



การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

THE CARE OF BED-BOUND PATIENTS ACCORDING TO
BUDDHIST ETHICS IN BAN FANG SUBDISTRICT,
KASET WISAI DISTRICT, ROI ET PROVINCE

พระยงคัยุทธ เทวธมโม (จันทะอ่อน)

ดุขฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุขฎีบัณฑิต
สาขาวิชาปรัชญา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๓



การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

พระยงค์ยุทธ เทวธมโม (จันทะอ่อน)

ดุฎฐินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาปรัชญา

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พุทธศักราช ๒๕๖๓

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



The Care of Bed-bound patients According to
Buddhist Ethics in Ban Fang Subdistrict,
Kaset Wisai District, Roi Et Province

Phra Yongyuth Dhevadhammo (Chanthaon)

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of
the Requirements for the Degree of
Doctor of Philosophy
(Philosophy)

Graduate School
Mahachulalongkornrajavidyalaya University
C.E. 2020

(Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University)



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อนุมัติให้นับคุณฐินีพนธ์ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรคุณฐินีพนธ์ สาขาวิชาปรัชญา

(พระมหาสมบุรณ์ วุฑฒิกโร, รศ. ดร.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการตรวจสอบคุณฐินีพนธ์

(ศ. ดร.ประยงค์ แสนบุราณ)

ประธานกรรมการ

(พระเทพปวรเมธี, รศ. ดร.)

กรรมการ

(ผศ. ดร.หอมหวล บัวระภา)

กรรมการ

(พระครูภวานาไพฑิคุณ, ผศ. ดร.)

กรรมการ

(ผศ. ดร.จรัส ลีกา)

กรรมการ

คณะกรรมการควบคุมคุณฐินีพนธ์

พระครูภวานาไพฑิคุณ, ผศ. ดร.
ผศ. ดร.จรัส ลีกา

ประธานกรรมการ

กรรมการ

ชื่อผู้วิจัย

(พระยงค์ยuth เทวธมโม)

ชื่อคุณนิพนธ์	: การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้วิจัย	: พระยงค์ยุทธ เทวธมโม (จันทะอ่อน)
ปริญญา	: พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ปรัชญา)
คณะกรรมการควบคุมคุณนิพนธ์	: พระครูภาวนาโพธิคุณ, ผศ. ดร., พธ.บ. (ศาสนา), M.A. (Philosophy), M.A. (Political Science), Ph.D. (Philosophy) : ผศ. ดร.จรัส สীগา, ป.ธ. ๗, พธ.บ. (ศาสนา), M.A. (Philosophy), Ph.D. (Philosophy)
วันเสร็จสมบูรณ์	: ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ๒) เพื่อศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ๓) เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาข้อมูลจากพระไตรปิฎก เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน ๓๐ รูป/คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบวิธีพรรณนาตามหลักอุปนัยวิธี

ผลการวิจัยพบว่า

๑. สภาพปัญหาที่พบในผู้ป่วยติดเตียงมาจากสาเหตุหลัก ๒ อย่าง ๑) หลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน ๒) หลอดเลือดในสมองแตก จะพบในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ ๑-๓ โรค ทำให้มีภาวะที่ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน และอาการป่วยจะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ และการป่วยติดเตียงจะเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน ทำให้ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลอื่น และปัญหาที่พบในผู้ป่วยติดเตียงคือ การขาดผู้ดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

๒. หลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า มีการนำ**พรหมวิหาร ๔** (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา) **ภาวนา ๔** (กาย ศีล จิต ปัญญา) และ**โพชฌงค์ ๗** (สติ ธัมมวิจย วิริย ปิตี ปัสสัทธิ สมาธิ)

๓. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การนำหลักพุทธจริยศาสตร์ที่กล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ ด้วยวิธีการดูแลด้วยความเอาใจใส่ด้วยความตั้งใจให้หายจากโรค และผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเจ็บป่วยอีก และช่วยพัฒนาผู้ป่วยให้เข้าใจถึงภาวะความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ

Dissertation Title : The Care of Bed-bound patients According to Buddhist Ethics in Ban Fang Subdistrict, Kaset Wisai District, Roi Et Province

Researcher : Phra Yongyuth Dhevadhammo (Chanthaon)

Degree : Doctor of Philosophy (Philosophy)

Dissertation Supervisory Committee

: Phrakhru Bhavanabodhikun, Asst. Prof. Dr., B.A. (Religion), M.A. (Philosophy), M.A. (Political Science), M.Phil. (Philosophy), Ph.D. (Philosophy)

: Asst. Prof. Dr. Jaras Leeka, Pali VII, B.A. (Religion), M.A. (Philosophy), Ph.D. (Philosophy)

Date of Completion : March 17, 2021

Abstract

The objectives of this research paper were: 1) to study the current problematic conditions of the bedridden patient care; 2) to study Buddhist ethics used in the bedridden patient care; 3) to analyze the bedridden patient care according to Buddhist ethics. This research was carried out by means of the documentary research through studying information from Tipiṭaka, documents and related research. The obtained data were interpreted by using descriptive analysis based on the inductive reasoning principles.

The research results were as follows:

1) The current problematic conditions found in the bedridden patients were that the bedridden patients mostly are the elderly with 1-3 underlying diseases causing complicated treatment and their illnesses were different from those in other ages because they had chronic illness at bed without physical movement affecting the working system of the muscles and complications such as infections in the respiratory system, urinary system, frozen joints, depression and pressure ulcers etc. This made it impossible for them to help themselves and required care from other people. Also, the problems found in the bedridden patients were lack of caregivers, which affected their quality of life in all dimensions.

2) The Buddhist ethics used in the bedridden patient care included Brahmavihāra Dhamma (Sublime States of Mind): Mettā (loving kindness), Karuṇā (compassion), Muditā (sympathetic joy) and Upekkhā (equanimity) that the caregivers had to have in mind and expressed with their pure heart.

3) The bedridden patient care according to Buddhist ethics can be made by applying Brahmavihāra Dhamma principles in the bedridden patient care to improve their quality of life in every dimension in a way to take care of patients with pure love, intention of caring for their recovery from existing diseases, pleasure when the patient recovered from the illness and neutrality in keeping an eye on patients to not return to illness again and help develop patients to have a better quality of life in every dimension.

กิตติกรรมประกาศ

ดุชฎินิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีตามวัตถุประสงค์ โดยได้รับความร่วมมือ และความช่วยเหลือจากหลายฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ที่ได้ให้โอกาสเข้ามาศึกษา รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาผลงานทางด้านวิชาการ

กราบขอขอบคุณ พระครูภาวนาโพธิคุณ, ผศ.ดร. และขอขอบคุณ ผศ.ดร.จรัส ลีกา ในฐานะเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา คอยให้คำแนะนำในการทำดุชฎินิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ขอเจริญพรขอบคุณ ศ.ดร.ประยงค์ แสนวนุราณ ประธานสอบป้องกันดุชฎินิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณพระเทพพรเมธี, รศ.ดร., คณะกรรมการสอบป้องกันดุชฎินิพนธ์ รวมถึงขอขอบพระคุณพระอาจารย์ประจำหลักสูตรพุทธศาสตร์ดุชฎินิพนธ์ สาขาวิชาปรัชญาทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ด้านเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำ ขอขอบคุณโยมพ่อและโยมแม่ที่ท่านได้ให้กำเนิด ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน เป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา และเป็นแรงบันดาลใจในการได้มาศึกษาเล่าเรียนในระดับนี้ก็เพื่อจะเป็นของขวัญให้ท่านทั้ง ๒ เป็นหลัก

ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง และให้การสนับสนุนในการทำดุชฎินิพนธ์ครั้งนี้ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมด สำหรับคุณความดีที่เกิดจากดุชฎินิพนธ์เล่มนี้ ขอให้เป็นอานิสงส์หนุนส่งให้ผู้ที่มีส่วนร่วมสนับสนุนทุกท่านมีความสุขและความเจริญตามความปรารถนา และขอแผ่ความดีในครั้งนี้ให้แก่ญาติมิตร เจ้ากรรมนายเวร และสรรพสัตว์ทั้งปวง ขอให้ท่านเหล่านั้นมีความสุขยิ่ง ๆ ขึ้นไป

พระยงค์ยุท เทวธมโม (จันทะอ่อน)

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ช
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๔
๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ	๔
๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย	๕
๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๖
๑.๖ วิธีดำเนินการวิจัย	๗
๑.๗ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๙
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๐
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง	๑๐
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง	๑๑
๒.๓ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑๓
๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนา	๑๘
๒.๕ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม	๓๖
๒.๖ ทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	๔๑
๒.๗ ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์	๔๗
๒.๘ บริบทพื้นที่วิจัย	๖๙
๒.๙ งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗๑
๒.๑๐ สรุป	๘๗
๒.๑๑ กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	๘๙
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๙๑
๓.๑ รูปแบบการวิจัย	๙๑
๓.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)	๙๒
๓.๓ พื้นที่ในการวิจัย	๙๓
๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๙๓

๓.๕ การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	๙๓
๓.๖ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	๙๔
๓.๗ การเก็บรวบรวมข้อมูล	๙๔
๓.๘ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล	๙๕
๓.๙ การวิเคราะห์ข้อมูล	๙๕
๓.๑๐ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	๙๖
บทที่ ๔ การวิเคราะห์ข้อมูล	๙๗
๔.๑ การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด	๙๗
๔.๒ ศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด	๑๐๙
๔.๓ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด	๑๒๖
๔.๔ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๑๔๒
๔.๕ องค์กรความที่ได้จากการวิจัย	๑๔๗
บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๑๔๘
๕.๑ สรุปผลการวิจัย	๑๔๘
๕.๒ อภิปรายผล	๑๕๓
๕.๓ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	๑๕๕
บรรณานุกรม	๑๕๗
ภาคผนวก	๑๖๕
ภาคผนวก ก หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย	๑๖๖
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์	๑๗๐
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย	๑๗๕
ภาคผนวก ง ภาพประกอบแบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย	๑๗๘
ประวัติผู้วิจัย	๑๘๘

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

อักษรย่อในดัชนีฉบับนี้ใช้อ้างอิงจากพระไตรปิฎกภาษาบาลีและพระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย การอ้างอิงระบุ เล่ม/ข้อ/หน้า หลังอักษรย่อชื่อคัมภีร์ ให้อักษรย่อตัวพื้นปกติ เช่น ที.สี.(บาลี) ๙/๒๗๖/๙๗, ที.สี.(ไทย) ๙/๒๗๖/๙๘. หมายถึง ทีฆนิกาย สीलขันธวรรคปาลี ภาษาบาลี เล่ม ๙ ข้อ ๒๗๖ หน้า ๙๗ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๐๐ และ ทีฆนิกาย สीलขันธวรรค ภาษาไทย เล่ม ๙ ข้อ ๒๗๖ หน้า ๙๘ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙

ก. คำย่อชื่อคัมภีร์พระไตรปิฎก

		พระวินัยปิฎก		
คำย่อ		ชื่อคัมภีร์	ภาษา	
วิ.ม. (บาลี)	= วินยปิฎก	มหาวคคปาลี	(ภาษาบาลี)	
		พระสุตตันตปิฎก		
คำย่อ		ชื่อคัมภีร์	ภาษา	
ที.สี. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	สีลขันธวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ม. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	ทีฆนิกาย	ปาฎีกวรรค	(ภาษาไทย)
ม.มู. (บาลี)	= สุตตันตปิฎก	มชฌิมนิกาย	มูลปณณาสกปาลี	(ภาษาบาลี)
ม.มู. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	มชฌิมนิกาย	มูลปณณาสก	(ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	มชฌิมนิกาย	มชฌิมปณณาสก	(ภาษาไทย)
ม.อ. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	มชฌิมนิกาย	อุปริปณณาสก	(ภาษาไทย)
ส.ส. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	สคาถวรรค	(ภาษาไทย)
ส.นิ. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	นันทวรรค	(ภาษาไทย)
ส.ข. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	ขันธวรรค	(ภาษาไทย)
ส.ม. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	สังยุตตนิกาย	มหาวรรค	(ภาษาไทย)
อง.ติก. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ติกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.จตุกก. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	จตุกกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.ปญจก. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ปญจกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.ฉก. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	ฉกนิบาต	(ภาษาไทย)
อง.อฏฐก. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	อังคุตตรนิกาย	อฏฐกนิบาต	(ภาษาไทย)
ขุ.ธ. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	ธรรมบท	(ภาษาไทย)
ขุ.อ. (ไทย)	= สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	อุทาน	(ภาษาไทย)
ขุ.จู. (บาลี)	= สุตตันตปิฎก	ขุททกนิกาย	จูฬนิตเทสปาลี	(ภาษาบาลี)

พระอภิธรรมปิฎก

คำย่อ
อภิ.วิ. (ไทย)

= อภิธรรมปิฎก
ชื่อคัมภีร์
วิงศ์

ภาษา
(ภาษาไทย)

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการเข้าสู่สังคมสูงวัยกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลก ผลจากสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยเด็กน้อยลงสาเหตุจากอัตราการเกิดและอัตราการตายมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง คนมีอายุยืนมากขึ้นโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบเช่น สวีเดน ประเทศฝรั่งเศส สวีเดน ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ฯลฯ ซึ่งหมายความว่าประเทศเหล่านี้มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรในประเทศ

องค์การสหประชาชาติได้นิยามและแบ่งระดับไว้ดังนี้ นิยามคือผู้สูงอายุ (old person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป โดยแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุเป็น ๓ ระดับตามจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุดังนี้ ระดับแรกคือ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีมากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ระดับต่อมา คือระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี มากกว่าร้อยละ ๑๔ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์และ ระดับสุดท้าย คือระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

อัตราการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓ ต่อปี ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ ๙๖๓ ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑๓ ของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ ๑.๔ พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง ๒ พันล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางการแพทย์ การโภชนาการ^๑

^๑ องค์การอนามัยโลก (๒๐๑๐), ความหมายผู้สูงอายุ, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://www.who.int>. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

เมื่อเปรียบเทียบกับทั่วโลกในทวีปเอเชียมีประชากรที่สูงวัยมากที่สุด โดยมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า ๖๐ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก และถือเป็นประเทศแรก ๆ ของโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged Society) โดยมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมดในประเทศ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ๓๐,๐๐๐ คนต่อเดือนซึ่งคาดว่าจะมีมากถึงร้อยละ ๓๗.๓ ของประชากรทั้งหมดในประเทศ สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเติบโตของประชากรสูงวัยอยู่ในอันดับสามรองจากเกาหลีใต้และญี่ปุ่น ประเทศไทยนั้นได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่ามีผู้สูงอายุ ๖.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๓ เพิ่มขึ้นเป็น ๑๔.๐ ล้านคนเป็นร้อยละ ๒๐ ในปี ๒๕๖๘^๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จำนวนผู้สูงอายุในไทยจะมีมากถึง ๑๑.๓ ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ๖๗.๖๖ ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ ของประชากรทั้งหมดและจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ ๒๖.๙ ของประชากรไทย โดยค่อย ๆ เพิ่มขึ้น หลังจากปี ๒๕๕๓-๒๕๖๓ อัตราการเกิดลดลง แต่ตรงกันข้ามอายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้นทำให้ประชากรมีสัดส่วนมากขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวน^๓

ปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญคือเกือบครึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ทำให้เป็นภาระต่อผู้เลี้ยงดูหรือครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคม จากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อลูกหลานแต่งงานจะแยกครอบครัวของตนเองไปหรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีกระบวนการเสื่อมเพิ่มขึ้นตามธรรมชาติ กระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และทางด้านสังคม

เมื่อมีจำนวนประชากรสูงวัยมากทำให้ขาดอัตราการจ้างงาน อัตราการผลิตลดลง รวมทั้งการออมก็ย่อมลดลงด้วย รัฐบาลต้องสำรองงบประมาณในการดูแล ให้สวัสดิการในการรักษาพยาบาลรวมทั้งสวัสดิการด้านอื่น ๆ โดยภาพรวมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมอย่างมาก ถ้ารัฐบาลไม่พร้อมวางแผนที่เตรียมมีรับมือกับผลกระทบ ปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญเพราะผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะมีโรคประจำตัวเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาตครึ่งซีก สมองเสื่อม ข้อเข่า

^๒ สำนักงานวิจัยและสถิติ บริษัทไทยรับประกันต่อ จำกัด, สังคมสูงวัยในอาเซียน, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: https://www.thairelife.co.th/upload/article/filee_200306095941.pdf. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

^๓ วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล, รศ.ดร, การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจด้วยผู้สูงอายุ ปี ๒๕๔๒, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php> [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

เสื่อม โรคซึมเศร้าและผู้ป่วยติดเตียง และยังพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังร่วมอย่างต่ำ ๑-๓ โรค^๔ เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จนสุดท้ายการทำกิจกรรมต้องอยู่บนเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น แผลกดทับ ข้อต่อเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่ ภาวะติดเชื้องานเดินหายใจ เป็นต้น เป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงใน ผู้สูงอายุมากขึ้นเมื่อมีอาการป่วยเรื้อรังประกอบกับอายุมากขึ้นต้องอยู่ในสภาพติดเตียงโดยมีผู้ดูแล อย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะต่อผู้ดูแลและผลกระทบระยะยาว^๕

จากสถิติแห่งชาติปี ๒๕๕๐ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงหรือที่เรียกว่าผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ประมาณร้อยละ ๑๒ โดย ร้อยละ ๑๑.๑ ไม่มีคนดูแล และมีกลุ่มผู้สูงอายุวัย ๘๐ ปีขึ้นไปดูแลกันเองร้อยละ ๒.๒เป็นการสร้างภาระให้ทั้งร่างกายและจิตใจ^๖ จากสถิติของการพึ่งพิงในอาเซียนพบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับสองรองจากสิงคโปร์ โดยภาวะ พึ่งพิงของวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน พบว่าภาคเหนือมีสัดส่วนมากที่สุด คือ ๑๐๔.๖ ต่อพัน ประชากรและเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” คือ อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์มากถึงร้อยละ ๒ ของประชากร^๗ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณสวัสดิการในการดูแลในทุก ๆ ด้าน ในสังคมไทยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นคนในครอบครัวถึงร้อยละ ๙๕.๕ เนื่องจากวัฒนธรรมและธรรมเนียมแต่ดั้งเดิมที่ลูกหลานต้องตอบแทนกตัญญูต่อพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดเตียงในระยะยาวพบว่า ทำให้เกิดผลกระทบ คือ ผู้ดูแลเสียโอกาสในด้านอาชีพ ทำให้มีปัญหาเงินไม่พอใช้ต้องมีหนี้สิน และผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว มีความเครียดสูง โดยต้องให้การดูแลเพียงลำพังเกือบตลอด ๒๔ ชั่วโมง ขาดโอกาสทางสังคม เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องและไม่มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากชุมชน และในการดูแลยังขาดหลักประกันในการดูแลที่บ้าน อีกทั้งขาดอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก ในการดูแลและประสบปัญหาการเคลื่อนย้ายเมื่อผู้สูงอายุการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล^๘

^๔ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, รายงานสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วชิรรินทร์, ๒๕๕๖).

^๕ ศิราณีศรีหาภาค, โภมาตรจึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, ผลกระทบและภาระการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖), หน้า ๑๔๓-๑๔๘.

^๖ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.).

^๗ สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, (๒๕๕๗). การสูงวัยของประชากรไทยพ.ศ. ๒๕๕๗, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th> [๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓].

^๘ ศิราณี ศรีหาภาค, โภมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง, ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖), หน้า ๑๔๓-๑๔๘.

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทั้งแบบที่เป็นทางการได้แก่บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม และไม่ใช่นิติทางการได้แก่ครอบครัว คนข้างบ้านหรือเพื่อน รวมทั้งการบริการในสังคม ชุมชน เมื่อมีปัญหาผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบายจึงได้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาวโดยคาดหวังว่าจะมีระบบการดูแลที่เป็นทีมทุกระดับ ในชุมชนเกิดความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ คือทีมหมอครอบครัว ในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน รวมทั้งกลไกในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเหล่านี้ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องมีคุณธรรมจริยธรรม หลักธรรมประจำใจที่จะทำหน้าที่ตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยติดเตียงมีเหล่านี้มีศักดิ์ความเป็นมนุษย์มากขึ้น ช่วยดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีความสุขจนสุดท้ายของชีวิต

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงดังกล่าวมาแล้วข้างต้นนั้นจะพบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเฉพาะผู้ดูแลต้องใช้ความอดทนสูง เพราะในการดูแลนั้นต้องดูแลจนกว่าผู้ป่วยนั้นจะหายเป็นปกติหรืออาจไม่หายเป็นผู้ป่วยติดเตียงไปตลอดชีวิต ทั้งยังเกิดจากปัญหาด้านการทำมาหากินจึงไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลได้อย่างเต็มที่ จากปัญหาดังกล่าวนี้จึงจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงว่ามีความเกี่ยวข้องกับหลักพุทธจริยศาสตร์ข้อใดที่จะนำมาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อให้เกิดความสุขทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงเห็นว่าหลักพุทธจริยศาสตร์ที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างเหมาะสมคือหลักพรหมวิหารธรรม ที่ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา เพราะหลักพุทธจริยศาสตร์ดังกล่าวนี้เป็นคุณธรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีประจำใจ และงานวิจัยนี้เมื่อสำเร็จสมบูรณ์แล้วจะได้ให้คำตอบและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการศึกษาถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงที่ปรากฏอยู่ในสังคมไทยที่ส่วนถึงถูกทอดทิ้งจากญาติพี่น้องที่ขาดคุณธรรม และจริยธรรมโดยวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำหลักพุทธจริยศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และงานวิจัยนี้เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดให้เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่สังคม ชุมชน ประเทศชาติต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.๒.๑ เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์ในพุทธปรัชญาเถรวาท
- ๑.๒.๒ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง
- ๑.๒.๓ เพื่อศึกษาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๑.๓ ปัญหาที่ต้องการทราบ

- ๑.๓.๑ แนวคิด ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์ในพุทธปรัชญาเถรวาทมีอะไรบ้าง
- ๑.๓.๒ สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในปัจจุบันเป็นอย่างไร

๑.๓.๓ หลักพุทธจริยศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จะทำได้ด้วยวิธีการอย่างไร

๑.๔ ขอบเขตของการวิจัย

การทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

๑.๔.๑ ขอบเขตด้านเอกสาร

๑) ชั้นปฐมภูมิ (Primary Sources) ได้แก่ พระไตรปิฎก ฉบับภาษาไทย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๓๙ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

๒) ชั้นทุติยภูมิ (Secondary Sources) ศึกษาจากเอกสาร สารนิพนธ์ ดุษฎีนิพนธ์ ตำรา บทความทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๑.๔.๒ ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเป็น ๓ ประเด็น มีดังต่อไปนี้

- ๑) สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียง
- ๒) หลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- ๓) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพราะเห็นว่าสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากและพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกนี้จะเป็นสถานที่ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

๑.๔.๔ ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยพิจารณาจากผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยเห็นว่าบุคคลดังกล่าวมานี้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ได้มากที่สุด จำนวน ๓๐ รูป/คน

๑. พระสงฆ์	จำนวน ๕ รูป
๒. ผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๓. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๔. บุคลากรทางการแพทย์	จำนวน ๕ คน
รวมทั้งหมด	จำนวน ๓๐ คน

๑.๔.๕ ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ๑) การทบทวนเอกสาร ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
- ๒) การจัดสนทนากลุ่ม ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓
- ๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- ๔) การวิเคราะห์ข้อมูลและทำรูปเล่มร่างสมบูรณ ธันวาคม ๒๕๖๓
- ๕) การสอบป้องกัน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

๑.๕ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีนิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และเพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

๑. การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การปกครอง การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา กับผู้ที่ไม่สบายเพราะโรคหรือความเจ็บไข้หรือเหตุอื่น, คนไข้ ก็ว่า และยังรวมถึงผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงจนถึงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

๒. ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีระดับคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันได้ต่ำกว่า ๔ คะแนน จำแนกได้หลายระดับ ดังนี้

- ระดับที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน และการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน
- ระดับที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน อาจมีปัญหาการกินและการขับถ่าย
- ระดับที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง
- ระดับที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๓. หลักพุทธจริยศาสตร์ หมายถึง หลักธรรมที่ใช้มาเป็นแนวปฏิบัติทั้งกาย วาจา ใจ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ๔ หลักดังนี้

๑) หลักพรหมวิหาร ๔ หรือ พรหมวิหารธรรม เป็นหลักธรรมประจำใจเพื่อให้ตนดำรงชีวิตได้อย่างประเสริฐ และบริสุทธิ์ เป็นแนวธรรมปฏิบัติของผู้ดูแล และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ประกอบด้วย หลักปฏิบัติ ๔ ประการ ได้แก่ เมตตา เป็นหลักธรรมที่ต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข กรุณา เป็นหลักธรรมที่ทำให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ มุทิตา เป็นหลักธรรมที่ทำให้แสดงความยินดีเมื่อผู้อื่นมีความเจริญรุ่งเรืองอุเบกขา เป็นหลักธรรมที่ทำให้วางใจเป็นกลาง พิจารณาด้วยปัญญา

๒) หลักโพชฌงค์ ๗ คือธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ หรือองค์ของผู้ตรัสรู้ มีเจ็ดประการ ได้แก่ สติ (สติสัมโพชฌงค์) ความระลึกได้ สำนึกพร้อมอยู่ ใจอยู่กับกิจ จิตอยู่กับเรื่อง ธัมมวิจยะ (ธัมมวิจยะสัมโพชฌงค์) ความเพียรธรรม ความสอดส่องสืบค้นธรรม วิริยะ (วิริยสัมโพชฌงค์) ความเพียร ปิติ (ปิติสัมโพชฌงค์) ความอิ่มใจ ปัสสทธิ (ปัสสทธิสัมโพชฌงค์) ความสงบกายใจ สมาธิ (สมาธิสัม

โพชฌงค์) ความมีใจตั้งมั่น จิตแน่วในอารมณ์ อุเบกขา (อุเบกขาสัมโพชฌงค์) ความมีใจเป็นกลาง เพราะเห็นตามเป็นจริง

๓) ภาวนา ๔ กระบวนการสร้างหรือทำให้เกิดให้มีขึ้น ส่วนบุคคลหรือทรัพยากรมนุษย์ที่ผ่านการขัดเกลาพัฒนาแล้ว คือผู้ที่ผ่านขบวนการพัฒนา ได้แก่

กายภาวนา หมายถึง การพัฒนากาย ฝึกอบรมกาย ให้รู้จักติดต่อสัมพันธ์กับโลก ภายนอกทั้งด้วยกายภาพ และชีวภาพด้วยดี มิให้เกิดโทษ มีประโยชน์แก่ตนเอง และสังคม บำเพ็ญตนให้เกิดประโยชน์ มิให้อกุศลเกิด

ศีลภาวนา หมายถึง การพัฒนา พฤติกรรมของปัจเจกบุคคล การพัฒนาความประพฤติ การฝึกอบรมศีล ให้ถูกต้องสอดคล้อง กับระเบียบวินัย กฎเกณฑ์ กติกาของสังคม ตลอดถึง ขนบธรรมเนียม จารีตวิถีและมารยาท สากลนิยม มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ ประกอบ อาชีพที่สุจริต ใช้ชีวิตถูกต้อง และขยันหมั่นเพียร สร้างผลผลิต (product) ให้เพิ่มขึ้นโดยสุจริต ในการประกอบอาชีพ (อุฏฐานสัมปทา) รู้จัก ฉลาดอดออม (save) ทรัพย์สินที่หามาได้ ด้วยมาตรการต่าง ๆ (อารักขสัมปทา)

จิตตภาวนา หมายถึง การพัฒนาจิตการฝึกอบรมจิตการชมอารมณ์ความรู้สึกให้ได้ มีความเจริญงอกงามทางอารมณ์ (Emotional growth) การที่จิตที่ฝึกอารมณ์แล้วนำความสุข มาให้จิตที่มีคุณภาพประกอบด้วยคุณธรรม ตามหลักศาสนา มีสมาธิ มีสติมั่นคง ใช้งานได้ดี เป็นสุขผ่องใส เป็นต้น

ปัญญาภาวนา หมายถึง การพัฒนา ปัญญา การฝึกอบรมปัญญา ให้รู้เข้าใจสิ่งทั้งหลาย ตามความเป็นจริง รู้เท่าทันเข้าใจโลก และชีวิตตามสภาวะ เป็นการไตร่ตรองวินิจฉัยเหตุการณ์ ตามความเป็นจริง เป็นอิสระ ไม่ตามกิเลส รู้และเข้าใจอะไรตามความเป็นจริง

๔. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด หมายถึง การนำหลักพุทธจริยศาสตร์ได้แก่พรหมวิหารธรรม ภาวนา โพชฌงค์ และอิทธิบาท มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จนทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกมิติ คือ กาย จิตใจ สังคม และปัญญา

๑.๖ วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องการศึกษาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอน และวิธีดำเนินการวิจัย ไว้ดังนี้

๑.๖.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการเก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิง (In-depth Interview)

๑.๖.๒ กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยพิจารณาจากผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยเห็นว่าบุคคลดังกล่าวมานี้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ได้มากที่สุด จำนวน ๓๐ รูป/คน

๑. พระสงฆ์	จำนวน ๕ รูป
๒. ผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๓. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๔. บุคลากรทางการแพทย์	จำนวน ๕ คน
รวมทั้งหมด	จำนวน ๓๐ คน

๑.๖.๓ การสร้างเครื่อง และการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interviews) และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ กล้องถ่ายรูป สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายวิดีโอ ในการสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสร้างแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนในการการสร้างเครื่อง และการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามชื่อ วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

๒) ข้อมูลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ ๑ มาเป็นประเด็นคำถามแบบสัมภาษณ์ แล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ

๓) ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

๔) นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ ท่านพิจารณาความเหมาะสมและความถูกต้องตามเนื้อหา ภาษา และความสอดคล้องเกี่ยวกับประเด็นคำถาม

๕) เพื่อปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอความเห็นชอบก่อนนำไปเก็บข้อมูล

๑.๖.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) นำหนังสือจากศูนย์บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีผู้พระสงฆ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และหน่วยงานราชการ เป็นต้น เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในการสัมภาษณ์เชิงลึก

๒) สร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มเป้าหมาย พบปะพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓) กำหนดนัดหมายวันเวลาที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ที่แน่นอนเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เตรียมตัว และเตรียมเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก และบุคคลอื่น ๆ โดยใช้วิธีการบันทึกเทป จดบันทึก และการสนทนากับกลุ่มเป้าหมาย

๑.๖.๕ การตรวจตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากสังเกต การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม มาตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า โดยการนำเอาข้อมูลที่ตรงกันมาการแปรความ การตีความ และนำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

๑.๗ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- ๑.๗.๑ ได้รู้สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบัน
 - ๑.๗.๒ ได้ความรู้เกี่ยวกับหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุ
 - ๑.๗.๓ ได้มีการนำหลักพุทธจริยศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
 - ๑.๗.๔ งานวิจัยนี้เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วจะเป็นสารสนเทศแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- สำหรับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจะนำเสนอในบทที่ ๒ ต่อไป

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (The bedridden caring according to the Buddhist ethics in Ban Fang Subdistrict Kaset Wisai District, Roi Et Province) ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้ดังนี้

- ๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง
- ๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
- ๒.๓ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนา
- ๒.๕ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม
- ๒.๖ ทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ๒.๗ ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์
- ๒.๘ บริบทพื้นที่วิจัย
- ๒.๙ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ๒.๑๐ สรุป
- ๒.๑๑ กรอบแนวคิดการวิจัย

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง

ประเทศไทยเข้าสู่ "สังคมสูงอายุ" มาแล้ว ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยเกณฑ์ ที่สหประชาชาติกำหนด คือมีสัดส่วนของผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ หรือมีผู้มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๗ ถึงปี ๒๕๖๐ สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ ๑๗ แล้ว กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า ๑๐ ล้านคน จากประชากรของประเทศ ราว ๖๕ ล้านคน

ผู้สูงอายุกว่า ๑๐ ล้านคนนี้มีส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent) จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการสำรวจเป็นระยะๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ ๑๐ หรือราว ๑ ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วนหรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ ๘๕ หรือราว ๘.๕ แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ราวร้อยละ ๑๕ หรือราว ๑.๕ แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติด

เตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ " วัยปลาย " ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ

ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยให้ความสนใจการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว ๒๐ ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ในสมัยรัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) และมีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ แต่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง คือประเภทติดบ้าน ติดเตียงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก^๙

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ปัจจุบันในประเทศไทยมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย เช่น (๑) โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ (๒) มีสถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุร่วมกับ ผู้ป่วยติดเตียงอื่น (Nursing Home) (๓) มีบริการส่งพนักงานไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยังต้องมีการพัฒนามาตรฐาน ระบบการกำกับดูแล และระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้น รวมทั้งในแต่ละบ้านใช้ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล และจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้น ๆ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว ๖-๗ แสนคน

จากการที่ได้ทำงานเรื่องนี้มาพอสมควร โดยเฉพาะในหลายโครงการของ สสส. ได้มีโอกาสศึกษาและพัฒนาาระบบงานหลายโครงการในประเทศ ได้ศึกษางานวิจัยของสถาบันการศึกษาและสถาบันวิจัย และสนับสนุนโครงการวิจัยปฏิบัติการหลายโครงการ ได้ศึกษา และไปดูงานในพื้นที่และในญี่ปุ่นมาบ้าง ระหว่างการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว สสส.ได้จัดประชุมคู่ขนาน เชิญผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศ โดยเฉพาะจากญี่ปุ่น ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงที่สุดในโลก และมีนโยบายที่ออกเป็นกฎหมายเรื่อง "การประกันการดูแลระยะยาว" มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ มาเล่าประสบการณ์ ในที่สุดเราตัดสินใจแก้ปัญหาโดย (๑) มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน (๒) เพื่อให้เสียค่าใช้จ่ายโดยประหยัดและไม่สร้างภาระที่เกินกำลังในระยะยาว

ประเทศไทยกำหนดนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุเกินกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป (ขณะที่ประเทศเจริญแล้วส่วนมากกำหนดที่อายุเกินกว่า ๖๕ ปีขึ้นไปหรือมากกว่านั้น) ทั้งนี้มีการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ คือ วัยต้นอายุ ๖๐-๖๙ ปี วัยกลางอายุ ๗๐-๗๙ ปี และวัยปลายอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุวัยปลายย่อมมีโอกาส "ติดบ้านติดเตียง" สูงกว่าวัย

^๙ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์, "การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง", หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์, (๗ มีนาคม ๒๕๖๐).

ต้น และวัยกลางการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบ่งกว้าง ๆ เป็น ๔ ระดับ คือ (๑) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital Care) (๒) การดูแลในสถานดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional care) (๓) การดูแลในชุมชน (Community-based care) และ (๔) การดูแลที่บ้าน (Home-based care)

การดูแลในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่ (๑) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล (Home-visit nursing) (๒) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป (Home-visit care) (๓) สถานดูแลกลางวัน (Day Care) (๔) การบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (Out patient Rehabilitation) และ (๕) การดูแลระยะสั้น (Short term care)^{๑๐}

พรพิมล มาศสกุลพรรณและคณะ, ได้ทำวิจัยเรื่อง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า จากการใช้กระบวนการรักษาตามหลักเวชปฏิบัติผู้วิจัยได้พบปัญหาทางกายจากการรักษาทางกายบำบัดจึงแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารและการเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอนจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยญาติต้องเรียนรู้และเข้าใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดทำทาง (ท่านอน) การบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา (Passive Range of Motion) การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้าและเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หวีผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ค่อยดีนัก จะไม่มีเวลาใส่ใจการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมาคือผู้ป่วย จะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารได้ การเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน แต่ไม่สามารถเกร็งเหยียดข้อเข้าได้ (กำลังกล้ามเนื้อในการเหยียดเข้าเท่ากับ ศูนย์) หมายถึงผู้ป่วยกำลังขาอ่อนแรงในระดับที่ไม่สามารถเกร็งเหยียดขาได้แต่แขนจะมีแรงหรือไม่ก็ตาม ถึงแม้จะได้รับการฝึกต่อเนื่องมานานกว่า ๖ เดือนยังมีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ญาติหรือผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้การบริหารแขนขา การนั่งทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ หรือเตียงไปกลับ รถเข็นได้ ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ เช่น การหวีผม การเคลื่อนย้ายตนเอง การเข้าห้องน้ำ การทานอาหาร เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับดี การเรียนรู้และการรับรู้เป็นปกติ สื่อสารได้ ๒ ขั้นตอน สามารถเกร็งเหยียดเข้าได้(กำลังกล้ามเนื้อในการเหยียดเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ Fair) จะสามารถเดินได้จะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากสมองมีรอยโรค ความผิดปกติหรือความพิการที่ยังคงมีอยู่ เช่น

^{๑๐} อ้างแล้ว.

เดินได้แต่แขนใช้งานไม่ได้ไม่เท่าปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เช่น ข้อเท้าตกร เดินจังหวะผิดปกติ เดินยก สะโพก กางขา เป็นต้น^{๑๑}

๒.๓ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเดิมจะมองไปทางด้านเศรษฐกิจเพื่อให้มีความกินดีอยู่ดีมีความสุขหรือความพึงพอใจ และความสะดวกสบายของบุคคลเป็นสำคัญ ต่อมาเรื่องคุณภาพชีวิตมีการมองในมุมที่กว้างขึ้น โดยมีการคำนึงถึงสุขอนามัยของคนในสังคมและการรักษาสุขภาพแวดล้อมทางธรรมชาติซึ่งให้ความสำคัญต่อปัญหามลภาวะและสิ่งแวดล้อม ซึ่งนักวิชาการหลายสาขาได้ให้ความหมาย และเสนอปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคำว่าคุณภาพชีวิตในทัศนะต่าง ๆ ดังนี้

๒.๓.๑ ความหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องมีการศึกษาความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต (Quality of Life; QOL) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางที่ยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนโดยนักปรัชญา นักการศาสนา และนักวิชาการสาขาต่าง ๆ การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะเป็นการพัฒนาตนเอง เพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ปรับปรุงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง มนุษย์มีหน้าที่พัฒนาตนเองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเพื่อพัฒนาให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีที่อยู่อาศัย มีรายได้พอสมควร ประหยัด สร้างตนเองและครอบครัว และเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการที่ทุกคนเกิดมามีชีวิตยืนยาวและมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ไม่จำเป็น และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ และสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่สังคมอย่างมีคุณภาพ และตายอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ ซึ่งนักวิชาการในหลายสาขาได้ให้ความหมาย และคำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อและปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ในทัศนะที่ต่างกัน ดังนี้

UNDP ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือการส่งเสริมให้คนมีทางเลือกในชีวิตมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งมีเสรีภาพและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{๑๒}

Cummins ได้พยายามที่จะเสนอนิยามล่าสุดของคำว่าคุณภาพชีวิต โดยอธิบายคุณภาพชีวิตจากสิ่งหลวมมิติที่แยกกันอยู่มาเป็นมิติในเชิงภาวะวิสัย เช่น ความร่ำรวยทรัพย์สินเงินทอง การมีสุขภาพดี ความสัมพันธ์ส่วนตัว เป็นต้น และมิติในเชิงอัตวิสัย เช่น ความรู้สึก ความพึงพอใจหรือความสุข

^{๑๑} พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ, แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, (กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๔).

^{๑๒} UNDP, Human Development Report, (Delhi: Oxford University Press, 1994), p. 120.

เป็นต้น นอกจากนี้ยังอธิบายว่า บรรทัดฐานทางวัฒนธรรมมีผลต่อความผาสุกและบุคคลต่าง ๆ ย่อมประเมินชีวิตของตนเองแตกต่างกันออกไป^{๑๓}

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขา ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง与他们 เป็นแนวความคิดที่กว้าง เต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม จุดเด่นของความหมายของคุณภาพชีวิตที่ WHO มองก็คือ คุณภาพชีวิตที่เป็นนามธรรม (subjective) โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งยังมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ^{๑๔}

Fradier, Georges ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่าเป็น ความสัมพันธ์ทุกด้านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยแต่ละด้านจะมีลักษณะเฉพาะในการสนองความต้องการของบุคคล ขณะที่องค์การยูเนสโก ได้นิยามความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์^{๑๕}

Andrews and Withey นักสังคมวิทยาชาวอเมริกันเชื่อว่า ความคิดเรื่อง “คุณภาพชีวิต” ควรมองในสองประการที่เกี่ยวข้องกัน คือประการแรก ในระดับชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดเรื่องมาตรฐานความเป็นอยู่ในลักษณะที่เป็นเกณฑ์วัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและวัดความก้าวหน้าเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของสังคม ประการที่สอง เป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพิจารณาระดับความเป็นเลิศในวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งแน่นอนว่า เป็นการตัดสินในระดับสูง เมื่อรวมแนวคิดทั้งสองประการเข้าด้วยกันแล้ว ความคิดเรื่อง “คุณภาพชีวิต” จึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ในลักษณะมาตรฐานความเป็นอยู่ของสังคมและระดับความเป็นเลิศในรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล^{๑๖}

UNESCO ได้ให้คำนิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ และได้นิยามโครงการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตว่าเป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อ

^{๑๓} Cummins, R.A., *The comprehensive quality of life scale (fifth edition)*, Proceeding of the First International Conference on Quality of Life in Cities, Singapore, (4-6 March 1889): 68.

^{๑๔} The WHOQOL GROUP, “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization”, *Social Sciences Medicine*, Vol. 41 No. 10 (1995): 1403-1409.

^{๑๕} Fradier, Georges, *About the Quality of Life*, (Paris: Unesco, 1976), pp. 48-49.

^{๑๖} Andrews, F.M., & Withey, S.B. *Social Indicators of Well-Being: America's Perception of Life Quality*, (New York: Plenum Press, 1976), p. 23.

ช่วยให้ผู้เรียนและชุมชนได้รับความรู้ เจตคติค่านิยม และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต ทั้งในลักษณะปัจเจกบุคคล และในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน^{๑๗}

Wallace ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง องค์ประกอบทั้งหลายที่ให้ความพึงพอใจ (Satisfaction) แก่บุคคลทั้งทางด้านร่างกาย (Physical) และจิตใจ (Psychological) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ^{๑๘}

Dean ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวมีประสิทธิภาพ ความสุขสบายทางกายและใจ ชีวิตที่มีความหมาย และมีคุณค่า ภาระหน้าที่ของบุคคล^{๑๙}

Nicholas Bennett อธิบายความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือคนที่อยู่ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ย่อมมีค่านิยมแตกต่างกันไป งานที่มีรายได้สูงไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ารายได้ต่ำ คนที่มีการศึกษาสูงมีฐานะร่ำรวย อาจจะไม่มียุทธศาสตร์ชีวิตที่ดีกว่าคนที่ด้อยการศึกษาและยากจน ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงขึ้นอยู่กับปัจจัย ๒ ประการ คือ ๑) ปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต คือ อาหาร ที่อยู่ เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพแข็งแรง และมีความมั่นคงในชีวิตทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ชีวิต และการเมือง ๒) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ เพื่อตอบสนองความพอใจของชีวิต คือค่านิยมที่เหมาะสมกลมกลืนกับสังคม สมดุลระหว่างความต้องการและความเป็นไปได้ บรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต และมีชีวิตกลมกลืนกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อม^{๒๐}

สิทธิพงศ์ บุญผดุง กล่าวว่า คุณภาพชีวิตจะเกี่ยวข้องกับลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยมีโครงสร้างหลากหลายมิติที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดำเนินชีวิต เป็นต้น^{๒๑}

^{๑๗} UNESCO, *Quality of Life Improvement Programmes*, (Bangkok: UNESCO regional office, 1993), p. 128.

^{๑๘} Wallace, S., "Quality of Life", *Journal of Home Economics*, Vol. 6 No. 6, (1974): 6-9.

^{๑๙} Dean, H., "Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life", *Oncology Nursing Forum*, Vol. 2 No. 2 (1985): 98-100.

^{๒๐} Nicholas, B., *Population Growth, Individual Demographic Decisions, and The Quality of Life*, In *A Sourcebook on Population Education*. Population Education Project, (Mahidol University, 1975), p. 688.

^{๒๑} สิทธิพงศ์ บุญผดุง, "การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ ๑)". (รายงานการวิจัย, ๒๕๕๔) [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://www.eresearch.ssu.ac.th/xmlui/handle/123456789/143> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

ฟวงทอง ไกรพิบูลย์ ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตในทางการแพทย์ หมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย^{๒๒}

ธเนศ ถวิลหวัง ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะสามารถส่งผลให้เขาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข^{๒๓}

Wallace ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง สภาพทั้งหลายซึ่งนำมาสู่ความพึงพอใจแก่บุคคลทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ^{๒๔}

สำราญ จุช่วย ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต ว่า เป็นชีวิตที่มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่เหมาะสมกับวิถีการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์^{๒๕}

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ความสัมพันธ์ทุกด้านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยแต่ละด้านจะมีลักษณะเฉพาะในการสนองความต้องการของบุคคล คุณภาพชีวิตคือการส่งเสริมให้คนมีทางเลือกในชีวิตมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งมีเสรีภาพและศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบ

๒.๓.๒ ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพชีวิต

มนุษย์ในทุกสังคมต้องการมีชีวิตที่ดีและมีคุณภาพ นักคิดตะวันตกเสนอแนวคิดที่ว่า การที่มนุษย์มาอยู่รวมกันเป็นสังคม เพราะความจำเป็นและเห็นประโยชน์ร่วมกัน ความจำเป็นนั้นเกิดจากเหตุผลที่ว่า มนุษย์ไม่สามารถเติบโตและดำรงชีวิตอยู่ได้ตามลำพัง โดยปราศจากการช่วยเหลือของผู้อื่น สำหรับการเห็นประโยชน์ร่วมกัน เกิดจากการที่มนุษย์ได้พึ่งพาอาศัยกันและกันในสังคม นักคิดบางคน เช่น จอน ล็อค เชื่อว่า การพึ่งพากันนี้มีพื้นฐานอยู่บนธรรมชาติอันดีงามของมนุษย์ มนุษย์จึงยินยอมพร้อมใจจะมาอยู่รวมกันเป็นสังคม ยินดีที่จะให้บางอย่างแก่เพื่อนมนุษย์อื่น และรับบางอย่างจากเพื่อน

^{๒๒} ฟวงทอง ไกรพิบูลย์, **คุณภาพชีวิต (Quality of life)**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://haamor.com/th/คุณภาพชีวิต> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

^{๒๓} ธเนศ ถวิลหวัง, **การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร**, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://www.eresearch.ssru.ac.th/xmlui/handle/123456789/143> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

^{๒๔} Wallace, S.A., **Identifying Quality of Life Indicators for Use in Family Planning Programs in Developing Countries**, (New Jersey: Prentice-Hall, 1974), p. 6.

^{๒๕} สำราญ จุช่วย, **การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม**, (นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์, ๒๕๕๔), หน้า ๒๑.

มนุษย์เหล่านี้เป็นการตอบแทน แต่นักคิดบางคนก็คิดว่า ธรรมชาติของมนุษย์นั้นชั่วร้าย ชอบใช้กำลังเป็นอำนาจหักหาญผู้ที่อ่อนแอกว่า นักคิดในแนวนี้คือ ฮ็อบส์ เขาเชื่อว่า เพราะนิสัยอันชั่วร้ายนี้เอง ทำให้มนุษย์ต้องยินยอมมาอยู่ร่วมกัน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่แข็งแกร่งกว่ามีอำนาจจริงแท้ และในการจำยอมต้องมาอยู่ด้วยกันนี้ มนุษย์จึงต้องยอมเสียประโยชน์ส่วนตนเองบางอย่าง เพื่อแลกกับการได้รับการปกป้องจากสังคม^{๒๖}

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผลก็คือมนุษย์ตกลงใจที่จะอยู่ร่วมกันเป็นสังคม ในการตกลงใจนี้ ส่วนหนึ่งของความคาดหวังจากสังคมก็คือการมีชีวิตที่ดี สงบสุข มั่นคง ปลอดภัยจากการคุกคามของเพื่อนมนุษย์อื่น จากธรรมชาติ และจากโรคร้ายต่าง ๆ โดยเป็นหน้าที่ของผู้ปกครอง และสมาชิกในแต่ละสังคม ที่จะต้องพยายามสร้างเงื่อนไขเพื่อให้สมาชิกในสังคมได้มีชีวิตที่ดีดังกล่าว

เมื่อระยะเวลาผ่านไป ภาระหน้าที่จะทำให้เกิดชีวิตที่ดีก็กลายเป็นประเด็นระดับสากล ที่หลายสังคมต่างมีความต้องการร่วมกัน สาเหตุหนึ่งของการเกิดสันนิบาตชาติและสหประชาชาติ ก็คือ การพยายามคืนชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในหลาย ๆ สังคม หลังภัยพิบัติจากสงคราม องค์การสหประชาชาติที่แยกย่อยออกเป็นองค์กรด้านการพัฒนา ด้านการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรม ด้านเด็กและผู้หญิง ด้านเศรษฐกิจและสังคม ฯลฯ ล้วนแล้วแต่เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ข้างต้น และในช่วงเวลา ๔๐ ปีที่ผ่านมา อาจเรียกได้ว่า เป็นยุคแห่งการพัฒนา ยุคแห่งการพัฒนานี้เริ่มตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เมื่ออำนาจของเจ้าอาณานิคมสิ้นไป สหรัฐอเมริกาเริ่มเผยแพร่แนวคิดการพัฒนาอันเป็นสาระของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศซีกเหนือและประเทศซีกใต้ หรือประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา^{๒๗}

แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตเริ่มเกิดขึ้นอย่างจริงจังในทศวรรษที่ ๑๙๗๐ ในประเทศตะวันตก การรับรู้แนวคิดนี้แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม แต่ก็มี การรับรู้ร่วมกันระดับหนึ่งว่า ความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมหนึ่ง ๆ ไม่ควรถูกมองจากแง่เศรษฐกิจเท่านั้น แง่มุมอื่นที่ควรได้รับการพิจารณาด้วย เช่น ด้านที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย ด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ

ในหมู่ผู้ที่สนใจเรื่องคุณภาพชีวิต ยังได้มีการถกเถียงถึงนิยามของคำนี้ และวิธีการวัดด้านต่าง ๆ ของนิยาม ข้อถกเถียงก็คือควรใช้เครื่องบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective) เช่น สัดส่วนของจำนวนคนกับห้องพักอาศัย หรือจำนวนครั้งของการติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลหนึ่ง ๆ กับผู้อื่น หรือจะใช้เครื่องบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective) เช่น ความพึงพอใจต่อสภาพที่อยู่อาศัย หรือความพอใจในลักษณะความสัมพันธ์ที่บุคคลมีกับผู้อื่น ข้อสรุปที่ได้คือ ควรวัดทั้งสองด้าน ได้มีการพัฒนาแนวคิดให้ครอบคลุมปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นและคุกคามชีวิตที่ดีงาม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางระบบนิเวศ การระบาดของโรคใหม่ๆ พร้อมกันนั้น ก็ได้เกิดการพัฒนาแนวทางชีวิตว่า เราอาจพิจารณาชีวิตที่ดีงามได้จากแง่มุมใดบ้าง และด้วยตัวบ่งชี้ใดบ้าง คำว่า “พัฒนา” เกิดขึ้นในวิชาวิทยาศาสตร์ เมื่อนักวิทยาศาสตร์สายวิวัฒนาการ

^{๒๖} อุซาคิ พวงสำลี และคณะ, การพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพและสังคมไทย, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), ๒๕๓๙), หน้า ๔๒.

^{๒๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๔.

(Darwin) ถือว่าการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบที่เหมาะสม หรือที่สมบูรณ์ขึ้นเรียกว่า การพัฒนา อย่างไรก็ตาม คำว่าวิวัฒนาการและการพัฒนายังคงใช้ในความหมายเดียวกัน ต่อมานักสังคมศาสตร์เยอรมันเริ่มนำคำศัพท์มาใช้ในการศึกษาประวัติศาสตร์สังคมในศตวรรษที่ ๑๘ โดยใช้คำว่า Enwicklung ในความหมายว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของสังคม เมื่อถึงศตวรรษที่ ๒๐ มีผู้นำคำนี้มาใช้ในบริบทของความเป็นเมืองและอาณานิคม เกิดคำว่า Urban development และคำว่า Colonial development เมื่อมาถึงปัจจุบันในศตวรรษที่ ๒๐ คำว่าพัฒนา หมายถึง เครื่องเตือนให้ประชาชนระลึกได้ถึง “สิ่งที่ตนยังไม่ได้เป็น” (a reminder of what they are not) นั่นคือสภาพที่ไม่น่าชื่นชม ไม่พึงประสงค์ที่ห้อมล้อมตนอยู่ แนวคิดนี้แพร่หลายอยู่ประมาณ ๓ ทศวรรษ พอถึงทศวรรษ ๑๙๙๐ แนวคิดการพัฒนาถูกปรับปรุงใหม่ภายใต้ชื่อ การพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การสหประชาชาติ เริ่มทำรายงานพัฒนามนุษย์ โดยตีความหมายว่า การพัฒนามนุษย์คือ การขยายหรือเปิดกว้างให้เกิดทางเลือกที่สอดคล้องและเหมาะสมกับมนุษย์ รายงานการพัฒนามนุษย์จึงมุ่งเสนอข้อมูลที่เปรียบเทียบระดับการถูกกีดกัน หรือความด้อยสิทธิ (deprivation) ของประเทศต่าง ๆ ในโลก อย่างไรก็ตาม Mahbub ul Haq บรรณาธิการของรายงานการพัฒนามนุษย์ก็เป็นผู้หนึ่งที่ยอมรับความหยาบของเครื่องชี้วัดที่ใช้ในรายงานดังกล่าว และเสนอแนะแนวทางแสวงหาเครื่องชี้วัดอื่นที่ละเอียดอ่อนมากขึ้น^{๒๘}

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนา

ในการทำวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนา เพื่อเป็นฐานในการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงควบคู่กับแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ โดยมีประเด็นดังนี้

๒.๔.๑ แนวคิดและหลักการ การดำเนินชีวิต

การดำเนินชีวิตนั้น จำเป็นต้องมีการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะได้พัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมได้อย่างปกติสุข และยังได้ชื่อว่าเป็นผู้ปฏิบัติเพื่อความเป็นผู้อยู่ใก้กันพพานยิ่งขึ้นอีกด้วย นับเป็นการปฏิบัติที่ไม่เสื่อมถอย ทำตนให้ตั้งอยู่ในศีลเป็นเบื้องต้นก่อน รู้จักวิถีคุ้มครองรักษาอินทรีย์ รู้จักประมาณในการบริโภค และรู้จักเพิ่มพูนสั่งสมบำเพ็ญความเพียร^{๒๙} เป็นต้น เพื่อทำตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะถ้ายังไม่สิ้นกิเลสอาสวะ มนุษย์ก็จำเป็นต้องพัฒนาตน จนกระทั่งบรรลุถึงปรมาตมประโยชน์สูงสุด^{๓๐} คือ ความหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง จากความเป็นปุถุชนสู่อริยะชน ซึ่งสามารถสละโลกียวิสัยเสียได้ แล้วย่อมไม่มาเกิดสู่

^{๒๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๔๔.

