดียวก็ยังไม่มียกเว้นผู้ที่หมดจากกิเลสตัณหา แล้วเท่านั้น (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต เล่มที่ 21 (ไทย) ข้อที่ 157 : 217)

วิธีการรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีดังนี้

1. การใช้เภสัชสมุนไพร

ในสมัยพุทธกาล เมื่อพระภิกษุสงฆ์เกิดอาพาธหรือเจ็บป่วย พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุมีเครื่องยาต่าง ๆ ไว้ใช้ในการรักษาตนเองตามความเหมาะสมจำเป็นแก่การเจ็บป่วยหรือเป็นโรคนั้น ๆ ดังนี้

1.1 ทรงอนุญาตเภสัช 5 ในกาลและวิกาล

การอนุญาตให้ใช้เภสัช 5 ในกาลเป็นเหตุผลมาจากภิกษุทั้งหลายป่วยด้วยอาพาธที่เกิดในฤดูสารท (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 260 : 43-44) ภิกษุเหล่านั้นมีอาการผอม หมองคล้ำ ซีดเหลือง เส้นเอ็นชั้นสะพรั่ง ฉันทข้าวต้ม ข้าวสวยอาเจียนออกหมด พระพุทธเจ้าจึงดำรัสเภสัช 5 ได้แก่ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ให้ภิกษุรับประเคนและ ใช้เป็นยารักษาและเป็นประโยชน์ในทางโภชนาการด้วย นอกจากนี้ยังอนุญาต มันทลวให้เป็นยา คือ มันทลวปลา มันทลวหมี มันทลวปลาฉลาม มันทลวหมู มันทลวลา (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 261 : 44-45)

1.2 ทรงอนุญาตเครื่องยาที่เป็นรากไม้

1.2.1 ในสมัยนั้นภิกษุต้องการรากไม้ที่เป็นยาอยู่มาก พระพุทธเจ้าจึงอนุญาตรากไม้ที่เป็นยา คือ ขมิ้น ขิงสด ว่านน้ำ ว่านเปราะ อดุพิต ข่า แผลก หัวหมู หรือรากไม้ที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.2.2 น้ำฝาดที่เป็นยา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตน้ำฝาดที่เป็นยา คือน้ำฝาดสะเดา น้ำฝาดโมกมัน น้ำฝาดขี้กา น้ำฝาดบอระเพ็ด น้ำฝาดกระถินพิมาน หรือน้ำฝาดที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.2.3 ใบไม้ที่เป็นยา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตใบไม้ที่เป็นยา คือ ใบสะเดา ใบโมกมัน ใบขี้กา ใบแมงลัก ใบฝ้าย หรือใบไม้ที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.2.4 ผลไม้ที่เป็นยา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตผลไม้ที่เป็นยา คือ ลูกพลับคะ ดิปลี พริก สมอไทย สมอพิเภก มะขามป้อม ผลโกฐู หรือผลไม้ที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.2.5 ยางไม้ที่เป็นยา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้ยางไม้เป็นยา คือ ทิงคฺ ยางเคี้ยวจากทิงคฺ ยางเคี้ยวจากเปลือกทิงคฺ ยางจากยอดต้นตกะ ยางจากใบตกะ ยางเคี้ยวจากต้นตกะกำยาน หรือยางที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.2.6 เปลือที่เป็นยา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเปลือกที่เป็นยา คือ เปลือสมุทร เปลือดำ เปลือสินเธาว์ เปลือดินโปรง เปลือหุง หรือเปลือกที่เป็นยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันท

1.3 ทรงอนุญาตเครื่องบดยา เครื่องร่อนยา

เมื่อภิกษุได้รับอนุญาตให้ใช้รากไม้ ใบไม้ ผลไม้ ยางไม้ เปลือก มาปรุงเป็นยารักษาโรคแล้ว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาเครื่องมือมาทำให้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถใช้ประโยชน์ได้ง่ายจึงทรงอนุญาต เครื่องบดยา เครื่องร่อนยาผง และผ้าร่อนยาซึ่งพระพุทธเจ้าก็ทรงอนุญาต

1.4 ทรงอนุญาตมูลโค ดินเหนียว กากน้ำอ้อยย้อมดับกลิ่นตัว

ในสมัยนั้น พระกาลัญฐสีละ ผู้ซึ่งเป็นอุปชฌาย์ของพระอานนท์ เป็นโรคฝีดาษ จีวรติดกาย เพราะน้ำเหลือง พวกภิกษุใช้น้ำชุผ้าเหล่านั้นแล้วค่อยๆ ดึงออกมา พระพุทธเจ้าทรงทราบ จึงรับสั่งกับภิกษุทั้งหลาย แล้วอนุญาตยาผงสำหรับภิกษุผู้เป็นหิด ตุ่ม พุพอง ฝีดาษ หรือมีกลิ่นตัวแรง มูลโค ดินเหนียว กากน้ำอ้อยย้อมสำหรับภิกษุผู้เป็นไข้ และอนุญาตครกและสาก (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 264 : 48-49)

1.5 การรักษาโรคตา

สมัยนั้นมีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคตา พวกภิกษุต้องพุงร่างกายภิกษุรูปนั้นไปถ้ำ อุจจาระบ้าง ปัสสาวะบ้าง พระพุทธเจ้าทรงเห็นแล้วตรัสถามถึงสาเหตุ พระองค์จึงทรงอนุญาต ยาหยอดตา อันได้แก่ ยาตาตาที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงหลายอย่าง ยาป้ายตาที่ทำด้วยเครื่องปรุงต่างๆ ยาตาตาที่เกิดในกระแสน้ำ หาดาลกกลิ่นหอม เขม่าไฟ นอกจากนั้นยังทรงอนุญาตเครื่องบดยาผสมยาเอง ได้แก่ ไม้จันทน์ กฤษณา กะลัม ฟักใบเสียง แห้วหมู ทรงอนุญาตกล่องยาสำหรับเก็บรักษา ทรงอนุญาตให้ใช้ไม้ป้ายตา แทนการป้ายตาด้วยนิ้วมือ และพระองค์ทรงอนุญาตให้ภิกษุอาพาธทั้งหลายให้หาหน้าได้ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 265 : 50-51)

1.6 การรักษาโรคที่เกิดกับศีรษะ

ในสมัยนั้น พระปิลินทวัจฉะ ปวตร้อนที่ศีรษะ ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้ พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์จึงรับสั่ง อนุญาตให้ใช้น้ำมันทาศีรษะได้ นอกจากนี้ยังทรงอนุญาตให้หันตัวยุได้ (การนัตถยา หมายถึง การใช้น้ำมันที่ปรุงเป็นยาหยอดจุมก) โดยมีกล้องยานัตถ์ เป็นอุปกรณ์ และยังทรงอนุญาตให้มีการสูดควันโดยใช้กล้องสูดควันเป็นอุปกรณ์ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 266 : 52-54)

1.7 การรักษาโรคลม

สมัยนั้น พระปิลินทวัจฉะ อาพาธเป็นโรคลม (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 267 : 55-59) ซึ่งแพทย์ที่ทำการรักษาลงความเห็นว่าจะต้องหุงน้ำมันถวาย จึงนำความไปกราบทูลพระพุทธเจ้าให้ทรงทราบ พระองค์ทรงรับสั่งและอนุญาตน้ำมันที่หุงให้รักษาโรคลมได้ นอกจากนี้ยังทรงอนุญาตให้ตีมน้ำมันที่หุงเจือด้วยน้ำเม่าที่มีขนาดพอดี ที่เป็นชนิดไม่มีสี ไม่มีกลิ่น ไม่มีรสน้ำเม่า แต่ถ้าหากเจือน้ำเม่ามากเกินไปให้เก็บไว้เป็นยาหุง หากเป็นโรคลมตามอวัยวะ ทรงอนุญาตให้เข้ากระโจมรมเนื้อ หรือการรมด้วยใบไม้ การรมไพล ใช้น้ำต้มใบไม้ชนิดต่าง ๆ อ่างน้ำและอาจใช้การระบายโลหิตออก หากเป็นโรคลมโดยมาตามข้อ โดยใช้เขาสัตว์กรอก ระบายโลหิตออก หากเป็นโรคลมใน

ห้อง ทรงอนุญาตภิกษุใช้ฉันทยาตองโลนโสวีระกะ ได้ตามสบาย แต่ผู้ใดเป็นไข้ให้เจอน้ำกินอย่าง น้ำปานะ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 273 : 69)

1.8 การรักษาโรคที่เท้า

เมื่อภิกษุเท้าแตก พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตยาทาเท้าหรือให้ปรุงน้ำมันทาเท้าได้

1.9 การรักษาโรคฝี

เมื่อภิกษุอาพาธเป็นฝี พระพุทธเจ้าอนุญาตให้ทำการผ่าตัด

1.10 ทรงอนุญาตในการรักษาโรค

1.10.1 ทรงอนุญาตน้ำฝาด

1.10.2 ทรงอนุญาตงาบ

1.10.3 ทรงอนุญาตยาพอก

1.10.4 ทรงอนุญาตผ้าพันแผล

1.11 การชะแผลด้วยน้ำแป้งเมล็ดฝักกาด

1.11.1 เมื่อแผลมีอาการคัน พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้การชะแผลด้วยน้ำแป้งเมล็ดฝักกาด

1.11.2 เมื่อแผลขึ้น พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้รมควัน

1.12 การรักษาโรคเนื้องอก ในสมัยนั้นภิกษุมีเนื้องอกยื่นออกมา จึงนำเรื่องไปกราบทูลพระพุทธเจ้าให้ทราบ พระองค์ทรงอนุญาตให้ตัดเนื้องอกยื่นออกมาด้วยก้อนเกลือ

1.13 การรักษาแผลไม่งอกในสมัยนั้น ภิกษุมีแผลแต่เนื้องอกกลับไม่งอกออกมาเต็มแผล จึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์ทรงรับสั่งอนุญาตให้ใช้น้ำมันทาแผลได้ และเมื่อทาน้ำมันแล้ว หากมีการไหลเยิ้ม ทรงอนุญาตให้ใช้ผ้าปิดกั้นน้ำมันไหลเยิ้มได้ ซึ่งจะต้องเป็นผ้าเก่าสำหรับใช้ซับน้ำมันรักษาแผลทุกชนิด

1.14 การรักษาโรคผิวหนัง สมัยนั้น มีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธด้วยโรคผิวหนัง ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์ทรงรับสั่งอนุญาตให้ลูบไล้ด้วยของหอมได้

1.15 ยามหาวิภว 4 อย่าง ในสมัยนั้นภิกษุรูปหนึ่งถูกงูกัด ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์จึงรับสั่งอนุญาตให้ใช้ยามหาวิภว 4 อย่าง คือ คุณ มูตร ถ้ำดิน ในการรักษาได้ ตัวอย่างการใช้คุณรักษา สมัยนั้นภิกษุรูปหนึ่งดื่มยาพิษเข้าไป พระองค์ทรงอนุญาตให้ดื่มน้ำเจือคุณเพื่อทำการรักษา (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 268 : 60)

1.16 การรักษาโรคที่เกิดกับระบบทางเดินอาหาร

1.16.1 การรักษาโรคท้องผูก สมัยนั้น มีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรค

ท้องผูก ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์จึงรับสั่งอนุญาตให้ดื่มน้ำต่างดื่บได้เพื่อรักษาโรคท้องผูก

1.16.2 การรักษาโรคผอมเหลือง สมัยนั้น มีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรค

ผอมเหลือง (โรคตีชาน) ฤกษ์ทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์จึงรับสั่ง อนุญาตให้ดื่มยาผลสมอดองกับน้ำมูตร

1.16.3 ทรงอนุญาต น้ำข้าวใส

1.16.4 ทรงอนุญาต น้ำต้มถั่วเขียวไม่ซัน

1.16.5 ทรงอนุญาต น้ำต้มถั่วเขียวชั้นเล็กน้อย

1.16.6 ทรงอนุญาต น้ำต้มเนื้อ

1.16.7 ทรงอนุญาต การรักษาผื่นคันตามตัว สมัยนั้น มีภิกษุรูปหนึ่ง

อาพาธเป็นโรคผื่นขึ้นตามตัว ฤกษ์ทั้งหลายจึงนำเรื่องไปกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ พระองค์จึงรับสั่ง อนุญาตให้ดื่มยาถ่ายได้

1.17 การเก็บรักษาเภสัช

เมื่อพระพุทธองค์ทรงอนุญาตให้ภิกษุสามารถมีและใช้เภสัชหรือยาชนิด

ต่าง ๆ สำหรับใช้ในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ ได้แล้วจึงทรงดำนิผู้ซึ่งมักมากที่จะทำการเก็บรักษาเภสัช ไว้จำนวนมากจึงทรงมีรับสั่งกับภิกษุทั้งหลายให้พึงรับประเคนเภสัชที่ควรสำหรับภิกษุได้ คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย แล้วเก็บไว้ฉันได้ 7 วัน เป็นอย่างมาก (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 270 : 63-64)

1.18 การเก็บรักษาอาหาร ในสมัยนั้น บางกาลเวลาเกิดปัญหาข้าวยากมากแวง ภิกษุจึง เก็บอาหารไว้หุงต้มภายในได้ หากอยู่ในสภาวะปกติพระองค์ทรงห้ามมีอาหารที่เก็บไว้แล้ว ทรงอนุญาตให้อุ่นอาหารได้ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 274 : 70-72)

1.19 ทรงห้ามทำสัตถกรรม

1.19.1 การรักษาริตสีดวงทวาร สมัยนั้น มีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นริดสีดวงทวาร นายแพทย์อากาศโคตรกำลังทำการผ่าตัดด้วยศาสตรา พระพุทธเจ้าเสด็จไปพบเข้าจึงดำนิว่า เป็นการกระทำไม่เหมาะสม ไม่ใช่กิจของสมณะ ใช้ไม่ได้ไม่ควรทำเลย ในที่แคบมีผิวหนังอ่อน แผลหายยาก ผ่าตัดลำบาก พระองค์จึงทรงห้ามภิกษุทั้งหลาย ไม่พึงให้การผ่าตัดด้วยศาสตราในที่แคบ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 279 : 78-79)

1.19.2 ทรงห้ามทำวัตถกรรม เมื่อพระพุทธเจ้าทรงห้ามการรักษาริตสีดวงด้วยการใช้ศาสตราทำการผ่าตัด พวกภิกษุฉัพพัคคีย์จึงเล็งให้ทำการบีบหัวริดสีดวง จึงทำให้ภิกษุด้วยกันดำนิ ประณาม โพนทนา พระพุทธเจ้าทรงทราบจึงรับสั่งว่า ภิกษุทั้งหลาย ภิกษุไม่พึงให้ผ่าตัดทวารหนักด้วย ศาสตราหรือบีบหัวริดสีดวง ประมาณ 2 นิ้วรอบๆ ที่แคบ

1.20 ประโยชน์ของข้าวต้มมี 10 อย่าง

ข้าวต้มมีอานิสงส์ 10 ประการ คือ 1) ให้อายุ 2) ให้อายุ 3) ให้สุข 4) ให้พละ 5) ให้ปฏิภาณ 6) บรรเทาความหิว 7) ระวังความกระหาย 8) ให้ลมเดินคล่อง 9) ชำระลำไส้

10) เผาอาหารที่ยังไม่ย่อยให้ย่อย พระพุทธเจ้าตรัสว่าข้าวต้มเป็นยา (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 282 : 87-90)

1.21 ทรงอนุญาตน้ำดื่มผลไม้เพื่อสุขภาพ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 295 : 131-132)

ในสมัยนั้น พระพุทธเจ้าทรงรับสั่งกับภิกษุทั้งหลายว่า ภิกษุทั้งหลายเราอนุญาตน้ำ อัฐฐาน คือ 1) น้ำมะม่วง 2) น้ำหว่า 3) น้ำกล้วยมีเมล็ด 4) น้ำกล้วยไม่มีเมล็ด 5) น้ำมะขาง 6) น้ำลูกจันทร์หรือองุ่น 7) น้ำเหง่าบัว 8) น้ำมะพร้าวหรือลิ้นจี่

ภิกษุทั้งหลายเราอนุญาตน้ำผลไม้ทุกชนิด เว้นน้ำต้มเมล็ดข้าวเปลือก เราอนุญาตน้ำดอกไม้ทุกชนิด เว้นน้ำดอกมะขาง ภิกษุทั้งหลายเราอนุญาตน้ำอ้อยสด

1.22 การรักษาโรคด้วยแพทย์ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 326-337 : 179-197)

ในสมัยพุทธกาล วิชาทางการแพทย์มีความเจริญ นอกจากการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยเภสัชต่าง ๆ ยังมีแพทย์ที่มีชื่อเสียงเป็นผู้ให้การรักษาอีกด้วย ดังเช่น นายแพทย์ทิตาปาโมกข์ นายแพทย์อากาสโคตร และนายแพทย์ชีวกโกมารภัจ แพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่มีชื่อเสียงเป็นอย่างมากสมัยนั้น คือ หมอชีวกโกมารภัจ

หมอชีวกโกมารภัจ กำเนิดจากหญิงงามเมืองชื่อสาลาวดี ซึ่งมีรูปงาม น่าดู น่าชม มีผิวพรรณผุดผ่องอย่างยิ่ง เธอถูกคัดเลือกจากคณะกฤณมพี ชาวกรุงราชคฤห์ ให้เป็นหญิงงามเมือง เธอมีความชำนาญในการฟ้อนรำ ขับร้อง และประโคมดนตรี คนที่พาเธอไปร่วมอภิรมย์ด้วยต้องจ่ายค่าตัวถึงคืบละ 100 กหาปณะ ต่อมาเธอมีครรภ์และให้กำเนิดบุตรชาย เธอกลัวว่าจะมีคนรู้ว่าเธอตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรจึงให้สาวรับใช้นำบุตรที่คลอดกับเธอในไปวางไว้บนกระดังง่า ๆ แล้วนำไปทิ้งที่กองขยะ

เวลาเช้าวันหนึ่ง เจ้าชายอภัยกำลังเสด็จเข้าสู่พระราชวังได้ทอดพระเนตรเห็นทารกนั้นถูกกาแวดล้อม จึงสอบถามคนแกลวนั้นว่าฝูงกากำลังรุมล้อมอะไร คนแกลวนั้นตอบว่า เป็นเด็กทารก และยังมีชีวิตอยู่ เจ้าชายอภัยจึงนำเด็กทารกผู้นั้นเข้าวังฝากให้แม่นมเลี้ยงดูและตั้งชื่อว่า ชีวกโกมารภัจ

เมื่อเติบโตใหญ่ ชีวกโกมารภัจคิดว่าการเข้ามาพึ่งอาศัยเจ้าชายอภัยอยู่ หากไม่มีศิลปะวิชาการ จะอยู่กับตระกูลนี้ได้ยาก จึงคิดที่จะไปเรียนศิลปะวิทยา จึงได้หลบหนีเจ้าชายอภัย ไปศึกษาวิชาการแพทย์กับนายแพทย์ทิตาปาโมกข์ ณ กรุงตักกสิลา เข้ารับการศึกษาศิลปะวิทยา จากพระอาจารย์อยู่นาน 7 ปีจนสำเร็จ จึงขอลาพระอาจารย์เดินทางกลับกรุงราชคฤห์

ชีวกโกมารภัจได้ว่าเป็นผู้มีความรู้ในวิชาการแพทย์ จนมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก ดังตัวอย่างของการรักษาผู้ที่เจ็บป่วย ดังนี้

การรักษาภรรยาเศรษฐีปวดศีรษะ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 330 : 182-185) ในระหว่างการเดินทางกลับกรุงราชคฤห์ เกิดเสบียงหมดลงนายแพทย์ชีวกโกมารภัจจึงหยุดพักหาเสบียง ณ กรุงสาเกต ระหว่างทางได้พบภรรยาเศรษฐีผู้หนึ่งป่วยเป็นโรคปวดศีรษะ

มานาน 7 ปี นายแพทย์ศิลาปาโมกษ์ และแพทย์คนสำคัญมาทำการรักษาแล้วก็ไม่หาย ได้เงินไปจำนวนมาก

เมื่อหมอชิวโกมารักจรัลทราบว่ามีภรรยาเศรษฐีป่วยเป็นโรคปวดศีรษะ จึงเดินทางไปเพื่อจะรักษาให้ แต่ถูกปฏิเสธว่ายังเป็นหมอหนุ่ม จะรักษาอะไรได้ ที่รักษาไปกับหมอคนสำคัญ ก็หมดเงินไปมากแล้ว พอหมอชิวโกมารักจรัลเข้าจึงบอกกับภรรยาเศรษฐีว่าอย่าเพิ่งให้อะไรกับเรา ต่อเมื่อโรคหายแล้วจึงค่อยให้ก็ได้ ภรรยาเศรษฐีจึงให้รักษาครั้งนั้น หมอชิวโกมารักจรัลใช้วิธีการหุงเนยใส 1 ซอง มีกับยาต่าง ๆ แล้วนัตถยาเพียงครั้งเดียว ภรรยาเศรษฐีก็หายจากโรคที่รักษามานาน 7 ปีลงได้ เขาได้รับเงินค่ารักษาจากภรรยาเศรษฐีและญาติ ๆ รวมเป็นเงิน 16,000 กหาปณะ พร้อมทาส ทาสีและรถม้าเดินทางกลับกรุงราชคฤห์ เมื่อพบเจ้าชายอภัย จึงมอบเงินที่เป็นค่ารักษาครั้งแรกให้กับเจ้าชายอภัยเพื่อเป็นค่าเลี้ยงดู แต่เจ้าชายไม่ทรงรับ และรับสั่งให้หมอชิวโกมารักจรัลสร้างบ้านอยู่ในริ้ววังของเจ้าชายอภัย

รักษาโรคจิตสติดวงทวารของพระเจ้าพิมพิสารจอมทัมมครรัฐ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 311 : 185-186) ในสมัยนั้นพระเจ้าพิมพิสารทรงประชวรด้วยโรคจิตสติดวงทวาร พระภุชญาเปื้อนพระโลหิต จนทำให้พวกนางสนมพากันหัวเราะเยาะว่าพระองค์ทรงมีระดู ต่อมาพระโลหิตเกิดแก่พระองค์ อีกไม่นานก็จะมีพระประสูติกาล พระองค์ทรงเล่าเรื่องให้เจ้าชายอภัยฟัง แล้วให้ช่วยหาหมอรักษา เจ้าชายอภัยทรงกราบทูลว่ามีหมอประจำพระองค์ที่ยังหนุ่มและทรงคุณวุฒิพอที่จะรักษาพระองค์ได้ เจ้าชายอภัยจึงสั่งให้หมอชิวโกมารักจรัลไปรักษาพระราชบิดา โดยที่เขาได้ใช้เล็บตักยาแล้วเดินทางเข้าไปรักษาพระราชบิดา ในครั้งนั้นหมอชิวโกมารักจรัลรักษาโรคจิตสติดวงทวารของพระเจ้าพิมพิสารจอมทัมมครรัฐให้หายขาด ด้วยการทายาเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

พระเจ้าพิมพิสารทรงรับสั่งให้สตรี 500 นางแต่งกายเต็มยศแล้วเปลื้องผ้าออกให้หมด แล้วตรัสว่า เครื่องประดับทั้งหมดของสตรี 500 นางนี้จะเป็นสมบัติของเจ้า แต่หมอชิวโกมารักจรัลไม่รับและกราบทูลว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ พระเจ้าพิมพิสารจึงตรัสว่า เจ้าจงบำรุงเรากับพวกฝ่ายในและภิกษุสงฆ์ มีพระผู้มีพระพุทธเจ้าทรงเป็นประธานแต่นั้นมา หมอชิวโกมารักจรัลจึงมีตำแหน่งเป็นแพทย์หลวง

รักษาเศรษฐีชาวกรุงราชคฤห์ผู้ป่วยเป็นโรคปวดศีรษะ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 322 : 186-189) สมัยนั้น เศรษฐีชาวกรุงราชคฤห์ป่วยเป็นโรคปวดศีรษะเป็นเวลา 7 ปี มีแพทย์ศิลาปาโมกษ์ และแพทย์คนสำคัญมารักษา ได้เงินไปจำนวนมาก นายแพทย์หลายคนบอกเลิกรักษา นายแพทย์บางพวกกล่าวว่า เศรษฐีคหบดีจะถึงอนิจกรรมในวันที่ 5 บางพวกบอกว่าจะถึงอนิจกรรมในวันที่ 7 คหบดีเศรษฐีชาวกรุงราชคฤห์ผู้นี้เป็นผู้สร้างความดีไว้มากมายแก่พระราชบิดาและชาวนิคม จึงหาทางให้เศรษฐีคหบดีได้รับการรักษา จากหมอชิวโกมารักจรัลจึงนำเรื่องไปกราบทูลพระเจ้าพิมพิสารจอมทัมมครรัฐ และพระเจ้าพิมพิสารมีรับสั่งให้หมอชิวโกมารักจรัลไปรักษาเศรษฐีคหบดี

หมอชิวโกมารักจรัลจับเศรษฐีคหบดีนอนบนเตียง มัดไว้กับเตียงแล้วถลกหนังศีรษะ เปิดรอยประสานกะโหลก แล้วนำสัตว์มีชีวิตออกมา 2 ตัว แสดงให้ชาวบ้านดู แล้วอธิบายว่าที่พระอาจารย์

ทั้งหลายบอกว่าเศรษฐกิจหบดีจะถึงแก่นิจกรรมภายใน 5 วัน เพราะท่านเห็นสัตว์ตัวใหญ่ที่จะเจาะมันสมองในวันที่ 5 ส่วนที่บอกว่าจะถึงอนิจกรรมภายในวันที่ 7 เพราะท่านเห็นสัตว์ตัวเล็กที่จะเจาะกินมันสมองในวันที่ 7 ซึ่งอาจารย์เหล่านั้นเห็นถูกต้องแล้ว หลังจากนั้นปิดแนวประสานกะโหลกเย็บหนังศีรษะ แล้วทายาสมานแผล

หมอชิวโกมารภัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเฉลียวฉลาดจึงได้ออกอุบายในการพักฟื้นรักษาตัวให้เศรษฐกิจหบดีนอนในท่าตะแคงซ้ายนาน 7 เดือน นอนตะแคงขวานาน 7 เดือนและนอนหงายนานอีก 7 เดือน แต่เศรษฐกิจไม่สามารถที่จะทำตามอุบายของหมอชิวโกมารภักได้สำเร็จ จึงขอทำในแต่ละท่าเพียงท่าละ 7 วันเท่านั้น ซึ่งหมอชิวโกมารภักก็รู้ที่อยู่แล้วว่าการรักษาจะหายภายใน 3 สัปดาห์เท่านั้น

รักษาโรคเนื้องอกในลำไส้ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 333 : 189-190) สมัยก่อนนั้นมีบุตรเศรษฐกิจชาวกรุงพาราณสี เกิดเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้บิด ข้าวต้มที่ดื่มอาหารที่รับประทานไม่ย่อยด้วยดี อุจจาระ ปัสสาวะไม่สะดวก ทำให้เกิดอาการชูกมอม หมองคล้ำ ซีดเหลือง เส้นเอ็นขึ้นสะพรั่ง ทราบถึงพระเจ้าพิมพิสาร จึงรับสั่งให้หมอชิวโกมารภักไปทำการรักษา โดยได้ตรวจร่างกายและทำการรักษาด้วยการผ่าหน้าท้องแล้วตัดเอาเนื้องอกที่ลำไส้ออก และใส่ลำไส้กลับไว้ตามเดิม แล้วเย็บหนังท้องทายาสมานแผล ต่อมาไม่นานนักก็หายเป็นปกติ

รักษาโรคผอมเหลืองของพระเจ้าปชโชต (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 334 : 191-193) สมัยนั้น พระเจ้าปชโชตในกรุงอุชเชนี ทรงประชวรเป็นโรคผอมเหลืองรักษาด้วยนายแพทย์ทศปาโมกข์ และแพทย์คนสำคัญหลายคน แต่การรักษายังไม่หาย ได้เงินไปจำนวนมาก พระเจ้าปชโชตมีสารส่งถึงพระเจ้าพิมพิสาร ขอให้หมอชิวโกมารภักเดินทางมารักษาให้ เมื่อหมอชิวโกมารภักเดินทางไปกรุงอุชเชนีเพื่อรักษาพระเจ้าปชโชต เพื่อตรวจอาการแล้ว ทรงกราบทูลว่าจะหุงเนยใสให้พระองค์เสวย แต่ว่าพระเจ้าปชโชตทรงเกลียดเนยใสเป็นอย่างมาก หมอชิวโกมารภักจึงคิดหาวิธีหุงเนยใสให้มีสี กลิ่น รส เหมือนน้ำฝาด แล้วหุงเนยใสกับยาชนิดต่างๆ แล้วนำไปรักษาพระเจ้าปชโชตให้หายจากการประชวรได้สำเร็จ

พระพุทธรูปเจ้าเสวยพระโอสถถ่าย 30 ครั้ง (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 336 : 194-197) สมัยนั้น พระพุทธรูปเจ้ามีพระวรกายหมักหมม ด้วยสิ่งอันเป็นโทษ และพระองค์ประสงค์จะฉนินยาถ่าย พระอรหันต์ได้เข้าไปหาหมอชิวโกมารภักถึงที่พักแล้วเล่าเรื่องการประชวรของพระพุทธรูปเจ้าให้หมอชิวโกมารภักฟัง

หมอชิวโกมารภักกล่าวว่า ท่านจงทำให้พระวรกายของพระพุทธรูปเจ้า ชุ่มชื้นสัก 2-3 วัน เมื่อครบกำหนด หมอชิวโกมารภักจึงถวายกำนอุบลอบ 3 กำน ให้พระพุทธรูปเจ้าสูดดม ซึ่งเมื่อสูดดมแต่ละกำนแล้วจะทำให้ถ่ายถึง 10 ครั้ง เมื่อสูดดมครบทั้ง 3 กำนก็จะถ่ายครบ 30 ครั้งพอดี แต่เมื่อพระพุทธรูปเจ้ามีพระวรกายหนักหมมด้วยสิ่งที่เป็นโทษจะไม่ถ่ายครบ 30 ครั้ง จะถ่ายเพียง 29 ครั้ง ส่วนครั้งที่ 30 จะต้องสร่งสนานก่อน หมอชิวโกมารภักคิดได้ดังนั้น จึงกราบทูลพระพุทธรูปเจ้าให้สร่งสนานก่อนที่จะถ่ายครั้งที่ 30 เมื่อพระพุทธรูปเจ้าทรงสร่งสนานแล้ว ให้ถ่ายอีกครั้งจึง

ครบ 30 ครั้งพอดี หลังจากการถ่ายแล้วหมอชีวโกมารภักได้กราบทูลพระพุทธเจ้าไม่ควรเสวยพระกระยาหารที่ปรุงด้วยน้ำต้มผักต่าง ๆ จนกว่าพระวรกายจะเป็นปกติ

พระพุทธเจ้าทรงเป็นพยาบาลที่ดี (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 365 : 239-241) สมัยนั้นมีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคท้องร่วง ภิกษุนอนกลิ้งเกลือกไปมาบนปัสสาวะและอุจจาระของตนเอง เมื่อสอบถามภิกษุรูปหนึ่งนั้นถึงภิกษุผู้คอยพยาบาล จึงทรงทราบว่าไม่มีภิกษุผู้คอยพยาบาลเลย ที่เป็นเช่นนั้นเพราะภิกษุรูปนั้นไม่เคยพยาบาลภิกษุรูปใดมาก่อนเลยจึงเป็นเหตุให้ไม่มีใครดูแล พระผู้มีพระภาคจึงรับสั่งว่า “...ภิกษุทั้งหลาย พวกเธอไม่มีมารดา ไม่มีบิดาผู้คอยพยาบาล ภิกษุทั้งหลาย ถ้าพวกเธอไม่พยาบาลกันเอง ใครเล่าจะคอยพยาบาลพวกเธอ ภิกษุทั้งหลาย ผู้ที่จะพยาบาลเราก็จะพยาบาลภิกษุไข้เกิด ถ้ามีอุปัชฌาย์ อุปัชฌาย์พึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้ามีอาจารย์ อาจารย์พึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้ามีสัทธีวาริก สัทธีวาริกพึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้ามีอันตเววสิก อันตเววสิกพึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้ามีภิกษุผู้ร่วมอุปัชฌาย์ ผู้ร่วมอุปัชฌาย์พึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้ามีภิกษุผู้ร่วมอาจารย์ พึงพยาบาลภิกษุไข้ นั้นจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้าไม่มีอุปัชฌาย์ อาจารย์ สัทธีวาริก อันตเววสิก ผู้ร่วมอุปัชฌาย์ หรือผู้ร่วมอาจารย์ สงฆ์ต้องพยาบาลภิกษุไข้ นั้น ถ้าไม่พยาบาล ต้องอาบัติทุกกฏ...”

คนไข้ที่พยาบาลได้ยากมีอาการ 5 อย่าง คือ

1. ไม่ทำความสบาย
2. ไม่รู้ประมาณในความสบาย
3. ไม่ฉันทยา
4. ไม่บอกอาการไข้ตามเป็นจริงแก่ผู้พยาบาลไข้ที่มุ่งประโยชน์ คือไม่บอกอาการไข้ที่กำเริบว่ากำเริบ อาการไข้ที่ทุเลาว่าทุเลา อาการไข้ที่ทรงอยู่ว่าทรงอยู่
5. เป็นคนไม่อดทนความรู้สึกทางกายที่เกิดขึ้น เป็นทุกข์แสนสาหัส กล้าแข็ง เผ็ดร้อน ไม่น่ายินดี ไม่น่าพอใจ แทบจะคร่าชีวิต

ภิกษุทั้งหลาย คนไข้ที่มีอาการ 5 อย่างนี้แล พยาบาลได้ยาก

คนไข้ที่พยาบาลได้ง่ายมีอาการ 5 อย่าง คือ

1. ทำความสบาย
2. รู้ประมาณในความสบาย
3. ฉันทยา
4. บอกอาการไข้ตามเป็นจริงแก่ผู้พยาบาลไข้ที่มุ่งประโยชน์ คือ บอกอาการไข้ที่กำเริบว่ากำเริบ อาการไข้ที่ทุเลาว่าทุเลา อาการไข้ที่ทรงอยู่ว่าทรงอยู่
5. เป็นคนอดทนความรู้สึกทางกายที่เกิดขึ้น เป็นทุกข์แสนสาหัส กล้าแข็ง เผ็ดร้อน ไม่น่ายินดี ไม่น่าพอใจ แทบจะคร่าชีวิต

ภิกษุทั้งหลาย คนไข้ที่มีอาการ 5 อย่างนี้แลพยาบาลได้ง่าย
บุคคลผู้ประกอบด้วยองค์ 5 ไม่ควรพยาบาลภิกษุไข้ คือ

1. ไม่สามารถจัดยา
2. ไม่รู้จักของแสลงและไม่แสลง คือ นำของแสลงเข้าไปให้ นำของไม่แสลงออกไป
3. พยาบาลคนไข้เพราะเห็นแก่อำภิส ไม่มีจิตเมตตา
4. รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลายหรือของที่อาเจียนออกมาไปเททิ้ง
5. ไม่สามารถพูดให้คนไข้เห็นชัด ชวนให้หายกรับไปปฏิบัติ เร้าใจให้อาเจียนแล้ว

กล่าว ปล่อยขโลมใจให้สดชื่นร่าเริงด้วยธรรมมีกถา เป็นบางครั้งบางคราว

ภิกษุทั้งหลาย ผู้พยาบาลภิกษุไข้ที่ประกอบด้วยองค์ 5 นี้แล ไม่ควรพยาบาลคนไข้
บุคคลผู้ประกอบด้วยองค์ 5 ควรพยาบาลภิกษุไข้ คือ

1. สามารถจัดยา
2. รู้จักของแสลงและไม่แสลง คือ นำของแสลงออกไป นำของไม่แสลงเข้ามาให้
3. ไม่พยาบาลคนไข้เพราะเห็นแก่อำภิส มีจิตเมตตา
4. ไม่รังเกียจที่จะนำอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลายหรือของที่อาเจียนออกมาไปเททิ้ง
5. สามารถพูดให้คนไข้เห็นชัด ชวนให้หายกรับไปปฏิบัติ เร้าใจให้อาเจียนแล้ว

กล่าว ปล่อยขโลมใจให้สดชื่นร่าเริงด้วยธรรมมีกถา เป็นบางครั้งบางคราว

ภิกษุทั้งหลาย ผู้พยาบาลภิกษุไข้ที่ประกอบด้วยองค์ 5 นี้แล ควรพยาบาลคนไข้

2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในสมัยพุทธกาล

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในสมัยพุทธกาล มีหลักฐานแสดงไว้ในคัมภีร์
พระไตรปิฎกหลายเล่ม ซึ่งระบุถึงการมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ของพระพุทธเจ้าไว้หลายประการ เช่น
การเสด็จบิณฑบาตเวลาเช้า เวลาเดินทรงแสดงธรรม เวลาบำเพ็ญทานโอวาทแก่ภิกษุ จวนสร้างทรงตรวจ
พิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุธรรมได้ อันควรจะเสด็จไปโปรดสัตว์เหล่านั้น (พระธรรม
ปิฎก (ป.อ.ปอฺตโต). 2543 : 189) พระองค์ทรงมีอายุยืนยาวถึง 80 ปี แต่มีพระวรกายแข็งแรง (พระ
สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย มหาวรรค เล่มที่ 10 (ไทย) ข้อที่ 189 : 137-138) และมีสติสัมปยุตต์
สมบูรณ์ดี (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 161 : 164-165) การ
ปฏิบัติต่าง ๆ นั้น พอสรุปได้ดังนี้

2.1 หลักการบริโภคอาหาร

พระพุทธเจ้าทรงยึดถือมาโดยตลอดพระชนมชีพ คือการฉันอาหารมือเดียว
และทรงแนะนำให้ภิกษุฉันอาหารมือเดียวแบบพระองค์ การฉันอาหารของพระพุทธเจ้านั้น จะไม่ฉันใน
เวลาวิกาล พระองค์รู้สึกว่าการกระป๋องเปร่า ทำให้มีโรคน้อย (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก
เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 225 : 236)

คุณแห่งการฉันอาหารมือเดียว (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ เล่มที่ 13 (ไทย) ข้อที่ 134 : 150-151) พระพุทธเจ้าทรงกล่าวกับภิกษุทั้งหลายว่า ภิกษุทั้งหลาย เราฉันอาหารมือเดียว กระป๋องเปร่า มีพลานามัยสมบูรณ์อยู่สำราญ การที่พระพุทธเจ้าฉันอาหารมือเดียว เป็นการลดความกระวนกระวาย และลดความเดือดร้อนจากการฉันอาหาร (การฉันอาหารมือเดียว หมายถึง การฉันอาหารในเวลาเช้า คือตั้งแต่พระอาทิตย์ขึ้นจนถึงเวลาเที่ยงวัน แม้ภิกษุจะฉันอาหาร 10 ครั้ง ในช่วงเวลานี้ก็ประสงค์ว่าฉันอาหารมือเดียว) นอกจากนี้ยังฉันโภชนาในยามราตรีเลย (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ เล่มที่ 13 (ไทย) ข้อที่ 174 : 201)

การรู้จักประมาณในโภชนะ พระพุทธเจ้าตรัสว่า “...เธอทั้งหลายควรสำเหนียกอย่างนี้ว่า เราทั้งหลายรู้จักประมาณในโภชนะ จักพิจารณาโดยแยบคายแล้วกลืนกินอาหาร ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อความมัวเมา ไม่ใช่เพื่อประดับ ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง แต่เพียงเพื่อการนี้ดำรงอยู่ได้ เพื่อให้ชีวิตอินทรีย์เป็นไป เพื่อบำบัดความทิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปัณณาสก์ เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 422 : 456)

โทษของการดื่มสุราและเมรัย มี 6 ประการ (พระสุตตันตปิฎก. ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค เล่มที่ 11 (ไทย) ข้อที่ 248 : 202-203) คือ

1. เสียทรัพย์ทันตาเห็น
2. ก่อการทะเลาะวิวาท
3. เป็นบ่อเกิดแห่งโรค
4. เป็นเหตุให้เสียชื่อเสียง
5. เป็นเหตุให้ไม่รู้จักอาย
6. เป็นเหตุให้หมดกำลังปัญญา

2.2 การออกกำลังกาย

ในสมัยพุทธกาลการออกกำลังกายของสมณะเพศคงจะทำได้อย่างยากลำบาก แต่พระพุทธเจ้าทรงมีวิธีการออกกำลังกายโดยเฉพาะการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น การนั่ง การเดิน การยืน การนอน โดยเฉพาะการเดิน ถือเป็นวัตรปฏิบัติที่ภิกษุจะต้องทำเป็นประจำ ก็คือการเดินบิณฑบาต ในเวลาเช้าของทุกวัน ดังเรื่องที่เกิดในกรุงสาวัตถี (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค เล่มที่ 15 (ไทย) ข้อที่ 198 : 285-286)

ครั้งเวลาเช้า...แม้ครั้งที่ 2 ในเวลาเช้า...แม้ครั้งที่ 3 ในเวลาเช้าพระผู้มีพระภาคทรงครองอันตราวาสก ถือบาตรและจีวร เสด็จเข้าไปซึ่งที่อยู่ของอุทยพราหมณ์ ฯลฯ ลำดับนั้น อุทยพราหมณ์ก็ตักข้าวใส่บาตรจนเต็ม

ครั้งเวลาเช้า ท่านอานนท์ครองอันตราวาสก ถือบาตรและจีวรเข้าไปบิณฑบาตยังกรุงสาวัตถี (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค เล่มที่ 15 (ไทย) ข้อที่ 207 : 299)

ในสมัยนั้น ทายก ทายิกาในกรุงเวสาลี จัดตั้งภัตตาหารประณีตไว้ตามลำดับ
 ภิกษุฉันภัตตาหารประณีต จนร่างกายอ้วน มีอาพาธมาก ครั้งนั้นนายแพทย์ชีวกโกมารภัจ มีธุระเดินทาง
 ไปกรุงเวสาลี พบเห็นภิกษุทั้งหลายร่างกายอ้วน มีอาพาธมาก จึงกราบทูลให้พระพุทธเจ้าทราบ และขอ
 ประทานพระโอภาส พระองค์โปรดอนุญาตเรื่องไฟและที่จงกรม ด้วยวิธีการอย่างนี้ ภิกษุทั้งหลายจะมี
 อาพาธน้อย (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 260 : 33) ต่อมาภิกษุทั้งหลายจึงพากัน
 เดินจงกรม เช่น ท่านพระสารีบุตร... พระมหาโมคคัลลานะ...พระมหากัสสปะ...พระอนูรุทธะ...พระปุลณ
 มันทานีบุตร...พระอุบาลี...พระอานนท์.. แม้แต่พระเทวทัต ก็กำลังเดินจงกรมอยู่กับภิกษุจำนวนมาก...
 (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย นิทานวรรค เล่มที่ 16 (ไทย) ข้อที่ 99 : 187) พระพุทธเจ้าตรัสถึง
 อานิสงส์ของการเดินจงกรมไว้ถึง 5 ประการ (พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ปัญจก ฉักกนิบาต เล่มที่
 22 (ไทย) ข้อที่ 29 : 41) คือ

1. เป็นผู้ที่มีความอดทนต่อการเดินทางไกล
2. เป็นผู้ที่มีความอดทนต่อการบำเพ็ญ
3. เป็นผู้ที่มีอาพาธน้อย
4. อาหารที่กิน ดื่มน้ำ เคี้ยว ลิ้มแล้วง่ายขึ้น
5. สมารถที่ได้ จากการเดินจงกรมตั้งอยู่ได้นาน

2.3 การดูแลสุขภาพจิต

การดูแลสุขภาพจิตหรือการบริหารจิตในเชิงพุทธนั้นมีมากมาย พอสรุป
 สาระสำคัญที่คิดว่าตรงประเด็นและนำไปสู่การหลุดพ้นและใกล้ตัวมากที่สุดคือ อนัตตลักขณสูตร (พระ
 วินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 1 เล่มที่ 4 (ไทย) ข้อที่ 20-24 : 27-31) ที่พระองค์ได้ตรัสกับภิกษุปัญจวัคคีย์
 ว่า “...ภิกษุทั้งหลาย รูปเป็นอนัตตา รูปจึงเป็นไปเพื่ออาพาธ เวทนาเป็นอนัตตา เวทนาจึงเป็นไปเพื่อ
 อาพาธ สัญญาเป็นอนัตตา สัญญาจึงเป็นไปเพื่ออาพาธ สังขารเป็นอนัตตา สังขารจึงเป็นไปเพื่ออาพาธ ...
 วิญญาณเป็นอนัตตา วิญญาณจึงเป็นไปเพื่ออาพาธ...”