^{๒๙} อัง.จตุกก. (ไทย) ๒๑/๓๗/๖๐ - ๖๒.

^{๓๐} ชุ.จ. (บาลี) ๓๐/๖๗๓/๓๓๓.

ภพใดๆ อีกต่อไป จัดเป็นผู้พัฒนาตนดีแล้ว และเป็นแสงสว่างของตน^{๓๑} คือ สร้างที่พึ่งถาวรอย่างใดใครๆ ก็ที่พึ่งอันหาได้ยากนี้ ทำให้ไม่ได้เลย

๑. ความหมายการดำเนินชีวิต

พระพุทธศาสนามีความพิเศษใช้เป็นแนวทางดำเนินชีวิตแบบหนึ่ง (A way of Life)^{๓๒} โดยที่ไม่ใช่เพียงแค่เป็นศาสนาเท่านั้น เพราะหากพิจารณาความหมายของคำว่าศาสนาจะตรงกับคำว่า “Religion” ซึ่งมีความหมายจำกัดเฉพาะศาสนาประเภทเทวนิยมที่มีการนับถือพระเจ้าเท่านั้น ซึ่งไม่ได้มีความหมายถึงศาสนาประเภทเทวนิยมอย่างเช่นศาสนาพุทธที่ปฏิเสธการมีอยู่จริงของพระเจ้าในฐานะที่เป็นบุคคล อย่างไรก็ตามประเด็นการตีความของคำว่าศาสนานั้นไม่ใช่สาระที่สำคัญของการพิจารณาในส่วนนี้ แต่สาระที่สำคัญของหลักคำสอนในการดำเนินชีวิตของพุทธศาสนานั้นเป็นที่น่าสนใจแก่บุคคลทั่วไปที่ควรพิจารณาถึงคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดแก่โลก และชีวิตทั่วไป “หลักในการดำเนินชีวิต” นั้น ได้มีผู้ให้ความเห็นไว้หลายแนวทาง เช่น พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้ให้ความหมายคำว่า “ดำเนิน” ว่าหมายถึง “ให้เป็นไป”^{๓๓} ส่วนคำว่า “ชีวิต” นั้นคือ กายกับจิต อันได้แก่ ประกอบด้วยธาตุ ๔ คือ ดิน น้ำ ไฟ ลม ที่ประกอบขึ้นเป็นชีวิตและธาตุที่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยการดำเนินชีวิตนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กับโลก สังคม และสิ่งต่าง ๆ

ดังนั้น ความหมายของการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนา สามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ คือ การดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนา หมายถึง ความเป็นไปของชีวิตตามหลักพุทธศาสนา ด้วยการประพฤติปฏิบัติต่อชีวิตอันประกอบด้วยความประพฤติและการปฏิบัติทั้งในทางกาย ทางวาจา และทางใจ ต่อตนเองและสังคม ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ส่วน คือการดำเนินชีวิตที่เป็นกุศลกรรม มีผลที่ได้รับคือ ความสุข ทั้งในโลกนี้และในโลกหน้า และการดำเนินชีวิตที่เป็นอกุศลกรรม คือการดำเนินชีวิตในทางที่ชั่ว มีผลที่ได้รับ คือ ทุกข์ ทั้งในโลกนี้ และในโลกหน้า นั่นเอง

เพราะฉะนั้น “การดำเนินชีวิต” จึงหมายถึง ความเป็นไปของชีวิตคือ การประพฤติ และการปฏิบัติต่อชีวิตอันประกอบด้วยความประพฤติและการปฏิบัติทั้งในทางกาย ทางวาจา และทางใจ ต่อตนเองและสังคม ที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยการดำเนินชีวิต ซึ่งการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนานั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับกรรมดีและกรรมชั่วจึงสามารถแบ่งการดำเนินชีวิตออกได้เป็น ๒ ทาง คือ^{๓๔}

^{๓๑} คณาจารย์แห่งโรงพิมพ์เลี้ยงเชียง, พุทธศาสนสุภาษิต เล่ม ๑ ฉบับมาตรฐาน, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลี้ยงเชียง, ๒๕๓๕), หน้า ๑.

^{๓๒} แสง จันทร์งาม, ประทีปธรรม, (กรุงเทพมหานคร: อมรการพิมพ์, ๒๕๑๓), หน้า ๖๘.

^{๓๓} บุญพุกษ์ จาฎามระ, พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทอักษรเจริญทัศน์, ๒๕๓๘), หน้า ๒๗๑, ๓๐๒.

^{๓๔} สุจิตรา รมรินทร์, ศาสนาเปรียบเทียบ, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๐), หน้า ๑.

๑) การดำเนินชีวิตในทางที่ดี หรือเรียกว่า การดำเนินชีวิตในทางกุศลกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ที่ประกอบไปด้วยกรรมหรือการกระทำในทางกาย วาจา และใจที่ดี สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นมาได้ โดยอาศัยจิตสำนึกที่ดีภายใน ดังกล่าวไว้ในเรื่องของจริยธรรมในพุทธศาสนาว่าการดำเนินชีวิต ต้องอาศัยจริยธรรมที่สอดคล้องกับความเป็นธรรมชาติ ๓ ระดับ คือ ระดับต้น ได้แก่ ศีล ๕ ระดับกลาง ได้แก่ กุศลกรรมบถ ๑๐ และระดับสูง ได้แก่ อริยมรรคที่มีองค์ ๘ ประการ การดำเนินชีวิตที่เป็นกุศลกรรมจึงได้แก่ การสร้างกรรมดีในระดับต่าง ๆ เหล่านี้ ในทางกาย วาจา และใจ ที่ดีจะต้องเป็นไปด้วยความสุจริตและชอบธรรม ที่มีกุศล ๓ อย่างภายในเป็นสิ่งสำคัญคือ ความไม่โลภ ไม่โกรธ และไม่หลง^{๓๕}

จากข้อความข้างต้นพอสรุปให้เห็นว่า พุทธศาสนา อาศัยธรรมชาติเป็นตัวกำหนดบทบาทในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ด้วยเหตุเพราะว่า มนุษย์กับธรรมชาตินั้นเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน กล่าวคือ มนุษย์สร้างสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่ดี และธรรมชาตีก็นำเสริมชีวิตที่ดีให้แก่มนุษย์ การเป็นเช่นนี้ก็เพราะว่า มนุษย์สร้างเหตุไว้ดี ผลจึงเกิดมาดีตามคือ เหตุผลของกรรมนั้นย่อมให้ผลตามจริง ไม่ว่าจะเป็นกรรมระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ด้วยกัน หรือกรรมระหว่างมนุษย์ต่อธรรมชาติ เช่น เมื่อเราโค่นต้นไม้ที่ปลูกไว้หน้าบ้าน อากาศที่เคยเย็นสดชื่นในยามเช้า ก็จะเปลี่ยนเป็นร้อนอบอ้าวไม่มีความร่มเย็นอีกต่อไป และสิ่งที่เป็นคนสมบัติภายใน ที่เป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างของการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีนั้น ก็ได้แก่ การมีกุศล หรือ ความดีภายในเป็นพื้นฐานคือ ไมโลภ สำนึกในสิทธิมนุษยชน ไม่เห็นแก่ได้ มีน้ำใจโอบอ้อมอารี ไม่โกรธ รู้จักข่มอารมณ์ไม่ว่าความรู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษ มีน้ำใจ และไม่หลง มีปัญญารอบคอบ เข้าใจเหตุผล และเฉลียวฉลาดทันต่อเหตุการณ์ และเมื่อมีคุณลักษณะทั้ง ๓ ประการนี้แล้ว ก็ขึ้นอยู่กับการดำเนินชีวิตที่จะเป็นไปตามกำลังของความสามารถที่จะรักษาธรรมในการดำเนินชีวิตได้ในขั้นใด ขั้นพื้นฐาน คือ การรักษาศีล ๕ ข้อ อันได้แก่ การไม่ฆ่าสัตว์ การไม่ลักทรัพย์ผู้อื่น การไม่ประพฤติผิดในกาม และการไม่ดื่มของมึนเมา ขั้นระดับกลาง ได้แก่ การรักษากุศลกรรมบถ ๑๐ คือ กายไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ลักทรัพย์ผู้อื่น ไม่ผิดในกาม ไม่พูดเท็จ ไม่พูดคำหยาบ ไม่พูดส่อเสียด ไม่พูดเพ้อเจ้อ ไมโลภอยากได้ของผู้อื่นมา ไม่ผูกใจเจ็บแค้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น เห็นผิดจากคลองธรรม และขัดแย้งกฎธรรมชาติ ส่วนการดำเนินชีวิตในขั้นสูงนั้น ได้แก่การดำเนินชีวิตตามมรรคมีองค์ ๘ ประการ คือ มีความเห็นชอบ มีความดำริชอบ มีวาจาชอบ มีการกระทำที่ชอบ มีการเลี้ยงชีวิตที่ชอบ มีความเพียรพยายามชอบ มีสติชอบ และมีสมาธิที่ชอบ

๒) การดำเนินชีวิตในทางที่ไม่ดี หรือเรียกว่า การดำเนินชีวิตในทางอกุศลกรรม การดำเนินชีวิตที่เป็นไปในทางที่เป็นตรงกันข้ามกับการดำเนินชีวิตในประเภทแรกกล่าวคือ มีการดำเนินชีวิตที่ประกอบไปด้วยการทุจริตทั้งในทางกาย ทางวาจา และในทางใจ ที่เกิดจาก ความโลภ ออยากได้ เห็นแก่ได้ ดิ้นรนเพื่อมีสิทธิเหนือสิ่งของผู้อื่น มีความโกรธ คิดประทุษร้ายเขา จิตเดือดพล่าน โหดร้าย หมายทำร้ายผู้อื่นให้ถึงเจ็บและตาย และมีความหลง ไม่รู้จักจริง หลงผิด ไม่รู้จักเห็นจริงตามข้อมูลหรือข้อเท็จจริง เมื่อมีลักษณะภายในจิต ๓ ประการ มากขึ้นแล้ว ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาทางความ

^{๓๕} วศิน อินทสระ, พุทธจริยศาสตร์, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาราชวิทยาลัย, ๒๕๔๑), หน้า

ประพุดติหรือปฏิบัติที่ชั่วช้า ไม่ดีงามต่าง ๆ คือความชั่วทางกาย ทางวาจา และ ทางใจ เช่น มีการฆ่า สัตว์ ลักทรัพย์ผู้อื่น ประพุดติผิดในกามชอบกล่าวคำเท็จ พุดส่อเสียด พุดคำหยาบ พุดเพื่อเจ้อ เพ่งเล็ง อยากรได้ของเขา มีจิตพยาบาท มีความเห็นที่เป็นมิจฉาทิฎฐิ

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการดำเนินชีวิตในทางอกุศลกรรมนี้ จะประกอบไปด้วยความ ประพุดติที่เป็นทุจริตทั้ง ๓ ทาง คือ ทางกาย ทางวาจา และในทางใจ ซึ่งการดำเนินชีวิตในลักษณะที่ เป็นไปในทางอกุศลกรรม ก็หมายถึง ความประพุดติที่ไม่ดีงามต่าง ๆ ในชีวิตโดยทั่วไปเช่น การหาเลี้ยงชีพโดยผิดศีลธรรม มี ลักทรัพย์ วิจารณ์อาหารภัย ซึ่งเอาทรัพย์ ปล้นเอาทรัพย์ เป็นต้น และการดำเนิน วิถีชีวิตที่เป็นไปในทางอกุศลกรรมต่าง ๆ นี้ รวมแล้วเรียกว่า “บาป” คือการกระทำความชั่วใน ลักษณะอื่น ๆ อีกมากมาย ที่เราเห็นกันอยู่ในสังคมของปัจจุบันนี้ ซึ่ง คำว่า “อกุศลกรรม” หรือคำว่า “บาป” นี้ มีผลที่ได้รับ คือความทุกข์ ทั้งในโลกนี้และในโลกหน้า มีความหมายครอบคลุมถึงธรรมและ ศีลธรรมอื่น ๆ ตามที่มีกล่าวไว้ในพุทธศาสนาด้วย เช่น การไม่รับผิดชอบในสถานะของตนที่ควรพึงจะ กระทำ ต่อครอบครัว ต่อสังคม^{๓๖}

นอกจากนี้แล้วยังได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องการดำเนินชีวิตตามหลักของพุทธศาสนาเอาไว้ อีกว่า การดำเนินชีวิตตามหลักของพระพุทธศาสนาการพัฒนาวิตจะต้งประกอบไปด้วย ๒ ส่วนที่มี ความสัมพันธ์กันตามหลักคำสอน คือ

- (๑) เป็นหลักความจริง ซึ่งถือว่าเป็นหลักคำสอนที่สำคัญของพุทธศาสนา
- (๒) เป็นจริยธรรม ซึ่งหมายความว่า เป็นธรรมที่ควรประพุดติและปฏิบัติ^{๓๗}

๒. ประเภทการดำเนินชีวิต

การดำเนินชีวิตของมนุษย์ในโลกนี้ แม้ว่าจะมีหลากหลาย ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมใน ประเทศที่ตนได้อยู่อาศัย และพื้นฐานทางความรู้และความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่ก็ตาม แต่ เมื่อกล่าวถึงชีวิตในการดำเนินไปของทุก ๆ ชีวิตแล้ว ย่อมมีพื้นฐานในความปรารถนาที่ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ปรารถนาสุข และไม่ต้องการทุกข์ ดังนั้นวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์เราทุก ๆ คนในโลกนี้ จึง มีอยู่ ๒ ประเภทใหญ่ๆ คือ

๑) การดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือน

การดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือน ของคฤหัสถ์ หรือ ของฆราวาสนั้น มีความหมาย อย่งเดียวกันคือ ผู้ที่ยังต้องการข้องเกี่ยวอยู่ในโลก ยังต้องการแสวงหาความสุขที่เป็นของชาวโลกคือ ชื่อเสียงเงินทอง ลาภ ยศ และสรรเสริญอยู่ในเมื่อความจริงของโลกก็ยังมีบุคคลเช่นนี้อยู่ เพราะเป็น ธรรมดาของโลกมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ส่วนใหญ่เมื่อเกิดมาแล้วสู่โลกนี้ ต่างก็มีความต้องการที่จะมีสิ่งเหล่านี้ คือปรารถนาความสุข ความรื่นรมย์ยินดีใน รูป รส กลิ่น เสียง โภภฏัพพะ และธรรมารมณ อันเป็นที่พึง

^{๓๖} เฉลียว เอี่ยมตระกูล, **ปรัชญาชีวิต**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮาส์, ๒๕๔๑), หน้า ๓๓.

^{๓๗} วุฒิน อินทสระ, **พุทธจริยศาสตร์**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทองกวาว, ๒๕๔๑), หน้า ๑.

ปรารถนา เมื่อความจริงของโลกอีกด้านหนึ่งยังเป็นเช่นนี้ พุทธปรัชญาก็มีหลักปฏิบัติที่ควร และเหมาะสมแก่บุคคลประเภทนี้ เพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เพราะว่าความจริงของโลกอีกมุมหนึ่งยังเป็นเช่นนั้นอยู่จริง การปรารถนาในสิ่งที่เรียกว่า ความสุขชาวโลก หรือผู้ที่ครองเรือนนั้น ไม่ได้สมหวังแก่ทุกคนเพียงแค่นี้หรือปรารถนาเอา แต่ต้องดิ้นรนแสวงหา จึงจะสามารถมีตามที่ตนเองปรารถนาได้ แม้ดิ้นแล้วก็ยังไม้อาจที่จะสมหวังดังใจได้ในทุกรายไป ดังนั้นมุกกลับของความจริงที่กล่าวถึงนั้นก็ คือ ความสมหวัง กับความผิดหวัง หรือ ความสุข กับความทุกข์ นั่นเอง ในหนังสือ ธรรมและชีวิต ของ วศิน อินทสระ ได้แบ่งหลักการดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือนตามสภาพของสังคมที่สามารถเห็นได้ชัดเจนเช่นในปัจจุบัน ออกเป็น ๒ ประเภท คือ^{๓๘}

๑) ในระดับครอบครัว ที่จะต้องดำเนินชีวิตโดยอาศัยหลักฆราวาสธรรม เป็นเครื่องมือดำเนินชีวิตเป็นพื้นฐานของผู้ครองเรือนที่ดี ที่จะเกื้อหนุนธรรมอื่น ๆ ให้เจริญงอกงามติดตามมาได้เช่น การเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา หรือเป็นบุตรเป็นธิดาที่ดี ก็รู้จักบุญคุณบิดาและมารดา และตอบแทนท่าน รู้จักเป็นคนขยันหมั่นเพียรในการแสวงหาทรัพย์โดยซื่อสัตย์และสุจริต และสร้างฐานะที่ดีเป็นประกันแก่วงศ์สกุล มีศรัทธา มีศีล มีจาคะ มีปัญญา ฯลฯ

๒) ในระดับสังคม ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก ในฐานะต่าง ๆ เช่นเป็นนักปกครอง เป็นผู้บริหารงาน เป็นมิตรกัน หรือเป็นเพื่อนร่วมงานกัน การดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือนในส่วนนี้จึงต้องเป็นผู้รู้จักประมาณตนเองในการแสดงออก ประมาณในการใช้วาจา เพื่อให้เหมาะสมแก่บุคคลในฐานะต่าง ๆ และรู้จักการเลือกคบมิตรที่ดี รู้จักหลีกเลี่ยงอบายมุข และหลีกเลี่ยงการคบคนพาล คนชั่วทั้งหลาย ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายมากสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือน หากเป็นผู้บริหารจะต้องทำตนให้เป็นคนเที่ยงตรงไม่มีอคติลำเอียง ไม่มัวเมาหมกมุ่นบริโภคโภคโคะไม่ติดอบายมุข เป็นคนที่น่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การดำเนินชีวิตของผู้ครองเรือน นั้นจะต้องประกอบด้วยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่นำมาเป็นแนวทาง เป็นคุณธรรมในการปฏิบัติตามหน้าที่ของตนในทางสังคมซึ่งคนหนึ่งในสังคมนั้นมีหลายหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติแล้วแต่จะปฏิบัติต่อใครในสังคมนั้น ๆ

๓. หลักการดำเนินชีวิตในสังคม

หลักการดำเนินชีวิตในสังคมตามหลักพุทธศาสนา คือ การประพฤติและการปฏิบัติต่อชีวิตของตนตามหลักคำสอนที่มีในพระพุทธศาสนา การดำเนินชีวิตจึงต้องเกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ของธรรมชาติด้วย คือ กฎของความเป็นจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงตายอยู่ ๕ ประการ หรือที่เรียกว่ากฎ ธรรมนิยาม อันได้แก่

๑) กรรมนิยาม คือกฎแห่งกรรม ได้แก่ กฎแห่งการกระทำ คือ “ทำกรรมอย่างไรก็จะได้ผลแห่งกรรมนั้น” เป็นกฎของเหตุผลที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติ

๒) อุตุนิยาม คือ กฎของธรรมชาติที่เกี่ยวกับอุณหภูมิ ดิน ฟ้า อากาศ ฤดูกาล

๓) พีชนิยาม คือ กฎของธรรมชาติที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ ได้แก่ พันธุกรรม

^{๓๘} วศิน อินทสระ, ธรรมและชีวิต, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพฯ: มงคลการพิมพ์, ๒๕๒๗), หน้า ๑-๔๒.

๔) จิตนิยาม คือ กฎของธรรมชาติที่เกี่ยวกับการทำงานของจิต

๕) ธรรมนิยาม หรือกฎแห่งธรรมะ (ธรรมชาติ) คือกฎธรรมชาติที่เกี่ยวกับกำหนดของธรรมชาติที่มีความสัมพันธ์กัน และอาการที่เป็นเหตุเป็นผลต่อกันของสิ่งทั้งหลายการแสดงถึงความเป็นอย่างของมนุษย์ในธรรมชาติ^{๓๙}

ตามนิยามของธรรม นั้นหมายถึง ภาวะความเป็นอยู่ของมนุษย์ตามกฎธรรมชาติ โดยไม่แบ่งแยกว่ากฎเกณฑ์นี้ใช้กับมนุษย์ ส่วนอีกกฎเกณฑ์หนึ่งใช้กับสัตว์ หรือโลกธรรมชาติ แต่มันเป็นกฎพื้นฐานที่ใช้กับสิ่งต่าง ๆ ตามลักษณะของปรากฏการณ์ เช่น ปรากฏการณ์ในโลกกายภาพ หรือโลกวัตถุ ก็จะสามารถอธิบายได้ด้วยกฎของอุตุนิยาม เป็นต้น การอธิบายดังกล่าว จะทำให้เราเข้าใจถึงฐานะที่แท้จริงของมนุษย์ตามหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา ดังต่อไปนี้

๑) กรรมนิยาม (Law of Karma) กฎธรรมชาติเกี่ยวกับการกระทำ และกระบวนการให้ผล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ เกี่ยวโยงกับเจตจำนง หรือความคิดปรุงแต่งทั้งฝ่ายดีและชั่ว อันจะนำมาซึ่งผล ทั้งที่เป็นคุณประโยชน์และโทษทัณฑ์^{๔๐} กฎแห่งกรรมในฐานะเป็นนิยามตามธรรมชาติในข้อนี้ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมของมนุษย์ และสัตว์โลกทั้งหลาย ดังพุทธพจน์ในจุฬามณีวาทสูตร ได้แสดงถึงสัตว์โลกทั้งหลายนั้นว่า สัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตน เป็นทายาทแห่งกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย กรรมย่อมจำแนกสัตว์ให้เลวและประณีตได้^{๔๑} จะเห็นว่าความเป็นไปของสัตว์ทั้งหลาย จะอิงอยู่กับกฎของกรรมนิยาม ในฐานะกฎกำหนดความเป็นไปของสัตว์ทั้งหลาย ผู้ซึ่งอยู่ในวิภวสังสาร ดังพุทธพจน์ว่า ไม่ใช่เราแต่ผู้เดียวเท่านั้นที่มีกรรมเป็นของตน เป็นทายาทแห่งกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่ง จักทำกรรมใดดีก็ตาม ชั่วก็ตาม เราจักเป็นผู้รับผลของกรรมนั้น โดยที่แท้ สัตว์ทั้งปวงบรรดาที่มีการมา การไป การจุติ การอุบัติ ล้วนมีกรรมเป็นของตน เป็นทายาทแห่งกรรม มีกรรมเป็นกำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่ง จักทำกรรมใดดีก็ตาม ชั่วก็ตาม จักเป็นผู้รับผลของกรรมนั้น^{๔๒} มนุษย์และสรรพสัตว์จึงอยู่ในฐานะเป็นเพื่อนร่วมชะตากรรม กฎแห่งกรรมจึงเปรียบเสมือนเครื่องควบคุมสรรพสิ่งที่เป็นไปในโลก ดังพุทธพจน์ว่า กมมุนา วตตตี โลโก แปลว่า สัตว์โลกย่อมเป็นไปตามกรรม หรือเป็นไปเพราะกรรม^{๔๓} และส่งผลเป็นวิบากกรรม แม้วามมนุษย์และสัตว์โลก จะมีบรรทัดฐานทางศีลธรรมต่างจากสัตว์โลกอื่น ๆ แต่แบบแผนทางศีลธรรมในพระพุทธศาสนา มีลักษณะเป็นกฎความสัมพันธ์ตามธรรมชาติ กล่าวคือ การกระทำทางกาย วาจา ใจ ต้องไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ไม่ว่าจะมนุษย์ สัตว์ หรือแม้กระทั่งกับโลกธรรมชาติ

๒) อุตุนิยาม (Physical Law) กฎนี้แสดงความเป็นไปของปรากฏการณ์ฝ่ายวัตถุ ความเปลี่ยนแปลงของโลกกายภาพ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ความผันแปรของสิ่งหนึ่งเนื่องด้วยความ

^{๓๙} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๑/๒๙๓.

^{๔๐} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๓๒๑/๑๕๓.

^{๔๑} ม.อุ. (ไทย) ๑๔/๕๙๖/๓๒๙.

^{๔๒} อัง.ปญจก. (ไทย) ๒๒/๕๗/๗๔.

^{๔๓} ม.ม. (ไทย) ๑๓/๗๐๗/๔๘๙.

ร้อน หรืออุณหภูมิต่ำ เช่น เรื่อง ลมฟ้าอากาศ เป็นต้น^{๔๔} แต่เมื่อพิจารณาถึงมนุษย์ตามองค์ประกอบของร่างกาย (รูปธรรม) อันเป็นส่วนทางกายภาพนั้น มีองค์ประกอบที่เท่าเทียมกับโลกกายภาพ คือประกอบด้วย ปฐวีธาตุ (ธาตุดิน) อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) วาโยธาตุ (ธาตุลม) เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ธาตุเหล่านี้รวมเรียกว่า มหาภูตรูป หมายถึง ลักษณะของสิ่งที่เป็นกายภาพ (Physical Body) เป็นโครงสร้างของสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นวัตถุรูป มีสัมพันธภาพ ไม่แน่นอน เป็นการรวมตัวตามองค์ประกอบพื้นฐาน คือ ธาตุ (Elements) ซึ่งเป็นสิ่งที่ดำรงตัวมันเองอยู่ตามกระบวนการแห่งเหตุปัจจัย อยู่ในฐานะเป็นสังขตธรรม อันเป็นผลรวมชั่วคราว มีการเกิดดับเปลี่ยนแปลงติดต่อกัน และเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ธาตุพื้นฐานดังกล่าว ได้แสดงตัวในฐานะองค์ประกอบส่วนหนึ่งของรูปกายมนุษย์กับโลกกายภาพว่า เป็นสิ่งที่มีอยู่เช่นนั้นเอง ตามกฎของธรรมชาติ

๓) พีชนิยาม (Biological Law) กฎธรรมชาติเกี่ยวกับการสืบพันธุ์ รวมทั้งพันธุกรรม เช่น หวานพืชเช่นไร ก็ย่อมได้รับผลเช่นนั้น เป็นต้น^{๔๕} ถือเป็นกฎเกณฑ์ทางธรรมชาติในชีวณฑลของพืชและสัตว์ ตลอดจนสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ทั้งหมด นิยามนี้นับตั้งแต่ลักษณะทางพันธุกรรม ดุลยภาพทางชีวภาพของสัตว์และพืช ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการดำรงชีวิตของกันและกัน ตามระบบความสัมพันธ์ทางนิเวศ มนุษย์ในฐานะที่เป็นไปตามพีชนิยามนี้เช่นกันกับสิ่งมีชีวิตที่ตกอยู่ภายใต้กฎพีชนิยาม นับตั้งแต่เรื่องของการกำเนิดของมนุษย์และสัตว์

กฎของพีชนิยาม นอกจากจะอธิบายถึงความสืบทอดพันธุกรรมของพืช เมื่อพิจารณาถึงหลักพีชนิยามจะเห็นว่าเป็น กฎธรรมชาติที่ครอบคลุมตั้งแต่พืชและสัตว์ โดยเฉพาะพระพุทธพจน์ที่ทรงแสดงถึงสัตว์โลก ตามการกำเนิดของสัตว์เหล่านั้น ดังนั้น เมื่อก้าวตามกำเนิดแล้ว มนุษย์ก็มีได้มาจากแหล่งกำเนิดที่สูงกว่าบรรดาสัตว์ทั่วไป แต่กลับอยู่ในฐานะเดียวกับสัตว์อื่น เช่น สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่กำเนิดโดยอาศัยครรภ์ (มดลูก) เหมือนกับมนุษย์ เป็นต้น

๔) จิตตนิยาม (Psychic Law) กฎธรรมชาติเกี่ยวกับการทำงานของจิตใจ หรือกระบวนการรับรู้ เช่น การรับรู้ของจิตผ่านกระบวนการประสาทสัมผัส การทำงานของจิตในการแสวงหาอารมณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกนึกคิด การเก็บความทรงจำ เป็นต้น นั่นคือ ธรรมชาติของจิต (การรับรู้) และเจตสิก (อารมณ์) ในกระบวนการแห่งเหตุปัจจัยตามนิยามของจิต^{๔๖}

กฎจิตตนิยาม เมื่อใช้อธิบายลักษณะของมนุษย์และสัตว์โลก ตามลักษณะขององค์ประกอบแห่งขั้น ๕ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นนามธรรม เช่น สัตว์บางชนิดอาจมีองค์ประกอบครบทั้ง ๕ ส่วน คือ มีรูปกาย (รูปขั้น) ความรู้สึก (เวทนาขั้น) ความสามารถจดจำ (สัญญาขั้น) การไตร่ตรองด้วยปัญญาและเหตุผล (สังขารขั้น) และมีสภาวะการรับรู้หรือจิต (วิญญาณขั้น) เป็นต้น แต่สัตว์บาง

^{๔๔} พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต), **พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘), หน้า ๑๕๒.

^{๔๕} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕๒.

^{๔๖} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕๓.

เผ่าพันธ์ อาจมีองค์ประกอบเหล่านี้ไม่สมบูรณ์ เช่น อสังกัญสัตว์ ซึ่งไม่มีสัญญา เป็นต้น^{๔๗} และในส่วนของ การใช้ปัญญาพิจารณา โดยเฉพาะเรื่องที่จะนำพาตนเองพ้นจากความทุกข์ แม้ว่าจะมีสัญญาตญาณ ในชีวิตของสัตว์ คือ มีความรู้สึกรักชีวิต ต้องการความสุข และไม่ต้องการประสบกับความทุกข์ เช่นเดียวกัน ไม่ว่ามนุษย์ หรือสัตว์^{๔๘}ทั้งหมดนี้ล้วนมาจากกิเลส ดังพุทธพจน์ว่า เราอย่าลืมพิจารณา เห็นหมู่สัตว์อื่นแม้เพียงหมู่หนึ่ง ซึ่งวิจิตรเหมือนอย่างสัตว์ดิรัจฉานทั้งหลายนี้เลย...คนคิดด้วยจิตนั้นแหละ จิตนั้นแหละวิจิตรกว่าสัตว์ดิรัจฉานแม้เหล่านั้น เพราะเหตุนี้ เธอทั้งหลายพึงพิจารณาจิตของตนเนื่อง ๆ ว่า จิตนี้เศร้าหมองสัตว์ทั้งหลายย่อมบริสุทธิ์ เพราะจิตผ่องแผ้ว^{๔๙}

จะเห็นว่า “สภาวะจิต” ตามหลักจิตนิยม ได้แสดงถึงจุดร่วมและความแตกต่างของ มนุษย์และสรรพสัตว์เผ่าพันธ์ต่าง ๆ นั่นคือ มนุษย์และสรรพสัตว์ทั้งหมดในสังสารวัฏ มีความเกี่ยวเนื่องถึงกัน มีการเปลี่ยนสถานะจากมนุษย์ อาจกลับกลายเป็นสัตว์ดิรัจฉาน หรือสัตว์ประเภทอื่นเช่น เปรต อสุรกาย สัตว์นรก หรือสัตว์ที่มีจิตใจสูงอย่าง เทพ เป็นต้น^{๕๐} การมองเช่นนี้จะทำให้เข้าใจว่า มนุษย์และสัตว์มีธรรมชาติของความเป็นไปอย่างเดียวกัน แต่จะแตกต่างออกไปตามพัฒนาการทางจิต ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดภพภูมิของแต่ละภพภูมิ ให้มีความแตกต่างกันไปตามศักยภาพของการชำระจิตที่บริสุทธิ์

๕) ธรรมนิยาม (The General Law of Cause and effect) กฎธรรมชาติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ที่เป็นเหตุเป็นผลกันของสรรพสิ่ง ความเป็นไปตามธรรมดา หรือธรรมชาติของคน สัตว์ และสิ่งของ รวมไปถึงความเป็นกฎธรรมชาติด้วย ฉะนั้น มนุษย์ สัตว์ และสรรพสิ่งตามธรรมชาติ ตามนิยามของพระพุทธศาสนานั้นตกอยู่ภายใต้ นิยามตาม “กฎธรรมชาติ” กฎนี้ครอบคลุมความสัมพันธ์ทุกส่วนทั้งจักรวาล ตามกฎทั้ง ๕ สามารถสรุปรวมใน ธรรมนิยาม ที่ถือว่าเป็นนิยามร่วม หรือนิยามสากล ของสิ่งที่ปรากฏในนิยามทั้ง ๔ ข้างต้น เช่น สามัญญลักษณะ ได้แก่ ความไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และอนัตตภาวะ รวมเป็นนิยามของสรรพสิ่งทั้งหมด เป็นต้น^{๕๑}

กฎของธรรมชาติทั้ง ๔ ข้อแรก คือ กรรมนิยาม อุตุนิยาม พีชนิยาม และจิตนิยาม เป็นกฎเฉพาะ ที่อยู่ภายใต้กฎของ ธรรมนิยามทั้งสิ้น^{๕๒} ความเกี่ยวข้องกันระหว่างการดำเนินชีวิต หรือกฎแห่งกรรมนี้ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันกับกฎของธรรมชาติอื่น ๆ เพราะมนุษย์ต้องอาศัยธรรมชาติ คือ โลกและสังคมนี้ดำเนินชีวิตอยู่ตั้งแต่เกิดจนถึงตาย เพราะฉะนั้นกฎธรรมชาติทั้ง ๕ ข้อนี้ จึงต้องมีความเกี่ยวข้องกันกับชีวิตของมนุษย์ด้วย เมื่อมองในแง่ของกฎที่เป็นธรรมชาติโดยรวมแล้วจะพบว่า ธรรมนิยามหรือกฎของธรรมชาติเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ต่าง ๆ ขึ้นได้นั้น เป็นเช่น โรงงานที่

^{๔๗} อภิ.วิ. (ไทย) ๓๕/๑๐๙๗/๖๑๗.

^{๔๘} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๑๔๕๙/๓๕๔

^{๔๙} ส.ช. (ไทย) ๑๗/๒๕๙/๑๔๒.

^{๕๐} ส.นิ. (ไทย) ๑๖/๖๖๔/๒๙๙, ส.ม. (ไทย) ๑๙/๑๗๕๗/๔๕๗.

^{๕๑} ส.นิ. (ไทย) ๑๖/๖๖๔/๑๕๓.

^{๕๒} พระเทพวิสุทธิกวี (พิจิตร ฐิตวณฺโณ), **กฎแห่งกรรม**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาหมากูรราชวิทยาลัย, ๒๕๓๗), หน้า ๑๖๒-๑๖๕.

ผลิตสินค้าขนาดใหญ่ทั้งระบบ ส่วนกฎธรรมชาติดีอื่น ๆ เป็นเหมือนเครื่องจักรที่ทำหน้าที่เฉพาะของตน อยู่ในโรงงานนั้น ดังนั้น กรรม หรือการดำเนินชีวิตจึงต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ดำเนินชีวิตอยู่ หรือเมื่อเวลาล่วงเลยไปแล้ว ซึ่งนั่นหมายความว่า จะต้องมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ตามกฎของธรรมนิยาม หรือตามกฎของธรรมชาติที่ครอบคลุมทั่วทั้งสิ่งมีชีวิต และสิ่งที่ไม่ใช่ชีวิตอื่น ๆ โดยทั่วไป หลักการดำเนินชีวิตในสังคมตามหลักพุทธศาสนาจึงเป็นการควบคุมกายและจิตให้ดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับสภาวะความจริงของธรรมชาติที่มีอยู่ เพราะเหตุว่าแต่ละส่วนของชีวิต หรือแต่ละส่วนในธรรมชาติทั้งหลายที่ปรากฏอยู่ต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งสิ้น กฎความจริงทั้งหลายในธรรมชาตินี้ มีความสัมพันธ์ระหว่างกันอยู่แล้ว แต่มนุษย์เองต่างหากที่ไม่เข้าใจกฎของความจริงใน ข้อนี้

ฉะนั้น หลักในการดำเนินชีวิตในสังคมตามหลักพุทธศาสนาจะต้องนำหลักธรรมมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีอยู่ของธรรมชาติ และมีการดำเนินชีวิตไปใน ๒ ส่วนด้วยพร้อมกันคือ กายกับจิต และสิ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกันในชีวิตต่าง ๆ เช่น สังคมในครอบครัว คือ บิดา มารดาฯ และสังคมในระดับชุมชน คือ มิตร ครูอาจารย์ฯ ซึ่งหมายความว่า ไม่ว่าจะการดำเนินชีวิตของคนเรานั้นจะดำเนินไปในทิศทางใด คือเป็นไปในทางดี หรือเป็นไปในทางเลว ก็ต้องสัมพันธ์กันกับสิ่งแวดล้อมธรรมชาติด้วย เพราะการดำเนินชีวิตนั้นได้กระทำต่อโลก กระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในโลกนี้ โลกจึงเหมือนกับบ้านหลังใหญ่ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นกับสมาชิกที่อาศัยอยู่ หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ผลกระทบก็ต้องเกิดขึ้นกับทุก ๆ คนที่อยู่อาศัยในบ้านนั้นด้วย และเมื่อกล่าวโดยรวมถึงหลักการดำเนินชีวิตในพุทธศาสนาแล้ว ก็คือกระบวนการพัฒนาดน หรือกระบวนการพัฒนาชีวิตที่มีกล่าวไว้ครอบคลุมหลักคำสอนทั้งหมดในพุทธศาสนา คือ ไตรสิกขา ๓

๔. ลักษณะการดำเนินชีวิต

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก กล่าวไว้ในหนังสือธรรมดุษฎี ถึงการดำเนินชีวิตตามพระพุทธศาสนาว่ามีเพียง ๓ ชั้น ๓ ระดับ คือ ๑) ชั้นพื้นฐาน ที่อยู่ในระดับของศีล ๒) ชั้นกลาง อยู่ในระดับของการฝึกสมาธิ ๓) ชั้นสูงอยู่ในระดับของการฝึกปัญญาให้แก่กล้า จนหลุดพ้นอวิชชา ตัณหาและอุปาทาน^{๕๓} ๔๔ ซึ่งใน ๓ ระดับ มุ่งหวังเป้าหมายการบรรลุประโยชน์ของการดำรงชีวิตอยู่ในโลกนี้ ๓ ลักษณะ ได้แก่ (อัตถะ ๓)

๑) ภูมิธัมมิกัตถะ คือประโยชน์ในปัจจุบันที่เป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต อันได้แก่ การมุ่งแสวงหาทรัพย์ภายนอก และทรัพย์ภายใน คือ ทรัพย์เงินทอง และทานบารมีธรรมต่าง ๆ

๒) สัมปรายิกัตถะ คือ ประโยชน์ในภายหน้า หรือประโยชน์ชั้นสูงอย่างหนึ่งอันได้แก่ การแสวงหาความเจริญก้าวหน้าของจิตใจด้วยคุณธรรม มีศรัทธา ศีล จาคะ และปัญญา เป็นต้น

^{๕๓} สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก, ธรรมดุษฎี, (กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๓๗), หน้า ๖๑.

๓) ปรมัตถะ คือ ประโยชน์อย่างยิ่งหรือประโยชน์ชั้นสูงสุดอันได้แก่ จุดมุ่งหมายขั้นสุดท้ายที่ชีวิตควรจะได้เข้าถึง คือรู้ว่าชาติ ชรา พยาธิ มรณะ เป็นทุกข์และทุกข์นี้เป็นสิ่งที่เวียนว่ายไม่รู้จักที่สิ้นสุด มีกฎของไตรลักษณ์ ชั้นที่ ๕ ปฏิจจนุปบาท อริยสัจ^{๔๔}

จากเนื้อหากล่าวนี้นี้ สามารถที่พิจารณาเห็นคำตอบของลักษณะของการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธศาสนา ๓ ลักษณะคือ

๑) ลักษณะการดำเนินชีวิตเพื่อประโยชน์ปัจจุบัน (ทิฏฐิธัมมิกัตถะ) หมายถึงประโยชน์ที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นขั้นต้น เป็นปกติของมนุษย์ธรรมดาที่มุ่งหมายอยู่ในโลกนี้ ด้วยการแสวงหาทรัพย์ เกียรติยศ คู่ครองที่ดี ด้วยอาศัยความเพียร สติปัญญาแสวงหาในทางที่ชอบธรรม รู้จักการปฏิบัติต่อสิ่งเหล่านี้ในทางที่เป็นไปเพื่อประโยชน์สุข ทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นลักษณะความสุขของคฤหัสถ์ เรียกว่า กามโภคีสุข หรือคิหิสุข อันได้แก่

(๑) การแสวงหาทรัพย์ภายนอก โดยมีหลักการปฏิบัติตนประกอบด้วย (๑) มีความขยันหมั่นเพียรในการประกอบอาชีพทำงาน (๒) รู้จักการรักษาทรัพย์สมบัติที่หามาได้ให้ปลอดภัย (๓) คบหาคนดีเป็นมิตร (๔) เลี้ยงชีวิตด้วยความพอดี รู้จักการใช้จ่ายและประหยัดเก็บไว้ใช้ในคราวจำเป็น ดำเนินชีวิตตามฐานะแห่งสภาพของความเป็นอยู่ที่เหมาะสม คือ เลี้ยงชีวิตแต่พอดี มิให้ฝืดเคืองหรือฟุ่มเฟือยจนเกินกำลังความสามารถของตนเอง ประหยัดและเก็บออมเป็น ด้วยหลักการคือ ใช้ในการเลี้ยงชีพ ๑ ส่วน ใช้ดำเนินในกิจการงาน ๒ ส่วน และเหลือเก็บไว้ ๑ ส่วนนอกจากนั้นยังต้องรู้จักเลือกสิ่งทีเกื้อกูลให้ทรัพย์ตั้งอยู่ได้นาน เช่น การรู้จักหาเพิ่มเติมไม่สร้างหนี้สิน ประกอบการงานที่ไม่มีโทษ และนำทรัพย์ที่หามาได้โดยสุจริตเหล่านั้นไปเลี้ยงบิดา มารดา ภรรยา บุตร และคนในปกครอง,มิตรสหายและผู้ร่วมกิจการงานให้เป็นสุข รู้จักทำบุญอุทิศให้แก่บรรพบุรุษผู้ล่วงลับ เพื่อบำรุงพระสงฆ์อันเป็นการรักษาศาสนา

(๒) การแสวงหาทรัพย์ภายใน ได้แก่ การรู้จักแสวงหาบุญกุศลต่าง ๆ การรักษาศีล ประพฤติธรรมเพื่อความก้าวหน้าในคุณค่าภายในที่จะยกระดับของจิตใจให้สูงขึ้น เช่น

๑. มีฆราวาสธรรม ๔ ได้แก่ สัจจะ ความจริงใจ ความซื่อสัตย์จริงใจต่อกัน, ทมะ คือ การบังคับตน ปรับปรุงตน การข่มใจตน, ขันติ ความอดทน อดกลั้น, จาคะ คือ การเสียสละ แบ่งปัน ช่วยเหลือกัน

๒. มีศีล ๕ คือ เว้นจากฆ่าสัตว์, เว้นจากการลักทรัพย์, เว้นจากประพฤติดินในกาม, เว้นจากกล่าวคำเท็จ คำหยาบ คำส่อเสียด คำเพ้อเจ้อ, เว้นจากดื่มสุราเมรัยยาเสพติดให้โทษ

๓. มีอิทธิบาท ๔ ได้แก่ ฉันทะ มีใจรัก พอใจในสิ่งที่ทำด้วยความเข้มแข็งและอดทน, วิริยะ พากเพียร ขยันหมั่นประกอบ, จิตตะ เอาใจฝึกฝน ตั้งจิตรับรู้ในสิ่งที่ทำ, วิมังสา การใช้ปัญญาพิจารณาใคร่ครวญ

๔. มีธรรมที่ควรจดเว้น คือ ความเป็นนักเลงผู้หญิง, ความเป็นนักเลงสุรา, ความเป็นนักเลงการพนัน, การคบคนชั่วเป็นมิตร เสพสุราของมีนเมา, เทียวกลางคืน, เทียวดูการละเล่น, เล่นการพนัน, คบคนชั่วเป็นมิตร, เกียจคร้านไม่ทำงาน

^{๔๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๒.

จะเห็นได้ว่า กระบวนการด้านการพัฒนาชีวิตของมนุษย์ในพุทธศาสนาได้วางหลักการปฏิบัติไว้อย่างแยบยลทั้งในฐานะต่อตนเองและผู้อื่น มีความสอดคล้องสัมพันธ์กันกับหลักความจริงที่มีตามธรรมชาติ เกื้อกูลทั้งสองฝ่ายระหว่างหลักการปฏิบัติกับผลที่เกิดขึ้นตามเหตุปัจจัยที่มีอยู่

๒) ลักษณะการดำเนินชีวิตเพื่อประโยชน์เบื้องต้น (สัมปรายภักตละ) หมายถึง ประโยชน์ในภายหน้าหรือประโยชน์ขั้นสูงอย่างหนึ่งในด้านคุณค่าของชีวิตภายใน เพื่อเป็นหลักประกันของชีวิตในอนาคตและภพหน้า คือความเจริญก้าวหน้าของจิตใจด้วยคุณธรรม มีศรัทธา ศีล จาคะ และปัญญา เป็นผู้ดำรงตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงาม มุ่งแสวงหาอริยทรัพย์ เพื่อความก้าวหน้า และเรียนรู้ศึกษาในกฎของธรรมชาติที่เป็นจริง เช่น กฎของไตรลักษณ์ กฎของกรรม อริยสัจ ๔ เพื่อปลูกฝังให้จิตใจเข้มแข็งมั่นคงในประโยชน์จากการที่ได้เรียนรู้ความจริงนำไปเสริมสร้างปัญญาให้แจ่มชัดในความจริงของชีวิตยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกฎของความเป็นจริงตามธรรมชาติ ในเรื่องกรรม ผลของกรรม และกฎของกรรม คำว่า “กรรม” นี้หมายถึง การกระทำ ที่ประกอบด้วยเจตนา หรือความตั้งใจกรรม หรือการกระทำนี้ มีความหมายเป็นกลาง ๆ ซึ่งไม่ถือว่าเป็นดีหรือชั่วแต่เอาเจตนาตั้งที่กล่าวมาแล้วนั้นเป็นเครื่องชี้ว่า เป็นกรรมที่ดี หรือเป็นกรรมชั่ว เพราะฉะนั้นเจตนาจึงมีความสำคัญในการพิจารณาลักษณะของการกระทำ โดยหากมีกุศลเจตนา การกระทำย่อมเป็นกุศลกรรม คือกรรมดี หากมีอกุศลเจตนา การกระทำย่อมเป็นอกุศลกรรม คือ กรรมชั่ว และหากเป็นอัพยาเกตเจตนา การกระทำย่อมเป็นอัพยาเกตกรรมคือกรรมกลาง ๆ กรรมเหล่านี้เป็นเครื่องบอกทิศทางในภายภาคหน้าว่า เมื่อหลังจากที่ตายแล้วจะมีทิศทางในเบื้องหน้าเป็นไปอย่างไร หมายความว่า กรรมนั้นให้ผลในชาตินี้ และชาติต่อ ๆ ไป ดังพุทธพจน์ในวัฏฏปมสูตรว่า “จิตเต สงกิลิภูเร ทุกฺคิติ ปาฏิกงฺขา จิตเต อสงกิลิภูเร สุคฺคิติ ปาฏิกงฺขา” คือ เมื่อ จิตเศร้าหมองแล้วทุกฺคิติเป็นอันต้องหวัง เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้ว สุคฺคิติเป็นอันหวังได้^{๕๕}...และจิตที่เศร้าหมองนั้น ได้แก่ จิตที่เกิดจากกรรม ๒ อย่าง ตามที่มีกล่าวในทุกนิบาต อังคุตตรนิกาย คือ กุศลกรรม และ อกุศลกรรม^{๕๖}

ในส่วนนี้สามารถที่จะอธิบายได้ว่า กรรมนั้นให้ผลตามชนิดของกรรม คือ ถ้าเป็นกุศลกรรม หรือกรรมฝ่ายที่ดี จะทำให้ไปเกิดในที่ที่ดี คือ สุคติภพ และถ้าเป็นอกุศลกรรม หรือกรรมฝ่ายที่ชั่ว จะทำให้ไปเกิดในที่ที่ไม่ดีคือ ทุกฺคิติภพ การกระทำกรรมนั้นไม่สามารถกระทำแทนกันได้เพราะกรรมนั้นเป็นของเฉพาะตัว บุคคลใดกระทำการกรรมย่อมเป็นผู้รับผลของกรรม ฉะนั้น สัมปรายภักตละ หรือ การดำเนินชีวิตเพื่อมุ่งแสวงหาประโยชน์ในอนาคตตามหลักพุทธศาสนา จึงเริ่มที่การปลูกฝังความเชื่อมั่นภายในอันเป็นนามธรรม เน้นในเรื่องเหตุและผลของความจริงที่มีอยู่ตามธรรมชาติ คือ เหตุและผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นจากกาย วาจา และใจในอนาคต ด้วยการยกคุณธรรมภายในให้สูงขึ้นมีศรัทธา ศีล จาคะ และปัญญา การรู้จักเสียละ เพื่อให้มนุษย์รู้จัก และยอมรับกฎกติกาของธรรมชาติที่มีอยู่ ที่เราเรียกว่า “ธรรมะ” เสียก่อนจึงจะสามารถพัฒนาคุณธรรมอื่น ๆ ให้งอกงามเจริญขึ้นมาได้

^{๕๕} ม.ม. (ไทย) ๑๒/๙๒/๔๘.

^{๕๖} อภ.ติก. (ไทย) ๒๐/๔๔๕/๑๓๑.

๓) ลักษณะการดำเนินชีวิตเพื่อประโยชน์สูงสุด (ปรมาตมะ) หมายถึง ประโยชน์สูงสุด หรือ ประโยชน์ที่เป็นสาระแท้ของชีวิต ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายขั้นสุดท้ายที่ชีวิตควรจะเข้าถึงพระพุทธเจ้า ทรงชี้ให้เห็นว่า ขาติ ขรา พยาธิ มรณะ เป็นทุกข์ และทุกข์นี้เป็นสิ่งที่เวียนว่ายไม่รู้จักที่สิ้นสุด ทำให้เกิดเบื่อหน่ายในทุกข์แล้วหาทางหนีจากทุกข์นั้น ระดับนี้ พระพุทธเจ้าทรงสอนปรมาตธรรม อันประกอบด้วยธรรมะต่าง ๆ เช่นกฎของไตรลักษณ์ ชั้น ๕ ในการดำเนินชีวิตในขั้นสูงสุดนี้ เป็นลักษณะการดำเนินชีวิตขั้นสุดท้าย คือการรู้แจ้งในความจริงของธรรมชาติต่าง ๆ เช่น วงจรการเกิด และการตายของชีวิต ที่มีความสัมพันธ์ตามกฎของธรรมชาติ ที่เรียกว่า “สังสารวัฏ” และสิ่งอื่น ๆ ที่อาศัยการเกิดของธรรม หรือกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในการดำเนินชีวิตขั้นปรมาตะนั้น คือการดำเนินชีวิตเพื่อการเข้าถึงธรรมชาติ คือนิพพาน

๓.๑) คุณภาพชีวิตด้านเหตุ (วิธีการดำเนินชีวิต)

คำว่า “คุณภาพชีวิตด้านเหตุ” ในที่นี้ หมายถึง คุณภาพชีวิตในด้านวิธีการหรือแนวทางในการดำเนินชีวิต อันเป็นเหตุให้ชีวิตประสบกับภาวะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางที่ดี ซึ่งในทางพุทธศาสนานั้น แนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี ได้แก่ การประพฤติธรรม เพราะเหตุว่าการประพฤติธรรมนำมาซึ่งผลที่ดีงามคือ ความสุข ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า “ผู้ประพฤติธรรม ย่อมอยู่เป็นสุขทั้งในโลกนี้และโลกหน้า”^{๕๗} จึงอาจกล่าวโดยสรุปที่สุดได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านเหตุนี้ ได้แก่ การประพฤติธรรม คำว่า “ธรรม”^{๕๘} ในที่นี้ หมายถึง หลักสำหรับประพฤติปฏิบัติในทางพุทธศาสนา ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงสั่งสอนไว้มากมาย และเป็นที่น่าอัศจรรย์ว่า ธรรมทั้งหลายเหล่านั้น แม้จะมีมากมาย แต่ก็สามารถเชื่อมโยงหรือสอดคล้องกันได้โดยไม่ขัดกัน ด้วยเหตุที่มีความมุ่งหมายอันเดียวกันคือ ความดับทุกข์หรือการแก้ปัญหาชีวิตและสังคม ให้แก่เหล่าสัตว์นั่นเอง

๓.๒) คุณภาพชีวิตด้านผล (จุดหมายของชีวิต)

คำว่า “คุณภาพชีวิตด้านผล” หมายถึง คุณภาพชีวิตในด้านภาวะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางที่ดีที่ชีวิตได้ประสบ กล่าวคือ คุณภาพชีวิตในแง่การบรรลุผลหรือจุดหมายของชีวิตนั่นเอง (คำว่า “ผล” ในที่นี้ ตรงกับคำว่า “อตถะ” หรือ “อรรถ” ซึ่งหมายถึง ประโยชน์ หรือผลที่เป็นจุดหมายของชีวิต)^{๕๙} ตามหลักพุทธศาสนานั้น ผลที่ทุกชีวิตมุ่งประสงค์กันโดยสรุปก็คือ ความสุข ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า “สัตว์ทั้งหลายเป็นผู้รักสุข”^{๖๐} คุณภาพชีวิตด้านผลจึงได้แก่ การมีชีวิตที่เป็นสุขนั่นเอง

^{๕๗} พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๖๙/๘๕.

^{๕๘} คำว่า “ธรรม” มีความหมายหลายนัย แต่ในที่นี้มุ่งหมายถึง จริยธรรม หรือ หลักประพฤติปฏิบัติเท่านั้น.

^{๕๙} พุ.ธ. (ไทย) ๒๕/๑๖๙/๕๙๔.

^{๖๐} พุ.อุ. (ไทย) ๒๕/๑๓/๑๙๓.