ดังนั้นหากรูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ เป็นสิ่งไม่เที่ยง สิ่งนั้นก็เป็ทุกข
 มีความแปรผันเป็นธรรมดา ควรหรือที่จะเห็นสิ่งนั้นว่า นั่นของเรา เราเป็นนั่น นั่นเป็นอนัตตาของเรา ข้อ
 นั้นไม่ควรเลย (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 1 เล่มที่ 4 (ไทย) ข้อที่ 21 : 28-29)

พระพุทธเจ้าได้ตรัสอนัตตลักขณสูตรนี้แล้ว ภิกษุปัญจวัคคีย์ก็มีใจยินดีชื่นชม
 ภาษิตของพระพุทธเจ้า เมื่อพระองค์ตรัสเวทียากรณนั้นอยู่ จิตของภิกษุปัญจวัคคีย์จึงหลุดพ้นจากอาสวะ
 ทั้งหมด เพราะไม่ถือมั่น (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 1 เล่มที่ 4 (ไทย) ข้อที่ 24 : 31)

นอกจากพระพุทธเจ้าทรงให้ทำแต่ความดี ละความชั่ว และทำจิตใจให้บริสุทธิ์
 แล้วธรรมที่ใกล้ตัวของภิกษุสงฆ์ในปัจจุบันที่ต้องยึดถือปฏิบัติเพื่อบำรุงจิตใจอีกธรรมหนึ่งคือ อบายมุข
 6 ประการ (พระสุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค เล่มที่ 11 (ไทย) ข้อที่ 247 : 202) คือ

โลหะ ลูกตาลไม้ ลูกตาลเขาสัตว์ ทรงอนุญาตลิ้มยนต์ การโอบกอบวิหารด้วยดิน ทั้งภายนอกภายใน ซึ่งทั้งหมดล้วนแต่เป็นการสร้างความปลอดภัยให้แก่ภิกษุผู้อาศัยทั้งสิ้น

สมัยนั้น วิหารยังไม่มีหน้าต่าง ทำให้เสียดายตา มีกลิ่นอับ พระพุทธเจ้าจึงทรงอนุญาตหน้าต่าง 3 ชนิด คือ หน้าต่างมีลวดลายทำเป็นกะบัง (ชุกชี) หน้าต่างมีตาข่าย หน้าต่างมีลูกกรง อนุญาตผ้าผืนเล็ก สำหรับกั้นหน้าต่าง ม่านหน้าต่าง และอนุญาตบานหน้าต่าง เครื่องอัดบานหน้าต่าง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 295 : 91-94)

2.4.2 เครื่องนอนของภิกษุ

สมัยนั้น ภิกษุนอนบนพื้น เนื้อตัว จีวรเปื้อนฝุ่น พระพุทธเจ้าทรงทราบจึงอนุญาตให้ภิกษุ ใช้หุ้ยารองนั่ง อนุญาตตั้งไม้ เตียงถักหรือเตียงสาน (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 296-297 : 92-95) อนุญาตม้านั่งสี่เหลี่ยม มีพนัก สูง 3 ด้าน อนุญาตตั้งหวาย ตั้งหุ้มด้วยผ้า ตั้งขาหวาย ตั้งก้านมะขามบ่อม แผ่นกระดาน เก้าอี้ตั้งฟาง

สำหรับเตียงนอนของภิกษุ ก็ทรงอนุญาตให้หนุนเท้าเตียงสูงได้ 8 นิ้วเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันสัตว์ร้ายหรือุงกัด และยังทรงอนุญาตผ้าปูพื้น หมอน พูก 5 ชนิด คือ พูกขนสัตว์ พูกผ้า พูกเปลือกไม้ พูกหญ้า พูกใบไม้ และสามารถหุ้มพูกได้ และสามารถให้ทำตำหนิได้ เพื่อป้องกันการลักขโมย (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 297 : 96-99) และทรงอนุญาตให้ทาสีที่วิหารได้ 3 สี คือ สีขาว ดำและเหลือง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 298 : 100-102) ทรงอนุญาตภาพดอกไม้ ภาพลวดลายเถาวัลย์ ภาพลวดลายพินมังกร และภาพลวดลายดอกจอก (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 299 : 102)

2.4.3 ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม

สมัยนั้น วิหารมีพื้นต่ำ น้ำท่วม พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ถมพื้นให้สูงและก่อดินกั้น ดินที่ถม 3 ชนิด คือ ทำด้วยอิฐ ทำด้วยศิลา และทำด้วยไม้ อนุญาตให้ทำบันไดขึ้นวิหาร 3 ชนิด คือ บันไดอิฐ บันไดศิลา และบันไดไม้ และมีราวยึด

เมื่อวิหารมีพื้นเป็นลานโล่ง ภิกษุละอายุที่จะนอน ทรงอนุญาตให้กั้นฝาครึ่งหนึ่งและมีผ้าม่าน และยังอนุญาตให้กั้นห้องภายใน 3 ชนิด คือ ห้องคล้ายเสลียง ห้องคล้ายอุโมงค์ และห้องบนเรือนโถง หากวิหารชำรุดก็ให้ซ่อมแซมได้ด้วยการนำดินปนเถ้ากับมูลโค นำมาฉาบผนัง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 300 : 103-104)

เมื่อหลังคาวิหารมุงด้วยหญ้า มีงูตกลงมาที่คอกภิกษุรูปหนึ่ง ทราบถึงพระพุทธเจ้า จึงทรงอนุญาตให้ทำเพดานวิหารได้ นอกจากนี้ยังทรงอนุญาตไม้เตี้ยติดผ้าไม้รูปงาช้างสำหรับแขวนถุงหรือสิ่งของ อนุญาตรวางจีวร สายระเดียงในวิหาร อนุญาตระเบียง เฉลียง ลับแล หน้ามุขมีหลังคา และแผงเลื่อนผ้าม่าน (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 300 : 104-105)

เมื่อวิหารไม่มีรั้วล้อมทรงอนุญาตให้ล้อมรั้ว 3 ชนิด คือ รั้วอิฐ รั้วศิลา และ รั้วไม้ เมื่อล้อมรั้วแล้วทรงอนุญาตขุดประตู บานประตู กรอบเข็ดหน้า รุครกที่รับเดียวประตู ห่วงข้างบน สายยู ไม้หัวลิง ลิ่มกลอน ช่องดาล ช่องสำหรับชัก เชือกสำหรับชัก

ในวิหารทรงอนุญาตให้ทำศาลาไฟในที่สมควร ด้านหนึ่งเพื่อไม่ให้บริเวณสกปรกและทำให้พ้นจากน้ำท่วมถึง สามารถประดับด้วยสีและลวดลายให้สวยงามได้ นอกจากนี้ยังทรงอนุญาตให้อฉิน ศาลาน้ำดื่ม ปะรำตี้ม ให้มีสิ่งที่ตักน้ำ และขันตักน้ำดื่มได้ และตั้งอยู่สูงจากพื้นน้ำท่วมถึง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 301 : 105-109)

พระพุทธเจ้า ยังรับสั่งและอนุญาตให้วิหารล้อมรั้วได้ 3 ชนิด คือ รั้วไม้ไผ่ รั้วหนาม คุ เพื่อป้องกันปศุสัตว์ของชาวบ้านเข้ามาทำลายสิ่งปลูกสร้างให้เสียหาย อนุญาตให้ทำขุดประตู ไม้คร่าว บานประตูคู่ เสากระเนียด กลอนเหล็ก โบกलयด้วยดิน ทาสีประดับลวดลายให้สวยงามได้ หากพื้นลื่น ทรงอนุญาตให้โรยกรวดแร่ ปูด้วยศิลาเรียบ หากมีน้ำขังให้ทอระบายน้ำ สำหรับวิหาร ปราสาท เรือน ฯลฯ ทรงอนุญาตเครื่องมุง 5 ชนิด คือ กระเบื้อง ศิลา ปูนขาว หญ้า ใบไม้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 303 : 109-110)

3. หลักการสุขาภิบาลในสมัยพุทธกาล

การสุขาภิบาล มีมาตั้งแต่พุทธกาล จากการศึกษาคัมภีร์พระไตรปิฎก พบว่าพระพุทธเจ้าทรงวางรากฐานการสุขาภิบาลให้แก่ภิกษุไว้อย่างมากมาย เช่น

3.1 การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้

สมัยนั้น น้ำดื่มของภิกษุส่วนใหญ่ได้จากน้ำในแม่น้ำลำคลอง ห้วย หนอง สระ น้ำมักเป็นอกับปิยะหรือน้ำขุ่นที่ไม่ควรดื่ม พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ผ้ากรองน้ำ ผ้ากรองน้ำมีรูปคล้ายทัพพี กระบอกกรองน้ำ ผ้ากรองน้ำไม่มีขอบ หรืออาจใช้มุมของสังฆาฏิทำเป็นเป็นผ้ากรองน้ำก็ได้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 258 – 259 : 31-33)

นอกจากนี้พระพุทธเจ้ายังทรงอนุญาตบ่อน้ำ ถึงตักน้ำ 3 ชนิด คือ ถังไม้ ถังโลหะ ถังหนัง อนุญาตศาลาบ่อน้ำ ฝาปิด รางน้ำ อ่างน้ำ รางระบายน้ำ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 261-262 : 38-40)

ในบริเวณวิหาร ยังทรงอนุญาตศาลาน้ำดื่ม ปะรำน้ำดื่ม (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 301 : 105-107)

สระโบกขรณี เป็นอีกหนึ่งในการจัดการน้ำใช้ในพุทธกาล พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตอุบาสกคนหนึ่งให้สร้างสระโบกขรณีถวาย (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 263 : 41)

3.2 การกำจัดสิ่งปฏิกูล

สมัยนั้น ภิกษุทั้งหลายถ่ายปัสสาวะ ในที่นั้นๆ ในอาราม อารามสกปรก พระพุทธเจ้าทรงทราบ จึงอนุญาตให้ถ่ายปัสสาวะในที่สมควร ในที่สมควร คือ บริเวณที่อนุญาตให้ล้อมรั้ว

ให้ถ่ายปัสสาวะลงในหม้อปัสสาวะที่มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันกลิ่นเหม็นได้ อนุญาตฐานวางเท้าถ่ายปัสสาวะ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 290 : 74-75)

เช่นเดียวกันกับการถ่ายอุจจาระ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ถ่ายอุจจาระในที่สมควร คือถ่ายในหลุมถ่ายอุจจาระ มีฐานวางเท้าถ่ายอุจจาระ ให้ใช้ไม้ชำระ ตะกร้าใส่ไม้ชำระ และหลุมถ่ายอุจจาระมีฝาปิด เพื่อป้องกันกลิ่น หากน้ำท่วมถึงให้ทำหลุมถ่ายอุจจาระให้ลาดพื้นแล้วเจาะตรงกลางสำหรับถ่ายส่วนการถ่ายปัสสาวะให้ทำรางปัสสาวะ เพื่อป้องกันปัสสาวะถ่ายออกข้างนอก (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 291 : 75-76)

เมื่อพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระแล้ว พระองค์ทรงอนุญาต เรื่องของ วัจกุฎี หรือ ส้วม ทรงให้ทำวัจกุฎี ที่มีประตู มุงหลังคา ประดับประดา ทาสี ลวดลายสวยงาม (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 291 : 76) อนุญาตเชือกสำหรับเหนี่ยวกันหกล้ม ให้ล้อมรั้วให้มิดชิด หากขุมอยู่ในพื้นที่ที่ต่ำให้ถมพื้นสูง มีบันได มีราวสำหรับยึด มีบานประตูขุม ฉาบด้วยดิน ทาสี ประดับลวดลายให้สวยงาม หากกลิ่น จะเป็นอันตรายให้โรยกรวดแร่ ปูศิลาเรียบ หากน้ำขังให้ทำท่อระบายน้ำ ให้มีหม้ออุจจาระ มีขันน้ำตักล้างอุจจาระ มีฐานวางเท้าชำระ ให้ล้อมรั้วปกปิดที่นั่งถ่าย และหม้ออุจจาระต้องมีฝาปิด (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 292 : 77-78)

3.3 สุขาภิบาลที่พักอาศัย

เมื่อพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเสนาสนะทั้ง 5 ชนิดแล้วภิกษุจะต้องคอยดูแลบำรุงรักษา ดังได้กล่าวไว้ในพระไตรปิฎก ความว่า ภิกษุทั้งหลายการอยู่ในวิหารใด ถ้าวิหารนั้นสกปรก ถ้าสามารถพึงชำระให้สะอาด เมื่อชำระวิหารให้สะอาด จึงขนบาตรและจีวรออกก่อนวางไว้ ณ ที่สมควร ถึงขนผ้าปูนั่ง ผ้าปูนอน พูก หมอนออกไปวางไว้ ณ ที่สมควร เพียง ตั้ง พึงยกออกอย่างระมัดระวัง ไม่ให้ชำรุด ไม่ให้กระทบบานประตูและกรอบประตู ขนออกไปวางไว้ ณ ที่สมควร ถ้าวิหารมีหยากเยื่อ พึ่งกวาดเพดานลงมาก่อน กรอบหน้าต่างและมุมห้องพึงเช็ด ถ้าฝาที่ทาน้ำมันหรือทาสีดำขึ้นรา พึ่งให้ผ้าชุบน้ำบิดแล้วเช็ด ถ้าเป็นพื้นไม้ได้ทา พึ่งให้น้ำประพรมแล้วเช็ด อย่าให้วิหารคราค่ำไปด้วยฝุ่นละออง ไม่พึงเคาะเสนาสนะได้ลม พรหมปูพื้นพึงผึ่งแดด ชำระคาบ ขนกลับปูไว้ตามเดิม เขียงรองเท้า พึ่งผึ่งแดด เช็ด ขนกลับไว้ตามเดิม (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 370-372 : 238-241)

3.4 เสนาสนวัตร (ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย) (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 375-378 : 244-256)

“...ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย ! ภิกษุอยู่ในวิหารใด ถ้าสามารถ เธอพึงทำความสะอาด เมื่อจะทำความสะอาดวิหาร พึงนำบาตรจีวรออกก่อน แล้ววางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง พึงนำผ้าปูนั่ง ผ้าปูนอน ออกวางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง พึงนำพูก และหมอนออกวางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง เพียงตั้งพึงทำให้น้ำออกให้ดี อย่าให้ครูดสี กับกระโถนออกวางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง พึงนำแผ่นกระดานสำหรับพึงออกไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง พึงสังเกตเครื่องปูพื้นตามที่ตั้งไว้เดิม แล้วนำออกวางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง พึงสังเกตเครื่องปูพื้นตาม

ที่ตั้งไว้เดิม แล้วนำออกวางไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง (สมัยก่อนที่อยู่ไม่ยกพื้นโดยมาก เมื่ออยู่กับพื้นดินจึงต้องใช้เตียงใช้ตั้ง และใช้เครื่องปูพื้น) ถ้าวิหารมีอยากโย กวาดเพดานลงมาก่อน...”

“...ถ้าฝาที่ทาด้วยสีดินแดง เป็นจุดต่าง พึงใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้แห้ง แล้วเช็ด ถ้าพื้นทาด้วยสีดำ เป็นจุดต่าง พึงใช้ผ้าชุบน้ำบิดให้แห้งแล้วเช็ด ถ้าพื้นไม่ได้ทาสีไว้ พึงพรมน้ำแล้วกวาด ด้วยคิดว่า อย่าให้วิหารเปราะเปื้อนด้วยธุลี พึงเก็บขยะไปทิ้ง ณ ส่วนข้างหนึ่ง...”

“...ไม่พึงตีเสนาสนะ (หมายถึงใช้มือทุบตีหรือใช้ไม้ตีให้ฝุ่นละอองออก) ในที่ใกล้ภิกษุ ไม่พึงตีเสนาสนะในที่ใกล้วิหาร ไม่พึงตีเสนาสนะใกล้น้ำดื่ม ไม่พึงตีเสนาสนะใกล้น้ำใช้ไม่พึงตีเสนาสนะในลานด้านทวนลม พึงตีเสนาสนะด้านใต้ลม...”

“...เครื่องปูพื้น พึงตากไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง ทำความสะอาดแล้ว ตีแล้ว จึงนำไปปูไว้ ณ ที่ซึ่งปูไว้เดิม ที่รองเตียง พึงตากไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง แล้วเช็ด นำไปตั้งไว้ในที่เดิม เตียงตั้ง พึงตากแดดไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง ทำความสะอาดแล้ว เคาะแล้ว ทำให้ดำ นำไปให้ตี มิให้ครูดสีบาน และกรอบประตู แล้วพึงตั้งไว้ ณ ที่เดิม พูกและหมอน พึงตากแดดไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง ทำความสะอาดแล้ว ตีแล้ว จึงนำไปวางไว้ ณ ที่เดิม ผ้าปูนั่ง ผ้าปูนอน พึงตากแดดไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง ทำความสะอาดแล้ว สะบัดแล้ว จึงนำไปปูไว้ ณ ที่เดิม กระโถน พึงตากแดดไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง ชัดดูแล้วนำไปตั้งไว้ ณ ที่เดิม แผ่นกระดาศสำหรับพึง พึงตากแดดไว้ ณ ส่วนข้างหนึ่ง นำไปตั้งไว้ ณ ที่เดิม พึงเก็บบาตรจีวร (โปรดสังเกตว่า สิ่งที่น่าออกก่อน เก็บเข้าที่หลังทั้งหมด)...”

“...เมื่อจะเก็บบาตร พึงถือบาตรด้วยมือข้างหนึ่ง ใช้มืออีกข้างหนึ่งคลำใต้เตียง ใต้ตั้ง แล้วจึงเก็บ (เพื่อไม่ให้บาตร ซึ่งโดยมากเป็นบาตรดิน กระบะอะไรแตกเสียหาย) ไม่พึงวางบาตรบนพื้นวาง (คือที่ไม่มီးอะไรบังอยู่ข้างบน) เมื่อเก็บจีวร พึงจับจีวรด้วยมือข้างหนึ่ง รูดราวจีวร หรือเชือกที่ซึ่งสำหรับพาดจีวรด้วยมืออีกข้างหนึ่ง พึงเก็บจีวรเอาชายด้านนอกพับเข้ามาด้านใน (คือพาดจีวรเข้ามาหาตัวผู้พาด เพื่อไม่ให้จีวรไปกระทบของแหลมคมอื่น ๆ ภิกษุที่รูวินัยข้อนี้ เวลาตากจีวร จึงตากจีวรเข้าหาตัว)...”

“...ถ้าลมมีฝุ่นทางทิศตะวันออกพัดมา พึงปิดหน้าต่างด้านตะวันออก ถ้าลมมีฝุ่นทางทิศตะวันตกพัดมา พึงปิดหน้าต่างด้านตะวันตก ถ้าลมมีฝุ่นทางทิศเหนือพัดมา พึงปิดหน้าต่างด้านเหนือ ถ้าลมมีฝุ่นทางทิศใต้พัดมา พึงปิดหน้าต่างด้านใต้...”

“...ถ้าเป็นฤดูหนาว พึงเปิดหน้าต่างในเวลากลางวัน ปิดเวลากลางคืน ถ้าเป็นฤดูร้อน พึงปิดหน้าต่างในเวลากลางวัน เปิดในเวลากลางคืน...”

“...ถ้าบริเวณรก พึงกวาดบริเวณ ถ้าโรงเก็บของรก พึงกวาดโรงเก็บของ ถ้าโรงประชุมรก พึงกวาดโรงประชุม ถ้าโรงไฟ (สำหรับต้มน้ำ เป็นต้น) รก พึงกวาดโรงไป ถ้าวัจกุฎี (ส้วม) รก พึงกวาดวัจกุฎี ถ้าน้ำดื่มไม่มี พึงตั้งน้ำดื่มไว้ ถ้าน้ำใช้ไม่มี พึงตั้งน้ำใช้ ถ้าน้ำในหม้อชำระไม่มี พึงตักน้ำใส่หม้อชำระ...”

“...ถ้าอยู่ในวิหารเดียวกับภิกษุผู้แก่พรรษากว่า ยังไม่ได้อาปุจฉา (บอกกล่าว หรือขอโอกาส) ไม่พึงให้อุเทศ (การแนะนำ) ไม่พึงให้ปริจฉา (การสอบถาม) ไม่พึงทำการสาธยาย (ท่องบ่น) ไม่พึงกล่าวธรรม ไม่พึงจุดไฟ ไม่พึงดับไฟ ไม่พึงเปิดปิดหน้าต่าง (ถ้าขออนุญาตแล้วทำได้) ถ้าเดินจงกรม (เดินไปเดินมากำหนดจิตไว้ที่อารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง) ในที่จงกรมอันเดียวกับภิกษุแก่พรรษากว่า ภิกษุผู้แก่พรรษากว่าอยู่ในที่ใดพึงกลับจากที่นั้น (คือเมื่อเดินไปถึงที่นั้น แล้วให้กลับ) ด้วยคิดว่า ชายสังฆาภิจะไม่กระทบภิกษุผู้แก่พรรษากว่า...”

“...นี่แล ภิกษุทั้งหลาย ! คือวัตรอันเกี่ยวกับเสนาสนะของภิกษุทั้งหลาย ที่ภิกษุทั้งหลายพึงปฏิบัติชอบในเรื่องเสนาสนะ...”

3.5 เสนาสนะประกอบด้วยองค์ 5 คือ

1. อยู่ไม่ไกลนัก ไม่ใกล้นัก มีทางไปมาสะดวก กลางวันไม่พลุกพล่าน กลางคืนมีเสียงน้อย ไม่อึกทึก มีเหลือบ ยุง ลม แดด และสัตว์เลื้อยคลานน้อย
2. เมื่อภิกษุอยู่ในเสนาสนะนั้น มีจีวร บิณฑบาต เสนาสนะและศิลาปัจจัย เกสัชบริวารที่เกิดขึ้นโดยไม่ผิดเคืองเลย
3. ภิกษุผู้เถระทั้งหลาย เป็นพหูสูต เรียบจบคัมภีร์ ทรงธรรม ทรงวินัย ทรงมาติกา อยู่ในเสนาสนะนั้น
4. ภิกษุนั้นเข้าไปหาภิกษุผู้เถระเหล่านั้น ในเวลาที่สมควรแล้ว จึงสอบถามไต่ถามว่า พุทธพจน์นั้น เป็นอย่างไร เนื้อความแห่งพุทธพจน์นี้เป็นอย่างไร
5. ภิกษุผู้เถระเหล่านั้น ย่อมเปิดเผยข้อที่ยังไม่เปิดเผยทำข้อที่เข้าใจยาก ให้เข้าใจง่าย และบรรเทาความสงสัยในธรรมที่น่าสงสัยหลายอย่างแก่ภิกษุนั้น

ภิกษุผู้ประกอบด้วยองค์ 5 อาศัยใช้สอยเสนาสนะนั้นประกอบด้วยองค์ 5 ไม่นานนักก็จะทำให้แจ้งด้วยปัญญาอันยิ่งเอง เข้าถึงอยู่ในปัจจุบัน

3.6 สุขาภิบาลอาหาร

สมัยนั้น ภิกษุทั้งหลายฉันอาหารพร้อมกันกลางแจ้งต้องลำบากเพราะความหนาว บ้างครวร้อนบ้าง พระพุทธเจ้าจึงทรงอนุญาตให้มีหอนั้น (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 301 : 105-107) ทรงห้ามฉันอาหารในภาชนะเดียวกัน ห้ามดื่มน้ำในขันเดียวกัน (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 264 : 43)

บาตร เป็นภาชนะที่สำคัญของภิกษุ สมัยนั้น ภิกษุทั้งหลายเก็บรักษาบาตรไว้ทั้งที่ยังไม่แห้ง บาตรเหม็นอับ พระพุทธเจ้าทรงทราบจึงรับสั่งให้เช็ดบาตรเสียก่อน ผึ่งแดดไว้ในที่ร้อน สักครู่แล้วจึงค่อยเก็บเข้าที่ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 254 : 20-23)

สมัยนั้น ภิกษุทั้งหลายใช้บาตรตนเองรับเศษอาหารบ้าง ก้างบ้าง น้ำบ้วนปากบ้าง พระพุทธเจ้าทรงทราบ จึงรับสั่งให้ใช้กระโถนแทนบาตร (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 254 : 23-24)

3.7 การป้องกันสัตว์นำโรค

สมัยนั้นการป้องกันสัตว์นำโรค ทำได้หลายวิธี เช่น การใช้จีวรเพื่อป้องกันความหนาว ความร้อน เหลื่อม ยุง ลม แดด และสัตว์เลื้อยคลาน ต่าง ๆ (พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มุลปิณณาสก์ เล่มที่ 12 (ไทย) ข้อที่ 23 : 22)

พระพุทธเจ้า ทรงอนุญาตเส้ปัดยุง 3 ชนิด คือ เส้ปอ เส้แฝก เส้ขนนกยุง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 296 : 54) และยังทรงอนุญาตกุฎิกันยุง ซึ่งทำด้วยจีวรเพื่อป้องกันยุง สมัยนั้นภิกษุถูกยุงรบกวนมาก (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 259 : 33)

พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ทำขาเตียงสูงได้ 8 นิ้ว เพื่อป้องกันงูกัด (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 297 : 98) ทำเพดานวิหาร เพื่อป้องกันงูกัด (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 300 : 104)

4. การดูแลร่างกายของภิกษุในสมัยพุทธกาล

การอาบน้ำ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุสงฆ์อาบน้ำในที่ควรเท่านั้น ไม่ควรทำบริกรรมให้กันและกัน และไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ ช่วยขณะสงฆ์ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 243 : 5-7) และอนุญาตเกลียวผ้าแก่ภิกษุทุพพลภาพเพราะชราเท่านั้น

การไว้ผมยาว พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุไว้ผมยาวได้ไม่เกิน 2 นิ้ว นานไม่เกิน 2 เดือน ไม่พึงใช้แปรงหวีผม ไม่พึงใช้หวี หวีผม ไม่พึงใช้นิ้วมือต่างหวีเสยผม ไม่พึงใช้น้ำมันผสมขี้ผึ้งเสยผม ไม่พึงใช้น้ำมันผสมน้ำเสยผม (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 246 : 8-9)

การส่องหน้าด้วยกระจกเงา พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้กระจกเงาหรือคันท้องหรือภาชนะใส่น้ำได้ส่องดูรอยตำหนิบนใบหน้าเมื่อยามอาพาธเท่านั้น (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 247 : 10)

การทาหน้าจะกระทำได้ก็ต่อเมื่ออาพาธเป็นปัจฉัยเท่านั้นถึงจะอนุญาตให้ทาหน้าได้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 247 : 10)

การห่มผ้าขนสัตว์ที่มีขนอยู่ด้านนอก พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตเฉพาะผ้าขนสัตว์ที่มีขนอยู่ด้านใน (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 249 : 12)

การทำความสะอาดเท้า พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตหมอน้ำและไม้กวาด ภิกษุทั้งหลาย ไม่พึงใช้ปุมไม้ขีดเท้า พึงใช้ที่ถูเท้า 3 ชนิด คือ ศิลา กรวด และดินฟองน้ำ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 269 : 53-54)

เมื่ออากาศร้อน พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตพัดโบกและพัดใบตาล (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 296 : 54) และอนุญาตร่มสำหรับภิกษุใช้ และกันร้อนในวัด เขตวัดได้ ถึงแม้จะไม่ใช้ภิกษุเป็นไข (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 270 : 55-56)

การใช้ไม้เท้าประคองร่างกาย พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตภิกษุเป็นไข้ใช้ไม้เท้ากับ
สาแหรกได้ในกรณีพิเศษเท่านั้น เพื่อประคองบาตรและร่างกายให้ไปได้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2
เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 270-272 : 56-59)

การไว้เล็บและตัดเล็บ ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงห้ามภิกษุไว้เล็บยาว อนุญาตมีดตัดเล็บ
และให้ตัดเล็บเสมอเนื้อ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 274 : 60-61) ภิกษุไม่พึง
ขัดเล็บทั้ง 20 เล็บ อนุญาตให้แกะขี้เล็บได้เท่านั้น

การโกนผม แต่งหนวด และโกนขนในที่ลับ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุปลงผม
ซึ่งกันและกันได้โดยใช้มีดโกน หินลับมีด ฟักมีด ผ้าพันมีด เครื่องใช้โกนทุกชนิด นอกจากนี้ยังทรงห้ามภิกษุ
ปล่อยหนวดยาว เครายาว แต่งหนวด แต่งขนหน้าอก แต่งขนหน้าท้อง โกนขนในที่แคบ แต่หากให้โกนขน
ในที่แคบได้เพื่อการทายารักษา เพราะอาพาธเป็นปัจจัย และใช้กรรไกรตัดผมได้เพราะอาพาธ เป็นปัจจัย
(พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 275 : 61-63)

ภิกษุปล่อยขนจมูกไว้ยาว พระพุทธเจ้าทรงทราบจึงสั่งว่าภิกษุไม่พึงไว้ขนจมูกยาว
หากยาวมากอนุญาตให้ใช้แหบได้ (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 275 : 63)

ภิกษุใช้ไม้แคะขี้หู พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้ไม้แคะขี้หูที่ทำด้วยกระดูก ทำด้วยงา
ทำด้วยเขาสัตว์ ทำด้วยไม้้อ ทำด้วยไม้ไผ่ ทำด้วยไม้ธรรมดา ทำด้วยครั้ง ทำด้วยเมล็ดผลไม้ ทำด้วยโลหะ
ทำด้วยกระดูกงาช้าง (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 276 : 64)

ภิกษุปากมีกลิ่นเหม็น เพราะไม่ยอมเคี้ยวไม้ชำระฟันที่มีขนาดยาวไม่เกิน 8 นิ้ว และ
สั้นไม่เกิน 4 องคุลี ซึ่งประโยชน์ของไม้ชำระฟัน มี 5 ประการ คือ 1) ตาสว่าง 2) ปากไม่มีกลิ่นเหม็น
3) ประสาทลิ้นรับรสได้ดี 4) น้ำดีและเสมหะไม่หุ้มห่ออาหาร 5) เจริญอาหาร (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค
ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 282 : 96-70)

ภิกษุไม่พึงฉันทกระเทียม เพราะกระเทียมมีกลิ่นฉุน พระพุทธเจ้าจึงทรงห้ามภิกษุฉันท
กระเทียม และอนุญาตให้ฉันทกระเทียมได้เมื่ออาพาธเป็นปัจจัย (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7
(ไทย) ข้อที่ 289 : 74)

ภิกษุใช้รองเท้า พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุใช้รองเท้าได้เพียงชั้นเดียว และต้อง
ไม่เป็นสีหนึ่งสีใด คือ สีเขียว สีเหลือง สีแดง สีบานเย็น สีดำ สีแสด สีชมพู ซึ่งเป็นสีนั้น ๆ ล้วน และรวมไป
ถึงหุรองเท้า รองเท้ามีลวดลาย รองเท้าที่ติดแผ่นหนังหุ้มสัน รองเท้ามีขลิบ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค
2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 245-246 : 13-16) ทรงอนุญาตให้ใช้รองเท้าหลายชั้นที่ใช้แล้วสำหรับภิกษุเท้า
แตก (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 247 : 16-17)

การนวดเท้า ด้วยการไม่ใส่รองเท้าเดินจงกรม (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่ม
ที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 248 : 17-18)

การป้องกันเท้าบาดเจ็บ จึงทรงอนุญาตให้ใช้รองเท้าในอารามได้ รวมทั้งใช้คบเพลิง
ประทีป ไม้เท้าได้ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 249 : 18-19)

การสวมเชิงเท้า เฉพาะที่ตรึงอยู่กับที่ ไม่ใช่สวมเดิน 3 ชนิด คือ เชิงเท้าสำหรับใช้ในที่ถ่ายอุจจาระ ที่ถ่ายปัสสาวะและในที่ชำระ นอกนั้นห้าม (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 250-151 : 19-24)

5. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของประชาชนในสมัยพุทธกาล

ในสมัยนั้น ประชาชนรวมทั้งเศรษฐีคหบดี กษัตริย์ พราหมณ์ ต่างพากันเชื่อฟังในธรรมและเคารพในตัวของพระพุทธเจ้าเป็นอย่างมาก จึงพากันนำสิ่งของมาถวาย และมีส่วนช่วยส่วนร่วมในการส่งเสริมเชิดชูพระศาสนา เป็นอย่างยิ่ง อย่างเช่น

5.1 เศรษฐีชาวกรุงราชคฤห์ขออนุญาตสร้างวิหารถวายพระพุทธเจ้าและภิกษุทั้งหลาย (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 294 : 89-92)

5.2 สมาคมหนึ่งถวายสังฆภัต (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 250 : 13-14)

5.3 นางวิสาขาบริจาคมาตา ถวายหมอน้ำ ปุ่มไม้ที่เช็ดเท้าและไม้กวาด (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 269 : 53-54)

5.4 พราหมณ์ คนหนึ่งถวายน้ำผึ้งใหม่กับงาใหม่ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 276 : 74-75)

5.5 การกำหนดปัญหา วางแนวทางแก้ไขและออกกฎหมายหรือข้อห้ามจากการประชุมสงฆ์ ตัวอย่างเช่น “...พระพุทธเจ้ารับสั่งให้ประชุมสงฆ์ เรื่องพวกพระฉัพคศิย์ สรงน้ำขัดสีกาย คือ ขาบ้าง แขนบ้าง ออกบ้าง หลังบ้าง กับตันไม้...” (พระวินัยปิฎก จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7 (ไทย) ข้อที่ 243-245 : 1-8) และการประชุมสงฆ์เพื่อคว่ำบาตรและกรรมวาจา เจ้าปิลินทวัจฉะ (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 270-271 : 63-68) เมื่อครั้งประชุมสงฆ์เพื่อห้ามภิกษุใช้หนังโค และชักชวนให้ฆาตกร (พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5 (ไทย) ข้อที่ 253 : 30)

6. การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์เมื่อยามเจ็บป่วย

ในสมัยพุทธกาล การเจ็บป่วยของภิกษุจะได้รับการดูแลรักษาใน 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยยาและการรักษาโดยแพทย์ เมื่อมีการเจ็บป่วยที่สุดแล้วแต่จะสะดวกในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตามการศึกษาคัมภีร์พระไตรปิฎกจะพบว่า แรกนั้นเมื่อพระภิกษุอาพาธมักจะไม่มีการดูแลพยาบาลและรักษา ต่อมาเมื่อพระพุทธเจ้าได้บัญญัติการดูแลภิกษุด้วยกันแล้ว ภิกษุจึงได้รับการดูแลมากขึ้นหลายต่อหลายเหตุการณ์ที่พระพุทธเจ้าได้แสดงให้เห็นว่าการเสด็จออกเยี่ยมภิกษุอาพาธ เป็นการเพิ่มกำลังใจและเป็นการฟื้นฟูจิตใจที่จะส่งผลต่อการอาพาธให้หายเร็วยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

6.1 ทรงเยี่ยมอาการอาพาธของพระอัสสชิ (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย ชันธวารวรรค เล่มที่ 17 (ไทย) ข้อที่ 88 : 163-166) ที่กำลังเจ็บป่วย มีทุกขเวทนาอาการกำเริบหนัก ไม่ทุเลา พระพุทธเจ้าทรงสอบถามถึงอาการและแสดงธรรม ให้พระอัสสชิฟัง เมื่อพระอัสสชิได้ฟังแล้ว อาการอาพาธจึงได้ทุเลาลง

6.2 ทรงเยี่ยมพระเชเมกะ (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย ชนธวารวรรค เล่มที่ 17 (ไทย) ข้อที่ 89 : 166-167) เมื่อครั้งที่พระเชเมกะอาพาธ ณ กรุงโกสัมพี โดยได้แสดงธรรมที่ประกอบด้วย อุทานชั้น 5 เมื่อพระเชเมกะ ได้ฟังแล้วอาการจึงทุเลา

6.3 ทรงเยี่ยมพระมหากัสสปะ (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย มหาวารวรรค เล่มที่ 19 (ไทย) ข้อที่ 195 : 128-129) ในครั้งนั้น พระพุทธเจ้าทรงแสดงธรรมโพชฌงค์ 7 ให้พระมหากัสสปะฟัง อาการกำเริบจึงทุเลาลง เช่น เกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมพระโมคคัลลานะและพระมหาจุนทะ

6.4 ทรงเยี่ยมภิกษุใหม่เป็นไข้ (พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สฬายตนวรรค เล่มที่ 18 (ไทย) 74 : 66-68) เมื่อครั้งที่พระพุทธเจ้าเสด็จจรูงสาวัดดี และทรงสุคัมมาว่า มีภิกษุใหม่เป็นไข้และไม่ มีใครรู้จัก จึงเสด็จเข้าเยี่ยมถึงที่ และแสดงธรรมที่ว่าโตะสะ ฯลฯ ฆานะ...ชีวหา...กาย...มโนเป็นสิ่งไม่เที่ยง เมื่อภิกษุใหม่ได้ฟังแล้วอาการก็ทุเลาลง

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ ภาวะแห่งความสุขทั้งทางกาย จิต และสังคม สิ่งแวดล้อม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่ายหากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดีไม่เสียชีวิตก่อน เวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาย วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอในครอบครัว ที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติ ที่ต้องร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน จะเห็นว่าความหมาย ของสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเป็นการบูรณาการของกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมี สุขภาพดีนั้นเป็นเรื่องของทั้งส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในเรื่องส่วนบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี (กรมอนามัย. 2550 : 9-12) ประกอบด้วย

1. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส และป้องกันโรคได้ หลายอย่าง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และภูมิแพ้ เป็นต้น
2. การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง คือ รับประทานอาหารพอประมาณ ได้สัดส่วนครบถ้วน รับประทานอาหารผัก ผลไม้ ช่วยป้องกันโรคอ้วน เบาหวาน โรคกระเพาะ โรคสมองเสื่อม
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 4 อย่าง คือ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรามากเกินไป สำส่อนทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภัยอันตราย
4. สร้างทักษะในชีวิตเพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยสันติ มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ทางสังคมที่เป็นลบ เช่น ความกดดัน หรือการถูกชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง
5. มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีวิธีการหลากหลายที่จะช่วยให้บุคคลละความเห็นแก่ตัว เข้าถึงความดี เช่น การเล่น การเรียนรู้ การศาสนา การรวมกลุ่ม การเจริญเมตตา การสัมผัสธรรมชาติทำให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณอันทำให้สุขภาพดียิ่ง

6. มีการเรียนรู้ที่ดี เป็นการเรียนรู้ที่ทำให้สนุก เกิดปัญญา มีสภาพทำให้มีความสุขและมีแรงจูงใจ อยากเรียนรู้

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เกื้อกูลต่อสุขภาพ ทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ และทางสังคม เช่น ร่มเย็น สะอาด ปราศจากมลพิษ มีความปลอดภัยและความเอื้ออาทรต่อกัน

ในส่วนของสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพทั้งทางด้าน กายภาพ ชีวภาพ และสังคม คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การมีสุขาภิบาลที่ดี สิ่งแวดล้อมสะอาด ปราศจากมลภาวะ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจหรือออกกำลังกาย มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภค และมีสถานที่เก็บและกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ

2. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ปราศจากเชื้อโรคและพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงวัน

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพและมิตรไมตรีต่อกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน สถานที่ทำงานกับเพื่อนบ้านและชุมชน

จะเห็นว่าเรื่องของสุขภาพแบบองค์รวมนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ดังนั้นบริการสุขภาพแบบองค์รวมควรมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการส่งเสริม รักษาสุขภาพและเป็นการบริการเชิงรุก เพราะการส่งเสริมสุขภาพจะมีราคาถูกกว่าการรักษา

2. เป็นการดูแลคนไม่ใช่โรค ซึ่งการที่จะดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้นั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องรู้ว่าคนเป็นบูรณาการของกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการให้การดูแลจะต้องครอบคลุมทุกด้าน และการที่จะรู้จักคนได้นั้นต้องอาศัยระยะเวลาและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3. เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากสถาบันหนึ่งสู่อีกสถาบันหนึ่ง และทราบข้อมูลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการดูแลบุคคลหรือครอบครัว เพื่อจะได้รู้จักผู้ใช้บริการและครอบครัวอย่างดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพและประสิทธิภาพของการดูแล

4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง

และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และรู้จักใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5. เน้นการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาชีพ ที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกคน มีส่วนที่จะใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนั้นต้องรู้จักทำงานร่วมกับประชาชนและบุคคลในวิชาชีพอื่นๆ ทั้งในระบบราชการและองค์กรเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพแบบองค์รวม

6. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนใช้ทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การแพทย์ทางเลือกและสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิธีทางเลือกต่างๆ

อย่างเป็นระบบ

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คำว่าองค์รวม ก็คือ การมองกระบวนการสุขภาพ กระบวนการดูแลรักษา ผู้ดูแลรักษา ผู้ป่วยที่เน้นการเชื่อมโยงถึงกัน สิ่งที่ดึงเข้ามาหาด้วยกันแล้วนำมาเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ กล่าวคือการมองเรื่องสุขภาพอย่างเป็นระบบไม่มองเฉพาะการป่วยไข้และการบำบัดรักษาเท่านั้น (กรมอนามัย. 2550 : 16)

แนวคิดเรื่องสุขภาพขององค์รวมมาจากความคิดพื้นฐานที่ว่ามนุษย์แต่ละคนนั้นประกอบด้วยกายและใจ ขณะเดียวกันก็มีอาจแยกตัวอยู่โดดๆได้ หากยังต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เริ่มจากพ่อแม่ญาติพี่น้องไปจนถึงผู้คนในสังคม ด้วยเหตุนี้กายและใจจะต้องสัมพันธ์กันด้วยดีควบคู่ไปกับการสัมพันธ์ทางสังคม ถึงจะทำให้ชีวิตมีความเจริญงอกงามหรือมีสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น ชีวิตโดยองค์รวม คือ กายกับจิต การดูแลรักษาชีวิตก็คือการทำให้ชีวิตบริสุทธิ์ สมดุลดำเนินไปได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติและกฎของธรรมชาติโดยไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่งเป็นการเฉพาะ แนวคิดนี้จึงมิได้มองว่าสุขภาพหมายถึงความปลอดภัยเท่านั้น เพราะแม้จะปลอดภัยหรือปัจจัยทางกายภาพที่เป็นตัวก่อโรค เช่น เชื้อโรค สารพิษ ก็ใช่ว่าบุคคลจะมีสุขภาพหรือสภาวะที่ดีได้ มีผู้ป่วยไม่น้อยที่รู้สึกอ่อนเพลียเวียนหัว ท้องอืด ท้อวาระทุกอย่างเป็นประจำ แต่เมื่อหาสาเหตุกลับพบว่าต้นตออยู่ที่จิตใจ เช่น ความเครียด ภาวะกดดันในจิตใจไร้สำนึก (กรมอนามัย. 2550 : 16)

กระบวนการดูแลรักษาแบบองค์รวม คือการดูแลรักษาโดยวิธีการต่างๆ ในสภาพปกติมากกว่าการรักษาในเวลาเจ็บป่วย หรือแม้เวลาเจ็บป่วยก็นำเอาวิธีการต่างๆ ที่สอดคล้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการดูแลรักษาสามารถรักษาอย่างถูกวิธี ดังนั้นผู้ดูแลรักษาแบบองค์รวมก็คือผู้ดูแลรักษาไม่จำกัดกลุ่ม บุคคลอยู่เฉพาะแพทย์และพยาบาลเท่านั้น แต่จะต้องรวมถึงผู้ป่วย ซึ่งจะต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากเดิมที่เคยคิดว่าตนเองเป็นเพียงเหยื่อของโรคที่รอการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลเท่านั้น แต่ต้องเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติและความคิดว่าอาการป่วยหรือการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นบทเรียนที่ตนเองมีส่วนเข้าไปเรียนรู้และหาทางรักษาร่วมกันกับหลายๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ญาติของผู้ป่วย สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี ข้าราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ล้วนแต่มีส่วนช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน (กรมอนามัย. 2550 : 16)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นให้ประชาชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะและสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันทุกภาคส่วนของสังคมจะต้องนำสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นตัวตั้งในการพัฒนาประเทศ มิใช่มุ่งแต่เพียงเป้าหมายทางวัตถุและโภคทรัพย์และละเลยผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมดังที่เคยปฏิบัติมาในอดีต แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมไม่เพียงแต่จะเน้นว่าต้องหาทางถ่ายทอดเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้ประชาชนนำไปประยุกต์ปฏิบัติด้วยตนเองเท่านั้น แต่ยังได้ใส่ใจต่อการนำเอาวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนอีกด้วย สุขภาพตามแนวคิด “ระบบสุขภาพแบบองค์รวม” จึงเป็นเรื่องของการบริหารจัดการให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของทุกองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสุขกาย สบายใจ และการดำเนินชีวิตอย่างสงบสุข ซึ่งต้องสอดคล้อง

อยู่ในวิถีชีวิตตั้งแต่ตื่นนอนจนเข้านอน ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดำรงอยู่ในบ้าน โรงเรียน โรงงาน ที่ทำงาน บนท้องถนน ในสวนสาธารณะ ในศาสนสถาน และทุกหนทุกแห่ง สุขภาพองค์รวม แยกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (มูลนิธิสุขภาพไทย. 2550 : 1-3)

1 . สุขภาพองค์รวมระดับบุคคล คือ การทำให้เกิดความสมดุลภายในตัวเราแต่ละคนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เกิดเป็นเอกภาพที่กลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ โดยที่หนทางไปสู่ความเป็นเอกภาพดังกล่าวคือ การดำเนินชีวิตให้เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่นำมาไปสู่คุณภาพที่ดีและทำจิตใจให้ผ่อนคลาย

2 . สุขภาพองค์รวมระดับครอบครัวและชุมชน

2.1 ระดับครอบครัว

คนจะมีสุขภาพกายใจดีหรือไม่ครอบครัวมีความสำคัญมาก ครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน ช่วยกันดูแลให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทแตกต่างกันไป เมื่อมาประกอบกันเข้าก็ทำให้เกิดความเป็นเอกภาพองค์รวม

2.2 ระดับชุมชน

ชุมชนที่มีความเกื้อกูล เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชนก็ย่อมดีไปด้วย ชุมชนชนบทไทยในอดีตน่าจะเป็นแบบอย่างของความเป็นองค์รวมในระดับครอบครัวและชุมชนได้ดี

3 . สุขภาพองค์รวมระดับสังคม สังคมในที่นี้รวมถึงสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติด้วย แบ่งเป็น 2 ด้าน

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคน หมายถึงคนในสังคมมีความเป็นเอกภาพกันถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้น ๆ จะมีความแตกต่างและหลากหลาย (ชนชั้น อาชีพ ความคิด ฯลฯ) แต่คนจำนวนมากมีเจตจำนงอย่างเดียวกัน ที่จะสร้างสังคมที่ดีงาม

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ไม่ว่าจะป็นสัตว์ ต้นไม้ ป่าไม้ ภูเขา แม่น้ำ ลำธาร และอากาศ เป็นต้น

ถ้าเราทุกคนตระหนักว่ามนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับสรรพชีวิตอื่นๆ เคารพในแม่น้ำ ลำธาร ต้นไม้ ป่าไม้ สัตว์นานาพันธุ์ ตระหนักและจริงจังที่จะใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ก็จักเกิดความสัมพันธ์ที่กลมกลืนระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ ความสมดุล กลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงเป็นวิถีของการมีสุขภาพที่ดีและงดงาม

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. แนวคิด

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักการสากลที่อารยประเทศให้ความสำคัญ และเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยให้ความสนใจเพื่อพัฒนาการเมืองเข้าสู่ระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมตามหลักการธรรมาภิบาลที่ภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อสร้างความโปร่งใสและเพิ่มคุณภาพการตัดสินใจของภาครัฐให้ดีขึ้น และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุก ๆ องค์กร (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. 2548: 7; อ้างอิงมาจาก WHO/UNICEF. 1978 : 11)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน (People's Participation) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชนบท ทั้งนี้ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มุ่งเน้นคนเป็นสำคัญ มากกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้พยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาจากระดับบนลงล่าง (Top-Down) มาเป็นจากระดับล่างขึ้นบน (Bottom-Up) แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ โอคเลย์ (Oakley. 1984 : 17) ได้กล่าวว่า แนวทางจากระดับล่างขึ้นบนนี้ เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดหาย (Missing Ingredient) ในกระบวนการพัฒนา

นิรันทร จงวุฒิเวศย์ (25 33 : 182-187) กล่าวถึงแนวความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนมิให้เห็นอยู่มากมายและเกิดขึ้นได้ในชุมชนต่างๆ ทั่วโลก การมีส่วนร่วมในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคมนั้นเกิดจากแนวความคิดสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความสนใจและความห่วงกังวลร่วมกัน 2) ความเดือดร้อนและความไม่พึงพอใจร่วมกันต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และ 3) การตกลงใจร่วมกันที่จะเปลี่ยนแปลงกลุ่มหรือชุมชนไปในทิศทางที่พึง

นิรันทร จงวุฒิเวศย์ ได้กล่าวต่อไปว่าความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของประชาชน จะต้องมีการเงื่อนไขที่ส่งเสริมความสำเร็จ ดังนี้ 1) ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม 4) ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วม 5) ประชาชนต้องไม่เสียเงินเสียทองและค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากกว่าที่เขาประเมินค่าตอบแทนที่จะได้รับ 6) ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น 7) ประชาชนต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกันทั้งสองฝ่าย และ 8) ประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่หรือสถานภาพทางสังคมหากจะมีส่วนร่วม

2. ความหมายของชุมชน

ประเวศ วะสี (2540 : 33) ได้ให้ความหมายของชุมชนไว้ว่า การที่คนจำพวกหนึ่งเท่าใดก็ได้ มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่มร่วมกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน มีการกระทำและเรียนรู้ร่วมกัน จนทำให้กิจกรรมประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ประยุตโต) (2539 : 71-72) ได้ให้ความหมายของชุมชนโดยการเปรียบเทียบกับคำว่า “สังฆะ” ในความหมายของหมู่คณะซึ่งสรุปได้ว่า สังฆะ คือ ชุมชนแห่งกัลยาณมิตร คือการที่บุคคลมาอยู่ด้วยกันเริ่มตั้งแต่ผู้นำ (พระศาสดา) เป็นกัลยาณมิตร คือผู้ที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนผู้อื่นในการพัฒนาชีวิตให้ดี ให้เป็นชีวิตที่เจริญงอกงาม และผู้ที่มาอยู่ด้วย (พระภิกษุ) ก็มาช่วยกัน เอื้ออาทรต่อกัน ให้แต่ละบุคคลพัฒนาตนให้เข้าถึงชีวิตที่ดีงาม เมื่อทุกคนได้ประโยชน์จากสังฆะ หรือชุมชน แต่ละบุคคลนั้นก็จะต้องประกอบหรือมีส่วนร่วมที่ดี เพื่อช่วยเอื้อเพื่อเกื้อหนุนต่อสังฆะหรือชุมชนด้วยเช่นกัน

พจนานุกรม Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English (1994 : 233 ; อ้างอิงมาจาก สุภาภรณ์ นิยมสรวย. 2551 : 9) ได้ให้ความหมายของชุมชนว่า หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แห่งหนึ่ง มีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีความเชื่อ ศรัทธา เชื่อชาติ การงาน มีความรู้สึกนึกคิด สนใจ เกื้อกูลและมีความเป็นอยู่ร่วมกัน

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2547 : 10-17) ได้ให้คำจำกัดความของชุมชนว่า มีนัยหรือพลวัตหรือกระแสของสังคม ซึ่งชุมชนจะต้องมีความสัมพันธ์ของคนในชุมชน โดยมีองค์ประกอบของชุมชน ดังนี้

1. กลุ่มคนที่มาอยู่ร่วมกันในพื้นที่หรือในบริเวณหนึ่ง
2. มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของสมาชิก
3. มีกิจกรรมร่วมกัน
4. รับผลประโยชน์ในกิจกรรมที่ทำร่วมกัน
5. มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน

กาญจนา แก้วเทพ (2538 : 14) ให้ความหมายของชุมชนว่า คือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ฐานะอาชีพคล้ายคลึงกัน การใช้ชีวิตร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันตั้งแต่ระดับครอบครัว ไปสู่ระดับเครือข่าย จนถึงระดับชุมชน นอกจากนี้ยังดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและมรดกทางวัฒนธรรม ที่ถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป ชุมชนไม่ได้มีความหมายที่ตายตัว แต่ชุมชนมีความยืดหยุ่น เคลื่อนไหว (Dynamic) และเปลี่ยนแปลงอยู่อย่างต่อเนื่อง เพราะชุมชนเป็นสถานที่ที่เปิด มีการผ่านเข้าออกของสมาชิกได้ตลอดเวลา ดังนั้น สังคมและวัฒนธรรมของชุมชนจะมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วยเสมอ แม้ว่าชุมชนจะมีองค์ประกอบ ที่ประกอบไปด้วย การอยู่ร่วมกันของสมาชิก การทำกิจกรรมร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีจุดมุ่งหมายและหลักการร่วมกัน และสิ่งที่ชุมชนจะต้องมีและขาดไม่ได้ คือ สมาชิกในชุมชนจะต้องได้รับผลที่ดีต่อการปฏิบัติร่วมกัน ชุมชนจึงจะต้องดำเนินต่อไปอย่างราบรื่น และจะเป็นชุมชนที่แท้จริง

3. ความหมายของการมีส่วนร่วม

คำว่า “การมีส่วนร่วม” มีผู้ให้ความหมายเอาไว้อย่างหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลอาจจะมีมุมมองทั้งในแง่แนวคิด หลักการ กระบวนการ และวิธีการปฏิบัติ (ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ. 2546 : 196)

นเรศ สงเคราะห์สุข (2541 : 10) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา ตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ได้แก่ การวิจัย (ศึกษาชุมชน) การวางแผน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การบริหารจัดการ การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการจัดสรรผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ (2546 : 198-199) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ 2 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ จนสิ้นสุดโครงการ และ 2) การมีส่วนร่วมเพื่อเป็นการส่งเสริมสมานิติและพลังอำนาจของประชาชน เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม

ชูชาติ พ่วงสมจิตร (2540 : 12) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจการใดๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวของประชาชนเอง

อคิน รพีพัฒน์ (2527 : 320) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของชุมชนด้วยตนเอง

แสวง รัตนมงคลมาศ (2540 : 2) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึง 1) กระบวนการซึ่งมวลชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมส่วนรวม 2) มวลชนที่เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามบางอย่างส่วนตัว เช่น ความคิด ความรู้ ความสามารถ แรงงาน ตลอดจนทรัพยากรของตนต่อกิจกรรมนั้นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งการเกี่ยวข้องของมวลชนกิจกรรมต่างๆ สองด้านคือ ด้านคิด หรือกำหนดนโยบาย โดยมวลชนเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารข้อคิดเห็นมีส่วนแบ่งในอำนาจตัดสินใจและเป็นผู้กำหนดนโยบายและดำเนินการทำหรือดำเนินการตามนโยบาย โดยร่วมกำหนดเป้าหมายแผนงาน ดำเนินการในกระบวนการจัดการทรัพยากรการบริหาร

เวิร์ทเทม (Werthiem. 1981 : 3-5) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนจะเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจในระดับต่างๆ ทางการจัดการ การบริหาร และทางการเมือง เพื่อกำหนดความต้องการในชุมชนของตน

กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนและเป็นสิ่งที่เกิดจากความเห็นพ้องต้องกันที่จะดำเนินการกิจกรรมนั้นๆ ให้บรรลุตามความมุ่งหมายที่กำหนดไว้

4. ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้มีนักคิด นักวิชาการ และนักพัฒนามากมายหลายคนได้เสนอลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

อนุสรณ์ สุวรรณสิทธิศกร (2539 : 25) กล่าวถึงมีการมีส่วนร่วมว่า มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้
 1) ร่วมคิด คือ ร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในการวางโครงการ วิธีการดำเนินงานการติดตามตรวจสอบ และการดูแลรักษา เพื่อให้กิจกรรมโครงการได้ผลตามวัตถุประสงค์ 2) ร่วมตัดสินใจ คือ เมื่อมีการประชุมปรึกษาหารือแล้ว จะต้องร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรม หรือแนวทางที่เห็นว่าดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุด 3) ร่วมปฏิบัติตามโครงการ คือ เข้าร่วมในการดำเนินงานตามโครงการ เช่น ร่วมออกแรงร่วมบริจาคทรัพย์ 4) ร่วมติดตาม และประเมินผลโครงการ คือ เมื่อโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้มีส่วนร่วมในการตรวจตรา ดูแล รักษาประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2535 : 11-12) ได้แบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผล
 รัตนา บุญมฤณะ (2535 : 15) ได้สังเคราะห์กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน จากการทำงานของตนเองเป็นขั้นตอนดังนี้

- 1 . ร่วมหาปัญหา และความต้องการพื้นฐานของประชาชน
- 2 . ร่วมวิเคราะห์สาเหตุปัญหา ตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ตลอดจนวางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง
- 3 . ร่วมปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความรู้สึกผูกพันเป็นเจ้าของกิจกรรม และผลงาน ช่วยให้กิจกรรมการพัฒนาต่อเนื่อง และยังเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน
- 4 . ร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมนั้นๆ
- 5 . ติดตามประเมินผล เพื่อหาข้อดี ข้อด้อย อันเกิดจากการดำเนินกิจกรรมพัฒนาซึ่งจะนำมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

โดยสรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมและขั้นตอนการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก พอที่จะสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมและขั้นตอนการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

รูปแบบการมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) การเข้าร่วมด้วยความพึงพอใจหรือสมัครใจ 2) การเข้าร่วมด้วยความสนใจหรือชักนำ และ 3) การเข้าร่วมด้วยการกะเกณฑ์ หรือบังคับ
 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็นและค้นหาสาเหตุของปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและวางแผน 4) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และ 5) การมีส่วนร่วมในการติดตามผลการปฏิบัติงาน

5. หลักการ กระบวนการและปัจจัยในการทำงานแบบมีส่วนร่วม

การแก้ไขปัญหาที่จะให้ประสบความสำเร็จ จะต้องเกิดจากการกระทำร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้องกันทุกฝ่าย ในลักษณะของการมีส่วนร่วมทั้งฝ่ายทางการเมือง ฝ่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องปรับทัศนคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติ รวมทั้งจิตสำนึกในการทำงาน (สุภาภรณ์ นิยมสรวย. 2551 : 12-13) ดังนี้

1. เชื่อว่า ประชาชน แกนนำชุมชน มีศักดิ์ศรีและมีขีดความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ หากมีโอกาสและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชน ตลอดจนการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วางแผนร่วมกัน
2. เชื่อในความคิดเชิงบวก (Positive Thinking) ว่าชุมชนจะมีบุคคลที่มีภูมิปัญญา และมีมันสมองของชุมชนเสมอๆ
3. เชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมของชุมชน คือหัวใจในการพัฒนาและแก้ปัญหาของชุมชน
4. เชื่อว่าการแก้ปัญหาของชุมชน จะต้องเกิดจากปัญหาและความต้องการของชุมชน และเกิดจากการมีจิตสำนึกร่วมของคนในชุมชน

หลักการทำงานแบบมีส่วนร่วม

1. ให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา
2. ให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
3. ใช้กระบวนการกลุ่มของชุมชน องค์กรชุมชน แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
4. เกิดจากจิตสำนึกของประชาชนในชุมชน และความต้องการของชุมชนในการแก้ไขปัญหา
5. ต้องมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่นในการแก้ไขปัญหา
6. ควรมีการบูรณาการ แผนงาน โครงการและทรัพยากรทุกภาคส่วน

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2526 : 10) กล่าวไว้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมจะเริ่มจากการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวางแผนการดำเนินกิจกรรม การปฏิบัติงานแก้ไขปัญหา การร่วมรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล

อคิน รพีพัฒน์ (2531 : 49) ได้กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชาวบ้านไว้ ระดับ คือ

1. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพิจารณาปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา
3. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทาง วิธีการในการแก้ไขปัญหา
4. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา

5. ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมในการพัฒนาของชุมชน

Cohen และ Uphoff (1980 : 213-218) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม มีขั้นตอน 4 ขั้นตอน

ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยให้ความสำคัญกับขั้นตอนการตัดสินใจที่จะดำเนินการ

การแก้ไขปัญหาของชุมชน ซึ่งปัญหาทั้งชุมชนเป็นผู้กำหนดขึ้นเอง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

ซึ่งมีนักวิชาการได้เสนอแนวคิด ดังนี้

Koufman (1949 : 7) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนใน ชนบท พบว่า อายุ เพศ การศึกษา ขนาดของครอบครัว อาชีพ รายได้และระยะเวลาการอยู่อาศัยในท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน เพื่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนนั้น มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

Fornaroff (1980 : 104) เสนอว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีขั้นตอนการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การวางแผน รวมถึงการตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายลวิธวิธี ทรัพยากรที่ต้องใช้ตลอดจนการติดตามประเมินผล
2. การดำเนินงาน
3. การใช้บริการจากโครงการ
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

นอกจากนี้ อภิญา กังสนารักษ์ (2544 : 14 15) ได้นำเสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า ชุมชนต้องมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชนร่วมตัดสินใจกำหนดความต้องการและร่วมลำดับความสำคัญของความต้องการ
2. การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์ วิธวิธีการ แนวทางการดำเนินงาน รวมถึงทรัพยากรและแหล่งวิทยาการที่จะใช้ในโครงการ
3. การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินโครงการ ทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ เพื่อให้รู้ว่าผลจากการดำเนินงาน บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยสามารถกำหนดการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่องหรือประเมินผลรวมทั้งโครงการในคราวเดียวกันก็ได้

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ

สุภาภรณ์ นิยมสรวย (2548 : 12) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพเป็นความสัมพันธ์อย่างมากระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชนและกิจกรรม หรือโครงการป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่มุ่งในการส่งเสริมและสนับสนุนระบบการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก รวมถึงเป็นพันธสัญญาในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าสำหรับประชาชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคท้องถิ่นหรือประชาชนในการวางแผน ส่งเสริมสนับสนุน ร่วมได้รับผลประโยชน์ในกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เพื่อที่จะนำผลที่ได้รับนั้นสู่ท้องถิ่นของตนเองและพัฒนาสิ่งที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีในระดับการบริการปฐมภูมิ (สุภาภรณ์ นิยมสรวย. 2548 : 12)

โดยสรุป แนวคิดการมีส่วนร่วมจะต้องเกิดจากความเป็นอิสระในการคิด และการเข้าร่วมในกิจกรรม ตลอดจนกิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมนั้นจะต้องเกิดจากปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ และตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมจะต้องไม่ทำให้ตนเองคิดว่าจะเสียประโยชน์หรือรู้สึกว่ากระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่หรือสถานภาพทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ และต่างประเทศได้ ดังนี้

1. งานวิจัยในประเทศ

รูปแบบการดูแลสุขภาพ

สุวิมล พลวรรณ (2552 : 58-99) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 60.57 ปี ส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมากกว่า 50 คะแนนร้อยละ 76.2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 62.36 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เท่ากับ 57.71 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เท่ากับ 67.02 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ภารกิจหน้าที่ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าอาวาสและเพื่อนพระสงฆ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่อาพาธมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$)

อาภาพร เอี่ยมอยู่แท้ (2550 : 1-6) ได้ศึกษา การปรับตัวของพระสงฆ์ในสังคมไทย ปัจจุบัน ศึกษากรณีพระสงฆ์จากภาคอีสาน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของพระสงฆ์ชาวอีสานที่มาอยู่ในกรุงเทพฯ ในปัจจุบันสามารถปรับตัวได้ในหลายๆ ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการอยู่อาศัยและการบริหารเวลา 2) ด้านอาหารการกิน 3) ด้านความคิดและจิตใจ 4) ด้านการศึกษา 5) ด้านค่านิยมและกระแสบริโภคนิยม การปรับตัวต่างๆ ของพระสงฆ์สามารถปรับตัวได้ดีพอสมควร ที่เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อยคือพระสงฆ์พยายามตามกระแสต่างๆ ของสังคมโดยเฉพาะสังคมในเมืองต่างๆ ที่บางกระแสก็ไม่เหมาะกับตัวพระสงฆ์เองย่อมก่อให้เกิดปัญหา

นันทนา ปรีดาสุวรรณ และคณะ (2550 : 89) ได้พัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสามเณร : กรณีตำบลวรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษา พบว่า วัดส่วนใหญ่มีพระสงฆ์อาศัยอยู่ 1-4 รูป สามเณร 4-7 รูป รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสามเณร มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) การประเมินสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรโดยคัดกรองสุขภาพตรวจร่างกายและวัดสมรรถนะร่างกาย 2) จัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนรวมทั้งแจ้งผลการประเมินสภาวะสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ สามเณรเป็นรายบุคคล 3) จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) ดำเนินงานตามแผน ติดตาม ควบคุมกำกับ 5) ประเมินผลและสรุปผล หลังจากนำรูปแบบดังกล่าวไปดำเนินการพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการถวายอาหารให้พระสงฆ์

เกรียงไกร ไกยวรรณ และคนอื่นๆ (2550 : 1265-1272) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550 โดยเก็บข้อมูลจากสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 198 คน โดยใช้แบบสอบถามและการบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลยุทธ์ที่สำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพสำเร็จ คือการให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุ สุขภาพ การติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

ผกามาศ กมลพรวิจิตร และมนู วาทีสุนทร (2549 : 1-15) ได้ประเมินผลการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ เก็บข้อมูลจากวัดส่งเสริมสุขภาพวัดที่ผ่านการรับรองมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ 5 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี เชียงใหม่ ตรัง ชัยนาท และนครราชสีมา โดยใช้เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ 5 เกณฑ์ จำนวน 5 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า วัดทั้ง 5 แห่ง มีการพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในวัดตามเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต และชาวประชาร่วมพัฒนา ภายใต้ศรัทธาและความร่วมมือที่ชุมชนและบุคลากรขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีต่อเจ้าอาวาสวัด ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สามารถดึง

ภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและจัดกิจกรรมต่างๆ และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการวัดและชุมชน

ภัทรพล ตันเสถียร (2550 : 36) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ รายงาน พบว่า ควรมีการปรับปรุงการส่งเสริม ด้านการออกกำลังกายของพระสงฆ์มากที่สุดร้อยละ 51.8 พระสงฆ์มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 34.7 และยังพบว่าอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ดังนั้นจึงต้องให้พระสงฆ์ตระหนักถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และประโยชน์ของการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการลดอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน

ลือชัย ศรีเงินยวง (2544 : 45-83) ได้ศึกษา การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน เป็นการวิเคราะห์ ทบทวนสถานการณ์ ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอสาระบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญกับพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างรัฐ วิชาชีพ และภาคประชาชน โดยแบ่งการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 5 ระดับ คือ การดูแลสุขภาพตนเอง การใช้ยารักษาตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองในปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง ในรูปแบบของการเคลื่อนไหวทางสังคม และยังพบอีกว่ามีการดูแลสุขภาพในมิติธรรมชาตินของชีวิต ในส่วนของสาระบัญญัติที่ควรกำหนดไว้ คือ รัฐพึงสนับสนุนและส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และอยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง

โดยสรุป พระสงฆ์เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยค่อนข้างสูง หลายด้านทั้งด้านที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องดื่ม และสุขวิทยาส่วนบุคคล มีพระสงฆ์และสามเณรจำพรรษาอยู่ไม่มากนัก เฉลี่ย 5-7 รูปต่อวัด ส่วนใหญ่เป็นพระผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังประจำตัว ขาดการตรวจสุขภาพประจำปีและการคัดกรองโรคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการดูแลสุขภาพ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชนจะต้องให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมกับการพัฒนาชุมชนและวัด โดยชุมชนจะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การถ่ายทอดและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง การสร้างความสัมพันธ์ต่อกัน การร่วมกันค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา การวางแผนดำเนินการ การดำเนินการแก้ไขปัญหา การติดตามประเมินผลร่วมกัน โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องอยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการภาคชุมชน ที่นำเอาผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการร่วมกัน โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาวัดและชุมชน ทั้งนี้จะต้องอยู่บนพื้นฐานการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเอง 2) การใช้ยารักษาตนเอง 3) การดูแลสุขภาพตนเอง ในปัญหาสุขภาพเรื้อรัง 4) กลุ่มดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพ และ 5) การดูแลสุขภาพตนเอง ในรูปแบบของการเคลื่อนไหวทางสังคม

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และสามเณร ควรมีองค์ประกอบสำคัญ คือ

- 1) การประเมินสภาวะสุขภาพและการคัดกรองโรค
- 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน
- 3) จัดทำ

แผนปฏิบัติ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และ 5) ติดตามประเมินผล โดยประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนงบประมาณเป็นหลัก

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา

ศศิธร เขมาภรณ์ (2549 : 5-52) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่า พระพุทธศาสนาแบ่งโรคเป็น 2 ประเภท คือ โรคทางกายและโรคทางใจ การแก้ปัญหสุขภาพและความเจ็บป่วยมี 2 แนวทาง คือ การป้องกันและการรักษา โดย

1. การป้องกัน พระพุทธเจ้าทรงใช้หลักปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ

2. การรักษา พระพุทธศาสนากล่าวถึงการรักษาโรคทางกาย 3 วิธี ได้แก่ การรักษาทางการแพทย์ การใช้ธรรมบำบัด การรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจ 3 วิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณ โทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบกับกัลยาณมิตร พระพุทธศาสนาและการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย เป็นรากฐานของการแพทย์แผนไทย

เกศินี ลิ้มบุญสืบสาย (2545 : 6-120) ได้ศึกษาเชิงวิเคราะห์บทบาทของหมอชีวกโกมารภัจ ที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนาในระดับพระไตรปิฎกและอรรถกถา หมอชีวกโกมารภัจเป็นแพทย์ที่มีความสามารถทั้งในด้านการผ่าตัดรักษาโรค การใช้สมุนไพร การประคบ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ทรงแนะนำการเดินจงกรมและเรื้อนไฟ เสนอให้พระภิกษุสงฆ์สามารถรับผ้าที่คลุมห้อยถวายนำมาทำเป็นเครื่องนุ่งห่มได้ การเสนอให้พระภิกษุสงฆ์ฉันเนื้อได้เฉพาะปวัตตมังสะ (เนื้อที่เขาขายอยู่ตามปกติสำหรับคนทั่วไป) ไม่นับอุทิสมังสะ (เนื้อสัตว์ที่เขาฆ่าเจาะจงถวายภิกษุสงฆ์)

ภาวะการเจ็บป่วยของพระสงฆ์

สุวัฒน์ รักขันโท, อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ (2551 : 75-89) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน พบว่า การทำบุญของพุทธศาสนิกชนไทยพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 26-38 มีพฤติกรรมการเสพสิ่งเสพติดหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 50 ยังคงสูบบุหรี่ บางรูปฉันยาแก้ปวดพาราเซตามอลครั้งละ 6 เม็ด ต้มกาแพ้ววันละ 8 ถ้วย และดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน พระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ฉันอาหารที่มีรสจัด หวานจัด มีแป้งและไขมันสูง นอกจากนี้ยังออกกำลังกายน้อย ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายตามกิจวัตรของพระสงฆ์เท่านั้น

ภัทรพล ต้นเสถียร (2550 : 37-82) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 227 รูป โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36V2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 โดยตัวแปรด้านอายุและจำนวนชนิดของโรคเรื้อรังที่เป็นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งโดยรวม และราย

ด้าน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากญาติโยม และครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครมีความเครียดสูงกว่าปกติร้อยละ 54.3 และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัด ปัจจัยที่ได้รับการบริจาคนิตยภัต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียด พระสงฆ์ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพระสงฆ์ฆาธิการ ครอบครัว ญาติโยม และสหธรรมิก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง

จาริณี ยศปัญญาและวันเพ็ญ ศิวารมย์ (2550 : 20-47) ได้ศึกษา สภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ผลการศึกษา พบว่า พระภิกษุสามเณรมีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 69.5 รอบเอวปกติร้อยละ 98.3 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเก๊าท์และเบาหวาน ในเรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสามเณร พบว่า พระภิกษุสามเณรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพองค์รวม ในเรื่องอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ การสูบบุหรี่ อาหารที่นำมาถวายพระส่วนใหญ่ เป็นอาหารปรุงเองร้อยละ 68.4 ประเภทของอาหารส่วนมากเป็นอาหารประเภทต้มแกง รongลงมาเป็นอาหารประเภทผัก ในส่วนของสภาพแวดล้อมภายในวัด โดยภาพรวม วัดทุกแห่งมีสภาพแวดล้อมด้านความสะอาดร่มรื่นที่สอดคล้องกับมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ มีเพียงการยกระดับมาตรฐานบางประเด็นให้ดียิ่งขึ้น อาทิ การปรับปรุงโรงครัว การปรับปรุงห้องน้ำ เป็นต้น

บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ (2549 : ค, 29-30) ได้ตรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระธุดงค์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเนื่องในเทศกาลวันวิสาขบูชา ประจำปี พ.ศ. 2549 จำนวน 308 รูป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์มีน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 2.0 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 54.5 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 43.6 และ 20.0 ผลเอ็กซ์เรย์ปอดพบความผิดปกติร้อยละ 3.0 สุขภาพช่องปากมีปัญหา ร้อยละ 60.0 ผลการตรวจคลื่นหัวใจพบผิดปกติร้อยละ 20.0 รวมทั้งมีภาวะต่อมลูกหมากโตรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 73.2 และมีภาวะกระดูกบาง ร้อยละ 19.1 สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่าสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 39.0 และสูบบุหรี่เกิน 20 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 10.2 พฤติกรรมการฉันทอาหารวันละ 1 มื้อ ร้อยละ 50.6 โดยได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ร้อยละ 47.6 ดื่มน้ำบรรจุขวดร้อยละ 50.0 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังบางครั้งร้อยละ 86.7 และดื่มทุกวันร้อยละ 4.0 พฤติกรรมการขับถ่ายจะไปทุ่งร้อยละ 50.3 และไม่สวมรองเท้านั่งธุดงค์ร้อยละ 78.7 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ร้อยละ 1.5 และโรคกระเพาะอาหารร้อยละ 1.2

เนาวรัตน์เจริญคำ และคนอื่นๆ (2546 : 1-6) ได้ศึกษา การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย โดยสำรวจพระภิกษุสงฆ์สามเณรจำนวน 6,213 รูป เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเข้าพรรษาซึ่งพระภิกษุจำพรรษาอยู่ที่วัด ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์ในภาพรวม

ของทั้งประเทศเป็นร้อยละ 24.4 โดยแตกต่างกันสำหรับแต่ละภูมิภาค คืออยู่ในช่วงร้อยละ 14.6 สำหรับภาคเหนือ ถึงร้อยละ 40.5 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคที่มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในพระภิกษุสงฆ์ค่อนข้างสูง ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 40.5, 40.2, 33.5, และ 29.7 ตามลำดับ) ส่วนภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ มีอัตราความชุกเป็น 22.8, 20.4 และ 14.6 ตามลำดับ พระสงฆ์ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อ่อนบวช และพระสงฆ์ที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 60 เลิกสูบบุหรี่ในขณะที่ยังบวชอยู่ พระสงฆ์ที่สำรวจในการศึกษาคั้งนี้ร้อยละ 80 เสนอให้มีการรณรงค์ไม่ให้อาตมิกถวาวยุบบุหรี่แก่พระสงฆ์ และอีกร้อยละ 91 เสนอให้ส่งเสริมพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่อยู่ให้เลิกสูบ

สุวิมล พลวรรณ (2552 : 58-87) ได้รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์กลับมาสูบบุหรี่อีกร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่กลับมาสูบเพราะจิตใจไม่เข้มแข็ง อดไม่ไหว หยุดสูบแล้วหงุดหงิด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ อายุ ระยะเวลาบวช และพบว่า พระสงฆ์มีสุขภาพจิตในลักษณะที่เป็นปัญหาร้อยละ 33.89 โดยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ พระสงฆ์มีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 44.92 และยังพบว่า พระสงฆ์มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยพบร้อยละ 36.72 ซึ่งสรุปได้ว่า พระสงฆ์มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจร้อยละ 33.89

เดชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร โฆสิต แพงสร้อย และอนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง (2553 : 478-482) ได้ทำการวิจัย เรื่องสุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยใน 3 จังหวัด รวม 9 วัด โดยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง จำนวน 3 วัด เขตกึ่งเมือง จำนวน 3 วัด และเขตชนบทจำนวน 3 วัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 224 คน ผลการวิจัยพบว่า อาหารที่ได้รับ บิณฑบาต ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ปรุงจากแป้ง น้ำตาล กะทิ และไขมัน พระสงฆ์สามเณรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคปวดข้อและข้ออักเสบ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ออกกำลังกายน้อย และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ รกรุงรัง มีเศษขยะ เศษอาหาร และฝุ่นธูป เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์จะเลือกไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนมากกว่าไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย เพราะต้องรอนานและเข้าคิวรอตรวจรักษา การป้องกันโรคมักมีการฉีดวัคซีนให้กับสุนัขและแมว และการใส่ทรายที่มีฟอสฟอรัสกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่พบปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง

รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน ปัจจุบันมีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ วัด/คณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา และพระสงฆ์ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี ปีละ 1-2 ครั้ง

จัดทำตุ๋ยาประจำวัด การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัข และแมว พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด ส่งเสริมการออกกำลังกายของพระสงฆ์ และการพัฒนาวัดด้วยกิจกรรม 5 ส. และการใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพ

เดชา บัวเทศ จีรบรรณ ชงจิ่งหรีด และฉันทา หอมจันทร์ (2554) ได้ทำการศึกษาเรื่องสุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า อาหารส่วนใหญ่ที่รับประทานเป็นอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และไขมัน สามในสี่ของพระสงฆ์ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันสูง สาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มน้ำกาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง การออกกำลังกายน้อย ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ที่พิกอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ควร ดำเนินการอยู่ในรูปแบบเครือข่าย โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก็คือการบูรณาการการทำงานที่เป็นรูปแบบที่ควรดำเนินการในชุมชน

สุรพล ชยภพ ทรงคุณ จันทจร และประสพสุข ฤทธิเดช (2552 : 21-24) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งเป็น 4 ยุค คือ ยุคก่อตั้งชุมชน ยุคชุมชน ยุคสถานีอนามัย และยุคพัฒนา โดยที่สี่ยุคมีลักษณะร่วมกันคือยุคก่อตั้งชุมชนและยุคชุมชน ผู้สูงอายุจะพึ่งตนเอง ญาติพี่น้อง และธรรมชาติ การดูแลสุขภาพใช้สมุนไพร ยุคสถานีอนามัยและยุคพัฒนา ผู้สูงอายุพึ่งตนเองและภาครัฐ ยุคพัฒนา ผู้สูงอายุเริ่มมีความขัดแย้งกันในสังคม ลูกหลานทอดทิ้ง ต้องพึ่งรัฐสวัสดิการ ผู้สูงอายุห่างเหินพระศาสนา เพราะสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว ขาดการดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางร่างกายและทางสุขภาพจิต ไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพของรัฐได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรดำเนินการในรูปของพหุภาคี ที่เกิดจากความร่วมมือขององค์กรภาครัฐ ชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ เครือญาติและผู้สูงอายุ โดยการจัดทำเป็นชมรมหรือเครือข่ายผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป พระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 50 ยังคงสูบบุหรี่ ในภาพรวมของทั้งประเทศเป็นร้อยละ 24.4 เมื่อจำแนกเป็นรายภาคพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 40.5, 40.2, 33.5 และ 29.7 ตามลำดับ ส่วนภาคตะวันตก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 22.8, 20.4 และ 14.6 ตามลำดับ

พระสงฆ์บางรูปฉันทยาแก้ปวดพาราเซตามอลครั้งละ 6 เม็ด ดื่มน้ำกาแฟวันละ 8 ถ้วย และร้อยละ 10.2 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังเกินกว่า 2 ขวดต่อวัน ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ฉันทอาหารที่มีรสจัดหวานจัด มีแป้งและไขมันสูง ออกกำลังกายน้อย มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 54.5 มีน้ำหนักเกินและ

อ้วนร้อยละ 43.6 และ 20.0 สุขภาพช่องปากมีปัญหา ร้อยละ 60.0 มีภาวะต่อมลูกหมากโตรุนแรง เล็กน้อยร้อยละ 73.2 ขึ้นไปล้างบางครั้งร้อยละ 86.7 และดื่มทุกวันร้อยละ 4.0

คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 ปี พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเก๊าท์ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ส่วนการเจ็บป่วยที่พระภิกษุ และสามเณรทั่วประเทศต้องไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข อันดับที่หนึ่ง คือโรกระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 15.39 อันดับสอง คือ โรกระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปากร้อยละ 13.25 อันดับสาม คือ โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม ร้อยละ 9.49 อันดับสี่ คือ โรกระบบไหลเวียนโลหิต ร้อยละ 8.50 และอันดับห้า คือ โรคตาารวมส่วนประกอบของตา ร้อยละ 6.47 ส่วนใหญ่ พระภิกษุ และสามเณร ที่มารับการรักษามีอายุพรรษาเฉลี่ยมากกว่า 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.40 และเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20.63

พระสงฆ์มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ พระสงฆ์มีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 44.92 และยังพบว่า พระสงฆ์มีความรู้สึกที่ตนเองมีอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยพบ ร้อยละ 36.72

พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเครียดสูงกว่าปกติร้อยละ 54.3 และร้อยละ 8.7 มีความเครียดอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไขบำบัด ปัจจัยที่ได้รับการบริจาคนิตยภัตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียด ภาวะสุขภาพจิตของพระสงฆ์ที่ติจะต้องได้รับการอบรมถวายความรู้ รวมทั้งจะทำให้พระสงฆ์มีแนวทาง และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตคนในชุมชน ทำให้มีเครือข่ายการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพโดยการสนับสนุนจากวัด

พฤติกรรมของพระสงฆ์ไม่ต่างจากสุขภาพวัยผู้ใหญ่ (อายุ 21-45 ปี) ที่ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ และเห็นว่าที่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลาว่าง น้อย อดอยากพักผ่อน ทำงานหนักก็ออกกำลังกายเพียงพอแล้วและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ออกกำลังกาย มีค่านิยมสุขภาพที่เหมือนผู้ชายทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการรักษาพยาบาลเองโดยไม่ไปพบแพทย์

การกำหนดนโยบายสาธารณะ

พวงทอง โยธาใหญ่ (2545) ได้ศึกษาถึงกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น และศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ ระเบียบวิธีวิจัยใช้วิธีการศึกษาเอกสาร และการสำรวจ ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ได้มีความพยายามที่จะปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการวางแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2541 แต่มีองค์การบริหารส่วนตำบลบางส่วนยังปฏิบัติไม่ครบกระบวนการตามที่ระเบียบกำหนด โดยเฉพาะในเรื่องการจัดทำแนวทางการพัฒนาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบล 5 ปี และการนำเสนอร่างแผนพัฒนาท้องถิ่นต่อคณะกรรมการพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบล

องค์กรภาคเอกชน ผู้นำชุมชน และประชาชนในท้องถิ่น เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะก่อนจะมีการประกาศใช้

การศึกษาครั้งนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นอยู่ในระดับน้อย จึงต้องมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนตลอดจนหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลจะต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมสนับสนุนด้านความรู้ ความเข้าใจแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2547) ได้ทำการวิจัยเรื่องกลไกสุขภาพภาคประชาชนกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในภาคเหนือ โดยมุ่งทำความเข้าใจถึงวิถีคิด วิถีปฏิบัติ และวิถีให้คุณค่าเกี่ยวกับการกลไกการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพและผลกระทบของกลไกการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา และที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาผู้ที่เข้าร่วมในเวทีสมัชชาสุขภาพ และจากประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ พะเยา น่าน และเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 ถึง มีนาคม 2547 ผลการวิจัยสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ประชาชนส่วนใหญ่ยังยึดติดกับแนวคิดสุขภาพแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพทางกายที่เป็นความเจ็บป่วยและโรค และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ให้ความหมายสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ เช่น การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ และสังคม การปรับกระบวนการทัศน์เรื่องสุขภาพยังไม่เห็นชัดเจนในระดับประชาชนทั่วไป หรือแม้กระทั่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เองก็ยังไม่วิถีคิด วิถีให้คุณค่าของสุขภาพองค์รวมในความหมายใหม่เช่นเดียวกัน

2. วิถีคิดและวิถีให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพยังยึดติดอยู่เฉพาะสุขภาพร่างกายและจิตใจ และการปราศจากโรค จึงสะท้อนไปถึงวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ยึดติดอยู่แต่เฉพาะการรักษาสุขภาพทางร่างกายเท่านั้น ดังนั้นประชาชนก็ยังเข้าใจว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันไม่ให้เป็นโรคและเป็นเรื่องของหมอหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเห็นได้จาก กิจกรรมการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. สัญลักษณ์ของสุขภาพ ยังคงเป็น “โรงพยาบาล หรือ หมอ” การดูแลสุขภาพกลายเป็นเรื่องของการอธิบายเชื่อมโยงกับโครงสร้างระบบบริการสุขภาพเดิม เช่น โรงพยาบาล สถานือนามัย ประชาชนหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ได้มองว่า โรงเรียนหรือวัด หรือองค์กรอื่นๆในชุมชนจะสร้างสุขภาพได้อย่างไร และชาวบ้านเองจะส่งเสริมสุขภาพกันเองได้อย่างไร

4. มีความแตกต่างทางการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะของการศึกษา กล่าวคือ กลุ่มที่เข้าร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพส่วนใหญ่จะอธิบายกระบวนการปฏิรูปได้ดีกว่า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมเวทีสมัชชาโดยตรง ส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบหรือรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการดังกล่าว

5. การที่กิจกรรมหรือการก่อตัวของกลุ่มต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ริเริ่ม มักมีการรับรู้แยกออกไปจากเรื่องสุขภาพ เช่น มองว่าเป็นเรื่องอาชีพ รายได้และความเป็นอยู่ การรณรงค์

ด้านสุขภาพที่มีขึ้นในช่วงของการปฏิรูประบบสุขภาพ มักริเริ่มโดยเจ้าหน้าที่ฯ ทั้งเรื่องกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ในสถานีนอมาัย

6. กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือการขับเคลื่อนในระดับชุมชน ไม่ได้เน้นการส่งเสริมการเรียนรู้เท่าที่ควร ไม่ได้ส่งเสริมการเรียนรู้ ไม่สามารถกระตุ้นให้ประชาชน มีการปรับเปลี่ยนวิถีคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเท่าที่ควร

7. การมีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกที่มีบทบาทในการให้ความร่วมมือ ร่วมรับรู้นโยบาย และร่วมปฏิบัติตาม ส่วนที่ยังถือว่าเกิดขึ้นเป็นส่วนน้อยก็คือ การมีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม และ ตัดสินใจ

พงษ์ภัทร์ รัตนสุวรรณ (2550) ได้ศึกษากระบวนการในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นของเทศบาลตำบลภายใต้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตและการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นของเทศบาลตำบลขุนยวม ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ 1) การหาปัญหาหรือกำหนดปัญหา 2) การสร้างนโยบาย 3) การเลือกนโยบาย 4) การประกาศนโยบาย 5) นโยบายที่ได้รับการยอมรับ 6) การดำเนินการตามนโยบาย 7) การประเมินผลนโยบาย 8) การปรับปรุงนโยบาย ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ในชุมชนโดยทางชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมงานด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและความต้องการของคนในชุมชน ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม ส่วนทางเทศบาลได้มีส่วนร่วมกับชุมชนในการร่วมกันสร้างและพัฒนานโยบายแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมงานด้านสุขภาพต่างๆ ตามกระบวนการในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และได้ปรับปรุงพัฒนาให้เป็นแนวทางของเทศบาลและของชุมชนเองมากขึ้น

สุจิรภรณ์ เศลาร์ภักษ์ (2551) ศึกษาเรื่องการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภวารินขาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และแนวคิดกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปอภิปรายผล ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของเทศบาลเมืองวารินขาราบมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนก่อตัวนโยบายและการกำหนดปัญหา ขั้นตอนจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายและขั้นประกาศนโยบาย ขั้นตอนก่อตัวนโยบายและการกำหนดปัญหา โดยประชาชนจะมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาหรือความต้องการของประชาชนจากเวทีชุมชน และเวทีประชาคมเมือง ส่งผลต่อเทศบาลเพื่อรวบรวมปัญหา จัดทำเป็นข้อเสนอแนะนโยบายร่วมกับปัญหา ความต้องการที่ได้จากภาครัฐ ดังนั้นผู้บริหารมีบทบาทในการหาปัญหาหรือกำหนดปัญหา เป็นผู้กำหนดนโยบายและมีอำนาจในการตัดสินใจนโยบาย ด้วยเหตุนี้ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจึงสะท้อนความพอใจหรือค่านิยมส่วนตัวของผู้บริหารโดยตรง

ศิริพงษ์ ใจสุข (2552) ศึกษาเรื่องกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังป่อง ตำบลเหมืองแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนบ้านวังป่องมีลักษณะวิถีชีวิตแบบประชาธิปไตยอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการเคารพเหตุผลมากกว่าตัวบุคคล การประนีประนอม การมีระเบียบวินัย แยกความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เป็นการดำรงชีวิตประจำวันที่เน้นบทบาทหน้าที่ของบุคคลในสังคมอันเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนอย่างยั่งยืน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดเป็นพลังชุมชนในการทำกิจกรรมสาธารณะเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ข้อเสนอแนะคือ สมาชิกในชุมชนต้องมีวิถีชีวิตแบบประชาธิปไตย ควบคุมไปกับการดำรงชีวิตตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในขณะเดียวกัน หน่วยงานภาครัฐต้องให้ความร่วมมือ สนับสนุน และช่วยเหลือชุมชน ในลักษณะที่เป็นการพึ่งเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตัวเองได้ไม่ใช่พึ่งพาตลอดไป มิฉะนั้นจะไม่เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนได้อย่างยั่งยืน

เสนห์ แสงเงิน และคณะ . (2554) ได้ทำการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยศึกษาในรูปแบบ การพัฒนางานที่ทำเป็นประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กลุ่มทดลองมีแผนงาน/โครงการที่เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ. 05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ. 05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นด้วยกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ทำให้กองทุนฯ มีความครอบคลุมของแผนงาน/โครงการที่เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงควรนำกระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ต่อไป

2. งานวิจัยต่างประเทศ

รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพ

Yip และ Hsiao (2008 : 460-468) ได้ทำการศึกษาระบบสุขภาพในประชาชนเขตชายแดนของจีน พบว่า รัฐบาลจีนได้ตกลงที่จะตั้งกองทุนสุขภาพจากร้อยละ 1-1.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ในการสาธารณสุขมูลฐาน อย่างไรก็ตามจีนได้ทุ่มงบอย่างมหาศาลในการสร้างสาธารณสุขมูลฐานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การศึกษานี้เป็นตัวอย่างของประเทศที่มีความหลากหลายของชนกลุ่มน้อย ภายใต้ออกกึ่งกันอย่างมากระบบการดูแลสุขภาพในด้านนี้ไม่ได้ เพราะประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะเงินเฟ้อ ซึ่งไม่น่าจะนำมาใช้เป็นเหตุผล ดังนั้นจึงควรจะมีการจัดเตรียมบุคลากรทางสาธารณสุขมากกว่าเน้นในเรื่องรายได้และผลกำไร

Yip และ Mahal (2008 : 921-932) ได้ทำการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพในจีนและอินเดีย : รูปแบบและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต แล้วพบว่า เมื่อเร็วๆ นี้ทั้งจีนและอินเดียต่างก็มีนโยบายในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ และหาช่องทางที่จะเพิ่มกองทุนเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน การศึกษานี้ได้วิเคราะห์การจัดตั้งระบบการดูแลสุขภาพที่ดีเป็นอย่างไรและตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบใด พบพื้นฐานของการวิเคราะห์ เราพบว่าส่วนใหญ่เป็นการทุ่มงบประมาณอย่างเดียว เกิดช่องว่างในเรื่องของการประกันตนและโครงสร้างที่มั่นคง ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาและการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพและพบความเสี่ยงในเรื่องของงบประมาณและสิ่งที่ทำลายในอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้น

Weil (2008 : 736-747) ได้ทำการวิจัยถึงการที่จะปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างไร โดยชี้ให้เห็นถึงความคาดหวังของผู้นำประเทศในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยังไม่เคยเอาจริงเอาจังสักที่ประเทศที่เป็นประชาธิปไตย ที่ยังไม่เคยทำให้บทบาทในส่วนนี้ประสบผลสำเร็จ เพราะขาดแรงจูงใจที่จะถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ ได้มีการเสนอข้ออภิปรายในการสนับสนุนให้มียุทธศาสตร์ที่ลดช่องว่างทางการดูแลสุขภาพ ที่รัฐจัดเตรียมยังไม่พอเพียง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งทำลายและความไม่เพียงพอของกองทุนการศึกษาในครั้งนี้ได้สรุป อภิปรายเกี่ยวกับความมั่นคงของสหพันธรัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

Fuchs และ Emanuel (2005 : 1399-1414) ได้ทำการศึกษาถึงระบบสุขภาพของคนอเมริกา และพบว่า ในความไม่พอใจต่อระบบสุขภาพของคนในสหรัฐอเมริกา กำลังแพร่ขยาย และไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนว่าจะร่างรูปแบบอย่างไร วิธีที่ดีที่สุดคือการทุ่มงบประมาณในกลุ่มนายจ้างที่เข้าระบบประกันตน หมายถึงร่างทดสอบระบบประกันตน การรักษาทางการแพทย์ ซึ่งยังเป็นข้อบกพร่องที่แก้ไขยังไม่ได้ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องตอบคำถามพื้นฐาน 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก จะปฏิรูปเพื่อผลกำไรหรือความเข้าใจปัญหาที่แท้จริง ประเด็นที่สอง จะจัดระดับความสำคัญของระบบการเงินหรือเพื่อพัฒนาองค์การการศึกษานี้เราได้พิจารณาข้อเสนอที่เป็นรูปแบบเพื่อผลกำไรออกเป็น 3 ประเด็น คือ บุคคลที่จะมาสนับสนุน ผู้จ่ายเงินและรูปแบบการจ่ายเงิน อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพแบบนี้คล้ายๆ กับว่าจะส่งผลให้เกิดความแตกแยก ภาวะตึงเครียด หรือความไม่สงบภายใน

Sade (2008 : 461-497) ได้ทำการวิจัยจริยธรรมในระบบการดูแลสุขภาพ (แคโรไลนาทางใต้ อเมริกัน) แล้วพบว่า ปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพของรัฐนี้ ที่อยู่ภายใต้การกำกับตลาดเสรี โดยพบว่า ผู้วางแผนจากส่วนกลางและการค้าตลาดเสรี ส่งผลให้เกิดนโยบายที่หลากหลายและที่สำคัญคือยังมีข้อบกพร่องทางเชื้อชาติ ทำให้เกิดการวางแผนที่ผิดพลาด ทั้งเรื่องประเพณีและกฎจารีตต่างๆ นำไปสู่การเข้าใจที่ผิดกับสิ่งเป็นจริง โดยพื้นฐานแล้วกฎ จารีต จะเชื่อมระหว่างตัวบุคคลกับชุมชนที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนและสามารถที่จะวางแผนได้ แต่ไม่สามารถหาช่องว่างระหว่าง 2 สิ่งนี้ได้ รูปแบบการดูแลสุขภาพของรัฐนี้ในอดีตที่ประสบความสำเร็จในการเข้าถึงระบบบริการคือ การควบคุมต้นทุนและพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

Neuwelt และคนอื่น ๆ (2005 : 731-743) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเทศกำลังพัฒนาในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อพัฒนาและทดสอบเครื่องมือในการเข้าถึงการมีส่วนร่วมในองค์กรการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในนิวซีแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า เรื่องนี้ชื่อว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและได้รับการพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน 6 ประเด็นด้วยกัน คือ พันธกิจ ความรับผิดชอบขององค์กร กระบวนการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร การเชื่อมโยงของชุมชน และข้อเสนอแนะแนวทางและการตัดสินใจในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เครื่องมือ PHOs ถูกใช้ประโยชน์ในคลินิกทั่วไปและการรักษาพยาบาลและสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบต่อไป

Chowdhury (2004 : 1-8) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพที่ประเทศบังกลาเทศ ผลการศึกษาพบว่า นโยบายทางด้านสุขภาพของบังกลาเทศ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ ในการสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นยังเป็นเรื่องที่ยาก โดยทั่วไป สมาชิกในชุมชนจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้ของคนในชุมชน การขาดความไม่เท่าเทียม จะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ผลดี ในระดับท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในบังกลาเทศส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการบริจาคที่ดิน สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น ในส่วนตัวของประชาชนเองยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ แต่กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ถ้าพวกเขาสามารถมีส่วนร่วมในการเข้าไปวางแผน ดำเนินการ การกำกับติดตามและประเมินผลการให้บริการ และในระดับหมู่บ้านยังเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก ผู้นำและสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย โดยนำนโยบายระดับชาติลงมาปรับใช้ในชุมชน แต่เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำหรือนโยบายก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระดับนี้ได้ กิจกรรมทางเศรษฐกิจของบังกลาเทศส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมือง หนุ่มสาวในชนบทจึงนิยมเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ และจะอยู่ในเมืองอย่างถาวร มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีของถิ่นเกิด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของอาสาสมัครในระดับหมู่บ้านไปประสบการณ์และแรงจูงใจก็ลดลงไปด้วย และเริ่มตั้งแต่ธนาคารโลก ธนาคารแห่งเอเชีย องค์กรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ องค์กรเอกชน (NGO) เข้ามามีบทบาทในการจัดการระบบดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งในเรื่องของงบประมาณและการดำเนินการเริ่มมีรูปแบบคล้ายกับประเทศตะวันตกมากขึ้น

Zakus (1998 : 475-494) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความคาดหวังต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ โดยขบวนการมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วยความต้องการของชุมชนมากกว่าที่จะให้องค์กร/หน่วยงานกำหนดเอง ส่งผลให้หลายรัฐบาลทั่วโลกหันมาสนใจในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยได้กำหนดไว้ในส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยในหลายประเทศได้กำหนดมาตรฐาน/รูปแบบในส่วนนี้ขึ้น และพบว่าต้องมีการวิเคราะห์ส่วนประกอบต่างๆ อย่างละเอียด เช่น แหล่งที่ชุมชนจะสามารถพึ่งพาได้ อย่างไรก็ตาม กลไกของการมีส่วนร่วมกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการที่องค์กร

ใหญ่จะใช้รูปแบบโครงการแบบมีส่วนร่วม การเข้าใจในบริบทหรือเสียงปจจัยที่เป็นปัญหาในการดำเนินงาน

Zhang (2006 : 528) ศึกษาคุณภาพชีวิตจากการเป็นโรคเรื้อรัง ที่อาศัยในชนบทในเมือง the Bella Coola Valley ศึกษาแบบ mixed methods: (1) สสำรวจสุขภาพ (2) Retrospective Chart Review ในคนที่อายุ 17 ปีขึ้นไปโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 วิเคราะห์และใช้สถิติ Linear regression พบว่า โรคเรื้อรังที่ตอบในการสำรวจคือ ความดันโลหิตสูง วิตกกังวล ไชมันในเลือดสูง ปวดหลัง/คอ กระตุกและข้อตามลำดับ โรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตแยลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Roux และคนอื่น ๆ (2005 : 606-611) ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อกระดูก Musculoskeletal ศึกษาแบบ Longitudinal Cohort study ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา Musculoskeletal disorder จำนวน 1,202 ราย ในฝรั่งเศส อายุระหว่าง 45-60 ปี ติดตามผลระยะยาวเป็นเวลา 28 เดือน ระหว่างปี 1996-1998โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 สถิติที่ใช้ Linear mixed ANOVA model พบว่า MSK disorder มีผลกระทบอย่างร้ายแรงกับคุณภาพชีวิตด้าน Physical domain และมีผลกระทบเล็กน้อยด้านสังคมและจิตใจ กลุ่ม Chronic disorder มีผลกระทบอย่างมากต่อ Physical functioning ในผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน, Role emotional, และ Social functioning

Julia Abelson, Pierre-Gerlier Forrest, John Eyles, Patricia Smith, Elisabeth Martin, Francois-Pierre Gauvin (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation process โดยต้องการศึกษาถึงวิธีการถกแถลงในด้านของสุขภาพภายใต้คำถามคือ อะไรคือวิธีการถกแถลง ทำไมจึงเป็นที่นิยมและมีศักยภาพต่องานด้านสุขภาพอย่างไรบ้าง มีวิธีการศึกษาคือ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเป็นการศึกษาเชิงประจักษ์ในเรื่องของการมีส่วนร่วมของประชาชน วิธีการถกแถลงในทางปฏิบัติและการประเมินผล ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในปัจจุบันจำเป็นที่จะต้องคิดวิธีการใหม่ที่เน้นปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างผู้มีอำนาจตัดสินใจและประชาชนรวมทั้งการปรึกษาหารือ ถกแถลงกันระหว่างผู้เข้าร่วม กระบวนการตัดสินใจที่สำคัญต้องการกลุ่มประชากรที่มากขึ้น เพื่อเป็นการชั่งน้ำหนักในประเด็นที่ถูกกล่าวถึง โดยการอภิปราย การถกเถียงกัน ถึงการตัดสินใจที่เป็นไปได้และทั้งสองฝ่ายเห็นตรงกันในการตัดสินใจโดยที่ทุกฝ่ายสามารถยึดถือปฏิบัติตามได้ ทั้งนี้กวิจัยและผู้มีอำนาจตัดสินใจในภาคสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นฐานความรู้มากขึ้นในขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้การบรรลุเป้าหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Kumanan Rasanathan, Tipicha Posayanonda, Maureen Birmingham and Viroj Tangcharoensathien (2011) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Innovation and participation for healthy

public policy : the first National Health Assembly in Thailand โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาคือ เพื่ออธิบายและเผยแพร่กระบวนการและผลลัพธ์ตั้งแต่ต้นของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ในประเทศไทยซึ่งเป็นนวัตกรรมในกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมีวิธีการศึกษาคือ เก็บข้อมูลจากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์เอกสารและจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาเองที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและได้รับเชิญเป็นผู้สังเกตการณ์ ผลการศึกษาพบว่า 14 ข้อเสนอได้รับการอภิปรายและผ่านการแก้ไข ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะแรกได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีออกประกาศเป็นยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย โดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จในการนำผู้เข้าร่วมที่มาจากหลายภาคส่วนที่ปกติจะไม่ค่อยได้รับความสำคัญในกระบวนการกำหนดนโยบาย สมัชชาสุขภาพคือรูปแบบใหม่ที่อธิบายว่าทำอย่างไรที่รัฐบาลจะส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ความท้าทายที่สำคัญยังคงอยู่ที่เรื่อง การมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของกลุ่มผลประโยชน์และในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผลกระทบและการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

โดยสรุป การพัฒนาการดูแลสุขภาพในต่างประเทศ พบว่า รัฐบาลได้ใช้เงินประมาณ เพื่อใช้ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งจีนและอินเดีย ในขณะที่ผู้นำประเทศที่เป็นประชาธิปไตยที่ยังไม่เคยทำให้บทบาทในส่วนนี้ประสบผลสำเร็จ ความไม่เท่าเทียมทางเชื้อชาติและวัฒนธรรมในระบบสุขภาพจิต เป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่จะต้องมีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะลดความไม่เท่าเทียมในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการเข้าถึงและ คุณภาพของการรักษาในกลุ่ม แรงงานต่างๆ สำหรับ รัฐที่อยู่ภายใต้การค้ำแบดตลาดเสรี ระบบการดูแลสุขภาพยังมีข้อบกพร่องทางเชื้อชาติ ทำให้เกิดการวางแผนที่ผิดพลาด ทั้งเรื่องประเพณีและกฎจารีตต่างๆ นำไปสู่การเข้าใจที่ผิดกับสิ่งเป็นจริง ระบบสุขภาพของคนอเมริกา พบว่า ยังพบปัญหาอยู่บ้างโดยเฉพาะปัญหาการเข้าสู่ระบบประกันตน การรักษาทางการแพทย์ ซึ่งยังเป็นข้อบกพร่องที่แก้ไขไม่ได้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในประเทศกำลังพัฒนาในการดูแลสุขภาพ ได้รับการพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน 6 ประเด็น คือ พันธกิจ ความรับผิดชอบขององค์กร กระบวนการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากร การเชื่อมโยงของชุมชน และข้อเสนอแนะแนวทางและการตัดสินใจในการดำเนินงาน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากเอกสาร (Document Study) และในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี เพื่อนำเสนอเป็นนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและพัฒนาไว้ ดังนี้

ขอบเขตการวิจัยและพัฒนา

1. วิธีวิจัย

ในการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาและจัดเก็บข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) และภาคสนาม (Field Research)

2. เนื้อหาการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเนื้อหาการวิจัยไว้ดังนี้

2.1 สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษา การดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

2.2 รูปแบบหรือแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้งทางด้าน การดูแลสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางสิ่งแวดล้อม รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างไร ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นและพระธรรมวินัย

2.3 การพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษานี้มุ่งศึกษาองค์ประกอบของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ สมัชชาสุขภาพกับกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

3. พื้นที่วิจัย

เนิ่นการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี จำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท และอ่างทอง

4. ระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม 2554 – ธันวาคม 2557

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กรอบการวิจัย

ในการวิจัยระยะนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นกรอบการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.1 การดูแลสุขภาพทางกาย
- 1.2 การดูแลสุขภาพทางจิตใจ
- 1.3 การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม
- 1.4 การดูแลสุขภาพทางด้านสิ่งแวดล้อม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดทุกวัด ผู้อำนวยการสำนักงาน สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอและตำบล นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล /ปลัด เทศบาล หรือ อบต. ผู้นำชุมชน หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลประชาชนทั่วไป

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 96 รูป/คน ดังนี้

2.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน 26 รูป/คน ดังนี้

- 1) ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด จำนวน 5 คน
- 2) นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 5 คน
- 3) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย จำนวน 1 คน

4) ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค
จำนวน 1 คน

5) เจ้าคณะจังหวัด จำนวน 5 รูป

6) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอและ
ตำบล จำนวน 3 คน

7) นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/ปลัดเทศบาลหรือ อบต.

จำนวน 3 คน

8) ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน

2.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติ (Casual Informant) จำนวน 70 รูป/คน

1) พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดๆ ละ 2 รูป รวม 30 รูป

2) หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 5 คน

3) หัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/องค์การบริหารส่วน

ตำบล จำนวน 5 คน

4) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน

5) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิก อบต./เทศบาล) จำนวน 5 คน

6) ภาคประชาสังคม จำนวน 20 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสำรวจ (Checklist Form) ใช้เป็นแบบตรวจสอบพฤติกรรมและพฤติกรรม เสี่ยงต่อ
การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

3.2 แบบสังเกต (Observation Form) ใช้เป็นแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non
Participant Observation) เพื่อใช้ตรวจสอบสภาพทั่วไป สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรมของ
วัดและชุมชนพร้อมทั้งลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

3.3 แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง
(Non Structure Interview) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง
2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติ (Casual
informant)

3.4 ประเด็นสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการกำหนดประเด็นการ
สนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มเข้า
ร่วมในการสนทนากลุ่ม โดยให้มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มๆ ละไม่เกิน 8-10 คน

4. การตรวจสอบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 การตรวจสอบความตรง ผู้วิจัยได้เริ่มพัฒนากรอบความคิดการวิจัยในครั้งนี้อย่างเป็นทางการ
ขั้นต้น และกำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนไว้ชัดเจน เช่น การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ การเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นการขจัดความอคติในการทำการวิจัยของผู้วิจัย จึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้วขั้นหนึ่ง

4.2 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อผู้วิจัยดำเนินการจัดสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันออกไป ในแต่ละด้าน

4.3 การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยอาศัยวิธีการของ Denzin (สุภางค์ จันทวานิช. 2543: 128-130; พันธุ์ทิพย์ งามสูตร. 2545: 56; และทรงคุณ จันทจร. 2549 : 69-72; อ้างอิงมาจาก Denzin. 1982: 12) มีวิธีการดังนี้

4.3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ใช้ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลที่ต่างกันต้องได้ข้อมูลที่ตรงกัน

4.3.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยใช้ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายคนในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำ ข้อมูลมาเปรียบเทียบกันว่ามีความ ต่างกันหรือเหมือนกันอย่างไรโดยไม่เปลี่ยนตัวผู้วิจัย

4.3.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) ใช้การตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

4.3.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้การตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีขึ้นเรื่องเดียวกันด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การสังเกตการสัมภาษณ์การศึกษาเอกสาร

4.4 ปรับปรุงเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและจากการนำไปทดลองใช้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

4.5 เครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มประชากรเป้าหมายใน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 การสำรวจ (Survey) เป็นการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัด การสำรวจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้แก่ สุขาภิบาลน้ำดื่ม น้ำใช้ สุขาภิบาลอาหาร ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ส้วม การกำจัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ และสัตว์นำโรคต่างๆ

5.2 การสังเกต (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้ตัว ซึ่งกิจกรรมบางอย่างอาจถูกปรุงแต่งได้ โดยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) เพื่อสังเกตสภาพทั่วไป สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรมของวัดและชุมชนพร้อมทั้งลักษณะทางกายภาพอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

5.3 การสัมภาษณ์ (Interview) ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) เพื่อให้ได้องค์ความรู้ ประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2

จังหวัดสระบุรี โดยทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติ (Casual informant)

5.4 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวแทนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระสงฆ์

6. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1 ทำหนังสือจากหน่วยงานของผู้วิจัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตให้จัดเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในทุกระยะ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งได้กำหนดวันเวลาที่ จะเข้าดำเนินการวิจัย

6.3 ผู้วิจัยจัดการประชุมทีมงานวิจัยภาคสนามเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6.4 ประสานงานกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย แจ้งวัน และเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกกลุ่มเป้าหมาย

6.5 ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

6.6 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย การตีความ (interpretation) และการวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) (พันธุทิพย์ รามสูตร. 2545: 57; สุภางค์ จันทวานิช. 2543: 130-160) ดังนี้

7.1 วิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) เป็นการตีความ สร้างข้อสรุปของข้อมูลที่เป็นรูปธรรมหรือที่ได้จากปรากฏการณ์ที่สามารถมองเห็นได้ แล้วนำมารวบรวมและสร้างข้อสรุปให้เป็นเชิงนามธรรม (Analytic Induction)

7.2 การจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกชนิดของข้อมูล ดำเนินการเป็น 2 แบบ คือ

7.2.1 แบบใช้ทฤษฎี ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเอาทฤษฎีมาใช้ในการจำแนกชนิดของเหตุการณ์ โดยยึดแนวคิดทฤษฎีเป็นกรอบในการจำแนก

7.2.2 แบบไม่ใช้ทฤษฎี คือ การจำแนกข้อมูลที่วิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูล ใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัย

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) ใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยนำข้อมูลมาเทียบกับปรากฏการณ์ และทำให้ข้อมูลเป็นนามธรรมมากขึ้น

7.3.1 ปรับปรุงเครื่องมือที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและจากการนำไปทดลองใช้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์

7.3.2 เครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ทำการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 ที่เป็นสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. กรอบการวิจัย

ในการวิจัยระยะนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นกรอบการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.1 การดูแลสุขภาพทางกาย
- 1.2 การดูแลสุขภาพทางจิตใจ
- 1.3 การดูแลสุขภาพทางด้านสังคม
- 1.4 การดูแลสุขภาพทางด้านสิ่งแวดล้อม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดทุกวัด ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอและตำบล นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล /ปลัดเทศบาล หรือ อบต. ผู้นำชุมชน หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ประชาชนทั่วไป ที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 35 รูป/คน ดังนี้

2.2.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 รูป/คน ดังนี้

1) นักวิชาการที่เกี่ยวข้องจากกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค หน่วยงานละ 1 คน รวม 2 คน

2) เจ้าคณะจังหวัด จำนวน 1 รูป

3) ปลัดเทศบาลหรือ อบต. จำนวน 1 คน

4) ผู้แทนพระสงฆ์ จำนวน 1 รูป

2.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 รูป/คน

1) เจ้าอาวาส/พระสงฆ์ จำนวน 10 รูป

2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน

3) ปลัด อบต./เทศบาลหรือหัวหน้าส่วน/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน

4) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน

5) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/สมาชิก อบต./เทศบาล) จำนวน 5 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ประเด็นปัญหา และความต้องการที่ได้จากการวิจัย ระยะที่ 1 มาเป็นประเด็นการสนทนา การประชุมระดมความคิดและการสังเกต

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ทำหนังสือจากหน่วยงานของผู้วิจัย ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเชิญประชุมและจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมทีมงานวิจัยให้เข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4.3 ประสานงานกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย แจ้งวัน และเวลาที่จะดำเนินการ ประชุมและจัดเก็บรวบรวมข้อมูล

4.4 จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2554 ณ ห้องประชุม วัดพระพุทธบาทบรมมหาวิหาร จังหวัดสระบุรี เพื่อคืนข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้รับทราบสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ที่ได้จากการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 และระดมสมองเพื่อหารูปแบบหรือแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

4.5 ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ด้วยการจดบันทึกข้อมูล และการบันทึกเสียง

4.6 ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การสรุปเนื้อหา การตีความ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ในขั้นตอนนี้เป็นระยะของการ นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไปพัฒนาสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมอง กระบวนการกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม จากผู้

มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยผ่านคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็นของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยมีกระบวนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. กรอบการวิจัย

ในการวิจัยระยะนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับการการดูแลสุขภาพของพื้นที่เป็นกรอบการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.1 การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ
- 1.2 การกำหนดประเด็นปัญหา
- 1.3 การพิจารณานโยบายสาธารณะเข้าสู่วาระ
- 1.4 การกำหนดนโยบายสาธารณะ
- 1.5 การอนุมัตินโยบายสาธารณะ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพภาวะ”

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพภาวะ” เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 22 รูป/คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นประเด็นการสนทนากลุ่มและประชุมระดมสมอง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การจดบันทึกข้อมูล และการบันทึกเสียง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้เสนอนโยบายจะต้องระบุปัญหาของเรื่องที่จะนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ หลังจากนั้นจึงนำไปสู่การพิจารณาของรัฐบาลหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ผู้มีอำนาจตัดสินใจคือคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ความเป็นมาของปัญหามาจากสาเหตุสามประการหลักๆ ดังนี้

4.1.1 ระบุสาเหตุของปัญหาการดำเนินงานโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4.1.2 ระบุสาเหตุของปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ต่างๆ และการรวมตัวของเครือข่ายภาคประชาสังคมต่างๆ

4.1.3 ใช้ผลงานวิจัยเป็นฐานข้อมูลในการ กำหนดนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

4.2 ขั้นการกำหนดประเด็นปัญหา

คณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ” ได้ดำเนินการสืบค้นและรวบรวม เพื่อนำเสนอให้เห็นถึงสภาพปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ สำหรับประกอบการกำหนดนโยบาย ดังนี้

4.2.1 ประชุมคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น เพื่อจัดเตรียมข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพของพระสงฆ์

4.2.2 มอบหมายให้คณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น ทุกคนช่วยสืบค้น ค้นหาข้อมูลสภาพปัญหาการเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพของพระสงฆ์

4.2.3 ดำเนินการรวบรวมจัดทำเป็นเอกสารสำคัญประกอบการร่างนโยบายฯ

4. 2.4 ประชุมคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อจัดทำเอกสารสำคัญและการจัดทำร่างนโยบายฯ

4.3 ขั้นการพิจารณานโยบายสาธารณะเข้าสู่วาระ

หลังจากที่คณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ” ได้รวบรวมสภาพปัญหา จึงได้เสนอแนวคิดการจัดทำนโยบายเพื่อจัดสรรงบประมาณมาพัฒนานโยบายเพื่อนำเสนอต่อ คณะอนุกรรมการวิชาการ และ คจ.สช. ในการจัด สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.3.1 การประชุมร่วมของอนุกรรมการวิชาการและฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2555 ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 กรมอนามัย

4.3.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายของคณะอนุกรรมการวิชาการ ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555

4.3.3 จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติงบประมาณดำเนิน ภายใต้ชื่อโครงการ “จัดทำร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ

4.3.4 ประชุมคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็นและอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 1 เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรึกษาหารือการพัฒนา (ร่างแรก) ของเอกสารหลักและร่างมติ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2555 ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ ชั้น 1 อาคาร 1 กรมอนามัย

4.3.5 ประชุมคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ” วันที่ 14 สิงหาคม 2555 เวลา 09.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมกำธร สุวรรณกิจ อาคาร 1 ชั้น 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจ วางแผนดำเนินการ จัดทำรายละเอียดข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ”

4.3.6 ประชุมคณะกรรมการเฉพาะประเด็นและอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 2 เพื่อติดตามความก้าวหน้าและปรึกษาหารือการพัฒนา (ร่างแรก) ของเอกสารหลักและร่างมติ เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 ณ ห้องประชุมสานใจ 1 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

4.3.7 จัดประชุมคณะกรรมการและแกนประสานเครือข่ายเพื่อปรับปรุงร่างเอกสารและร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” วันที่ 14 กันยายน 2555 ณ ห้องประชุมสำนักส่งเสริมสุขภาพ อาคาร 7 ชั้น 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4.3.8 จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างเอกสารและร่างมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” วันที่ 24 กันยายน 2555 เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมพุทธศิริ วัดพุทธปัญญา ถนนดวงมณี ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้เครือข่ายทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ

4.3.9 ประชุมคณะกรรมการเฉพาะประเด็นและอนุกรรมการวิชาการ ครั้งที่ 3 เพื่อร่วมกันพิจารณาร่างเอกสารหลัก ร่างมติ (ร่างสอง) และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ณ ห้องประชุมสานใจ 2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

4.3.10 คณะอนุกรรมการวิชาการ และ คจ.สช. ประชุมพิจารณาร่างสอง เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2555 ก่อนส่งให้ภาคีเครือข่ายใช้เป็นเอกสารประกอบการประชุมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555

4.4 ขั้นตอนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

4.4.1 เสนอร่าง “ร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555” วันที่ 18-20 ธันวาคม 2555

4.4.2 อนุมัติ “ร่างเอกสารและข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็นพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555” วันที่ 18-20 ธันวาคม 2555

4.5 ขั้นตอนการอนุมัตินโยบายสาธารณะ

4.5.1 เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแจ้งมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ให้หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ เพื่อพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามความเห็นสมควรต่อไป

4.5.2 คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) พิจารณากำหนดวิธีการผลักดันและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 เพื่อให้บรรลุผลตามควรแก่กรณี

4.5.3 รองนายกรัฐมนตรี (นายประสพ สุรัสวดี) ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 วันที่ 18-20 ธันวาคม 2555 เสนอต่อคณะรัฐมนตรี

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การสรุปเนื้อหา การตีความ และการวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษาข้อมูลจากหลากหลายวิธีทั้งการศึกษาเอกสาร การสำรวจ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถยืนยันข้อเท็จจริงได้ นำข้อมูลวิเคราะห์และแปลความหมายอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการนำเสนอให้เห็นถึงสภาพปัจจุบันที่พระสงฆ์กำลังเผชิญอยู่อย่างรอบด้าน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ในบริบทต่างๆ รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เห็นถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวม ขอนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
2. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
3. นโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

สภาพทั่วไปของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ปัจจุบันมีพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดโดยเฉลี่ย 5-7 รูปต่อวัด ต่ำสุดประมาณ 3 รูป สูงสุดมีมากกว่า 30 รูปขึ้นไป ซึ่งรวมถึงสามเณรและแม่ชี โดยเฉพาะในวัดที่เป็นสำนักเรียนทั้งแผนกธรรมบาลี และแผนกสามัญศึกษา พระสงฆ์มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ข้ออักเสบไขว้นในเลือดสูง เป็นต้น รวมทั้งมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยเฉพาะการเดินทางซึ่งต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า สองในสามของพระสงฆ์มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและดื่มกาแฟเป็นประจำ พระสงฆ์เกือบทุกรูปฉันทยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยาชุดแก้ไข้หวัด ในขณะที่

ที่พระสงฆ์หนึ่งในสามฉันยาแก้ปวดขา และยาแก้ไอเสบ ส่วนของอาหารที่พระสงฆ์ฉันเป็นอาหารที่มีรสจัด ทั้งเผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด และเปรี้ยวจัด ดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว

สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ขอนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

1.1 การรักษาพยาบาล

เมื่อพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในลำดับต้นๆ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ ส่วนคลินิกเอกชนมีบ้างเล็กน้อย ปัญหาที่พบในด้านการไปขอรับการรักษาส่วนใหญ่เกิดจากสถานบริการมีขั้นตอนมากโดยเฉพาะโรงพยาบาล ที่ต้องให้พระรับบัตรเข้าคิวรอรักษาเหมือนกับประชาชนทั่วไป ทำให้พระสงฆ์รอรับรักษานานบางครั้งก็เสร็จเลยเที่ยงวันไปแล้วทำให้ไม่ได้ฉันทานยา รวมทั้งขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างทั่วถึง จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่พระสงฆ์บางรูปไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแทน ที่มีการให้บริการที่สะดวกรวดเร็วและมีการดูแลเป็นอย่างดี พระสงฆ์บางรูปโดยเฉพาะพระผู้ใหญ่ (พระที่มีสมณะศักดิ์หรือตำแหน่งสูงๆ) ไม่สามารถรอนานได้ ด้วยเหตุที่ต้องทำภารกิจของสงฆ์มาก บางครั้งติดกิจนิมนต์ในช่วงก่อนเพล หากรอนานไม่สามารถทำกิจนิมนต์ได้รวมทั้งจะต้องอดอาหารทั้งมือเช้าและเพล ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...คลินิก โรงพยาบาลเอกชน เขาตรวจเร็ว และก็กลับเร็ว แต่ต้องใช้เงิน เขาดูแลเอาใจใส่เวลาพระไป...”