ทัศนะเรื่องความสุขในทางพุทธศาสนานั้น มีการจัดแบ่งไว้หลายลักษณะ หากจะกล่าวในแง่การมีชีวิตที่เป็นสุข ก็อาจจะกล่าวตามองค์ประกอบของชีวิตอย่างกว้าง ๆ ซึ่งสามารถสรุปความสุขได้ ๒ ประการ ได้แก่ กายิกสุข คือ สุขทางกาย และเจตสิกสุข คือ สุขทางใจ ซึ่งอาจแบ่งได้ ๓ ระดับชั้น^{๖๑} ได้แก่

(๑) กามสุข คือ สุขเนื่องด้วยกาม ได้แก่ ความสุขกายสบายใจที่เกิดขึ้นด้วยอาศัยกามคุณ ๕ คือ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส เป็นความสุขขั้นสามัญชนโดยทั่วไป ที่ยังเนื่องอยู่ด้วยวัฏธุกรรม เช่น การมีครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพที่ดี การทรัพย์สมบูรณ์ เป็นต้น

(๒) ฌานสุข คือ สุขเนื่องด้วยฌาน ได้แก่ ความสุขที่เกิดขึ้นด้วยการปฏิบัติบำเพ็ญเพียรทางใจ จนเกิดผลที่เรียกว่า “ฌาน” ชั้นต่าง ๆ ทั้งรูปฌานและอรุณฌาน เป็นความสุขขั้นสูงกว่าสามัญชนทั่วไป และไม่เนื่องด้วยวัฏธุกรรมอย่างกามสุข

(๓) นิโรธสุข คือ สุขเนื่องด้วยนิโรธสมบัติ ได้แก่ ความสุขที่เกิดขึ้นจากการบรรลุถึงความดับทุกข์โดยสิ้นเชิง หรือหมดกิเลสเครื่องเศร้าหมองทั้งหลาย เป็นความสุขขั้นสูงสุด เป็นความสุขของพระอริยบุคคลผู้พัฒนาตนจนถึงที่สุดแล้ว อันเป็นเป้าหมายขั้นปรารถนาในทางพุทธศาสนา

เกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตด้านผลระยะสั้นและระยะยาวทั้ง ๔ นี้ จะเห็นได้ว่า มุ่งเน้นถึงด้านคุณธรรม ซึ่งเกิดจากภาวะจิตใจที่ตั้งามเป็นสำคัญ ในขณะที่เกณฑ์ระยะสั้นนั้นโดยภาพรวมก็มุ่งเน้นด้านภายนอกหรือด้านกายภาพเป็นสำคัญ หากบุคคลใดบรรลุผลทั้ง ๒ นี้อย่างสมบูรณ์ บุคคลนั้นตามหลักพุทธศาสนาท่านเรียกว่าเป็น “บัณฑิต” ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า “ธีรชน ท่านเรียกว่าบัณฑิต เพราะยึดประโยชน์ทั้งสองไว้ได้ คือประโยชน์ในปัจจุบันและประโยชน์ในภายหน้า”^{๖๒}

๓.๓) เกณฑ์วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านผล

หากจะหาเกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตด้านผลในขั้นนี้ ก็อาจจะนำหลักการเรื่อง อัถละ ๒^{๖๓} มาเป็นแนวทางได้ กล่าวคือ ผลหรือจุดมุ่งหมายของชีวิต มี ๒ ลักษณะ ได้แก่

(๑) ผลระยะสั้น ได้แก่ ผลที่พึงประสงค์ในปัจจุบัน เรียกว่า “ทิฏฐธัมมิกัตถะ” เป็นผลขั้นต้น หรือจุดหมายเฉพาะหน้า หมายถึงผลที่มองเห็น ๆ กันอยู่ ที่เข้าใจกันง่าย เกี่ยวกับชีวิตประจำวันหรือเรื่องธรรมดาสามัญที่มุ่งหมายกันในโลกนี้^{๖๔} เป็นความสุขของชีวิตชาวบ้านทั่วไป ซึ่งเมื่อนำกรอบความคิดเรื่องหลักการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุประโยชน์ในปัจจุบัน ๔ ประการ ที่เรียกว่า “ทิฏฐธัมมิกัตถะ ๔” ได้แก่ อุฏฐานสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยความหมั่น) อารักขสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยการรักษา) กัลยาณมิตตตา (ความเป็นผู้มีมิตรดี) และสมชีวิตา (ความเป็นอยู่เหมาะสม)^{๖๕} มาประยุกต์กล่าวในแง่ผล ก็จะได้เกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตด้านผลระยะสั้น ๔ ประการ (๔ ส.) ได้แก่

^{๖๑} พ.อ. (ไทย) ๒๕/๑๓/๕๓๑.

^{๖๒} ส.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๘/๑๕๒.

^{๖๓} อ.จ.ก. (ไทย) ๒๒/๔๖/๕๑๓.

^{๖๔} อ.จ.ก. (ไทย) ๒๒/๔๖/๕๙๔.

^{๖๕} อ.จ.ก. (ไทย) ๒๓/๕๔/๓๔๐.

๑) สุขภาพ คือ การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี เป็นผลซึ่งอำนวยให้มีความพร้อมที่จะทำงานต่าง ๆ ด้วยความมุ่งมั่น ขยันขันแข็ง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค จนสามารถดำเนินตามหลักคุณธรรมสัมปทาได้อย่างสมบูรณ์

๒) สวัสดิภาพ คือ การมีสวัสดิภาพในชีวิตและทรัพย์สินหรือฐานะของตน รวมทั้งเกียรติยศความดีงามต่าง ๆ ที่ได้พยายามสร้างสรรค์ขึ้นหรือหามาได้ เป็นผลซึ่งอำนวยให้สามารถที่จะดำรงรักษาทรัพย์สินหรือฐานะนั้นให้คงอยู่อย่างมั่นคง ตามหลักอารักขสัมปทาอย่างสมบูรณ์

๓) สภาพแวดล้อม คือ การมีสภาพแวดล้อมที่ดี โดยเฉพาะด้านบุคคล กล่าวคือ มีบุคคลแวดล้อมที่เป็นผู้ประกอบด้วยความรู้และมีหลักคุณธรรมในการดำเนินชีวิต สามารถเป็นที่พึ่งพิงหรือเป็นผู้ชี้แนะให้การดำเนินชีวิตเป็นไปในทิศทางที่ดีได้ การมีสภาพแวดล้อมด้านบุคคลที่ดีนี้เป็นผลอำนวยให้สามารถมีมิตรที่ดีตามหลักกัลยาณมิตรตตาทาได้อย่างสมบูรณ์

๔) สมดุล คือ การมีปัจจัยขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะปัจจัย ๔ เพียงพอต่อความจำเป็นในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งตนเองได้และดำรงอยู่อย่างมีความสุขด้วยปัจจัยที่มีนั้น เป็นผลอำนวยให้สามารถดำเนินตามหลักการใช้ชีวิตพอเพียงหรือหลักสมชีวิตาได้อย่างสมบูรณ์ เกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตทั้ง ๔ ประการเหล่านี้ ถือเป็นเกณฑ์วัดสำคัญในแง่ผลระยะสั้น ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตสมบูรณ์จึงต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและใจที่ดี มีสวัสดิภาพในการครองชีวิต มีสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะบุคคลรอบข้างที่ดี และมีชีวิตที่สมดุลหรือพอเพียงตามนัยที่กล่าวมา

(๒) ผลระยะยาว หรือผลที่พึงประสงค์ในเบื้องหน้า เรียกว่า “สัมปรายิกัตถะ” เป็นผลที่ล้ำลึกยิ่งกว่าที่จะมองเห็นกันเฉพาะหน้าหรือผิวเผินในภายนอก^{๖๖} เป็นจุดหมายขั้นสูงขึ้นไปที่สามารถเป็นหลักประกันอนาคตของชีวิตได้ว่าจะเป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งหากจะจำแนกให้ชัดก็อาจจะนำคำสอนเรื่องผลหรือประโยชน์ในเบื้องหน้าที่เรียกว่า “สัมปรายิกัตถะ ๔” ได้แก่ สัทธาสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยศรัทธา) สีสสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยศีล) จาคสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยจาคะ) และ ปัญญาสัมปทา (ความถึงพร้อมด้วยปัญญา) มาประยุกต์เป็นกรอบความคิดเรื่องคุณภาพชีวิตด้านผล ก็จะได้เกณฑ์วัดคุณภาพชีวิตด้านผลระยะยาวสำหรับบุคคล ๔ อย่าง ได้แก่

๑) มีความเชื่อมั่น คือ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเชื่อมั่นในแนวทางที่ตนเลือกที่จะดำเนินว่า สามารถนำไปสู่ความสำเร็จก้าวหน้าในระยะยาวได้ เป็นความเชื่อมั่นที่ประกอบด้วยเหตุผล ได้ไตร่ตรองดีแล้วตามหลักสัทธาสัมปทา คนที่เชื่อมั่น ย่อมมีโอกาสประสบความสำเร็จหรือความสุขที่ยิ่ง ๆ ขึ้นในระยะยาวได้

๒) มีระเบียบวินัย คือ มีลักษณะนิสัยประจำตนที่ดีงามหรือความประพฤติดี ปฏิบัติตามกฎระเบียบวินัยต่าง ๆ ของสังคมอย่างถูกต้อง รวมทั้งมีอาชีพที่เหมาะสมเป็นสัมมาชีพ ไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่นตามหลักสีลสัมปทา คนที่มีระเบียบวินัยดี หรือมีศีลสมบูรณ์ ย่อมเป็นฐานให้ชีวิตก้าวหน้าและประสบความสำเร็จอย่างมั่นคงยิ่ง ๆ ขึ้นไปในระยะยาวได้

๓) มีความเสียสละ คือ มีน้ำใจดีงาม รู้จักเผื่อแผ่แบ่งปัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความทุกข์ยากตามสมควรแก่กำลังความสามารถของตน ไม่เห็นแก่ตัว ไม่ตระหนี่ตามหลักจาค

^{๖๖} อัง.อรรถก. (ไทย) ๒๓/๕๔/๕๙๔.

สัมปทา คนที่มีความเสียสละนี้ ย่อมเป็นที่รักเป็นที่ชื่นชมของผู้อื่น ทำให้สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างได้อย่างมั่นคงและยืนยาว

๔) มีความรอบรู้ คือ มีปัญญาดี รู้จักคิดพิจารณา มีวิจยญาณในการดำเนินชีวิต หรือประกอบกิจต่าง ๆ อย่างรอบคอบ รู้เท่าทันโลกและชีวิต สามารถทำจิตใจเป็นอิสระได้ตามโอกาส สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบให้เป็นไปในทิศทางที่ดีตามหลักปัญญาสัมปทา คนที่มีปัญญานั้น ถือว่ามีทรัพย์อันประเสริฐที่สุด ซึ่งสามารถเป็นเครื่องอำนวยให้ชีวิตประสบความสำเร็จอย่างแน่นอน

๒.๔.๒ ตัวชี้วัดความสุขตามแนวพระพุทธศาสนา^{๖๗}

จากการศึกษาของ ธีรโชติ เกิดแก้ว^{๖๘} เกี่ยวกับตัวชี้วัดความสุขตามทัศนะของพระพุทธศาสนา พบว่า มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ๕ ด้าน คือ

๑) วัดจากสันติภาพ : เบญจศีล เบญจธรรม หลักเบญจศีล เบญจธรรมถือว่าสันติภาพเป็นภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ของทุกสังคม ดังนั้น ดัชนีความสุขจึงควรประเมินได้จากความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สินในเรื่องต่อไปนี้ ๑) ความปลอดภัยในชีวิต ไม่ทำลายชีวิต มีเมตตากรุณาต่อกัน ๒) ความปลอดภัยในทรัพย์สิน ไม่ลักขโมย เลี้ยงชีวิตด้วยสัมมาชีพ ๓) มีความปลอดภัยทางเพศ ไม่ประพฤตินิดประเวณีทางเพศ มีความยินดีในสามีภรรยาของตน ๔) ความปลอดภัยจากการโกหก หลอกลวง มีสัจจะจริงใจต่อกัน ๕) ความปลอดภัยจากการทำร้ายตัวเอง โดยไม่เสพสิ่งเสพยัตินทุกชนิด มีสติพิจารณาแยกแยะคุณโทษอย่างชัดเจน

๒) วัดจากความสมานฉันท์ : ความสามัคคี หลักการนี้ได้จากพุทธพจน์ที่ว่า ความพร้อมเพรียงของหมู่คณะ ทำให้เกิดความสุข โดยวัดจากหลักสาราณียธรรม คือ หลักการที่จะทำให้คนในสังคมระลึกรู้ถึงกันมี ๖ ประการ คือ ๑) กระทบต่อกันด้วยความรัก (เมตตากายกรรม) ๒) พุดกันด้วยความรัก (เมตตาวาจากรรม) ๓) คิดเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อกันด้วยความรัก (เมตตามโนกรรม) ๔) แบ่งปันสิ่งต่าง ๆ ด้วยน้ำใจและใช้ของสาธารณะร่วมกันด้วยความเอื้อเฟื้อ ๕) มีความประพฤติ มีระเบียบวินัยเสมอกัน (ศีลสามัญญตา) ๖) มีความเห็นชอบร่วมกัน (ทิวฐีสามัญญตา)

๓) วัดจากความพอเพียงทางวัตถุที่เสพ : เศรษฐกิจพอเพียง เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะสร้างความสุขให้แก่มนุษย์ปวงชนทั่วไป และเป็นเครื่องชี้วัดความสุขของคนในสังคมได้เป็นอย่างดี พระพุทธศาสนาจึงเสนอหลักเศรษฐกิจที่เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของชาติที่เรียกตามหลักการว่า “คิหิสุข” หมายถึงความสุข ของชาวบ้าน มี ๔ ประการ คือ ๑) ความสุขที่เกิดจากการมีทรัพย์สินอย่างเพียงพอ (อติสุข) ๒) ความสุขที่เกิดจากการใช้ทรัพย์ทั้งในแง่เลี้ยงชีพ ครอบครั้ว บุพการี ญาติ และบำเพ็ญประโยชน์ (โภคสุข) ๓) ความสุขที่เกิดจากการไม่เป็นหนี้สินใคร (อนนสุข) ๔) ความสุขที่เกิดจากการประพฤติตนอย่างถูกต้อง หรือทำงานสุจริต (อนวัชสุข)

^{๖๗} พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน) และคณะ, **สุขที่ได้ธรรม**, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ ดีไลน์ จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๓๐ - ๓๒.

^{๖๘} ธีรโชติ เกิดแก้ว, อ้างใน พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน) และคณะ, **สุขที่ได้ธรรม**, หน้า ๓๐.

๔) วัดจากปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิต: สบายๆ หลักสบายๆ คือ ความสุขสบายที่เกิดจากปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยสนับสนุนคนให้บรรลุธรรมเพื่อเข้าถึงความสุขทางใจที่มีคุณค่าสูงกว่าความสุขทางกาย ได้แก่ ๑) มีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ ๒) มีปัจจัยเครื่องยังชีพที่พอเพียง ไม่ขาดแคลน ๓) คนในสังคมพูดจากันอย่างถูกต้อง ๔) สมาชิกทุกคนในสังคมเป็นคนดี ๕) ทุกคนมีอาหารการกินอย่างพอเพียง ๖) มีดินฟ้าอากาศ และสภาพแวดล้อมที่ดี ๗) ใช้อิริยาบถได้สอดคล้องกับกิจกรรม รวมถึงการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

๕) วัดจากวิธีการสร้างความสุข ดังปรากฏในพุทธพจน์ในเมตตสูตรว่า “ภิกษุทั้งหลาย เธอทั้งหลาย อย่ากลัวบุญเลย คำว่าบุญนี้เป็นชื่อแห่งความสุขที่น่าปรารถนา น่าใคร่ น่ารัก น่าพอใจ” เรียกวิธีการทำบุญว่า “บุญกิริยา วัตถุ ๑๐” มีดังนี้ ๑) ความสุขที่เกิดจากการให้ (ทานมัย) ๒) ความสุขที่เกิดจากการรักษาศีล (ศีลมัย) ๓) ความสุขที่เกิดจากการฝึกอบรมจิตตัวเองให้เกิดความสงบตั้งมั่น (สมาธิ) และแสงสว่างทางปัญญา (ภาวนามัย) ๔) ความสุขจากการประพุดต่ออ่อนน้อมถ่อมตน (อปจายนมัย) ๕) ความสุขจากการชวนช่วยช่วยเหลือผู้อื่น (เวैयाวัจจมัย) ๖) ความสุขที่เกิดจากให้ส่วนแห่งความดี (ปัตติทานมัย) ๗) ความสุขที่เกิดจากการยินดีในความดี ความสำเร็จของคนอื่น (ปัตตานุโมทนามัย) ๘) ความสุขที่เกิดจากการฟังธรรม ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน (ธัมมัสสวนมัย) ๙) ความสุขที่เกิดจากการถ่ายทอดธรรม (ธัมมเทศนามัย) ๑๐) ความสุขที่เกิดจากมีความเห็นที่ตรงกับความเป็นจริง (ทิวฐุชุกัมม) ความสุขอาจวัดได้หลายแบบ แต่หลักการสำคัญคือ วัดความสุขจากที่มาจากจิตในตนเองว่า มีสุข หรือมีทุกข์ หากไม่รู้จักทุกข์ สุขก็ไม่อาจจะรู้ได้เช่นกัน “เมื่อเห็นทุกข์ จึงพบสุข”

ธรรมที่เป็นแนวทางเหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตให้กับผู้สูงอายุ โดยการนำเอาหลักภavana ๔ ประการ ประกอบไปด้วย ๑) กายภavana ๒) สีสภavana ๓) จิตภavana ๔) ปัญญาภavana ซึ่งเป็นคำว่า “ภavana” ก่อนที่จะแปลว่าเจริญภavanaถ้าแปลตามตัวอักษรแปลว่า “การทำให้เป็นให้มี” หมายความว่าอันไหนที่ไม่เป็นก็ทำให้เป็นขึ้นอันไหนที่ไม่มีก็ทำให้มีขึ้นซึ่งหมายความว่าเพิ่มพูนขึ้นทำให้กล้าแข็งขึ้นอะไรพวกนี้เราจึงแปลกันอีกความหมายหนึ่งว่า “ฝึกอบรม” คำว่า “ฝึกอบรม” ก็ไปใกล้เคียงกับความหมายของคำว่าสิกขาเพราะฉะนั้นสิกขากับภavanaจึงเป็นคำที่ใช้อย่างใกล้เคียงกันบางที่เหมือนกันแทนกันเลยทีเดียวนี่เป็นการโยงเข้ามาหาตัวหลักใหญ่ในการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าตรัสในคำสอนของพระองค์เองเพื่อใช้เป็นคุณสมบัติของบุคคลท่านใช้ว่าภาวิตกาโย ภาวิตสีโล ภาวิตจิตโต ภาวิตปัญญา คือคำว่าภavanaเวลาใช้เป็นคุณศัพท์เป็นภาวิตะ ภาวิตกาโย ผู้มีกายที่เจริญแล้วหรือฝึกอบรมแล้ว ภาวิตสีโล ผู้มีศีลที่ฝึกอบรมแล้วหรือเจริญแล้ว ภาวิตจิตโต ผู้มีจิตที่เจริญแล้วหรือมีจิตที่ฝึกอบรมแล้ว ภาวิตปัญญา ผู้มีปัญญาที่เจริญแล้วหรือปัญญาที่ฝึกอบรมแล้ว ถ้าเป็นคำนาม ๔ อันนี้ก็คือ

- ๑) กายภavana คนเป็น ภาวิตกาโย ตัวการกระทำเป็นกายภavana
- ๒) สีสภavana คนเป็น ภาวิตสีโล ตัวการกระทำเป็นจิตภavana
- ๓) จิตภavana คนเป็น ภาวิตจิตโต ตัวการกระทำเป็นจิตภavana

๔) ปัญญาภาวนา คนเป็น ภาวิตปัญญา ตัวการกระทำเป็นปัญญาภาวนา^{๒๙}

ทั้งนี้ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต) ได้กล่าวไว้ว่าคือภาวนา ๔ ตอนปฏิบัติการฝึกสิกขา มี ๓ แต่ทำไมตอนวัดผลภาวนามี ๔ ไม่เท่ากันทำไม (ในเวลาทำการฝึก) จัดจึงเป็นสิกขา ๓ และ (ในเวลา วัดผลคนที่ได้รับการฝึก) จึงจัดเป็นภาวนา ๔ อย่างไรที่ชี้แจงแล้วว่าธรรมภาคปฏิบัติการต้องจัดให้ตรง สอดคล้องกับระบบความเป็นไปของธรรมชาติแต่ตอนวัดผลไม่ต้องจัดให้ตรงกันแล้วเพราะวัตถุประสงค์ อยู่ที่จมองดูผลที่เกิดขึ้นแล้วซึ่งมุ่งที่จะให้เห็นชัดเจนตอนนี้ถ้าแยกละเอียดออกไปก็จะมีดังนี้แหละคือ เหตุผลที่ว่าหลักวัดผลคือภาวนาเพิ่มเป็น ๔ ขอให้ดูความหมายและหัวข้อของภาวนา ๔ นั้นก่อน “ภาวนา” แปลว่า ทำให้เจริญทำให้เป็นทำให้มีขึ้นหรือฝึกอบรมในภาษาบาลีท่านให้ความหมายว่า “วฑฺฒนา” คือ วัฒนาหรือพัฒนานั่นเองภาวนานี้เป็นคำหนึ่งที่มีความหมายใช้แทนกันได้กับ “สิกขา” ภาวนาจัดเป็น ๔ อย่างคือ

(๑) กายภาวนา การพัฒนากาย คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทาง กายภาพหรือทางวัตถุ

(๒) ศิลภาวนา การพัฒนาศีล คือ การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทาง สังคมคือเพื่อนมนุษย์

(๓) จิตภาวนา การพัฒนาจิต คือ การฝึกอบรมจิตใจให้เข้มแข็งมั่นคงเจริญงอกงาม ด้วยคุณธรรมทั้งหลาย เช่น มีเมตตากรุณา ขยันหมั่นเพียร อดทนมีสมาธิ และสดชื่น เบิกบาน เป็นสุข ผ่องใส เป็นต้น

(๔) ปัญญาภาวนา การพัฒนาปัญญา คือ การเสริมสร้างความรู้ความคิดความเข้าใจ และการหยั่งรู้ความจริง

อย่างที่กล่าวแล้วว่าภาวนา ๔ นี้ใช้ในการวัดผลเพื่อดูว่าด้านต่าง ๆ ของการพัฒนาชีวิตของคน นั้นได้รับการพัฒนาครบถ้วนหรือไม่ดังนั้นเพื่อจะดูให้ชัดท่านได้แยกบางส่วนละเอียดออกไปอีก

ส่วนที่แยกออกไปอีกนี้คือสิกขาข้อที่ ๑ (ศีล) ซึ่งในภาวนาแบ่งออกไปเป็นภาวนา ๒ ข้อ คือ กายภาวนาและศีลภาวนา

ทำไมจึงแบ่งสิกขาข้อศีลเป็นภาวนา ๒ ข้อที่จริงสิกขาข้อที่ ๑ คือศีลนั้นมี ๒ ส่วนอยู่แล้วในตัว เมื่อจัดเป็นภาวนาจึงแยกเป็น ๒ ได้ทันทีคือ

๑) ศีลในส่วนที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกาย (ที่เรียกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ) ได้แก่ความสัมพันธ์กับวัตถุหรือโลกของวัตถุและธรรมชาติส่วนอื่นที่ไม่ใช่มนุษย์เช่นเรื่องปัจจัย ๔ สิ่งที่เราบริโภคใช้สอยทุกอย่างและธรรมชาติแวดล้อมทั่ว ๆ ไปส่วนนี้แหละที่แยกออกไปจัดเป็นกายภาวนา

๒) ศีลในส่วนที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมคือบุคคลอื่นในสังคมมนุษย์ด้วยกัน ได้แก่ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์อยู่ร่วมกันด้วยดีในหมู่มนุษย์ที่จะไม่เบียดเบียนกันแต่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่วนนี้แยกออกไปจัดเป็นศีลภาวนาในไตรสิกขาศีลครอบคลุมความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งทางวัตถุ

^{๒๙} พระธรรมปิฎก, (ป.อ.ปยุตฺโต), พุทธธรรมกับการพัฒนาชีวิต, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๐), หน้า ๕๑.

หรือทางกายภาพและทางสังคมรวมไว้ในข้อเดียวกันแต่เมื่อจัดเป็นภาวนาท่านแยกกันชัดเจนเป็น ๒ ข้อโดยยกเรื่องความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในโลกวัตถุแยกออกไปเป็นกายภาวนาส่วนเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ในสังคมจัดไว้ในข้อศีลภาวนาทำไมตอนที่เขียนสิกขาไม่แยกแต่ตอนเป็นภาวนาจึงแยกอย่างที่กล่าวแล้วว่าในเวลาฝึกหรือในกระบวนการฝึกศึกษาองค์ทั้ง ๓ อย่างของไตรสิกขาจะทำงานประสานไปด้วยกันในศีลที่มี ๒ ส่วนคือความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพในโลกวัตถุและความสัมพันธ์กับมนุษย์ในสังคมนั้นส่วนที่สัมพันธ์แต่ละครั้งจะเป็นอันใดอันหนึ่งอย่างเดี่ยวในกรณีหนึ่ง ๆ ศีลอาจจะเป็นความสัมพันธ์ด้านที่ ๑ (กายภาพ) หรือด้านที่ ๒ (สังคม) ก็ได้แต่ต้องอย่างใดอย่างหนึ่ง^{๗๐}

ดังนั้น ในกระบวนการฝึกศึกษาของไตรสิกขาที่มีองค์ประกอบทั้งสามอย่างทำงานประสานเป็นอันเดียวกันนั้นจึงต้องรวมศีลทั้ง ๒ ส่วนเป็นข้อเดียวทำให้สิกขามีเพียง ๓ คือศีลสมาธิปัญญาแต่ในภาวนาไม่มีเหตุบังคับอย่างนั้นจึงแยกศีล ๒ ส่วนออกจากกันเป็นคนละข้ออย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบจะได้วัดผลดูจำเพาะให้ชัดไปที่ละอย่างว่าในด้านซ้ายความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางวัตถุเช่นการบริโภคปัจจัย ๔ เป็นอย่างไรในด้านศีลความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์เป็นอย่างไรเป็นอันว่าหลักภาวนานิยมใช้เวลาวัดหรือแสดงผลแต่ในการฝึกศึกษาหรือตัวกระบวนการฝึกพัฒนาจะใช้เป็นไตรสิกขาเนื่องจากภาวนาท่านนิยมใช้ในการวัดผลของการศึกษาหรือการพัฒนาบุคคลรูปศัพท์ที่พบจึงมักเป็นคำแสดงคุณสมบัติของบุคคลคือแทนที่จะเป็นภาวนา ๔ (กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา) ก็เปลี่ยนเป็นภาวนา ๔ คือ

๑) ภาวนิตกาย มีกายที่พัฒนาแล้ว คือมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในทางที่เกื้อกูลและได้ผลดีเริ่มแต่รู้จักใช้อินทรีย์เช่นตาหูตึงเป็นต้นอย่างมีสติดูเป็นฟังเป็นให้ได้ปัญญาบริโภคปัจจัย ๔ และสิ่งของเครื่องใช้ตลอดจนเทคโนโลยีอย่างฉลาดได้ผลตรงเต็มตามคุณค่า

๒) ภาวนิตศีล มีศีลที่พัฒนาแล้ว คือมีพฤติกรรมทางสังคมที่พัฒนาแล้วไม่เบียดเบียนก่อความเดือดร้อนเวรภัยตั้งอยู่ในวินัยและมีอาชีพที่สุจริตมีความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะที่เกื้อกูลสร้างสรรค์และส่งเสริมสันติสุข

๓) ภาวนิตจิต มีจิตที่พัฒนาแล้ว คือมีจิตในที่ฝึกอบรมดีแล้วสมบูรณ์ด้วยคุณภาพจิตคือประกอบด้วยคุณธรรมเช่นมีเมตตากรุณาเอื้ออากรมีเมตตาที่มีความเคารพอ่อนโยนซื่อสัตย์กตัญญูเป็นต้นสมบูรณ์ด้วยสมรรถภาพจิตคือมีจิตใจเข้มแข็งมั่นคงมีความเพียรพยายามกล้าหาญอดทนรับผิดชอบมีสติมีสมาธิเป็นต้นและสมบูรณ์ด้วยสุขภาพจิตคือมีจิตใจที่ร่าเริงเบิกบานสดชื่นเอิบอิม่องใสและสงบเป็นสุข

๔) ภาวนิตปัญญา มีปัญญาที่พัฒนาแล้ว คือรู้จักคิดรู้จักพิจารณา รู้จักวินิจฉัย รู้จักแก้ปัญหา และรู้จักจัดทำดำเนินการต่าง ๆ ด้วยปัญญาที่บริสุทธิ์ซึ่งมองดูรู้เข้าใจเหตุปัจจัยมองเห็นสิ่งทั้งหลายตามเป็นจริงหรือตามที่มันเป็นปราศจากอคติและแรงจูงใจแอบแฝงเป็นผู้ที่เกเลสครอบงำบัญชาไม่ได้เป็นอยู่ด้วยปัญญารู้เท่าทันโลกและชีวิตเป็นอิสระไร้ทุกข์ผู้มีภาวนาครบทั้ง ๔ อย่างเป็นภาวนิตทั้ง ๔ ด้านนี้แล้วโดยสมบูรณ์เรียกว่า “ภาวนิตตตะ” แปลว่า ผู้ได้พัฒนาตนแล้วได้แก่พระอรหันต์

^{๗๐} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), พุทธธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๑, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒).

ดังนั้น เราจะเห็นได้ว่าการพัฒนาที่เกิดขึ้นตามแนวทางพระพุทธศาสนา คือ มนุษย์จะต้องฝึกฝนอบรมจิตของตนให้เกิดคุณสมบัติภายในตน ซึ่งได้แก่คุณสมบัติทางกาย ทางศีล ทางจิต และทางปัญญาที่ส่งผลไปสู่ภายนอกตน ซึ่งประเด็นด้านหลักธรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจะนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามแนวทางพระพุทธศาสนาของผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณ^{๗๑}

๒.๕ ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

๒.๕.๑ แนวคิดการมีส่วนร่วม

सानิตย์ บุญชู ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของ ประชาชนไว้ กล่าวคือ ชุมชนใดที่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด ก็จะทำให้การพัฒนาชุมชนนั้นสามารถเป็นไปได้โดยสะดวกและสามารถดำเนิน ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ ทั้งนี้โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า คนมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง คุณค่าของความคิดและสมรรถภาพของคนเรานั้นจะไม่มี ความหมาย ถ้าหากขาด การมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น^{๗๒}

ยูปาพร รูปงาม ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมว่ามี ๕ ทฤษฎี ได้สรุปไว้ดังนี้

๑. ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass Persuation) Maslow กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อมหมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการ เกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้ เกิดผลดีผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม โดยเฉพาะในเรื่อง ความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่าลำดับขั้น ความต้องการ (hierarchy of needs) คือ ความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจาก น้อยไปมาก มีทั้งหมด ๕ ระดับ ดังนี้

๑) ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร ยา เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ

๒) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างมีความปลอดภัยจากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูก ขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

๓) ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

๔) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (self-esteem needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการ ด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และความสำคัญของบุคคล

^{๗๑} อ่างแล้ว.

^{๗๒} สานิตย์ บุญชู, การพัฒนาชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชน, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์, ๒๕๒๗), หน้า ๗.

๕) ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (self-actualization needs) เป็นความต้องการในระบบสูงสุด ที่อยากจะให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิด ของตนเองเพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการ พิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด

๒. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National Morale) คนเรามีความต้องการทางกายและใจถ้าคนมีขวัญดีพอ ผลของการทำงานจะสูง ตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ตกต่ำไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทาง จิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นั่นเอง การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้าง ทศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอาเรียดเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงาน การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะ เกิดสำนึกในความรับผิดชอบ อันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงานทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคล และขวัญของกลุ่ม ดังนั้น จะเป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดียอมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน

๓. ทฤษฎีสร้างความรู้รักชาตินิยม (Nationalism) ปัจจัยประการหนึ่งที่น่าสู่การมีส่วนร่วมคือ การสร้างความรู้รักชาตินิยมให้ เกิดขึ้น หมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่เชิดชูหรือเน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิจงรักภักดี ผูกพันต่อ ท้องถิ่น

๔. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership) การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจเพื่อบรรลุ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการร่วมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิฐาน (Positive leader) ผู้นำพลวัต คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (Dynamic leader) และผู้นำไม่มีกิจ ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (Negative leader) ผลของการให้ทฤษฎีการสร้างผู้นำ จึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้น การสร้างผู้นำที่ดี ย่อมจะนำไปสู่ การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง

๕. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and Method) การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ยากเพราะใช้กฎหมาย ระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตามผลของ ความร่วมมือยังไม่มียังไม่มีระบบใดที่ดีที่สุดในเรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหาร เป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพิ่มความคาดหวังผลประโยชน์^{๗๓}

^{๗๓} ยูพาพร รูปงาม, การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ. (กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๔๕), หน้า ๗-๙.

๒.๕.๒ กระบวนการและขั้นตอนการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชนในการพัฒนา ควรจะมี ๔ ขั้นตอน คือ

๑. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น กล่าวคือ ถ้าหากชาวบ้านยังไม่สามารถทราบถึงปัญหาและเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ในท้องถิ่นของตนเป็นอย่างดีแล้ว การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาของท้องถิ่นย่อมไร้ประโยชน์ เพราะชาวบ้านจะไม่เข้าใจและมองไม่เห็นถึงความสำคัญของการ ดำเนินงานเหล่านั้น

๒. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เพราะการวางแผนดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้ชาวบ้านรู้จักวิธีการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รู้จักการ นำเอาปัจจัยข่าวสาร ข้อมูลต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผน

๓. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน แม้ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมี ฐานะยากจน แต่ก็มีความสามารถที่สามารถใช้เข้าร่วมได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงาน จะทำให้ชาวบ้านสามารถคิดต้นทุนดำเนินงานได้ด้วยตนเอง ทำให้ได้เรียนรู้การดำเนิน กิจกรรมอย่างใกล้ชิด

๔. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงานและประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวบ้านย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่างานที่ทำ ไปนั้นได้รับผลดี ได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความสำเร็จลำบาก^{๗๔}

นอกจากนี้สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย ยังได้ กล่าวถึง การมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนา ๕ ขั้นตอน ดังนี้

๑. ขั้นมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชนตลอดจน กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของความ ต้องการ

๒. ขั้นมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการและแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากร และแหล่งทรัพยากรที่ใช้

๓. ขั้นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการสร้างประโยชน์โดยการสนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์และแรงงาน หรือเข้าร่วม บริหารงาน ประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

๔. ขั้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการพัฒนาหรือยอมรับ ผลประโยชน์อันเกิดจากการพัฒนา ทั้งด้านวัตถุและจิตใจ

^{๗๔} โกวิท พวงงาม, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, ๒๕๔๕),

๕. ขั้นการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการพัฒนา เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าร่วม ประเมินว่า การพัฒนาที่ได้กระทำไปนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด^{๗๕}

๒.๕.๓ ระดับของการมีส่วนร่วม

ระดับของการมีส่วนร่วมตามหลักการทั่วไปว่าแบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ

๑. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลของตน/ครอบครัว/ชุมชนของตน

๒. การมีส่วนร่วมรับข้อมูลข่าวสาร

๓. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ โดยเฉพาะในโครงการที่ตนมีส่วนได้เสีย โดย แบ่งเป็น ๓ กรณี แล้วแต่กิจกรรมในตนเองอยู่ในขั้นตอนใดต่อไปนี้

๓.๑ ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจน้อยกว่าเจ้าของโครงการ

๓.๒ ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจเท่ากับเจ้าของโครงการ

๓.๓ ตนมีน้ำหนักการตัดสินใจมากกว่าเจ้าของโครงการ

๔. การมีส่วนร่วมทำ คือร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด

๕. การมีส่วนร่วมสนับสนุน คืออาจไม่มีโอกาสร่วมทำ แต่มีส่วนร่วมช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมเป็นระดับของการมีส่วนร่วม ตาม แนวทางพัฒนาชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยได้ แบ่งไว้ดังนี้

๑. ร่วมค้นหาปัญหาของตนให้เห็นว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหารากเหง้าของปัญหา

๒. ร่วมค้นหาสิ่งที่จำเป็นของตนในปัจจุบันคืออะไร ด้วยวิธีการ คือ

๒.๑ ร่วมคิดช่วยตนเองในการจัดลำดับปัญหา เพื่อจะแก้ไขสิ่งใดก่อนหลัง

๒.๒ วางแผนแก้ไขปัญหาเป็นเรื่อง ๆ

๒.๓ ร่วมระดมความคิด ถึงทางเลือกต่าง ๆ และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อ แก้ไข ปัญหาที่วางแผนนั้น

๒.๔ ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้

๒.๕ ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ๆ

๒.๖ ร่วมติดตามการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน

๒.๗ ร่วมรับผลประโยชน์/หรือร่วมเสียผลประโยชน์จากการดำเนินงาน^{๗๖}

๒.๕.๔ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนมีดังนี้

๑. หลักการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างทางราชการกับประชาชน โดยยึดถือ ความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อหน่วยงานหรือต่อบุคคล

^{๗๕} สำนักมาตรฐานการศึกษาฯ, แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม, อ้างใน Mr. Sisavanh Vongkatanegnou <https://www.gotoknow.org/posts/482092> [๒๓ กันยายน ๒๕๖๓].

^{๗๖} นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณี ตัวอย่าง, (เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์, ๒๕๔๖), หน้า ๑๗.

๒. หลักการขจัดความขัดแย้ง ความขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์และความคิด จะมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพัฒนาเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้งานหยุดชะงักและล้มเหลว

๓. หลักการสร้างอุดมการณ์และค่านิยมในด้านความซื่อสัตย์ ความอดทน การร่วมมือ การซื่อสัตย์ และการพึ่งตนเอง เพราะอุดมการณ์เป็นเรื่องที่จะจูงใจประชาชนให้ ร่วมสนับสนุนนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงาน และอาจก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน

๔. การให้การศึกษ้อบรมอย่างต่อเนื่องเป็นการส่งเสริมให้คนมีความรู้ความคิด ของตนเอง ช่วยให้ประชาชนมั่นใจในตนเองมากขึ้น การให้การศึกษ้อบรมโดยให้ ประชาชนมีโอกาสทดลองคิด ปฏิบัติ จะช่วยให้ประชาชนสามารถคุ้มครองตนเองได้ รู้จักวิเคราะห์เห็นคุณค่าของงาน และนำไปสู่การเข้าร่วมในการพัฒนา

๕. หลักการทำงานเป็นทีม สามารถนำมาใช้ในการแสวงหาความร่วมมือในการพัฒนาได้

๖. หลักการสร้างพลังชุมชน การรวมกลุ่มกันทำงานจะทำให้เกิดพลังในการ ทำงานและทำให้งานเกิดประสิทธิภาพ^{๗๗}

อนึ่ง สำนักมาตรฐานการศึกษา, สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ, กระทรวงศึกษาธิการ, สำนักมาตรฐานอุดมศึกษา และทบวงมหาวิทยาลัย (๒๕๔๕, หน้า ๑๑๘) ได้ กล่าวถึงยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ ๒ ประการคือ

๑. การจัดกระบวนการเรียนรู้ สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

๑.๑ จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ

๑.๒ จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือจัดทัศนศึกษาระหว่างกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน

๑.๓ แก่อบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ

๑.๔ ลงมือปฏิบัติจริง

๑.๕ ถ่ายถอดประสบการณ์และสรุปบทเรียนที่จะนำไปสู่การปรับปรุง กระบวนการทำงานที่เหมาะสม

๒. การพัฒนาผู้นำเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความและ ความสามารถที่มี จะช่วยให้สามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหา หรือกิจกรรมการ พัฒนาได้ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

๒.๑ แลกเปลี่ยน เรียนระหว่างผู้นำทั้งภายในและภายนอกชุมชน

๒.๒ สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนอย่างต่อเนือง และสนับสนุน ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

^{๗๗} ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนา, การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท, (นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๓๒), หน้า ๓๖๒.

๒.๓ แลกเปลี่ยนเรียนและดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการและจัดองค์การร่วมกัน^{๗๘}

๒.๕.๕ กรรมวิธีในการมีส่วนร่วมของประชาชน

กรรมวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน สามารถทำได้หลายวิธี ที่สำคัญมี ดังต่อไปนี้

๑. การเข้าร่วมประชุมอภิปราย เป็นการเข้าร่วมอภิปรายหรือเนื้อหาสาระของ แผนงาน หรือโครงการพัฒนา เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน

๒. การถกเถียง เป็นการแสดงความคิดเห็นโต้แย้งตามวิถีทางประชาธิปไตยเพื่อให้ทราบถึง ผลดีผลเสียในกรณีต่าง ๆ โดยเฉพาะประชาชนในท้องถิ่นที่มีผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบต่อ ความเป็นอยู่ของเขา

๓. การให้คำปรึกษาแนะนำ ประชาชนต้องร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการ บริหาร โครงการเพื่อให้ความมั่นใจว่ามีเสียงของประชาชนที่ถูกละเลย เข้ามีส่วนร่วม รับรู้และร่วมในการ ตัดสินใจและการวางแผนด้วย

๔. การสำรวจ เป็นวิธีการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่อง ต่าง ๆ อย่างทั่วถึง

๕. การประสานงานร่วม เป็นกรรมวิธีที่ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่การคัดเลือก ตัวแทนของ กลุ่มเข้าไปเป็นแกนนำในการจัดการหรือบริหาร

๖. การจัดทัศนศึกษา เป็นการให้ประชาชนได้เข้าร่วมตรวจสอบข้อเท็จจริง ณ จุด ดำเนินการ ก่อนให้มีการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง

๗. การสัมภาษณ์หรือพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้นำ รวมทั้งประชาชนที่ได้รับ ผลกระทบเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น

๘. การไต่สวนสาธารณะ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าร่วมแสดง ความเห็นต่อนโยบาย กฎ ระเบียบในประเด็นต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชน โดยรวม

๙. การสาริต เป็นการใช้เทคนิคการสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและชัดเจนอันจะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม

๑๐. การรายงานผล เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทบทวน และสะท้อนผลการตัดสินใจ ต่อโครงการอีกครั้งหนึ่ง หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้แก้ไขได้ทันที่^{๗๙}

๒.๖ ทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโดโรธี โอเร็ม(Dorothea Orem) มาเพื่อ ทำการวิเคราะห์ถึงแนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัด ร้อยเอ็ด ควบคู่กับหลักพุทธจริยศาสตร์ โดยมีรายละเอียดของทฤษฎี ดังนี้

^{๗๘} สำนักมาตรฐานการศึกษา, แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม, อ้างใน Mr. Sisavanh Vongkataneagnou <https://www.gotoknow.org/posts/482092> [๒๓ กันยายน ๒๕๖๓].

^{๗๙} โกวิท พงงาม, การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, หน้า ๑๑.

๑) ประวัติ

โดโรธี โอเร็ม เป็นเจ้าของทฤษฎี เกิดที่เมืองมัลดีเบอร์ รัฐแมริแลนด์ในปี ค.ศ. ๑๙๗๑ โอเร็ม จบการพยาบาลและได้ทำงานด้านการพยาบาล มานานหลายปีได้เสนอแนวคิดอธิบายแนวคิด การดูแลตนเอง ระบบการพยาบาล และปัจจัยพื้นฐาน ต่อมามีการพัฒนาแนวคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยการ เพิ่มเติมแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาล และความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และสาระของทฤษฎีดังนี้คือ

(๑) บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบและเจาะจง (deliberate inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนอย่างต่อเนื่องเพื่อการมีชีวิตรอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละคน

(๒) ความสามารถของบุคคล (Human agency) เป็นความสามารถในการกระทำ อย่างจงใจในรูปของการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับตนเองและผู้อื่น

(๓) บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่อยู่ ภายใต้อาการรับผิดชอบในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ของตนเอง

(๔) บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อ ความต้องการของตนเองและผู้อื่น

(๕) กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีโครงสร้างจะแบ่งงานกันรับผิดชอบ เพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม^{๕๐}

๒) แนวคิดหลักของศาสตร์การพยาบาล

โอเร็ม กล่าวว่า บุคคล หรือ Human being ในความหมายของบุคคล และอธิบายบุคคล ว่าเป็นหน่วยเดียวของกาย และจิต เป็นองค์รวมที่เป็นระบบเปิด และเป็นพลวัต มีศักยภาพในการ กระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และสามารถวางแผน ระบบระเบียบ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ ที่มีปัจจัยเกื้อหนุน ดังนี้^{๕๑}

๒.๑ สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมในแนวคิดของโอเร็ม หมายถึง สิ่งที่ไม่สามารถแยกจาก บุคคลได้ สิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมอาจมีผลกระทบทั้งทางบวกและ ทางลบ ต่อชีวิต สุขภาพ ความผาสุก ของบุคคลครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมของบุคคลแบ่งออกเป็น ๔ ด้านที่มีความสัมพันธ์กัน คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคม ซึ่งสามารถควบคุม ได้

^{๕๐} สุภาวดี เลิศสำราญ, Nursing Theory: Orem's Self-Care Deficit Theory, เอกสารการสอน รายวิชา NUR ๒๒๒๒ เรื่อง Nursing Theory: Orem's Self-Care Deficit Theory.

^{๕๑} Orem, D. E., *Nursing: Concepts of practice*, 5th ed.. (St. Louis, MO: C. V. Mosby, 1995), pp. 100-102.

๒.๒ สุขภาพ สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ของกายและจิต นอกจากนี้โอเร็ม ยังกล่าวถึงความผาสุก (Well being) ซึ่งต่างจากสุขภาพว่า ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะของตนเอง มีลักษณะของความสุขทางจิตวิญญาณ โดยสามารถคงสภาพความเป็นบุคคลไว้ได้

๒.๓ บุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่า บุคคล เป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้ และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัตรคือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

๒.๔ การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จุดเน้นของกรอบแนวคิดของโอเร็ม: เน้นที่บุคคลคือ ความสามารถของบุคคลที่จะต้องสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง^{๘๒}

๓) มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๓ ทฤษฎี ประกอบด้วย

๓.๑ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care) ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self - care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

๑) การดูแลตนเอง (Self - care : SC) : หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว^{๘๓} ซึ่งบุคคลที่กระทำการ

^{๘๒} สมจิต หนูเจริญกุล, การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล, (กรุงเทพมหานคร: วิชาสิณ, ๒๕๓๖).

^{๘๓} รุจา ภูไพบูลย์, การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้, (กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง, ๒๕๔๑).

ดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย ๒ ระยะ

ระยะที่ ๑ ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไรเป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ ๒ ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

๒) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency : SCA) หมายถึงคุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย ๓ ระดับ ดังนี้

๒.๑ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

(๑) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

(๒) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็นได้กลิ่นและรับรส

(๓) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

(๔) การเห็นคุณค่าในตนเอง

(๕) นิสัยประจำตัว

(๖) ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่าง ๆ

(๗) ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

(๘) ความหวังใยในตนเอง

(๙) การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

(๑๐) การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ

(๑๑) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง^{๘๔}

^{๘๔} Orem, D. E., *Nursing: Concepts of practice*, pp. 100-102.

๓.๒ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care Deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเร็ม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ใน ๓ แบบ ดังนี้

- ๑) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities : TSCD = SCA)
- ๒) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)
- ๓) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ ๒ รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ ๓ เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการแพทย์

๓.๓ ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการแพทย์พยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น ๓ ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

๑) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้คือ

๑.๑) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะรูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

๑.๒) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก

๑.๓) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

๒) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

๒.๑) ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

๒.๒) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

๒.๓) ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

๓) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง ๓ ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาล และผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน ๕ วิธีดังนี้

๑) การกระทำให้หรือกระทำแทน

๒) การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเลือกวิธีการกระทำได้

๓) การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว

๔) การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ

๕) การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency : NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ๑) ความรู้ ๒) ประสบการณ์ ๓) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ๔) ทักษะทางสังคม ๕) แรงจูงใจในการให้การพยาบาล และ ๖) อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่ประกอบด้วย ๓ ทฤษฎีย่อย และประกอบด้วย ๖ มโนทัศน์ ที่มีความสัมพันธ์กัน^{๘๕}

^{๘๕} Orem, D. E., Nursing: Concepts of practice, pp. 100-102.

๒.๗ ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์

หลักพุทธจริยศาสตร์ที่จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นเพื่อวิจัยไว้ดังนี้

๒.๗.๑ แนวคิดและความหมายของพุทธจริยศาสตร์

๑) แนวคิดทางพุทธจริยศาสตร์

พุทธจริยศาสตร์เป็นแนวคิดที่พื้นฐานมาจากพุทธปรัชญา และพระพุทธานุศาสนนาที่คนทุกคนสามารถนำไปใช้ในการประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิต เพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เป็นจริยศาสตร์หรือจริยธรรมที่พระพุทธเจ้าทรงปฏิบัติและทรงสอนให้พุทธศาสนิกชนดำรงชีวิตอยู่ด้วยปัญญา ไม่ให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความประมาท จึงสอนให้ชาวพุทธตื่นอยู่เสมอและให้เป็นอยู่ด้วยความเบิกบานกายเบิกบานใจ ไม่ว่าจะเป็นอย่างอยู่ในสถานะอย่างไรก็ตามพุทธจริยศาสตร์จึงเป็นหลักธรรมหรือจริยธรรมในทางพระพุทธานุศาสนนาที่ช่วยในการสร้างความสุขและความเจริญให้กับสังคมส่วนร่วมและตนเองได้ ดังจะได้อธิบายเนื้อหาต่อไปนี้

หลักพื้นฐานในทางพุทธจริยศาสตร์นั้นมีไว้เพื่อความสงบเรียบร้อยของสังคม เพื่อควบคุมความประพฤติเบื้องต้น ๒ ทางคือ กาย และวาจา โดยในแต่ละทางบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่มีอยู่ ๒ ทางคือ ดี และชั่ว ซึ่งมาจากมูลเหตุที่เป็นตัวการให้เกิดความประพฤตินั้นคือ กุศลมูล และอกุศลมูล ดังนั้นพื้นฐานทางจริยธรรมที่จะกล่าวถึงก็คือ เบญจศีล เบญจธรรม จริยธรรม ๑๐ ประการ และทศ ๖ อื่นใดเลยมาทำความเข้าใจเรื่องวิธีการก่อนการรักษาศีลเสียก่อน

สิ่งที่เหมือนกันหรือสิ่งที่มีจุดกำเนิดที่เหมือนกันของสรรพสิ่งที่มีอยู่ ที่เป็นอยู่ และสิ่งที่ดำเนินไปอยู่หรือเปลี่ยนแปลงไปอยู่ของธรรมชาติ หรือสสารอย่างมีระบบและเป็นจริงอย่างแน่นอนตายตัว ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใดก็ตามหลักการของพุทธจริยศาสตร์ คือ ให้ละความชั่ว ให้ทำความดี และให้ทำกายใจของตนเอง ให้บริสุทธิ์ผ่องใส ปราศจากกิเลสเครื่องเศร้าหมองใจ การที่คนละความชั่วทำความดี ทำกายใจของตนให้บริสุทธิ์ เป็นการกระทำเพราะรักตัวเอง เพราะฉะนั้น กฎของพุทธจริยศาสตร์จึงเป็นกฎ การรักตัวเอง โดยมีปรัชญาของพุทธจริยศาสตร์ที่มีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาแบบวัตถุนิยมที่เป็นจริยศาสตร์แบบสุขนิยม ทรรศนะพุทธจริยศาสตร์ในพุทธปรัชญาเถรวาทนั้น มีลักษณะสำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) การไม่ทำความชั่ว (๒) กระทำแต่ความดี (๓) ทำจิตใจให้บริสุทธิ์^{๘๖}จากการกระทำทั้งหลายทั้งปวง ซึ่งเป็นขั้นแรกในการทำให้เจริญ ซึ่งมี ๓ ประการคือ

๑. สัมปัตตวิริติ เว้นสิ่งประจบเฉพาะหน้า, เว้นเมื่อประสบซึ่งหน้า หรือเว้นได้ทั้งที่ประจบโอกาส คือ ไม่ได้ตั้งเจตนาไว้ก่อน ไม่ได้สมทานลิกขาบทไว้เลยแต่เมื่อประสบเหตุที่จะทำชว้นึกคิดพิจารณาขึ้นได้ในขณะนั้นว่า ตนมีชาติตระกูล ภัยหรือคุณวุฒิต่างนี้ ไม่สมควรกระทำความชว้นั้น แล้วงดเว้นเสียได้ไม่ทำผิดศีล

^{๘๖} ที.ม. (ไทย) ๑๐/๙๐/๕๐.