“...วันไหนที่หมอนัดแต่ก็ติดกิจนิมนต์ด้วย ฉันต้องเลือกว่าจะไปไหนดี งานชาวบ้านก็สำคัญ ถ้าเราไม่ไปงานเขาก็เสีย ทำให้ต้องขาดนัดหมอเหมือนกัน...”

ส่วนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่สำหรับพระสงฆ์จะรัดคิวบริการให้ได้เลย ซึ่งจะรวดเร็วและสะดวกกว่ามาแต่มีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาที่ยุ่ยากขึ้นเท่านั้น แต่ก็มีไม่น้อยที่การรักษาโรคเรื้อรังบางโรคทางโรงพยาบาลโอนการรักษาไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้พระสงฆ์ได้รับความสะดวกมากขึ้น สำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่มากนักจะพบว่าพระสงฆ์มีจำนวนไม่น้อยจะซื้อหายาฉันเอง โดยเฉพาะยาชุดที่ใช้สำหรับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดขา นอกจากนี้ยังพบว่าวัดส่วนใหญ่ยังไม่มีตู้ยาและเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้นประจำวัด ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...มาหาหมอที่โรงพยาบาล บางครั้งต้องรอนานมาก ต้องเข้าคิวรอรักษา บางครั้งไม่ได้ฉันทานเลย กลัวหมอเรียกแล้วไม่เจอ ต้องกลับมาเข้าคิวใหม่...แต่ไปสถานีนอนามัยก็ดีนะ ไม่ต้องรอนาน แต่ไม่มีหมอมารตรวจ อาตมาเป็นเบาหวาน เป็นความดัน...”

1.2 การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ในปัจจุบัน หน่วยงานราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ชัดเจน ทั้งการถวายความรู้ และการส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ จะมีบ้างก็เป็นเพียงพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่อีกก็เป็นคำแนะนำในการออกกำลังกายและการฉันอาหารเท่านั้น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...บอกตรงๆ นะว่ากิจกรรมที่ รพ.สต.จะเข้าไปทำอะไรกับพระในวัด ยังไม่มีหรือมีก็น้อยมาก เพียงแต่ไปตรวจวัดเบาหวาน ความดันให้ท่านเท่านั้น...”

“...ยกเว้นว่าท่านมาตรวจที่ รพ.สต. ก็ให้คำแนะนำท่านไป เรื่องการฉันอาหาร การออกกำลังกาย การกินยารักษาโรคเรื้อรัง ...”

กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพที่พระสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกาย ด้วยการเดินบิณฑบาตในช่วงเวลาเช้า ซึ่งการเดินบิณฑบาตของพระสงฆ์ในแต่ละวันจะใช้เวลาประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ได้ระยะทางประมาณ 2-3 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น การเก็บกวาดลานวัด การทำความสะอาด ศาลา กุฏิ เป็นต้น กิจกรรมการออกกำลังกายที่พระสงฆ์ที่ไม่สามารถทำได้ในที่โล่งแจ้งหรือในที่เปิดเผย เช่น การยืดเหยียดร่างกายแบบแอโรบิก หรือการเล่นเครื่องออกกำลังกาย เมื่อออกมาออกกำลังกายในที่โล่งแจ้งจะทำให้ประชาชนเกิดการติเตียนได้ และประกอบกับพระสงฆ์เป็นผู้สูงอายุการออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...วันนั้นก็มากอยู่นะ แล้วแต่ใกล้ไกล พระบางองค์ก็ไปใกล้ๆ แยกแล้ว ส่วนพระหนุ่มๆ ก็ไปไกลหน่อย ไปกลับก็น่าจะสัก 3 กิโลเมตรนะ เดินบิณฑบาตก็ใช้เวลาพอควรเดินเร็วไม่ได้ นานเป็นชั่วโมงเหมือนกัน พอได้เหงื่อ...”

“...จะให้ออกกำลังกาย... ทำยังไง... ถ้าจะให้เดินแอโรบิกเหมือนชาวบ้านคงจะดูไม่งาม ยืดเหยียดร่างกายก็พอได้ แต่พระก็ไม่ค่อยจะว่างหรอกนะ มีงานทำทั้งวัน เก็บกวาดไปไม้บนลานวัดเข้าเย็น เป็นการออกกำลังกายได้ไหม? ...”

1.3 การป้องกันควบคุมโรค

1.3.1 การป้องกันโรค/อันตรายจากสัตว์

ในปัจจุบันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่อยู่ในวัดที่สำคัญ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า เกือบทุกวัดมีสุนัขและแมวจำนวนมาก บางวัดมีมากถึง 40 ตัว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากประชาชนในบริเวณใกล้เคียงหรือที่อื่นนำมาปล่อยเอาไว้ และเกิดจากการขยายพันธุ์ด้วยการผสมพันธุ์กันเองภายในวัด

ในขณะที่การป้องกันโรคสุนัขและแมวยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีจำนวนน้อยมากที่ได้รับ สาเหตุมาจากวัดไม่มีงบประมาณที่จะไปฉีดวัคซีนและสุนัขส่วนใหญ่จับไม่ได้ มีนิสัยดุร้าย นอกจากนี้ยังพบว่าสุนัขส่วนใหญ่มีเห็บและหมัดจำนวนมาก และป่วยเป็นโรคผิวหนัง ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ฉันบวชมาเป็นพระนะ ไม่ใช่บวชมาเลี้ยงหมา ไม่ชอบ ไม่รัก เกลียดมันก็เอามาปล่อยวัด จะให้ฉันทำยังไง เป็นภาระพระมากที่ต้องหาอาหารมาเลี้ยงมัน ...”

“...หมัด เห็บก็เยอะ ไม่รู้จะทำยังไง วัคซีนก็ฉีดได้บ้างไม่ได้บ้าง แถมยังออกลูกมาอีกเยอะเลย ลำพังพระองค์เองจะเอาเงินที่ไหนไปฉีดให้ ...”

1.3.2 การป้องกันโรคจากสัตว์ปีก

ในปัจจุบันปัญหาที่เกิดจากสัตว์ปีก เช่น ไก่ เป็ด ห่าน นก ที่เลี้ยงไว้ในวัดมีปัญหามากนักเนื่องวัดส่วนใหญ่ไม่มีการเลี้ยงสัตว์ต่างๆ เหล่านี้ไว้ในวัด หลังจากการเกิดภาวะการระบาดของโรคไข้หวัดนกที่ผ่านมามีบ้างเป็นบางวัดเท่านั้น ปัญหาที่พบในปัจจุบันเป็นปัญหาจากการสร้างความรำคาญของสัตว์ปีกบางชนิด ได้แก่ นกพิราบ นกพิราบเป็นนกที่ใช้อาคารต่างๆ เป็นแหล่งที่พักอาศัยและแพร่พันธุ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากมูลนกตามอาคารและสิ่งปลูกสร้างภายในวัดทั้งอุโบสถ ศาลา การเปรียญ วิหาร กุฏิ หอระฆัง เมรุ เป็นสาเหตุให้อาคารต่างๆ สกปรก หลังคาผุกร่อนเสียหาย ส่งกลิ่นน่าเหม็น เมื่อมูลแห้งก็จะเป็นฝุ่นฟุ้งกระจาย น้ำฝนที่รองได้จากหลังคาอาคารต่างๆ ไม่สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสัตว์เหล่านั้นก็อาจจะส่งผลกระทบต่อพระสงฆ์ สามเณร แม่ชีหรือคนที่อาศัยอยู่หรือที่มาทำกิจกรรมในวัดได้ทันที ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ปัญหาเรื่องนกพิราบ เป็นปัญหาของทุกวัด มันเกาะหมดที่ทุกหละโยม ขี้มันเยอะมากเป็นฝุ่นฟุ้ง น้ำท่าไม่สามารถรองมาใช้ได้เลย หลังคาศาลา หลังคาโบสถ์ เริ่มผุแล้วก็มี ...”

“...นี่ถ้ามีโรคไข้หวัดนกระบาดมา พระเณรคงอยู่วัดกันไม่ได้แน่ มีวิธีไหนที่จะไล่มันไปได้ไหม ...”

1.3.3 การป้องกันโรค/อันตรายจากหนู

การป้องกันโรค/อันตรายจากหนู หนูนับเป็นสัตว์ที่มีอันตรายไม่น้อยไปกว่าสัตว์นำโรคอื่นๆ ที่สำคัญคือกาฬโรค นอกจากนี้ยังสร้างความรำคาญด้วยการกัดสิ่งของเครื่องใช้ และสร้างความสกปรกให้กับที่อยู่อาศัย จากการสำรวจวัดต่างๆ ที่เป็นพื้นที่วิจัยพบว่า การป้องกันโรค/อันตรายจากหนู พระสงฆ์ยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก โดยเฉพาะในกุฏิหรือที่อยู่อาศัย การปล่อยให้กุฏิหรือที่อยู่อาศัยมีการสะสมอาหาร เศษอาหาร หรือปล่อยให้รกรุงรัง จึงเป็นสถานที่ที่เหมาะสมกับการเป็นที่อยู่อาศัยและหาอาหารของหนู จึงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าในบริเวณของวัดที่เป็นที่สะสมเศษอาหาร เช่น โรงอาหาร โรงครัว เป็นสถานที่ที่พบหนูได้จำนวนมากเช่นกัน การกำจัดหนูยังไม่พบว่ามี

ดำเนินการ ไม่ว่าจะการใช้กาวดักหนู การใช้กรงดัก หรือการวางเหยื่อล่อ แม้กระทั่งการปิดช่องทางเข้าออกของหนูตามอาคารต่างๆ ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...พระคงไม่เอากรงมาดักหนู หรือวางยาเบื่อ ที่วัดก็เคยเห็นหนูบ้างเหมือนกัน ที่วัดมีเศษอาหารเยอะก็น่าจะเป็นแหล่งอาหารของมันได้ ส่วนใหญ่เห็นในครัวบ้าง แถวๆ ถังขยะบ้าง มีหมา แมวพอช่วยไล่จับมันได้บ้าง ...”

1.3.4 การป้องกันโรคจากแมลงนำโรค

การป้องกันโรคจากแมลงนำโรค ที่สำคัญคือการป้องกันควบคุมโรคไขเลือดออก กิจกรรมการป้องกันโรควัดยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจน เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย จากการสอบถามพระสงฆ์ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเป็นเชิงตั้งคำถามว่า การใส่ทรายที่มีฟอสหรือทรายอะเบตเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นการฆ่าสัตว์หรือไม่ ถ้าเป็นการฆ่าสัตว์พระสงฆ์ก็ไม่สามารถทำได้ เพราะจะผิดธรรมเนียมของสงฆ์ จึงเป็นสาเหตุที่พระสงฆ์ไม่ทำกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายในวัด การดำเนินการส่วนใหญ่จึงเป็นบทบาทของ อสม.ในพื้นที่ที่เข้ามากำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งการใส่ทรายที่มีฟอสตามภาชนะเก็บกักน้ำต่างๆ เป็นประจำ ภาชนะที่พบเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในวัดส่วนใหญ่เป็นถังพลาสติกที่ใช้บรรจุเครื่องสังฆทาน โองน้ำ ถังน้ำในห้องส้วม ห้องน้ำ แจกันบูชาพระ และจุดเสียงที่สำคัญอีกแห่งในวัดคือ แจกันใส่ดอกไม้ที่โกฏิใส่กระดูกผู้เสียชีวิตซึ่งมีจำนวนมาก ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...เป็นปัญหามากเลยโยม เรื่องยุงทั้งตอนกลางวัน และตอนกลางคืน โดยเฉพาะช่วงหัวค่ำจะมีมากเป็นพิเศษ ...”

“...การใส่ทรายอะเบตจะผิดวินัยสงฆ์ได้นะ ถือเป็นการฆ่าสัตว์อย่างหนึ่งเหมือนกัน แล้วแต่หมอจะให้ใครมาใส่ให้ก็ได้ อสม.ก็ได้... ชาวบ้านใครก็ได้...”

“...ผมไปสำรวจแล้วที่วัด ยังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายที่สำคัญ โดยเฉพาะจุดโกฏิ เจดีย์ เก็บกระดูกผู้เสียชีวิต มีแจกันเยอะมาก และยังหล่อติดกับพื้นปูนอีก กำจัดลำบากมากครับ...”

1.4 การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์หลังการเจ็บป่วย

ในด้านการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการติดตามหรือให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลส่วนหนึ่งจากญาติพี่น้องของพระสงฆ์เอง แต่ก็ยังไม่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลเป็นไปในลักษณะของการพาไปพบแพทย์ ซื่อยามาให้หรือทำความสะอาดกุฏิที่พักอาศัย สำหรับพระสงฆ์ที่ไม่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้กับวัดจะได้รับการดูแลจากเจ้าอาวาสและพระสงฆ์ด้วยกันเองแต่เป็นการดูแลในลักษณะตามมีตามเกิด ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...เป็นธรรมดาของคนแก่ เบาหวาน ความดัน ปวดแสบปวดตา เป็นของคู่กัน เป็นมานานแล้วก็ รักษาอยู่ กินยาเป็นประจำ ...”

“...จะให้เขามานอนเฝ้าเรา เขาคงทำไม่ได้หรอก...เขาก็ทำงานทำการกัน มีครอบครัวต้องดูแล เราก็คงต้องดูแลตัวเองบ้าง ยกเว้นเป็นหนักๆ หรือต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลเขาก็มารับไป...”

“... ส่วนใหญ่ก็จะให้พระหนุ่มๆ ช่วยดูแลให้ พระในวัดส่วนใหญ่ก็สูงอายุทั้งนั้น มีโรคประจำตัว กันไม่น้อยกว่าหนึ่งโรค บางองค์ก็เดินไม่ค่อยจะได้เป็นโรคปวดขา บิดขบาตก็ไม่ได้ ก็ต้องดูแลกันไป เหมือนคนในครอบครัวนะ...”

2. การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์

2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ กิจกรรมที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้ในการพัฒนา จิตใจคือการสวดมนต์ไหว้พระที่เรียกว่า “ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น” รวมทั้งการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน การนั่งสมาธิ พระสงฆ์บางรูปมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่างกันไปแล้วแต่ละบริบทของแต่ละวัด เช่น การเดินจงกรม บางครั้งใช้วิธีกวาดลานวัด พระสงฆ์ให้เหตุผลว่า การกวาดลานวัดสามารถทำให้จิตใจสงบ ได้ เพราะในขณะที่ทำอยู่นั้นใจจะจดจ่อไว้กับสิ่งที่กำลังทำจะทำให้จิตมีสมาธิ มีสติ การดูแลสุขภาพจิตของ พระสงฆ์เป็นไปตามวัตรปฏิบัติและสอดคล้องกับคำสอนของพระพุทธเจ้า ที่ต้องการให้พระสงฆ์ทำจิตใจให้ สงบด้วยการสวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิ โดยส่วนใหญ่แล้วกิจกรรมของพระสงฆ์จะเริ่มเมื่อเวลาตีสี่ทำวัตร เช้า ตีห้าครึ่งออกบิณฑบาตถึงเจ็ดโมงเช้า เจ็ดโมงถึงแปดโมงเช้าฉันเช้า ต่อจากนั้นเก็บกวาดวิหาร ลาน เจดีย์ ห้าโมงเช้าหรือเพลฉันเพล บ่ายโมงเรียนนักธรรมบาลีจนถึงสามโมงเย็น สี่โมงเย็นทำวัตรเย็น ดั่งข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ส่วนใหญ่คนที่มาบวชก็สละแล้วเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาทางจิตใจมีน้อย จะมีบ้างก็เรื่องการ เจ็บป่วยของท่าน พระมีกิจกรรมเยอะ ไหว้พระ สวดมนต์เช้า เย็น กวาดลานวัด ก็ช่วยให้จิตใจสบายได้ มาก...”

“...บางวัดก็ยังมีปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิวิปัสสนากรรมฐาน เดินจงกรม พระบางรูปก็เป็นครูสอน นักธรรม”

2.2 การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

ในการป้องกันไม่ให้พระสงฆ์มีการเจ็บป่วยทางจิต กิจกรรมที่พบบ่อยคือ การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ซึ่งมักจะทำในช่วงเวลาทำวัตรเช้าและเย็น ที่ต่อจากการทำวัตรเย็นด้วย การนั่งสมาธิอีกประมาณ 15-30 นาที นอกจากนั้นยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่ทำให้พระสงฆ์มีสติ มีสมาธิ จิตไม่ ฟุ้งซ่าน เช่น การเก็บกวาดลานวัด ทำความสะอาดกุฏิ สิ่งแวดล้อมในวัด การเรียนหนังสือของพระบวช

ใหม่จะเรียนนวกวาท ส่วนพระบวชมานานแล้วจะเรียนนักธรรมหรือเรียนบาลี ดั่งข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...เรื่องการป้องกัน พระป้องกันตนเองอยู่แล้ว ทำเป็นประจำเรื่องการควบคุมทางจิต ส่วนใหญ่ พระก็จะนั่งสมาธิเป็นหลัก คือทำให้สงบ เรียนธรรมะบ้าง เก็บกวาดทำความสะอาดวัดบ้าง นี่แหละวิธีป้องกันของพระ...”

3. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านสังคม

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านสังคม ในปัจจุบันการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนรอบวัดหรือใกล้เคียงเริ่มมีความหากไกลกันมากขึ้น รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านสังคม มีดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้งกิจกรรมการสำรวจหรือค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ในด้านการสำรวจหรือค้นหาปัญหาสุขภาพชุมชนและประชาชนยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจน ที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมคือ การค้นหาการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพ (ซึ่งนำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลเพื่อค้นหาโรคเบาหวานเบื้องต้น)

3.2 การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ในปัจจุบันมีแผนตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีเฉพาะของสถานีนามัยที่กำหนดไว้ ในส่วนของชุมชน ประชาชน อบต.และเทศบาล ยังไม่ปรากฏการจัดทำแผนร่วมกันของทุกภาคส่วน

3.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบันมีเพียงหน่วยงานสาธารณสุขที่ดำเนินการ ได้แก่ การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งจะดำเนินการปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้ทำทุกแห่ง โรคที่คัดกรองได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคผิวหนัง ฟันผุ สายตา เป็นต้น หลังจากนั้นจะดำเนินการติดตามเฉพาะในส่วนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยให้อสม.ของหมู่บ้านเป็นผู้ติดตาม

3.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ สำหรับการประเมินผล ทางนโยบายสาธารณสุขในพื้นที่จะดำเนินการตามลำดับเพราะเป็นกิจกรรมของหน่วยงานและไม่ได้เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ สำหรับส่วนอื่นๆ จะไม่มีการดำเนินงานในส่วนนี้

3.5 การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของชุมชน ยังไม่มีกิจกรรมที่บ่งชี้ถึงการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างชัดเจน ทั้งการสำรวจภาวะสุขภาพ การวางแผนดำเนินการ การดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลเพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชนกับวัดหรือพระสงฆ์ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีท้องถิ่น เช่น การตักบาตรทำบุญ งานบวชนาคน งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น ดั่งข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ในส่วนของ อบต. ยังไม่มีกิจกรรมอะไรเป็นพิเศษครับ ที่เข้าไปดูแลสุขภาพพระสงฆ์ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นงานประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน ตรวจสุขภาพเราไม่เคยทำเลย...”

“...ในส่วนของ รพ.สต. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่เราทำอยู่ก็น่าจะเป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นปีละครั้ง เช่น ตรวจเบาหวาน ความดัน ชั่งน้ำหนัก ส่วนแผนงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ยังไม่มี...ส่วนการติดตามผู้ป่วยเรื้อรังก็ทำบ้าง...”

“...ในส่วนงานปกครองของผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ไม่มีกิจกรรมอะไรที่เป็นารดูแลสุขภาพพระสงฆ์เลยครับ...ยกเว้นว่าพระรูปไหนเจ็บป่วยก็ไปเยี่ยมกัน ส่วนใหญ่ก็เป็นพระที่มีพื้นเพเป็นคนในหมู่บ้าน...”

4. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด

4.1 อาคารสถานที่

อาคารสถานที่หรือสิ่งปลูกสร้างภายในวัด พบว่าในแต่ละวัดมีอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างจำนวนมาก กิจกรรมการดูแลในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดส่วนใหญ่เป็นการทำความสะอาด ศาลา กุฏิ อาคาร สถานที่ต่างๆ ลานวัด การตัดแต่งกิ่งไม้ ต้นไม้ สนามหญ้า เพื่อไม่ให้บริเวณวัดสกปรกรกรุงรัง ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นกิจกรรมที่พระสงฆ์จะต้องดำเนินการอยู่เป็นประจำทุกวัน บริเวณวัดมากกว่าครึ่งหนึ่งเทศอนกริตไม่มีบริเวณที่เป็นพื้นที่ลาดชันและริน ไม่มีพื้นที่น้ำท่วมขัง บริเวณโดยรอบวัดยังมีการจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ มีเศษขยะ เศษใบไม้ และมีมูลนกพิราบกระจัดกระจายทั่วไป ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ปัจจุบันวัดส่วนใหญ่ก็ยังมีการปลูกสร้างกันเยอะ แต่มีพระจำพรรษาน้อยลงทุกวัน การดูแลจะเป็นปัญหาตามมา ดูอย่างวัดนี้สิครับ.....เมื่อก่อนมีพระเยอะเลยสร้างกุฏิไว้เยอะ...แต่ตอนนี้เหลือไม่กี่รูปที่เหลือเลยปล่อยทิ้งร้าง ไม่มีคนดูแล....”

4.2 ห้องส้วม และสถานที่ถ่ายปัสสาวะ

ห้องส้วมและสถานที่ถ่ายปัสสาวะเกือบทุกวัดมีจำนวนมากและมีเพียงพอสำหรับการใช้สอยของพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี สภาพของห้องส้วมและสถานที่ถ่ายปัสสาวะส่วนใหญ่มีสภาพแข็งแรงมั่นคง ลักษณะโดยรวมเป็นส้วมราดน้ำชนิดนั่งยอง พื้นและผนังห้องน้ำห้องส้วมมีรอยคราบสกปรก มีน้ำขัง ฉะและ การระบายน้ำได้ไม่ดี การระบายอากาศไม่ดี และการชำระล้างโดยเฉพาะประตูห้อง ซึ่งเป็นห้องส้วมและสถานที่ถ่ายปัสสาวะที่ใช้ร่วมกันเป็นส่วนใหญ่เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลเป็นการเฉพาะ ส่วนห้องส้วมและสถานที่ถ่ายปัสสาวะที่อยู่ในกุฏิจะมีการดูแลเป็นอย่างดี สำหรับห้องส้วมและสถานที่ถ่ายปัสสาวะที่จัดเตรียมไว้สำหรับบริการประชาชน สภาพโดยทั่วไปมีความแข็งแรง สะอาด อากาศถ่ายเทได้ดีไม่ชื้นแฉะ ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...วัดทุกแห่งต้องมีห้องน้ำห้องส้วมเยอะครับ เพราะเวลามีงานมักจะไม่พอใช้ แต่เวลาทำความสะอาดจะให้พระท่านทำก็ไม่ถูก แต่ก็หากคนทำการเฉพาะไม่ได้ ใครมาขอใช้หรือเป็นเจ้าของงานต้องดูแล แต่พอเลิกงานทางวัดมักจะใส่กุญแจไว้...”

“...ทุกวัดมีห้องน้ำห้องส้วมให้พระ เณร ชี ใช้เหลือเฟือ แต่เวลาทำความสะอาดจะลำบาก โดยเฉพาะพระสูงอายุ ยิ่งวัดที่ไม่มีแม่ชี หรือสามเณร พระต้องทำกันเอง ก็ช่วยๆ กันไป...”

“...ส้วมก็ยังเป็นแบบนั่งยองๆ แบบชักโครกยังไม่ค่อยมี แต่ก็เห็นใจพระสูงอายุ เวลานั่งแกปวดขาปวดหัวเข่า จะเปลี่ยนก็ต้องใช้เงินพอสมควร”

4.3 โรงอาหาร / โรงครัว

โรงอาหาร / โรงครัวของวัดส่วนใหญ่จัดมีไว้สำหรับให้ประชาชนมาใช้ประกอบอาหาร เมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาหรืองานบุญต่างๆ แต่สำหรับพระสงฆ์แล้วจะไม่ใช้โรงอาหาร/โรงครัวประกอบอาหารสำหรับฉัน สภาพของโรงอาหาร / โรงครั่วมักจะปลูกสร้างรวมไว้กับศาลาไตรสิกขาหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นศาลาเอนกประสงค์ที่ใช้ได้ทุกงาน เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก มีข้าวของเครื่องใช้ที่เป็นงานครัวครบถ้วน มีสถานที่จัดเก็บ ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องครัวไว้อย่างพร้อมเพียง ส่วนเครื่องปรุงอาหารมักจะใช้เป็นครั้งๆ ไป จะไม่เก็บสะสมเอาไว้เพื่อป้องกันสัตว์กัดแทะเข้ามาทำลาย ดึงข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...พระส่วนใหญ่ไม่ใช่โรงอาหารหรอกโยม....โรงอาหารมีไว้สำหรับทำงานบุญ งานศพ หรืองานวัด ทำได้หลายที่แล้วแต่งงาน ที่ศาลาวัดก็ทำได้ ที่ศาลาเอนกประสงค์ก็ทำได้ ถ้วยชามก็ไปเอาในที่เก็บของ มีเยอะพอใช้...”

4.4 กุฏิหรือที่พักอาศัย

กุฏิหรือที่พักอาศัยของพระสงฆ์ สภาพโดยทั่วไปของกุฏิหรือที่พักอาศัยนั้นมีความแข็งแรง มั่นคง มีลักษณะเป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก ส่วนที่เป็นอาคารที่สร้างด้วยไม้ในปัจจุบันเหลือน้อยมาก มีทั้งอาคารหลังเดี่ยวและอาคารที่เป็นตึกแถว ในปัจจุบันจะสร้างเป็นห้องน้ำห้องส้วมไว้ในตัวอาคารโดยเฉพาะอาคารหลังเดี่ยว ทั้งนี้เพื่อความสะอาดสบายของพระสงฆ์ที่ผู้สูงอายุหรือที่มีการเจ็บป่วยภายในกุฏิมีแสงสว่างน้อย และอากาศถ่ายเทได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุมาจากไม่เปิดหน้าต่างเพื่อให้มีการถ่ายเทอากาศ และเพิ่มแสงสว่างในห้อง การจัดเก็บเครื่องนุ่งห่มและสิ่งของเครื่องใช้ภายในกุฏิยังขาดความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีสภาพรุงรัง มีเศษดอกไม้บูชาพระ เศษอาหาร เศษภาชนะบรรจุอาหาร ขวดบรรจุน้ำดื่ม ขวดเครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องถ้วยสังฆทาน และมีฝุ่นรูป ฝุ่นยากันยุง จำนวนมากฟุ้งกระจายทั่วห้องเกือบทุกหลังหรือทุกห้อง ดึงข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ผมคิดว่ากุฏิพระค่อนข้างไม่เป็นระเบียบนะ เก็บของไว้เยอะมาก ทึบ มีกลิ่นอับด้วย...”

“...พระจะไม่ไปล่วงเกินกันในส่วนของความป็นอยู่นะ ก็แล้วแต่ว่าจะจัดการกุฏิกันอย่างไร ฉันก็บอกให้ทำความสะอาดกันบ้าง เราต้องอยู่อาศัยกันทุกวัน ฝุ่น เศษอาหาร ระวังหนู แมงสาบ เปิดหน้าต่างบ้าง มันทึบ ให้แสงผ่านบ้าง ก็บอกเป็นประจำเวลาประชุมพระแต่ละครั้ง...”

4.5 การกำจัดขยะ

การกำจัดขยะของวัดมีหลายรูปแบบหลายวิธีการ มีทั้งการเผาในที่โล่งแจ้ง การฝังกลบ และให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปกำจัด เศษใบไม้ กิ่งไม้ หญ้าแห้ง และกระดาษมักจะใช้วิธีการเผาในที่โล่งแจ้งหรือในเตาเผาขยะที่สร้างขึ้นเองที่ลักษณะเป็นแบบเปิด โดยนำเอาวงขอบซีเมนต์ที่ใช้เป็นถังสวมมาทำเป็นเตาเผา บางวัดจะนำใบไม้และเศษหญ้าเก็บกองหรือสุมตามโคนต้นไม้เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นกับต้นไม้และเป็นปุ๋ยอินทรีย์ สำหรับการกำจัดขยะโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มักเป็นขยะที่ไม่สามารถทำลายได้ง่ายหรือเกิดจากเศษอาหาร ส่วนที่เป็นเศษอาหารที่ดีบางส่วนก็จะนำไปเลี้ยงสัตว์ที่อาศัยอยู่ในวัด ดังนั้นขยะที่เกิดจากเศษอาหารจึงไม่มีและไม่ก่อให้เกิดการบูดเน่ามีกลิ่นเหม็น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ขยะมีทุกวัน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นใบไม้แห้ง เก็บกวาดทุกวันมันก็มีทุกวัน ที่เยอะอีกอย่างก็มีถุงพลาสติกที่ใส่อาหารบิณฑบาต ทุกวันนี้ดีขึ้นไม่ต้องเผา อบต. มาเก็บให้ทุกวัน...เศษอาหารก็เลี้ยงหมาเลี้ยงแมวไป ไก่บ้าง นกบ้าง...”

4.6 การจัดหาน้ำดื่ม /น้ำใช้

น้ำดื่มและน้ำใช้ที่พระสงฆ์ใช้อุปโภคบริโภค ถ้าเป็นน้ำดื่มจะใช้น้ำบรรจุขวดเป็นส่วนใหญ่ ในปัจจุบันจะไม่นิยมนำน้ำที่เป็นน้ำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาส่วนภูมิภาค หรือน้ำประปาของวัดมาใช้ดื่ม ส่วนน้ำใช้ยังใช้น้ำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาส่วนภูมิภาค หรือน้ำประปาของวัด หรือบางวัดที่อยู่ใกล้แม่น้ำลำคลองก็นำน้ำจากแม่น้ำลำคลองมาใช้ร่วมด้วย ในด้านการบำบัดน้ำสะอาดยังพบว่า น้ำประปาของวัดและน้ำประปาของหมู่บ้านยังไม่มีระบบการบำบัดให้เป็นน้ำสะอาดด้วยคลอรีน ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...วัดใช้น้ำประปาแล้ว แต่ก่อนลำบากใช้น้ำคลอง น้ำสระ บางปีแล้งพระลำบากมาก น้ำประปากี่เอามาใช้นะ ไม่ดื่ม แต่ถ้าเป็นน้ำดื่มเดี๋ยวนี้ดื่มน้ำขวดหรือน้ำถังเป็นส่วนใหญ่ ได้จากบิณฑบาตบ้าง ญาติโยมเอามาถวายบ้าง ...”

4.7 การป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า

การป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า จากการสำรวจพบว่า เกือบทุกวัดมีอุปกรณ์ป้องกันไฟฟ้ารั่ววงจร แต่มีไม่ครบทุกอาคาร ส่วนใหญ่จะติดตั้งตามอาคารขนาดใหญ่ เช่น ศาลาการเปรียญ วิหาร และกุฏิหรือที่พักอาศัย แต่ที่น่าสังเกตอาคารที่มีการก่อสร้างขึ้นมาใหม่จะมีการติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันไฟฟ้ารั่ววงจรด้วยเสมอ ส่วนอาคารเก่าที่สร้างมานานถึงแม้ว่ามีระบบการป้องกันไฟฟ้ารั่ววงจรอยู่บ้าง แต่ก็ยังเป็นอุปกรณ์ที่เก่า ชำรุด และล้าสมัย หากเกิดไฟฟ้ารั่ววงจรอาจจะไม่สามารถป้องกันได้ ส่วนของสภาพสายไฟฟ้า ส่วนใหญ่อยู่ในสภาพดี พบบ้างเล็กน้อยที่สายไฟฟ้าชำรุดเปลือกนอกแห้งกรอบและแตก สาเหตุจากการใช้งานมานานมากกว่า 20 ปี สำหรับปลั๊กไฟฟ้าเป็นรุ่นเก่าแบบสองรู ไม่มีแบบ

สามารุที่มีสายดินร่วมด้วยชำรุด เพื่อป้องกันไฟฟ้ารั่วไหล อุปกรณ์ไฟฟ้าไม่มีระบบการต่อสายดิน เช่น ตู้เย็น เครื่องซักผ้า เครื่องทำน้ำเย็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าวัดเกือบทั้งหมดไม่มีอุปกรณ์ดับเพลิง เช่น ถังน้ำยาเคมี อุปกรณ์ประปาสำหรับดับเพลิง เป็นต้น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ตอนนี้วัดก็พยายามแก้ไขนะ อยากให้มันปลอดภัย เครื่องตัดไฟก็มีอยู่ที่ศาลาใหญ่ กุฏิก็มีไฟตัดไฟ ส่วนสายไฟ มันเก่าจริงๆ เปลี่ยนใหม่คงต้องใช้เงินเยอะ ต้องค่อยๆ ทำไป เอาที่สำคัญก่อน...”

“...วัดไม่ได้เตรียมถังดับเพลิง หรืออุปกรณ์อื่นๆ อย่างดีก็สายยาง....เครื่องใช้ไฟฟ้าไม่ได้ต่อสายดิน พอญาติโยมซื้อมาถวายก็เปิดใช้กันเลย ไม่รู้ว่าจะต้องมีสายดิน....”

4.8 น้ำเสีย น้ำทิ้ง

ในส่วนของการกำจัดน้ำเสียหรือน้ำทิ้งจากการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในวัด เช่น น้ำจากการล้างถ้วยชาม น้ำจากการซักล้าง น้ำจากการอาบน้ำ ส่วนใหญ่จะระบายไปตามท่อน้ำทิ้งของวัดให้ไหลลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติ และบางส่วนปล่อยลงพื้นดินให้แห้งไปตามธรรมชาติ จึงไม่มีพื้นที่ชั้นและที่เกิดจากน้ำเสียหรือน้ำทิ้งภายในวัด ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...มีสองอย่าง คือ ปล่อยทิ้งลงคลองหรือลงท่อระบายของเทศบาล กับสาดทิ้งบนพื้นแล้วปล่อยให้แห้งไป ...”

5. ด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

5.1 การตรวจสุขภาพประจำปี

พระสงฆ์ สามเณรที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างถูกต้องเหมาะสมตามวัย และตามเกณฑ์การตรวจสุขภาพที่หน่วยงานสาธารณสุขกำหนด หน่วยงานด้านสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีกิจกรรมหรือแผนงานที่จะดำเนินการในเรื่องนี้อย่างชัดเจน การตรวจสุขภาพส่วนใหญ่จะตรวจตามเหตุปัจจัยที่เจ็บป่วยมากกว่า เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดระดับน้ำตาลในเลือด วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เป็นต้น ดังนั้นพระสงฆ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะพบอาการของโรคในขั้นที่มีความรุนแรงสูง และสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...หมอที่ รพ.สต. มาตรวจให้ทุกปี ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน เจาะเบาหวาน บางทีไปโรงพยาบาลตอนไปรับยา เขาก็ตรวจให้...”

5.2 การดูแลรักษาพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

เมื่อพระสงฆ์เจ็บป่วยพระสงฆ์จะดูแลตนเองก่อนด้วยการหาซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำในชุมชนมาฉินเอง หากไม่ทุเลาลงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ทำการตรวจรักษา เมื่อไม่ได้รับความสะดวกหรือสถานบริการสาธารณสุขให้บริการไม่ดี ไม่ถูกใจพระสงฆ์จะหันไปใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแพทย์เอกชนแทน

ในด้านของการฟื้นฟูสภาพพระสงฆ์หลังการเจ็บป่วยทางวัดไม่ได้มีกิจกรรมอะไรมากนัก หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งไม่ทราบว่ามีกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพของพระสงฆ์หลังจากการเจ็บป่วยหรือในขณะที่เจ็บป่วยจะต้องทำอะไรบ้าง ไม่มีทะเบียนพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยทั้งเป็นรายบุคคลและรายวัด ทำให้พระสงฆ์ต้องขาดนัดและติดตามการรักษาจากแพทย์หรือการกินยาที่ต่อเนื่องในโรคเรื้อรังบางโรคไป ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ยาชุดก็เคยฉีดยานี้ก็มีบ้าง บางทีก็ฝากเขาซื้อ บางทีก็ให้ลูกซื้อมาให้ ก็ได้ผลนะ โดยเฉพาะแก้ปวดขา แก้หวัด เวลามีน้ำมูกได้ผลดี...”

5.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

อาหารที่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ได้มาจากการบิณฑบาตในช่วงเช้าของทุกวัน อาหารที่ใส่บาตรส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นบ้านที่ประชาชนทำไว้รับประทานอยู่แล้วและนำมาใส่บาตรส่วนหนึ่งที่มีทั้งอาหารคาว อาหารหวาน และน้ำดื่ม อาหารคาวที่นำมาใส่บาตรมักมีส่วนประกอบของแป้ง กะทิ และน้ำตาล และไขมันสูง นอกจากอาหารที่ปรุงจากครัวของชาวบ้านแล้ว อาหารส่วนหนึ่งจะถูกซื้อมาจากตลาดเพื่อนำมาใส่บาตรตอนเช้า อาหารบางชนิดถูกปล่อยให้ทิ้งไว้ค้างคืน จึงเป็นความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้หากอาหารมีการบูดเน่าเสีย การทำให้อาหารปลอดภัยก่อนนำมาฉันมักจะใช้การอุ่นด้วยการนึ่ง มักจะทำตอนมือกลางวัน แต่ปัจจุบันการเก็บถนอมอาหารมักจะเก็บไว้ในตู้เย็น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ทุกวันนี้หากคนใส่บาตรในหมู่บ้านเรายากขึ้นทุกที ต้องไปบิณฑบาตถึงในตลาดก็มี...ชาวบ้านส่วนใหญ่ซื้อข้าวถุงใส่บาตร แกงหมู แกงกะทิ เป็นส่วนใหญ่ ขนบกก็ซ้าเติมๆ หวานมาก...”

“...กับข้าวทิ้งไว้ถึงเย็นบูดเลย สงสัยเขาทำไว้นานแล้วกว่าจะออกมาขาย พระฉันจึงต้องระวัง ... บางทีก็อุ่น บางทีรีบก็ไม่ได้อุ่น โดยเฉพาะฉีดยานี้ แต่เก็บในตู้เย็นยังไม่น่าจะเสีย...”

5.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม

ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีแผนงานส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในวัดที่ชัดเจน การออกกำลังกายของพระสงฆ์ส่วนใหญ่มาจากการเดินบิณฑบาตในช่วงเช้าของทุกวัน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง ในระยะทางประมาณ 2-3 กิโลเมตร การเก็บกวาดใบไม้ การทำความสะอาดลานวัด ศาลา พระสงฆ์ยังคิดว่ากิจกรรมแบบนี้เป็นการออกกำลังกายได้เหมือนกันซึ่งทำเป็นประจำทุกวันอยู่แล้ว ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...นี่ๆ ไปพระก็อยากเตะบอลให้ได้เหมือนกับญาติโยมนะ พระจะได้ออกกำลังกาย แต่มันทำยาก อาศัยทำอะไรก็ได้ที่มันได้เคลื่อนไหวร่างกาย...”

5.5 ปัจจัยปฐมพยาบาล

ปัจจัยด้านการปฐมพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่วัดควรมีโดยเฉพาะการจัดหาษาที่จำเป็นและเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้วยเหตุพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว วัดจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดให้มีตู้ยาประจำวัดและจัดหายาสามัญประจำบ้าน และเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้พร้อมเพียง จากการสำรวจพบว่าวัดมียาสามัญประจำบ้านแต่ไม่มีเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยาสามัญประจำบ้านส่วนใหญ่ได้จากการถวายมาพร้อมเครื่องสังฆทาน และมักจะพบยาหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพแล้ว ส่วนใหญ่วัดไม่มีตู้ยาของวัดที่ชัดเจน แต่พระสงฆ์เกือบทุกรูปมียาสามัญประจำบ้าน ไว้ใช้ตามความจำเป็น ดังข้อความบางตอนจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

“...ที่วัดยามียะอะ ปี่ๆ มีคนเอามาถวายกันมาก แต่ก็ไม่รู้ว่าหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพแล้วหรือยัง ส่วนใหญ่มากับถังสังฆทาน...พระทุกองค์จะมียาอยู่ในกุฏิ ตู้ยาที่วัดมักจะไม่มี ยากินของใครของมัน...”

“...ดีมากเลยถ้า รพ.สต.จะเอายามาให้ หรือมาทำตู้ยาให้ จะได้มีการควบคุมยาหมดอายุ ยาเสื่อมคุณภาพได้ด้วย...ยาก็น่าจะดีกว่าที่ใส่มาในถังสังฆทาน...”

สรุปสภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

1. พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดโดยเฉลี่ย 5-7 รูปต่อวัด มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน
2. สองในสามของพระสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและดื่มกาแฟเป็นประจำ
3. พระสงฆ์เกือบทุกรูปฉันทยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยาชุดแก้ไข้หวัด
4. พระสงฆ์หนึ่งในสามฉันทยาแก้ปวด ยาแก้ท้องเสีย และยาแก้โรคแผลในกระเพาะอาหาร
5. อาหารที่พระสงฆ์ฉันทเป็นอาหารที่มีรสจัดทั้งเผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด และเปรี้ยวจัด
6. การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

6.1 เมื่อพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในลำดับต้นๆ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ

6.2 การรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน มีสาเหตุมาจากการรอรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐนานๆ และมีกิจกรรมรวมทั้งการรอนานจะไม่ได้ฉันททั้งอาหารเช้าและเพล

6.3 การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ชัดเจน กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายด้วยการเดิน ปั่นจักรยานในช่วงเวลาเช้า ประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และกิจกรรมการเก็บกวาดลานวัด การทำความสะอาด ศาลา กุฏิ เป็นต้น

6.4 การป้องกันควบคุมโรค

6.4.1 ในแต่ละวัดมีสุนัขและแมวจำนวนมาก บางวัดมีมากถึง 40 ตัว และไม่มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมวเหล่านั้น

6.4.2 การป้องกันโรคจากสัตว์ปีก พบปัญหาจากมูลนกพิราบจำนวนมาก

6.4.3 การป้องกันโรค/อันตรายจากหนูพระสงฆ์ยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก โดยเฉพาะในกุฏิหรือที่อยู่อาศัย การปล่อยให้กุฏิหรือที่อยู่อาศัยมีการสะสมอาหาร เศษอาหาร หรือปล่อยให้รกรุงรัง

6.4.4 การป้องกันโรคจากแมลงนำโรค วัดและพระสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายและยังพบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมากในวัด

6.5 การฟื้นฟูสภาพพระสงฆ์หลังการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการติดตามเยี่ยมหรือให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง

7. การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ทั้งด้านการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้การสวดมนต์ ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน นั่งสมาธิ และการทำความสะอาดบริเวณวัด

8. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์เชิงสังคม ชุมชนยังไม่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างชัดเจน ทั้งการสำรวจภาวะสุขภาพ การวางแผนดำเนินการ การดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลเพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชนกับวัดหรือพระสงฆ์ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนา และประเพณีท้องถิ่น เช่น การตักบาตรทำบุญ งานบวชงาน งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น

9. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด

9.1 อาคารสถานที่ สภาพของบริเวณวัดมากกว่าครึ่งหนึ่งเทคอนกรีต ไม่มีบริเวณที่เป็นพื้นที่ลาดชัน ไม่มีพื้นที่น้ำท่วมขัง บริเวณโดยรอบวัดยังมีการจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ มีเศษขยะเศษใบไม้ และมูลนกพิราบกระจัดกระจายทั่วไป

9.2 ห้องส้วม และสถานที่ถ่ายปัสสาวะของวัด มีจำนวนมากพอสำหรับการใช้สอย มีสภาพแข็งแรง มั่นคง ลักษณะโดยรวมเป็นส้วมราดน้ำชนิดนั่งยอง มีคราบสกปรกที่เกิดจากขาดการทำความสะอาดมานาน

9.3 โรงอาหาร / โรงครัวของวัดส่วนใหญ่จัดมีไว้สำหรับให้ประชาชนมาใช้ประกอบอาหารเมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาหรืองานบุญต่างๆ

9.4 กุฏิหรือที่พักอาศัยของพระสงฆ์ สภาพโดยทั่วไปของกุฏิหรือที่พักอาศัยนั้นมีความแข็งแรงมั่นคง มีแสงสว่างน้อย และอากาศถ่ายเทได้ค่อนข้างน้อย การจัดเก็บเครื่องนุ่งห่มและสิ่งของเครื่องใช้ภายในกุฏิยังขาดความเป็นระเบียบ รกรุงรัง พบได้มาก ได้แก่ เศษดอกไม้บูชาพระ เศษอาหาร เศษภาชนะบรรจุอาหาร ขวดบรรจุน้ำดื่ม เครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องถ้วยสังฆทาน และที่สำคัญคือทุกกุฏิหรือที่พักอาศัยจะมีฝุ่นรูป ฝุ่นยากันยุง จำนวนมากฟุ้งกระจายทั่วห้อง

9.5 การกำจัดขยะของวัด มีหลายรูปแบบหลายวิธีการ มีทั้งการเผาในที่โล่งแจ้ง การฝังกลบ และให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง อบต. และเทศบาลนำไปกำจัด

9.6 การจัดหาน้ำดื่ม / น้ำใช้ที่พระสงฆ์ใช้อุปโภคบริโภค ถ้าเป็นน้ำดื่มจะใช้น้ำบรรจุขวดเป็นส่วนใหญ่ สำหรับน้ำใช้วัดจะใช้น้ำบาดาล นำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาส่วนภูมิภาค หรือน้ำประปาของวัด

9.7 การป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า วัดส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ป้องกันไฟฟ้ารั่ววงจร แต่ไม่มีครบทุกอาคาร แต่ก็เป็นอุปกรณ์ที่ล้ำสมัย เก่ามาก บางแห่งมีการชำรุด

9.8 น้ำเสีย น้ำทิ้ง ส่วนใหญ่จะระบายไปตามท่อน้ำทิ้งของวัดให้ไหลลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติ และบางส่วนปล่อยลงพื้นดินให้แห้งไปตามธรรมชาติ จึงไม่มีพื้นที่ขุ่นและที่เกิดจากน้ำเสียหรือน้ำทิ้งภายในวัด

10. การตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์ทุกวัดยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัย และตามเกณฑ์การตรวจสุขภาพที่หน่วยงานสาธารณสุขกำหนด

11. การดูแลรักษาพระสงฆ์/สามเณร/แม่ชี ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อมีการเจ็บป่วยพระสงฆ์จะดูแลตนเองก่อนด้วยการหาซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำในชุมชนมาฉินเอง หากไม่ทุเลาลงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ทำการตรวจรักษา

12. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อาหารที่พระสงฆ์ฉินส่วนใหญ่ได้มาจากการบิณฑบาตในช่วงเช้าของทุกวัน อาหารคาวที่นำมาใส่บาตรมักมีส่วนประกอบของแป้ง กะทิ และน้ำตาล เช่น แกงหมูเทโพ แกงไก่หน่อไม้ดอง แกงมันมันไก่ แกงเขียวหวาน และต้มข้าวไก่ ส่วนอาหารหวานได้แก่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ลอดช่องน้ำกะทิ ขนมชั้น ขนมต้ม นอกจากอาหารคาวและอาหารหวานแล้ว ส่วนหนึ่งอาหารจะถูกซื้อมาจากตลาด อาหารบางชนิดถูกปล่อยให้ทิ้งไว้ค้างคืน การนำมาอุ่นจะใช้วิธีการนึ่งหรือใส่ปากหม้อข้าว สำหรับผลไม้จะเป็นผลไม้ตามฤดูกาล เช่น เงาะ ทุเรียน ลำไย ส้ม องุ่น เป็นต้น

13. พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การออกกำลังกายของพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการเดินบิณฑบาตในช่วงเวลาเช้าของทุกวันและกิจกรรมการดูแลความสะอาดบริเวณวัด

14. ปัจจัยปฐมพยาบาล วัดมียาสามัญประจำบ้านแต่ไม่มีเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยาสามัญประจำบ้านส่วนใหญ่ได้จากการถวายมาพร้อมเครื่องสังฆทาน และมักจะพบยาหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพแล้ว ส่วนใหญ่วัดไม่มีตู้ยาของวัดที่ชัดเจน แต่พระสงฆ์เกือบทุกรูปมียาสามัญประจำบ้าน ไว้ใช้ตามความจำเป็น

15. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ยังไม่พบการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน เป็นการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานแยกเป็นส่วนๆ และมีกิจกรรมแตกต่างกันไปแต่ละหน่วยงาน ทั้งการสำรวจค้นหาปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ การวางแผนดำเนินการ และการประเมินผลในการดำเนินงานร่วมกัน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

ในขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อคืนข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้รับทราบสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2554 ณ ห้องประชุมวัดพระพุทธบาทราชวรมหาวิหาร จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยมีดังนี้

2.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีดังนี้

2.1.1 ส่งเสริมให้วัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นการดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยเฉพาะองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

2.1.2 กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการจัดบริการสุขภาพให้พระสงฆ์ได้รับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วตามสิทธิที่พึงจะได้ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

2.1.3 จัดทำตุ๋ยาประจำวัด เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกวิธีและปลอดภัย

2.1.4 ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี ปีละ 1-2 ครั้ง และจัดทำทะเบียนพระสงฆ์ทุกรูป และพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยเป็นรายวัด จำแนกการเจ็บป่วย การรักษา ความพิการ การติดตาม การฟื้นฟู และมีการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานให้ชัดเจน

2.1.5 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยงภายในวัดทุกตัว เช่น สุนัข แมว ลิง ส่วนสัตว์ปีกทุกชนิดที่วัดเลี้ยงไว้จะต้องเลี้ยงในกรง

2.1.6 มีคณะกรรมการแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุข มีกิจกรรมเยี่ยมพระสงฆ์ที่ป่วยหรือมีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมไม่ให้พระสงฆ์บริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด ชา กาแฟ อาหารที่มีรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง แอวกะทิ ขนมหวานจัด โดยหันมาเลือกฉันอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีกากใย ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว พักผ่อนด้วยการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

2.1.7 การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด โดยการนำรายได้ของวัด รายได้จาก การทอดผ้าป่าหรือทอดกฐินประจำปี รายได้จากการบริจาคของประชาชนมาจัดตั้งเป็นกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้คณะกรรมการชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ

2.1.8 พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.พระ) เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดเบื้องต้น และเชื่อมต่อประสานการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2.1.9 มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด โดยจัดให้มี อสม.ของหมู่บ้านรับผิดชอบ ร่วมกับทางวัดในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.1.10 การดำเนินการวัด 5 ส. เพื่อส่งเสริมให้วัดมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัยหรือกุฏิสะอาด เป็นระเบียบ มีถังน้ำยาดับเพลิง มีถังรองรับขยะเพียงพอ มีห้องน้ำห้องส้วมเพียงพอและถูกสุขลักษณะ บริเวณวัด ถนน จะต้องไม่มีพื้นผิวไม่ขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ มีน้ำขัง หากเทคอนกรีต จะต้องไม่ลื่นหรือมีความลาดชันมาก และมีแสงสว่างในยามค่ำคืน มีการตัดแต่งสนามหญ้าหรือต้นไม้เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสัตว์นำโรคและสัตว์มีพิษ และมีการกำจัดน้ำเสียที่ถูกสุขลักษณะ

2.1.11 การมีส่วนร่วมของวัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงาน

2.1.12 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนงานหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การยืดเหยียดร่างกาย การเก็บกวาดลานวัด เก็บกวาดใบไม้ การทำความสะอาดบริเวณวัด อย่างน้อยวันละ 30 นาที - 1 ชั่วโมง เป็นประจำทุกวัน

2.1.13 การพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยผลักดันให้นำแผนยุทธศาสตร์วัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติขยายผลให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างครบวงจร

จากประเด็น การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้ง 13 ประเด็น นำมาจัดกลุ่มของหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลและสถานอนามัย) ต้องดำเนินการดังนี้

1.1 ตรวจคัดกรองโรคหรือการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

1.2 จัดทำทะเบียนประวัติการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ให้ครอบคลุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง ความพิการ และสุขภาพจิต

1.3 จัดช่องทางด่วนสำหรับการตรวจและรักษาให้แก่พระสงฆ์ในโรงพยาบาลและสถานอนามัยทุกแห่ง

1.4 มีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.5 จัดหาษาที่จำเป็นไปประจำที่ตู้ยาของวัด

1.6 พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด หรือพระ อสม.

1.7 จัดให้มี อสม. ในพื้นที่ 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ

1.8 ส่งเสริมการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม

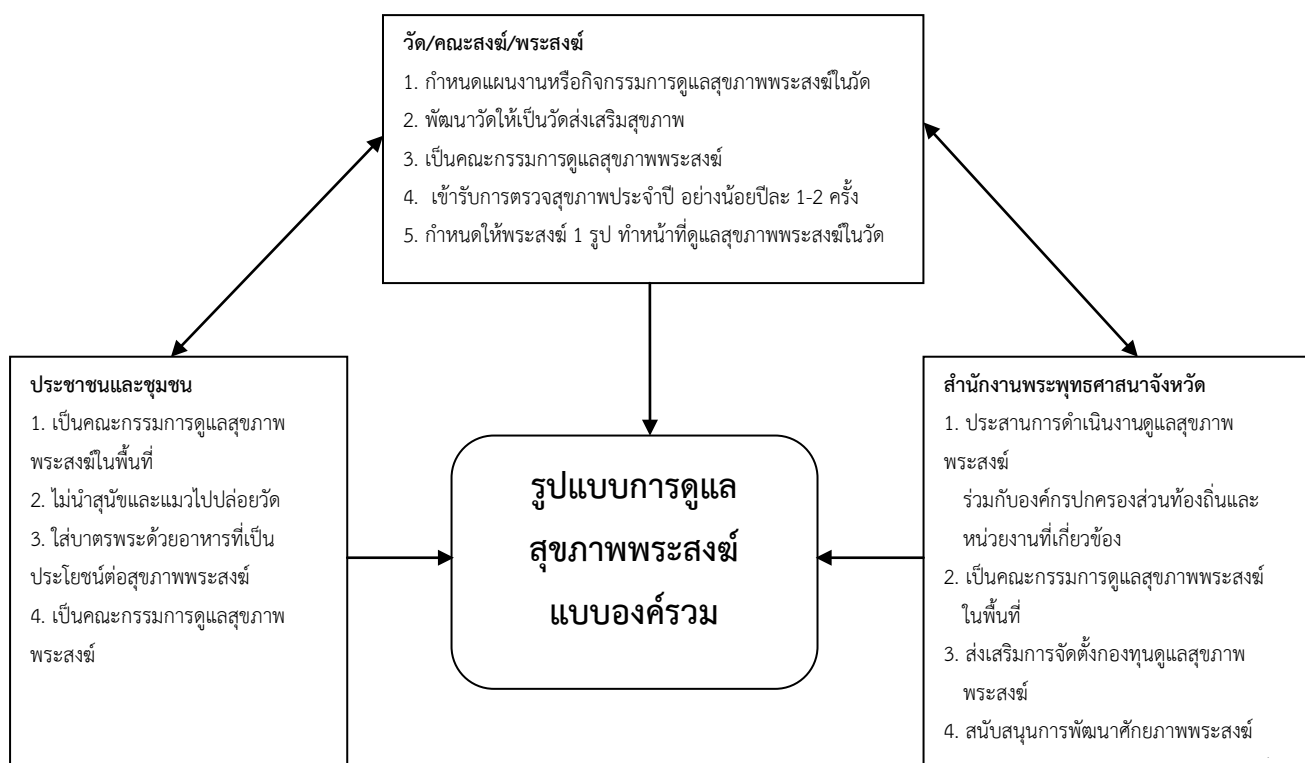
2. สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ต้องดำเนินการดังนี้

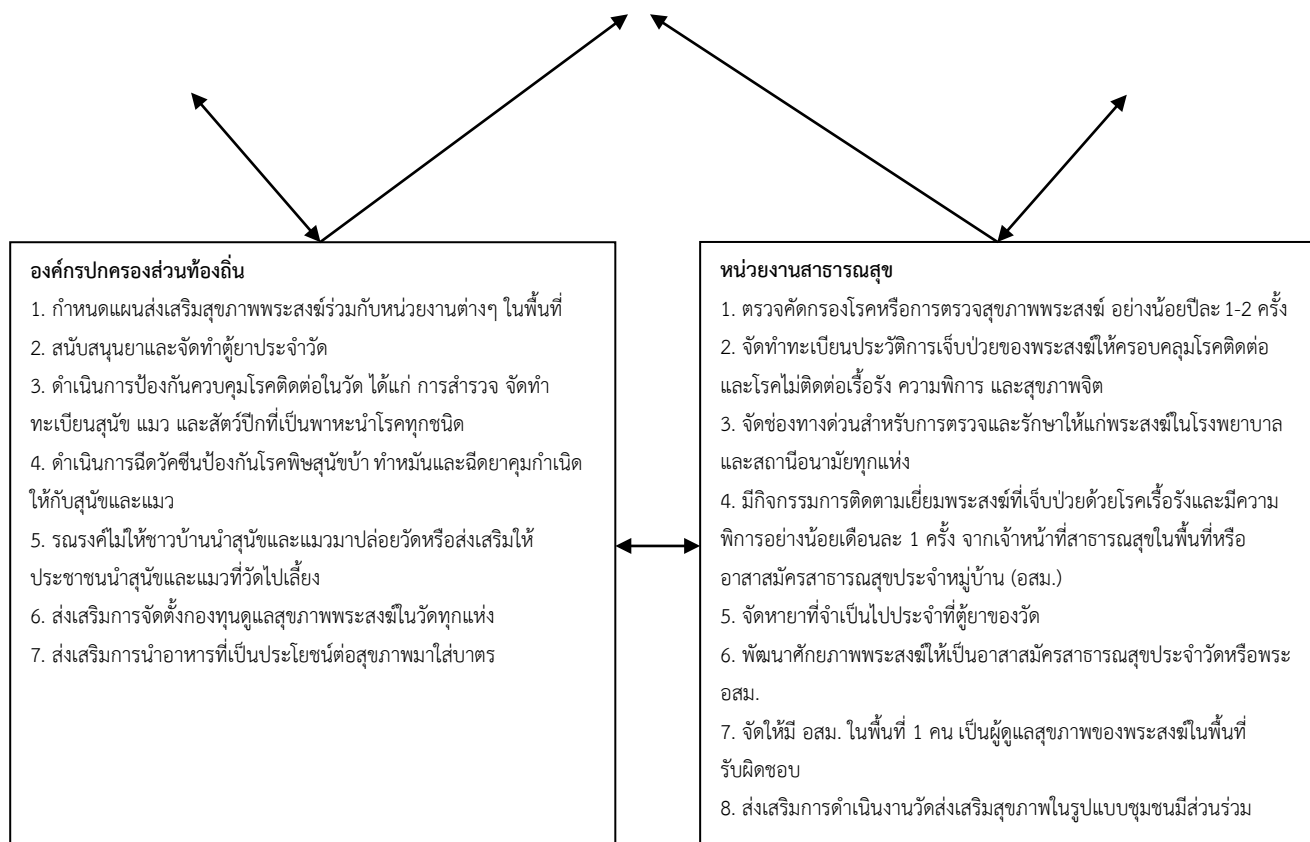
2.1 กำหนดแผนงานหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ

2.2 จัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี

- 2.3 คณะสงฆ์ส่งเสริมให้วัดทุกวัดเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4 สร้างการมีส่วนร่วมของ วัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- 2.5 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกแห่ง
3. วัด/คณะสงฆ์/พระสงฆ์ ต้องดำเนินการดังนี้
 - 3.1 กำหนดแผนงานหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด
 - 3.2 พัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.3 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
 - 3.4 เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
 - 3.5 กำหนดให้พระสงฆ์ 1 รูป ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด
4. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการดังนี้
 - 4.1 กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่
 - 4.2 สนับสนุนยาและจัดทำตู้ยาประจำวัด
 - 4.3 ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในวัด ได้แก่ การสำรวจ จัดทำทะเบียนสุนัข แมว และสัตว์ปีกที่เป็นพาหะนำโรคทุกชนิด
 - 4.4 ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทำหมันและฉีดยาคุมกำเนิดให้กับสุนัขและแมว
 - 4.5 ณรงค์ไม่ให้ชาวบ้านนำสุนัขและแมวมาปล่อยวัดหรือส่งเสริมให้ประชาชนนำสุนัขและแมวที่วัดไปเลี้ยง
 - 4.6 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกแห่ง
 - 4.7 ส่งเสริมการนำอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาใส่บาตร
5. ประชาชนและชุมชน ต้องดำเนินการดังนี้
 - 5.1 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่
 - 5.2 ไม่นำสุนัขและแมวไปปล่อยวัด
 - 5.3 ใส่บาตรพระด้วยอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพพระสงฆ์
 - 5.4 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี





ภาพ 4.1 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม

2.2 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม

ตาราง 1 ระดับ มุมมอง จุดหมายปลายทาง เป้าประสงค์ และกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์
ประชาชน	เชิงคุณค่า	วัดมีแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม	วัดมีแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง
		พระสงฆ์ตระหนักรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง	พระสงฆ์สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพได้ด้วยตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพอย่างที่ดี เสริมสร้างศักยภาพพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
		พระสงฆ์มีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	พระสงฆ์สามารถเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในวัด สร้างแกนนำพระสงฆ์เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในวัด
ภาคี	เชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแกนหลักในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาท เป็นแกนหลักในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน สนับสนุนเครือข่ายในชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และการจัดการทรัพยากร สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์
		องค์กรภาคเอกชน/ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่	องค์กรภาคเอกชน/ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงานและทรัพยากร	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ระหว่างองค์กรเอกชนและเครือข่ายภาคประชาสังคม
		หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการบูรณาการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน	หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนเครือข่ายในชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
		พระสงฆ์/คณะสงฆ์มีบทบาท เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด	พระสงฆ์/คณะสงฆ์มีบทบาท เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนงาน/กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพทุกระดับ

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์
กระบวนการ	เชิงบริหารจัดการ	มีพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้	มีนวัตกรรมและองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สอดคล้องตามหลักพระธรรมวินัย	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สร้างและพัฒนามาตรฐาน คู่มือ แนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่สอดคล้องตามหลักพระธรรมวินัย
		มีการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	พระสงฆ์มีความรู้และทักษะสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาพระสงฆ์แกนนำด้านสุขภาพในวัด (พระ อสม.)
		มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	มีระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จัดทำแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

			โดยชุมชนมีส่วนร่วม	
--	--	--	--------------------	--

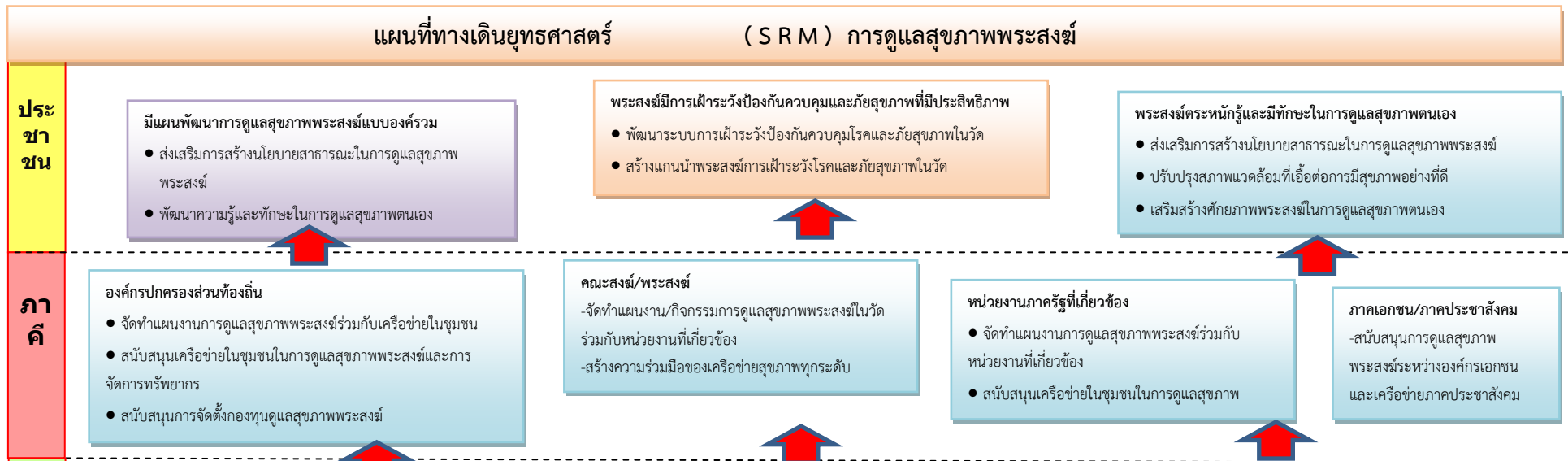
ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์
		กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	มีการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประสานความร่วมมือการจัดการแบบบูรณาการ	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ส่งเสริมการจัดทำแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด จัดระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว และครอบคลุมทั่วถึง
พื้นฐาน	เชิงการเรียนรู้และพัฒนา	ข้อมูลสถานะสุขภาพภาพมีคุณภาพครอบคลุมถูกต้องเชื่อมโยงและเป็นปัจจุบัน	มีข้อมูลสารสนเทศที่ครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วนเชื่อมโยง และเป็นปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาพระสงฆ์/คณะสงฆ์/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความสามารถ ด้านการจัดการข้อมูลและระบบสารสนเทศ พัฒนาฐานข้อมูลให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุมและเป็นปัจจุบัน

		พระสงฆ์มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ	พระสงฆ์มีสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่พระแกนนำสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาสมรรถนะพระสงฆ์แกนนำสุขภาพในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สร้างเสริม ความรู้ ประสบการณ์ และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม
--	--	---	---	---

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับ	มุมมอง	จุดหมายปลายทาง	เป้าประสงค์	กลยุทธ์
		วัดและชุมชน มีความพร้อมในการสนับสนุนทรัพยากรการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	วัดและชุมชน มีทรัพยากรการเพียงพอในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์



ภาพ 4.2 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์

2.3 โครงการพัฒนาแนวทางและการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

หลักการและเหตุผล

การที่พระสงฆ์จะต้องแยกตัวออก เพื่ออยู่แบบโดดเดี่ยวของพระสงฆ์ย่อมเกิดความเสียหายหลายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ เพราะพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พระสงฆ์เกือบ 1 ใน 5 เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ (จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. 2550 : 20-47, เตชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร และโฆสิต แพงสร้อย. 2553 : 478-482) คุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 57.23 (ภัทรพล ตันเสถียร. 2550 : 37-82) สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญ และสภาพความเป็นอยู่ตั้งแต่ อาคารสถานที่ บริเวณโดยรอบวัด ห้องส้วม ที่ถ่ายปัสสาวะ สถานที่จัดเก็บอาหาร การกำจัดน้ำเสีย การกำจัดขยะ กุฎีหรือที่พักอาศัย การจัดหาน้ำดื่ม/น้ำใช้ การจัดตั้งอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า การป้องกันโรคจากสัตว์เลี้ยงในวัด การป้องกันโรคจากแมลงนำโรค ล้วนแต่เป็นปัญหาและสาเหตุของคุณภาพชีวิตที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยตามมา (เตชา บัวเทศ จีรวรรณ ชงจังหวัง และธัญญา หอมจันทร์, 2555)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีนโยบายสนับสนุนวัดทั่วประเทศกว่า 34,000 แห่ง จัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัด เพื่อให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุ สามเณร เป็นการเฉพาะ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ โดยสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการดูแลสุขภาพสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด (วัดพระธรรมกาย. 2551 : 1) ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (อาภาพร เอี่ยมอยู่แท้ . 2550 : 1-6) และที่สำคัญต้องผสมผสานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามพุทธวิธีแบบองค์รวม ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ ในมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และ สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม และ วัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ไทย (ศศิธร เขมาภิรรัตน์. 2549 : 5-52) จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดทำโครงการนี้ขึ้น

ชื่อโครงการ: โครงการพัฒนาแนวทางและการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ระยะเวลาดำเนินการ: ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2556 รวม 12 เดือน

ผู้รับผิดชอบโครงการ: คณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี

สาระสำคัญของโครงการ (Narrative Summary)	เครื่องชี้ความสำเร็จ (Objective measurable Verifiable Indicators)	วิธีการตรวจสอบและ ประเมินผลความสำเร็จ (Means of verifications)	เงื่อนไขความสำเร็จ (Important Assumptions)
<p>จุดมุ่งหมายของแผนงาน (Program Goal)</p> <p>พระสงฆ์มีสุขภาพดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ</p>	<p>1. มีแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เหมาะสม</p> <p>2. ร้อยละ 90 พระสงฆ์ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคและภัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในวัด</p>	<p>1. แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>2. รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์</p>	<p>1. การดำเนินกิจกรรมต้องไม่ขัดหลักปฏิบัติตามพระธรรมวินัย</p> <p>2. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานร่วมกับพระสงฆ์/คณะสงฆ์</p>
<p>วัตถุประสงค์ของโครงการ (Project Purpose)</p> <p>เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์</p>	<p>ร้อยละ 80 ของวัดในพื้นที่ผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เหมาะสม</p>	<p>1. รายงานการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ</p> <p>2. รายงานการประเมินผลการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p>	<p>1. การดำเนินกิจกรรมต้องไม่ขัดหลักปฏิบัติตามพระธรรมวินัย</p> <p>2. หน่วยงานต่างๆ ที่</p>

			เกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานร่วมกับพระสงฆ์/คณะสงฆ์
--	--	--	--

สาระสำคัญของโครงการ (Narrative Summary)	เครื่องชี้ความสำเร็จ (Objective measurable Verifiable Indicators)	วิธีการตรวจสอบและประเมินผลความสำเร็จ (Means of verifications)	เงื่อนไขความสำเร็จ (Important Assumptions)
ผลงาน/ผลผลิตของโครงการ (Outputs) 1. อาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบวัดมีความปลอดภัย 2. ห้องส้วม และที่ถ่ายปัสสาวะถูกสุขลักษณะ 3. สถานที่จัดเก็บอาหารถูกสุขลักษณะ 4. มีการกำจัดน้ำเสียในบริเวณวัด 5. มีการกำจัดขยะในบริเวณวัด 6. กุฏิหรือที่พักอาศัยสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย 7. มีการจัดหาน้ำดื่ม/น้ำใช้ 8. มีการจัดตั้งอุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า	1. ร้อยละ 80 อาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบวัดมีความปลอดภัย 2. ร้อยละ 80 ห้องส้วมและที่ถ่ายปัสสาวะถูกสุขลักษณะ 3. ร้อยละ 100 สถานที่จัดเก็บอาหารถูกสุขลักษณะ 4. ร้อยละ 100 ไม่มีน้ำเสียในบริเวณวัด 5. ร้อยละ 100 ไม่มีขยะในบริเวณวัด 6. ร้อยละ 100 กุฏิหรือที่พักอาศัยสะอาดและเป็น	1. รายงานการเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ 2. รายงานการประเมินผลการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด	1. การดำเนินกิจกรรมต้องไม่ขัดหลักปฏิบัติตามพระธรรมวินัย 2. หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานร่วมกับพระสงฆ์/คณะสงฆ์

<p>9. มีการป้องกันโรคจากสัตว์ เลี้ยงในวัด</p> <p>10. มีการป้องกันโรคจาก แมลงนำโรค</p>	<p>ระเบียบเรียบร้อย</p> <p>7. ร้อยละ 100 น้ำดื่ม/น้ำ ใช้มีเพียงพอและปลอดภัย</p> <p>8. ร้อยละ 100 ของวัดมี อุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย/ อันตรายจากกระแสไฟฟ้า</p>		
---	--	--	--

<p>สาระสำคัญของโครงการ (Narrative Summary)</p>	<p>เครื่องชี้ความสำเร็จ (Objective measurable Verifiable Indicators)</p>	<p>วิธีการตรวจสอบและ ประเมินผลความสำเร็จ (Means of verifications)</p>	<p>เงื่อนไขความสำเร็จ (Important Assumptions)</p>
	<p>9. ร้อยละ 100 มีการ ป้องกันโรคจากสัตว์เลี้ยง ในวัด</p> <p>10. ร้อยละ 100 มีการ ป้องกันโรคจากแมลงนำ โรค</p>		
<p>กิจกรรม (Activities)</p> <p>1. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ จัดทำแนวทางและแผนปฏิบัติ การการจัดการสิ่งแวดล้อมใน วัด</p> <p>2. อบรมให้ความรู้ความเข้าใจ พระสงฆ์ในการจัดการ</p>	<p>1. วัด/คณะสงฆ์มีแนว ทางการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์ที่เหมาะสม</p> <p>2. วัด/คณะสงฆ์ร้อยละ 100 มีแผนปฏิบัติการการ</p>	<p>1. คู่มือหรือแนวทางการ จัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>2. แผนทางการจัดการ สิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>3. รายงานผลการทดสอบ ความรู้ก่อนและหลังการ</p>	<p>1. คณะสงฆ์ทุกระดับ (วัด ระดับตำบล อำเภอและจังหวัด) สนับสนุนการ ดำเนินงาน</p> <p>2. หน่วยงานที่</p>

<p>สิ่งแวดล้อมในบริเวณวัด</p> <p>3. อบรมผู้ประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดให้กับพระสงฆ์แกนนำสุขภาพประจำวัด</p> <p>4. ประเมินผลการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณวัด</p>	<p>จัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>3. พระสงฆ์ทุกรูปมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>4. พระสงฆ์แกนนำทุกรูปมีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการประเมินผลจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p> <p>5. ร้อยละ 100 ของวัดในพื้นที่ได้รับการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p>	<p>อบรม</p> <p>4. รายงานผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด</p>	<p>เกี่ยวข้อง (หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) จะต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง</p>
--	---	---	--

<p>สาระสำคัญของโครงการ (Narrative Summary)</p>	<p>เครื่องชี้ความสำเร็จ (Objective measurable Verifiable Indicators)</p>	<p>วิธีการตรวจสอบและ ประเมินผลความสำเร็จ (Means of verifications)</p>	<p>เงื่อนไขความสำเร็จ (Important Assumptions)</p>
<p>ปัจจัยนำเข้า/ทรัพยากรของโครงการ (Inputs)</p> <p>1. วิทยากรในการอบรมจำนวน 5 คน</p> <p>2. ผู้เข้ารับการอบรม (พระสงฆ์/พระสงฆ์แกนนำสุขภาพ) จำนวน 120 รูป</p> <p>3. ผู้เข้ารับการอบรม (จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)</p>	<p>1. วิทยากรในการอบรมมีความรู้ความเชี่ยวชาญตรงกับหัวข้อการอบรม</p> <p>2. ร้อยละ 100 ผู้เข้ารับการอบรมเข้ารับการอบรมได้</p> <p>3. ห้องประชุมมีความพร้อมด้วยวัสดุทัศนูปกรณ์และ</p>	<p>1. แบบตอบรับการเป็นวิทยากรครบทุกคน</p> <p>2. ใบลงทะเบียนการเข้ารับการอบรมพร้อมลายมือชื่อเข้ารับการอบรม</p> <p>3. รายงานผลการดำเนินงานและการใช้จ่าย</p>	<p>1. วิทยากรต้องไม่มีภารกิจอื่นเข้ามาโดยไม่ ทราบหรือแจ้งให้ทราบล่วงหน้า</p> <p>2. ผู้เข้ารับการอบรมต้องไม่ถูกมอบหมายให้ไปทำภารกิจอื่นใน</p>

<p>จำนวน 20 คน</p> <p>4. ห้องประชุมพร้อมด้วย โสตทัศนอุปกรณ์</p> <p>5. งบประมาณ 50,000 บาท (ค่าอาหาร เครื่องดื่ม ค่าวิทยากร ค่าพาหนะ เดินทาง วัสดุสำนักงาน)</p>	<p>เจ้าหน้าที่ควบคุม</p> <p>4. มีการใช้งบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 95</p>	<p>งบประมาณ</p>	<p>ระหว่างการอบรม</p> <p>3. ต้องไม่เกิดเหตุขัดข้องที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ห้องประชุมจนไม่สามารถใช้ห้องประชุมได้ เช่น ตีกล่ม ไฟไหม้ ฯลฯ</p> <p>4. ต้องได้รับงบประมาณตามที่เสนอขออนุมัติ</p>
--	---	-----------------	---

3. นโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ในขั้นตอนนี้เป็นระยะของการพัฒนางานวิจัยสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะ โดยใช้กระบวนการประชุมระดมสมองจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยผ่านคณะกรรมการวิชาการเฉพาะประเด็นของเครือข่าย สมัชชาสุขภาพ เป็นผู้ดำเนินการให้ได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ ผลการวิจัยมีดังนี้

นโยบายสาธารณะ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ”

ตระหนัก ว่าคนไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญ ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน

กังวล ว่า พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่ง สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

รับทราบ ว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่แล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ห่วงใย ว่าหากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้าน สุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงาม ด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

ชื่นชม ว่าได้มีการดำเนินงานแล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับ เครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผล ของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด ๕ ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดีด้วยวิถีชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี

เห็นว่า จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้ พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

1.1 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ

1.2 ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน

1.3 ดำเนินการและพัฒนาระบบข้อมูลพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์

1.4 ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีภิกษุเป็นแกนนำ ในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนากิจ เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนภิกษุได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

1.5 ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

1.6 ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน /ภาคี/เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ ดำเนินการ

2.1 พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

2.2 รณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยี่ห้อที่จะก่อให้เกิดโรครีเอริง

3. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และ กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้ มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์

5. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน

6. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนา

6.1 พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

6.2 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

7. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป

8. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7

สรุปประเด็นความเชื่อมโยงระหว่างผลงานวิจัยกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ”

ตาราง 2 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างผลงานวิจัยกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ผลการวิจัย “รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ...”	สอดคล้องกับนโยบายข้อที่	นโยบายประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ”
1. ส่งเสริมให้วัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นการดึงดูดชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	1.3, 1.5, 6.1	1. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง มหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้ 1.1 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้
2. กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการจัดบริการสุขภาพให้พระสงฆ์ได้รับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วตามสิทธิที่พึงจะได้ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ	3	

3. จัดทำคู่มือประจำวัด เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกวิธีและปลอดภัย	1.1	สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ 1.2 ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำ
4. ตรวจสอบสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ 1-2 ครั้ง และจัดทำทะเบียนพระสงฆ์ทุกรูป และพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยเป็นรายวัด จำแนกการเจ็บป่วย การรักษา ความพิการ การติดตาม การฟื้นฟู และมี การปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและกำหนด ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานให้ชัดเจน	1.3	แผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน 1.3 ดำเนินการและพัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และ จัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้ คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์
5. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยง ภายในวัดทุกตัว เช่น สุนัข แมว ลิง ส่วนสัตว์ปีก ทุกชนิดที่วัดเลี้ยงไว้จะต้องเลี้ยงในกรง	1.1	1.4 ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีภิกษุเป็นแกนนำ ในการ ดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่ รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน จงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนภิกษุได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐม พยาบาลเบื้องต้น 1.5 ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

ตาราง 2 (ต่อ)

<p style="text-align: center;">ผลการวิจัย</p> <p style="text-align: center;">“รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์...”</p>	<p style="text-align: center;">สอดคล้อง กับ นโยบาย ข้อที่</p>	<p style="text-align: center;">นโยบาย</p> <p style="text-align: center;">ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ”</p>
--	---	--

<p>6. มีคณะทำงานแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีกิจกรรม เยี่ยมพระสงฆ์ที่ป่วยหรือมีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมไม่ให้พระสงฆ์บริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด ชา กาแฟ อาหารที่มีรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง แอวกะทิ ขนมหวานจัด โดยหันมาเลือกฉันทอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีกากใย ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว พักผ่อนด้วยการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง</p>	2.1, 2.2	<p>โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิต เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดิน</p> <p>1.6 ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา</p>
<p>7. การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด โดยการนำรายได้ของวัด รายได้จากการทอดผ้าป่าหรือทอดกฐินประจำปี รายได้จากการบริจาคของประชาชนมาจัดตั้งเป็นกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้คณะกรรมการชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ</p>	1.5	<p>2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/ภาคี/เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ</p> <p>2.1 พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง</p> <p>2.2 รมณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ที่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง</p>
<p>8. พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.พระ) เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดเบื้องต้น และเชื่อมต่อประสานการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่</p>	1.4	<p>3. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่</p>
<p>9. มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด โดยจัดให้มี อสม.ของหมู่บ้านรับผิดชอบร่วมกับทางวัดในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	1.4	

ตาราง 2 (ต่อ)

ผลการวิจัย	สอดคล้อง	นโยบาย
------------	----------	--------

“รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์...”	คล้อง กับ นโยบาย ข้อที่	ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ”
10. การดำเนินการวัด 5 ส. เพื่อส่งเสริมให้วัดมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัยหรือกุฏิสะอาด เป็นระเบียบ มีถังน้ำยาดับเพลิง มีถังรองรับขยะเพียงพอ มีห้องน้ำห้องส้วมเพียงพอและถูกสุขลักษณะ บริเวณวัด ถนนจะต้องมีพื้นผิวไม่ขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ มีน้ำขังหากเทศอนกริต จะต้องไม่ลื่นหรือมีความลาดชันมาก และมีแสงสว่างในยามค่ำคืน มีการตัดแต่งสนามหญ้าหรือต้นไม้เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสัตว์นำโรคและสัตว์มีพิษ และมีการกำจัดน้ำเสียที่ถูกสุขลักษณะ	1.1	4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์
11. การมีส่วนร่วมของวัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงาน	5	5. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน 6. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา 6.1 พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ 6.2 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน
12. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนงานหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การยืดเหยียดร่างกาย การเก็บกวาดลานวัด เก็บกวาดใบไม้ การทำความสะอาดบริเวณวัด อย่างน้อยวันละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง เป็นประจำทุกวัน	4	7. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป
13. การพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยผลักดันให้นำแผนยุทธศาสตร์วัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติขยายผลให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างครบวงจร	1.2	8. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ พระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และการนำผลการวิจัยพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาดำเนินการวิจัยในวัด 15 แห่ง โดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 96 คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนทั่วไป เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสำรวจ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ประเด็นสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการการตีความและการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีรายละเอียดดังนี้

1. พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดโดยเฉลี่ย 5-7 รูปต่อวัด มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน
2. สองในสามของพระสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและดื่มกาแฟเป็นประจำ

3. พระสงฆ์เกือบทุกรูปฉันทายาแก้ปวดพาราเซตามอล ยาชุดแก้ไข้หวัด
4. พระสงฆ์หนึ่งในสามฉันทายาแก้ปวด ยาแก้ไอเสบ และยาแก้โรคแผลในกระเพาะอาหาร
5. อาหารที่พระสงฆ์ฉันทานเป็นอาหารที่มีรสจัดทั้งเผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด และเปรี้ยวจัด
6. การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