๒. สมาทานวิริติ เว้นด้วยการสมาทาน คือ ตนได้ตั้งเจตนาไว้ก่อน โดยได้รับศีล คือ สมาทานสิกขาบทไว้แล้ว กังวลตามที่ได้สมาทานนั้น

๓. สมุจเฉทวิริติ หรือ เสตุฆาตวิริติ เว้นด้วยตัดขาด หรือด้วยชักสะพานตัดตอนเสียทีเดียว, เว้นได้เด็ดขาด คือ การงดเว้นความชั่ว ของพระอริยะทั้งหลาย อันประกอบด้วยอริยมรรคซึ่ง ขจัดกิเลสที่เป็นมูลเหตุแห่งความชั่วนั้น ๆ เสริมสิ้นแล้ว ไม่เกิดมีแม้แต่ความคิดที่จะประกอบกรรมชั่วนั้นเลย วิริติ ๒ อย่างแรก ยังไม่อาจวางใจได้แน่นอน วิริติข้อที่ ๓ จึงจะแน่นอนสิ้นเชิง^{๘๗}

๒) ความหมายของพุทธจริยศาสตร์

พุทธจริยศาสตร์ หมายถึง หลักเกณฑ์ทางจริยธรรม ที่ผู้รู้มีพระพุทธเจ้าเป็นต้นได้ทรงวางไว้เพื่อเป็นมาตรฐานความประพฤติของมนุษย์เริ่มตั้งแต่พื้นเบื้องต้น ท่ามกลาง และระดับสูง เพื่อให้มนุษย์ได้ดำเนินชีวิตอันดีงามตามอุดมคติเท่าที่มนุษย์จะเข้าถึงได้เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีสติปัญญา มีความสุขสมบูรณ์ที่สุด เพราะจริยศาสตร์เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยอุดมคติของชีวิตหรือความดีอันสูงสุด(Supreme good) เพื่อให้ถึงความดีงามอันสูงสุดนั้นจะต้องมีปฏิปทา(Path:Way:Method) สำหรับดำเนินคือเป็นการสร้างเหตุเพื่อการบรรลุผล ถ้าต้องการผลอันสูงสุดก็ต้องสร้างเหตุให้สมควรแก่เหตุ พระพุทธศาสนาเป็นกัมมวาทะ กิริยวาทะ และวิริยวาทะ กล่าวถึงการกระทำและความเพียรว่าเป็นเบื้องต้นของความสำเร็จผลทั้งปวงไม่ประสงคให้ใครได้ดีหรือประสบความสำเร็จลอย ๆ หรือด้วยการอ้อนวอน แต่ให้สำเร็จด้วยการกระทำของเราเอง เป็นศาสนาที่ต้องทำเอง (A Self do it Religion) เพราะอุดมคติคือสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตควรจะได้ ชีวิตธรรมดากับชีวิตในอุดมคตินั้นต่างกัน คนเราเกิดมาไม่ใช่เพื่อทำงานอย่างเดียวแต่ควรจะได้เกิดมาและมีชีวิตอยู่เพื่อจะได้สิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตควรจะได้ไม่ใช่เพื่อจะรวยไม่ใช่เพื่อเกียรติยศ ชื่อเสียง หรือการอยู่ดีกินดี แต่ควรมีชีวิตอยู่เพื่อความดับทุกข์และเพื่อนิพพาน^{๘๘}

๒.๗.๒ ความสำคัญของพุทธจริยศาสตร์

พุทธจริยศาสตร์ เป็นหลักหรือแนวทางแห่งการประพฤติปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา ที่ทำให้ผู้ที่ประพฤติปฏิบัติตามเกิดความสุขทั้งทางกายและใจ โดยหลักทั่วไปของพุทธจริยศาสตร์ คือการงดเว้นจากสิ่งที่ชั่ว และมุ่งกระทำแต่สิ่งที่ดีงาม ทางกาย วาจา ในเบื้องต้น และใจ ในระดับสูง เพื่อให้เกิดจิตใจที่บริสุทธิ์ ขจัดกิเลสที่เข้ามาในจิตใจได้อย่างเด็ดขาด เพื่อมุ่งสู่มรรคผล และนิพพาน โดยสรุปแล้วพุทธจริยศาสตร์ มีใจความสำคัญอยู่ ๓ ประการ คือ

๑. สัพพปาปสส อกรณิ การไม่ทำบาปทั้งปวง
๒. กุสลสุสุมปทา การทำกุศลให้ถึงพร้อม
๓. สจิตตปริโยทปนํ การทำจิตของตนให้ผ่องแผ้ว

^{๘๗} พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม, (กรุงเทพมหานคร: มหาลุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖), หน้า ๑๐๑

^{๘๘} วุคิน อินทสระ, ธรรมและชีวิต, หน้า ๓๔-๓๕.

๑. การไม่ทำบาปทั้งปวง ได้แก่ การไม่ประพฤตินิन्द ในทุจริตรธรรม ๓ อย่างคือทางกายทางวาจาและทางใจแต่ควรประพฤตีสุจริตรธรรมแทน มีสุจริตทางกาย คือไม่ทำบาปด้วยกายมี ๓ อย่าง คือไม่ฆ่าสัตว์ ๑, ไม่ลักทรัพย์ ๑, ไม่ประพฤตินิन्द ๑, นี้จัดเป็นสุจริตทางกายวิสุจริต คือการไม่ทำบาปด้วยวาจา ๔ คือ การไม่พูดเท็จคือพูดโกหก ๑, การไม่พูดคำหยาบ ๑, การไม่พูดส่อเสียดคือพูดแทงใจคนให้เจ็บช้ำน้ำใจ ๑, การไม่พูดเพ้อเจ้อ คือ พูดที่เล่นที่จริงไร้สาระ ๑, นี้จัดเป็นสุจริตทางวาจาโมสุจริต คือ การไม่ทำบาปด้วยใจมี ๓ คือ การไม่คิดพยาบาทคิดปองร้ายใคร ๑, การไม่คิดโลภอยากได้ของ ๆ เขา ๑, การไม่คิดเห็นผิดจากกรรมตนเองและครองธรรม ๑, นี้จัดเป็นสุจริตทางใจรวมการไม่ทำบาปทั้งหมดนี้คือ สุจริตรธรรม คือไม่ควรประพฤตินิन्दในทุจริตรธรรมทางกาย ทางวาจา และทางใจ ที่เป็นฝ่ายตรงข้ามกับสุจริตรธรรม ควรประพฤตีสุจริตรธรรมไว้เสมอ จะทำให้จิตเป็นบุญเป็นกุศล รวมถึงวิธีการละความชั่วหรืออกุศลมูล ๓ คือ โลภะ ความโลภ โมหะ ความหลง และโทสะ ความโกรธ และแสดงวิธีในการละอกุศลมูลทั้ง ๓ ไว้ว่า ในการละความโลภ ทั้ง ๓ ระดับคือ อย่างหยาบ อย่างกลางและอย่างละเอียด ด้วยการให้ทาน การรู้จักประมาณ และด้วยการใช้หลักโยนิโสมนสิการ วิธีละความโกรธ ด้วยวิธีการพิจารณาถึงโทษของความโกรธ การให้อภัย และการแผ่เมตตา และวิธีละความหลงด้วยการพัฒนาจิตและปัญญา

๒. การทำกุศลให้ถึงพร้อม คือ การรู้ในการดำริชอบ เพื่อไม่ให้จิตเกิดอกุศล พระพุทธองค์จึงได้ทรงให้เรา ๑) ดำริในการออกจากกาม ๒) ดำริในการไม่มุ่งร้าย ๓) ดำริในการไม่เบียดเบียน เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้จิตเกิดอกุศล มีโลภ โกรธ หลง ครอบงำจิตอยู่คำว่ากาม ได้แก่อาภรณ์หรือความรู้สึกยินดีในร้าย ที่มีต่อการรับรู้ใน รูป เสียง กลิ่น สัมผัส และอัมมารมณ ที่ชวนให้รัก, ชักให้เกิดความใคร่, พาใจให้ไหลหลง, เมื่อเกิดยินดีในร้ายต่อการรับรู้ขึ้นแล้ว จึงเรียกว่าเกิดกิเลสกาม, คำว่าดำริในการไม่มุ่งร้าย ได้แก่อาการที่คิดเห็นอยู่ในใจที่ชอบมองคนในแง่ร้ายอยู่เสมอ ๆ ด้วยการคิดว่าร้ายคนอื่นในใจ, คำว่าดำริในการไม่เบียดเบียน ได้แก่อาการที่คิดเห็นในทางพยาบาทปองร้ายคนอื่นอยู่เสมอ ๆ จึงเป็นที่มาแห่งการเบียดเบียนทำร้ายได้ และเป็นที่มาของห้วงชั่วธรรมในการภาวนาได้ที่เรียกว่า อัมมะภาวนา ได้แก่ “ อายันตียินร้าย...อย่าว่าร้ายใคร...อย่าคิดร้ายใคร...” เมื่อเราได้นำมาท่องภาวนาไว้เสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน ก็จะทำให้เกิดสติระลึกรู้ไม่ให้บาปและอกุศลจิตเกิดขึ้น จิตของเรา ก็จะเกิดเป็นกุศลจิตกุศลธรรม จึงควรมีความเพียรชอบในการท่องอัมมะภาวนาไว้เสมออย่างน้อยให้ได้ ๓๐ ครั้งต่อวัน เพื่อเป็นการทำกุศลให้ถึงพร้อมไว้ในจิตของตน,

๓. การชำระจิตของตนให้ขาวรอบ หมายถึง มีความเพียรชอบในการเจริญสติด้วยอัมมะภาวนา จนจิตมีสติทำความสงบนิ่งได้แล้ว ก็ควรที่จะมีการตามดูรู้เห็นจิตของตนไว้เสมอ อย่าให้จิตมาร มาคอยดลจิตดลใจ ให้จิตนึกไปในสิ่งที่ล่วงไปแล้ว(ได้แก่ความจำได้หมายรู้ในสัญญาขันธ์) หรือที่อยากจะทำสิ่งต่าง ๆ เพราะจะทำให้จิตหลงคิด จนเกิดเป็นความฟุ้งซ่าน ให้เราพิจารณาถึงความไม่ควรมียึดมั่นถือมั่น ในสิ่งที่กำลังนึก-คิดนั้น เพราะเป็นเหตุให้จิตเกิดทุกข์ ความยึดถือในสิ่งที่นึก-คิดนั้นจัดเป็นสมุทัย คือใจเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ ควรละความยึดมั่นถือมั่น ในการนึก-คิดนั้นเสีย เมื่อเรารู้

พิจารณาทำได้อย่างนี้ไว้ตลอดก็จัดเป็นผู้รู้ชำระจิตของตน จะทำให้จิตของเรามีความขาวรอบยิ่งขึ้น มีความผ่องใสมีสติปัญญา ควรต่อการบรรลุในคุณธรรมที่สูงยิ่ง ๆ ขึ้นไป จนบรรลุในพระนิพพานได้^{๘๙}

๒.๗.๓ ประเภทของพุทธจริยศาสตร์

พุทธจริยศาสตร์ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่บุคคลควรเข้าใจและปฏิบัติ แบ่งเป็น ๓ ระดับดังต่อไปนี้

๑) **พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น** พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ศีล ๕ หรือ เบญจศีลความประพฤติชอบทางกายและวาจา, และการรักษากายวาจาให้เรียบร้อย, การรักษาทามระเบียบวินัย, ข้อปฏิบัติในการเว้นจากความชั่ว, การควบคุมตนให้ตั้งอยู่ในความไม่เบียดเบียน^{๙๐}

๒) **พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง** พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ซึ่งเป็นพุทธจริยศาสตร์ที่มุ่งขัดเกลาตนเองให้มีจิตใจสูงขึ้น เป็นการเว้นอกุศลกรรมบถ ๑๐ และทำกุศลกรรมบถให้สมบูรณ์ บางครั้งเรียกว่า อาศาณิกวินัย ซึ่งแปลว่าวินัยของผู้ครองเรือนหรือคฤหัสถ์ แยกเป็นทางกาย วาจา และใจ^{๙๑}

๓) **พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง** พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง เป็นจริยศาสตร์ที่มุ่งพัฒนาตนเองสู่ความเป็นอริยชนประกอบด้วยหลักธรรมคำสอนที่เป็นมรรค ๘ หรือที่เรียกอีกชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา หลักปฏิบัติอันเป็นทางสายกลาง ซึ่งเป็นหนทางดับทุกข์ จริยศาสตร์ระดับสูงนี้จะเป็นเครื่องมือในการพัฒนา กาย วาจา ใจ และปัญญา^{๙๒}

๒.๗.๔ หลักการปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์

ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการปฏิบัติของบุคคลในทางพุทธจริยศาสตร์ใน ๓ ระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการประพฤติปฏิบัติ และสิ่งที่ควรและไม่ควรประพฤติปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้ดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปอย่างมีความสุข หลักการปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ มีดังนี้

๑. หลักปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ระดับต้น

ข้อปฏิบัติศีล ๕ เป็นพื้นฐานการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องตามหลักศีลธรรมจริยธรรมทางพระพุทธศาสนา ดังนี้

๑) **ปาณาติบาต (การฆ่าสัตว์)** การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๑ คือ ปาณาติปาตา เวรมณี หมายถึง เจตนางดเว้นจากการฆ่าสัตว์ เป็นการทำลายชีวิตของสัตว์ให้ตกลงไป กล่าวว่าการประพฤติผิดในศีลข้อนี้ มีกิเลสตัวหลักที่คอยบงการก็คือ โทสะ (ความโกรธ) คือความไม่พอใจในสัตว์ที่ถูกฆ่า กิเลสตัวรอง คือ โลภะ (ความโลภ) เพราะบางคนฆ่าสัตว์เนื่องจากความโลภเข้าครอบงำ เช่น อยากได้เงินฆ่าจ้าง หรือต้องการสัตว์นั้นมาเป็นอาหาร ความหวงแหนในทรัพย์สินสมบัติของตนจึงได้ฆ่าสัตว์เพื่อปกป้องทรัพย์สินนั้น เพื่อให้คนยอมรับในความกล้าหาญหรือเพื่อลาภยศที่จะตามมาจึงฆ่าสัตว์ให้คนเห็น

^{๘๙} วุฑฒิน อินทสระ, *ธรรมและชีวิต*, หน้า ๑๐๕-๑๒๐.

^{๙๐} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๒๐๖-๒๐๗.

^{๙๑} ที.ม. (ไทย) ๑๑/๓๐๕/๒๕๙.

^{๙๒} ที.ส. (ไทย) ๙/๓๗๕/๑๕๗.

หรือยังอาจมีสาเหตุมาจากกิเลสที่เป็นบริวารของโทสะหรือโลภะอีก เช่น ความพยาบาท ความริษยา ความแ่งดี ความตระหนี่อย่างไรก็ตาม การประพาศิตในศีลข้อนี้ คือ การฆ่าสัตว์ จะเกิดมาจากกิเลสตัวใดที่คอยบงการก็ตาม เพื่อให้ดำเนินชีวิตโดยไม่เบียดเบียนต่อชีวิตร่างกายของผู้อื่น ต้องมีความสำรวมระวัง รู้เท่าทันต่อกระแสกิเลสที่อยู่ในจิตใจของตนเองเป็นสำคัญ โดยอาศัยเจตนาเป็นที่ตั้ง มีความจงใจเป็นเครื่องดเว้นด้วยองค์ ๕ ประการของศีลข้อ ๑ ปาณาติบาต มิให้ความชั่วที่เกิดขึ้นทางกายวาจา และใจ คือ (๑) สัตว์นั้นมีชีวิต (๒) ให้รู้ว่ามีชีวิต (๓) เมื่อมีการคิดจะฆ่าสัตว์ ก็มีเจตนางดเว้นเสียได้ (๔) ไม่ทำความเพียรให้เกิดขึ้น และ (๕) สัตว์ก็จะไม่ตายลงไป หรือตกลงลงไป โดยมีเจตนารักษากายวาจา และใจ ไม่ให้ประพาศิตล่วงละเมิดในศีล^{๙๓}

๒) อทินนาทาน (การลักทรัพย์) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๒ อทินนาทานา เวรมณี คือ เจตนางดเว้น จากการถือเอาสิ่งของ ที่เจ้าของมิได้ให้ด้วยการลักขโมย ฉ้อโกง ฉก ชิง วิ่งราว หลอกหลวง ปลอม ยักยอกสับเปลี่ยน เป็นต้น กล่าวว่าการประพาศิตในศีลข้อนี้ มีกิเลสตัวหลักที่คอยบงการ คือ โลภะเป็นความอยากได้ในทรัพย์นั้น กิเลสตัวรอง คือ โทสะ เช่น บางคนลักทรัพย์เพราะความโกรธในตัวเจ้าของทรัพย์นั้นทั้งที่ความจริงแล้วไม่ได้อยากได้ทรัพย์สิ่งของนั้น เป็นต้น และสาเหตุจากกิเลสที่เป็นบริวาร เช่น ความพยาบาท ความอิจฉาริษยา ความแ่งดี เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ว่ากิเลสตัวใดคอยบงการ เพื่อมิให้มีการละเมิดการกระทำที่ผิดศีลข้อนี้ เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ดีเหล่านั้น เพื่อ ละ เลิก เว้น ได้ในที่สุด เพราะศีลเป็นพื้นฐานให้ความโลก ความโกรธ ความหลง เบาบางลงได้ก็โดยอาศัยเจตนาเป็นเครื่องดเว้นและมีให้ความประพาศิตนั้นเกิดขึ้นทางกายวาจา และใจ คือ การรู้เท่าทันต่อกระแสจิตใจของตนเองเป็นสำคัญโดยอาศัยองค์ ๕ ประการของศีล อทินนาทาน คือ (๑) ทรัพย์นั้นมีเจ้าของ(๒) ตนต้องรู้ว่ามีเจ้าของหวงแหน (๓) จิตคิดจะลักทรัพย์นั้น ก็เว้นเสียอย่าให้เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง รู้จักหักห้ามจิตใจของตนเอง และ (๔) ไม่ทำความเพียรเพื่อลักขโมย ให้เกิดขึ้นทางกาย วาจา (๕) ได้ของสิ่งนั้นมาด้วยความเพียร เมื่อรู้เท่าทันต่อกายวาจา และจิตใจ ของตนเองเป็นสำคัญ ความประพาศิตความชั่วต่าง ๆ มีการลักทรัพย์ ย่อมไม่เกิดขึ้นเพราะอาศัยเจตนาเป็นที่ตั้ง มีขันตอดทนต่อกิเลสได้ ความชั่วต่าง ๆ ย่อมสงบระงับ^{๙๔}

๓) กาเมสุมิจฉาจาร(ประพาศิตในกาม) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๓ คือ กาเมสุมิจฉาจาร เวรมณี หมายถึง ผู้ปฏิบัติต้องไม่ประพาศิตทางด้านคู่ครองของคนอื่นไม่เบียดเบียนหญิงหรือชายอื่น ที่เขาไม่ใช่สามี หรือภรรยาของตน กล่าวสาเหตุที่ผิดในศีลข้อนี้ เพราะมีกิเลสตัวหลักที่คอยบงการ คือ โลภะ คือความยินดี พอใจ ในหญิงหรือชายนั้น ส่วนกิเลสตัวรอง คือ โทสะ เช่น เมื่อคนประพาศิตในกามเพราะความโกรธในคู่ครองของตน จึงทำเพื่อประชดหรือโกรธในผู้ที่หวงแหนคนที่เราประพาศิตด้วย หรืออาจจะโกรธในตัวที่เราล่วงเกินก็ได้ จึงทำการล่วงเกินเพื่อให้คนนั้นเจ็บใจ หรือเป็นเพราะอารมณ์ไม่ดีจึงประพาศิตในกาม จึงประพาศิตในกามเพื่อระบายความเครียด ฯลฯ และสาเหตุที่เป็นตัวบริวาร เช่น ความพยาบาท ความอิจฉาริษยา ทำไปเพื่อความโอ้อวด ความ

^{๙๓} พระเมธีวราภรณ์, **เบญจศีลเบญจธรรมอุดมชีวิตมนุษย์**, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ต้นบุญ, ๒๕๕๓), หน้า ๑๗๑-๑๗๕.

^{๙๔} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๗๑.

แข่งดี ดังนี้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีกิเลสตัวใดคอยบงการกระทำชีวิตให้ถึงกับหายหน้าไป เพื่อมิให้เป็นการล่วงละเมิดในศีลข้อนี้ จนถึงทำลายชีวิตซึ่งกันและกัน หักหาญน้ำใจกันและกัน จำต้องเป็นผู้รู้เท่าทันต่อจิตใจ เป็นผู้สำรวมระวัง สรรวจตัวเองเพื่อมิให้กระทำเกิดขึ้นทั้งทางกาย วาจา และใจ โดยมีเจตนางดเว้นจากการประพฤติด້วยองค์ ๔ ประการของศีล กามเมสุมิฉฉาจาร คือ (๑) หญิงที่ต้องห้าม (๒) จิตคิดจะเสพ เมื่อมีการคิดจะเสพ ก็มีเจตนางดเว้น และพยายามหักห้ามใจของตนเองเสียได้ (๓) ไม่ประกอบการเล่นให้เกิดขึ้น ทางกาย และวาจา การพูดแหะโลม เป็นต้น (๔) ไม่ทำให้มรรคจรดกัน ดำเนินไปในทางกาย^{๔๕}

๔) มุสาวาท (การพูดเท็จ) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๔ คือ มุสาวาทา เวรมณี หมายถึง ผู้ประพฤติปฏิบัติ ต้องมีเจตนางดเว้นจากการพูดเท็จ สรรวมระวังในวาจา งดเว้นจากวจีทุจริต เว้นจากการพูดเท็จ ซึ่งกล่าวว่าการประพฤติผิดในศีลข้อนี้ มีกิเลสตัวบงการ อาจเป็นโลภะ หรือโทสะ ก็ได้ เช่น บางคนคนโกหกหลอกลวง หรือเพราะอยากได้ทรัพย์ของคนอื่นมาเป็นของตน บางคนโกหกเพราะความโกรธ เลยโกหกเพื่อให้คนที่ตนโกรธนั้นเดือดร้อน หรือได้รับความเสียหาย บ้างก็โกหกเพราะกลัวความผิด หรือกลัวความเดือดร้อนที่จะตามมาหาจึงพูดความไม่จริงออกไป ฯลฯ หรือ สาเหตุจากกิเลสที่เป็นบริวาร เช่น ความพยาบาท ความอิจฉาริษยา ความตระหนี่ความโอ้อวด ความแข่งดี เป็นต้น ตามอย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีกิเลสตัวใดคอยบงการให้เกิดการประพฤติผิดในศีล จนถึงทำลายชีวิตซึ่งกันและกัน เพื่อมิให้เป็นการล่วงละเมิดในศีลข้อนี้ จำต้องเป็นผู้สำรวมระวังมิให้การ พูดปด พูดเท็จ (รวมทั้งที่มาในกุศลกรรมบถ คือ พูดเพื่อเจ้อส่อเสียด คำหยาบ) ให้เกิดขึ้นก็อาศัยเจตนางดเว้น โดยมีองค์ประกอบเป็นเครื่องเว้น^{๔๖}

๕) สุราเมรัย (การเสพสุราเมรัย) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๕ คือ สุราเมระยมัชชะปะมาทัฏฐานา เวรมณี หมายถึง การงดเว้นจากการดื่มสุราเมรัย คือ ผู้ปฏิบัติต้องไม่ประพฤติผิดทางด้านการดื่ม หรือเสพสุราเมรัยและสิ่งเสพติดทั้งหลาย เช่น ผีน เฮโรอีน ยาบ้า ยาอี กัญชา เป็นต้น การประพฤติผิดในศีลข้อที่ ๕ นี้ กล่าวว่ามีกิเลสที่คอยบงการ คือ โลภะ ความปรารถนาเพลิดเพลนยินดีอันเกิดจากการดื่มหรือเสพนั่น กิเลสตัวรองคือ โทสะ เช่น บางคนดื่มน้ำเมาหรือเสพสิ่งเสพติด เพราะความเครียดความกังวลใจ ความทุกข์จากความผิดหวัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดมาจากกิเลสตัวใดที่คอยบงการ เพื่อมิให้พฤติกรรมที่ไม่ดีเหล่านี้เกิดขึ้น ละ เลิก เว้น การสูบ ฉีดสิ่งที่เป็นพิษให้โทษแก่ร่างกาย คือยาเสพติดทุกประเภท อันเป็นเหตุที่ตั้งให้เกิดความประมาทและขาดสติสามารถทำให้การละเมิดศีลข้ออื่น ๆ ตามมา เพื่อมิให้กระทำเกิดขึ้นทั้งทางกายวาจา และใจ โดยมีเจตนางดเว้นจากการประพฤติด້วยองค์ ๔ ประการ ของศีลสุราเมรัย คือ (๑) น้ำเมาเป็นสิ่งเสพติดทั้งหลาย (๒) มีจิตคิดจะดื่ม จะเสพก็มีเจตนางดเว้นเสีย (๓) มีความเพียรพยายามที่จะไม่ล่วงละเมิดทางกายวาจา และใจ (๔) ไม่ทำให้น้ำเมา สิ่งเสพติดทั้งหลายก้าวล่วงลำคอไป^{๔๗}

^{๔๕} พระเมธีวราภรณ์, *เบญจศีลเบญจธรรมอุดมชีวิตมนุษย์*, หน้า ๑๗๑-๑๗๒.

^{๔๖} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๗๒.

^{๔๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๗๑-๑๗๕.

สรุปได้ว่า หลักการปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ระดับต้น คือ ข้อปฏิบัติศีล ๕ เป็นพื้นฐาน การดำเนินชีวิตให้ถูกต้องตามหลักศีลธรรมจริยธรรมทางพระพุทธศาสนา ดังนี้๑) ปาณาติบาต (การฆ่าสัตว์) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๑ คือ ปาณาติปาตา เวรมณี หมายถึง เจตนางดเว้นจากการฆ่าสัตว์ (การทำแท้ง) ถือว่า เป็นการฆ่ามนุษย์ เป็นการทำลายชีวิตของสัตว์ให้ตกลงไป กล่าวว่าการประพาศิตในศีลข้อนี้ มีกิเลสตัวหลักที่คอยบงการก็คือ โทสะ (ความโกรธ) คือความไม่พอใจในสัตว์ที่ถูกฆ่า กิเลสตัวรอง คือ โลภะ (ความโลภ)๒) อทินนาทาน (การลักทรัพย์) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๒ อทินนาทานา เวรมณี คือ เจตนางดเว้น จากการถือเอาสิ่งของ ที่เจ้าของมิได้ให้ด้วยการลักขโมย ฉ้อโกง ฉก ซึ่งวิ่งราว หลอกหลวง ปลอม ยกยอกสับเปลี่ยน เป็นต้น๓) กาเมสุมิฉฉาจาร (ประพฤติดินในกาม) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๓ คือ กาเมสุมิฉฉาจาร เวรมณี หมายถึง ผู้ปฏิบัติต้องไม่ประพฤติดินทางด้านคูครองของคนอื่นไม่เบียดเบียนหญิงหรือชายอื่น ที่เขาไม่ใช่สามี หรือภรรยาของตน๔) มุสาวาท (การพูดเท็จ) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๔ คือ มุสาวาทา เวรมณี หมายถึง ผู้ประพฤติดินปฏิบัติ ต้องมีเจตนางดเว้นจากการพูดเท็จ สำรวมระวังในวาจา งดเว้นจากวจีทุจริต เว้นจากการพูดเท็จ ซึ่งกล่าวว่าการประพฤติดินในศีลข้อนี้ มีกิเลสตัวบงการ อาจเป็นโลภะ หรือโทสะ ก็ได้ เช่น บางคนคนโกหกหลอกหลวง หรือเพราะอยากได้ทรัพย์ของคนอื่นมาเป็นของตน๕) สุราเมรัย (การเสพสุราเมรัย) การปฏิบัติต่อศีลข้อที่ ๕ คือ สุราเมรัยระมัชชะปะมาทัฏฐานา เวรมณี หมายถึง การงดเว้นจากการดื่มสุราเมรัย คือ ผู้ปฏิบัติต้องไม่ประพฤติดินทางด้านการดื่ม หรือเสพสุราเมรัยและสิ่งเสพติดทั้งหลาย เช่น ฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้า ยาไอ้ กัญชา เป็นต้น

๒. หลักปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง

ข้อปฏิบัติหลักกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ หากว่า มนุษย์ได้ศึกษาและปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและเคร่งครัดแล้วย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ได้มากอย่างที่กล่าวมา และจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนามนุษย์ที่จะต้องให้หลักกุศลกรรมบถเข้าไปในการจัดการ เพราะความเดือดร้อนหรือความทุกข์ต่าง ๆ ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในสังคมโลกนี้ ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุมาจากการที่มนุษย์นั้นขาดศีลธรรมในตนให้ตั้งอยู่ในหลักแห่งกุศลกรรมบถ ซึ่งวิธีการปฏิบัติตนตามหลักกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ มีวิธี ๓ ประการคือ

๑. วิธีการประพฤติดินปฏิบัติเรียบร้อย คือมีความประพฤติดินธรรมทางกาย ๓ ประการ^{๔๘} คือ

(๑) เว้นจากปาณาติบาต คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ ละการฆ่าสัตว์ เว้นขาดการฆ่าสัตว์ วางทณทะ วางศาสตราเสียแล้ว มีความละอาย มีความเอ็นดู มีกรุณาหวังประโยชน์เกื้อกูลแก่สัตว์ทั้งปวงอยู่ลักษณะของปาณาติบาต คือการเข้าไปตัดชีวิตดิณทรีย์ของบุคคลผู้ฆ่าสัตว์ คือ เป็นคนเห็นมีเหตุ มีมือเปื้อนเลือด พอใจในการประหารและการฆ่าไม่มีความละอาย ไม่ถึงความเอ็นดูในสัตว์ด้วยกาย คือกระทำด้วยตนเอง หรือด้วยวาจา คือสั่งให้ผู้อื่นฆ่า^{๔๙}

^{๔๘} ม.ม. (บาลี) ๑๒/๔๔๑/๓๙๐, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๔๔๑/๔๗๖.

^{๔๙} พระสิริมังคลาจารย์, มังคลัตถทีปนีแปล เล่ม ๒, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘), หน้า ๙๔.

ผู้รักษาศีลข้อนี้ นอกจากระวังไม่ให้ขาด เพราะการฆ่าสัตว์แล้ว ถ้าเว้นจากการกระทำที่เป็นฉาษาของปาณาติบาตได้ด้วยแล้ว ก็จะทำให้ศีลของตนบริสุทธิ์ยิ่งขึ้น ถ้าเว้นไม่ได้ศีลของตนก็ต่างพร้อยเหมือนผ้าที่ไม่ขาดแต่สกปรก ลักษณะที่อนุโลมปาณาติบาต คือ การทำร้ายร่างกายและทรกรรม การทำร้ายร่างกาย หมายถึง การทำร้ายผู้อื่นโดยการทำให้พิการเสียโฉมหรือเจ็บลำบาก แต่ไม่ถึงแก่ชีวิต แยกออกเป็น ๓ อย่าง คือ ๑) ทำให้พิการ คือ ทำให้เสียอวัยวะเป็นเครื่องใช้การ เช่น ทำให้เสียนัยน์ตา เสียแขน เสียขา เป็นต้น ๒) ทำให้เสียโฉม คือ ทำร่างกายให้เสียรูป เสียงามไม่ถึงพิการเช่นใช้มีดหรือไม้กรีดหรือตีที่ใบหน้าให้เป็นแผลเป็น เป็นต้น ๓) ทำให้เจ็บลำบาก คือ ทำร้ายไม่ถึงเสียโฉม เป็นแต่เสียความสำราญการทำร้ายร่างกายทั้งหมดนี้ หมายถึงเฉพาะทำแก่มนุษย์

ทรกรรม หมายความว่า ประพฤติเหี้ยมโหดแก่สัตว์ไม่ปราณีดังจะชี้ตัวอย่างให้เห็นตามที่จัดเป็นแผนกดังนี้ ๑) ใช้การ หมายถึง ใช้สัตว์ไม่มีปราณีปล่อยให้อดอยากชুবอม ไม่ให้กินไม่ให้นอน ไม่ให้หยุดพักผ่อนตามกาล ขณะใช้งานก็เข็มนตี ทำร้ายร่างกายโดยไม่มีเมตตาจิตหรือใช้การเกินกำลังของสัตว์ เช่น ให้เข็นภาระอันหนักเหลือเกิน เป็นต้น จัดเป็นทรกรรมในการใช้การ ๒) กักขัง หมายถึง กักขังให้อดอยาก อิดโรย หรือผูกมัดไว้จนไม่สามารถจะผลัดเปลี่ยนอิริยาบถได้ จัดเป็นทรกรรมในการกักขัง ๓) นำไป ฟังเห็นในการผูกมัด เป็ด ไก่ สุกร หิวหามเอาศีรษะลง เอาเท้าขึ้น ผู้ทำเช่นนี้จัดเป็นพฤติกรรมในการนำไป ๔) เล่นสนุก ฟังเห็นในการทิ้งปิก ทิ้งขาของสัตว์ มีตุ๊กแตน และจิ้งหรีด เป็นต้น เพื่อความสนุกของตน ๕) ผจญสัตว์ ฟังเห็นในการชนโค ชนกระบือ ชนแพะ ชนแกะ ตีไก่กัดปลา กัดจิ้งหรีด เป็นต้น^{๑๐๐}

(๒) เว้นจากอทินนาทาน คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ ละการถือเอาทรัพย์ที่เขามิได้ให้ เว้นขาดจากการลักทรัพย์ ไม่ลักทรัพย์เป็นอุปกรณ์เครื่องปลื้มใจของผู้อื่นที่อยู่ในบ้าน หรือที่อยู่ในป่า ที่เจ้าของมิได้ให้ ซึ่งนับว่าเป็นขโมยลักษณะของอทินนาทาน คือ ลักษณะของการลักทรัพย์เป็นอุปกรณ์เครื่องปลื้มใจของบุคคลอื่น ที่อยู่ในบ้าน หรือที่อยู่ในป่า ที่เจ้าของมิได้ให้ ซึ่งนับว่าเป็นขโมย การถือเอาสิ่งของที่ไม่มีผู้ให้ ด้วยการกระทำอย่างโจรทุกอย่าง จัดเป็นโจรกรรม ในทางศีลธรรม ท่านรวมไว้ ๑๔ วิธีด้วยกัน^{๑๐๑} ดังนี้

๑) ลัก ได้แก่ การขโมยทรัพย์ของคนอื่นที่เจ้าของเขาไม่เห็น มีชื่อเรียกต่างกัน ดังนี้ (ก) ขโมย ในเวลาเสียบเห็นเขาตากผ้าไว้ ไม่ให้เจ้าของรู้ หยิบเอาของเขาไป (ข) ย่องเบา เวลาส่งคนแอบเข้าไปในบ้าน หยิบฉวยเอาของต่าง ๆ ไป (ค) ตัดช่อง งดหรือเจาะประตูหน้าต่างที่ปิดช่องอยู่ แล้วหยิบเอาของเขาไป

๒) ฉก ได้แก่ การถือเอาของในเวลาเจ้าของเขาไม่เหลือ มีชื่อเรียกต่างกันตามอาการ ดังนี้ (ก) วิ่งราว คนถือเอาของมากำลังเปลอ เข้าแย่งแล้ววิ่งหนีไป (ข) ตีชิง ตีเจ้าของทรัพย์ให้เจ็บตัว แล้วถือเอาของเขาไป

^{๑๐๐} พระสิริมงคลจารย์, มงคลตัดที่ปณีแปล เล่ม ๒, หน้า ๙๗.

^{๑๐๑} พระมหาพรสวรรค์ กิตติวิโร (จันโปรด), “ศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามหลักคุณธรรมบท ๑๐ ประการ”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), หน้า ๘๓-๘๔.

- ๓) กรรโชก แสดงอำนาจ หรือใช้อำนาจให้เขากลับแล้วให้ของ เรียกว่า ชู หรือจี้
- ๔) ปลิ้น ได้แก่ รวมพวกกันหลายคน มีศาสตราวุธเก็บเอาของผู้อื่นด้วยอำนาจ
- ๕) ตู่ คือ อ่างกรรมสิทธิ์ ยืนยันเอาของคนอื่นมาเป็นของตน
- ๖) ฉ้อ ได้แก่ กิริยาที่ถือเอาทรัพย์สินของผู้อื่น เช่น รับของแล้วโกงเสีย อ้างว่าเป็นของของตน
- ๗) หลอก ได้แก่ กิริยาที่พูดปด เพื่อถือเอาของของผู้อื่น
- ๘) ลวง ได้แก่ กิริยาที่ถือเอาของผู้อื่น ด้วยแสดงของอย่างใดอย่างหนึ่งให้เข้าใจผิด เช่น ใช้เครื่องชั่งเครื่องตวงโกง
- ๙) ปลอม ได้แก่ กิริยาที่ทำของปลอมให้คนอื่นเห็นว่าเป็นของแท้ แล้วแลกเปลี่ยนเอาทรัพย์สินไป
- ๑๐) ตระบัด ได้แก่ กิริยาที่ยืมของคนอื่นไปใช้ แล้วเอาเสีย เช่น ยืมของแล้วไม่ส่งคืน ภูเงินเขาแล้วเบี้ยวไม่ส่งดอก
- ๑๑) เปียดบัง ได้แก่ กิริยาที่ถือเอาเศษ เช่น ท่านใช้ให้ไปเก็บเงินค่าเช่าบ้าน เป็นต้น ได้มากแต่ให้ท่านน้อย
- ๑๒) ลักลอบ ได้แก่ กิริยาที่ลักลอบเอาของที่ต้องห้ามหลบหนีภาษี เช่น สินค้าเถื่อน เป็นต้น
- ๑๓) สับเปลี่ยน ได้แก่ กิริยาที่ถือเอาสิ่งของของตน ที่เลวเข้าไว้แทน แล้วเอาสิ่งของที่ดีของผู้อื่น
- ๑๔) ยักยอก ได้แก่ กิริยาที่ยักยอกทรัพย์สินของตน ที่จะต้องถูกยึด เอาไว้เสียที่อื่น

(๓) เว้นจากกาเมสุมิฉนจาร คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ละการประพฤติดิในกาเมทั้งหลาย เว้นขาดจากการประพฤติดิในกาเมทั้งหลาย คือ ไม่ถึงความสมสู่ในพวกหญิง ที่มารดาภิเษก ที่บิดารักษา ที่มารดาและบิดารักษา ที่พี่ชายรักษา ที่พี่สาวรักษา ที่ญาติรักษา ที่มีสามี ที่อิสฺรชนหวงห้าม ที่สุดหญิงที่เขาคล้องแล้วด้วยพวงมาลัยลักษณะของการประพฤติดิในกาเม คือ ข้อที่บุคคลมีเจตนาเป็นเหตุก้าวล่วงฐานะอันบุคคลไม่พึงถึง ได้แก่ ภรรยา หรือสามีของคนอื่น หรือลูกสาวที่ยังมีผู้ปกครองดูแล เป็นไปทางกายทวาร ด้วยประสงค์อสังกรรม คือการมีเพศสัมพันธ์หญิงที่ต้องห้ามสำหรับชาย มี ๓ ประเภท^{๑๐๒} คือ

๑) หญิงมีสามี ที่เรียกว่า ภรรยาท่าน ได้แก่ หญิง ๔ จำพวก คือ (๑) หญิงที่แต่งงานกับชายแล้ว (๒) หญิงที่ไม่ได้แต่งงาน แต่อยู่กินกับชายอย่างเปิดเผย (๓) หญิงที่รับสิ่งของ มีทรัพย์สิน เป็นต้น ของชายแล้วยอมอยู่กับเขา (๔) หญิงที่ชายเลี้ยงเป็นภรรยา

๒) หญิงที่ญาติรักษา คือ มีผู้ปกครอง ไม่เป็นอิสระแก่ตน เรียกว่า หญิงอยู่ในพิทักษ์รักษาของท่าน คือ หญิงที่มารดาบิดารักษา หรือญาติรักษา

๓) หญิงที่จารีตรักษา ที่เรียกว่า จารีตห้าม ได้แก่ หญิงที่เป็นเทือกเถาเหล่ากอ ๓ ประเภทคือ(๑) เทือกเถา คือ ญาติผู้ใหญ่ นับย้อนขึ้นไป ๓ ชั้น มี ย่าทวด ยายทวด ๑ ย่า ยาย ๑ แม่ ๑

^{๑๐๒} อ้างแล้ว.

เหล่ากอ คือ ผู้สืบสายจากตนลงไป ๓ ชั้น มีลูก ๑ หลาน ๑ เหลน ๑ (๒) หญิงที่อยู่ใต้พระบัญญัติในพระศาสนา อันห้ามสังวาสกับชาย เช่น ภิกษุณี ในกาลก่อน หรือ แม่ชีในบัดนี้ (๓) หญิงที่บ้านเมืองห้าม เช่น แม่หม้ายงานท่าน อันมีในกฎหมาย

หญิง ๓ จำพวกนี้ จะมีฉันทะร่วมกัน หรือไม่ร่วมกัน ไม่เป็นประมาณ ชายร่วมสังวาสด้วย ก็เป็นกามาสมุจฉาจาร

หญิงที่เป็นวัตถุต้องห้ามของชายโดยพิสดารมี ๒๐ จำพวก คือ ๑) หญิงที่มารดารักษา ๒) หญิงที่บิดารักษา ๓) หญิงที่มารดาบิดารักษา ๔) หญิงที่พี่ชายน้องชายรักษา ๕) หญิงที่พี่สาวน้องสาวรักษา ๖) หญิงที่ญาติรักษา ๗) หญิงที่โคตร หรือมีแซร์รักษา ๘) หญิงมีธรรมรักษา ๙) หญิงมีสามีรักษา ๑๐) หญิงมีสินไหม คือ พระราชารักษา ๑๑) หญิงที่ชายเฝ้าหรือซื้อมาด้วยทรัพย์เพื่อเป็นภรรยา ๑๒) หญิงที่อยู่กับชายด้วยความรักใคร่ชอบใจกันเอง ๑๓) หญิงที่อยู่เป็นภรรยาชายด้วยโรคทรัพย์ ๑๔) หญิงที่เข้ใจ ได้สีกว่าผ้าถุงผ้าห่มแล้วอยู่เป็นภรรยา ๑๕) หญิงที่ชายขอเป็นภรรยา มีผู้ใหญ่จัดการให้ ๑๖) หญิงที่ชายช่วยปลงภาระอันหนักให้แล้ว ยอมเป็นภรรยา ๑๗) หญิงที่เป็นทาสีอยู่ก่อน แล้วชายเอามาเป็นภรรยา ๑๘) หญิงที่รับจ้างแล้ว ชายเอาเป็นภรรยา ๑๙) หญิงที่ชายรบเข้าศึกได้เป็นเชลยแล้ว เอาเป็นภรรยา ๒๐) หญิงที่ชายอยู่ด้วยขณะหนึ่ง และหญิงนั้นก็เข้าใจว่าชายนั้นเป็นสามีของตน^{๑๐๓}

ชายต้องห้ามสำหรับหญิง มี ๒ ประเภทคือ ๑) ชายอื่นนอกจากสามี เป็นวัตถุต้องห้ามสำหรับหญิงที่มีสามีแล้ว ๒) ชายที่จาริตห้าม เป็นวัตถุต้องห้ามสำหรับหญิงทั้งปวง

ชายที่จาริตห้ามนั้น มี ๓ จำพวก คือ ๑) ชายที่อยู่ในพิทักษ์รักษาของตระกูล เช่น ปู่ พ่อ ตา ทวด ๒) ชายที่อยู่ในพิทักษ์ของธรรมเนียม เช่น นักพรต นักบวช ๓) ชายที่กฎหมายบ้านเมืองห้าม เช่น พระภิกษุ สามเณร

หญิงที่ไม่เป็นวัตถุกามาสมุจฉาจารของชาย มี ๔ อย่าง คือ ๑) หญิงที่ไม่มีสามี ๒) หญิงที่ไม่อยู่ในพิทักษ์รักษาของท่าน ๓) หญิงที่จาริตไม่ห้าม ๔) หญิงที่เป็นภรรยาของตน

ชายที่ไม่เป็นวัตถุแห่งกามาสมุจฉาจารของหญิงมี ๔ คือ ๑) ชายที่ไม่มีภรรยา ๒) ชายที่จาริตไม่ห้าม ๓) สามีของตน ๔) ชายที่ทำโดยพลการพ้นอำนาจของหญิง (เช่นชายที่ข่มขืน)

๒. วิธีการประพฤติปฏิบัติเรียบร้อย คือ มีความประพฤติธรรมทางวาจามี ๔ ประการ^{๑๐๔} คือ

(๔) เว้นจากมุสาวาท คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ละการพูดเท็จ เว้นขาดจากการพูดเท็จ ไปในที่ประชุม หรือไปในหมู่ชน หรือไปในท่ามกลางญาติ หรือไปในท่ามกลางขุนนาง หรือไปในท่ามกลางราชสกุล หรือถูกนำไปเป็นพยาน ถูกถามว่า บุรุษผู้เจริญ เขยเกิด ท่านรู้เรื่องใด ก็จงบอกเรื่องนั้น เขาเมื่อไม่รู้ก็บอกว่า ไม่รู้ หรือเมื่อรู้ก็บอกว่า รู้ เมื่อไม่เห็นก็บอกว่า ไม่เห็น หรือเมื่อเห็นก็บอกว่า เห็น ไม่กล่าวเท็จทั้งรู้อยู่ เพราะเหตุตนบ้าง เพราะเหตุผู้อื่นบ้าง เพราะเหตุเห็นแก่สิ่งของเล็กน้อย บ้างลักษณะของการกล่าวคำเท็จ คือ การที่บุคคลกล่าวหรือแสดงอาการทางกายอย่างใดอย่างหนึ่งมี

^{๑๐๓} วิ.ม. (บาลี) ๑/๕๖๘ - ๕๖๙.

^{๑๐๔} ม.ม. (บาลี) ๑๒/๔๔๑/๓๙๐, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๔๔๑/๔๗๖.

การสั้นศีรษะเป็นต้นให้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง โดยมีเจตนาจะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เพื่อหักล้างประโยชน์ของผู้อื่นการกล่าวเท็จ คือ การโกหก หมายถึง การแสดงออกด้วยเจตนาปิดเบือนความจริง ให้คนหลงเชื่อแสดงออกได้ ๒ ทาง^{๑๐๕} คือ

๑. ทางวาจา ได้แก่ พูดโกหกซัด ๆ

๒. ทางกาย ทำเท็จทางกาย เช่น เขียนจดหมาย โกหก ทำรายงานเท็จ ทำหลักฐานปลอม หรือ มีใครถามข้อความที่ควรรับ ก็สั่งศีรษะแสดงปฏิเสธเพื่อความสะดวกในการเรียน และการปฏิบัติ ท่านจำแนกภิกษุที่เป็นมุสาวาทไว้ ๗ อย่าง คือ ๑) ปด ๒) ทนสาบาน ๓) ทำเล่ห์กระเท่ห์ ๔) มารยา ๕) ทำเลศ ๖) เสริมความ ๗) อำนาจ

๑) ปด ได้แก่ พูดมุสาซัดๆ ไม่อาศัย ไม่อาศัยมูลเหตุเลย เช่น เห็นว่าไม่เห็น รู้ว่าไม่รู้ โดยโวหารต่างกัน ตามความมุ่งหมายของผู้พูด ท่านแสดงไว้เป็นตัวอย่าง ๔ ข้อ คือ (ก) พูดเพื่อจะให้เขาแตกกัน เรียกว่า ส่อเสียด(ข) พูดเพื่อจะโกงท่าน เรียกว่า หลอก(ค) พูดเพื่อจะยกย่อง ท่านเรียกว่า ยก(ง) พูดไว้แล้วไม่รับ เรียกว่า กลับคำ

๒) ทนสาบาน ได้แก่ ภิกษุที่เลียงสัตย์ว่า จะพูดตามจริง แต่ใจไม่ตั้งจริงตามนั้น มีพูดปดเป็นลำดับ บริวาร เช่น เป็นพยานทนสาบานไว้ แล้วเบิกความเท็จ เป็นต้น

๓) ทำเล่ห์กระเท่ห์ ได้แก่ ภิกษุที่อวดอ้างความศักดิ์สิทธิ์อันไม่มีจริง เช่น อวดรู้วิชา คงกระพัน ฟันไม่เข้ายังไม่ออก เป็นต้น ซึ่งเป็นอุบายหลอกลวง

๔) มารยา ได้แก่ ภิกษุที่แสดงให้เขาเห็นผิดจากที่เป็นจริง หรือลวงให้เข้าใจผิด เช่น เป็นคนทุศีล ก็ทำท่าทางให้เขาเห็นว่ามิศีล เจ็บน้อยก็ครวญครางมาก

๕) ทำเลศ ได้แก่ พูดมุสาเล่นสำนวน เช่น เห็นคนวิ่งหนีเขามา เมื่อผู้ใดถาม ไม่อยากจะให้เขาจับคนนั้นได้ แต่ไม่ต้องการให้ใครตราหน้าว่าเป็นคนพูดมุสา จึงย้ายไปยืนที่อื่น แล้วพูดว่าตั้งแต่มายืนที่นี่ ยังไม่เคยเห็นใครวิ่งมาเลย

๖) เสริมความ ได้แก่ พูดมุสาอาศัยมูลเดิม แต่ตัดความที่ไม่ประสงค์จะให้รู้ออกเสีย เรื่องมากพูดให้เหลือน้อย ปิดความบกพร่องของตน

(๕) เว้นจากปิสฺฐาวาจา คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ละวาจาอันส่อเสียด เว้นขาดจากวาจาส่อเสียด คือ ได้ฟังข้างนี้แล้วไม่นำไปบอกข้างโน้น เพื่อทำลายพวกข้างนี้ หรือได้ฟังข้างโน้นแล้วไม่นำมาบอกข้างนี้ เพื่อทำลายพวกข้างโน้นสมานพวกที่แตกกันให้ติดกันบ้าง ส่งเสริมพวกที่ติดกันให้สนิทสนมบ้าง ชอบใจพวกที่พร้อมเพรียงกัน ยินดีแล้วในพวกที่พร้อมเพรียงกัน ชื่นชมในพวกที่พร้อมเพรียงกัน และกล่าววาจาอันทำให้พร้อมเพรียงกันลักษณะของการกล่าวคำส่อเสียด คือการที่ได้ฟังข้างนี้แล้วนำไปบอกข้างโน้น เพื่อทำลายพวกข้างนี้บ้าง หรือฟังข้างโน้นแล้ว นำไปบอกข้างนี้ เพื่อทำลายพวกข้างโน้นบ้าง ยุพวกที่พร้อมเพรียงกันให้แตกกันไปบ้าง ส่งเสริมพวกที่กำลังแตกกันบ้าง ส่งเสริมพวกที่แตกกันแล้วบ้าง ชอบใจในคนที่แตกกันเป็นพวก ยินดีในความแตกกันเป็นพวก ชื่นชมในพวกที่แตกกัน

^{๑๐๕} พระมหาพรสวรรค์ กิตติวโร (จันโปรด), “ศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามหลักกุตฺตรมม ๑๐ ประการ”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, บทคัดย่อ.

และกล่าววาทาที่ทำให้แตกกันเป็นพวกหรือคำพูดที่พูดออกไปเพื่อให้ตนเป็นที่รักของคนอื่นให้เขามองตนว่าเป็นคนดีแล้วยกย่องตนเอง^{๑๐๖}

(๖) **เว้นจากผรุสวาทา** คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ละวาทาหยาบ เว้นขาดจากวาทาหยาบ กล่าววาทาที่ไม่มีโทษ ไพเราะหู ชวนให้รัก จับใจ เป็นของชาวเมือง คนส่วนมากรักใคร่ ชอบใจ ลักษณะของผรุสวาทา คือ การที่บุคคลมีใจหยาบโดยส่วนเดียวแล้วเปล่งถ้อยคำที่เผ็ดร้อนแก่ผู้อื่น อันขัดใจผู้อื่น อันใกล้ต่อความโกรธ ไม่เป็นไปเพื่อความสงบจิตเป็นต้นที่ทำให้คนอื่นฟังแล้วเกิดปฏิกษะหรือความขุ่นเคืองในจิตใจนั่นเอง คำหยาบเหล่านี้ ท่านประสงคเอาจาคำที่เปล่งออกมาจากบุคคลมีใจที่หยาบเท่านั้น ถึงแม้ว่าบางครั้งคำนั้นฟังดูดี ๆ แล้วจะไม่รู้สึกรอะไรแต่ภายในใจของผู้พูดกับแฝงไปด้วยเจตนาที่หยาบเช่น ต้องการให้ คนใดคนหนึ่งตายเสีย แต่พูดว่า ทำให้เขาสบายที ดังนี้เป็นต้นย่อมได้ชื่อว่าคำหยาบแท้เพราะเจตนาหยาบ ตรงกันข้ามคำบางคำเป็นคำที่ฟังดูแล้วเหมือนหยาบแต่เจตนาของผู้ว่านั้นกลับไม่ได้คิดอย่างที่ว่ามา ดังเช่นคำที่ออกมาจากปากของมารดาที่ตำว่าบุตรที่ไม่เชื่อฟังหรืออาจารย์กล่าวว่าลูกศิษย์ที่ไม่ค่อยเชื่อฟังเป็นต้น คำประเภทนี้ก็ได้ชื่อว่าคำหยาบ เพราะเจตนาไม่หยาบ^{๑๐๗}

(๗) **เว้นจากสัมผัปปลาปะ** คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้ละการพูดเพื่อเจ้า เว้นขาดจากการพูดเพื่อเจ้า พูดในเวลาที่ไม่ควรพูดตามความจริง พูดเรื่องที่เป็นประโยชน์ พูดเรื่องที่เป็นธรรม พูดเรื่องที่เป็นวินัยและกล่าววาทามีหลักฐาน มีที่อ้างได้มีที่สุดประกอบด้วยประโยชน์ โดยกาลอันควร ลักษณะของสัมผัปปลาปะ คือการพูดในเวลาที่ไม่ควรพูด พูดเรื่องที่ไม่เป็นจริง พูดไม่เป็น ประโยชน์ พูดไม่เป็นธรรม พูดไม่เป็นวินัย กล่าววาทาไม่มีหลักฐาน ไม่มีที่อ้าง ไม่มีที่สุด ไม่ประกอบด้วยประโยชน์ โดยกาลไม่สมควร^{๑๐๘}

๓. วิธีการประพฤติปฏิบัติเรียบร้อย คือ มีความประพฤติธรรมทางใจ ๓ ประการ^{๑๐๙} คือ

(๑) **อนภิขมา** คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้เป็นผู้ไม่มีความโลภมาก ไม่เพ่งเล็งทรัพย์สิน อันเป็นอุปกรณ์เครื่องปลื้มใจของผู้อื่นว่า “ขอของผู้อื่นพึงเป็นของเราเถิด” เป็นต้นลักษณะของอภิขมา คือ ภาวะที่เป็นไปโดยความเป็นผู้มุ่งหน้าต่อภณชะของผู้อื่นแล้ว น้อมไปในภณชะนั้น ได้แก่อาการที่บุคคลเห็นภณชะคือสิ่งของ ๆ คนอื่น แล้วมีความเพ่งเล็งต้องการน้อมสิ่งของนั้นมาเป็นของตน คือมีความคิดอยากได้ของคนอื่นเอามาเป็นของตนเอง เช่น คิดว่า “ไหนหนอ ของสิ่งนี้จะพึงเป็นของ ๆ เรา” เป็นต้น^{๑๑๐}

(๒) **อพยาบาท** คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้เป็นผู้มีจิตไม่พยาบาท มีความดำริในใจไม่ชั่วช้าว่า “ขอสัตว์เหล่านี้ จงเป็นผู้ไม่มีเวรไม่มีความเบียดเบียนกัน ไม่มีทุกข์ มีแต่สุข รักษาตนเถิด” เป็นต้นลักษณะของพยาบาท คือ ความคิดที่ต้องการให้ผู้อื่นได้รับความทุกข์ ให้ได้รับความ

^{๑๐๖} พระสิริมงคลจารย์, มงคลัตถทีปนีแปล เล่ม ๒, หน้า ๑๐๘.

^{๑๐๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๑๑.

^{๑๐๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๑๒.

^{๑๐๙} ม.ม. (บาลี) ๑๒/๔๔๑/๓๙๒, ม.ม. (ไทย) ๑๒/๔๔๑/๔๗๗.

^{๑๑๐} พระสิริมงคลจารย์, มงคลัตถทีปนีแปล เล่ม ๒, หน้า ๑๑๕.

พินาศเสียหาย ไม่ต้องการให้เขาได้รับความสุข มีความดำริในใจอันชั่วช้าว่า ขอสัตว์เหล่านี้จงถูกฆ่า บ้าง จงถูก ทำลายบ้าง จงขาดสูญบ้าง อย่าได้มีแล้วบ้าง เป็นต้น^{๑๑๑}

(๓) สัมมาทิฐิ คือ ข้อที่บุคคลบางคนในโลกนี้เป็นผู้มีความเห็นชอบ คือ มีความเห็นไม่วิปริตว่า ผลแห่งทานที่ให้แล้วมีอยู่ ผลแห่งการการบูชามีอยู่ ผลแห่งการเช่นสรวงมีอยู่ ผลวิบากแห่งกรรมที่ทำความดีและทำชั่วมีอยู่ โลกนี้มีอยู่ โลกหน้ามีอยู่ มารดามีอยู่ บิดามีอยู่ สัตว์ทั้งหลายที่เป็นอุปปาติกะมีอยู่ สมณะและพราหมณ์ทั้งหลาย ผู้ดำเนินชอบ ปฏิบัติชอบผู้ทำโลกนี้และโลกหน้าให้แจ้งด้วยปัญญาอันยิ่งเองแล้วสอนให้ผู้อื่นรู้ได้มีอยู่ในโลกนี้ลักษณะของมิจฉาทิฐิ มีความเห็นวิปริตว่า ผลแห่งทานที่ให้แล้วไม่มีผลแห่งการบูชาไม่มี ผลแห่งการเช่นสรวงไม่มี ผลวิบากแห่งกรรมที่ทำความดีและทำชั่วไม่มี โลกนี้ไม่มี โลกหน้า ไม่มี มารดาไม่มี บิดาไม่มี สัตว์ทั้งหลายที่เป็นอุปปาติกะไม่มี สมณะและพราหมณ์ทั้งหลาย ผู้ดำเนินชอบ ปฏิบัติชอบ ผู้ทำโลกนี้และโลกหน้าให้แจ้งชัดด้วยปัญญาอันยิ่งเองแล้วสั่งสอน ให้ผู้อื่นรู้ไม่มีอยู่ในโลก^{๑๑๒}

จากที่กล่าวมาจัดว่าเป็นวิธีการที่สอนให้ละชั่วและสร้างคุณดีทางกาย ๓ ประการ คือ เว้นจากการฆ่าสัตว์ เว้นจากการลักขโมย เว้นจากการประพฤตินิโคตมในกาม ทางวาจา ๔ ประการ คือ เว้นจากการพูดเท็จ เว้นจากการพูดส่อเสียด เว้นจากการพูดคำหยาบ เว้นจากการพูดเพ้อเจ้อ และทางใจ ๓ ประการ คือ ความเป็นผู้ไม่โลภอยากได้ของเขา ความไม่พยายาบปองร้ายผู้อื่น มีความเห็นถูกต้องตามทำนองครองธรรมซึ่งมีลักษณะเป็นเครื่องชำระกายและวาจาให้เป็นปกติ ให้สะอาด หลักกุศลกรรมบถ ๔ ข้อข้างต้นนั้นมีลักษณะตรงกันกับศีลจำนวนสี่ข้อข้างต้นของเบญจศีล คือนิจศีลของมนุษย์ ดังนั้นจึงมองได้ว่า หลักกุศลกรรมบถ เป็นวิธีการที่จะนำไปปฏิบัติได้ในระดับพื้นฐานของการพัฒนามนุษย์ทุกคน และด้วยเหตุนี้จึงมีปรากฏหลักฐานที่พระพุทธเจ้าได้ทรงนำวิธีการพัฒนามนุษย์ด้วยหลักกุศลกรรมบถทั้ง ๑๐ ประการสั่งสอนพัฒนาพุทธบริษัท ๔

สรุปได้ว่า หลักปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ข้อปฏิบัติหลักกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ หากว่ามนุษย์ได้ศึกษาและปฏิบัติตามอย่างถูกต้องและเคร่งครัดแล้วย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ได้มาก ซึ่งวิธีการปฏิบัติตนตามหลักกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ มีวิธี ๓ ประการ คือ ๑) วิธีการประพฤติปฏิบัติเรียบร้อย คือมีความประพฤติธรรมทางกาย ๓ ประการ คือเว้นจากปาณาติบาตเว้นจากอทินนาทานและเว้นจากกาเมสุมิถาจาร ๒) วิธีการประพฤติปฏิบัติเรียบร้อย คือ มีความประพฤติธรรมทางวาจามี ๔ ประการ คือเว้นจากมุสาวาทเว้นจากปิสณาวาจาเว้นจากผรุสวาจา และเว้นจากสัมผัปปลาปะ และ ๓) วิธีการประพฤติปฏิบัติเรียบร้อย คือ มีความประพฤติธรรมทางใจ ๓ ประการ คืออนภิชณาอพยาบาทและสัมมาทิฐิ

๓. หลักปฏิบัติของพุทธจริยศาสตร์ระดับสูง

ข้อปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งความว่างจากกิเลส คือเป็นสันติสุข ซึ่งเป็นทางมาแห่งสันติสุข มัชฌิมาปฏิปทานี้ แปลว่า ทางสายกลาง มัชฌิมาปฏิปทา มีคำว่า กลางรวมอยู่ด้วย ฉะนั้น ถ้าว่าไม่ใช่

^{๑๑๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๑๖.

^{๑๑๒} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๑๗.

ทางสายกลางก็ไม่ใช่ทางพุทธศาสนา ทางที่เอียงไปซ้ายหรือเอียงไปขวาก็ตาม ไม่ใช่พุทธศาสนา ทางพุทธศาสนาจะต้องเป็นกลาง คือไม่เอียงซ้ายเอียงขวา ถ้าเรียกอย่างสมัยใหม่เรียกว่าปรับให้ได้ หรือ adjust ให้พอเหมาะพอดีกัน คือว่าทางโน้นต้องปรับน้อย ทางนี้ต้องปรับน้อยทุก ๆ ทางให้พอเหมาะกับการเวลา เหตุการณ์ สถานที่ เหล่านี้เรียกว่า ทางสายกลาง ได้เหมือนกันคือจะวางหลักลงไปตายตัวว่าอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น ไม่ได้หลักธรรมสำคัญที่จะมาเป็นเจ้าเรือนนำหน้าธรรมอื่นทั้งปวง คือ ปัญญา ศีล และสมาธิตามลำดับทั้งปัญญา ศีลและสมาธิ เป็นการเรียงลำดับเพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายในเชิงวิชาการแต่ในทางปฏิบัติ ทั้งปัญญา ศีล และสมาธิต้องปฏิบัติไปพร้อมๆ กันอย่างผสมผสานเชื่อมโยงอิงอาศัยกันและกันอย่างใกล้ชิดสนิทแนบ ไม่แยกส่วน จึงจะเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อความดับทุกข์พระพุทธรเจ้าทรงแสดงสัมมาปฏิบัติ คือข้อปฏิบัติอย่างละเอียดถูกต้องที่ขยายความปัญญา ศีล และสมาธิที่เรียกกันว่าอริยมรรค มีองค์แปดประกอบด้วย

๑. สัมมาทิฐิ คือความเห็นที่ถูกต้องว่า เหตุแห่งความทุกข์ที่สำคัญคือตัณหา และตัณหาก็มิได้เกิดขึ้นมาลอย ๆ ต้องมีกระบวนการเกิดตัณหา และเมื่อตัณหาเกิดแล้วนำไปสู่อุปทานและกระบวนการเกิดแห่งทุกข์อย่างสมบูรณ์ และเห็นว่ากระบวนการเกิดทุกข์จะหมดไปเมื่ออวิชชาสิ้นไป เมื่อปัญญาเกิดมาแทนอวิชชาดับไป กระบวนการแห่งทุกข์ก็หมดไป เมื่อแสงสว่างส่องมาความมืดก็หายไป ความเห็นถูกต้องดังกล่าว เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การทำลายเหตุแห่งทุกข์อย่างถอนรากถอนโคน

๒. สัมมาสังกัปปะ ความดำริหรือความคิดที่ถูกต้อง คือความคิดที่มีปัญญาเป็นแสงสว่างนำหน้า มิให้กระบวนการตัณหาตั้งต้นได้ พระพุทธรเจ้าได้แสดงสัมมาสังกัปปะไว้ว่า เป็นความดำริที่ไม่หมกมุ่นในกาม พยาบาทและการเบียดเบียน ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตที่เห็นได้ชัดว่า ถ้าความดำรินอกเกิดขึ้นเต็มที่ กามตัณหาและภวตัณหาก่เกิดขึ้น ถ้าความดำรินั้น ไม่สมหวังก็จะเปลี่ยนเป็นความโกรธ พยาบาท และเบียดเบียน ซึ่งก็คือ วิวาทตัณหา นั่นเอง สัมมาสังกัปปะจึงเป็นความดำริที่สอดคล้องกับสัมมาทิฐิที่มีให้กระบวนการแห่งทุกข์ ตามระบบปฏิจจสมุปบาทเกิดขึ้นได้ เปลี่ยนทางแห่งความดำริผิดที่นำโดยกามให้มาเป็นความดำริออกจากกาม ไม่พยาบาทและไม่เบียดเบียน

๓. สัมมาวาจา การสื่อสารที่ถูกต้อง ดึงามเป็นไปเพื่อความไม่ทุกข์ กล่าวคือไม่สื่อสารด้วยจิตใจที่ห่อหุ้มไปด้วยตัณหา ไม่พูดเพื่อตอบสนองตัณหา ไม่พูดเพื่อแสวงหาสิ่งที่จะมาบำรุงบำเรอตัณหาแต่พูดเพื่อความเข้าใจด้วยการไม่พูดเท็จ ไม่พูดคำหยาบ ไม่พูดส่อเสียด ไม่พูดเพื่อเจ้อ เพราะคำพูดเหล่านี้ล้วนปรุงแต่งออกมาขณะที่ตัณหาอัดแน่นอยู่เต็มหัวใจ เมื่องดเว้นจากคำพูดดังกล่าว สื่อสารบนพื้นฐานของความจริงอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับกาลเทศะและที่สำคัญผู้รับสารจากการสื่อสารแล้วฉลาดสงบเย็นเป็นประโยชน์จึงเรียกว่าเป็นการพูดจาถูกต้อง

๔. สัมมากัมมันตะ การทำงานถูกต้อง คือ การงานที่ไม่เป็นที่ตั้ง ของอวิชชาตัณหาอุปาทาน แต่ดูการทำงานเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งของการปฏิบัติธรรม ทำงานไปดับกิเลสไป เพราะในงานมีสติ มีปัญญา มีสมาธิ มีศีลอยู่อย่างครบถ้วนจึงต้องเชื่อมโยงวิถีชีวิตกับวิถีธรรมเข้าด้วยกันประสานกันอย่างกลมเกลียว งานก็ได้ใจกับบริสุทธิ์ เพราะยังทำงาน ธรรมะยังงอกงาม เพราะงานนั้น มีสติและปัญญาเป็นแสงสว่างนำทางตลอดเวลา

๕. สัมมาอาชีวะ การประกอบอาชีพที่ถูกต้อง ซึ่งรวมทั้งการทำงานและการเลือกอาชีพและการใช้จ่ายทรัพย์ที่ได้มาจากการประกอบอาชีพอย่างถูกต้องเหมาะสมคุ้มค่า การงานอาชีพ

ที่เอื้อเพื่อต่อการดับทุกข์ต้องเป็นอาชีพที่ทาไปเพื่อเลี้ยงกายและเลี้ยงใจให้มีสุขภาพดีพอ ๆ กัน กล่าวคือให้ร่างกายแข็งแรงพอที่จะต้านทานโรคร้ายไข้เจ็บและจิตใจแข็งแรงพอจะต่อต้านการรุกรานของกิเลส ร่างกายสมบูรณ์ไร้โรคร้ายเปียดเบียนใจสมบูรณ์ไร้กิเลสสามารถ

๖. สัมมาวายามะ ความพากเพียรถูกต้อง คือ พากเพียรที่จะขจัดกิเลสที่เกิดขึ้นแล้ว หรือเคยเกิดให้หมดไป ระวางกิเลสที่จะเกิดใหม่มิให้เกิดขึ้น อีก เมื่อจิตว่างจากการรบกวนของกิเลสก็ถือโอกาสทำปัญญา ศีลและสมาธิให้มีมากขึ้นตามลำดับ เพื่อปิดช่องทางของกิเลสที่จะเข้าไปรบกวนใจ แม้ว่าจะสร้างกุศลคือ ปัญญา ศีล และสมาธิ ให้เข้มแข็งได้ตามความเหมาะสมแล้วแต่ถ้ายังไม่มั่นคงจริง เสร็จสิ้น เต็ดขาดจริง ๆ ก็ยังประมาทไม่ได้จะต้องหมั่นประกอบกุศลอยู่เนื่อง ๆ

๗. สัมมาสติ คือ ความรู้สึกตัวทั่วพร้อมอย่างถูกต้อง เป็นนายทวารสำคัญที่จะเฝ้าดูอาคันตุกะที่เข้ามาเยี่ยมเยียนใจ สติจึงต้องทำหน้าที่ตามดูตามรู้ตามเห็นอย่างใกล้ชิดในกาย ทั้งกายคือ กอกลม กายคือกองชาติสี่และกายคือตัวกูซึ่ง เป็นต้นตอของความทุกข์ทั้งปวง ตัวกูเกิดมาแล้ว กระบวนการเกิดทุกข์ก็เกิดมาบนความรู้สึกแห่งความมีตัวกูของกูนั่นเอง ความรู้สึกสำคัญนั้นหมายความว่า ตัวกูหรือของกูเหมือนกล่องบรรจุข้อมูลแหล่งความทุกข์ทั้งปวง ถ้ากล่องนี้ไม่มีข้อมูลแห่งทุกข์ ทุกข์ก็มิไม่ได้หน้าที่สำคัญของสติ คือระมัดระวังไม่ให้เกิดการปรุงแต่งกายใดกายหนึ่งว่าเป็นตัวกูแต่รักษาธรรมชาติอันบริสุทธิ์เอาไว้

สติทำหน้าที่คอยดูความรู้สึกที่เป็นไปตามธรรมชาติ ว่ามีตัณหาแทรกเข้ามาบ้างหรือไม่ถ้าตัณหาแทรกคราวใดความรู้สึกที่เป็นหน้าที่ของจิตชนิดหนึ่งจะเสียความบริสุทธิ์ทันที รากของตัณหาจะเริ่มงอกออกมาเมื่อรู้สึก ว่าพอใจหรือไม่พอใจ ทั้งกามตัณหา ภวตัณหา และวิภวตัณหา ก็เกิดตามมาทันที มีบวมมีลบสวิงสวายวุ่นวายตึงเครียด หัวเราะและร้องไห้ แต่ถ้าสติมาทัน ความพอใจและไม่พอใจดับไป จิตปกติทำหน้าที่ตามธรรมชาติอันบริสุทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ สติยังทำหน้าที่ดูแลจิตให้ปกติ ไม่ฟูไม่แฟบ ไม่ขึ้นไม่ลงเพราะถูกโลกธรรมทั้งฝ่ายที่น่าพอใจและไม่น่าพอใจมากระทบ นอกจากทำหน้าที่ดูจิตแล้วยังดูธรรม คือ ธรรมชาติที่เกิดกับจิตว่าเป็นกุศลหรืออกุศล มีคุณหรือมีโทษทำลายหรือรักษาความบริสุทธิ์ของจิตมากน้อยเพียงใด สติเป็นกุญแจดอกสำคัญที่จะกั้นกรงกระบวนกรทำงานของจิตให้เป็นไปอย่างมีดุลยภาพ

๘. สัมมาสมาธิ ความมั่นคงแห่งจิตอย่างถูกต้อง คือ มั่นคงหนักแน่นจนสามารถทำงานสอดประสานกับปัญญาขจัดตัณหาได้อย่างรวดเร็วทันทั่วทั้งที่ สัมมาสมาธิ ทำหน้าที่ปกป้องรักษาความบริสุทธิ์ของจิต ความมั่นคงของจิต และความอ่อนโยนยืดหยุ่นของจิต ที่พร้อมจะทำหน้าที่รับรู้ในเรื่องราวต่าง ๆ อย่างไม่หวั่นไหวเปราะเปื้อน สัมมาสมาธิที่สูงสุดก็คือความสงบใจอยู่ในอารมณ์เดียวไม่หวั่นไหววอกแวกไปเพราะความพอใจหรือความไม่พอใจมากระทบมีสติสัมปชัญญะทำงานร่วมกันอย่างไม่ขาดตกบกพร่อง เป็นความมั่นคงที่สมบูรณ์สามารถเผชิญหน้าอารมณ์ได้ทุกชนิดแต่ไม่ติดอารมณ์ใดๆ เหมือนใบบัวสามารถอยู่ในน้ำ ก็ได้บรรจุน้ำ ก็ได้แต่น้ำ ไม่ซึมซาบ ไม่ติดใบบัว จิตของผู้ที่เห็นโทษของตัณหาแล้วหาหนทางออกจากตัณหาได้ด้วยการทำกาย วาจา และใจให้ถูกต้องด้วยการตัดรากถอนโคนมิให้ตัณหาเกิดอีก ความทุกข์จะเกิดอีกไม่ได้ ทางเส้นนี้เป็นอิสระจากบวกหรือลบหรือเรียกว่าทางสายกลางคือไม่ติดทั้งบวกและลบ ไม่ติดอยู่กับความพอใจหรือไม่พอใจ แต่หลุดพ้น

ไปจากข้าว ทั้ง สองตำรงมัน อยู่ในความเป็นปกติมีพลังมัน คงไม่เป็นบ่อเกิดแห่งตัณหาได้เพราะไม่มี
เงื่อนไขใด ๆ ให้ตัณหาเกิดได้^{๑๑๓}

ซึ่งกล่าวได้ว่า มรรคในฐานะพรหมจรรย์ หรือพุทธจริยธรรมความเข้าใจเกี่ยวกับมรรคใน
ฐานะพรหมจรรย์หรือพุทธจริยธรรม เป็นอีกฐานะหนึ่งในหลายประเด็นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พุทธพจน์
ตรัสไว้ว่ามรรคอันเป็นอริยะ ประกอบด้วยองค์ ๘ ประการ คือ สัมมาทิฏฐิ สัมมาสมาธินี้คือ
พรหมจรรย์ ; บุคคลใด ประกอบด้วย อริยอัชฎางคิกมรรคนี้ บุคคลนั้น เรียกว่า เป็นพรหมจรรย์ ความ
สิ้นราคะ สิ้นโทสะ สิ้น โมหะ นี้เรียกว่าที่จบของพรหมจรรย์ผลของพรหมจรรย์คืออะไร โสคาปัตติผล
สกทาคามีผล อนาคามีผล อรหัตตผลเหล่านี้เรียกว่า ผลของพรหมจรรย์^{๑๑๔}

๒.๗.๕ เกณฑ์ตัดสินคุณค่าของพุทธจริยศาสตร์

ปัญหาหลักที่พุทธจริยศาสตร์กล่าวถึง และอภิปรายกันมากคือ การกระทำที่มีค่าทาง
จริยธรรมที่กล่าวไว้ดี ถูก หรือควรนั้นเป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์อะไรเป็นเกณฑ์ตัดสินว่า การกระทำเช่นนี้
ถูกและการกระทำเช่นนั้นผิดหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการศึกษาปทัฏฐานหรือมาตรการทางจริยธรรม
ในการตัดสินการกระทำที่ถูก ผิด ดี หรือชั่วของมนุษย์นั่นเอง

หลักพุทธธรรมในระบบพุทธจริยศาสตร์มี ๒ อย่าง คือสังฆธรรมและศีลธรรม สังฆธรรมเป็น
ส่วนที่แสดงให้เห็นว่าสรรพสิ่งเป็นไปตามเหตุตามปัจจัยที่เรียกว่าอิทัปปัจจยตาบ้าง ปฏิจจสมุพบาท
บ้าง ธรรมนิยามบ้าง สิ่งนี้เกิดขึ้น ตั้งอยู่และสูญสลายไปตามกฎไตรลักษณ์ ไม่ว่าจะมิผู้ค้นพบหรือไม่ก็
ตาม ธรรมชาตินั้นก็มิอยู่อย่างนั้น ดังพระพุทธดำรัสว่า

ตถาคตจะอุบัติขึ้นหรือไม่ก็ตาม ชาติ นั้น คือธรรมฐิติ(ความตั้งอยู่ตามธรรมดา) ธรรมนิยาม
(ความเป็นไปตามธรรมดา) อิทัปปัจจยตา(ความที่สิ่งนี้เป็นปัจจัยของสิ่งนี้) ก็จะมีอยู่อย่างนั้น ตถาคต
ครั้งรู้ชาตุนั้นแล้วจึงบอก แสดง บัญญัติ กำหนด เปิดเผย จำแนก ทำให้ง่าย และกล่าวว่า เธอทั้งหลาย
จงดูเถิด เพราะอวิชาเป็นปัจจัย สังขารจึงมี...ภิกษุทั้งหลาย ตถตา(ภาวะที่เป็นอย่างนั้น) อวิตถตา
(ภาวะที่ไม่คลาดเคลื่อนไปได้) อนัญญตถตา(ภาวะที่ไม่เป็นอย่างอื่น) อิทัปปัจจยตานี้เรียกว่าปฏิจจสมุ
พบาท

หลักสังฆธรรมนี้เองเป็นฐานรองรับหลักศีลธรรมในพระพุทธานุศาสน และการที่พระพุทธ
องค์ไม่ทรงสอนสังฆธรรมโดยตรงแก่ผู้ฟัง(ในบางครั้ง)เพราะสังฆธรรมที่พระองค์ตรัสรู้นั้นมีเนื้อหา
ละเอียดลึกซึ้ง ยากแก่การทำความเข้าใจของปุถุชน ดังนั้น เพื่อให้สังฆธรรมนั้นมีคุณค่าต่อมนุษย์
พระองค์จึงสอนศีลธรรมหรือจริยธรรมปูพื้นฐานจิต อบรมอินทรีย์ของเวไนยสัตว์ให้แก่กล้าก่อน
ต่อจากนั้นพระองค์จึงทรงแสดงสังฆธรรมภายหลัง

^{๑๑๓} พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, พุทธวิธี, (กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๘), หน้า ๑๖๖ - ๑๗๗.

^{๑๑๔} ส.ม. (ไทย) ๑๙/๑๑๓/๓๒.

ศีลธรรมเป็นส่วนที่กล่าวถึงการกระทำทางไตรทวารที่มีค่าทางจริยธรรมตามหลักพุทธจริยศาสตร์ว่าต้องดำเนินไปเพื่อการเข้าถึงเป้าหมายอันเป็นสัจธรรมนั้น เพราะถ้าไม่มีเป้าหมายในการกระทำ การกระทำต่าง ๆ ของมนุษย์ก็ไม่อาจจะบอกได้ว่าการกระทำดังกล่าวนี้ถูกหรือผิดได้ เป็นแต่สักว่าทำแล้ว กำลังทำ หรือทำอยู่เท่านั้น หากมูลเหตุจงใจเบื้องต้นและเป้าหมายอันเป็นที่สุดมิได้ แต่เมื่อบุคคลเชื่อว่า สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิต เช่น เห็นว่าความสุขเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เป็นต้น การกระทำต่าง ๆ ซึ่งกล่าวว่ามีดี ถูก และควร ย่อมนำไปสู่ความสุขอันเป็นเป้าหมายนั้น

เกณฑ์ตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมที่จะตัดสินว่าสิ่งนี้ถูก ผิด ควร ไม่ควร จึงต้องอาศัยเป้าหมายเป็นแนว เปรียบเหมือนไม้บรรทัดซึ่งมีปลายข้างหนึ่งเป็นเป้าหมายของการวัด และมาตราวัดบนไม้บรรทัดเป็นเครื่องวัดว่าการกระทำนั้นนำไปสู่เป้าหมาย หรือเข้าไปใกล้ภาวะสุดท้ายแห่งการกระทำมากน้อยแค่ไหน แต่ปัญหาอยู่ที่ว่ามาตรการวัดและตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมเหล่านี้ในพุทธจริยศาสตร์คืออะไร และมีอะไรบ้าง นี่คือนิยามปัญหาที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์ต่อไป

สิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินว่า การกระทำใดเป็นกุศลกรรมและเป็นอกุศลกรรม คือ สิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินความเป็นกุศลกรรม คือกุศลมูล ๓ ได้แก่ ความไม่โลภ ความไม่โกรธ ความไม่หลง และสิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินความเป็นอกุศลกรรม คืออกุศลมูล ๓ ได้แก่ ความโลภ ความโกรธ ความหลงนักวิชาการบางท่านกล่าวว่า ศาสนาพุทธเป็นสัมบูรณ์นิยมในแง่ที่ว่า กุศลมูล ๓ กับอกุศลมูล ๓ เป็นเกณฑ์ตัดสินการกระทำและเกณฑ์นี้เป็นสิ่งตายตัวแน่นอน พระพุทธศาสนาถือว่าการกระทำทั้งที่ถูกและผิดนั้นจะต้องเป็นการกระทำที่เป็นไปอย่างเสรี แต่เป็นเสรีภาพที่สัมพันธ์กับกฎของเหตุและผล และที่สำคัญคือความตั้งใจหรือเจตนาอันแรงกล้าของบุคคลที่มีต่อการกระทำนั้น ๆ

โดยนัยนี้ กล่าวได้ว่า พระพุทธศาสนาเชื่อว่า มนุษย์มีเจตจำนงเสรีในการทำกรรมซึ่งเป็นเจตจำนงเสรีที่สัมพันธ์กับเหตุผล กล่าวคือความเป็นเหตุเป็นผลกันทางศีลธรรม เพราะถ้าหากบุคคลไม่มีเจตจำนงเสรีในการทำกรรม กรรมนั้นย่อมไม่เป็นอันทำ และไม่อาจจะกล่าวได้ว่าถูกหรือผิด เพราะเป็นเพียงการกระทำทางกาย ทางวาจาและทางใจเท่านั้น ความดี ชั่ว ถูก หรือผิดตามเจตจำนงผู้กระทำย่อมไม่มี เพราะฉะนั้น เมื่อบุคคลมีเจตจำนงเสรีในการทำ การกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งย่อมประกอบด้วยความจงใจหรือเจตนาที่เป็นอาร์พภธาตุ(คือธาตุแห่งการริเริ่ม) อย่างใดอย่างหนึ่งเสมอ การกระทำที่ประกอบด้วยความจงใจหรือเจตนาอย่างใดอย่างหนึ่งนี้เอง พระพุทธองค์ตรัสว่าเป็นกุศลกรรม หรืออกุศลกรรม เจตนาหรือความจงใจในการทำกรรมที่เป็นเจตจำนงเสรีนี้เป็นผู้กระทำให้การกระทำที่ถูกต่างจากการกระทำที่ผิด และเป็นมาตรการตัดสินการกระทำที่มีค่าทางจริยธรรม

เจตนาเป็นมาตรการตัดสินการกระทำตามหลักพุทธจริยศาสตร์ แต่เจตนาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับตัดสินการกระทำของมนุษย์ ดังนั้น พระพุทธศาสนาจึงมีเกณฑ์หลักและเกณฑ์รองเพื่อร่วมในการตัดสินอีก ดังที่พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺโต) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ตัดสินคุณค่าเชิงจริยธรรมในพระพุทธศาสนาไว้ ๒ ระดับคือ เกณฑ์หลักและเกณฑ์รอง เกณฑ์หลักสำหรับตัดสินความที่กรรมเป็นกุศลหรืออกุศล โดยใช้เจตนาและสภาวะแห่งธรรมนั้นที่ส่งผลต่อจิต และเกณฑ์รองคือчимโนธรรมของตนเอง การยอมรับของบัณฑิต และพิจารณาลักษณะและผลของการกระทำ ดังนี้

๑) เกณฑ์หลัก

เกณฑ์หลัก คือเกณฑ์ที่ตัดสินด้วยความเป็นกุศลหรือเป็นอกุศล โดยพิจารณามูลเหตุว่าเป็นเจตนาเกิดจากกุศลมูล หรือเกิดจากอกุศลมูล และพิจารณาตามสภาวะว่า เป็นสภาพเกื้อกูลแก่ชีวิตจิตใจหรือไม่ ทำให้จิตสบาย ไร้โรคปลอดโปร่งผ่องใสสมบูรณ์หรือไม่ สงเสริมหรือบั่นรอนคุณภาพและสมรรถภาพของจิต ช่วยให้กุศลธรรมทั้งหลายเจริญงอกงามขึ้น อกุศลธรรมทั้งหลายลดน้อยลง หรือทำให้กุศลธรรมลดน้อยลง อกุศลธรรมทั้งหลายงอกงามขึ้น ตลอดจนมีผลต่อบุคลิกภาพอย่างไร

เกณฑ์หลักฝ่ายอกุศลพิจารณาการกระทำที่เกิดจากอกุศลมูลซึ่งเกิดจากโลภะ โทสะ โมหะ เมื่อการกระทำเกิดจากกิเลสเหล่านี้ตัวใดตัวใดตัวหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อจิต ทำให้จิตขุ่นมัวเศร้าหมอง เมื่อจิตขุ่นมัวเศร้าหมองก็ปิดกั้นแสงสว่างแห่งปัญญา กลายเป็นคนเห็นผิด ไม่มีโยนิโสมนสิการในการกระทำ ทำให้บุคคลทำอกุศลกรรมอย่างอื่นได้มากมาย ดังพระพุทธพจน์ว่าจิตที่เห็นผิดย่อมทำความชั่วได้มากมายและว่า จิตที่บุคคลไม่คุ้มครองรักษาย่อมนำไปสู่ความพินาศใหญ่หลวงจึงตัดสินได้ว่าเมื่อเริ่มต้นด้วยการกระทำที่เป็นอกุศลย่อมนำไปสู่ความเสื่อมแน่นอน

ส่วนเกณฑ์หลักฝ่ายกุศลพิจารณาการกระทำที่เกิดจากกุศลมูลซึ่งเกิดจากอโลภะ อโทสะ อโมหะ เมื่อการกระทำเกิดจากกุศลมูลเหล่านี้ตัวใดตัวใดตัวหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อจิต ทำให้จิตผ่องใส เมื่อจิตผ่องใสก็เปิดโอกาสแห่งการพัฒนาปัญญา กลายเป็นคนเห็นถูกต้อง มีโยนิโสมนสิการในการกระทำ ทำให้บุคคลทำกุศลกรรมอย่างอื่นได้มากมาย ดังพระพุทธพจน์ว่าจิตที่เห็นถูกต้องย่อมทำความดีได้มากมายและว่า จิตที่บุคคลคุ้มครองรักษาย่อมนำไปสู่ความเจริญใหญ่หลวงจึงตัดสินได้ว่าเมื่อเริ่มต้นด้วยการกระทำที่เป็นกุศลย่อมนำไปสู่ความเจริญแน่นอน

๒) เกณฑ์รอง

เกณฑ์รอง คือเกณฑ์ที่ตัดสินด้วยการใช้มโนธรรมคือความรู้สึกผิดชอบชั่วดีของตนเอง พิจารณาว่า การที่กระทำนั้นตนเองดีเตียนตนเองได้หรือไม่ เสียความเคารพตนเองหรือไม่ และพิจารณาความยอมรับของบัณฑิตชน ว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับกันหรือไม่ บัณฑิตชื่นชมสรรเสริญ หรือตำหนิติเตียน รวมทั้งพิจารณาลักษณะ (วิธีการในการกระทำ) และผลของการกระทำต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ว่าเป็นการเบียดเบียนตนและผู้อื่นหรือไม่ เป็นไปเพื่อประโยชน์สุข หรือเป็นไปเพื่อโทษทุกข์ ทั้งแก่ตนและผู้อื่นหรือไม่

เกณฑ์รองตัดสินโดยถือมโนธรรมสำนึกความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เป็นเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา ร่วมกับเกณฑ์หลักเพื่อให้การตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมเป็นไปด้วยความละเอียดขึ้น โดยพิจารณาว่าการกระทำที่เป็นอกุศลนั้นเกิดจากการขาดมโนธรรมสำนึก ทำไปแล้วบัณฑิตติเตียน เป็นการเบียดเบียนตนและคนอื่น และเป็นไปเพื่อทุกข์ เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมส่งผลให้จิตขุ่นมัวเศร้าหมอง และนำไปสู่การกระทำที่เป็นอกุศลได้อีกมากมาย

เกณฑ์รองฝ่ายกุศลนี้ พิจารณาว่าการกระทำที่เป็นกุศลนั้นเกิดจากการมีมโนธรรมสำนึก ทำไปแล้วบัณฑิตสรรเสริญ เป็นการเกื้อกูลตนและคนอื่น และเป็นไปเพื่อสุข เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมส่งผลให้จิตผ่องใส สงบเย็น และนำไปสู่การกระทำที่เป็นกุศลได้อีกมากมาย

ความสอดคล้องของเกณฑ์หลักและเกณฑ์รอง คือการใช้ความเป็นกุศลมูลและอกุศลมูล และสภาวะที่ส่งผลต่อจิตใจ เช่น ความปลอดโปร่ง บริสุทธิ์ สงบ ความกระวนกระวาย ความเร่าร้อน เป็นเกณฑ์หลักในการตัดสิน ส่วนเกณฑ์อื่น ๆ ที่กล่าวถึงได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับผลของการกระทำนั้น แม้ศาสนาพุทธจะไม่ถือว่าเป็นหลักในการตัดสินการกระทำ แต่ก็ต้องนำมาพิจารณาด้วย

โดยนัยนี้ เกณฑ์ในการตัดสินค่าทางจริยธรรมของการกระทำนั้น ต้องอาศัยทั้งเกณฑ์หลัก และเกณฑ์รอง เกณฑ์หลักกล่าวคือการพิจารณาความเป็นกุศลและอกุศลโดยเจตนาและสภาวะที่การกระทำนั้นมีต่อสภาวะแห่งจิตนั้น เป็นเกณฑ์แรกที่จะใช้เป็นเกณฑ์ เนื่องจากในการกระทำของมนุษย์มีจิตเป็นผู้สั่งการและเป็นใหญ่ในการกระทำทั้งหมด และมีผลมากกว่าการกระทำที่เกิดทางกายและทางวาจา ทั้งในการกระทำดี และกระทำชั่ว เมื่อบุคคลคิดและทำกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง กระบวนการทำงานของจิตและเจตนาตามหลักจิตนิยม และกรรมนิยามย่อมดำเนินควบคู่กันไป โดยการอาศัยกัน และกัน แต่แยกกันโดยความเป็นกฎธรรมชาติที่ต่างกัน ดังที่พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺโต) กล่าวว่า “เรื่องจิตกับเจตจำนงของมนุษย์เป็นกฎธรรมชาติคนละด้าน แม้ว่ากฎทั้งสองจะทำงานสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด อุปมาเหมือนกัปตันที่ขับเรือยนต์ จิตเป็นเหมือนเรือพร้อมทั้งเครื่องจักรเครื่องยนต์ ทั้งหมด เจตจำนงหรือกรรมเป็นเหมือนกัปตันที่จะชักนำเรือไปทำอะไรๆ ที่ไหน ๆ และอย่างไร”

ส่วนเกณฑ์รอง ใช้เป็นเกณฑ์สำหรับตัดสินการกระทำหรือพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนไม่ว่า จะโดยมโนธรรมต่อสังคม การยอมรับของบัณฑิต วิธีการในการกระทำ และผลของการกระทำที่มีต่อตนเองและสังคม ซึ่งการกระทำหรือพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนกันนี้ จะใช้เจตนาเพียงอย่างเดียว ตัดสินนั้นเป็นการไม่เพียงพอ และรู้ได้ยากในระดับสังคมดังที่กล่าวไว้แล้วในตอนที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาเกณฑ์ตัดสิน หรือมาตรการทางจริยธรรมของพุทธจริยศาสตร์ ดังนั้น เพื่อให้การตัดสินว่าการกระทำอย่างนี้ ถูก ผิด ควร ไม่ควรอย่างไร จึงต้องอาศัยเกณฑ์รองเป็นมาตรการทางจริยธรรมของพุทธจริยศาสตร์ อีกประการหนึ่งในการตัดสินร่วมด้วย

ความจำเป็นที่จะต้องใช้เกณฑ์ถึง ๒ อย่างเป็นเกณฑ์ในการตัดสินนี้ ในระดับเกณฑ์รอง อาจพิจารณาได้จากข้อเท็จจริงในสังคมในปัจจุบันประการหนึ่ง จะเห็นได้ว่า ลำพังการกระทำ บางอย่างทางกาย ทางวาจา เมื่อพิจารณาโดยการกระทำ(วิธีการ)และผลของการกระทำย่อมวินิจฉัย ได้ไม่ยาก สิ่งที่แสดงออกมาทางกาย ทางวาจารู้ได้โดยง่าย โดยวินิจฉัยว่า ตนเองดีเตียนการกระทำ ตนเองหรือไม่ บัณฑิตยอมรับหรือดีเตียนหรือไม่ เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคม หรือเบียดเบียนตน และสังคมหรือไม่ อาศัยเกณฑ์ตัดสินเท่านั้นก็ทราบได้ว่า การกระทำเช่นนี้ ดี ชั่ว ถูก ผิด ควรหรือไม่ควร อย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาถึงเจตนาในการกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่า การกระทำนั้น บุคคลปราศจากเจตนา เพราะเมื่อไม่ประกอบด้วยเจตนา การกระทำย่อมไม่เป็นอันทำและไม่จัดเป็นกรรม

กล่าวโดยสรุป ระบบพุทธจริยศาสตร์มีพื้นฐานมาจากหลักศีลธรรมและศีลธรรม ศีลธรรม คือส่วนที่เป็นความจริงโดยธรรมชาติที่พระองค์แสดงไว้โดยหลักแห่งไตรลักษณ์และปฏิจกสมุปบาท เป็นต้น ซึ่งแสดงถึงความเป็นธรรมฐิติ ธรรมธาตุ และธรรมนิยามแห่งสรรพสิ่งโดยความเป็นอยู่เองตามธรรมชาติ ส่วนศีลธรรมนั้นมีรากฐานอยู่บนศีลธรรม เป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อประโยชน์สูงสุดในทาง

พระพุทธานุภาพ คือการเข้าถึงพระนิพพาน โดยมีเกณฑ์หลักในการตัดสินการกระทำคือความเป็นกุศล และอกุศล และเกณฑ์รองคือมโนธรรมความรู้สึกลึกซึ้งต่อชีวิตต่อสังคม^{๑๑๕}

๒.๗.๖ หลักพรหมวิหาร ๔ (ธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ)

ในการทำวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ผู้วิจัยได้นำหลักพรหมวิหารธรรม มาเป็นหลักวิเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

๑) ที่มาของหลักพรหมวิหาร ๔

หลังจากสมัยพุทธกาลหลักธรรมเรื่องพรหมวิหาร ๔ ยังคงเป็นหมวดธรรมหนึ่ง ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากจากนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา ซึ่งจะเห็นได้จากการนำพรหมวิหาร ๔ มาเผยแพร่ และอธิบายขยายความไว้ในคัมภีร์สำคัญทางพระพุทธศาสนาของพระอรหันตศาสดาจารย์ และนักวิชาการร่วมสมัยต่าง ๆ เช่น ในอานาปานสติสูตร มัชฌิมนิคาย อุปริปณณาสกั พระพุทธเจ้าได้ตรัสถึงพรหมวิหารธรรมว่า

(๑) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญเมตตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๒) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญกรุณาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๓) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญมุทิตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๔) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญอุเบกขาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

พุทธพจน์ดังกล่าวเป็นอรรถอธิบายบรรยายความพุทธจริยธรรมกล่าวคือ มัชฌิมาปฏิบัติ หรือไตรสิกขา คือศีล สมาธิ ปัญญา

๒) ความหมายและองค์ประกอบหลักพรหมวิหาร ๔

พรหมวิหาร ๔ (Holy Abidings) หรือพรหมวิหารธรรม เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อัปปมัญญา เพราะแผ่สม่ำเสมอ โดยทั่วไปในมนุษย์สัตว์ทั้งหลายไม่มีประมาณ ไม่จำกัด เป็นหลักธรรมประจำใจ เพื่อให้ตนดำรงอยู่อย่างประเสริฐ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต)^{๑๑๖} กล่าวว่าพรหมวิหาร ๔ ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา หมายถึงธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ, ธรรมประจำใจอย่างประเสริฐ ความประพฤติที่ประเสริฐบริสุทธิ์ ธรรมที่ต้องมีไว้เป็นหลักใจและความประพฤติ จึงจะ

^{๑๑๕} รศ.ดร. พระมหา หรรษา นิธิบุญยากร, เกณฑ์ตัดสินคุณค่าของพุทธจริยศาสตร์, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://www.gotoknow.org/posts/316984> [๕ มีนาคม ๒๕๖๑].

^{๑๑๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม, พิมพ์ครั้งที่ ๑๗, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑), หน้า ๑๖๑-๑๖๓.

ได้ชื่อว่าดำเนินชีวิตหมดจดและปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบหลักความประพฤติที่ประเสริฐบริสุทธิ์ จึงจะชื่อว่าดำเนินชีวิตหมดจด และปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบ บางครั้งแปลว่า ธรรมประจำใจ ที่ทำให้เป็นพรหมหรือทำให้เสมอด้วยพรหม หรือธรรมเครื่องอยู่ของท่านผู้มีคุณยิ่งใหญ่ มีความหมายดังต่อไปนี้

๑. เมตตา (Loving - Kindness) เป็นความรักใคร่ปรารถนาดีอยากให้เขามีความสุข มีจิตอันแผ่ไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่มนุษย์สัตว์ทั่วหน้าต่อสรรพสัตว์ทั่วไปไม่มีประมาณ แผ่ทั่วไปในมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายอย่างไม่จำกัดขอบเขต คุณธรรมนี้เป็นพื้นฐานทำให้เกิดหลักธรรมอื่น ๆ ถ้าขาดเมตตาธรรมแล้วคุณธรรมอื่นก็ยากที่จะเกิดขึ้นในจิตใจได้เมตตาธรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้การรักษาเพราะหมายถึงการเอาใจใส่ปรารถนาดีห่วงใยและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างไรก็ตามการปฏิบัติความเมตตาจะต้องมีความรู้เท่าทันสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ด้านโดยความเมตตานั้นต้องไม่นำไปสู่ปัญหาที่จะตามมา นั่นคือต้องมีความเมตตาด้วยเจตนาที่บริสุทธิ์ประกอบด้วยกุศลมูลแล้วใช้ปัญญาพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยรอบอย่างชัดเจนถ้าปฏิบัติได้เช่นนี้จะช่วยให้ผู้อื่นได้รับผลประโยชน์อย่างสูงสุด การแสดงความเมตตา สามารถแสดงออกได้ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตใจที่เมตตาย่อมทำให้บุคคลนั้นเข้าใจถึงความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์รู้จักการช่วยเหลือและอภัยผู้อื่น ในอังคุตตรนิกายได้กล่าวถึงอานิสงส์ของการเจริญเมตตาไว้ ๑๑ ประการคือ

- ๑) หลับเป็นสุข
- ๒) ตื่นเป็นสุข
- ๓) ไม่ฝันลามก
- ๔) เป็นที่รักของมนุษย์ทั้งหลาย
- ๕) เป็นที่รักของอมมนุษย์ทั้งหลาย
- ๖) เทวดาทั้งหลายย่อมรักษา
- ๗) ไฟยาพิษหรือศาสตราภัก์กรายไม่ได้
- ๘) จิตตั้งมั่นโดยรวดเร็ว
- ๙) สนิหน้าย่อมผ่องใส
- ๑๐) เป็นผู้ไม่หลงลืมสติตาย
- ๑๑) เมื่อยังไม่แทงตลอดคุณวิเศษอันยอดเยี่ยมย่อมเข้าถึงพรหมโลก

๒. กรุณา (Compassion) เป็นความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดเปลื้องบำบัดความทุกข์เดือดร้อนของปวงสัตว์ ยกตัวอย่างเช่นผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางกายและใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน สภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อยช่วยทำให้เขาเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะรักษาโรคให้หาย เป็นปกติเหมือนเดิม

๓. มุทิตา (Sympathetic Joy) เป็นความยินดีในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุขมีจิตผ่องใสบันเทิงกอบประด้วยอาการแช่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีด้วยเมื่อเขาได้ดีมีสุขเจริญงอกงามยิ่งขึ้นไปหรือส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้ทำความดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

๔. อุเบกขา (Neutrality, Equanimity) เป็นความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมตามที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือ มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรมที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตน

ประกอบพร้อมที่จะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมอดดู ในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำ เพราะเขารับผิดชอบตนได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผิดชอบตนเอง หรือเขาควรได้รับผลอันสม กับความรับผิดชอบของตน คุณธรรมข้อนี้มีความสำคัญต่อการนำไปใช้แก้ปัญหาอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ปฏิบัติละความยึดถือธรรมทั้งหลายและมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงโดยไม่มีทางเลือกเขาเลือกเรา

ในการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา พระธรรมปิฎกได้แสดงทัศนะว่า หลักธรรมในพระพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นชุด เพราะเป็นระบบ (Holistic) คือระบบองค์รวม หมายความว่าต้องทำให้ครบชุด มีคุณภาพทั้ง ๔ ด้าน นั่นคือ หลักพรหมวิหาร ๔ นี้ต้องทำให้ครบทุกด้าน ถูกต้องพอดีตามสถานการณ์ ดังนี้

๑. เมื่อเขาอยู่ภาวะปกติควรมีเมตตา หมายถึง ความรัก ความปรารถนาดี อยากรให้เขามีความสุขสบายต่อไป

๒. เมื่อเขาตกหล่นไปจากสภาพที่ปกติ มีความทุกข์ ควรมีกรุณาหมายถึงการพลอยมีใจหวั่นไหวเมื่อเห็นคนอื่นเดือดร้อนหรือมีความทุกข์ ต้องการจะปลดเปลื้องทุกข์เขาให้พ้นความทุกข์

๓. เมื่อเขาดีขึ้น ประสบความสำเร็จ มีความสุข ทำในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม ควรมีมุทิตา หมายถึง พลอยยินดีด้วยคอยสนับสนุนส่งเสริม

๔. กรณีที่จะรักษาความถูกต้องชอบธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ควรมีอุเบกขาซึ่งแปลว่าคอยดูอยู่ไกล ๆ วางใจเป็นกลาง พร้อมทั้งจะแก้ไขสถานการณ์แต่ไม่เข้าไปก้าวก่ายแทรกแซง เพื่อให้คนนั้นรับผิดชอบต่อตัวธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ซึ่งต้องใช้ปัญญาในการพิจารณา ตามปกติผู้ที่มิจิตใจประเสริฐจะต้องมีความเมตตากรุณา แต่ถ้าการแสดง ความเมตตากรุณานั้นจะทำให้เสียความยุติธรรม ก็ต้องวางใจเป็นกลางคือตั้งในอุเบกขา ต้องเว้นจากอคติ ๔ ไม่ให้ใจลำเอียงเพราะความรัก ความชัง ความเขลาและความกลัว ใจจึงจะเป็นอุเบกขาได้ อุเบกขาเป็นธรรมที่มุ่งรักษาความเป็นธรรมในสังคม แล้วช่วยให้ชีวิตคนพัฒนา เช่น พ่อแม่ไม่มีอุเบกขา เลี้ยงลูกแบบประคบประหงมไม่เปิดโอกาสให้ตัดสินใจทำอะไรเลย ลูกจะไม่โตทั้งทางจิตใจและปัญญาแต่การมีอุเบกขามากอย่างเดียวสังคมก็ไม่เป็นสุขเพราะทุกคนต่างรับผิดชอบต่อหลักการอย่างเดียว มีแต่แนวคิดที่คอยตรวจสอบกัน เช่น คุณทำถูกต้องตามหลักการและกฎหมายฉันไม่ว่าแต่ถ้าทำผิดหลักการและกฎหมายเมื่อไรฉันจัดการทันทีไม่มีช่วยเหลือกัน ไม่มีน้ำใจต่อกัน ไม่มีเมตตาต่อกันซึ่งทำให้สังคมเสียความสมดุลบุคคลที่อยู่ในสังคมก็มีแต่ความเครียด

จากข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบของหลักธรรมพรหมวิหาร ๔ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า หลักพรหมวิหาร ๔ ประกอบด้วยหลัก ๔ ประการ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

๓) ประโยชน์ของหลักพรหมวิหาร ๔

ในเมตตาสูตที่ ๑ จตูกกนิบาต อังคุตตรนิกาย ได้ระบุถึงการผลการเจริญพรหมวิหารธรรมไว้ว่า เป็นบุคคลไม่มีเวร ไม่มี ความเบียดเบียน เข้าถึงความ เป็นสหายของเหล่าเทวดาเหล่าพรหม กายิกา ดังความตอนหนึ่งว่า “บุคคลบางคนในโลกนี้ มีใจประกอบด้วยกรุณา แผ่ไปตลอดทิศหนึ่งอยู่ ทิศที่สอง ทิศสาม ทิศสี่ก็เหมือนกัน ตามนัยนี้ ทั้งเบื้องบน เบื้องล่าง เบื้องขวา แผ่ไปตลอดโลกทั่วสัตว์ทุกเหล่า ในที่ทุกสถาน ด้วยใจประกอบด้วย กรุณาอันไพบุลย์ ถึงความเป็นใหญ่ หาประมาณมิได้ ไม่มีเวร ไม่มี ความเบียดเบียนอยู่ บุคคลนั้นพอใจ ชอบใจกรุณา ฌานนั้น และถึงความปลื้มใจด้วยกรุณาฌาน

นั้น ยับยั้งอยู่ในภพภูมิตานั้น น้อมใจไปในภพภูมิตานั้น อยู่จนคั่นด้วยภพภูมิตานั้น ไม่เสื่อม เมื่อกระทำกาละ ย่อมเข้าถึงความเป็นสหายของเทวดาเหล่าอภิสสระ ดูกรภิกษุทั้งหลาย ๒ กัปเป็นประมาณอายุของเทวดาเหล่าอภิสสระ ปุณฺณดำรงอยู่ในชั้นอภิสสระนั้น トラบเท่าตลอดอายุ ยังประมาณอายุ ทั้งหมดของเทวดาเหล่านั้นให้สิ้นไปแล้วย่อมเข้าถึงนรกบ้าง กำเนิดดิรัจฉานบ้าง เปรตวิสัยบ้าง ส่วนสาวกของพระผู้มีพระภาค ดำรงอยู่ในชั้นอภิสสระนั้น トラบเท่าตลอดอายุ ยังประมาณอายุทั้งหมดของเทวดาเหล่านั้นให้สิ้นไปแล้ว ย่อมปรินิพพานในภพนั้นเอง ดูกรภิกษุทั้งหลาย นี่เป็นความพิเศษผิดแผกแตกต่างกัน ระหว่างอริยสาวกผู้ได้สดับกับปุณฺณผู้ไม่ได้สดับ คือ ในเมื่อคติ อุบัติมีอยู่”

ในทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค ได้ระบุถึงประโยชน์ของพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา เป็นเครื่องสลัดซึ่งพยาบาท กรุณา เป็นเครื่องสลัดซึ่งวิหิงสา (ความคิดร้าย) มุทิตา เป็นเครื่องสลัดซึ่งอหังการ (ความไม่ยินดี) อุเบกขา เป็นเครื่องสลัดซึ่งราคะ กล่าวคือ เมตตาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายพยาบาท กรุณาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความเบียดเบียน มุทิตาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความอิจฉา อุเบกขาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความลำเอียง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า หลักพรหมวิหาร หมายถึง หลักคุณธรรมสำหรับบุคคลโดยการที่มีจิตแผ่เมตตา และเป็นประโยชน์ปรารถนาความสุขความเจริญแก่ผู้อื่น ใฝ่ใจอันจะปลดเปลื้องความทุกข์ยากของผู้อื่น การมีหลักธรรมประจำใจอันประเสริฐที่จะเหนี่ยวนำจิตใจให้มีการอยู่ร่วมกันในองค์กรทำให้มีความรัก ความสามัคคี รักใคร่ปรองดองซึ่งกัน และกัน

๒.๘ บริบทพื้นที่วิจัย

ประวัติความเป็นมาของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

เดิมตำบลบ้านฝางรวมอยู่กับตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตน์ ต่อมาได้แยกออกมาเป็นตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย ในสมัยกำนันหวด กาสิงห์ ได้บริจาคที่ดิน จำนวน ๑ ไร่ ร่วมกับประชาชนทั่วไปอีก ๓ ไร่ ตำบลบ้านฝางอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเกษตรวิสัยประมาณ ๒๐ กิโลเมตรทางภาครัฐจึงเห็นความสำคัญก่อสร้างสถานีนามัยบ้านหนองกุง เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๔ เดิมเป็นสำนักงานผดุงครรภ์ ได้ยกฐานะเป็นสถานีนามัยชั้นสอง ในพื้นที่หมู่ที่ ๙ บ้านหนองกุง และได้รับงบประมาณก่อสร้างสถานีนามัยแห่งใหม่ ในปีงบประมาณ ๒๕๓๘ รวมเนื้อที่ ๔ ไร่ ๑ งาน ได้ยกฐานะเป็นสถานีนามัยบ้านหนองกุง รับผิดชอบประชากรในตำบลบ้านฝาง เมื่อประชากรเพิ่มมากขึ้นหมู่บ้านรับผิดชอบเพิ่มเป็นหลายหมู่บ้าน รัฐบาลจึงได้อนุมัติให้ก่อสร้างสถานีนามัยอีก ๑ แห่งในเขตตำบลบ้านฝาง ในหมู่ที่ ๑ ขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๔๐ และได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองกุง ในปี ๒๕๕๔

๑. เนื้อที่ ตำบลบ้านฝางรวมพื้นที่ทั้งหมด ๓๐.๐๕ ตารางกิโลเมตร

๒. ลักษณะทางภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในการทำนาข้าว ทำสวนและเลี้ยงสัตว์ในบางหมู่บ้าน ระยะห่างจากบ้านถึงอำเภอเกษตรวิสัย ๒๓ กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด ๕๐ กิโลเมตร

๓. อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด และตำบลโพธิ์ชัย
อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลซำเหล็ก และ ตำบลโพธิ์สูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลโนนสว่าง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลหนองแคน อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

๔. เขตการปกครอง มีการปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านฝาง แบ่งออกเป็น
๑๗ หมู่บ้าน (รพ.สต.บ้านหนองกุงรับผิตชอบ ๙ หมู่บ้าน)

๕. ประชากร ตำบลบ้านฝาง มีทั้งหมด ๑,๔๒๔ หลังคาเรือน มีประชากรรวมทั้งสิ้น
๖,๕๒๒ คน แยกเป็นประชากรชาย ๓,๒๕๙ คน เป็นประชากรหญิง ๓,๒๖๓ คน

๖. ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำการเกษตร ทำนา เลี้ยงสัตว์ รองลงมา คือ
รับจ้างและค้าขาย

๗. ด้านสาธารณสุข พื้นที่ตำบลบ้านฝางมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด ๒
แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านฝาง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
หนองกุงรับผิตชอบจำนวน ๙ หมู่บ้าน จำนวนประชากร ทั้งสิ้น ๓,๗๕๔ คน ประชากรชาย ๑,๘๗๐
คน และประชากรหญิง ๑,๘๘๔ คน

๘. อาชีพ อาชีพหลักคือการทำนา

๙. อาชีพเสริม คือ เลี้ยงสัตว์ หัตถกรรม รับจ้าง

๑๐. สาธารณูปโภค มีไฟฟ้า โทรศัพท์ ครบทุกหมู่บ้าน มีระบบน้ำประปา ๑๖ หมู่บ้าน

๑๑. การเดินทาง การเดินทางเข้าสู่ตำบลบ้านฝาง มี ๓ ทาง คือ จากอำเภอเกษตรวิสัย –
ต.บ้านฝาง ระยะทาง ๑๘ กม., จากอำเภอจตุรพักตรพิมาน – บ้านฝาง ระยะทาง ๒๓ กม. และ จาก
อำเภอปทุมรัตต์ – บ้านฝาง ระยะทาง ๑๒ กม.