6.1 เมื่อพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาลำดับต้นๆ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ

6.2 การรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน มีสาเหตุมาจากการรอรับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐนานๆ และมีกิจกรรมรวมทั้งการรอนานจะไม่ได้ฉันทั้งอาหารเช้าและเพล

6.3 การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ชัดเจน กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายด้วยการเดินบิณฑบาตในช่วงเวลาเช้า ประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง และกิจกรรมการเก็บกวาดลานวัด การทำความสะอาด ศาลา กุฏิ เป็นต้น

6.4 การป้องกันควบคุมโรค

6.4.1 ในแต่ละวัดมีสุนัขและแมวจำนวนมาก บางวัดมีมากถึง 40 ตัว และไม่มีกรรณิฉิตวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมวเหล่านั้น

6.4.2 การป้องกันโรคจากสัตว์ปีก พบปัญหาจากมูลนกพิราบจำนวนมาก

6.4.3 การป้องกันโรค/อันตรายจากหนูพระสงฆ์ยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก โดยเฉพาะในกุฏิหรือที่อยู่อาศัย การปล่อยให้กุฏิหรือที่อยู่อาศัยมีการสะสมอาหาร เศษอาหาร หรือปล่อยให้รก รุงรัง

6.4.4 การป้องกันโรคจากแมลงนำโรค วัดและพระสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมในการกำจัดลูกน้ำ ยุงลายและยังพบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมากในวัด

6.5 การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์หลังการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการติดตามเยี่ยมหรือให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง

7. การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ทั้งด้านการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตของพระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้การสวดมนต์ ทำวัตรเช้า ทำวัตรเย็น การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน นั่งสมาธิ และการทำความสะอาดบริเวณวัด

8. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์เชิงสังคม ชุมชนยังไม่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างชัดเจน ทั้งการสำรวจภาวะสุขภาพ การวางแผนดำเนินการ การดำเนินการ รวมถึงการประเมินผลเพื่อรับผลประโยชน์ร่วมกันของชุมชนกับวัดหรือพระสงฆ์ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีท้องถิ่น เช่น การตักบาตรทำบุญ งานบวชนาค งานแต่งงาน งานศพ เป็นต้น

9. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด

9.1 อาคารสถานที่ สภาพของบริเวณวัดมากกว่าครึ่งหนึ่งเทศกอนกรีต ไม่มีบริเวณที่เป็นพื้นที่ลาดชัน ไม่มีพื้นที่น้ำท่วมขัง บริเวณโดยรอบวัดยังมีการจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบ มีเศษขยะเศษใบไม้ และมูลนกพิราบกระจัดกระจายทั่วไป

9.2 ห้องส้วม และสถานที่ถ่ายปัสสาวะของวัด มีจำนวนมากพอสำหรับการใช้สอย มีสภาพแข็งแรง มั่นคง ลักษณะโดยรวมเป็นส้วมราดน้ำชนิดนั่งยอง มีคราบสกปรกที่เกิดจากขาดการทำความสะอาดมานาน

9.3 โรงอาหาร / โรงครัวของวัดส่วนใหญ่จัดมีไว้สำหรับให้ประชาชนมาใช้ประกอบอาหาร เมื่อมีกิจกรรมทางศาสนาหรืองานบุญต่างๆ

9.4 กุฎีหรือที่พักอาศัยของพระสงฆ์ สภาพโดยทั่วไปของกุฎีหรือที่พักอาศัยนั้นมีความแข็งแรง มั่นคง มีแสงสว่างน้อย และอากาศถ่ายเทได้ค่อนข้างน้อย การจัดเก็บเครื่องนุ่งห่มและสิ่งของเครื่องใช้ภายในกุฎียังขาดความเป็นระเบียบ รกรุงรัง พบได้มาก ได้แก่ เศษดอกไม้บูชาพระ เศษอาหาร เศษภาชนะบรรจุอาหาร ขวดบรรจุน้ำดื่ม เครื่องดื่มชูกำลังและเครื่องถ้วยสังฆทาน และที่สำคัญคือทุกกุฎีหรือที่พักอาศัยจะมีฝุ่นธูป ฝุ่นยากันยุง จำนวนมากฟุ้งกระจายทั่วห้อง

9.5 การกำจัดขยะของวัด มีหลายรูปแบบหลายวิธีการ มีทั้งการเผาในที่โล่งแจ้ง การฝังกลบ และให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง อบต. และเทศบาลนำไปกำจัด

9.6 การจัดหาน้ำดื่ม /น้ำใช้ที่พระสงฆ์ใช้อุปโภคบริโภค ถ้าเป็นน้ำดื่มจะใช้น้ำบรรจุขวดเป็นส่วนใหญ่ สำหรับน้ำใช้วัดจะใช้น้ำบาดาล นำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาส่วนภูมิภาค หรือน้ำประปาของวัด

9.7 การป้องกันอัคคีภัย/อันตรายจากกระแสไฟฟ้า วัดส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ป้องกันไฟฟ้ารั่ววงจร แต่มีไม่ครบทุกอาคาร แต่ก็ใช่อุปกรณ์ที่ล้าสมัย เก่ามาก บางแห่งมีการชำรุด

9.8 น้ำเสีย น้ำทิ้ง ส่วนใหญ่จะระบายไปตามท่อน้ำทิ้งของวัดให้ไหลลงสู่แหล่งน้ำตามธรรมชาติ และบางส่วนปล่อยลงพื้นดินให้แห้งไปตามธรรมชาติ จึงไม่มีพื้นที่ขึ้นแฉะที่เกิดจากน้ำเสียหรือน้ำทิ้งภายในวัด

10. การตรวจสอบสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์ทุกวัดยังไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ถูกต้องเหมาะสมตามวัย และตามเกณฑ์การตรวจสอบสุขภาพที่หน่วยงานสาธารณสุขกำหนด

11. การดูแลรักษาพระสงฆ์/สามเณร/แม่ชี ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อมีการเจ็บป่วยพระสงฆ์จะดูแลตนเองก่อนด้วยการหาซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำในชุมชนมาฉินเอง หากไม่ทุเลาลงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ทำการตรวจรักษา

12. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม อาหารที่พระสงฆ์ฉันส่วนใหญ่ได้มาจากการบิณฑบาตในช่วงเช้าของทุกวัน อาหารคาวที่นำมาใส่บาตรมักมีส่วนประกอบของแป้ง กะทิ และน้ำตาล เช่น แกงหมูเทโพ แกงไก่หน่อไม้ดอง แกงมัสมั่นไก่ แกงเขียวหวาน และต้มช่าไก่ ส่วนอาหารหวานได้แก่ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ลอดช่องน้ำกะทิ ขนมชั้น ขนมต้ม นอกจากอาหารคาวและอาหารหวานแล้ว ส่วนหนึ่งอาหารจะถูกซื้อมาจากตลาด อาหารบางชนิดถูกปล่อยให้ทิ้งไว้ค้างคืน การนำมาอุ่นจะใช้วิธีการนึ่งหรือใส่ปากหม้อข้าว สำหรับผลไม้จะเป็นผลไม้ตามฤดูกาล เช่น เงาะ ทุเรียน ลำไย ส้ม องุ่น เป็นต้น

13. พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การออกกำลังกายของพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการเดินบิณฑบาตในช่วงเวลาเช้าของทุกวันและกิจกรรมการดูแลความสะอาดบริเวณวัด

14. ปัจจัยปฐมพยาบาล วัดมียาสามัญประจำบ้านแต่ไม่มีเครื่องมือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยาสามัญประจำบ้านส่วนใหญ่ได้จากการถวายมาพร้อมเครื่องสังฆทาน และมักจะพบยาหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพแล้ว ส่วนใหญ่วัดไม่มีตู้ยาของวัดที่ชัดเจน แต่พระสงฆ์เกือบทุกรูปมียาสามัญประจำบ้าน ไว้ใช้ตามความจำเป็น

15. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ยังไม่พบการมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน เป็นการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานแยกเป็นส่วนๆ และมีกิจกรรมแตกต่างกันไปแต่ละหน่วยงาน ทั้งการสำรวจค้นหาปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ การวางแผนดำเนินการ และการประเมินผลในการดำเนินงานร่วมกัน ได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีรายละเอียด ดังนี้

1. ส่งเสริมให้วัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นการดึงชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
2. กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการจัดบริการสุขภาพให้พระสงฆ์ได้รับการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็วตามสิทธิที่พึงจะได้ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
3. จัดทำตู้ยาประจำวัด เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกวิธีและปลอดภัย
4. ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี ปีละ 1-2 ครั้ง และจัดทำทะเบียนพระสงฆ์ทุกรูป และพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยเป็นรายวัด จำแนกการเจ็บป่วย การรักษา ความพิการ การติดตาม การฟื้นฟู และมี การปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานให้ชัดเจน
5. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยงภายในวัดทุกตัว เช่น สุนัข แมว ลิง ส่วนสัตว์ปีกทุกชนิดที่วัดเลี้ยงไว้จะต้องเลี้ยงในกรง
6. มีคณะทำงานแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีกิจกรรมเยี่ยมพระสงฆ์ที่ป่วยหรือมีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมไม่ให้พระสงฆ์บริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิด ชา กาแฟ อาหารที่มีรสเผ็ดจัด เปรี้ยวจัด เค็มจัด หวานจัด อาหารที่มีไขมันสูง แยกกะทิ ขนมหวานจัด โดยหันมาเลือกฉันทอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีกากใย ผักชนิดต่างๆ ผลไม้ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว พักผ่อนด้วยการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
7. การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด โดยการนำรายได้ของวัด รายได้จากการทอดผ้าป่าหรือทอดกฐินประจำปี รายได้จากการบริจาคของประชาชนมาจัดตั้งเป็นกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้คณะกรรมการชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการ

8. พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสม.พระ) เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดเบื้องต้น และเชื่อมต่อประสานการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

9. มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด โดยจัดให้มี อสม.ของหมู่บ้านรับผิดชอบร่วมกับทางวัดในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ และงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

10. การดำเนินการวัด 5 ส. เพื่อส่งเสริมให้วัดมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ที่พักอาศัยหรือกุฏิสะอาด เป็นระเบียบ มีถังน้ำยาดับเพลิง มีถังรองรับขยะเพียงพอ มีห้องน้ำห้องส้วมเพียงพอและถูกสุขลักษณะ บริเวณวัด ถนน จะต้องไม่มีพื้นผิวไม่ขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ มีน้ำขัง หากเทศกอนกรีต จะต้องไม่ลื่นหรือมีความลาดชันมาก และมีแสงสว่างในยามค่ำคืน มีการตัดแต่งสนามหญ้าหรือต้นไม้เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสัตว์นำโรคและสัตว์มีพิษ และมีการกำจัดน้ำเสียที่ถูกสุขลักษณะ

11. การมีส่วนร่วมของวัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำงาน

12. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีแผนงานหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การยืดเหยียดร่างกาย การเก็บกวาดลานวัด เก็บกวาดใบไม้ การทำความสะอาดบริเวณวัด อย่างน้อยวันละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง เป็นประจำทุกวัน

13. การพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยผลักดันให้นำแผนยุทธศาสตร์วัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติขยายผลให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างครบวงจร

จากประเด็น การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้ง 13 ประเด็น นำมาจัดกลุ่มของหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย มีดังนี้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย) ต้องดำเนินการดังนี้

1.1 ตรวจคัดกรองโรคหรือการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

1.2 จัดทำทะเบียนประวัติการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ให้ครอบคลุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความพิการ และสุขภาพจิต

1.3 จัดช่องทางด่วนสำหรับการตรวจและรักษาให้แก่พระสงฆ์ในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยทุกแห่ง

1.4 มีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.5 จัดหายาที่จำเป็นไปประจำที่ตู้ยาของวัด

1.6 พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด หรือพระ อสม.

1.7 จัดให้มี อสม. ในพื้นที่ 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ

1.8 ส่งเสริมการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม

2. สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ต้องดำเนินการดังนี้

- 2.1 กำหนดแผนงานหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ
- 2.2 จัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี
- 2.3 คณะสงฆ์ส่งเสริมให้วัดทุกวัดเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4 สร้างการมีส่วนร่วมของ วัด บ้าน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

- 2.5 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกแห่ง

3. วัด/คณะสงฆ์/พระสงฆ์ ต้องดำเนินการดังนี้

- 3.1 กำหนดแผนงานหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด
- 3.2 พัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ
- 3.3 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- 3.4 เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
- 3.5 กำหนดให้พระสงฆ์ 1 รูป ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัด

4. หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการดังนี้

- 4.1 กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่
- 4.2 สนับสนุนยาและจัดทำตู้ยาประจำวัด
- 4.3 ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในวัด ได้แก่ การสำรวจ จัดทำทะเบียนสุนัข แมว และสัตว์ปีกที่เป็นพาหะนำโรคทุกชนิด

และสัตว์ปีกที่เป็นพาหะนำโรคทุกชนิด

- 4.4 ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทำหมันและฉีดยาคุมกำเนิดให้กับสุนัข

และแมว

- 4.5 รมรงค์ไม้ให้ชาวบ้านนำสุนัขและแมวมาปล่อยวัดหรือส่งเสริมให้ประชาชนนำสุนัข

และแมวที่วัดไปเลี้ยง

- 4.6 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดทุกแห่ง

- 4.7 ส่งเสริมการนำอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาใส่บาตร

5. ประชาชนและชุมชน ต้องดำเนินการดังนี้

- 5.1 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่

- 5.2 ไม่นำสุนัขและแมวไปปล่อยวัด

- 5.3 ใส่บาตรพระด้วยอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพพระสงฆ์

- 5.4 เป็นคณะกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ขั้นตอนที่ 3 นโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์
นโยบายสาธารณะ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ห้า
พ.ศ. 2555 มีดังนี้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ¹

ตระหนัก ว่าคนไทยร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญ ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน

กังวล ว่า พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่ง สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไข จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

รับทราบ ว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่างๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่แล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ห่วงใย ว่าหากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้าน สุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงาม ด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

ชื่นชม ว่าได้มีการดำเนินงานแล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับ เครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผล ของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อำเภอนองม่วง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด ๕ ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดีด้วยวิถีชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี

เห็นว่า จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้ พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

1.1 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ

1.2 ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน

1.3 ดำเนินการและพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์

1.4 ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีภิกษุเป็นแกนนำ ในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาคิด เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนภิกษุได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

1.5 ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

1.6 ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน /ภาคี/เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ ดำเนินการ

2.1 พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

2.2 รมรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยี่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง

3. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์

5. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน

6. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนา

6.1 พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

6.2 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

7. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป

8. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยที่นำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี นำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

สุขภาพพระสงฆ์ในปัจจุบันกำลังเข้าสู่ภาวะที่น่าเป็นห่วงเนื่องจากพระสงฆ์มากกว่าสามในสี่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยก็หนึ่งโรคต่อหนึ่งคน โรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคกระดูกและโรคอภัยเสบ พระสงฆ์ที่เจ็บป่วย เกือบทั้งหมดเป็น

ผู้สูงอายุ และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ฉันทยาชุด ฉันทอาหารรสจัด อาหารที่ประกอบด้วยแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง โดยสภาพของผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิมล พลวรรณ (2552 : 60-115) ที่พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.4 โรคเบาหวานร้อยละ 32.2 โรคหัวใจร้อยละ 13.8 และผลจากการสูบบุหรี่ให้เป็นโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 5.7

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยโดยเฉพาะพระผู้ใหญ่หรือพระสงฆ์ที่มีสมณะศักดิ์สูงๆ มักจะไปขอรับบริการที่สถานพยาบาลเอกชน เพราะการเข้ารับบริการที่สถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลหลายแห่งต้องเข้าคิวและรอนาน การเข้าถึงบริการการรักษา ของพระสงฆ์มักทำได้ยากกว่าประชาชนโดยทั่วไป ด้วยสถานภาพความเป็นพระสงฆ์ที่ต้องอยู่ในพระธรรมวินัย ในขณะที่สถานบริการสาธารณสุขยังไม่แยกแยะความแตกต่างของพระสงฆ์กับประชาชนทั่วไปทำให้การจัดบริการเหมือนกัน ในขณะที่พระสงฆ์มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของสถานภาพความเป็นพระสงฆ์และเป็นผู้สูงอายุ เวลาที่ฉันทอาหารต้องตรงตามเวลาที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร โฆสิต แพงสร้อย และอนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง (2553 : 478-482) ที่พบว่าพระสงฆ์ในเขตภาคกลางตอนบนส่วนมากจะพลาดการฉันทอาหารเพลเนื่องจากการรอรับบริการที่นานเกินไปและสถานบริการไม่มีช่องทางด่วนให้เข้ารับการรักษา ทำให้พระสงฆ์ประสบปัญหาของการเข้ารับบริการตรวจรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐค่อนข้างมาก จึงเลือกที่จะไปรับรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแทน เนื่องจากให้บริการที่รวดเร็วและสะดวกกว่า

2. การส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ชัดเจนและยังไม่มากนัก ทั้งส่วนของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องการส่งเสริมการออกกำลังกาย แต่การออกกำลังกายของพระสงฆ์สามารถทำได้แค่การยืดเหยียดร่างกายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น หากจะให้พระสงฆ์ออกกำลังกายให้ได้มากกว่านี้พระสงฆ์จะทำได้ สาเหตุส่วนหนึ่งเกรงว่าญาติโยมหรือประชาชนที่พบเห็นจะติเตียนได้ จึงเป็นเหตุที่สำคัญให้พระสงฆ์ขาดการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ แต่การออกกำลังกายของพระสงฆ์ จากอดีตจนถึงปัจจุบันและพอที่จะอนุมานได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย คือ การเดินบิณฑบาตในเวลาเช้า การเก็บกวาดลานวัด การทำความสะอาดศาลา กุฏิ และการเดินจงกรม ซึ่งถือว่าการออกกำลังกายของพระสงฆ์ได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในอดีตเมื่อย้อนไปในสมัยพุทธกาล การเดินจงกรม ก็ถือว่าการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกัน ในการบิณฑบาตนั้นในวันหนึ่งๆ พระสงฆ์ต้องเดินบิณฑบาตในระยะทางประมาณ 2-3 กิโลเมตร โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ในขณะที่พระสงฆ์บางรูปที่มีภาวะของการเจ็บป่วยและไม่สามารถเดินบิณฑบาตได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยหรือสาเหตุหลักอีกประการหนึ่งก็คือการเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวทำให้การทำกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายหรือ

กิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพลดลงซึ่งตรงกับสุวิมล พลวรรณ (2552 : 44) ที่รายงานว่า การออกกำลังกายของพระสงฆ์มีน้อยเกินไปต้องได้รับการปรับปรุงมากที่สุดถึงร้อยละ 51.8 ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ให้ออกกำลังกายน้อยคือ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ดังนั้นในเรื่องของการออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่พระสงฆ์จะต้องได้รับการส่งเสริม รวมไปถึงเรื่องที่จะทำอย่างไรที่จะกระตุ้นให้พระสงฆ์ได้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะทำการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคต่างๆ และรับรู้ว่ามีประโยชน์ของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการลดอุปสรรคที่มีผลต่อสุขภาพ จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้จะต้องกระตุ้นด้วยความกลัวต่อสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด กระตุ้นให้รู้สึกว่ตนเองอ่อนแอหรือเสี่ยงต่ออันตราย จะทำให้เกิดการปรับตัว เชื่อมั่นในตนเองว่า จะสามารถปรับตัวได้ดี

3. การป้องกันโรคติดต่อ

ในด้านการป้องกันโรคติดต่อ วัดและพระสงฆ์ยังต้องประสบกับปัญหาที่มีสุนัขและแมวเป็นจำนวนมาก ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่จากประชาชนภายนอกวัดนำสุนัขและแมวมานปล่อย ทำให้พระสงฆ์และวัดต้องมีการเฝ้าระวังการหาอาหารมาเลี้ยงดู สำหรับปัญหาในด้านการป้องกันควบคุมโรคในสัตว์เลี้ยงสุนัขและแมวที่อยู่ในวัดส่วนใหญ่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดชา บัวเทศ ทรงคุณ จันทจร โขสิต แพงสร้อย และอนงค์ฤทธิ์ แข็งแรง (2553 : 478-482) ที่พบว่าวัดในเขตภาคกลางตอนบนพบว่ามีสุนัขและแมวจำนวนมาก สาเหตุเกิดจากการผสมพันธุ์กันเองของสัตว์เหล่านั้นภายในวัด ทั้งนี้ปัญหาที่ตามมาอีกประการหนึ่งคือสัตว์ไม่ได้ทำหมันคุมกำเนิด มีเห็บหมัด

สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามารับภาระในส่วนนี้ยังน้อยมาก และไม่สามารถควบคุมจำนวนสัตว์ยังไม่ได้ผล จึงจำเป็นต้องให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมไม่ให้มีสุนัขและแมวในวัดเพิ่มขึ้นเพื่อลดภาระของพระสงฆ์ลงไป สำหรับปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งของวัดในขณะนี้คือคนกนกริราบที่ยังไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะลดจำนวนหรือขับไล่ให้ไปอาศัยอยู่ที่อื่นได้ ทำให้หลังคาโบสถ์ วิหาร ศาลา กุฏิ รวมทั้งพื้นลานวัดเต็มไปด้วยมูลกนกริราบ เกิดความสกปรกเป็นภาระที่จะต้องเก็บกวาดทำความสะอาด น้ำฝนที่เคยรอนมาจากหลังคาศาลา กุฏิ นำมาดื่มกินก็ไม่สามารถใช้ดื่มกินได้

4. การฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยของพระสงฆ์

ในส่วนการฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ในปัจจุบันยังพบว่าพระสงฆ์จำนวนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บางรูปเป็นผู้ป่วยติดเตียง ด้วยสภาพที่ พระสงฆ์เกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเกือบทุกรูป ด้วยวัยและสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป พระสงฆ์จึงจำที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาโรคประจำตัวที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง การดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการและต่อเนื่อง ยังมีไม่ชัดเจน ก็เป็นสาเหตุและปัจจัย ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในปัจจุบัน แม้ว่า

ในอดีตกาลพระพุทธเจ้าทรงบัญญัติให้ภิกษุทุกรูปพึงปฏิบัติในการช่วยเหลือ ดูแล ฟันฟูสภาพเมื่อยามเจ็บป่วยระหว่างพระสงฆ์ด้วยกัน เมื่อเริ่มแรกนั้นพระภิกษุอาพาธมักจะไม่มีการดูแลพยาบาลและรักษา ต่อมาเมื่อพระพุทธเจ้าทรงบัญญัติให้พระภิกษุดูแลซึ่งกันและกันเมื่อยามเจ็บป่วย พระสงฆ์ทุกรูปไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใดพึงปฏิบัติต่อกันตลอดชีวิตที่เป็นบรรพชิต พระภิกษุจึงได้รับการดูแลกันมากขึ้น (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2539 : 239-241)

5. การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์

เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่พระสงฆ์มีปัญหาไม่แตกต่างไปจากการดูแลสุขภาพกาย จะดีกว่าก็ตรงที่การเข้ามาบวชเป็นพระสงฆ์นั้น เป็นการเข้ามาด้วยความยินยอมพร้อมใจไม่มีใครบังคับ เข้ามาด้วยความต้องการทำจิตใจให้สงบ หลีกหนีอบายมุขทั้งปวง หวังพึ่งพระธรรมคำสอน ดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาทางจิตจึงพบไม่มากนัก จะมีบ้างก็เมื่อมีการเจ็บป่วยทางกายและส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วยและขาดผู้ดูแล สภาพร่างกายที่เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวได้เพียงเล็กน้อย แต่ก็เป็นความกังวลเล็กน้อยไม่ได้ส่งผลถึงการเจ็บป่วยทางจิตที่เห็นชัดเจนแต่ประการใด ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้มีพระสงฆ์หลายรูปที่มีการเจ็บป่วยทางกาย แต่ก็ไม่มีควมวิตกในปัญหาการเจ็บป่วย มีเพียงคิดว่าจะทำอย่างไรถึงจะออกไปบิณฑบาตให้ได้และมีอาหารมาฉันเพื่อประทังชีวิต โดยไม่ยอมไปพึ่งพาอาศัยพระสงฆ์รูปอื่นที่ต้องนำอาหารมาให้ และที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต คือความเป็นผู้สูงอายุหมดภาระหน้าที่ในสังฆมและครอบครัวแล้ว ผ่านประสบการณ์ทางโลกมามากทำให้ไม่เกิดความท้อถอยและกังวล เมื่อยามเจ็บป่วย หากมีเวลาก็จะสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิหรือไม่ก็นอนหลับพักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับสุวิมล พลวรรณ (2552 : 45) ที่รายงานว่า การเผชิญความเครียดของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มาจากปัญหาเรื่องอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุ

6. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านสังคม

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมทางสังคมกับพระสงฆ์หรือวัดนั้นลดน้อยถอยลง ความร่วมมือต่างๆ ไม่มีเหมือนเช่นแต่ก่อนมา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมในปัจจุบันเป็นสังคมเมืองมากขึ้น จึงหาเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับวัดน้อยลง ประกอบกับวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ในอดีตพระสงฆ์คือครู ทุกคนใช้ศาลาวัดเป็นโรงเรียน การหยุดเรียนจะหยุดในวันโกนวันพระ เพื่อให้ทุกคนได้เข้าวัดทำบุญ เมื่อวัดมีกิจกรรมสำคัญทางศาสนาทุกคนต้องมารวมกันที่วัดเพื่อทำกิจกรรมด้วยกัน ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนหรือบ้านกับวัดจึงสนิทใกล้ชิด ซึ่งส่งผลไปถึงเมื่อยามเจ็บป่วยก็เข้ามาดูแลรักษา

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็น อีกอย่างหนึ่งว่า เรื่องของสังคมเป็นเรื่องที่สำคัญต่อทุกๆ เรื่องที่เกี่ยวข้อง เพราะทุกๆ เรื่อง ทุกๆ กิจกรรม คนหรือมนุษย์เป็นผู้กระทำกิจกรรมหรือทำให้สังคมมีชีวิต หากปราศจากความร่วมมือ ขาดการมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่นชุมชนกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นมักจะไม่สามารถสำเร็จตามที่ท้องถิ่นชุมชนตั้งความหวังไว้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากมอร์ซ ซอวเดร์รี่

(Morshed Chowdhury. 2004 : 1-8) ที่กล่าวว่าสมาชิกในชุมชนจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้ของคนในชุมชน การขาดความไม่เท่าเทียมกันจะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนได้ผลดีในระดับท้องถิ่น และซาคัส (Zakus. 1988 : 475-494) ได้กล่าวเสริมว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกและกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอย่างหนึ่งของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชน ดังนั้นการที่องค์กรจะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนก็ต้องเข้าใจในบริบทหรือเลี้ยงปัจจัยที่เป็นปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย

7. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านสิ่งแวดล้อม

จากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อตัวพระสงฆ์เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวพระสงฆ์มากที่สุด คือ กุฎิ ส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นศาลา บริเวณโดยรอบวัดยังไม่มีความปลอดภัยต่อตัวพระสงฆ์มากนัก โดยเฉพาะบริเวณวัดยังมีการจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย จึงมีโอกาที่จะทำให้พระสงฆ์ในวัดและประชาชนที่เข้ามาติดต่อกับวัดเกิดอันตรายได้ตลอดเวลา ในขณะที่กุฎิที่เป็นที่พักอาศัยของพระสงฆ์กลับพบว่า มีสภาพที่ไม่เหมาะสมกับการเป็นที่อยู่อาศัยมีสุขลักษณะไม่ตรงตามหลักสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ภายในกุฎิเต็มไปด้วยเศษอาหาร เศษภาชนะใส่อาหาร เช่น ถูพลาสติก ขวดน้ำ กล่องนม ขวดเครื่องดื่มชูกำลัง นอกจากนี้ยังมีฝุ่นธูปที่เกิดจากการจุดธูปบูชาพระพุทธรูป ฝุ่นจากยาคันยุงที่ฟุ้งกระจายไปทั่วห้อง การเก็บเครื่องนุ่งห่มไม่เป็นระเบียบและไม่ได้ทำความสะอาด ซึ่งการกระทำดังกล่าวขัดต่อคำสอนของพระพุทธเจ้าที่ต้องการให้พระสงฆ์ได้หมั่นดูแลเสนาสนะ กุฎิ ที่พักอาศัย รวมทั้งวิหาร อาคาร ศาลา หรือที่ปฏิบัติกิจของภิกษุสงฆ์ทุกชนิดด้วยการทำความสะอาดเมื่อเห็นว่า สิ่งเหล่านั้นอยู่ในสภาพสกปรก รกรุงรัง ไม่น่าอยู่ไม่น่าอาศัย (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2539 : 283-291)

สำหรับสิ่งแวดล้อมด้านอื่นๆ เช่น อาหารที่ประชาชนนำมาใส่บาตรก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง อาหารที่นำมาใส่บาตร ส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล ไขมัน และกะทิในปริมาณสูง ด้วยเหตุผลที่ว่าพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับหรือเลือกฉันได้ตามใจและบางครั้งจำเป็นต้องฉันอาหารที่ได้รับบิณฑบาตมา อาหารมีจำนวนน้อยอยู่แล้ว ประกอบกับพระสงฆ์มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สาเหตุของโรคมาจากอาหารที่มีส่วนประกอบของ แป้ง น้ำตาล ไขมัน และกะทิในปริมาณที่สูง ซึ่งการวิจัยของ สุวัฒน์ รักขันโท, อนนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนนะ (2551 : 75-89) ได้ทำการศึกษา พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน แล้วพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ฉันอาหารที่มีรสจัด หวานจัด มีแป้งและไขมันสูง ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยสูงตามไปด้วย

ในด้านการตรวจคัดกรองสุขภาพหรือเยี่ยมพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อื่นๆ หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ยังไม่มีแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ อย่างชัดเจน ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจะมีโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพแต่ก็เป็นการดำเนินงานเฉพาะวัดบางแห่งเท่านั้นไม่ได้กำหนดให้ทุกวัดต้องดำเนินการ การประสานการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็ยังคงเป็นการทำงานแบบตัวใครตัวมัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่าระบบการทำงานแบบบูรณาการนั้นยังไม่ได้เกิดขึ้นกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ไม่รู้ว่าใครจะเป็นเจ้าภาพหลักระหว่างคณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในชุมชนของตนเอง โดยใช้รูปแบบของเครือข่ายการบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดกระบวนการมอบหมายงานแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ร่วมกันดำเนินงานและเกิดกระบวนการวัดผลประเมินผลเป็นระยะ และจะต้องส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้เกิดทักษะ มีความรู้ ความสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งเดชา บัวเทศ, จีรวรรณ ชงจันทริต และธันวา หอมจันทร์ (2554) ได้รายงานไว้ว่าการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ควร ดำเนินการอยู่ในรูปแบบเครือข่าย โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก และ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งก็คือการบูรณาการการทำงานที่เป็นรูปแบบที่ควรดำเนินการในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

ในประเด็นรูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์องค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ประเด็นการดูแลสุขภาพที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญทุกระดับ รวมทั้งพระสงฆ์ที่จะต้องเป็นผู้ดูแลสุขภาพตนเอง สามารถนำมาอภิปรายได้ 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่หนึ่ง การดูแลสุขภาพกายของพระสงฆ์ เป็นการดูแลเมื่อพระสงฆ์มีการเจ็บป่วย หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะต้องจัดโครงสร้างการบริการและอำนวยความสะดวกด้วยการเปิดช่องทางพิเศษให้พระสงฆ์เมื่อไปขอรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานเอนามัย มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง จัดให้มีตู้ยาประจำวัด และให้มีการติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่พระสงฆ์ประสบปัญหาในปัจจุบัน พระสงฆ์ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ทราบสถานะทางสุขภาพของตนเอง เมื่อเจ็บป่วยกะทันหันไม่มียาหรืออุปกรณ์การช่วยเหลือที่วัด ไม่มีการติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทูพพลภาพ ที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูหรือแนะนำให้มีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง จึงมีความพยายามที่จะให้หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบดำเนินการให้ ทั้งนี้พระสงฆ์รู้ดีว่าการเจ็บป่วยในขณะที่เป็นสูงอายุและมีโรคประจำตัวมักจะก่อให้เกิดอันตรายได้มากกว่าคนหนุ่มสาว จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงมีความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่จะให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับที่เป็นของรัฐเปิดช่องทางด่วนให้เมื่อพระสงฆ์เจ็บป่วยและเข้าไป

ขอรับการรักษา ด้วยเหตุผลที่ว่าพระสงฆ์มีการอดอาหารมาแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง หากไม่สามารถรับการตรวจรักษาให้เสร็จสิ้นภายในเวลาเที่ยง พระสงฆ์จะอดอาหารไปอีกหนึ่งวันซึ่งไม่เป็นที่ดีและเหมาะสมมากนัก สิ่งที่มาคือความน่าเชื่อถือของพระสงฆ์ต่อญาติโยม และงานที่รับไว้ทางเจ้าภาพก็จะเสียหาย เป็นเหตุหนึ่งที่พระสงฆ์มักจะขาดนัดจากแพทย์เป็นประจำและไปขอรับ การตรวจรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแทน หากสามารถดำเนินการได้จะทำให้การดูแลรักษาพระสงฆ์เมื่อยามเจ็บป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นและเป็นการจูงใจให้พระสงฆ์มาใช้บริการของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและไม่ขาดการนัดหมายจากแพทย์ในการทำการรักษาโรครมีความต่อเนื่องมากขึ้น

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีรูปแบบที่จะให้พระสงฆ์ทุกรูปที่สามารถเดินบิณฑบาตเป็นประจำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อเนื่องทุกวันหรือให้มีการยืดเหยียดร่างกาย ด้วยการทำความสะอาดลานวัด เก็บกวาดใบไม้ อย่างน้อยวันละ 30 นาที - 1 ชั่วโมง การออกกำลังกายนอกจากจะทำให้กล้ามเนื้อได้ขยายตัวและใช้พลังงานแล้ว การออกกำลังกายยังทำให้ปอดและหัวใจแข็งแรง ดังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพุทธกาลที่ชี้ให้เห็นว่าพระพุทธเจ้าได้เป็นตัวอย่างที่ดีในการออกกำลังกาย สมัยนั้นการออกกำลังกายของสมณะเพศคงจะทำได้อย่างยากลำบาก แต่พระพุทธเจ้าทรงมีวิธีการออกกำลังกายโดยเฉพาะการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น การนั่ง การเดิน การยืน การนอน โดยเฉพาะการเดินถือเป็นวัตรปฏิบัติที่ภิกษุจะต้องทำเป็นประจำ ก็คือการเดินบิณฑบาต ในเวลาเช้าของทุกวันเป็นประจำ (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2539 : 285-286)

การป้องกันโรคติดต่อ รูปแบบที่ดีจะต้องมีการป้องกันโรคติดต่อภายในวัดทุกแห่ง ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทำหมัน และฉีดยาคุมให้สุนัขและแมวทุกตัว หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่จะเป็อันตรายต่อตัวพระสงฆ์หรือผู้ที่เข้ามาติดต่อกับวัด การทำกรงหรือคอกสัตว์เลี้ยง การกำจัดลูกน้ำยุงลายหรือการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การดำเนินการในส่วนนี้ทางหน่วยงานหรือชุมชนจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยดำเนินการให้วัด หากจะให้พระสงฆ์ดำเนินการเองก็เกรงว่าจะผิดวินัยสงฆ์ นอกจากนี้ยังต้องรณรงค์ให้ประชาชนนำสุนัขและแมวที่วัดเอาไปเลี้ยงที่บ้าน และไม่นำเอาสุนัขและแมวมาปล่อยที่วัด เพราะนอกจากจะเป็นภาระของวัดและพระสงฆ์แล้วยังเป็นอันตรายต่อประชาชนทั่วไปที่เข้ามาติดต่อกับวัดอีกด้วย นอกจากนี้ตัวพระสงฆ์เองก็จะต้องมีการดูแลตนเองให้ปราศจากโรคติดต่อด้วยการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ ฉันทอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ การใช้ช้อนกลาง ล้างมือบ่อยๆ หากเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ที่ตายผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือดกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว นอนหลับพักผ่อนวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นสุขวิทยาส่วนบุคคลที่จะต้องปฏิบัติอยู่แล้ว

การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย เป็นอีกประเด็นหนึ่งในการดูแลสุขภาพกาย ซึ่งพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ย่อมมีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรัง อวัยวะบางส่วนทำงานได้ไม่ปกติ ปวดตาม

ข้อและกล้ำมเนื้อทำให้เดินได้ไม่เป็นปกติ ทำกิจของสงฆ์ได้ยากลำบาก หากเป็นนานๆ จะทำให้พระสงฆ์มีปัญหาของสภาพจิตใจตามมา ดังนั้นในรูปแบบการฟื้นฟูสภาพของพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะต้องหมั่นตรวจสอบ คัดกรองสุขภาพจิต มีการติดตามเยี่ยมและให้การฟื้นฟูก่อนที่จะทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยทางจิตตามมา

ประเด็นที่สอง การดูแลสุขภาพจิต เมื่อพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังและอวัยวะบางส่วนทำงานไม่ปกติ พระสงฆ์ย่อมได้รับความทุกข์อยู่แล้วในระดับหนึ่ง หากปล่อยทิ้งไว้ปัญหาทางจิตใจอาจเกิดขึ้นได้ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ร่างกายจะผิปกดี แต่ก็พยายามที่จะออกบิณฑบาต เพื่อให้เป็นไปตามพุทธบัญญัติของการดำรงชีวิตของ สงฆ์ หากไม่ปฏิบัติก็อาจจะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ดังนั้นรูปแบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของพระสงฆ์จึงต้องเป็นการฝึกจิตให้มีสมาธิ มีการคัดกรองภาวะทางจิตเป็นประจำทุกปี การดูแลจากญาติพี่น้อง และพระสงฆ์ด้วยกันเอง เจ้าอาวาสจะต้องติดตาม สอดส่อง สืบค้นปัญหาของพระสงฆ์ลูกวัด อย่างสม่ำเสมอรวมทั้งการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะทำให้พระสงฆ์คลายจากความกลัวความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสุวิมล พลวรรณ (2552 : 40) ที่รายงานการศึกษาสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี 2543 แล้วพบว่าพระสงฆ์มีสุขภาพจิตในลักษณะที่เป็นปัญหาร้อยละ 33.89 พระสงฆ์มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม และมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.49 รองลงมาคือ พระสงฆ์มีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 44.92 และยังพบว่าพระสงฆ์มีความรู้สึกว่าตนเองมีอาการทางกาย หรือคิดว่าตนเองป่วยพบร้อยละ 36.72

ประเด็นที่สาม การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากสังคม คำว่า “สังคม” ในที่นี้อาจรวมถึงชุมชน ประชาชน ญาติพี่น้อง และรวมถึงพระสงฆ์ในวัดด้วย ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญมาก เพราะสังคมโดยรอบวัดจะอยู่ใกล้ชิดกับวัดและตัวพระสงฆ์ เมื่อเกิดอะไรขึ้นในส่วนนี้น่าจะรับรู้และเข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาได้ก่อนหน่วยงานหรือบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ไกลออกไป ข้อมูลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนหรือประชาชนโดยรอบวัด เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ซึ่งเดิมนั้นจะมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน ประชาชนมีเรื่อง อะไรก็ตามที่วัด เพื่อปรึกษาหารือโดยมีพระสงฆ์คอยให้คำปรึกษาและร่วมกันพัฒนาชุมชนและสังคม ดังนั้น รูปแบบที่จะต้องดำเนินการในเชิงสังคม ได้แก่ การพัฒนาชุมชนจะต้องให้วัดกลับไปเป็นศูนย์กลางของชุมชน การพัฒนาวัดหรือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่งอคิน รพีพัฒน์ (2527 : 320) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของชุมชนด้วยตนเอง ส่วนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จะต้องทำงานโดยคณะกรรมการเท่านั้น ไม่ควรให้หน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใดเป็นเจ้าของโดยตรงและจะต้องมีการจัดโครงสร้างทาง

สังคมให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้นๆ ซึ่งในลักษณะนี้จึงเป็นสิ่งที่ต้องใช้โอกาสในการแก้ไข เพื่อจะให้โอกาสของวัด พระสงฆ์ และชุมชนกลับมามีความสัมพันธ์กันดังเดิม โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน

ประเด็นที่สี่ การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านสิ่งแวดล้อม ที่ต้องเน้นเป็นพิเศษสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในประเด็นนี้คือ ที่พักอาศัยของพระสงฆ์หรือที่เรียกว่า “กุฏิ” ผลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กุฏิของพระสงฆ์ขาดการเอาใจใส่ดูแล ปล่อยให้ทรุดโทรม การจัดสิ่งของเครื่องใช้ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย มีเศษขยะ เศษอาหาร ผุ่นธูป การจัดเครื่องนุ่งห่มไม่เป็นระเบียบ จน เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและสัตว์นำโรคหลายๆ ชนิด ซึ่งมีสาเหตุมาจากขาดการเอาใจใส่ดูแลของพระสงฆ์ที่อาศัยอยู่นั่นเอง และ พระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้ความสนใจและประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและที่พักอาศัยลดน้อยลง

ในขณะที่วัดก็ขาดการเปรียบเทียบในการจัดการด้านนี้ไปเป็นอย่างมากซึ่ง การปฏิบัติของพระสงฆ์ ดังกล่าวขัดต่อข้อบัญญัติของพระพุทธเจ้าซึ่งมีตอนหนึ่งกล่าวว่า “...ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย ภิกษุอยู่ในวิหารใด ถ้าสามารถ เธอพึงทำความสะอาด...” (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2539 ค : 283-291) ซึ่งรูปแบบที่เหมาะสมกับการจัดการเรื่องสิ่งแวดล้อมในวัด คือการจัดกิจกรรม 5 ส. ในวัดทุกวัด

ขั้นตอนที่ 3 นโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

การกำหนดนโยบายสาธารณะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ถือเป็นประเด็นและมิติที่ต้องให้ความสำคัญ กรมอนามัย ได้สนับสนุนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น จำนวน 798 วัด และผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐานของวัดส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2,115 วัด รวมทั้งสิ้น 2,914 วัด จากจำนวนวัดที่มีทั้งหมดในประเทศไทยประมาณ 34,000 วัด คิดเป็นร้อยละ 8.57 เท่านั้น (กรมอนามัย , 2556) การดำเนินงานที่ผ่านมาของโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพยังไม่สามารถผลักดันให้ผลการดำเนินงานสำเร็จมากเท่าใดนัก การนำประเด็นปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ในปัจจุบัน การปฏิบัติตามธรรมวินัยในพระธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ผลการวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง มาสรุปและผนวกรวบรวมเป็นเอกสารเพื่อผลักดันให้เป็นแนวคิด แนวปฏิบัติในรูปแบบของนโยบายสาธารณะ เพียงหวังว่าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะนี้ รัฐบาลในฐานะที่เป็นแกนหลักในการอนุมัตินโยบายสาธารณะและการสั่งการ ส่วนหน่วยงานต่างๆ ที่กำหนดไว้ในมติของนโยบายจะเป็นองค์กรแห่งการขับเคลื่อนตามที่รัฐบาลสั่งการตามนโยบายสาธารณะนั้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ การได้มาซึ่ง นโยบายสาธารณะประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” นั้น จะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการขับเคลื่อนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพให้บรรลุตามเป้าหมายได้เร็วและมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพราะนโยบายสาธารณะที่ดีจะต้องเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างแท้จริงโดยเฉพาะกลุ่มที่ได้ผลประโยชน์จากการกำหนดนโยบายสาธารณะ

นั้นๆ (Kumanan Rasanathan, Tipicha Posayanonda, Maureen Birmingham and Viroj Tangcharoensathien, 2011.; พงษ์ภักดิ์ รัตนสุวรรณ, 2550; เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และพิกุล นันทชัยพันธ์, 2547; พวงทอง โยธาใหญ่, 2545) การกำหนดนโยบายจะต้องสร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนที่เน้นปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างผู้มีอำนาจตัดสินใจและประชาชนทั้งการปรึกษาหารือ การจัดเวทีประชาชน จนถึงกระบวนการตัดสินใจ (Julia Abelson, Pierre-Gerlier Forrest, John Eyles, Patricia Smith, Elisabeth Martin, Francois-Pierre Gauvin, 2003; สุจิรภรณ์ เศลารักษ์, 2551) การนำเอานโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติรัฐจะต้องมีส่วนสำคัญในการผลักดัน สนับสนุนและช่วยเหลือชุมชนแบบสร้างความเข้มแข็งยั่งยืน ไม่ใช่ให้ชุมชนพึ่งพาแบบตลอดไป (ศิริพงษ์ ใจสุข, 2552)

ในด้านการนำนโยบายสาธารณะ ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ไปปฏิบัติซึ่งเป็นขั้นตอนที่ถือว่ามีความสำคัญมากที่สุด ในขั้นตอนนี้การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนในทุกๆ มิติที่กำหนดไว้ในนโยบาย โดยเริ่มตั้งแต่การ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นมิติแรกของการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่จะต้องจัดทำยุทธศาสตร์ การดำเนินงานขึ้นและเป็นการดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบาย รวมทั้งยังได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “พระสงฆ์ไทยมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นและเป็นต้นแบบในการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ของอาเซียน ภายในปี พ.ศ. 2560” เป็นการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะทำให้นโยบายสัมฤทธิ์ผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นจะต้องได้รับการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากหน่วยงานสาธารณสุข

1.1 การกำหนดเป็นแผนงานและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โครงการหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่สำคัญได้แก่ การคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ การป้องกันโรคติดต่อ การฟื้นฟูสุขภาพ การกำหนดช่องทางด่วนให้บริการตรวจรักษาพระสงฆ์ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

1.2 การพัฒนาคู่มือ หลักเกณฑ์และแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่มีเนื้อหาประกอบด้วยงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล และงานฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3 พัฒนาอาสาสมัครพระสงฆ์ประจำวัด โดยจัดให้มีการอบรมและพัฒนาทักษะให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยตนเองภายในวัดตามหลักการพื้นฐานที่ใช้กับการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ที่เน้นที่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

2.2 การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในระดับชุมชน เพื่อดึงทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คณะกรรมการควรประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ คือ วัด ชุมชน โรงเรียน สถานีอนามัย อสม. ผู้นำชุมชน อบต.หรือเทศบาล ผู้แทนประชาชน และกรรมการวัด

2.3 จัดตั้งหรือสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด โดยอุดหนุนงบประมาณเข้ากองทุน การจัดหายาหรือเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ประจำวัด และร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุน การบริหารกองทุน และการประเมินผลกองทุน

3. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยคณะสงฆ์

3.1 วัด สามารถดำเนินการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นอาสาสมัครพระสงฆ์ประจำวัด ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัดโดยนำเงินส่วนหนึ่งที่ได้จากการทอดผ้าป่าและทอดกฐินประจำปีมาเป็นทุนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และการดำเนินงานกิจกรรมวัด 5 ส.