๑๒. ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ผ้าไหม

๑๓. สถานที่ราชการ

๑) สถานีตำรวจชุมชน ๑ แห่ง

๒) องค์การบริหารส่วนตำบล ๑ แห่ง

๓) สถานีอนามัย ๒ แห่ง

๑๔. วัด ๑๑ วัด

๑๕. โรงเรียนประถม ๕ แห่ง

๑๖. โรงเรียนขยายโอกาส ๑ แห่ง

๑๗. สินค้าที่น่าสนใจ ได้แก่ กระจิบข้าวลาปลาตุก และผ้าไหมมัดหมี่เป็นผ้าไหมลาย
มัดหมี่สวยงาม มีหลายลาย หลายสี สวยงามมีมือประณีต สีสันไม่ตก^{๑๑๗}

^{๑๑๗} เอกสารเกี่ยวกับบริบทตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด.

๒.๙ งานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวมทั้งกาย และใจ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้นส่งผลต่อสังคมและประเทศชาติ ดังนั้น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ทบทวนจึงเกี่ยวกับ ผู้ป่วยติดเตียง แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและหลักพุทธจริยศาสตร์ ดังมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังนี้

๑) งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง

พัชรา เสถียรพัทธ์ และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล พบว่า หลังเข้ารับการอบรมให้ความรู้โดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและมีจำนวนผู้ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐ สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .๐๑$) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบวิธีการและเนื้อหาของอบรมในระดับมากขึ้นไป (mean=๔.๒๘-๔.๔๓, SD=.๕๔-๐.๖๒) ผลการวิจัยแสดงถึงประสิทธิภาพของการอบรมให้ความรู้โดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือ บุคลากรสาธารณสุขควรนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ เพื่อลดระยะเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการอบรม อีกทั้งผู้ดูแลสามารถเปิดแอปพลิเคชันเพื่อทบทวนเนื้อหาให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น^{๑๓๘}

พิศมัย บุญเลิศ ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ศึก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่ และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระยะที่ ๒ ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ ๓ สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๖ ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครั้งนี้

^{๑๓๘} พัชรา เสถียรพัทธ์ และคณะ, “ประสิทธิภาพของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล”, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๓๐, ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๓): ๔๗-๕๖.

เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้าง การมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบท^{๑๑๙}

ยุวดี รอดจากภัยและคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัว ต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อ ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรี ที่เป็นระบบ และมีประสิทธิผล ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง การ ดำเนินงานตามแผนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดปราจีนบุรีและประเมินผลการ ดำเนินงาน เมื่อวัดผลผู้สูงอายุในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนการ ทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อประเมินผลการดำเนินงานในผู้ดูแลในด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ดูแล และพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ดีขึ้น และมีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)^{๑๒๐}

ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและ ทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแลผู้ป่วยติดเตียง และมีอาการพอ ๆ เดิมกับช่วงก่อนมาดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและยังมี ภาวะเครียดเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งภาวะเครียดส่วนใหญ่เกิดจากการมีข้อจำกัดต่าง ๆ ส่วนความต้องการมากที่สุดในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการ ดังนี้ ข้อมูลในเรื่องการ ดูแลผิวหนังของผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น, ต้องการได้รับการดูแล รักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วยขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการได้รับการให้อภัยจากผู้ป่วย, ต้องการให้ สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทน ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย,

^{๑๑๙} พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ, “การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น, ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๙): ๗๙-๘๗.

^{๑๒๐} ยุวดี รอดจากภัย, ดร. และคณะ, “รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ”, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗), บทคัดย่อ.

ต้องการมีเวลาพักผ่อน สรุป: ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น และมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง^{๑๑}

พิศมัย บุติมาลย์ และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย แบ่งเป็น ๒ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ พัฒนาแนวปฏิบัติ มี ๕ ขั้นตอน คือ ๑) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ๒) การกำหนดวัตถุประสงค์และ กลุ่มเป้าหมาย ๓) การกำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ๔) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ๕) การยกร่างแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาล และระยะที่ ๒ ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ มี ๒ ขั้นตอน คือ ๑) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และ ๒) การตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มี ๔ องค์ประกอบ คือ ๑) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ๒)การวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ๓) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงที่บ้าน โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ ความรู้ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม และ๔) การประเมินติดตามผลโดยมีคู่มือให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางใน การปฏิบัติและบันทึกกิจกรรมการดูแล ซึ่งจำแนก ตามภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ๕ ประเภท (แผลกดทับ ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะซึมเศร้า) ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ๕ ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ ๑.๐ และการตรวจสอบความเที่ยงโดยพยาบาล ๒ ราย ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านรายเดียวกัน จำนวน ๕ รายได้ค่าร้อยละของความสอดคล้องในการนำไปใช้ของพยาบาลทั้งสองเท่ากับ ๙๙.๒ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการสนับสนุนผู้ดูแลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านได้ อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาประสิทธิผลในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้านไปใช้ต่อไป^{๑๒}

โอภาส อัครโรจน์พงษ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอกำแพง จังหวัด พบว่า มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำนวน ๔๕ คน (ร้อยละ ๔๔.๑) มีปัญหาการดูแล ส่วนเฉลี่ยปัญหาการดูแลของผู้เข้ารับการศึกษาทั้งหมดจาก

^{๑๑} ชนิกันต์ ส่วยนุส, ภูมิ ชมพูศรี, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, “การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัด เชียงราย”, *TJPHS Thai Journal*, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒): ๖๒-๖๙.

^{๑๒} พิศมัย บุติมาลย์ แสงอรุณ อิศระมาลัย เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน”, *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๗๙-๙๑.

แบบประเมินปัญหาภาระดูแล Zarit Burden Interview เท่ากับ ๒๑.๒๔ (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๓๔) ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าร้อยละ ๔๒.๙ มีสถานภาพทางการเงินของครอบครัวไม่เพียงพอ ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับกำลังใจบ้างหรือไม่มีเลย มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการใช้คำพูดไม่ดี ตำหนิหรือว่ากล่าว มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระมากกว่าและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม การสูบบุหรี่หรือการใช้ยาแก้เครียดหรือยานอนหลับ การมีปัญหาทางการเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยความรู้สึกว่าได้พบผู้คนลดลงหลังจากต้องดูแลผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัวที่สับสนหรือไม่ดีของผู้ป่วย และอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินภาระไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) สรุป : มีความชุกของปัญหาภาระดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ ๔๔.๑ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อาการปวดเมื่อย การได้รับกำลังใจ และการใช้คำพูดไม่ดี ตำหนิว่ากล่าว^{๑๒๓}

กัญวานไทย ออกตลาด ได้ทำวิจัยเรื่อง ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลทั้งกลุ่มอาสาสมัครและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ ๗๐.๘ และ ๗๕.๙ อายุเฉลี่ย ๔๒ และ ๕๑ ปี ตามลำดับ มีศักยภาพด้านบทบาทโดยรวมคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย ๓๙.๕๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๒๘, ๔๔.๐๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๑.๒๘), คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๒๙.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๘.๗, ๒๗.๒๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘), คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย ๙๓.๓๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๒.๐, ๘๕.๐๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๖.๘) จำแนกเป็น ด้านร่างกาย (ค่าเฉลี่ย ๒๕.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๔.๗๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย ๒๗.๗๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๒.๑๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) ด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย ๑๐.๙๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๑๐.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘) และด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย ๒๙.๕๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๐, ๒๗.๖๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๖.๘), ความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๗.๕ และ ๘๗.๐ ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๖.๗ และ ๖๘.๕ ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาศักยภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๓.๓ และ ๗๙.๖ ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนของนักรแพทย์แผนไทย (adj. OR = ๑๙.๑๘, ๙๕% CI: ๐.๒๙-๐.๓๖) การสนับสนุน

^{๑๒๓} โอภาส อัครโรจน์พงษ์, “ความชุกของปัญหาภาระดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”, วารสารแพทย์เขต เขต ๔-๕, ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๓): ๓๕-๔๙.

ของพยาบาลวิชาชีพ (adj.OR: ๒.๘๒, ๙๕ %CI: ๐.๗๘-๐.๙๒) ศักยภาพตามบทบาท (adj.OR: ๒.๕๐, ๙๕ %CI: ๐.๖๙-๐.๙๐) เพศ (adj.OR: ๑.๘๘, ๙๕ %CI: ๐.๔๕-๐.๘๖) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (adj.OR: ๑.๘๕, ๙๕ %CI: ๐.๓๒-๐.๕๔) และอายุของผู้ดูแล (adj.OR: ๑.๐๘, ๙๕% CI: ๐.๓๐-๐.๓๕) สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน (adj.OR: ๐.๒๕, ๙๕ %CI: ๐.๑๔-๐.๓๗) ศักยภาพการดูแลผู้ป่วย (adj.OR: ๐.๖๕, ๙๕ % CI: ๐.๑๘-๐.๓๑) และภาวะซึมเศร้า (adj.OR: ๐.๓๔, ๙๕ % CI: ๐.๐๑-๐.๐๕) และพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลมี ๕ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลและด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบริการสังคม ๒) ระดับจังหวัด มีการสนับสนุนให้ประชาชนเตรียมพร้อมทางการเงินก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ๓) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษา ๔) มีการส่งเสริมสุขภาพ จัดให้มีค่าตอบแทนเบี้ยยังชีพและการพัฒนาศักยภาพสนับสนุนความก้าวหน้า และ ๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายชุมชน มีการตั้งชมรมช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงสรุป ผลการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงเป็นการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{๑๒๔}

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ ได้ทำวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย : หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง พบว่า การพยาบาลผู้สูงอายุประกอบด้วยมโนทัศน์ ๕ ด้าน คือ การปฏิบัติการพยาบาลตามความเป็นจริง การดูแลของครอบครัว ความคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ ความตึงเครียด การติดต่อสื่อสารโดยแต่ละมโนทัศน์มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีการปรับการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีความเป็นองค์รวมมากขึ้นลดการพยาบาลตามหลักชีวการแพทย์ลงไป และพยาบาลควรมีเจตคติต่อผู้สูงอายุในทางบวก นอกจากนี้ควรมีการเรียนรู้และทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณให้มากขึ้นและชัดเจนกว่านี้^{๑๒๕}

รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวแบบการนำนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก พบว่า ๑. การกำหนดนโยบายสวัสดิการยังไม่สามารถดำเนินการกระจายความช่วยเหลือไปให้แก่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ มีสาเหตุจากโครงสร้างระบบราชการไม่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ทั่วประเทศ ๒. โดยผลการวิจัยได้นำเสนอตัวแบบการพัฒนาการนำนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติที่เรียกว่า “Collaboration model” ที่แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Inter-Organization) และการสร้างความเป็นเอกภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อการนำนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไป

^{๑๒๔} กังวานไทย ออกตลาด, “ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเกิ้ง จังหวัดอุดรธานี”, วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๓๑-๒๔๐.

^{๑๒๕} ทัศนาศูววรรณะปรกรณ, “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง”, วารสารสภาพการพยาบาล, ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๔ (๒๕๔๔): ๕๒-๕๗.

ปฏิบัติ ๓. รัฐบาลควรหันมาสนใจในการกำหนดสวัสดิการผู้สูงอายุที่ควรมีการกำหนดสวัสดิการในหลายประเภททั้งนี้เพื่อให้เกิดการครอบคลุมต่อความต้องการของผู้สูงอายุ^{๑๒๖}

ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่การยอมรับการเป็นผู้ดูแล (Acceptance to be a caregiver) มี ๔ ประเด็น คือ ๑)การตัดสินใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ๒)การประเมินตนเองและเศรษฐกิจของผู้ดูแล ๓) การจัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของตนเอง ๔) ผลตอบแทนที่ตนเองได้รับจากการเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก องค์ประกอบที่ ๒ การปรับตัวและการพัฒนาของผู้ดูแลหลัก (Adjustment and development) ในด้านการเรียนรู้การลงมือปฏิบัติการปรับปรุงพัฒนา และการประเมินผล เพื่อให้เกิดกระบวนการ ดูแลที่ดี มี ๓ ระยะคือ ระยะที่ ๑ การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านหลังจากพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลระยะที่ ๒ การดูแลที่บ้านระยะที่ ๓ การพัฒนาและการดูแลที่ต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ ๓ การเอื้ออาทรจากชุมชน (Assistance from community) ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน ทีมสุขภาพในชุมชน (ทีมหมอครอบครัว อสม. ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ) องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งในการดูแล ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน^{๑๒๗}

เบญจมาศ นาควิจิตร ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์กรุงเทพมหานครฯ พบว่าการที่ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข^{๑๒๘}

จันทนา สารแสง ได้ทำวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับ คุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วม

^{๑๒๖} รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน, “การพัฒนาตัวแบบการนํานโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุไปปฏิบัติ”, วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต, ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ (๒๐๑๖): ๗-๑๗.

^{๑๒๗} ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์, “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว”, ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๑), บทคัดย่อ.

^{๑๒๘} เบญจมาศ นาควิจิตร, “ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร”, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๑), บทคัดย่อ.

กิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = ๐.๐๐๑, ๐.๐๐๒, \geq ๐.๐๐๐๑ และ ๐.๐๐๒ ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = \geq ๐.๐๐๐๑, ๐.๐๐๒, \geq ๐.๐๐๐๑, ๐.๐๐๑, \geq ๐.๐๐๐๑ และ \geq ๐.๐๐๐๑ ตามลำดับ^{๑๒๙}

ดุชนิ เจริญสุข ได้ทำวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน พบว่า การดูแลผู้สูงอายุต้องร่วมมือกันหลายองค์กร การมีสุขภาพดีของผู้สูงประกอบด้วย ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจและรายได้ ระบบการช่วยเหลือที่มั่นคง การมีที่อยู่อาศัยและระบบคมนาคมที่ดี มีการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดระบบการช่วยเหลือตนเองและพึ่งพิงที่สมดุล^{๑๓๐}

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ ๖๘.๕ มีแรงสนับสนุนมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการบริโภค มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean= ๑๗.๙๔, SD = ๓.๑๒) ในขณะที่ พฤติกรรมการพักผ่อน มีคะแนนต่ำสุด (Mean = ๑๐.๓๑, SD= ๑.๙๐) ทั้งนี้ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๕$ ตามลำดับ ดังนี้ คือ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถทำนาย ได้ร้อยละ ๓๑.๒ ($R^2 = ๐.๓๑๒$) และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพ = $๓๑.๐๗๕ + ๗.๐๕๒$ (ระดับการศึกษา) + ๐.๙๒๐ (การเป็นสมาชิกชมรม) + ๐.๘๗๙ (การมีโรคประจำตัว) + ๑.๑๐๓ (แรงสนับสนุนทางสังคม)เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมพักผ่อน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม^{๑๓๑}

^{๑๒๙} จันทนา สารแสง, “คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่”, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, ๒๕๖๑), บทคัดย่อ.

^{๑๓๐} ดุชนิ เจริญสุข, “ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน”, วารสารพยาบาลตำรวจ, ปีที่๗ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘): ๒๘๐-๒๙๕.

^{๑๓๑} นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน”, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๙): ๖๓-๗๔.

รัตนา กฤษณาธาร ได้ทำวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบท สำหรับตัวแปรการศึกษาที่มีผลต่อความแตกต่าง ในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาคเหนือ ส่วนตัวแปรอายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำ ขนาดครัวเรือน ภาคและการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วย แบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย มีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในระยะ ๒ สัปดาห์ก่อนการสำรวจ เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรัง และไม่ป่วย สำหรับตัวแปรอายุและการศึกษา มีผลให้เกิดความแตกต่างใน แบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเฉพาะในชนบท แบบแผนการรักษาพยาบาลฯ แตกต่างตาม ภาค เฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มประถมศึกษา ส่วนตัวแปรเพศ ลักษณะของงานที่ทำ และขนาดครัวเรือน มีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา ในระยะ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคและอาการที่ป่วย แต่มีเพียงตัวแปรเขตที่อยู่ อาศัยเท่านั้น ที่มีทิศทางความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรเป็นไปตามสมมติฐาน คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน กรุงเทพฯ ใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา น้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท สำหรับตัวแปร อายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำและการศึกษา ไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาของผู้สูงอายุที่ป่วย^{๑๓๒}

สามารถ ใจเตี้ย และดรรรัตน์ จำเกิด ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ($r=0.๔๒๑$, $p=0.๐๐๒$) ส่วนแนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่า ควรเริ่มต้นจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการบูรณาการแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิต ตามลำดับ^{๑๓๓}

^{๑๓๒} รัตนา กฤษณาธาร, “ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย”, *วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, (บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๕), บทคัดย่อ.

^{๑๓๓} สามารถ ใจเตี้ย, ดรรรัตน์ จำเกิด, “การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน”, *วารสารราชภัฏเชียงใหม่*, ปีที่ ๑๕ ฉบับ ๒ (เมษายน-กันยายน ๒๕๕๗): ๓๘-๔๕.

วิไล ตาปะสี และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง สภาพการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านใน ตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม พบว่า สภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวัง ตะกุง จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วยเนื้อหาหลักจำนวน ๕ ประเด็นคือ ๑) ด้านลักษณะครอบครัว ร้อย ละ ๖๖.๖๗ มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ส่วนที่เหลือมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่แบบสองคน ตายาย โสด หรือเป็นหม้าย ๒) ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุร้อยละ ๘๖.๖๗ มีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย และโรคภัยไข้เจ็บ โดยภาวะเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ และมีชีวิตอยู่อย่างเบื่อหน่ายกับการรับประทานยา จำนวนหลายเม็ด ทุกวัน ๓) ด้านการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (ร้อยละ ๙๖.๖๗) ได้รับบริการตรวจสุขภาพตามสิทธิ การรักษาและสามารถเข้าถึง บริการสุขภาพโดยมีญาติ ผู้สูงอายุไปตรวจรักษาด้วยตนเองจ้ำมอเตอร์ ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไปรับการตรวจรักษา ๔) ด้านจิตใจผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐ มีชีวิตแบบรอวัน สิ้นสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากจะเดินทางไปไหนก็ลำบากมองไม่เห็นเป้าหมายของชีวิตมากกว่าการ รอวัน สิ้นสุดท้ายของชีวิต (ร้อยละ ๔๓.๓๓) มีชีวิตอยู่ในบ้านตลอดเวลาเพื่อเฝ้าบ้าน ห่วงสมบัติบุตรหลาน เหมือนนกน้อยในกรงทองชีวิตอยู่กับการ รอคอยบุตรหลานที่ไปทำงานนอกบ้าน และไปต่างจังหวัด ๕) ด้านรายได้ ได้มาจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน ชีวิตไม่มีความสุขเพราะกังวลว่าจะมีรายได้ไม่ พอใช้ กังวลจะป่วย ไม่มีความสามารถในการหาเลี้ยงชีพของตนเอง สรุป : สภาพการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม มีลักษณะครอบครัวแบบสองคนตายาย หรืออยู่แบบคนเดียว(๓๓ %) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ไปรับบริการตรวจรักษาได้ด้วย ตนเองโดยจ้ำมอเตอร์ไซค์รับจ้างหรือเพื่อนบ้านพาไป มีสภาพจิตใจแบบรอวันสิ้นสุดท้ายของชีวิต มี รายได้และการหาเลี้ยงชีพจากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้ทุกเดือน^{๓๓๔}

พวงเพ็ญ เมื่อกสวัสดิ์ และคณะ, ได้ทำวิจัยเรื่อง สถานการณ์ปัญหา และความต้องการ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี พบว่า ๑) กลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ ๕๓.๘๕ มีอายุมากกว่า ๘๑ ปีมากที่สุดคิด เป็น ร้อยละ ๓๖.๕๓ มี ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในระหว่าง ๑-๕ ปี ร้อยละ ๔๕.๖๗ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยจากโรค เรื้อรัง ร้อยละ ๗๐.๑๙ มีความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ ๕๑.๔๔ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเหมือนเดิม ร้อยละ ๕๐.๗๕ ๒) กลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอายุอยู่ในช่วง ๓๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๑.๕๘ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ใน ฐานะบุตรและสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๑๓ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๖.๑๓ และมี รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ ๔๖.๐๔ ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ ๒.๘๘ ๓) ปัญหา และ ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางส่วนรายด้านพบทั้งปัญหาและความต้องการ ด้านการดูแลผู้ป่วย และด้านค่าใช้จ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาในการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร

^{๓๓๔} วิไล ตาปะสี, นาริรัตน์ ปิยะชัยวุฒิ, ชนม์นิภา ใจดี, ศิวัช ปิยะรัตน์วัฒน์, “สภาพการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกุง จังหวัดนครปฐม”, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราช ภัฏสวนสุนันทา, ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๒๘-๓๕.

และด้านการจัดการในบ้านอยู่ในระดับน้อย โดยที่มีความต้องการในการในการดูแลระดับปานกลาง^{๑๓๕}

ภาสกร สวนเรือง และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหลังมีนโยบาย คือ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพการดูแลเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุมีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยมีระบบพี่เลี้ยง และบัดดี้มีรูปแบบในการทำงานที่ชัดเจนขึ้น เห็นได้ชัดจากการทำงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (care plans) ที่มีแผนการทำงานมีรายละเอียดของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล รวมทั้งเป้าหมายในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ภายใต้การให้คำปรึกษาดูแลของผู้จัดการระบบการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (care managers) และการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องกับความต้องการการรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะโรคเฉพาะทางที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอตั้งนั้นเพื่อการดำรงรักษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระบบอย่างยั่งยืน จึงควรมี นโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องส่งเสริมศักยภาพของผู้ช่วยเหลือในการช่วยงานการจัดการบริการเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมให้สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะและพิจารณาค่าตอบแทนรวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น^{๑๓๖}

พระมหาโยธิน โยธโก ได้ทำวิจัยเรื่อง บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ๑. แนวคิดเชิงคุณค่าในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลักธรรมพระพุทธศาสนาเกี่ยวข้อง กับการพัฒนากาย (พัฒนาอินทรีย์ ๖) การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) และการประพฤติธรรม เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน และปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ให้ผู้สูงอายุประพฤติปฏิบัติ เพื่อความดีความถูกต้องทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติสามารถนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขและเหมาะสมกับตนเอง ๒. วัดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความพร้อมในการจัด

^{๑๓๕} พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ นิสาชล นาคกุล และ วิชญา โรจนรักษ์, “สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี”, วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม): ๕๔-๖๔.

^{๑๓๖} ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๔๓๗-๔๕๑.

สิ่งแวดล้อมความสะอาดให้มีความเป็นสัดส่วน สะดวกสบาย สงบร่มรื่น พระสงฆ์ได้สร้างบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครบทั้ง ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพสังคม และการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยการใช้กระบวนการและกิจกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้ง ๖ ด้าน คือ การสวดมนต์ และปฏิบัติธรรม การส่งเสริมการพัฒนาภูมิปัญญา วัฒนธรรม และประเพณีท้องถิ่น การส่งเสริมอาชีพ และการสร้างรายได้ การส่งเสริมการออมทรัพย์และจัดสวัสดิการ การส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการ และการออกกำลังกาย และการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในบทบาทการเผยแผ่และการสาธารณสุขสงเคราะห์ตามพันธกิจของคณะสงฆ์ไทย ๓. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาบทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีทั้งในด้านสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านงบประมาณ ด้านความร่วมมือ และการสร้างเครือข่าย ดังนั้น จึงต้องพัฒนาบทบาทพระสงฆ์โดยการสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี การส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในวัดให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิตและการนำองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนามาส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิถีวัฒนธรรมเชิงพุทธท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นศูนย์ภาคีเครือข่ายประสานงานระหว่างวัดกับชุมชนและหน่วยงานราชการ ให้มีความคล่องตัวและบูรณาการกับหลักการพระพุทธศาสนาเพื่อพัฒนาหลักศรัทธาและปัญญา ให้สังคมเกิดความยั่งยืนและเป็นกัลยาณมิตรในการทำงานและการอยู่ร่วมกันในชุมชนและสังคมไทยอย่างสันติสุข^{๑๓๗}

๒. งานวิจัยเกี่ยวกับพุทธจริยศาสตร์

พระศรีคัมภีร์ญาณ, รศ.ดร., ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์หลักจริยศาสตร์ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา พบว่า เนื้อหาในคัมภีร์พระพุทธศาสนาเป็นประเด็นทางจริยธรรมแทบทั้งสิ้นหลักพุทธจริยศาสตร์มีเนื้อหาส่วนที่เป็นศีลและส่วนที่เป็นธรรมรวมกันอยู่ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ชัดเจนว่าเนื้อหาส่วนไหนเป็นศีล เนื้อหาส่วนไหนเป็นธรรม จึงพอสรุปได้ในขั้นนี้ว่า พุทธจริยศาสตร์มีทั้งส่วนที่เป็นคุณธรรมและจริยธรรม เช่น ข้อธรรมในกุศลกรรมบถ ๑๐ ข้อธรรมในทศปารมี ข้อธรรมในมงคล ๓๘ ประการ หลักการของพุทธจริยศาสตร์ทั้งหมดเป็นชื่อเรียกคุณสมบัติภายในจิตด้วย เป็นแนวปฏิบัติ (ข้อธรรม) อันเป็นการแสดงออกถึงคุณสมบัติภายในจิตนั้นด้วย เป็นจริยธรรม(ศีลสิกขาบท)สำหรับถือปฏิบัติเพื่อละชั่วทำดีด้วย ประมวลพุทธจริยศาสตร์นี้คือการตอบคำถามว่า "ความดีคืออะไร?" ปัญหาว่า "อะไรคือเกณฑ์ตัดสินความดี?" พุทธจริยศาสตร์ในส่วนที่เป็นจริยธรรม มีบทบัญญัติและมีเกณฑ์ตัดสินเพื่อให้เกิดความพึงพิงและการช่วยเหลือตนเองการละเมิดบทบัญญัติชัดเจน เช่น ศีลข้อปาณาติบาตมีเกณฑ์ตัดสินการล่วงละเมิดคือ (๑) สัตว์มีชีวิต (๒) รู้ว่าเป็นสัตว์มีชีวิต (๓) มีเจตนาจะฆ่า (๔) มีความพยายามฆ่า (๕) สัตว์ตายด้วยความพยายามนั้น จึงไม่ปรากฏปัญหาในการตีความบทบัญญัติมากนัก เกณฑ์ตัดสินในแต่ละบทบัญญัติเป็นอย่างไรก็เป็นข้อยุติตามนั้น บาง

^{๑๓๗} พระมหาโยธิน โยธิโก, “บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”, วารสารวิชาการธรรมทศวรรษ, ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๕-๓๖.

บทบัญญัติมีข้อยกเว้น เช่น บทบัญญัติว่า "ภิกษุก่อไฟผิงต้องอาบัติปาจิตตีย์ ยกเว้นแต่มีเหตุจำเป็น" บางบทบัญญัติก็ไม่มีข้อยกเว้น เมื่อมองจากมุมมองของทฤษฎีปรัชญาตะวันตกบางสำนัก เช่น พวกสุนิยม ประโยชน์นิยม มีประเด็นโต้แย้งกันบ้างเกี่ยวกับเกณฑ์ตัดสินในบางสิกขาบท เช่น กรณีการพูดความจริงที่ไม่มีประโยชน์กับการพูดเท็จที่มีประโยชน์ แต่ประเด็นที่โต้แย้งเหล่านี้ไม่ได้ทำให้พุทธศาสนิกชนเกิดความสับสนในการตีความและถือปฏิบัติพุทธจริยศาสตร์ เพราะข้อธรรมในระบบพุทธจริยศาสตร์มีความชัดเจนตั้งแต่นิยามเกี่ยวกับความดี เกณฑ์ตัดสินความดี มีความเชื่อมโยงชัดเจนระหว่างความดี เกณฑ์ตัดสินความดีกับเป้าหมายของความดี (หรือของชีวิต) บุคคลผู้ถือปฏิบัติตามข้อธรรมในพุทธจริยศาสตร์ย่อมได้รับอานิสงส์ (ประโยชน์) ระดับวิถีชีวิตในสังสารวัฏคือสมบูรณด้วยโภคทรัพย์เป็นอันมาก กิตติศัพท์อันงาม (ชื่อเสียง) ย่อมขจรไป มีความแก้วกล้าไม่แก้อะไรเมื่ออยู่ในท่ามกลางมหาสมาคม ไม่หลงลืมสติตาย หลังจากตายแล้ว ย่อมไปเกิดในสุคติ เมื่อบุคคลยึดมั่นถือปฏิบัติตามข้อศีลธรรมอย่างต่อเนื่อง ย่อมได้รับอานิสงส์ระดับอุดมคติคือวิชา วิมุตติ วิสุทธิ มรรค ผล นิพพาน ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดทางพระพุทธศาสนา^{๓๓๘}

พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ ได้ทำวิจัยเรื่อง การบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์การดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน พบว่า หลักพุทธจริยธรรมทั้ง ๓ ระดับนำมาใช้กับบุคคลต่างกลุ่มกันทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมได้^{๓๓๙}

พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยันต์ สืบกระพันธ์) ได้ทำวิจัยเรื่อง พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน พบว่า รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน มีความแตกต่างจากคนไทยในอดีต เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อให้เท่าทันกับโลกาภิวัตน์ที่เคลื่อนไปอย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้สร้างความเจริญให้กับคนไทยในด้านวัตถุอย่างต่อเนื่องแต่กลับสร้างความเสื่อมถอยทางด้านจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเชิงจริยธรรมมากมายในการดำเนินชีวิตของคนไทยสังคมปัจจุบันในทุกกลุ่มอาชีพ และหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตสามารถแบ่งออกเป็น ๓ ชั้น คือ ๑) พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ หลักเบญจศีลและเบญจธรรม ๒) พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ได้แก่ศีล ๘ และกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ และ ๓) พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง ได้แก่มรรคมงคล ๘ ส่วนการบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยสังคมปัจจุบัน สามารถทำได้โดยนำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับต้นมาบูรณาการกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มบุคคลทั่วไป ได้แก่ นิสิต - นักศึกษา, ครู - อาจารย์, ข้าราชการ, นักธุรกิจ และนักการเมือง นำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับกลางมาบูรณาการกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ได้แก่ แม่ชีและอุบาสก - อุบาสิกา และนำหลักพุทธจริยศาสตร์ระดับสูงมาบูรณาการกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มบรรพชิต ได้แก่ พระภิกษุและสามเณร และองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบการบูร

^{๓๓๘} พระศรีคัมภีร์ญาณ, รศ.ดร, การศึกษาวิเคราะห์หลักจริยศาสตร์ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://www.mcu.ac.th/article/detail/362> [๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓].

^{๓๓๙} พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยันต์ สืบกระพันธ์), “พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน”, วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตร์คุณวุฒิบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนศึกษา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕), บทคัดย่อ.

ณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน ได้แก่ “FEE Model” เป็นหลักการที่เกิดจากการบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของคนไทย สังคมปัจจุบันในทุกกลุ่มอาชีพ เมื่อนำไปบูรณาการแล้วสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตของคนไทยสังคมปัจจุบันให้เบาบางลงและหมดไปในที่สุด^{๑๔๐}

พระอุชิสสะ ปณญาปโชโต ได้ทำวิจัยเรื่อง การเสริมสร้างสุขภาวะตามหลักภavana ๔ ของผู้สูงอายุ ในตำบลยางฮ่อม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย พบว่า กระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะตามหลักภavana ๔ ออกมาเป็น รูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะ ๔ รูปแบบ ได้แก่ ๑) การส่งเสริม คือการใช้หลัก ภavana มาเสริมสร้างสุขภาวะทางกาย มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีร่างกายที่ดี ๒) การเสริมสร้าง โดยใช้หลักศีลภavana มาเสริมสร้างสุขภาวะทางสังคม มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดี คือ การมีพฤติกรรมในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมที่ดี ๓) การป้องกัน โดยใช้หลักจิตภavana มาเสริมสร้างสุขภาวะทางจิต เพื่อให้เกิดแนวทาง ป้องกัน มีเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีความคิดที่ดี โดยผ่านการฝึกจิตตามแนวทางพระพุทธศาสนา ให้จิตมีคุณธรรมพื้นฐาน ในการอาศัยอยู่ร่วมกันในสังคม และ ๔) การ เตรียมความพร้อม โดยใช้หลักปัญญาภavana มาเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มี เป้าหมายให้ผู้สูงอายุเข้าใจชีวิต ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาอย่างถูกต้อง^{๑๔๑}

พระอธิการไพศาล กิตติภโท (บำรุงแคว้น) ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาในการบำรุงจิตผู้ป่วย พบว่า พุทธปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการเยียวยา มี ๒ ประการคือ สัจธรรมคือการดูแลชีวิตตามธรรมชาติและด้านจริยธรรมคือการดูแล รักษาโรคทั้งกายและจิตใจ เน้นการกระทำที่ถูกต้องดีงามเกิดประโยชน์ต่อคนไข้อย่างแท้จริง^{๑๔๒}

ธีรวัส บำเพ็ญบุญบารมี ได้ทำวิจัยเรื่อง ลักษณะเด่นของพระพุทธศาสนา พบว่า พุทธจริยศาสตร์เป็นหลักคำสอนที่ทำให้คนประพฤติปฏิบัติเพื่อบรรลุความดีสูงสุดของชีวิต มีเกณฑ์มาตรฐานในการตัดสินการกระทำว่าสิ่งใดถูกหรือผิด ควรหรือไม่ควรกระทำ หลักพุทธจริยศาสตร์มี ๓ ระดับคือระดับต้น เป็นศีล ๕ ระดับกลางคือกุศลกรรมบถ ๑๐ และระดับสูงคืออริยมรรคมีองค์ ๘^{๑๔๓}

^{๑๔๐} พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยันต์ สืบกระพันธ์), “พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน”, วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตร์ดุสิต สาขาวิชาพุทธศาสนศึกษา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕), บทคัดย่อ.

^{๑๔๑} พระอุชิสสะ ปณญาปโชโต, “การเสริมสร้างสุขภาวะตามหลักภavana ๔ ของผู้สูงอายุ ในตำบลยางฮ่อม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย”, วารสาร มจร การพัฒนาสังคม ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๒): ๕๙-๖๓.

^{๑๔๒} พระอธิการไพศาล กิตติภโท (บำรุงแคว้น), “การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาในการบำรุงจิตผู้ป่วย”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสนธรรมบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕).

^{๑๔๓} ธีรวัส บำเพ็ญบุญบารมี, โครงการธรรมศึกษาวิจัย. ลักษณะเด่นของพระพุทธศาสนา, หลักสูตรวิจัยคัมภีร์พุทธศาสนา, [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <http://sripawat.net/7.22>. [๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙].

อุทัยวรรณ เล่าประเสริฐสุข ได้ศึกษาเรื่อง สาธารณสุขในพระไตรปิฎก บูรณาการสู่ สุขภาพดี ชีวิตมีสุข พบว่า พุทธวิธีบรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วยตามวิธีของ พระพุทธเจ้าว่ามีอยู่ ๒ ระดับ คือ ระดับโลกียะ เป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมายเพื่อการ บรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วย และระดับโลกุตระ เป็นพุทธวิธีที่ทรงมีเป้าหมายเพื่อการดับทุกข์ คือ บรรลุพระนิพพานโดยทั้ง ๒ วิธีนี้ สามารถนำไป เลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม และมีความจำเป็นกับความต้องการของแต่ละบุคคลได้อย่างยิ่ง ผล การศึกษาพบว่า พระพุทธเจ้าทรงมีแนวทางในการ แก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย ๒ แนวทาง ใหญ่ๆ คือ ๑. การป้องกันด้วยการดูแลรักษาสุขภาพ อนามัยอย่างครบถ้วนทั้งทางด้านกายภาพและ จิตภาพ ๒. การรักษาโรคด้วยพระธรรมโอสธ ซึ่งทรงนำเอาหลักธรรมชั้นสูงหมวดต่าง ๆ ที่ทรงใช้ในการ ตรัสรู้ มาบำบัดรักษาโรค^{๑๔๔}

ปณณวัชัญ ชูพันธ์นิส ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์พุทธจริยศาสตร์ในการแพทย์ แผนไทย พบว่า ๑) ความเป็นมาและจรรยาบรรณของการแพทย์แผนไทยเกิดจากปรัชญาทาง การแพทย์ของมนุษย์ เป็นการดูแลรักษาร่างกายให้หายจากการเจ็บไข้ การสะสมประสบการณ์ใน ท้องถิ่นพร้อมกับแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ จากประสบการณ์ของชุมชนอื่น ๆ ควบคู่ไปกับจรรยาบรรณที่ ปรากฏเป็นหลักฐานในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ โดยนำมาจากหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ๒) พุทธ จริยศาสตร์เป็นหลักการดำเนินชีวิตที่ดีงาม ตามคำสอนในพระพุทธศาสนา เป็นแนวทางในการดำเนิน ชีวิตร่วมกันอย่างสงบสุขในสังคม โดยเริ่มจาก “ศีล” ซึ่งถือเป็นข้อปฏิบัติพื้นฐานควบคู่ไปกับแนวคิด ทางการแพทย์แผนไทย ที่มองความเจ็บไข้ว่าเกิดจากการขาดความสมดุลของธาตุทั้ง ๔ ซึ่งเป็นส่วนของ ชั้นที่ ๕ ๓) การดำเนินชีวิตที่ดีงามในการแพทย์แผนไทย พบว่า เป็นหลักธรรมในพระพุทธศาสนา ทั้งสิ้น หรือกล่าวว่าเป็น “พุทธจริยศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย”^{๑๔๕}

มานพ นักการเรีย ได้ทำการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนว พระพุทธศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นปรากฏการณ์หนึ่งของชีวิตควร จะพิจารณาประกอบกันทั้ง ๓ ด้าน คือด้านชีวภาพ จิตและสังคม สุขภาพสามารถมองให้ครบ ทั้งก่อน จะเป็นโรค ขณะเป็นโรค และหลังจากเป็นโรค ให้เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคมอย่างสมดุล พระพุทธศาสนา ถือว่าวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์มาก เรียกว่า “เป็นผู้รู้ตถ์ถัญญ” มีหลักธรรมเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ไตรลักษณ์โยนิโสมนสิการ ภาวนา ๔ การละเว้นอบายมุข ๔, ๖ สังคหวัตถุ ๔ เบญจธรรม สปัปฺริสธรรม ๗ โลกธรรม ๘ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข^{๑๔๖}

^{๑๔๔} อุทัย สุตสุข, ดร. นายแพทย์, **สาธารณสุขในพระไตรปิฎก บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวิตมีสุข**, พิมพ์ ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: เทพประทานการพิมพ์, ๒๕๕๔), หน้า ๑๕.

^{๑๔๕} ปณณวัชัญ ชูพันธ์นิส, “การศึกษาวิเคราะห์พุทธจริยศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย”, **วิทยานิพนธ์ พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕), บทคัดย่อ.

^{๑๔๖} มานพ นักการเรียน, “การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนา”, **สภานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล**, ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๑): ๑-๗.

สมบุรณ์ วัฒนะ ได้ทำวิจัยเรื่อง แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท พบว่า ผู้สูงอายุ คือคนชราภาพ ผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างสูงต่อการทำงานบำรุงพระพุทธศาสนา บิดาและมารดาได้รับการยกย่องไว้สูงส่งเทียบเท่าพระพรหม พระอรหันต์ของบุตรและธิดา ควรอย่างยิ่งที่บุตรธิดาจะดูแลท่าน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้สุขสบาย แต่หากบุตรและธิดาปรารถนาจะตอบแทนบุญคุณท่านให้ยิ่งขึ้น ควรดูแลท่านให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น โดยช่วยให้ท่านประกอบ ด้วยสัมปรายิกัตถสังวัตตนิกรกรรม ๔ ได้แก่ ๑) ศรัทธาสัมปทา๒) ศีลสัมปทา ๓) จากสัมปทา และ ๔) ปัญญาสัมปทา และการวิเคราะห้และสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลบิดา และมารดา และแนวคิดการพัฒนามนุษย์ เพื่อเสนอเป็นแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท พบว่า แนวคิดในการพัฒนามนุษย์คือหลักธรรมไตรสิกขา ผู้สูงอายุคือมนุษย์ที่มีอุปการคุณต่อสังคมและอนุชน ท่านควรได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ดังนั้น จึงสังเคราะห์การดูแลบิดาและมารดาให้เป็นการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลท่านตามหลักการพัฒนามนุษย์ตามหลักธรรมเรื่องไตรสิกขาโดยอาศัยหลักภาวนา ๔ เป็นเครื่องชี้วัดและวิธีปฏิบัติ ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม สามารถให้ท่านถึงพร้อมด้วยสัมปรายิกัตถสังวัตตนิกรกรรม ๔ ชื่อว่าดูแลท่านและได้ตอบแทนคุณท่าน เพราะช่วยให้ท่านได้บรรลุจุดมุ่งหมาย (อรรถ)ของชีวิตที่เป็นสัมปรายิกัตถประโยชน์ หรือยิ่งขึ้นไปคือปรมัตถประโยชน์^{๑๔๗}

เจริญ นุชนิยม ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ พบว่า ๑) แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยวิธีพุทธบูรณาการ คือการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทางด้านกาย ศีล จิตและปัญญา ให้มีความสามารถในการพึ่งตนเอง ปฏิบัติตนอยู่ภายใต้ของหลักศีลธรรม ๒) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยนำหลักธรรมมาส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทางด้านกาย คือสามารถยึดถือปฏิบัติ ตามหลักศีล และทางด้านจิต คือเกิดปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจ ที่แข็งแรง สมบูรณ์ ๓) ผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ ด้วยการนำหลักธรรมตรง หลักจักร ๔ ภาวนา ๔ และหลักธรรมที่ส่งเสริมร่วมในกิจกรรมการฝึกปฏิบัติสมาธิเบื้องต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวให้ เข้าใจในความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตร่วมกับสังคม ดูแลสุขภาพกายและจิต สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมี ความสุข^{๑๔๘}

พระมหาอุดร สุทธิญาโณ (เกตุทอง) ได้ทำวิจัยเรื่อง ศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมวิถีพุทธในพระไตรปิฎก พบว่า แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมในพระไตรปิฎกนั้นประกอบด้วย คำว่า สุขภาพและองค์รวม สุขภาพองค์รวมในพระไตรปิฎกต้องประกอบ ๔ มิติคือ ๑. ด้านกาย ๒. ด้านสังคม ๓. ด้านจิต และ ๔. ด้านปัญญา ดังนั้นเมื่อมุ่งเน้นผลของสุขภาพองค์รวม วิถีพุทธจึงเน้นความสุขที่ประกอบด้วยวิชา วิมุตติ วิสุทธิ สันติ ซึ่งเป็นภาวะที่เป็น ความดีของชีวิต ส่วนแนวทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพองค์รวมนั้น หลักการการดูแลสุขภาพ ทั้งป้องกัน ส่งเสริม เยียวยารักษา โดยกระบวนการแบบแก้ปัญหา

^{๑๔๗} สมบุรณ์ วัฒนะ, “แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”, วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔๔ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๙): ๑๗๓-๑๙๓.

^{๑๔๘} เจริญ นุชนิยม, “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ”, วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๖๑๙-๖๓๑.

ตามหลักอริยสัจ ๔ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) ในส่วนรูปแบบและกระบวนการสร้างสุขภาพองค์รวม วิถีพุทธในพระไตรปิฎกนี้ รูปแบบที่เน้นในด้านสุขภาพด้านจิตวิญญาณ – สติปัญญา เน้น ๓ ส. ประกอบด้วย (๑) รูปแบบการสวดมนต์ (๒) รูปแบบการปฏิบัติธรรม (สมาธิ – สติ – ปัญญา) (๓) รูปแบบการสนทนาธรรม (โยนิโสมนสิการ) และรูปแบบและกระบวนการสร้างสุขภาพองค์รวม ๔ มิติ คือ (๑) ด้านร่างกาย (ก) รูปแบบดูแลร่างกาย ประกอบด้วย การบริโภคหรือเกี่ยวกับอาหาร การใช้ยาสมุนไพร (เภสัช) เพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย และด้านร่างกายอื่น ๆ (ข) รูปแบบการพักผ่อนอิริยาบถ (ค) รูปแบบการผ่าตัด (๒) รูปแบบด้านสังคมหรือ สิ่งแวดล้อม (ก) คนกลุ่มคน (ข) ธรรมชาติ (๓) รูปแบบด้านจิตใจ และ (๔) รูปแบบด้านปัญญา ธรรมะ เช่น โพชฌงค์ ๗ สัจจะ ๑๐ สติปัฏฐาน ๔ ชั้น ๕ ไตรลักษณ์ ๓ พรหมวิหาร ๔ อธิปไตย ๔ และทิวฏฐุกรรม การปฏิบัติให้ตรง^{๑๔๙}

พระราเชนทร์ วิสารโท ได้ทำวิจัยเรื่อง การบูรณาการพุทธธรรมกับระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ในคำสอนทางพระพุทธศาสนา การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขที่แท้จริงเป็นสิ่งสำคัญ จึงสอนให้ปฏิบัติทางกายและจิตใจควบคู่กันไปอย่างพอดีตามหลัก มัชฌิมาปฏิปทา ซึ่งสรุปได้ในหลักภาวนา ๔ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางกาย พัฒนาศีล พัฒนาจิตใจ พัฒนาความรู้ความเข้าใจให้สมบูรณ์พร้อม สำหรับการวัดผลการพัฒนาตามหลักภาวนานั้น อาจใช้วิธีตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคลโดยหลักภาวิต ๔ ประการ คือ ภาวิตกาย มีกายที่พัฒนาแล้ว ภาวิตศีล มีศีลที่พัฒนาแล้ว ภาวิตจิต มีจิตที่พัฒนาแล้ว และภาวิตปัญญา มีปัญญาที่พัฒนาแล้ว ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำมาบูรณาการเพื่อสร้างความสุขในชีวิตได้ โดยมีรูปแบบกิจกรรม คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ^{๑๕๐}

นิตา ตั้งวินิต ได้ทำวิจัยเรื่อง การบูรณาการหลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ พบว่า หลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ทั้ง ๔ มิตินั้น สามารถนำพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ได้ กล่าวคือ มิติทางกายต้องมีความเข้าใจหลักอริยสัจ ๔ หลักไตรลักษณ์ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุด้านจิตวิญญาณ และต้องรักษาศีลมิให้ต่างพร้อย มิติทางจิตใจและปัญญาต้องเติมเต็มให้สมบูรณ์ให้ได้มากที่สุดด้วยหลักโพธิปักขิยธรรม ๓๗ ส่วนมิติทางสังคมต้องเอื้อหนุนสภาวะแวดล้อมด้วยหลักพรหมวิหาร ๔ และสังคหวัตถุ ๔ ซึ่งหลักธรรมดังกล่าวนี้หากมองโดยรวมแล้วสามารถย่อ

^{๑๔๙} พระมหาอุดร สุทธิธำโณ (เกตุทอง), “ศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมวิถีพุทธในพระไตรปิฎก”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔), บทคัดย่อ.

^{๑๕๐} พระราเชนทร์ วิสารโท, ผศ.ดร., “บูรณาการพุทธธรรมกับระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ”, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏบึงกาฬ, ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ (๒๕๖๐): ๗๖-๙๑.

เป็นไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ และปัญญา ซึ่งก็คือการดูแลสุขภาพกายและใจนั่นเอง และเมื่อทุกมิตีคือทางกาย ทางใจ และปัญญาดีแล้วย่อมส่งผลต่อมิตีทางสังคมตามาด้วย^{๑๕๑}

พระราชบัณฑิต และคณะ ได้ทำวิจัยเรื่อง สภาพการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุหมู่บ้านท่าทุ่งนา ตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพดีมี ๔ อย่างคือ ๑) ปัจจัยด้านอาหารเนื่องจากมีบุตรหลานคอยดูแลการบริโภคอาหารครบทั้งห้าหมู่เน้นการรับประทานผักผลไม้สดเช่นรับประทานผักน้ำพริกปลานึ่งผักสวนครัวปลอดสารพิษเป็นต้นและบางคนรับประทานอาหารเช้าเพื่อรักษาสุขภาพแข็งแรงรับประทานยาต้มสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกายและรักษาโรค ๒) ปัจจัยด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ ๓) ปัจจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุตั้งใจดูแลสุขภาพของตนอย่างดีควบคุมการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ๔) ปัจจัยด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจจากลูกหลานและเพื่อน ๆ จึงมีความสุขทางใจอารมณ์ดีทำให้ส่งต่อร่างกายเกิดความแข็งแรงขึ้นการแสวงหาหลักธรรมที่นำมาใช้ในการดำรงชีวิตหลักอริยสัจ ๔ รักษาศีล ๕ บุญกิริยาวัตถุ ๑๐ พรหมวิหารธรรม ๔ กุศลกรรมบถ ๑๐ แนะนำลูกหลานให้เข้าวัดทำบุญให้ทานรักษาศีลตอนเช้าใส่บาตพระที่มารับบิณฑบาตทุกวันก่อนนอนสวดมนต์นั่งสมาธิกรวดน้ำแผ่เมตตากราบ ๕ ครั้งมีศรัทธาความเชื่อในสิ่งที่ควรเชื่อมีปัญญารู้เหตุรู้ผลเชื่อปัญญาตรัสรู้ของพระพุทธเจ้าเชื่อกรรมเชื่อผลของกรรมเชื่อว่าที่บุคคลได้รับความสุขหรือความทุกข์ก็เพราะกรรมดีหรือ กรรมชั่วที่ตนทำไว้เชื่อว่าสัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตนเอง^{๑๕๒}

๒.๑๐ สรุป

๑) แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง ปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยให้ความสนใจการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว ๒๐ ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ถึงปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) และมีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ แต่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง คือประเภทติดบ้าน ติดเตียงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก

๒) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงปัจจุบันในประเทศไทยมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย เช่น (๑) โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ (๒) มีสถานรับเลี้ยงดูผู้สูงอายุร่วมกับ ผู้ป่วยติดเตียงอื่น (Nursing Home) (๓) มีบริการส่งพนักงานไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยังต้องมีการพัฒนามาตรฐาน ระบบการกำกับดูแล และระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้น รวมทั้งที่แต่ละบ้านใช้

^{๑๕๑} นิดา ตั้งวินิต, “การบูรณาการหลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ”, **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๘), บทคัดย่อ.

^{๑๕๒} พระราชบัณฑิต พระครูสิริโสธรคณาภิรักษ์ แม่ชีบุญช่วยศรีเปรม, “สภาพการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุหมู่บ้านท่า ทุ่งนาตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี”, **วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร**, ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙): ๑๕-๑๖.

ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล และจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้น ๆ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว ๖-๗ แสนคน

๓) แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตสรุปได้ว่า ระดับของการมีชีวิตที่ดี ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ความสัมพันธ์ทุกด้านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยแต่ละด้านจะมีลักษณะเฉพาะในการสนองความต้องการของบุคคล คุณภาพชีวิตคือการส่งเสริมให้คนมีทางเลือกในชีวิตมากขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งมีเสรีภาพและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรง มีความพอใจ สุขใจ สุขกาย และมีความสงบ

๔) แนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขตามหลักพุทธศาสนาสรุปได้ว่า ในการดำเนินชีวิตในสังคมตามหลักพุทธศาสนาจะต้องนำหลักธรรมมาปฏิบัติในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มีอยู่ของธรรมชาติ และมีการดำเนินชีวิตไปใน ๒ ส่วนด้วยพร้อมกันคือ กายกับจิต และสิ่งที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกันในชีวิตต่าง ๆ เช่น สังคมในครอบครัว คือ บิดา มารดาฯ และสังคมในระดับชุมชน คือ มิตร ครูอาจารย์ฯ ซึ่งหมายความว่า ไม่ว่าจะการดำเนินชีวิตของคนเรานั้นจะดำเนินไปในทิศทางใด คือเป็นไปในทางดี หรือเป็นไปในทางเลว ก็ต้องสัมพันธ์กันกับสิ่งแวดล้อมธรรมชาติด้วย เพราะการดำเนินชีวิตนั้นได้กระทำต่อโลก กระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในโลกนี้ โลกจึงเหมือนกับบ้านหลังใหญ่ เมื่อมีสิ่งใดเกิดขึ้นกับสมาชิกที่อาศัยอยู่ หรือสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ผลกระทบก็ต้องเกิดขึ้นกับทุก ๆ คนที่อยู่อาศัยในบ้านนั้นด้วย และเมื่อกล่าวโดยรวมถึงหลักการดำเนินชีวิตในพุทธศาสนาแล้ว ก็คือกระบวนการพัฒนาตน หรือกระบวนการพัฒนาชีวิตที่มีกล่าวไว้ครอบคลุมหลักคำสอนทั้งหมดในพุทธศาสนา คือ ไตรสิกขา ๓

๕) ทฤษฎีการมีส่วนร่วม สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงของประชาชนในการพัฒนาควรจะมี ๔ ขั้นตอน คือ ๑) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาของแต่ละท้องถิ่น ๒) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม ๓) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงาน และ๔) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ถ้าหากการติดตามงาน และประเมินผลงานขาดการมีส่วนร่วมแล้วชาวชนบทย่อมจะไม่ทราบด้วยตนเองว่า งานที่ทำไปนั้นได้รับผลดีได้รับประโยชน์หรือไม่อย่างไร การดำเนินกิจกรรมอย่างเดียวกันใน โอกาสต่อไป จึงอาจจะประสบความสำเร็จยากลำบาก

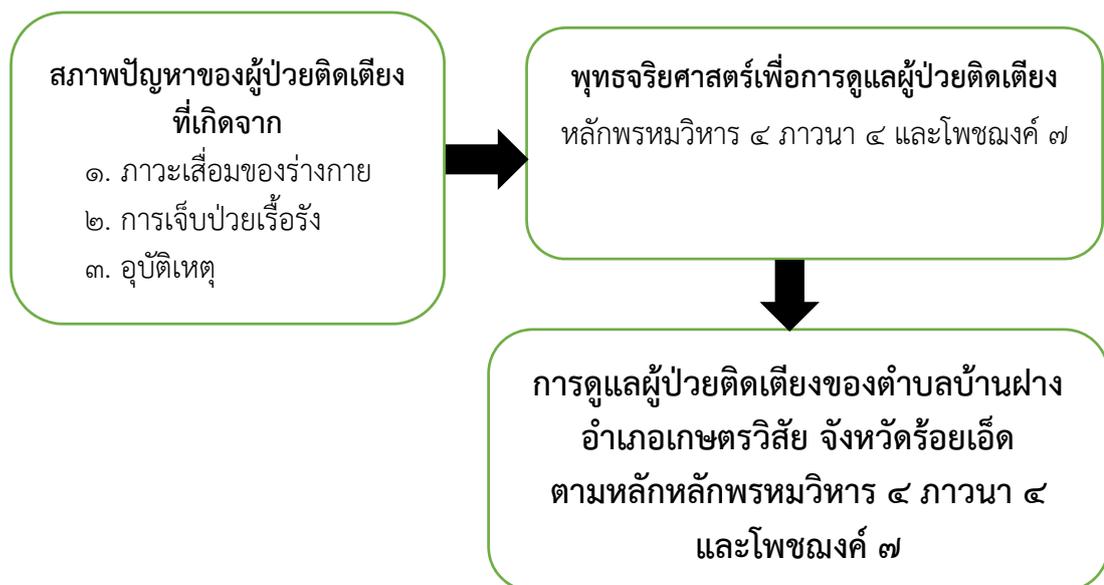
๖) ทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สรุปได้ว่า ระบบการพยาบาล และปัจจัยพื้นฐานต่อมามีการพัฒนาแนวคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยการ เพิ่มเติมแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาล และความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และสาระของทฤษฎีดังนี้คือ ๑) บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้น

ที่มีระบบระเบียบและเจาะจง (deliberate inputs) ให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตรอดและทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละคน ๒) ความสามารถของบุคคล (Human agency) เป็นความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจในรูปของการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับตนเองและผู้อื่น ๓) บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ของตนเอง ๔) บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอดวิธีการสนองตอบต่อความต้องการของตนเองและผู้อื่น และ ๕) กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีโครงสร้างจะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิกในกลุ่ม

๗) ทฤษฎีพุทธจริยศาสตร์ ที่นำมาใช้วิเคราะห์ในงานวิจัยนี้ได้แก่ หลักพรหมวิหาร เป็นหลักคุณธรรมสำหรับบุคคลโดยการที่มีจิตเมตตาธรรม และเป็นประโยชน์ปรารถนาความสุขความเจริญแก่ผู้อื่น ใฝ่ใจอันจะปลดเปลื้องความทุกข์ยากของผู้อื่น การมีหลักธรรมประจำใจอันประเสริฐที่เหนี่ยวนำจิตใจให้มีการอยู่ร่วมกันในองค์กรทำให้มีความรัก ความสามัคคี รักใคร่ปรองดองซึ่งกัน และกัน

๒.๑๑ กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

การทำวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามหลักพุทธจริยศาสตร์ (An analysis of bedside care concept of Ban Fang Subdistrict Kaset Wisai District, Roi Et Province, According to Buddhist ethics) ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ แล้วจึงกำหนดเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ส่วนระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (The bedridden caring according to the Buddhist ethics in Ban Fang Subdistrict Kaset Wisai District, Roi Et Province) ผู้วิจัยจะนำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยในบทที่ ๓ ต่อไป

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (The bedridden caring according to the Buddhist ethics in Ban Fang Subdistrict Kaset Wisai District, Roi Et Province) ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ๓.๓ พื้นที่ในการวิจัย
- ๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๕ การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
- ๓.๖ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- ๓.๗ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๘ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๙ การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล
- ๓.๑๐ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อการวิจัยถึงการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวิธีการศึกษาข้อมูลชั้นปฐมภูมิได้แก่พระไตรปิฎกฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๓๙ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลชั้นทุติยภูมิได้แก่เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยผู้วิจัย ได้กำหนดวิธีวิจัยไว้ดังนี้

๑. การศึกษาในเชิงเอกสาร (Documentary Study) ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องพระไตรปิฎก หนังสือ รายงานการวิจัย รายงานการประชุม ภาพถ่าย เอกสาร ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิด ทฤษฎี และหลักพุทธจริยศาสตร์ ที่จะมาวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

๑) ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและหลักฐานที่เกี่ยวข้องทั้งหนังสือ รายงานการวิจัย และเอกสารอื่น ๆ โดยอาศัยแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสร้างเป็นกรอบในการวิจัย

๒) ทำการวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๓) การสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๔) สรุปผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงแนวคิด หลักการ ความเป็นมา รูปแบบการประยุกต์ใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในภาคสนาม (Field Study) เพื่อวิจัยให้รู้ถึงแนวคิด หลักการ ความเป็นมา รูปแบบ ความสัมพันธ์ กระบวนการสร้าง การใช้ตัวชี้วัด ความเข้มแข็ง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดโดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดังนี้

๑) ทำการศึกษา และคัดเลือกกลุ่มบุคคลผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักตามความสำคัญของเรื่อง คือ เป็นผู้ป่วยติดเตียง และบุคคลผู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๒) ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๓) ดำเนินการศึกษาวเคราะห์แนวคิด รูปแบบ การจัดการ และแนวทางการพัฒนาความสัมพันธ์ การประยุกต์ใช้องค์ความรู้ และกระบวนการบริหารจัดการเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสุขในลักษณะของการวิเคราะห์เชิงลึก โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการศึกษาวิจัย

๔) สรุป และนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ทั้งจากการศึกษาในเชิงเอกสาร และภาคสนาม โดยนำมาวิเคราะห์ตามประเด็นที่สำคัญ คือแนวคิด ทฤษฎี สภาพปัญหา หลักพุทธจริยศาสตร์ และความสัมพันธ์ในมิติต่าง ๆ ทั้งนี้ เน้นการนำผลการวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ออกเผยแพร่เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศ

๕) สรุปผลการศึกษาวิจัย และข้อเสนอแนะ

๓.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยพิจารณาจากผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยเห็นว่าบุคคลดังกล่าวมานี้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ได้มากที่สุด จำนวน ๓๐ รูป/คน

๑. พระสงฆ์	จำนวน ๕ รูป
๒. ผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๓. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	จำนวน ๑๐ คน
๔. บุคลากรทางการแพทย์	จำนวน ๕ คน
รวมทั้งหมด	จำนวน ๓๐ รูป/คน

๓.๓ พื้นที่ในการวิจัย

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพราะเห็นว่าสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวนมากและพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกนี้จะเป็นสถานที่ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

๓.๔ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกตามวัตถุประสงค์จำนวน ๓ ข้อ โดยกำหนดคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน ๓๐ รูป/คน

๒. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อสัมภาษณ์บริบทชุมชนหรือสภาพปัญหาทั่วไปของชุมชนเช่น อาณาเขตพื้นที่ ชุมชนใกล้เคียง อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในชุมชน เป็นการสัมภาษณ์ถึงสภาพปัญหาทั่วไปที่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบสัมภาษณ์ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

๓. แนวทางการสังเกต (Observation) เพื่อสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเช่น การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

๔. สมุดจดบันทึกข้อมูลภาคสนามเพื่อบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์แก่การวิจัย

๕. เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายภาพ เป็นการบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อตรวจสอบ และยืนยันข้อมูลจากการจดบันทึกในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓.๕ การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัยผู้วิจัยได้มีขั้นตอนดังนี้

๑) ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์จนได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์มาสร้างเป็นคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) และสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นฐาน

๒) นำแบบคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาที่
ปรึกษางานวิจัยเพื่อขอคำแนะนำ และตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามเพื่อใช้ในการวิจัย

๓) ปรับปรุงแบบคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตามข้อเสนอแนะ
ของที่อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕ ท่านในการตรวจสอบความเหมาะสม
เชิงเนื้อหา ภาษา และวิธีวิจัย ประกอบด้วย ๑) ผศ.ดร. สุวิน ทองปิ่น ๒) ผศ.ดร.ประยูร แสงใส ๓)
ผศ.ดร.ชาญชัย ฮวดศรี ๔) ผศ.ดร.จักรพรรธน์ วงศ์พรพวิณ ๕) ผศ.ดร.นิเทศ สนั่นนารี

๔) นำแบบคำถามในการสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๕
ท่านให้ข้อเสนอแนะไปปรึกษาที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม

๕) ปรับปรุงแบบคำถามในการสนทนากลุ่มแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตามข้อเสนอแนะของที่
ปรึกษางานวิจัย

๖) จัดพิมพ์เครื่องมือวิจัยฉบับสมบูรณ์แล้วนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

๓.๖ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มุ่งวิจัยถึงการดูแล
ผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดย
กำหนดขั้นตอนไว้ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นจัดสนทนากลุ่ม
(Focus group) เพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ขั้นตอนที่ ๒ การดำเนินการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ใน
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

๑) คัดเลือกชุมชนและกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้เลือกตำบลบ้านฝาง อำเภอ
เกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน ๓๐ รูป / คน

๒) ผู้วิจัยนัดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวนทั้งสิ้น จำนวน ๓๐ รูป / คน เพื่อจัดสนทนากลุ่ม
(Focus group)

๓) จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน ๒ ครั้ง เพื่อวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยติดเตียง
ตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๔) การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยเครื่องมือที่สร้างขึ้น และได้ผ่านตรวจสอบความเชื่อมั่นแล้ว
เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ครบถ้วน และชัดเจน

๓.๗ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เสนอต่อผู้นำชุมชนที่เป็น
พื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย โดย
การทำกิจกรรมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๒) ชี้แจงวัตถุประสงค์ประสงค์ของการลงพื้นที่ ด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม การสนทนากลุ่มย่อย และการสัมภาษณ์เชิงลึก ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๓) อบรมผู้ช่วยการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และทำความเข้าใจ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

๔) ผู้วิจัยกำหนดนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ ที่จะทำกิจกรรมกลุ่ม การสนทนากลุ่มย่อย และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

(๑) นำหนังสือจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น เสนอต่อผู้นำชุมชนที่เป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขออนุญาตดำเนินการการวิจัยและลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัย โดยการทำกิจกรรมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

(๒) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observations Participant) ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของฝ่ายต่าง ๆ ที่จะทำควบคู่กับการสัมภาษณ์พระสงฆ์ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรทางการแพทย์ ในพื้นที่ และเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนที่เป็นกรณีศึกษาเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

(๓) การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) สำหรับพระสงฆ์ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และบุคลากรทางการแพทย์ ในพื้นที่

(๔) การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

(๕) การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๓.๘ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑) การทบทวนเอกสาร ๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

๒) การจัดสนทนากลุ่ม ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

๓) การสัมภาษณ์เชิงลึก ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๔) การวิเคราะห์ข้อมูลและทำรูปเล่มร่างสมบูรณ์ ธันวาคม ๒๕๖๓

๕) การสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

๓.๙ การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ การสังเกตการณ์ การสนทนากลุ่มย่อย การจดบันทึก โดยการเสนอข้อเท็จจริงเชิงประจักษ์ ด้วยการตีความ การแปรความ และการจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์แล้ววิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาวิธี (Descriptive Ananlysis) ตามหลักการของอุปนัยวิธี

(Inductive Method) โดยยึดวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นแนววิเคราะห์เพื่อนำเสนอข้อเท็จจริงที่ได้จากการวิจัยโดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์โดยการสรุปตามสาระสำคัญด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามประเด็นหัวข้อดังนี้

- ๑) จัดหมวดหมู่ข้อมูลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มาทั้งหมด
- ๒) แยกแยะข้อมูลในด้านต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์อย่างเป็นระบบ
- ๓) เปรียบเทียบข้อมูล ลักษณะที่เหมือนกันและแตกต่างกัน
- ๔) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนาวิเคราะห์ตามหลักอุปนัยวิธีโดยวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ๕) สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล และอภิปรายผล

๓.๑๐ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้จัดทำได้ขอพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยได้อธิบายถึงเหตุผล และวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน ๓๐ รูป/คน มีความยินยอม และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ ดังนั้นผู้วิจัยที่มีความสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด จึงได้ขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดในการตอบแบบสัมภาษณ์ ในการนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีสิทธิ์ในการตอบหรือปฏิเสธในการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธในการตอบคำถามได้ โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และในการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอเป็นแบบภาพรวมทั้งหมด เพื่อไม่ทำให้เกิดผลกระทบแก่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นตอบโจทย์วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ ๔ ต่อไป

บทที่ ๔

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

๔.๑ ศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๔.๒ ศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๔.๓ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๔.๔ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๕ องค์กรความที่ได้จากการวิจัย

๔.๑ การศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

พบว่า สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ปัญหาของผู้สูงอายุที่กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่สำคัญคือเกือบครึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ทำให้เป็นภาระต่อผู้เลี้ยงดูหรือครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ และสังคม จากครอบครัวใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว เมื่อลูกหลานแต่งงานจะแยกครอบครัวของตนเองไปหรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงทั้งเป็นสูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีกระบวนการเสื่อมเพิ่มขึ้นตามธรรมชาติ กระบวนการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปโดยเกิดขึ้นทุกระบบของร่างกาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และทางด้านสังคม ผู้ป่วยติดเตียงที่ผู้วิจัยเลือกเป็นกรณีศึกษาโดยส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีระดับคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันได้ต่ำ และจากการลงพื้นที่เพื่อ

ตรวจเยี่ยมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยติดเตียงพบว่า สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบ และนำไปสู่ภาวะของเส้นเลือดในสมองแตกเช่น เป็นผู้ที่ความดันสูง มีไขมันในเส้นเลือดสูง และเกิดจากภาวะที่มีน้ำหนักตัวมากจนเกินไป สาเหตุดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ถ้าได้รับการรักษาฟื้นฟูด้วยวิธีเคมีบำบัดและด้วยวิธีกายภาพบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพทางกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้เร็วที่สุด และพบว่า ถ้าได้รับการรักษาได้ทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้เร็วขึ้นจะไม่กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง แต่วิธีการดังกล่าวนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพความเสียหายของสมองที่ขาดออกซิเจนว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และสมองบริเวณไหนที่ถูกทำลาย ถ้าเนื้อสมองถูกทำลายมากก็จะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลง นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่นการดูแลเอาใจใส่ของญาติพี่น้องก็ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยด้วย และยังส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อ มีอาการเกร็งของแขนขา หรือแผลกดทับ เป็นต้น หลัง ๖ เดือนแล้วการฟื้นตัวจะช้าลง ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ ถึงแม้ผู้ป่วยจะฟื้นตัวทางกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่สภาวะทางจิตใจ ทางสังคม และปัญญา ยังต้องได้รับการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากสภาพปัญหาดังกล่าวมานี้ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ ๑ ไว้ ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑. การวิเคราะห์ตามเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านผาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดังนี้

๑) แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาสั้นใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีระดับคะแนนการทํากิจวัตรประจำวันได้ต่ำกว่า ๔ คะแนน จำแนกได้หลายระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน และการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน

ระดับที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน อาจมีปัญหาการกินและการขับถ่าย

ระดับที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

ระดับที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

และจากศึกษาพบว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" มาแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยเกณฑ์ ที่สหประชาชาติกำหนด คือ มีสัดส่วนของผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๑๐ หรือมีผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ ๗ ถึงปี ๒๕๖๐ สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ ๑๗ แล้ว กล่าวคือมีผู้สูงอายุมากกว่า ๑๐ ล้านคน จากประชากรของประเทศประมาณ ๖๕ ล้านคน และยังพบว่า ผู้สูงอายุกว่า ๑๐ ล้านคนนี้มีส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการสำรวจเป็นระยะๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ

พึ่งพิงราวร้อยละ ๑๐ หรือราว ๑ ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภท "ติดบ้าน" ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ ๘๕ หรือราว ๘.๕ แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมด หรือเป็นประเภท "ติดเตียง" ร้อยละ ๑๕ หรือ ๑.๕ แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ "วัยปลาย" ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ และในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย เช่น (๑) โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ (๒) มีสถานรับเลี้ยงดูแลผู้สูงอายุรวมกับผู้ป่วยติดเตียงอื่น (๓) มีบริการส่งพนักงานไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยังต้องมีการพัฒนามาตรฐาน ระบบการกำกับดูแล และระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้น รวมทั้งที่แต่ละบ้านใช้ญาติดูแลกันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแล และจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวจะแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้น ๆ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว ๖-๗ แสนคน

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

จากศึกษาพบว่า ปัจจัยเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบบหลายมิติเนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าใจสิ่งเหล่านี้ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การดูแล ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุเองที่มีผลเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นแยกรายละเอียดปัจจัยได้ดังนี้

๑) ผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเอง ภาควิชาการในชีวิตให้เกิดคุณค่า สามารถที่จะนำความรู้และประสบการณ์ในชีวิตช่วยให้คนรุ่นหลังเรียนรู้เพื่อเป็นการช่วยให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ต้องยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

๒) ครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักในการให้ความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น คนในครอบครัวจะต้องเข้าใจและปรับตัวในการใช้ชีวิตและการทำงานในชีวิตประจำวัน เข้าใจใส่ใจผู้สูงอายุด้วยความรัก และเมตตา

๓) ผู้ดูแล ในสังคมไทยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัว เครือญาติหรือลูกหลาน หมั่นดูแลใส่ใจผู้สูงอายุด้วยความรัก คิดเสมอว่าผู้ดูแลที่สำคัญต้องเป็นคนในครอบครัว

๔) สังคมชุมชน สิ่งแวดล้อมที่ดี ถ้าระบบในชุมชนดี เข้มแข็งเป็นการสนับสนุนส่งเสริมการดูแลให้มีกิจกรรมการสร้างสรรค์ส่งเสริมทั้งกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุ

๓. ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวนาน ๆ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใช้กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่บนเตียง โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไว้ดังนี้

๑) ภาวะกลืนลำบาก ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอาจมีปัญหาการกลืนลำบาก โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเส้นประสาท เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อัลไซเมอร์ หรือพาร์กินสัน ฯลฯ เมื่อมีปัญหาการกลืนลำบาก มักจะสำลักง่าย หรือไอขณะรับประทานอาหาร อาจทำให้อาหารลงไปหลอดลม มีโอกาสทำให้ปอดติดเชื้อหรือเป็นปอดบวมได้ เมื่อประเมินภาวะกลืนลำบากและความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลโภชนาการตามแบบประเมินแล้ว จากนั้นให้ผู้ดูแลฝึกกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อในท่านั่ง ๔๕-๙๐ องศา ตามคำแนะนำดังนี้

วิธีการกระตุ้นการกลืน ๕ ท่า

ท่าที่ ๑ การชูนิ้วโป้งของมือข้างถนัด กำนิ้วที่เหลือ กดนิ้วโป้งตรงกลางริมฝีปากบน

แล้ววนเป็นวงกลม (ตามเข็มนาฬิกา) รอบริมฝีปากกลาง แล้วจบที่จุดเริ่มต้น รวม ๕ รอบ แล้วใช้นิ้วชี้ของมือข้างถนัด กำมือที่เหลือตะในทิศทางต่าง ๆ ตามภาพ เพื่อปรับความรู้สึกรอบริมฝีปาก

ท่าที่ ๒ ชูนิ้วก้อยมือข้างที่ถนัด กำนิ้ว หงายมือเพื่อเชื่อมุมปากขวา ในทิศทางขึ้นเร็ว ๆ ๕ ครั้ง และคว่ำมือเพื่อเชื่อมุมปากซ้ายในทิศทางขึ้นเร็ว ๆ ๕ ครั้ง

ท่าที่ ๓ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่กัดฟันแน่นเมื่อสัมผัสแก้มหรือริมฝีปากให้ผู้ดูแลช่วยเปิดปากผู้สูงอายุ โดยเข้าด้านหน้าใช้นิ้วชี้แตะข้อต่อใกล้โหนกแก้มเพื่อขยับขากรรไกร กับใช้นิ้วโป้งแตะเหนือคางเพื่อขยับริมฝีปากกลาง (จะใช้นิ้วกลางช่วยขยับกับนิ้วโป้งก็ได้แต่ห้ามใช้แรงมากเกินไป) ใช้นิ้วอีกข้างจับแปรงสีฟันขนนุ่ม กระตุ้นบริเวณลิ้นคือ ลูกขี้ๆ ด้านข้าง (ข้างถนัดหรือข้างอ่อนแรง) จากกลางลิ้นมาปลายลิ้น แล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง แล้วขยับจากกลางลิ้นตัวตั้งขึ้นเร็ว ๆ ไปด้านข้าง แล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง ต่อด้วยขยับจากค้อยไปทางปลายลิ้น ตัวตั้งขึ้นช้าๆ ไปด้านข้างแล้วทำเช่นเดียวกันกับอีกข้าง

ท่าที่ ๔ ผู้ดูแลหันหน้าเข้าด้านข้างของผู้สูงอายุ (ข้างถนัดในกรณีทั่วไปข้างอ่อนแรงหรือข้างที่เพิกเฉย กรณีผู้สูงอายุ มีโรคหลอดเลือดสมอง) โดยมีวิธีการ คือ ผู้ดูแลใช้สามนิ้วแตะทำงานพร้อมๆ กัน ได้แก่ นิ้วกลางแตะใต้คางเพื่อกระตุ้นน้ำลาย นิ้วโป้งแตะข้อต่อใกล้โหนกแก้มเพื่อขยับขากรรไกร และนิ้วชี้แตะเหนือคางเพื่อขยับริมฝีปากกลาง (ถ้าไม่ถนัดจะเข้าด้านหน้าก็ได้ แต่ปรับตำแหน่งระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้) และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุอ้าปากปิดปาก ใช้นิ้วอีกข้างช่วยจับก้มคอลง ๓๐ องศา (ให้หันคอไปข้างที่อ่อนแรง กรณีมีโรคหลอดเลือดสมอง) กลืนน้ำลายค้ำไว้ นับ ๑-๒-๓ นับเป็น ๑ รอบ ทำ ๕ รอบ ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้ ให้ทำท่าที่ ๕ ถ้ามีสำลักน้ำลายให้หยุดทำ ท่าที่ ๔ แล้วส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดต่อไป

ท่าที่ ๕ ขณะผู้สูงอายุก้มคอกลืนน้ำลายจากท่าที่ ๔ ให้ผู้ดูแลใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางของมือข้างถนัด ลูบขึ้นเร็ว ๆ ตั้งแต่รอยบุ้มระหว่างคอ(ระหว่างรอยต่อไหปลาร้าสองข้าง) จนถึงใต้คาง ทำ ๓ รอบ ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้ ให้ใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางกดบริเวณใต้คางลงมาเรื่อย ๆ ซ้ำๆ จนถึงบริเวณเหนือรอยบุ้มระหว่างคอ ทำ ๓ รอบ ถ้าผู้สูงอายุกลืนน้ำลายไม่ได้และสำลักน้ำลาย ให้หยุดทำท่าที่ ๕ แล้วส่งปรึกษานักกิจกรรมบำบัดต่อไป

สิ่งที่ผู้ดูแลหรือญาติควรกระตุ้นกรณีผู้ป่วยติดเตียง ที่ควรทำทุกวัน คือพูดกระตุ้นผู้ป่วยให้ตื่นตัว ฝึกยิ้มกว้าง ๆ เป็นการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณหน้า ฝึกหายใจโดยการปรับเตียง ๔๕ - ๙๐ องศา จับลูกนั่งบนเตียง ฝึกหายใจเข้าทางจมูก เป่าปาก ๓ ครั้ง หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ ๓ ครั้งให้หลับตา ขมวดคิ้ว ย่นจมูก ๓ ครั้ง ฝึกทำปากจู๋ - สบฟัน ๓ ครั้ง + ก้มคอ กลืนน้ำลาย ไอ ๑ ครั้ง เปล่งเสียง อา-อุ-โอ ดัง ๆ ๑ ครั้ง แล้วฝึกกลืน ในการดูแลผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก และป้องกันการสำลักอาหาร โดยการปรับอาหารให้เหมาะสม อาจให้อาหารช้อนก่อน แต่ปริมาณน้อย เช่น โจ๊กปั่น เพื่อว่าผู้ติดเตียงสามารถกลืนได้หรือไม่ อาหารฝึกกลืนควรมีเนื้ออาหารชิ้นหนืด มีน้ำจากเนื้ออาหาร รสชาติไม่หวาน ไม่เค็ม ไม่รสจัด และกลืนได้หลังบดกับเหงือก (ไม่เคี้ยวด้วยฟัน) เช่น โจ๊กข้น (ไม่ใช่เนื้อสัตว์ - ไข่ - ผัก) ไข่ลวกฟักทองบด มันบด กลัวย่น้ำว่าสูกบด สังขยา (ไม่เกิน ๑ ช้อนชา)ต่อคำและไม่เกิน ๕ คำต่อมื้อ รวมทั้งวันควรให้ ๓ - ๕ มื้อ)

๒) ภาวะสมองเสื่อม ถ้าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจสภาวะการป่วย ไม่ตำหนิหรือโต้เถียงทำทุกสิ่งให้ง่ายและเป็นขั้นตอน พูดซ้ำๆกรณีผู้ป่วย ลืมหรือจำไม่ได้ ฝึกผู้ป่วยโดยการ ปรับเตียง ๔๕ - ๙๐ องศาแล้ว จับลูกนั่งบนเตียง กระตุ้นการมอง โดยฝึกหยิบของส่งจากมือซ้ายไปขวา ๓ ครั้ง และขวาไปซ้าย ๓ ครั้ง และ กระตุ้นฟังเสียงเพลง โดยเริ่มปรบมือตาม จากหน้าอก จมูก เหนือศีรษะ ฝึก ๓ ครั้งต่อรอบ ฝึก ๕ รอบ จากนั้น ฝึกหันคอซ้าย ขวา ก้ม เงย และมองตรง ฝึก ๓ ครั้ง ให้หลับตา ขมวดคิ้ว ย่นจมูก ฝึก ๓ ครั้ง และ ประสานมื่อยกแขนขึ้นลง ฝึก ๕ ครั้ง

๓) ภาวะซึมเศร้า ประเมินสัญญาณเตือน ลดสิ่งกระทบความรู้สึก เข้าใจโรค พูดคุยรับฟัง ให้กำลังใจฝึกผู้ป่วยด้วยการ ปรับเตียง ๔๕ - ๙๐ องศาแล้ว จับลูกนั่งบนเตียง ผู้ดูแลใช้มือแตะอวัยวะบนหน้าแล้วให้ผู้ป่วยเลียนแบบ ฝึก ๓ ครั้ง และให้ผู้ป่วยติดเตียง ส่งเสียงเรียกขณะแตะอวัยวะ และให้ออกเสียงพูดตาม ฝึก ๓ ครั้ง และฝึกขยับคิ้วขึ้น กลอกตาซ้ายไปขวา ๓ ครั้ง ให้ผู้ป่วยปรบมือข้างหน้า หลัง ซ้าย ขวา กลางลำตัว ๓ ครั้ง และการให้งอเข่า ยกขาขึ้นลง เขยียดเข่า ยกขาขึ้นลง ฝึก ๓ ครั้ง

๔) ภาวะการติดเชื่อ พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ติดเตียง มักพบการติดเชื่อที่ปอด การติดเชื่อในทางเดินปัสสาวะ การติดเชื่อจากแผลกดทับ อาการอาจจะไม่ชัดเจนเท่ากับวัยอื่นที่อายุน้อยส่วนมากพบว่ามีอาการเป็นไข้ หรือ การรู้สึกตัวเปลี่ยนไป

๔.๑) การติดเชื่อที่ปอด มักเกิดจากการสำลักอาหาร มีอาการไข้ ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับอาการฟังปอดได้ยินเสียงผิดปกติ ควรพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา อาจต้องเอ็กซเรย์ปอด หากเป็นจากแบคทีเรียต้องได้รับยาฆ่าเชื้อ ถ้ามีอาการมากต้องนอนโรงพยาบาล เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และช่วยเรื่องการหายใจ เช่น ให้อาาขยายหลอดลมให้ออกซิเจน การใส่ท่อช่วยหายใจ

๔.๒) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีสายสวนปัสสาวะ ทางเดินปัสสาวะผิดปกติ มีโรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโต และช่วยเหลือตนเองได้น้อย จะมีอาการ : ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่ออก ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่นหรือมีเลือด หากกรวยไตอักเสบจะมีไข้หนาวสั่น ปวดสีข้างร่วมด้วย ในการดูแลผู้ที่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะโดยการ ส่งตรวจปัสสาวะและส่งพบแพทย์เพื่อรับยาฆ่าเชื้อและ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากขึ้นและอย่ากลั้นปัสสาวะ หากมีสายสวนปัสสาวะ ควรดูแลเรื่องสายและถุงปัสสาวะ

๔.๓) การติดเชื้อจากแผลกดทับ แผลกดทับมักเกิดกับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้นอนติดเตียงเป็นเวลานาน ๆ มักพบบริเวณปุ่มกระดูก ขึ้นอยู่กับท่าทางการนอนของผู้ป่วย เช่น สะโพก ต้นขา ส้นเท้า และตาตุ่ม โดยมีระดับความรุนแรงของแผลกดทับ ดังนี้

ระยะที่ ๑ : ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด มีรอยแดงบริเวณที่กดทับรอยแดงไม่จางหายไปเมื่อเอานิ้วกดบริเวณนั้น

ระยะที่ ๒ : ผิวหนังหลุดลอกบางส่วนเห็นเป็นแผลตื้นก้นแผลแดงอาจเป็นลักษณะตุ่มแผลพุพอง
ระยะที่ ๓ : สูญเสียผิวหนังไปทั้งหมด จนถึงชั้นไขมันแต่ยังไม่เห็นชั้นกล้ามเนื้อและกระดูก

ระยะที่ ๔ : สูญเสียผิวหนังไปทั้งหมด จนถึงชั้นกล้ามเนื้อเอ็นและกระดูก

การป้องกันโดยการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง และจัดท่าทางผู้ป่วย ป้องกันการเสียดสี เช่น ใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีลาก ดูแลผิวหนัง ทำความสะอาดไม่ให้เปียกชื้น โดยเฉพาะหลังปัสสาวะและอุจจาระ ทาครีมหรือวาสลีน เพื่อลดการแห้งแตกของผิวหนัง ให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างพอเพียงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเท่าที่ทำได้ ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีแผลกดทับ ควรหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่มีแผล เช่น ถ้ามีแผลตรงกระดูกกระเบนเหน็บ ควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงาย เปลี่ยนเป็นท่านอนคว่ำหรือนอนตะแคง ควรเปลี่ยนท่าทางทุก ๒ ชั่วโมง ประเมินเรื่องความปวดและให้ยาบรรเทาอาการ อย่างเหมาะสม เลือกวิธีทำแผลที่ไม่ปวดมาก ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแผลตั้งเป้าหมายร่วมกันกับครอบครัว ถ้าแผลที่มีความรุนแรงมาก มีการติดเชื้อ บวมแดง มีหนองหรือเนื่อตาย ควรส่งพบแพทย์เพื่อประเมินและรักษา ส่วนแผลระยะที่ ๔ และแผลที่ลึกมาก ควรได้รับการดูแลจากศัลยแพทย์

๔.๔) ภาวะการเคลื่อนไหวลำบาก ผู้สูงอายุมีปัญหาเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากหลายสาเหตุ บางคนมีอาการปวด เช่น ปวดหลัง เอว สะโพก เข่า หรือขา มวลกล้ามเนื้อน้อยหรืออ่อนแอ ร่างกายอ่อนแอ มีความผิดปกติในระบบประสาท การทรงตัวไม่ดี ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหักได้ง่าย เจ็บป่วยด้วยโรค เช่น สมองเสื่อม พาร์กินสัน รูมาตอยด์ และข้อเข่าเสื่อมและปัญหาทางจิต หรือได้รับการรักษาอาการทางจิตบางประเภท ปัญหาเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นนาน ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เคลื่อนไหวลดลง สุดท้ายจนต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงต้องมีคนดูแลตลอดเวลา

๔.๕) ท้องผูก การท้องผูกคือ ขับถ่ายน้อยกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ และมีอุจจาระแข็ง มีสาเหตุได้หลายประการ คือสาเหตุทางกาย ทางใจ และทางสภาพแวดล้อม โดยแยกประเด็นสาเหตุและวิธีการแก้ไขดังนี้

สาเหตุทางกาย พบว่า กรณีผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวน้อย เป็นผู้ป่วยที่นอนติดเตียงให้ ศีรษะยกสูง ลงมานั่งรถเข็นบ้าง นวดท้องวันละ ๒ ครั้ง เช้ามีดและก่อนอาหารเย็น นวดกลางท้องจาก ลิ้นปี ไล่ไปตามชายโครงลงมาตามลำตัว จะดีมาก ถ้าตีมน้ำ ๑ - ๒ แก้ว ก่อนนวด ๑๕ - ๒๐ นาที จากนั้นเพิ่มการเคลื่อนไหวแขนขา ด้วยการบริหาร ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยติดเตียงมีการใช้ยาแก้ปวดเช่น มอร์ฟีน การบรรเทาอาการไอ ควรให้ยาที่ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว เพิ่มอาหารที่มีกากหรือใย อาหารผัก : มะระจีน ข้าวโพดอ่อน ถั่วลันเตา คენหอย ผักกาด กวางตุ้ง และตำลึง ผลไม้ : แอปเปิ้ล เมล็ดแมงลัก และแก้วมังกร รับประทานผลไม้ช่วยระบายเช่น มะขาม (ช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ตัว) กลัวยสุก มะละกอ ลูกพรุน (ระวังระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูง หากให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ รับประทานมาก)

สาเหตุทางใจ พบว่า เนื่องจากไม่ได้ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา

สาเหตุทางสภาพแวดล้อม พบว่า อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ท้องผูก เพราะ สถานที่ขับถ่ายไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็น

การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

การทำความสะอาด ได้แก่

๑) การทำความสะอาดภายในช่องปาก สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ ผู้ดูแลควรใช้แปรงสีฟัน หรือผ้าชุบน้ำเกลือ ถูบริเวณฟัน ลิ้น และใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดซำบริเวณ ฟัน กระพุ้งแก้มและลิ้นโดยเช็ดให้ถึงโคนลิ้นเพื่อเอาเสมหะหรือน้ำลายเหนียวให้มากที่สุด ในขณะที่ทำ ความสะอาดควรตะแคงหน้าผู้สูงอายุไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักน้ำหรือน้ำลาย ข้อสำคัญ ควรทำความสะอาดภายในช่องปากก่อนรับประทานหรือภายหลังรับประทาน ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก ควรให้บ้วน ปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและรักษาความชุ่มชื้นบริเวณริมฝีปากโดยทาวาสลีนบ่อย ๆ

๒) การทำความสะอาดร่างกาย ควรทำอย่างน้อยวันละ ๑-๒ ครั้ง ถ้าสามารถ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ควรพาไปอาบน้ำ ถึงแม้จะมีสายยางให้อาหาร หรือคาสายสวนปัสสาวะก็พาไป อาบน้ำได้ แต่ถ้าไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ให้เช็ดตัวบนที่นอน ฟอกสบู่และเช็ดให้สะอาด หลังทำความสะอาด ร่างกายเสร็จแล้วควรทาโลชั่น เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น แต่ไม่ควรทาแป้งมากนักตามบริเวณซอก อับต่าง ๆ เช่น รักแร้ ขาหนีบ และใต้ราวนม เพราะจะทำให้เกิดเชื้อราและเป็นแผลได้ ส่วนมือและเท้า ควรแช่น้ำ ถูล้างคราบสกปรกออกให้หมด การทำความสะอาดศีรษะและผม ควรสระผมอย่างน้อย อาทิตย์ละ ๒-๓ ครั้ง และควรตัดผมให้สั้นเพื่อความสะดวกในการดูแลรักษาการทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์ ในกรณีที่ไม่สามารถทำเองได้ควรล้างน้ำหรือเช็ดให้สะอาด และซับให้แห้ง

๓) การกระตุ้นการรับรู้ และความทรงจำ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรับรู้และ ความทรงจำ ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้อยู่ในสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย หรือ ให้อาหารที่คุ้นเคย ปฏิทิน นาฬิกา รูปภาพ มีการบอกถึงวัน เวลาและสถานที่ ฟังวิทยุ ตลอดจน สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุพบปะกับบุคคลที่ชอบหรือคุ้นเคย เช่น ลูกหลาน เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรใช้เวลาผู้สูงอายุในการปรับตัว ไม่ควรเร่งเร้าจนเกินไป นอกจากนี้ควรประเมินว่าผู้ป่วยสูงอายุมี ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยินลดลงหรือไม่ ถ้ามีควรแก้ไขหรือหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ

๔) การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีโรคประจำตัว จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลาเต้าเจี้ยว ปลาเค็มหรือของหมักดอง ผู้ที่มีโรคเบาหวานควรควบคุมอาหารหวาน ขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานส่วนผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงควรงดอาหารมีไขมัน หรือโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง ไขมันสัตว์ ของทอด กะทิปลาหมึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านการกลืน หรือสำลักอาหารบ่อยครั้ง ในระยะแรกอาจต้องให้อาหารทางสายยาง เมื่อระบบการกลืนดีขึ้น(โดยสังเกตจากการที่ผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายตนเองได้) จึงให้รับประทานอาหารทางปากโดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือยกศีรษะสูง อาหารควรวางในระดับลานสายตาของผู้สูงอายุและอาหารที่ให้อาหารควรมีลักษณะชิ้นอ่อนนุ่มเหมาะต่อการเคี้ยว อุณหภูมิไม่เย็นหรือร้อนจนเกินไป รสไม่จัด ถ้าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ควรจัดอาหารให้วันละ ๕-๖ ครั้ง หลังรับประทานอาหารควรให้ผู้สูงอายุนั่ง หรือนอนในท่าศีรษะสูงต่ออย่างน้อย ครั้งถึง ๑ ชั่วโมง ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการเบื่ออาหาร ผู้ดูแลควรปรับเปลี่ยนสถานที่ มีการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว จัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยสูงอายุชอบหรือจัดอาหารให้น่ารับประทานมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรประเมินว่าผู้ป่วยสูงอายุได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่ โดยดูจากน้ำหนักหรือรูปร่างของผู้ป่วยสูงอายุว่าอ้วนขึ้นหรือผอมลง

๕) การดื่มน้ำ ผู้สูงอายุบางคนสำคัญง่าย โดยเฉพาะการดื่มน้ำจะลำบากกว่าการกลืนอาหารที่มีลักษณะชิ้นหรืออ่อน ดังนั้นการให้น้ำควรเพิ่มความระมัดระวัง อาจให้ในรูปของอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำปนอยู่ด้วยหรือป้อนน้ำด้วยช้อนเล็กข้าง ๆ กระทบแก้มหรือให้น้ำทางสายให้อาหาร โดยให้ประมาณวันละลิตรครึ่งถึง ๒ ลิตร(ในกรณีที่ไม่จำกัดน้ำ) อาจให้หลังรับประทานอาหารและระหว่างมื้ออาหาร และควรสังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าสีเข้มควรให้น้ำเพิ่ม ผู้สูงอายุที่ได้รับน้ำเพียงพอปัสสาวะจะมีสีเหลืองอ่อนและจำนวนปัสสาวะที่ออกมาควรสัมพันธ์กับน้ำที่ให้ คือเมื่อให้น้ำมากปัสสาวะจะมากขึ้น เมื่อให้น้ำน้อยปัสสาวะจะน้อยลง ส่วนผู้ที่ต้องจำกัดน้ำ เช่นผู้ที่มีโรคหัวใจ ไตวาย ควรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาลที่ดูแล

๔. หลักในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียง

จากการที่ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานของละคนมีความแตกต่างกัน การประเมินทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑) การประเมินสุขภาพด้านกาย จะต้องมีการซักประวัติ อาการสำคัญ และประวัติส่วนตัว รวมทั้งยาที่รับประทานเป็นประจำ อย่างละเอียด สิ่งที่ควรเพิ่มเติม คือ ข้อมูลทางโภชนาการ การประเมินท่าเดิน ประวัติการหกล้ม และการมองเห็น การได้ยิน การตรวจหาแผลกดทับ

๒) การประเมินด้านจิต ผู้สูงอายุมักจะพบพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เพื่อคัดกรองสภาวะจิตเพื่อประเมินสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติจะได้ทำการรักษา

๓) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเด็นที่ควรประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุนานะทางครอบครัว และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินผู้สูงอายุและผู้ดูแล และป้องกันการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งในโรงพยาบาลเมื่อมารับการรักษา

๔) การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยแบ่งเป็น ๒ ระดับคือ
 ๑) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้า แปรงฟัน การเดิน เป็นต้น และ ๒) ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันโดยใช้อุปกรณ์เป็นการประเมินความสามารถที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด เป็นต้น

เมื่อผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกายตามกาลเวลาร่วมกับโรคเรื้อรังประจำตัว ท้ายสุดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ใช้ส่วนเวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงไม่ว่าจะเป็น การกิน การขับถ่าย เป็นต้น ส่งผลต่อมีผู้ดูแล จากงานวิจัยการสำรวจ ปัญหาที่พบได้บ่อยมีดังนี้

๑) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวสุขภาพไม่แข็งแรงผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคเรื้อรังหลายโรคปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ข้อติด แผลกดทับ ๒) ปัญหาด้านจิตใจเหงาและเครียด

๓) ปัญหาด้านสภาพเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีรายได้จากเงินผู้สูงอายุ และเงินผู้พิการซึ่งรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือนเนื่องจากต้องใช้ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก

๔) ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุติดเตียงมีสภาพสกปรกรกรุงรังมีกลิ่นเหม็นจากปัสสาวะ และอุจจาระ

๕) ปัญหาขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนปัญหาของผู้ดูแลได้แก่ ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยร่วมกับสมรรถนะทางร่างกายลดลงมีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจเศรษฐกิจสังคม

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีร่างกายที่เสื่อมสภาพพร้อมกับมีโรคประจำตัวมากกว่า ๑ โรคขึ้นไป ประกอบกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นมาทำให้มีวิธีการที่ทำให้มีอายุยืนยาวขึ้น บางคนมีการเจ็บป่วย รักษาไม่หายขาดต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง การทำกิจกรรมประจำวันต้องการคนอื่นมาดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระดับที่น้อยจนถึง ต้องให้ช่วยทั้งหมด กิจกรรมส่วนใหญ่ต้องอยู่บนเตียง ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตนเองได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลย แต่ในสังคมปัจจุบัน จากการสำรวจพบว่าสัดส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงน้อยลงหรือบางคนไม่มีผู้ดูแลเลยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อสังคมในวงกว้าง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องดูแลเกือบตลอดเวลา อาจจะทำให้เกิดภาวะเครียด ปวดล้ากล้ามเนื้อและภาวะทางการเงินไม่มีเวลาออกไปทำงานหาเงินเลี้ยงชีพตนเอง การนำมาหลักพุทธจริยศาสตร์ซึ่งเป็นหลักธรรมนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้น ลดความตึงเครียดในจิตใจอันที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้

๕. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

จากการลงพื้นที่ และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในวันที่เสาร์ที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ โดยมีผู้ร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย

- ๑) พระยงค์ยุทธ เทวธมโม (ผู้วิจัย/ผู้ดำเนินรายการ)
- ๒) พระครูสีลพรหมประภาต
- ๓) พระครูปัญญาธรรมวิมล

- ๔) นายเกษม ทองลาด (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง)
- ๕) นางสาวสายลม ต້องเดช (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง)
- ๖) นางนางทองใส สุธยพันธ์น้อย (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง)
- ๗) นางนาง เหนือผุยผาย (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง)
- ๘) นางประคอง สมทรัพย์ ผอ. รพสต.หนองกุ้ง (บุคลากรทางการแพทย์)
- ๙) นางสาวการติมา ภาชี นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (บุคลากรทางการแพทย์)
- ๑๐) นางสาวสุกัญญา ชำทิพย์พาที พยาบาลวิชาชีพ ปฏิกร (บุคลากรทางการแพทย์)

สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มในการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้ดังนี้

๑. ร่างกายประกอบด้วยกาย และจิต จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ระบบทั้งสองจะทำงานประสานสัมพันธ์กัน การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจาก จิตสั่งการไปที่สมองโดยมีเซลล์ประสาทเป็นตัวเชื่อมไปที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เริ่มจากเซลล์ประสาทมีการรับข้อมูลจากภายนอก (หู ตา จมูก ลิ้น และกาย) แล้วส่งสัญญาณไปที่สมองทำให้มีการแปรข้อมูลตามบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่โดยตรง การแปรข้อมูลจะทำให้เกิดภาวะจิตในการรับรู้จากนั้นจิตจะสั่งการไปที่สมองแปรข้อมูลเป็นสัญญาณตอบสนองส่งกลับโดยมีเซลล์ประสาทเป็นสะพานในการส่งข้อมูลไปให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการตอบสนองของร่างกาย ถ้าสมองได้รับอันตรายหรือเซลล์ประสาทในการรับส่งข้อมูลมีปัญหาจะก่อให้เกิดการทำงานทั้งสองส่วนเกิดการ ทำงานที่ไม่สัมพันธ์กันได้

๒. สาเหตุของการเจ็บป่วยและทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงมาจากสาเหตุหลัก ๒ ประการคือ

- ๑) หลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน
- ๒) หลอดเลือดในสมองแตก

อาการจะแสดงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสภาพของสมองที่ได้รับความเสียหาย โดยแสดงอาการออกดังนี้ ร่างกายมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง การสื่อสารผิดปกติ ความจำ การมองเห็น การรับรู้ของร่างกายผิดปกติ เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายตนเอง การทานอาหาร แปรงฟัน ใส่เสื้อผ้า หวีผม เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงคนอื่นเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องมาดูแล หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดทำทาง การบริหารยืดข้อต่อ การบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง การฝึกการทรงตัว ทั้งในท่านั่งหรือทำยืน จนกระทั่งจะได้รับฝึกเดินเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อขาแข็งแรงพอที่จะสามารถเดินได้ การทรงตัวในท่าทางในการเคลื่อนไหวดีในระดับที่ปลอดภัย

๓. การฟื้นฟูตัวของสมองที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น อายุ คุณภาพของรอยโรค การรักษาฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่มคือ กลุ่มที่แรก ผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่สมองมากจนอยู่ในระดับการรับรู้ และการเรียนรู้เสีย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ท้ายสุดผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นคนพิการไปทั้งชีวิต คือเป็นคนไข้ติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว เช่น การขยับแขนขา การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง ญาติหรือคนดูแลต้องทำให้ทุกอย่าง กลุ่มที่สอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดไปได้ระยะหนึ่งในช่วง ๖ เดือน กำลังเข้าในการเกร็งเหยียดเข่ายังอ่อนแรงไม่กลับมาในระดับปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีมีความพิการในระดับที่ต้องพึ่งพา

ญาติน้อยกว่ากลุ่มแรกแต่ไม่สามารถเดินได้ถึงแม้กำลังแขนข้างอ่อนแรงจะพื้กลับมาได้หรือไม่ก็ตาม สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่งเองได้ สามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปกลับรถเข็นได้ในระดับที่ญาติต้องคอยช่วยเหลือบ้าง กลุ่มที่สาม เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่ใช้ก็ตามในระดับอย่างน้อยมีคนคอยดูแลความปลอดภัยหรือไม่ก็ได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเกือบปกติ กลุ่มนี้จะมีคุณภาพการน้อยกว่าทั้ง ๓ กลุ่ม

๔. เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจนกระทั่งสมองได้รับการฟื้นฟูเต็มตามที่ตามระดับความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น สามารถเดินได้แต่แขนขาข้างอ่อนแรงยังใช้งานไม่ได้ๆ ไม่ปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เป็นต้น และในการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายที่ผิดปกติไปยอมรับทุกขเวทนาที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นสาเหตุทำให้จิตใจ หดหู่ ฟุ้งซ่าน ซึมเศร้า เกิดความเครียดทางอารมณ์ ผู้ดูแลและผู้รักษาต้องมีวิธีการกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้รับรู้ถึงสถานะที่เป็นจริง ที่ปรากฏแก่จิตของผู้ป่วย

๕. การจัดเกณฑ์วัดคนที่เจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น ๔ ระดับ สรุปได้ดังนี้

ระดับที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน และการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน

ระดับที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน อาจมีปัญหาการกินและการขับถ่าย

ระดับที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

ระดับที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อใช้กระบวนการรักษาตามหลักการรักษาของทางการแพทย์ปัจจุบัน พบว่า ปัญหาทางกายจากการรักษาทางกายบำบัดควรแบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสาร และการเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ตี ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอนจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยญาติต้องเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดท่านอน การบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้าและเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หวีผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ค่อยดีนัก จะไม่มีเวลาใส่ใจใจการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมากคือ ผู้ป่วยจะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด ผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารได้ การเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ตี ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน แต่ไม่สามารถเกร็งเหยียดข้อเข้าได้ เป็น ผู้ป่วยกำลังขาอ่อนแรงในระดับที่ไม่สามารถเกร็งเหยียดขาได้แต่แขนจะมีแรงหรือไม่ก็ตาม ถึงแม้จะได้รับการฝึกต่อเนื่องมานานก็ยังมีคุณภาพการหลงเหลืออยู่มาก ญาติหรือผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้การบริหารแขนขา การนั่งทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ หรือ

เตียงไปกลับ รถเข็นได้ ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ เช่น การหิวผม การเคลื่อนย้ายตนเอง การเข้าห้องน้ำ การทานอาหาร เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับดี การเรียนรู้และการรับรู้เป็นปกติ สื่อสารได้ ๒ ขั้นตอน สามารถเกร็งเหยียดเข้าได้จะสามารถเดินได้จะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากสมองมีรอยโรค ความผิดปกติหรือความพิการที่ยังคงมีอยู่ เช่น เดินได้แต่แขนใช้งานได้ไม่เท่าปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เช่น ข้อเท้าตลก เดินจังหวะผิดปกติ เดินยกสะโพก กางขา เป็นต้น ดังคำกล่าวของนางประคอง สมทรัพย์ ผอ. รพสต.หนองกุง อายุ ๕๗ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ จะต้องมีการพึ่งพาญาติพี่น้องในการช่วยดูแลเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ในการดูแลและการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ญาติพี่น้องต้องเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันถึงวิธีการจัดท่าทางท่านอนอย่างถูกวิธี รวมถึงการบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้า และเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หิวผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ค่อยดีนัก จะไม่มีเวลามาใส่ใจการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมาก็คือ ผู้ป่วย จะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ”^๑ ซึ่งสอดคล้องกับนางสาวสุกัญญา ขำทิพย์พาที พยาบาลวิชาชีพ ปฏิภา อายุ ๓๘ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความรู้แก่ญาติพี่น้องผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างถูกวิธีโดยการให้ญาติผู้ป่วยมาฝึกปฏิบัติจริงกับโรงพยาบาล และการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นญาติผู้ดูแลต้องใส่ใจและต้องใช้ความอดทนสูงเพราะต้องอยู่กับสภาพความกดดันทางอารมณ์ที่เกิดจากการอุปถัมภ์ผู้ป่วย และสิ่งที่พึงระวังคือต้องหมั่นดูแลเรื่องความสะอาดให้แก่ผู้ป่วยเพราะความสะอาดถือเป็นเรื่องสำคัญถ้าดูแลไม่ดีจะนำไปสู่ความภาวะโรคอื่นแทรกซ้อนเช่น เกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดียวในเวลานาน ๆ รวมถึงโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ”^๒ และซึ่งสอดคล้องกับนางสาวศิริพันธ์ สันพิณิจ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ (รพสต.บ้านฝาง) อายุ ๓๕ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจะต้องมีการเรียนรู้วิธีการรักษาอย่างถูกวิธี และญาติต้องมีความอดทนสูงมีจิตใจใฝ่ในการเรียนรู้วิธีการดูแล เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดไปได้ระยะหนึ่งแล้วถ้ากำลังเข้าในการเกร็งเหยียดเข้าอย่างอ่อนแรงไม่กลับมาในระดับปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีมีความพิการในระดับที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล แม้ว่าจะสามารถเดินได้แต่กำลังแขนข้างอ่อนแรงจะฟื้นกลับมาได้หรือไม่ก็จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลอยู่เสมอ ดังนั้นผู้ดูแล

^๑ สัมภาษณ์ นางประคอง สมทรัพย์, ผอ. รพสต.บ้านหนองกุง ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^๒ สัมภาษณ์ นางสาวสุกัญญา ขำทิพย์พาที พยาบาลวิชาชีพ ปฏิภา (รพสต.บ้านหนองกุง) ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

ผู้ป่วยจะต้องมีการเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีใจที่เต็มเปี่ยมด้วยความรักและเมตตาต่อผู้ป่วย”^๓

๔.๒ ศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิจัยพบว่า มิติในการรักษาพยาบาล และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียงมีแนวคิดและแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ในครั้งพุทธกาล ในคำสอนทางพุทธศาสนากล่าวว่า ร่างกายเราประกอบด้วยชั้นห้าหรือคือชั้นห้า มีองค์ประกอบ ๒ ประการคือ รูป และนาม (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) ความเจ็บป่วยหรือทุกข์ภัยไข้เจ็บอันเกิดกับชั้นห้านี้สามารถเกิดกับทุกองค์ประกอบของชั้นห้าไม่ว่าจะเป็น โรคทางรูปกายหมายถึง มหาภูตรูปและอุปาทานรูปและโรคของนามคือ เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณหมายถึง จิตและเจตสิกทุกองค์ประกอบจะเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม (The organism hole= holistic) ถ้าป่วยทางกาย (รูป) ส่งผลกระทบต่อด้านนาม (ใจ) ด้วย

การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา: นอกจากใช้หลักกรุณาพรหมวิหารเป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ที่ประสบ ในสมัยพุทธกาลได้ใช้หลักโพชฌงค์ประกอบด้วย สติ ธัมมวิจยะ วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา ซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งที่สวดสาธยายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังแล้วหายจากโรค ในพระไตรปิฎกกล่าวว่าพระมหากัสสปะพระมหาโมคคัลลานะหรือพระพุทธองค์เอง ได้สดับฟังเรื่องโพชฌงค์ที่เป็นธรรมะชั้นสูงเกี่ยวกับปัญญา การทำใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษาใจ ก็สามารถหายจากโรคได้รวมทั้งสติปัญญา ๔ (สติ= สัมมาสติ) เสริมด้วยความเพียรหรือวิริยะ (อาตาปะ= สัมมาวายามะ) และปัญญา (สัมปชาโน= สัมมาทิฐิ)