3.2 คณะสงฆ์ ส่งเสริมให้พระสงฆ์ และวัดดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด และการดำเนินงานกิจกรรมวัด 5 ส.

3.3 สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ประสานงานและสนับสนุนให้พระสงฆ์ วัด และคณะสงฆ์ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพ การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ประจำวัด และการดำเนินงานกิจกรรมวัด 5 ส.

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรนำเอามติของนโยบายไปพัฒนาเป็นงานวิจัย แล้วเผยแพร่ให้สมาชิก/เครือข่ายนำไปใช้ในการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์และมตินโยบาย ประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ : สภาคาทอเลิศแห่งประเทศไทย .
- เกศินี ลิ้มบุญสืบสาย. (2545). การศึกษาเชิงวิเคราะห์บทบาทของหมอชีวกโกมารภัจจ์ ที่ปรากฏในคัมภีร์. วิทยานิพนธ์ พธ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศาสนา.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2548). มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด .
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). วัดส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดและการดำเนินงาน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .
- เกรียงไกร ไกยวรรณ์ และคนอื่นๆ. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2) : 1265-1272; เมษายน-มิถุนายน (ฉบับเสริม 5).
- เกรียงศักดิ์ ธนอัศวนนท์. (2550). การศึกษารูปแบบหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3-4) : 505-515; ตุลาคม-ธันวาคม (ฉบับเสริม 2).
- จรรยาพร ธรณินทร์. (2538). การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่. กรุงเทพฯ : ต้นอ่อน.
- จรรยา สุทธิญาโณ, พระมหา. (2543). พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณรวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526). การบริหารการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร, 2526.
- _____. (2535). การระดมประชาชนเพื่อการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัยวัฒน์ จัตตบุตร ประสงค์ ยมหา และพิภพ เมืองศิริ. (2550). การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผสมผสานระหว่างภาครัฐกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง,

- วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3-4) : 385-393 ; ตุลาคม-ธันวาคม (ฉบับเสริม 2).
 ชูชาติ พ่วงสมจิตร. (2540). การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม
 ของชุมชนกับโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปร.ด.
 กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชษฐชัย ศรีชูชาติ. (2542). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ :
 กรณีศึกษาการจัดการที่อยู่อาศัยใหม่ให้แก่ชาวชุมชนแออัด ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.
 วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (2552). กรมอนามัยเร่งส่งเสริมวัดทั่วประเทศเป็นศูนย์กลางการพัฒนา
 สุขภาพชุมชน. มกราคม 2551.
 <<http://advisor.anamai.moph.go.th/news/080803.html>> มิถุนายน 18.
- เดชา บัวเทศ จีระวรรณ ชงจั้งหรีด และธันวา หอมจันทร์. (2554). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
 พระสงฆ์แบบ อิงค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกัน
 ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัย.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2547). นโยบายสาธารณะกับสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร :
 อูษาการพิมพ์.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2552). พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชน : จากอดีตจนถึงรัฐธรรมนูญ
 แห่งราชอาณาจักร พุทธศักราช 2550. กรุงเทพมหานคร : เอ.พี.กรราฟิค ดีไซน์และการพิมพ์.
- ทินพันธุ์ นาคะตะ. (2543). พระพุทธศาสนากับสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
 สหายบล็อกและการพิมพ์.
- ทรงคุณ จันทจร. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม. กาลสินธุ์ : สถาบันวิจัยศิลปะและ
 วัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม .
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2546). เทคนิควิธี การวิเคราะห์นโยบาย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธเนศวร์ เจริญเมือง. (2547). นโยบายสาธารณะกับการสร้างชุมชนเข้มแข็ง, นโยบายสาธารณะที่ดี.
 ธนวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2546). นโยบายสาธารณะ. เชียงใหม่: คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสน
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นเรศ สงเคราะห์สุข. (2541). จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่ : สำนักงานโครงการพัฒนาที่สูง
 ไทย-เยอรมัน.
- นันทนา ปรีดาสุวรรณ และคนอื่นๆ. (2550). การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และ
 สามเณร : กรณีตำบลวรรณคร อำเภอป่าป๋วย จังหวัดน่าน. รายงานการวิจัย. น่าน : สำนักงาน
 สาธารณสุขจังหวัดน่าน.

- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2533). นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนา
ปัจจุบัน. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.
- เนาวรัตน์ เจริญคำ และคนอื่นๆ. (2546). การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย. รายงาน
การวิจัยศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มุลินีธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- บุญเลิศ จันทราภาส และคนอื่นๆ. (2549). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระธุดงค์ที่
เข้ารับการตรวจสุขภาพเนื่องในเทศกาลวันวิสาขบูชาประจำปี. รายงานการวิจัย.
กรุงเทพฯ : ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา
<http://www.polpacon7.ru.ac.th>. (15 สิงหาคม 2554).
- ประเวศ วะสี. (2540). ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคน ศักยภาพแห่งความสร้างสรรค์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- _____. (2547). กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร: มุลินีสาธารณสุข
แห่งชาติ .
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคนอื่นๆ. (2546). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
ในปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี : สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ผกา มาศ กมลพรวิจิตร และมนู วาทีสุนทร. (2549). การศึกษากระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ.
รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). พระวินัยปิฎก มหาวิวงศ์ ภาค 2
เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2539). พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 1 เล่มที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย.
- _____. (2539). พระวินัยปิฎก มหาวรรค ภาค 2 เล่มที่ 5. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย.
- _____. (2539). พระวินัยปิฎก. จุฬวรรค ภาค 2 เล่มที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย.
- _____. (2539). พระสุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย มหาวรรค เล่มที่ 10. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลง
กรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2539). พระสุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค เล่มที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลง
กรณราชวิทยาลัย.
- _____. (2539). พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก เล่มที่ 12. กรุงเทพฯ :

- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ เล่มที่ 13. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย อูปริปัณณาสก์ เล่มที่ 14. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค เล่มที่ 15. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย นิทานวรรค เล่มที่ 16. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย ชันธวารวรรค เล่มที่ 17. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สฬายตนวรรค เล่มที่ 18. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย มหาวรรค เล่มที่ 19. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย เอกก ทุก ดิกนิบาต เล่มที่ 20. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย จตุกกนิบาต เล่มที่ 21. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ปัญจก ฉักกนิบาต เล่มที่ 22. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- . (2539). พระสุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสก เอกาทสกนิบาต เล่มที่ 24. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระธรรมปิฎก (ประยูร ทรัพย์โต). (2539). นิติศาสตร์แนวพุทธ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บริษัท สหธรรมิก จำกัด.
- . (2544). การศึกษากับการวิจัยเพื่ออนาคตของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร . (2545). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์ภัทร์ รัตนสุวรรณ. (2550). การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลขุนยวม อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ศึกษา

ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). กลไกสุขภาพภาคประชาชนกับกระบวนการ
ปฏิรูประบบสุขภาพภาคเหนือ . สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พวงทอง โยธาใหญ่. (2545). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น:

กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภัทรพล ตันเสถียร. (2550). คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการทาง
การแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2536). เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและ
ชุมชน. หน่วยที่ 5. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

มูลนิธิสุขภาพไทย. (2552). สุขภาพองค์รวม. 2552. <www.thaihof.org/globe/holistic.html>
4 พฤษภาคม, 2552.

มนตรี กรรพุมมาลย์ และภุชงค์ กุณฑลบุตร. (2546). รายงานการวิจัย ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่.
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัตนา บุญมัธยะ. (2535). การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชาวบ้าน : ประสบการณ์การทำงานใน 10 ปี
องค์กรชาวบ้านเพื่อการพัฒนาภาคอีสาน. ขอนแก่น : โครงการปฏิบัติการด้านการพัฒนา
ชุมชน คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและองค์กรชาวบ้านเพื่อ
การพัฒนาภาคอีสาน.

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท บพิธการพิมพ์
จำกัด.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคนอื่นๆ. (2545). รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
และสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ
ตนเองครอบครัว และชุมชน. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
มหิดล .

วัดพระธรรมกาย. (2552). พระสงฆ์สุขภาพอำเภ กินยาแก้ปวดครั้งละ 6 เม็ด ดื่มน้ำกาแฟ 8 แก้ว/วัน.
2552. <<http://www.dmc.tv/pages/news/2008-05-17-1.html>> 8 สิงหาคม, 2552.

วรเดช จันทรศร. (2551). ทฤษฎีการนานโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : 프리ทวอนกราฟฟิค.

- ศศิธร เขมาภรณ์. (2549). การศึกษาเปรียบเทียบวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย .
- ศิริพงษ์ ใจสุข. (2552). กระบวนการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังป่อง ตำบลเหมืองแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภชัย ยาวะประภาช และปิยากร หวังมหาพร. (2552). นโยบายสาธารณสุขไทย : กำเนิดพัฒนาการและสถานภาพของศาสตร์ . กรุงเทพมหานคร : จุฑาทอง.
- สายทิพย์ สุขคติพันธ์. (2539). อุดมการณ์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สารานุกรมเสรี. (2552). การส่งเสริมสุขภาพ. 2552 ก. <http://www.en.wikipedia.org/wiki/Health_care> 18 มิถุนายน, 2552.
- สารานุกรมเสรี. (2552). พระธรรมยุดิและพระมหานิกาย. 2552 ข. <<http://www.en.wikipedia.org/wiki/>> มิถุนายน 18, 2552.
- สุคนธ์ เจียสกุล. (2548). การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ในประเทศไทย โอการสและความท้าทาย, วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 29(3) : 10-24.
- สุจิรภรณ์ เศลาร์ภ. (2551). การกำหนดนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สุชีพ ปุญญานุภาพ. (2539). พระไตรปิฎกฉบับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ : มหามกุฏราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สุภาภรณ์ นิยมสรวน. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2547). การพัฒนาที่ยั่งยืน : การสัมมนาเชิงปฏิบัติการนักวิชาการเพื่อการพัฒนาประเทศ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันคลังสมองของชาติ.
- สุรพันธ์ สุวรรณศรี ทรงคุณ จันทจร พระสุทธิสารโสภณ. (2552). การสร้างความสงบสุขในสังคม : การศึกษาแนวทางการบูรณาการกระบวนการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและคริสต์ศาสนาในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุรศักดิ์ บุญเทียน. (2549). การสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น หลักคิดเพื่อการ

- ประยูรศักดิ์ใช้ . นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
 _____ . (2551). การพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
 ของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
 สุรศักดิ์ บุญเทียน และศิริธร อรไชย. (2553). การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
 ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่: หลักคิดเพื่อการประยุกต์ใช้. นนทบุรี: สำนักงาน
 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ .
- สุวัฒน์ รักขันโท อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ. (2551). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ
 พระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน. รายงานการวิจัย. สุราษฎร์ธานี : มหาวิทยาลัย
 ราชภัฏสุราษฎร์ธานี .
 สุวิมล พลวรรณ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง
 จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมนึก หงส์ยิ้ม และสมภพ เจริญขุนทด. (2549). แผนพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ
 ภาคประชาชนของหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี.
 วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
 สมบัติ อารังธัญวงศ์. (2546). นโยบายสาธารณะ แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ.
 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เสมาธรรม.
- สมพิศ สุขแสน. วิธีสืบค้นวัสดุสารสนเทศ. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา
<http://library.uru.ac.th/bookonline/books/les3.pdf> (14 มีนาคม 2555).
 เสน่ห์ แสงเงิน และคณะ. (2554) ประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่กองทุน
 หลักประกันสุขภาพ. รายงานการวิจัย.
- แสวง รัตน์มงคลมาศ. (2540). การระดมมวลชน และการมีส่วนร่วมของมวลชน การจัดตั้งองค์กร
 การนำและการตัดสินใจทางสังคม : เอกสารประกอบการบรรยาย. กรุงเทพฯ :
 คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ .
 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2540). คู่มือเจ้าหน้าที่ในการ
 ดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
 รับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ .
 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนา
 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม . กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการ
 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ .
 _____ . (2553). จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร: แนวทาง (Guideline)
 การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น.
 กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิกี จำกัด.

- _____. (2553). สมัชชาสุขภาพ: เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอวิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- _____. (2553). หลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดและการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิกี จำกัด.
- อดิน รพีพัฒน์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศูนย์การศึกษา
นโยบายสาธารณสุข.
- _____. (2531). ปัญหาการพัฒนาชนบท บทเรียนจากกรณีกระบัตร์ โครงการพัฒนาชนบท
ลุ่มน้ำแม่กลอง. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- _____. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย.
กรุงเทพฯ : ศูนย์นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนุสรณ์ สุวรรณสิทธิกร. (2539). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสภาตำบลต่อโครงการ ฤษข.
ปี 2528 อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .
- อรพินท์ สโพชชัย. (2551). หลักสำคัญในการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (การเปิดระบบ
ราชการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยและพัฒนา
คุณภาพ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน).
- อภิญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับ
คณะของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 14-15.
- อัญชลี ประคำทอง อรพรรณ สุนทวง. (2544). การประเมินผลโครงการดำเนินงานสุขภาพจิตโดย
พระสงฆ์โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 วันที่ 5-7 กันยายน 2544.
- อภาพร เอี่ยมอยู่แท้. (2550). การปรับตัวของพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน ศึกษากรณีพระสงฆ์จาก
ภาคอีสาน. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2553). ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เอกสารโรเนียว.

ภาษาอังกฤษ

- Alan, Weil. (2008). How Far Can States Take Health Reform. Health Affairs. 27(3) :
736-747.
- Barack Obama. (2008). Modern Health Care for All Americans. American
Psychologist. 15(359) : 1537-1541 ; October.
- Cohen, J. and N.T.Uphoff. (1980). Participation's Place in Rural Development :
Seeking Clarify Through Specificity. World Development. 8(10) : 213-218 ;

March 1980.

Decha Buates, Songkoon Chantachon, Kosit Paengsoi and Anongrit Kangrang. (2010).

Monks' Health: Holistic Health Care Model by Community Participation.

The Social Sciences. 6(3) : 478-482.

Denzin, N.K. Triangulation. In J.P. Keeves (ed.), (1988). Educational Research,

Methodology, and Measurement : An International Handbook. Oxford :

Pergamom Press.

Fornaroff , A. (1980). Community Involvement in Health System for Primary Health

Care. Geneva : World Health Organization : 104.

James, C. Robinson. (2005). Managed Consumerism In Health Care. Health Affairs.

24(6) : 1478-1489.

Julia Abelson, Pierre-Gerlier Forest, John Eyles, Patricia Smith, Elisabeth Martin and

Francois- Pierre Gauvin. (2003). Deliberations about deliberative methods:

issues in the design and evaluation of public participation processes, Social
Science & Medicine Volume 57, Issue 2, July 2003, Pages 239-251.

Kumanan Rasanathan, Tipicha Posayanonda, Maureen Birmingham and Viroj

Tangcharoenthien. (2011). Innovation and participation for healthy public

policy: the first National Health Assembly in Thailand, Blackwell Publishing Ltd.

Koufman , H.F. (1994). Participation Organized Activities in Selected Kentucky

Localities. New York : Agricultural Experiment Station Bulletins.

Morshed Chowdhury. (2004). Community participation in health care. World Health

Organization. 82(11) : 123; November.

Neuwelt P. and others. (2005). Assessing and Developing Community Participation in

Primary Health Care in Aotearoa New Zealand : Case Study. Journal of the
New Zealand Medical Association. 118 : 731-743.

Oakley, P. (1984). Approaches To Participation In Rural Development. Geneva :

Internation Office.

Robert M. Sade. (2008). Foundational Ethic of the Health Care Systems : The Moral

and Practical Superiority of Free Market Reforms. Journal of Medicine and
Philosophy. 33(50) : 461-497.

Roux, C.H. and others. (2005). Impact of Musculoskeletal Disorder on Quality of life :

an Inception Cohort Study. New York : Annual of the Rheumatic Diseases.

- Strasser R. et al. (1999). Developing Social Capital : Community Participation in Rural Health Services. 5th National Rural Health Conference Adelaide. South Austraria : Princess ; March 1999.
- Suraphol Chayaphop, Songkoon Chantachon and Prasopsuk Litthidet. (2010). Pattern on Bringing up the Edged Persons by Social Cost in Nakhonratchasima Province's Community in Thailand. *The Social Sciences*. 5(1) : 21-24.
- Thommasen HV, W. Zhang. (2006). Impact of Chronic Disease on Quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural and Remote Health*. 6(2) : 528.
- Victor R. Fuchs and Ezekiel J. Emanuel. (2005). Health Care Reform : Why? What? When?. *Health Affairs*. 24(6) : 1399-1414.
- Werthiem, W.F. (1981). *The Urgency Factor and Democracy : a Theoretical Contribution to Unrisd' Debate on Participation*. Geneva : UNRISD.
- Winnie Yip and Ajay Mahal. (2008). The Health Care Systems Of China And India : Performance And Future Challenge. *Health Affairs*. 27(4) : 921-932.
- Winnie Yip and William C. Hsiao. (2008). The Chinese Health System At A Crossroads. *Health Affairs*. 27(2) : 460-468.
- WHO. (1978). *Primary Health Care report of the international conference on Primary Health Care*. Geneva : World Health Organization.
- _____. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa Canada : Princess Hall.
- WHO/UNICEF. (1978). *Report of the International Conference on Primary Health Care*. New York : N.P. Press.
- Zakus J. D. L. (1998). Resource Dependency and Community Participation in Primary Health Care. *Social science & Medicine*. 46(4-5) : 475-494.

ภาคผนวก

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ)

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

- คำชี้แจง**
1. ให้ผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ให้สัมภาษณ์จนได้คำตอบครบถ้วนตามประเด็นคำถาม
 2. ให้ผู้สัมภาษณ์แยกประเด็นที่จะถามในแต่ละกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตามความเหมาะสม

ประเด็นคำถาม

ส่วนที่ 1 ประวัติความเป็นมาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

1. ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีแผนงาน/กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์หรือไม่
2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมอะไรบ้างดำเนินการอย่างไร และมีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
3. สาเหตุหรือเหตุผลที่เกิดกิจกรรมนี้เป็นมาอย่างไร (เล่าให้ฟังอย่างละเอียด)

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

1. การรักษาพยาบาลพระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วย ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
2. การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
3. การป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดกับพระสงฆ์ที่วัด ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
4. การฟื้นฟูสภาพพระสงฆ์หลังจากการเจ็บป่วย ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วน

ราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี) และสอบถามประเด็นต่างๆ ดังนี้

2. การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้ดำเนินการกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่

2.1 ลานธรรม มีการเทศน์สอนประชาชนหรือไม่ ดำเนินการอย่างไร

2.2 มีการเดินจงกรมของพระสงฆ์ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

2.3 การให้คำปรึกษาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากพระสงฆ์มีความผิดปกติทางจิต

3. การรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ ดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง

4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ มีกิจกรรมอะไรบ้างและดำเนินการอย่างไร

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. การมีส่วนร่วมของท่าน/หน่วยงาน/องค์กร ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี) และสอบถามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.2 การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.5 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

2. การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร ดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ ดำเนินการอย่างไร

ส่วนที่ 5 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่
2. อาหารที่พระสงฆ์ฉันท์เป็นอย่างไร การได้มา การปรุง การเก็บรักษา อุปกรณ์ เครื่องครัว โรงครัว หอฉันท์
3. ที่พักอาศัยหรือภูมิสถาปัตยกรรมเป็นอย่างไร ความแข็งแรง ความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ เครื่องนุ่งห่มสะอาด
4. ห้องน้ำห้องส้วมเป็นอย่างไร ความสะอาด จำนวนเพียงพอ การถ่ายเทอากาศ ความสะดวกสบาย
5. บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดเป็นอย่างไร ความสะอาด ความลาดเอียง ความลื่น ความร่มรื่น
6. น้ำดื่มน้ำใช้ มีความสะอาด ปลอดภัย เพียงพอ มีภาชนะรองรับน้ำเพียงพอ (กรณีไม่มีน้ำประปา) หรือไม่ อย่างไร เพียงพอ
7. การกำจัดขยะ ที่ทิ้งขยะ สถานที่กำจัดขยะ เป็นอย่างไร
8. น้ำเสีย น้ำทิ้งเป็นอย่างไร
9. มีการเลี้ยงสัตว์ในวัดหรือไม่ ถ้ามีมีอะไรบ้าง วิธีการเลี้ยงดูอย่างไร

ส่วนที่ 6 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอนาคต ควรเป็นเช่นไร

1. การดูแลสุขภาพกาย
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคติดต่อ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
2. การดูแลสุขภาพจิต
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคทางจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
3. การดูแลเชิงสังคม

- การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

4. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัด

- อาหารที่พระสงฆ์ฉันท์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- ที่พักอาศัยหรือภูมิสถาปัตยกรรมควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- ห้องน้ำห้องส้วมเป็นอย่างไร ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- น้ำดื่ม น้ำใช้ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การกำจัดขยะควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- น้ำเสีย น้ำทิ้งควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- มีการเลี้ยงสัตว์ในวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

5. การจัดโครงสร้างภายในหน่วยงาน/องค์กรแห่งนี้ มีผู้รับผิดชอบ แผนงาน กิจกรรมการดำเนินงาน มีความเหมาะสมที่จะให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ได้อย่างไรบ้าง

6. หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข (ระดับกรม สำนัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสถานีนอนามัย) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

7. หน่วยงานภายในสำนักพระพุทธศาสนา (สำนักพระพุทธศาสนา สำนักพระพุทธศาสนา จังหวัด วัด พระสงฆ์) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

8. หน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน (เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก เทศบาล/อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนทั่วไป) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (ผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติ)

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

- คำชี้แจง**
1. ให้ผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ให้สัมภาษณ์จนได้คำตอบครบถ้วนตามประเด็นคำถาม
 2. ให้ผู้สัมภาษณ์แยกประเด็นที่จะถามในแต่ละกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตามความเหมาะสม

ประเด็นคำถาม

ส่วนที่ 1 ประวัติความเป็นมาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

1. ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีแผนงาน/กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์หรือไม่
2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมอะไรบ้างดำเนินการอย่างไร และมีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
3. สาเหตุหรือเหตุผลที่เกิดกิจกรรมนี้เป็นมาอย่างไร (เล่าให้ฟังอย่างละเอียด)

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

1. การรักษาพยาบาลพระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วย ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
2. การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
3. การป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดกับพระสงฆ์ที่วัด ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
4. การฟื้นฟูสภาพพระสงฆ์หลังจากการเจ็บป่วย ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วน

ราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี) และสอบถามประเด็นต่างๆ ดังนี้

2. การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้ดำเนินการกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่

2.1 ลานธรรม มีการเทศน์สอนประชาชนหรือไม่ ดำเนินการอย่างไร

2.2 มีการเดินจงกรม นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

2.3 การให้คำปรึกษาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากพระสงฆ์มีความผิดปกติทางจิต

3. การรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ ดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง

4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ มีกิจกรรมอะไรบ้างและดำเนินการอย่างไร

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. การมีส่วนร่วมของท่าน/หน่วยงาน/องค์กร ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี) และสอบถามประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.2 การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

1.5 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

2. การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร ดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ ดำเนินการอย่างไร

ส่วนที่ 5 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับพระสงฆ์ ท่าน/หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่
2. อาหารที่พระสงฆ์ฉันท์เป็นอย่างไร การได้มา การปรุง การเก็บรักษา อุปกรณ์ เครื่องครัว โรงครัว หอฉันท์
3. ที่พักอาศัยหรือกุฏิมีสภาพเป็นอย่างไร ความแข็งแรง ความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ เครื่องนุ่งห่มสะอาด
4. ห้องน้ำห้องส้วมเป็นอย่างไร ความสะอาด จำนวนเพียงพอ การถ่ายเทอากาศ ความสะดวกสบาย
5. บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดเป็นอย่างไร ความสะอาด ความลาดเอียง ความลื่น ความร่มรื่น
6. น้ำดื่มน้ำใช้ มีความสะอาดปลอดภัย เพียงพอ มีภาชนะรองรับน้ำเพียงพอ (กรณีไม่มีน้ำประปา) หรือไม่ เป็นอย่างไร
7. การกำจัดขยะ ที่ทิ้งขยะ สถานที่กำจัดขยะ เป็นอย่างไร
8. น้ำเสีย น้ำทิ้งเป็นอย่างไร
9. มีการเลี้ยงสัตว์ในวัดหรือไม่ ถ้ามีมีอะไรบ้าง วิธีการเลี้ยงดู เป็นอย่างไร

ส่วนที่ 6 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอนาคต ควรเป็นเช่นไร

1. การดูแลสุขภาพกาย
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคติดต่อ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
2. การดูแลสุขภาพจิต
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคทางจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
3. การดูแลเชิงสังคม

- การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

4. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัด

- อาหารที่พระสงฆ์ฉันท์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- ที่พักอาศัยหรือภูมิสถาปัตย์ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- ห้องน้ำห้องส้วมเป็นอย่างไร ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- น้ำดื่ม น้ำใช้ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การกำจัดขยะควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- น้ำเสีย น้ำทิ้งควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- มีการเลี้ยงสัตว์ในวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

5. การจัดโครงสร้างภายในหน่วยงาน/องค์กรแห่งนี้ มีผู้รับผิดชอบ แผนงาน กิจกรรมการดำเนินงาน มีความเหมาะสมที่จะให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ได้อย่างไรบ้าง

6. หน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข (ระดับกรม สำนัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และสถานีนอนามัย) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

7. หน่วยงานภายในสำนักพระพุทธศาสนา (สำนักพระพุทธศาสนา สำนักพระพุทธศาสนา จังหวัด วัด พระสงฆ์) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

8. หน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน (เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก เทศบาล/อบต. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนทั่วไป) ควรมีหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (ประชาชนทั่วไป)

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

- คำชี้แจง**
1. ให้ผู้สัมภาษณ์ซักถามผู้ให้สัมภาษณ์จนได้คำตอบครบถ้วนตามประเด็นคำถาม
 2. ให้ผู้สัมภาษณ์แยกประเด็นที่จะถามในแต่ละกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตามความเหมาะสม

ประเด็นคำถาม

ส่วนที่ 1 ประวัติความเป็นมาของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

1. ท่านทำกิจกรรมร่วมกับวัดหรือพระสงฆ์ที่วัดนี้มานานมากน้อยแค่ไหน (เช่น ใส่บาตร ทำบุญ งานพิธีต่างๆ ของวัด)
2. ท่านทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ บ้างหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพทางกายของพระสงฆ์

1. การรักษาพยาบาลพระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วย ท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร
2. การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร
3. การป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดกับพระสงฆ์ที่วัด ท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร
4. การฟื้นฟูสภาพพระสงฆ์หลังจากการเจ็บป่วย ท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ ท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร
2. การป้องกันไม่ให้พระสงฆ์มีอาการเจ็บป่วยทางจิต ท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร (เช่น กิจกรรมลานธรรม กิจกรรมการเดินจงกรมของพระสงฆ์ นั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ การให้คำปรึกษาต่างๆ)
3. การรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร
4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ท่านท่านท่านมีส่วนช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หรือไม่ อย่างไร (สอบถามประเด็นต่างๆ ดังนี้)
 - 1.1 การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์
 - 1.2 การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์
 - 1.3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์
 - 1.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์
 - 1.5 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์

ส่วนที่ 5 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. ท่านมีส่วนในการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัด หรือไม่อย่างไร (เช่น พักอาศัยหรือกุฏิ ห้องน้ำ ห้องส้วม บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัด น้ำดื่ม น้ำใช้ การกำจัดขยะ น้ำเสีย น้ำทิ้ง สัตว์เลี้ยงและสัตว์นำโรคต่างๆ ในวัด)
2. อาหารที่นำมาถวายพระสงฆ์ฉันที่เป็นอย่างไร การได้มา การปรุง การเก็บรักษา อุปกรณ์เครื่องครัว โรงครัว หอฉันท์

ส่วนที่ 6 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอนาคต ควรเป็นเช่นไร

1. การดูแลสุขภาพกาย
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคติดต่อ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
2. การดูแลสุขภาพจิต
 - การรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การส่งเสริมสุขภาพจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การป้องกันโรคทางจิต ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังการยามเจ็บป่วย ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
3. การดูแลเชิงสังคม
 - การมีส่วนร่วมในการสำรวจ/ค้นหาสาเหตุและปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
 - การมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้จากการแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

4. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัด

- อาหารที่พระสงฆ์ฉันท์ ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- ที่พักอาศัยหรือภูมิสถาปัตยกรรมควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- ห้องน้ำห้องส้วมเป็นอย่างไร ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- น้ำดื่มน้ำใช้ควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- การกำจัดขยะควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- น้ำเสีย น้ำทิ้งควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง
- มีการเลี้ยงสัตว์ในวัดควรทำอย่างไร และมีกิจกรรมอะไรบ้าง

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (ด้านการป้องกันควบคุมโรค)

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

คำชี้แจง ขอให้ผู้รู้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ใน
ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ที่จะเกิดขึ้นกับพระสงฆ์ใน
วัด

ประเด็นคำถาม

1. การป้องกันควบคุมโรคทางเดินอาหารและน้ำ พระสงฆ์ควรจะทำปฏิบัติตนอย่างไรได้บ้าง และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
2. การป้องกันควบคุมโรคทางเดินหายใจ พระสงฆ์ควรจะทำปฏิบัติตนอย่างไรได้บ้างและในอนาคตจะเป็นอย่างไร
3. การป้องกันควบคุมโรคจากสัตว์ (สุนัข แมว) พระสงฆ์ควรทำอย่างไรและในอนาคตจะเป็นอย่างไร
4. การป้องกันควบคุมโรคที่เกิดจากแมลง พระสงฆ์ควรปฏิบัติอย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
5. การป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในวัด พระสงฆ์ควรจะทำปฏิบัติตนอย่างไรได้บ้างและในอนาคตจะเป็นอย่างไร
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไรและในอนาคตจะเป็นอย่างไร
7. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไรและในอนาคตจะเป็นอย่างไร
8. ประชาชนในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม)

การวิจัยเรื่อง สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

คำชี้แจง ขอให้ผู้รู้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในวัด

1. การส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย พระสงฆ์ควรจะทำอย่างไรได้บ้าง และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
2. การส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ พระสงฆ์ควรจะทำอย่างไรได้บ้าง และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
3. การออกกำลังกาย พระสงฆ์ควรทำอย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
4. ศาลา ที่พักอาศัยหรือกุฏิ ควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
5. ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
6. บริเวณวัด พื้น ถนน ลานวัดควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
7. น้ำดื่ม น้ำใช้ ควรทำอย่างไรให้เหมาะสมแก่การอุปโภค บริโภค ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
8. การกำจัดขยะควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
9. การกำจัดน้ำเสีย น้ำทิ้งควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงจะปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
10. การรับประทานอาหาร พระสงฆ์ควรทำอย่างไร อาหารที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ควรมีอะไรบ้าง ในแต่ละมื้อ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
11. ภาชนะใส่อาหาร รวมทั้งการปรุง การจัดเก็บ อาหารของพระสงฆ์ ควรทำอย่างไร ที่พระสงฆ์พึงปฏิบัติได้ และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
12. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
13. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
14. ประชาชนในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
15. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
16. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร
17. ประชาชนในพื้นที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างไร และในอนาคตจะเป็นอย่างไร

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่จัด.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ผู้ดำเนินการ.....

คำชี้แจง ให้ใช้ประเด็นเหล่านี้ในการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการจนได้คำตอบครบถ้วนตามประเด็นคำถาม

1. หน่วยงาน/องค์กร มีแผนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์หรือไม่ วิธีการจัดทำแผนทำอย่างไร ใครมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนบ้าง รายละเอียดของแผนมีอะไรบ้าง (ขอดูแผนแล้วขอลอก รายละเอียดหรือขอถ่ายเอกสาร)
2. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
3. การป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดกับพระสงฆ์ที่วัด หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
4. การรักษาพยาบาลพระสงฆ์เมื่อเจ็บป่วย หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
5. การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์หลังจากการเจ็บป่วย หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)
6. การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในวัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)

7. การส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ เหล่านั้นดำเนินการอย่างไร มีส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ รวมทั้งกลุ่มชาวบ้านในบริเวณพื้นที่ (ถ้าไม่มีถามเหตุผลของการที่ไม่มี)

8. การจัดโครงสร้างภายในหน่วยงาน/องค์กรแห่งนี้ มีความเหมาะสมที่จะให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ได้อย่างไรบ้าง

9. ระบบการจัดการดูแลสุขภาพให้กับพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กรดำเนินการอย่างไร

10. การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ หน่วยงาน/องค์กร ดำเนินการอย่างไร มีกิจกรรมดำเนินการหรือไม่ มีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมต่างๆ ดำเนินการอย่างไร

11. หากจะต้องให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีนั้น ท่านคิดว่าจะดำเนินการได้อย่างไร โดยเฉพาะตัวของพระสงฆ์เอง

แบบสังเกต

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

วันที่สังเกต.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

ผู้สังเกต.....

ลำดับ	รายการที่สังเกต	มี/ ไม่มี	สภาพ/ลักษณะเป็นอย่างไร
1	ศาลา อาคาร สถานที่ คงทนแข็งแรง		
2	กุฏิหรือที่พักอาศัย		
3	ห้องน้ำห้องส้วม		
4	โรงครัว/โรงอาหาร		
5	น้ำดื่ม น้ำใช้		
6	อุปกรณ์ดับเพลิง		
7	การเก็บ/กำจัดขยะมูลฝอย		
8	การกำจัดน้ำเสีย		
9	การเลี้ยงสัตว์ปีก		
10	การเลี้ยงสุนัข แมว อื่นๆ		
11	การกำจัด ควบคุมยุงพาหะนำโรค		
12	ถนน พื้น ไม้ลื่น ลาดเอียงเกินไป		
13	ห้องปฐมพยาบาล/ตู้ยาประจำวัด		
14	อาหารที่ฉันท้มือเช้า กลางวัน		
15	พระสงฆ์สูบบุหรี่		
16	พระสงฆ์ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง		
17	ออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที		
18	พระสงฆ์ปฏิบัติธรรมกรรมฐาน/เดิน จงกรม		
19	สวดมนต์ ทำวัตร เช้า - เย็น		

แบบสำรวจ

การวิจัยเรื่อง นโยบายสาธารณะ : การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

.....

วันที่สอบถาม.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... น.

คำชี้แจง ขอให้ผู้กรูณาทำเครื่องหมาย ลงใน () ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

<p>1. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ () สูบ () ไม่สูบ</p>	<p>2. ท่านดื่มกาแฟหรือไม่ () ดื่ม () ไม่ดื่ม</p>
<p>3. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (เช่น กระทิงแดง, ลิโพ, เอ็ม 150, คาราบาวแดง ฯลฯ) () ดื่ม จำนวน.....ขวดต่อวัน () ไม่ดื่ม</p>	<p>4. ท่านฉันทานอาหารรสจัดหรือไม่ (เช่น หวานจัด เค็มจัด เปรี้ยว) () ฉันทาน () ไม่ฉันทาน</p>
<p>5. ท่านฉันทานยาต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () ยาแก้ปวดพาราเซตามอล () ยาแก้ปวดข้อ ปวดขา () ยาแก้โรคกระเพาะ () ยาแก้ชักเสบต่างๆ () ยาที่ฟี่หรือยาแก้ไข้หวัด () ยาอื่นๆ</p>	<p>6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง () โรคเบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง () โรคความดันโลหิตสูง () โรคหัวใจ () โรคภูมิแพ้ () โรคอื่นๆ ให้ระบุ.....</p>
<p>7. ท่านดื่มน้ำสะอาดประมาณวันละ.....แก้ว</p>	<p>8. ทำดื่มจากแหล่งไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () น้ำกรอง () น้ำบรรจุขวด () น้ำประปา () น้ำบ่อ () น้ำฝน</p>
<p>9. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำหรือไม่ () ใ้รับ ปีละ.....ครั้ง () ไม่ได้ รับ</p>	<p>10. เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ว่านไปรับการรักษาที่ไหน () โรงพยาบาล () สถานีอนามัย () คลินิก () โรงพยาบาลเอกชน</p>