ในสมัยพุทธกาล มีหมอชีวกโกมารภัจจ์ดังที่ได้เสนอไว้ในความนำข้อที่ ๑.๖ ท่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและต้นแบบในการรักษาพยาบาลภิกษุอาพาธ ท่านศึกษาสำเร็จวิชาแพทย์มาจากเมืองตักสิลาแล้วถวายตัวเป็นแพทย์ประจำ ถวายการรักษาพยาบาลแด่พระพุทธเจ้า ท่านได้รับความไว้วางพระทัยจากพระเจ้าพิมพิสาร ให้ท่านเป็นแพทย์หลวงถวายการรักษาพระองค์ และให้การักษาพยาบาลข้าราชการสำนักทั้งหมดนอกจากนี้ หมอชีวกโกมารภัจจ์ยังได้ทำการผ่าตัดรักษาโรคในสมองของเศรษฐีกรุงราชคฤห์และผ่าตัดเนื้องอกในลำไส้ของลูกชายเศรษฐีเมืองพาราณสี ซึ่งถือว่าวิชาการแพทย์ที่หมอชีวกโกมารภัจจ์ ศึกษาในสมัยนั้นก้าวหน้ามาก

นอกจากจะถวายการรักษาพยาบาลภิกษุสงฆ์ที่อาพาธให้หายจากอาพาธแล้ว หมอชีวกโกมารภัจจ์ยังมีส่วนสนับสนุนให้ภิกษุสงฆ์ได้รับความสะดวกสบาย โดยการกราบทูลพระพุทธเจ้าให้ทราบปัญหาและวางระเบียบปฏิบัติในด้านต่าง ๆ เช่น กราบทูลเสนอให้พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตที่จงกรม

^๓ สัมภาษณ์ นางสาวศิริพันธ์ สันพินิจ, พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ (รพสต.บ้านฝาง) ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

และเรือนไฟ กราบทูลขอพระพุทธเจ้าอนุญาตให้ภิกษุสงฆ์ซึ่งแต่เดิมต้องแสวงหาผ้าปูนั่งห่มกันเองตามแต่จะได้อ ให้รับผ้าที่คฤหัสถ์ถวายทำให้ภิกษุสงฆ์ได้รับความสะดวกมาจนกระทั่งทุกวันนี้

ประเภทของโรคตามลักษณะคนไข้มี ๒ ประเภทคือ ๑) โรคที่ไม่อาจหายได้ แม้จะรักษาหรือไม่ก็ตาม คือ โรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง ๒) โรคที่หายเองได้ เช่น โรคที่มีอาการเล็กน้อย ๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้องและโรคที่หายต้องรักษาเท่านั้นเช่น โรคทางกายและทางใจ

องค์ประกอบของการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ผู้ป่วย คนไข้และผู้ให้การรักษา ยาและสิ่งแวดล้อม ในวินัยปิฎก หมวดเภสัชชนธกะ ด้ระบุการรักษาโรคทางกายด้วยสมุนไพร ชนิดที่เป็นทั้งยาและอาหารได้ คือเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ใช้ในการรักษาโรคชুবมอม ซีดเหลือง หมองคล้ำพร้อมทั้งยาสมุนไพรที่ได้จากรากไม้ต่าง ๆ เช่น เปลือกไม้ ใบไม้ ผลไม้ เป็นต้น

แนวทางการดูแลรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์ พระพุทธเจ้าทรงมีวิธีการพยาบาลคนไข้โดยการสืบประวัติผู้ป่วย ว่ามีสาเหตุจากอะไร พบผู้ป่วย ทำการรักษาโดยวิธีทั่วไป การให้คำแนะนำและเลือกธรรมโอสถ ตัวอย่างการรักษาพยาบาลในสมัยพุทธกาลมีดังนี้

๑) การรักษาโรคทางกาย

การรักษาโรคที่เกิดทางกายตามแนวทางที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ดูแลรักษา มีปรากฏเป็นหลักฐานในคัมภีร์ ดังนี้

(๑) โรคเรื้อน เมื่อพระเจ้ากรุงเวทหะประชวรเป็นโรคเรื้อน ได้สวดยผลโลละ(กะเบา) โรคเรื้อนทุเลา ถ้าชนิดเป็นแผลสุกไหม้ มีหนองและมีอาการคัน ให้รักษาด้วยการรมควันหรืออบกาย ประกอบกับการใช้ยาอย่างอื่น

(๒) โรคฝี มีกรณีพระเวฬุสีสะ เป็นโรคฝีตาช จีวรติดกายเพราะน้ำเหลืองภิกษุใช้น้ำชุบน้ำจิวรให้เปียกตั้งผ้าออก ใช้รากไม้ใบไม้แก่นไม้ และยาชนิดอื่น ๆ บดยาให้เป็นผง หายได้

(๓) โรคหิด เมื่อภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผิวหนัง พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้เว้นไม้บังเวียนที่จักเป็นพินมังกรเสีย ภิกษุอีกรูปหนึ่งทุพพลภาพเพราะชรา เมื่ออาบน้ำไม่สามารถจะถูกายของตนได้ พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ใช้เกลียวผ้า ภิกษุอีกรูปหนึ่งรังเกียจเพื่อจะทำการอุทลั้ง พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ถูหลังด้วยมือ

(๔) โรคลมเกิดในท้อง มีอาการจุกเสียด รักษาด้วยข้าวต้มยาคุ (ต้ม งาข้าวสารและถั่วเขียว) หรือกระเทียม

(๕) โรคลมเสียดยกตามข้อ เมื่อพระปิลินทวัจฉะผู้อาพาธ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ระบายโลหิตออก โรคนี้มีสาเหตุจากการครึ่งของโลหิตและมีลมโป่งพอง โรคลมตามอวัยวะ โรคนี้เป็นอาการของลมที่เกิดตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อพระปิลินทวัจฉะอาพาธ ท่านได้รับการรักษาด้วยการเข้ากระโจมเพื่อขับเหงื่อออกจากร่างกาย

(๖) โรคทางตา ใช้ยาหยอดตา ทำจากสมุนไพรที่เกิดในกระแสน้ำ ยาล้างตาใช้หรดาลกลีบทอง และเขม่าไฟ และสมุนไพรจำพวกไม้จันทร์ ไม้กฤษณา

(๗) โรคตีชาน รักษาโดยต้มยาสมอน้ำมูตร ดังกรณีภิกษุรูปหนึ่งที่อาพาธเป็นโรคผอมเหลืองรักษาโดยการต้มยาสมอดองน้ำมูตร ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยของภิกษุ ที่เรียกว่า นิสสัย ๔ ได้แก่

อาหารบิณฑบาต ผ้าบังสุกุลจีวร เสนาสนะ และยาตองด้วยน้ำมูตรเน่า การรักษาโดยเนยใส กรณีพระเจ้าจันทรพิชัยโตแห่งนครอุชเชนี ทรงประชวรเป็นโรคผอมเหลือง หมอซีวกโคมารักจได้เข้าไปเฝ้าตรวจดูพระอาการแล้วได้กราบทูลว่า การรักษาพระองค์จะต้องเสวยเนยใสที่ได้หุงแล้ว แต่เนยใส่นั้นสำหรับพระเจ้าจันทรพิชัยโตแล้วไม่ทรงเสวย จึงบอกให้หมอหลีกเลี้ยงตัวยาทที่ประกอบด้วยเนยใส แต่โรคนี้จะต้องรักษาด้วยเนยใสเท่านั้น ด้วยความฉลาดหมोजึงคิดอุบายหุงเนยใสให้มีสี กลิ่น รส เหมือนน้ำฝาด ผสมกับเภสัชขนานาชนิด ให้พระองค์เสวยจนหายประชวร

(๘) โรคปวดศีรษะ มีวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำมันทาและการใช้ยานัตถุ์ ซึ่งกรณีนี้เกิดขึ้นกับพระเจ้าปิลินทวัจฉะเป็นโรคปวดศีรษะ ได้ใช้น้ำมันทาที่ศีรษะ เมื่อไม่หายก็ทำนัตถุ์ยา โดยใช้กลองยาที่ทำด้วยกระดูก เขาสัตว์ ไม้้อ ไม้ไผ่ ยาง ผลไม้ โลหะ และเปลือกสังข์อย่างใดอย่างหนึ่ง

การรักษาด้วยการผ่าตัดในสมัยพุทธกาล สามารถผ่าตัดสมองหรือลำไส้ได้เป็นการรักษาที่ก้าวหน้ามาก แต่ทรงอนุญาตให้ภิกษุผ่าตัดได้บางกรณีเท่านั้น คือ ผ่าตัดฝี ผ่าตัดเนื้องอก แต่การผ่าตัดริดสีดวงทวารทรงบัญญัติห้ามไว้

๒) การรักษาโรคทางใจ

การรักษาโรคทางใจพระพุทธเจ้าทรงแนะนำวิธีการแก้ความคิดที่เป็นอกุศลก่อนการรักษาโรคทางใจ ดังนี้ ๑) โรคโลภะ ทรงสอนให้รู้จักพอ การถือสันโดษ และการให้ทาน ๒) โรคโทสะ ทรงสอนให้มีความเมตตา กรุณา มุทิตาและการให้อภัย และ ๓) โรคโมหะ ให้เป็นผู้รู้จักการศึกษา เจริญสติสัมปชัญญะ การหมั่นเจริญภาวนา

ธรรมโอสถที่ใช้รักษาทางใจด้วยเทคนิควิธีการทางสมถะและวิปัสสนากัมมัฏฐาน เมื่อขณะเจ็บป่วยจะมีความทุกข์กาย และใจ ครมมีสติ ระลึกถึงความดีที่ตนเองสร้างไว้ เช่น การให้ทาน การพูดจาที่ไพเราะมีปรากฏในพระไตรปิฎกดังนี้ ๑) พิจารณาหลักธรรมต่าง ๆ ดังพระวิกาลีได้หายจากอาการป่วยจากโรคลม เกิดจากการปฏิบัติตามหลักธรรมตั้งแต่สติปัฏฐาน ๔ อินทรีย์ ๕ พละ ๕ โพชฌงค์ ๗ เป็นต้น การเจริญสมาธิและพิจารณาธรรมสลับกันไปมา และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีส่งผลทำให้หายจากอาการป่วยได้ ๒) การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นการเห็นแจ้งทำให้เกิดการฝีกอบรมปัญญาให้เป็นการรู้แจ้งการพิจารณาโพชฌงค์ ๗ การเจริญสติปัฏฐาน การพิจารณาชั้น ๕ การพิจารณาสัญญา ๑๐ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การประพฤติพรหมจรรย์ การระลึกถึงคุณงามความดี การมีกัลยาณมิตรและการใช้พิธีกรรมรักษาโรค

การรักษาโรคทางจิตใจที่เกิดจากกิเลส ตัณหา อุปาทาน รักษาหายได้ด้วยหลักโพชฌงค์ ๗ การเจริญสมถะและวิปัสสนา โยนิโสมนสิการ การเจริญสมาธิตามหลักธรรม ทำให้เกิดปัญญาและต้องมีการเสริมสร้างสุขภาพจิตตามแนวพุทธศาสนาทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ การเสริมสร้างความคิดด้วยการมีสมาธิภูริหรือการคิดชอบ การคิดดีนำไปสู่สุขภาพจิตดี ลดความโกรธ ความเครียด สร้างทัศนคติเชิงบวก

สรุปได้ว่าการรักษาโรคทางกาย ใช้รักษาด้วยสมุนไพรหรือเภสัช การผ่าตัด ส่วนการรักษาโรคทางใจ ใช้หลักพุทธธรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางใจ หลายประการเช่น โภชนงค์ ๗ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นต้น ทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ รู้เท่าทันความจริงของสังขารเกิดปัญญา

หลักพุทธจริยศาสตร์ที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นเพื่อวิจัยไว้ ดังนี้

(๑) แนวคิดทางพุทธจริยศาสตร์ พบว่า พุทธจริยศาสตร์เป็นหลักคำสอนในการประพฤติปฏิบัติตนเองในชีวิตประจำวัน หลักพื้นฐานมาจากพุทธศาสนาที่พระพุทธรเจ้าทรงบัญญัติไว้เพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เป็นจริยศาสตร์หรือจริยธรรมที่พระพุทธรเจ้าทรงปฏิบัติและทรงสอนให้พุทธศาสนิกชนดำรงชีวิตอยู่ด้วยปัญญา ไม่ให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความประมาท ให้ชาวพุทธตื่นอยู่เสมอและให้เป็นอยู่ด้วยความเบิกบานกายเบิกบานใจ ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตามพุทธจริยศาสตร์จึงเป็นหลักธรรมหรือจริยธรรมในทางพระพุทธศาสนาที่ช่วยในการสร้างความสุขและความเจริญให้กับสังคมได้ และหลักพื้นฐานในทางพุทธจริยศาสตร์นั้นมีไว้เพื่อความสงบเรียบร้อยของสังคม เพื่อควบคุมความประพฤติเบื้องต้น ๒ ทางคือ กาย และวาจา โดยในแต่ละทางบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่มีอยู่ ๒ ทางคือ ดี และชั่ว ซึ่งมาจากมูลเหตุที่เป็นตัวการให้เกิดความประพฤตินั้นคือ กุศลมูล และอกุศลมูล ดังนั้นพื้นฐานทางจริยธรรมที่จะกล่าวถึงก็คือ เบญจศีล เบญจธรรม จริยธรรม ๑๐ ประการ และทศ ๖ อื่นใดเลยมาทำความเข้าใจเรื่องวิธีการก่อนการรักษาเสียก่อน สิ่งเหมือนกันหรือสิ่งที่มีจุดกำเนิดที่เหมือนกันของสรรพสิ่งที่มีอยู่ ที่เป็นอยู่ และสิ่งที่ดำเนินไปอยู่หรือเปลี่ยนแปลงไปอยู่ของธรรมชาติหรือสสารอย่างมีระบบและเป็นจริงอย่างแน่นอนตายตัว ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใดก็ตามหลักการของพุทธจริยศาสตร์ คือ ให้ละความชั่ว ให้ทำความดี และให้ทำกายใจของตนเอง ให้บริสุทธิ์ผ่องใสปราศจากกิเลสเครื่องเศร้าหมองใจ การที่คนละความชั่ว ทำความดี ทำกายใจของตนเอง ให้บริสุทธิ์ เป็นการกระทำเพราะรักตัวเอง เพราะฉะนั้น กฎของพุทธจริยศาสตร์จึงเป็นกฎ การรักตัวเอง โดยมีปรัชญาของพุทธจริยศาสตร์ที่มีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาแบบวัตถุนิยมที่เป็นจริยศาสตร์แบบสุขนิยม ทรศนะพุทธจริยศาสตร์ในพุทธปรัชญาเถรวาทนั้น มีลักษณะสำคัญ ๓ ประการ คือ (๑) การไม่ทำความชั่ว (๒) กระทำแต่ความดี (๓) ทำจิตใจให้บริสุทธิ์ จากการกระทำทั้งหลายทั้งปวง ซึ่งเป็นขั้นแรกในการทำให้เจริญ ซึ่งมี ๓ ประการคือ

๑. สัมปัตตวิริติ เว้นสิ่งประจวบเฉพาะหน้า, เว้นเมื่อประสบซึ่งหน้า หรือเว้นได้ทั้งที่ประจวบโอกาส คือ ไม่ได้ตั้งเจตนาไว้ก่อน ไม่ได้สมทานสิกขาบทไว้เลยแต่เมื่อประสบเหตุที่จะทำชื่อนึกคิดพิจารณาขึ้นได้ในขณะนั้นว่า ตนมีชาติตระกูล ภัยหรือคุณวิบัติอย่างนี้ ไม่สมควรกระทำความชื่อนั้น แล้วงดเว้นเสียได้ไม่ทำผิดศีล

๒. สมทานวิริติ เว้นด้วยการสมทาน คือ ตนได้ตั้งเจตนาไว้ก่อน โดยได้รับศีล คือสมทานสิกขาบทไว้แล้ว กังวลเว้นตามที่ได้สมทานนั้น

๓. สมุจเฉทวิริติ หรือ เสตฺฐาตวิริติ เว้นด้วยตัดขาด หรือด้วยชักสะพานตัดตอนเสียทีเดียว, เว้นได้เด็ดขาด คือ การงดเว้นความชั่ว ของพระอริยะทั้งหลาย อันประกอบด้วยอริยมรรคซึ่งขจัดกิเลสที่เป็นมูลเหตุแห่งความชื่อนั้น ๆ เสริ่งสิ้นแล้ว ไม่เกิดมีแม้แต่ความคิดที่จะประกอบกรรมชื่อนั้นเลย วิริติ ๒ อย่างแรก ยังไม่อาจวางใจได้แน่นอน วิริติข้อที่ ๓ จึงจะแน่นอนสิ้นเชิง

(๒) ความหมายของพุทธจริยศาสตร์ พบว่า พุทธจริยศาสตร์ หมายถึง หลักเกณฑ์ทางจริยธรรม ที่ผู้รู้มีพระพุทธเจ้าเป็นต้นได้ทรงวางไว้เพื่อเป็นมาตรฐานความประพฤติของมนุษย์เริ่มตั้งแต่พื้นเบื้องต้น ท่ามกลาง และระดับสูง เพื่อให้มนุษย์ได้ดำเนินชีวิตอันดีงามตามอุดมคติเท่าที่มนุษย์จะเข้าถึงได้เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีสติปัญญา มีความสุขสมบูรณ์ที่สุด เพราะจริยศาสตร์เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยอุดมคติของชีวิตหรือความดีอันสูงสุดเพื่อให้ถึงความดีงามอันสูงสุดนั้นจะต้องมีปฏิบัติสำหรับดำเนินคือการสร้างเหตุเพื่อการบรรลุผล ถ้าต้องการผลอันสูงสุดก็ต้องสร้างเหตุให้สมควรแก่เหตุ พระพุทธศาสนาเป็นกัมมวาทะ กิริยวาทะ และวิริยวาทะ กล่าวถึงการกระทำและความเพียรว่าเป็นเบื้องต้นของความสำเร็จผลทั้งปวงไม่ประสงค์ให้ใครได้ดีหรือประสบความสำเร็จลอย ๆ หรือด้วยการอ้อนวอน แต่ให้สำเร็จด้วยการกระทำของตัวเอง เป็นศาสนาที่ต้องทำเอง (A Self do it Religion) เพราะอุดมคติคือสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตควรจะได้ ชีวิตธรรมดากับชีวิตในอุดมคตินั้นต่างกัน คนเราเกิดมาไม่ใช่เพื่อทำงานอย่างเดียวแต่ควรจะมีชีวิตอยู่เพื่อจะได้สิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตควรจะได้ไม่ใช่เพื่อจะรวนไม่ใช้เพื่อเกียรติยศ ชื่อเสียง หรือการอยู่ดีกินดี แต่ควรมีชีวิตอยู่เพื่อความดับทุกข์และเพื่อนิพพาน

(๓) ความสำคัญของพุทธจริยศาสตร์ พบว่า พุทธจริยศาสตร์ได้ถูกนำไปใช้เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิตในสังคมมีการเปลี่ยนในทางที่ดีงาม ก้าวหน้าและเป็นกุศลที่ดี การนำจริยศาสตร์ใช้ในการดำเนินชีวิตเป็นจำเป็นสำหรับตัวเองและชุมชน โดยเฉพาะนำหลักพุทธจริยศาสตร์เป็นแนวทางแห่งการประพฤติปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา ที่ทำให้ผู้ที่ประพฤติปฏิบัติตามเกิดความสุขทั้งทางกายและใจ โดยหลักทั่วไปของพุทธจริยศาสตร์ คือการงดเว้นจากสิ่งที่ชั่ว และมุ่งกระทำแต่สิ่งที่ดีงาม ทางกาย วาจา ในเบื้องต้น และใจ ในระดับสูง เพื่อให้เกิดจิตใจที่บริสุทธิ์ ขจัดกิเลสที่เข้ามาในจิตใจได้อย่างเด็ดขาด เพื่อมุ่งสู่มรรคผล และนิพพาน โดยสรุปแล้วพุทธจริยศาสตร์ มีใจความสำคัญอยู่ ๓ ประการคือ

๑. การไม่ทำบาปทั้งปวง (สพฺพปาปสฺส อกรณฺ) ได้แก่ การไม่ประพฤติดี ในทุจริตรธรรม ๓ อย่างคือทางกายทางวาจาและทางใจแต่ควรประพฤติสุจริตรธรรมแทน มีสุจริตรทางกาย คือไม่ทำบาปด้วยกายมี ๓ อย่าง คือไม่ฆ่าสัตว์ ๑, ไม่ลักทรัพย์ ๑, ไม่ประพฤติในกาม ๑, นี้จัดเป็นสุจริตรทางกายวิสุจริต คือการไม่ทำบาปด้วยวาจา ๔ คือ การไม่พูดเท็จคือพูดโกหก ๑, การไม่พูดคำหยาบ ๑, การไม่พูดส่อเสียดคือพูดแทงใจคน ให้เจ็บช้ำน้ำใจ ๑, การไม่พูดเพ้อเจ้อ คือ พูดที่เล่นที่จริงไร้สาระ ๑, นี้จัดเป็นสุจริตรทางวาจาวิสุจริต คือ การไม่ทำบาปด้วยใจมี ๓ คือ การไม่คิดพยาบาทคิดปองร้ายใคร ๑, การไม่คิดโลภอยากได้ของ ๆเขา ๑, การไม่คิดเห็นผิดจากธรรมนองและครองธรรม ๑, นี้จัดเป็นสุจริตรทางใจรวมการไม่ทำบาปทั้งหมดนี้คือ สุจริตรธรรม คือไม่ควรประพฤตินุทุจริตรธรรมทางกาย ทางวาจา และทางใจ ที่เป็นฝ่ายตรงข้ามกับสุจริตรธรรม ควรประพฤติแต่สุจริตรธรรมไว้เสมอ จะทำให้จิตเป็นบุญเป็นกุศล รวมถึงวิธีการละความชั่วหรืออกุศลมูล ๓ คือ โลภะ ความโลภ โมหะ ความหลง และโทสะ ความโกรธ และแสดงวิธีในการละอกุศลมูลทั้ง ๓ ไว้ว่า ในการละความโลภ ทั้ง ๓ ระดับคือ อย่างหยาบ อย่างกลางและอย่างละเอียด ด้วยการให้ทาน การรู้จักประมาณ และด้วยการใช้หลักโยนิโสมนสิการ วิธีละความโกรธ ด้วยวิธีการพิจารณาถึงโทษของความโกรธ การให้อภัย และการแผ่เมตตา และวิธีละความหลงด้วยการพัฒนาจิตและปัญญา

๒. การทำกุศลให้ถึงพร้อม (กุศลสสุปสมปทา) คือ การรู้ในการดำริชอบ เพื่อไม่ให้จิตเกิดอกุศล พระพุทธองค์จึงได้ทรงให้เรา ๑) ดำริในการออกจากกาม ๒) ดำริในการไม่มุ่งร้าย ๓) ดำริในการไม่เบียดเบียน เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้จิตเกิดอกุศล มีโลก โกรธ หลง ครอบงำจิตอยู่ค่าว่า กาม ได้แก่อารมณ์หรือความรู้สึกยินดียินร้าย ที่มีต่อการได้รับรู้ใน รูป เสียง กลิ่น สัมผัส และอัมมารมณ์ ที่ชวนให้รัก, ชักให้เกิดความใคร่, พาใจให้ไหลหลง, เมื่อเกิดยินดียินร้ายต่อการรับรู้ขึ้นแล้ว จึงเรียกว่าเกิดกิเลสกาม, คำว่าดำริในการไม่มุ่งร้าย ได้แก่อาการที่คิดเห็นอยู่ในใจที่ชอบมองคนในแง่ร้าย อยู่เสมอ ๆ ด้วยการคิดว่าร้ายคนอื่นในใจ, คำว่าดำริในการไม่เบียดเบียน ได้แก่อาการที่คิดเห็นในทางพยาบาทปองร้ายคนอื่นอยู่เสมอ ๆ จึงเป็นที่มาแห่งการเบียดเบียนทำร้ายได้ และเป็นที่มาของหัวข้อธรรมในการภาวนาได้ที่เรียกว่า อัมมะภาวนา ได้แก่ “อย่ายินดียินร้าย...อย่าว่าร้ายใคร...อย่าคิดร้ายใคร...” เมื่อเราได้นำมาท่องภาวนาไว้เสมอ ๆ ในชีวิตประจำวัน ก็จะทำให้เกิดสติระลึกไม่ให้เกิดอกุศลจิตเกิดขึ้น จิตของเรา ก็จะเกิดเป็นกุศลจิตกุศลธรรม จึงควรมีความเพียรชอบในการท่องอัมมะภาวนาไว้เสมออย่างน้อยให้ได้ ๓๐ ครั้งต่อวัน เพื่อเป็นการทำกุศลให้ถึงพร้อมไว้ในจิตของตน,

๓. การชำระจิตของตนให้ผ่องแผ้ว (สจิตตปริโยทปน) หมายถึง มีความเพียรชอบในการเจริญสติด้วยอัมมะภาวนา จนจิตมีสติทำความสงบนิ่งได้แล้ว ก็ควรที่จะมีการตามดูรู้เห็นจิตของตนไว้เสมอ อย่าให้จิตมาร มาคอยดลจิตดลใจ ให้จิตนึกไปในสิ่งที่ล่วงไปแล้วได้แก่ความจำได้หมายรู้ในสัญญาขันธ์) หรือที่อยากจะทำสิ่งต่าง ๆ เพราะจะทำให้จิตหลงคิด จนเกิดเป็นความฟุ้งซ่าน ให้เราพิจารณาถึงความไม่ควรยึดมั่นถือมั่น ในสิ่งที่กำลังนึกคิดนั้น เพราะเป็นเหตุให้จิตเกิดทุกข์ ความยึดถือในสิ่งที่นึก-คิดนั้นจัดเป็นสมุทัย คือใจเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ ควรละความยึดมั่นถือมั่น ในการนึกคิดนั้นเสีย เมื่อเรารู้พิจารณาทำได้อย่างนี้ไว้ตลอดก็จัดเป็นผู้รู้ชำระจิตของตน จะทำให้จิตของเรามีความขาวรอบยิ่งขึ้น มีความผ่องใสมีสติปัญญา ควรต่อการบรรลุในคุณธรรมที่สูงยิ่ง ๆ ขึ้นไป จนบรรลุในพระนิพพานได้

๓) ประเภทของพุทธจริยศาสตร์

พุทธจริยศาสตร์ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่บุคคลควรเข้าใจและปฏิบัติ แบ่งเป็น ๓ ระดับดังต่อไปนี้

(๑) พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ศีล ๕ หรือ เบญจศีล ความประพฤติชอบทางกายและวาจา, และการรักษากายวาจาให้เรียบร้อย, การรักษาตามระเบียบวินัย, ข้อปฏิบัติในการเว้นจากความชั่ว, การควบคุมตนให้ตั้งอยู่ในความไม่เบียดเบียน

(๒) พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ซึ่งเป็นพุทธจริยศาสตร์ที่มุ่งขัดเกลาตนเองให้มีจิตใจสูงขึ้น เป็นการเว้นอกุศลกรรมบถ ๑๐ และทำกุศลกรรมบถให้สมบูรณ์ บางครั้งเรียกว่า อาศาปริยวินัย ซึ่งแปลว่าวินัยของผู้ครองเรือนหรือคฤหัสถ์ แยกเป็นทางกาย วาจา และใจ

(๓) พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง เป็นจริยศาสตร์ที่มุ่งพัฒนาตนเองสู่ความเป็นอริยชนประกอบด้วยหลักธรรมคำสอนที่เป็นมรรค ๘ หรือที่เรียกอีกชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา หลักปฏิบัติอันเป็นทางสายกลาง ซึ่งเป็นหนทางดับทุกข์ จริยศาสตร์ระดับสูงนี้จะเป็นเครื่องมือในการพัฒนา กาย วาจา ใจ และปัญญา

๔) เกณฑ์ตัดสินคุณค่าของพุทธจริยศาสตร์

ปัญหาหลักที่พุทธจริยศาสตร์กล่าวถึง และอภิปรายกันมากคือ การกระทำที่มีค่าทางจริยธรรมที่กล่าวว่ามี ดี ถูก หรือควรนั้นเป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์อะไรเป็นเกณฑ์ตัดสินว่า การกระทำเช่นนี้ ถูกและการกระทำเช่นนั้นผิดหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการศึกษาปรัชญาหรือมาตรการทางจริยธรรมในการตัดสินการกระทำที่ถูก ผิด ดี หรือชั่วของมนุษย์นั่นเอง

หลักพุทธธรรมในระบบพุทธจริยศาสตร์มี ๒ อย่าง คือสังฆธรรมและศีลธรรม สังฆธรรมเป็นส่วนที่แสดงให้เห็นว่าสรรพสิ่งเป็นไปตามเหตุตามปัจจัยที่เรียกว่าอิทัปปัจจยตาบ้าง ปฏิจจสมุปบาทบ้าง ธรรมนิยามบ้าง สิ่งนี้เกิดขึ้น ตั้งอยู่และสูญสลายไปตามกฎไตรลักษณ์ ไม่ว่าจะมิผู้ค้นพบหรือไม่ก็ตาม ธรรมชาตินั้นก็มิอยู่อย่างนั้น ดังพระพุทธดำรัสว่า ตถาคตจะอุบัติขึ้นหรือไม่ก็ตาม ชาติุนั้น คือธรรมฐิติ(ความตั้งอยู่ตามธรรมดา) ธรรมนิยาม(ความเป็นไปตามธรรมดา) อิทัปปัจจยตา(ความที่สิ่งนี้เป็นปัจจัยของสิ่งนี้) ก็คงมิอยู่อย่างนั้น ตถาคตครั้งรู้ชาติุนั้นแล้วจึงบอก แสดง บัญญัติ กำหนด เปิดเผย จำแนก ทำให้ง่าย และกล่าวว่า เธอทั้งหลายจงดูเถิด เพราะอวิชชาเป็นปัจจัย สังขารจึงมี... ภิกขุทั้งหลาย ตถตา(ภาวะที่เป็นอย่างนั้น) อวิตถตา(ภาวะที่ไม่คลาดเคลื่อนไปได้) อนัญญตถตา(ภาวะที่ไม่เป็นอย่างอื่น) อิทัปปัจจยตานี้เรียกว่าปฏิจจสมุปบาท

หลักสังฆธรรมนี้เองเป็นฐานรองรับหลักศีลธรรมในพระพุทธานุศาสน และการที่พระพุทธองค์ไม่ทรงสอนสังฆธรรมโดยตรงแก่ผู้ฟัง(ในบางครั้ง)เพราะสังฆธรรมที่พระองค์ตรัสรู้นั้นมีเนื้อหาละเอียดลึกซึ้ง ยากแก่การทำความเข้าใจของปุถุชน ดังนั้น เพื่อให้สังฆธรรมนั้นมีคุณค่าต่อมนุษย์ พระองค์จึงสอนศีลธรรมหรือจริยธรรมปูพื้นฐานจิต อบรมอินทรีย์ของเวไนยสัตว์ให้แก่กล้าก่อน ต่อจากนั้นพระองค์จึงทรงแสดงสังฆธรรมภายหลังศีลธรรมเป็นส่วนที่กล่าวถึงการกระทำทางไตรทวารที่มีค่าทางจริยธรรมตามหลักพุทธจริยศาสตร์ว่าต้องดำเนินไปเพื่อการเข้าถึงเป้าหมายอันเป็นสังฆธรรมนั้น เพราะถ้าไม่มีเป้าหมายในการกระทำ การกระทำต่าง ๆ ของมนุษย์ก็ไม่อาจจะบอกได้ว่าการกระทำดังกล่าวนี้ถูกหรือผิดได้ เป็นแต่สักว่าทำแล้ว กำลังทำ หรือทำอยู่เท่านั้น หามูลเหตุจงใจ เบื้องต้นและเป้าหมายอันเป็นที่สุดมิได้ แต่เมื่อบุคคลเชื่อว่า สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับชีวิต เช่น เห็นว่าความสุขเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เป็นต้น การกระทำต่าง ๆ ซึ่งกล่าวว่าดี ถูก และควร ย่อมนำไปสู่ความสุขอันเป็นเป้าหมายนั้น

เกณฑ์ตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมที่จะตัดสินว่าสิ่งนี้ถูก ผิด ควร ไม่ควร จึงต้องอาศัยเป้าหมายเป็นแนว เปรียบเหมือนไม้บรรทัดซึ่งมีปลายข้างหนึ่งเป็นเป้าหมายของการวัด และมาตราวัดบนไม้บรรทัดเป็นเครื่องวัดว่าการกระทำนั้นนำไปสู่เป้าหมาย หรือเข้าไปใกล้ภาวะสุดท้ายแห่งการกระทำมากน้อยแค่ไหน แต่ปัญหาอยู่ที่ว่ามาตรการวัดและตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมเหล่านี้ในพุทธจริยศาสตร์คืออะไร และมีอะไรบ้าง นี่คือนิยามปัญหาที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์ต่อไป

สิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินว่า การกระทำใดเป็นกุศลกรรมและเป็นอกุศลกรรม คือ สิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินความเป็นกุศลกรรม คือกุศลมูล ๓ ได้แก่ ความไม่โลภ ความไม่โกรธ ความไม่หลง และสิ่งที่เป็นมาตรการทางจริยธรรมที่จะตัดสินความเป็นอกุศลกรรม คืออกุศลมูล ๓ ได้แก่ ความโลภ ความโกรธ ความหลงนักวิชาการบางท่านกล่าวว่า

ศาสนาพุทธเป็นสัมบูรณ์นิยมในแง่ที่ว่า กุศลมูล ๓ กัปปกุศลมูล ๓ เป็นเกณฑ์ตัดสินการกระทำและเกณฑ์นี้เป็นสิ่งตายตัวแน่นอน พระพุทธศาสนาถือว่าการกระทำทั้งที่ถูกและผิดนั้นจะต้องเป็นการกระทำที่เป็นไปอย่างเสรี แต่เป็นเสรีภาพที่สัมพันธ์กับกฎของเหตุและผล และที่สำคัญคือความตั้งใจหรือเจตนาอันแรงกล้าของบุคคลที่มีต่อการกระทำนั้น ๆ

โดยนัยนี้ กล่าวได้ว่า พระพุทธศาสนาเชื่อว่า มนุษย์มีเจตจำนงเสรีในการทำความกรรมซึ่งเป็นเจตจำนงเสรีที่สัมพันธ์กับเหตุผล กล่าวคือความเป็นเหตุเป็นผลกันทางศีลธรรม เพราะถ้าหากบุคคลไม่มีเจตจำนงเสรีในการทำความกรรม กรรมนั้นย่อมไม่เป็นอันทำ และไม่อาจจะกล่าวได้ว่าถูกหรือผิด เพราะเป็นเพียงการกระทำทางกาย ทางวาจาและทางใจเท่านั้น ความดี ชั่ว ถูก หรือผิดตามเจตจำนงผู้กระทำย่อมไม่มี เพราะฉะนั้น เมื่อบุคคลมีเจตจำนงเสรีในการกระทำ การกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งย่อมประกอบด้วยความจงใจหรือเจตนาที่เป็นอาร์พธธาตุ(คือธาตุแห่งการริเริ่ม) อย่างใดอย่างหนึ่งเสมอ การกระทำที่ประกอบด้วยความจงใจหรือเจตนาอย่างใดอย่างหนึ่งนี้เอง พระพุทธองค์ตรัสว่าเป็นกุศลกรรม หรืออกุศลกรรม เจตนาหรือความจงใจในการทำความกรรมที่เป็นเจตจำนงเสรีนี้เป็นผู้กระทำให้การกระทำที่ถูกต่างจากการกระทำที่ผิด และเป็นมาตรการตัดสินการกระทำที่มีค่าทางจริยธรรม

เจตนาเป็นมาตรการตัดสินการกระทำตามหลักพุทธจริยศาสตร์ แต่เจตนาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับตัดสินการกระทำของมนุษย์ ดังนั้น พระพุทธศาสนาจึงมีเกณฑ์หลักและเกณฑ์รองเพื่อร่วมในการตัดสินอีก ดังที่พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตโต) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ตัดสินคุณค่าเชิงจริยธรรมในพระพุทธศาสนาไว้ ๒ ระดับคือ เกณฑ์หลักและเกณฑ์รอง เกณฑ์หลักสำหรับตัดสินความที่กรรมเป็นกุศลหรืออกุศล โดยใช้เจตนาและสภาวะแห่งธรรมนั้นที่ส่งผลต่อจิต และเกณฑ์รองคือใช้มนธรรมของตนเอง การยอมรับของบัณฑิต และพิจารณาลักษณะและผลของการกระทำ ดังนี้

๑) เกณฑ์หลัก

เกณฑ์หลัก คือเกณฑ์ที่ตัดสินด้วยความเป็นกุศลหรือเป็นอกุศล โดยพิจารณามูลเหตุว่า เป็นเจตนาเกิดจากกุศลมูล หรือเกิดจากอกุศลมูล และพิจารณาตามสภาวะว่า เป็นสภาพเกื้อกูลแก่ชีวิตจิตใจหรือไม่ ทำให้จิตสบาย ไร้โรคปลอดโปร่งผ่องใสสมบูรณ์หรือไม่ ส่งเสริมหรือบั่นรอนคุณภาพและสมรรถภาพของจิต ช่วยให้กุศลธรรมทั้งหลายเจริญงอกงามขึ้น อกุศลธรรมทั้งหลายลดน้อยลง หรือทำให้กุศลธรรมลดน้อยลง อกุศลธรรมทั้งหลายงอกงามขึ้น ตลอดจนมีผลต่อบุคลิกภาพอย่างไร

เกณฑ์หลักฝ่ายอกุศลพิจารณาการกระทำที่เกิดจากอกุศลมูลซึ่งเกิดจากโลภะ โทสะ โมหะ เมื่อการกระทำเกิดจากกิเลสเหล่านี้ตัวใดตัวใดตัวหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อจิต ทำให้จิตขุ่นมัวเศร้าหมอง เมื่อจิตขุ่นมัวเศร้าหมองก็ปิดกั้นแสงสว่างแห่งปัญญา กลายเป็นคนเห็นผิด ไม่มีโยนิโสมนสิการในการกระทำ ทำให้บุคคลทำอกุศลกรรมอย่างอื่นได้มากมาย ดังพระพุทธพจน์ว่าจิตที่เห็นผิดย่อมทำความชั่วได้มากมายและว่า จิตที่บุคคลไม่คุ้มครองรักษาย่อมนำไปสู่ความพินาศใหญ่หลวงจึงตัดสินได้ว่าเมื่อเริ่มต้นด้วยการกระทำที่เป็นอกุศलय่อมนำไปสู่ความเสื่อมแน่นอน

ส่วนเกณฑ์หลักฝ่ายกุศลพิจารณาการกระทำที่เกิดจากกุศลมูลซึ่งเกิดจากอโลภะ อโทสะ อโมหะ เมื่อการกระทำเกิดจากกุศลมูลเหล่านี้ตัวใดตัวใดตัวหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อจิต ทำให้จิตผ่องใส เมื่อจิตผ่องใสก็เปิดโอกาสแห่งการพัฒนาปัญญา กลายเป็นคนเห็นถูกต้อง มีโยนิโสมนสิการในการกระทำ ทำให้บุคคลทำกุศลกรรมอย่างอื่นได้มากมาย ดังพระพุทธพจน์ว่าจิตที่เห็นถูกต้องย่อมทำความดีได้มากมายและว่า จิตที่บุคคลคุ้มครองรักษาย่อมนำไปสู่ความเจริญใหญ่หลวงจึงตัดสินได้ว่า เมื่อเริ่มต้นด้วยการกระทำที่เป็นกุศลย่อมนำไปสู่ความเจริญแน่นอน

๒) เกณฑ์รอง

เกณฑ์รอง คือเกณฑ์ที่ตัดสินด้วยการใช้มโนธรรมคือความรู้สึกผิดชอบชั่วดีของตนเองพิจารณาว่า การที่กระทำนั้นตนเองดีเทียบตนเองได้หรือไม่ เสียความเคารพตนเองหรือไม่ และพิจารณาความยอมรับของบัณฑิตชน ว่าเป็นสิ่งที่ยอมรับกันหรือไม่ บัณฑิตชื่นชมสรรเสริญ หรือตำหนิติเตียน รวมทั้งพิจารณาลักษณะ (วิธีการในการกระทำ) และผลของการกระทำต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ว่าเป็นการเบียดเบียนตนและผู้อื่นหรือไม่ เป็นไปเพื่อประโยชน์สุข หรือเป็นไปเพื่อโทษทุกข์ ทั้งแก่ตนและผู้อื่นหรือไม่

เกณฑ์รองตัดสินโดยถือมโนธรรมสำนึกความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เป็นเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาร่วมกับเกณฑ์หลักเพื่อให้การตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมเป็นไปด้วยความละเอียดขึ้น โดยพิจารณาว่าการกระทำที่เป็นอกุศลนั้นเกิดจากการขาดมโนธรรมสำนึก ทำไปแล้วบัณฑิตดีเทียบ เป็นการเบียดเบียนตนและคนอื่น และเป็นไปเพื่อทุกข์ เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมส่งผลให้จิตขุ่นมัวเศร้าหมอง และนำไปสู่การกระทำที่เป็นอกุศลได้อีกมากมาย

เกณฑ์รองฝ่ายกุศลนี้ พิจารณาว่าการกระทำที่เป็นกุศลนั้นเกิดจากการมีมโนธรรมสำนึก ทำไปแล้วบัณฑิตสรรเสริญ เป็นการเกื้อกูลตนและคนอื่น และเป็นไปเพื่อสุข เมื่อเป็นเช่นนี้ย่อมส่งผลให้จิตผ่องใส สงบเย็น และนำไปสู่การกระทำที่เป็นกุศลได้อีกมากมาย

ความสอดคล้องของเกณฑ์หลักและเกณฑ์รอง คือการใช้ความเป็นกุศลมูลและอกุศลมูลและสภาวะที่ส่งผลต่อจิตใจ เช่น ความปลอดโปร่ง บริสุทธิ์ สงบ ความกระวนกระวาย ความเร่าร้อน เป็นเกณฑ์หลักในการตัดสิน ส่วนเกณฑ์อื่น ๆ ที่กล่าวถึงได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับผลของการกระทำนั้น แม้ศาสนาพุทธจะไม่ถือว่าเป็นหลักในการตัดสินการกระทำ แต่ก็ต้องนำมาพิจารณาด้วย

โดยนัยนี้ เกณฑ์ในการตัดสินค่าทางจริยธรรมของการกระทำนั้น ต้องอาศัยทั้งเกณฑ์หลักและเกณฑ์รอง เกณฑ์หลักกล่าวคือการพิจารณาความเป็นกุศลและอกุศลโดยเจตนา และสภาวะที่การกระทำนั้นมีต่อสภาวะแห่งจิตนั้น เป็นเกณฑ์แรกที่จะใช้เป็นเกณฑ์ เนื่องจากในการกระทำของมนุษย์มีจิตเป็นผู้สั่งการ และเป็นใหญ่ในการกระทำทั้งหมด และมีผลมากกว่าการกระทำที่เกิดทางกายและทางวาจา ทั้งในการกระทำดี และกระทำชั่ว เมื่อบุคคลคิดและทำกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง กระบวนการทำงานของจิตและเจตนาตามหลักจิตนิยม และกรรมนิยมย่อมดำเนินควบคู่กันไป โดยการอาศัยกัน และกัน แต่แยกกันโดยความเป็นกฎธรรมชาติที่ต่างกัน ดังที่พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตฺโต) กล่าวว่า “เรื่องจิตกับเจตจำนงของมนุษย์เป็นกฎธรรมชาติคนละด้าน แม้ว่ากฎทั้งสองจะทำงานสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด อุปมาเหมือนกัปตันที่ขับเรือยนต์ จิตเป็นเหมือนเรือพร้อมทั้งเครื่องจักร

เครื่องยันต์ทั้งหมด เจตจำนงหรือกรรมเป็นเหมือนกับต้นที่จะชักนำเรือไปทำอะไรรึที่ไหน ๆ และอย่างไร”

ส่วนเกณฑ์รอง ใช้เป็นเกณฑ์สำหรับตัดสินการกระทำหรือพฤติกรรมที่มีความซ้ำซ้อน ไม่ว่าจะโดยมโนธรรมต่อสังคม การยอมรับของบัณฑิต วิธีการในการกระทำ และผลของการกระทำที่มีต่อตนเองและสังคม ซึ่งการกระทำหรือพฤติกรรมที่มีความซ้ำซ้อนกันนี้ จะใช้เจตนาเพียงอย่างเดียวตัดสินนั้นเป็นการไม่เพียงพอ และรู้ได้ยากในระดับสังคมดังที่กล่าวไว้แล้วในตอนที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาเกณฑ์ตัดสิน หรือมาตรการทางจริยธรรมของพุทธจริยศาสตร์ ดังนั้น เพื่อให้การตัดสินว่าการกระทำอย่างนี้ ถูก ผิด ควร ไม่ควรอย่างไร จึงต้องอาศัยเกณฑ์รองเป็นมาตรการทางจริยธรรมของพุทธจริยศาสตร์ อีกประการหนึ่งในการตัดสินร่วมด้วย

ความจำเป็นที่จะต้องใช้เกณฑ์ถึง ๒ อย่างเป็นเกณฑ์ในการตัดสินนี้ ในระดับเกณฑ์รอง อาจพิจารณาได้จากข้อเท็จจริงในสังคมในปัจจุบันประการหนึ่ง จะเห็นได้ว่า ลำพังการกระทำบางอย่างทางกาย ทางวาจา เมื่อพิจารณาโดยการกระทำ(วิธีการ)และผลของการกระทำย่อมวินิจฉัยได้ไม่ยาก สิ่งที่แสดงออกมาทางกาย ทางวาจา รู้ได้โดยง่าย โดยวินิจฉัยว่า ตนเองติเตียนการกระทำตนเองหรือไม่ บัณฑิตยอมรับหรือติเตียนหรือไม่ เป็นประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคม หรือเบียดเบียนตนและสังคมหรือไม่ อาศัยเกณฑ์ตัดสินเท่านั้นก็ทราบได้ว่า การกระทำเช่นนี้ ดี ชั่ว ถูก ผิด ควรหรือไม่ควรอย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาถึงเจตนาในการกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่า การกระทำนั้นบุคคลปราศจากเจตนา เพราะเมื่อไม่ประกอบด้วยเจตนา การกระทำย่อมไม่เป็นอันทำและไม่จัดเป็นกรรม

กล่าวโดยสรุป ระบบพุทธจริยศาสตร์มีพื้นฐานมาจากหลักสัจธรรมและศีลธรรม สัจธรรมคือส่วนที่เป็นความจริงโดยธรรมชาติที่พระองค์แสดงไว้โดยหลักแห่งไตรลักษณ์และปฏิจจสมุปบาทเป็นต้น ซึ่งแสดงถึงความเป็นธรรมฐิติ ธรรมชาติ และธรรมนิยามแห่งสรรพสิ่งโดยความเป็นอยู่เองตามธรรมชาติ ส่วนศีลธรรมนั้นมีรากฐานอยู่บนสัจธรรม เป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อประโยชน์สูงสุดในทางพระพุทธศาสนา คือการเข้าถึงพระนิพพาน โดยมีเกณฑ์หลักในการตัดสินการกระทำคือความเป็นกุศล และอกุศล และเกณฑ์รองคือมโนธรรมความรู้สึกผิดชอบชั่วดีต่อสังคม

สำหรับหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้นำหลักพรหมวิหารธรรม ภาวนา ๔ และโพชฌงค์ ๗ มาเพื่อทำการวิเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑. หลักพรหมวิหาร ๔

ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักพรหมวิหาร ๔ ตามคำสอนของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จุดประสงค์ในการใช้ชีวิตแบบประเสริฐ มีการใช้หลักธรรมประจำใจทำให้ชีวิต มีความสุข เป็นหลักธรรมค้ำจุนโลก มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑) ที่มาของหลักพรหมวิหาร ๔

หลังจากสมัยพุทธกาลหลักธรรมเรื่องพรหมวิหาร ๔ ยังคงเป็นหมวดธรรมหนึ่ง ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากจากนักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนา ซึ่งจะเห็นได้จากการนำพรหมวิหาร ๔ มาเผยแพร่ และอธิบายขยายความไว้ในคัมภีร์สำคัญทางพระพุทธศาสนาของพระอรธกถาจารย์ และนักวิชาการร่วมสมัยต่าง ๆ เช่น ในอานาปานสติสูตร มัชฌิมนิกาย อุปริปัณณาสก์ พระพุทธเจ้าได้ตรัสถึงพรหมวิหารธรรมว่า

(๑) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญเมตตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๒) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญกรุณาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๓) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญมุทิตาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

(๔) ดูกรภิกษุทั้งหลาย ย่อมมีภิกษุในภิกษุสงฆ์นี้ ที่เป็นผู้ประกอบความเพียรในอันเจริญอุเบกขาอยู่ แม้ภิกษุเช่นนี้ในหมู่ภิกษุนี้ ก็มีอยู่

พุทธพจน์ดังกล่าวเป็นอรรถอธิบายบรรยายความพุทธจริยธรรมกล่าวคือ มัชฌิมาปฏิบัติหรือไตรสิกขาคือศีล สมาธิ ปัญญา

๒) ความหมายและองค์ประกอบหลักพรหมวิหาร ๔

๑. พรหมวิหาร ๔ (Holy Abidings) หรือพรหมวิหารธรรม เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า อัปมัญญา เพราะแผ่สม่ำเสมอ โดยทั่วไปในมนุษย์สัตว์ทั้งหลายไม่มีประมาณ ไม่จำกัด เป็นหลักธรรมประจำใจเพื่อให้ตนดำรงอยู่อย่างประเสริฐ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) กล่าวว่าพรหมวิหาร ๔ ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา หมายถึงธรรมเครื่องอยู่อย่างประเสริฐ ธรรมประจำใจอย่างประเสริฐ ความประพฤติที่ประเสริฐบริสุทธิ์ ธรรมที่ต้องมีไว้เป็นหลักใจและความประพฤติ จึงจะได้อันชื่อว่าดำเนินชีวิตหมดจดและปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบหลักความประพฤติที่ประเสริฐบริสุทธิ์ จึงจะชื่อว่าดำเนินชีวิตหมดจด และปฏิบัติตนต่อมนุษย์และสัตว์ทั้งหลายโดยชอบ บางครั้งแปลว่า ธรรมประจำใจ ที่ทำให้เป็นพรหมหรือทำให้เสมอด้วยพรหม หรือธรรมเครื่องอยู่ของท่านผู้มีคุณยิ่งใหญ่ มีความหมายดังต่อไปนี้

เพราะหมายถึงการเอาใจใส่ปรารถนาดีห่วงใยและเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยอย่างไรก็ตาม การปฏิบัติความเมตตาจะต้องมีความรู้เท่าทันสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ด้านโดยความเมตตานั้นต้องไม่นำไปสู่ปัญหาที่จะตามมานั้นคือต้องมีความเมตตาด้วยเจตนาที่บริสุทธิ์ประกอบด้วยกุศลมูลแล้วใช้ปัญญาพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยรอบอย่างชัดเจนถ้าปฏิบัติได้เช่นนี้จะช่วยให้ผู้อื่นได้รับผลประโยชน์อย่างสูงสุด การแสดงความเมตตา สามารถแสดงออกได้ทั้งทางกาย วาจา ใจ จิตใจที่เมตตายอมทำให้บุคคลนั้นเข้าใจถึงความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์รู้จักการช่วยเหลือและอภัยผู้อื่น ในอังคุตตรนิกายได้กล่าวถึงอานิสงส์ของการเจริญเมตตาไว้ ๑๑ ประการคือ

- (๑) หลับเป็นสุข
- (๒) ตื่นเป็นสุข
- (๓) ไม่ฝันลามก
- (๔) เป็นที่รักของมนุษย์ทั้งหลาย
- (๕) เป็นที่รักของอมมนุษย์ทั้งหลาย
- (๖) เทวดาทิ้งหลายย่อมรักษา
- (๗) ไฟยาพิชหรือศาสตราภักดิ์กรายไม่ได้
- (๘) จิตตั้งมั่นโดยรวดเร็ว
- (๙) สีหน้ายิ้มผ่องใส
- (๑๐) เป็นผู้ไม่หลงลืมสติตาย
- (๑๑) เมื่อยังไม่แทงตลอดคุณวิเศษอันยอดเยี่ยมย่อมเข้าถึงพรหมโลก

๒. กรุณา (Compassion) เป็นความสงสาร คิดช่วยให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดปล่อยบำบัดความทุกข์เดือดร้อนของปวงสัตว์ ยกตัวอย่างเช่นผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางกายและใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน สภาวะเช่นนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่ง อย่าน้อยช่วยทำให้เขาเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะรักษาโรคให้หาย เป็นปกติเหมือนเดิม

๓. มุทิตา (Sympathetic Joy) เป็นความยินดีในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุขมีจิตผ่องใสบันเทิงกอบปรีย์ด้วยอาการแจ่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอต่อสัตว์ทั้งหลายผู้ดำรงในปกติสุข พลอยยินดีด้วยเมื่อเขาได้ดีมีสุขเจริญงอกงามยิ่งขึ้นไปหรือส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อเขาจะได้ทำความดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

๔. อุเบกขา (Neutrality, Equanimity) เป็นความวางใจเป็นกลาง อันจะให้ดำรงอยู่ในธรรมตามที่พิจารณาเห็นด้วยปัญญา คือ มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตราขึง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พิจารณาเห็นกรรมที่สัตว์ทั้งหลายกระทำแล้ว อันควรได้รับผลดีหรือชั่ว สมควรแก่เหตุอันตนประกอบพร้อมที่จะวินัจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจมองดู ในเมื่อไม่มีกิจที่ควรทำ เพราะเขาได้รับผิดชอบตนได้ดีแล้ว เขาสมควรรับผิดชอบตนเอง หรือเขาควรได้รับผลอันสม กับความรับผิดชอบของตน คุณธรรมข้อนี้มีความสำคัญต่อการนำไปใช้แก้ปัญหาอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ปฏิบัติละความยึดถือธรรมทั้งหลายและมองสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริงโดยไม่มีการเลือกเขาเลือกเรา

ในการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา พระธรรมปิฎกได้แสดงทัศนะว่า หลักธรรมในพระพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เป็นชุด เพราะเป็นระบบ (Holistic) คือระบบองค์รวม หมายความว่าต้องทำให้ครบชุด มีคุณภาพทั้ง ๔ ด้าน นั่นคือ หลักพรหมวิหาร ๔ นี้ต้องทำให้ครบทุกด้าน ถูกต้องพอดีตามสถานการณ์ ดังนี้

๑. เมื่อเขาอยู่ภาวะปกติควรมีเมตตา หมายถึง ความรัก ความปรารถนาดี อยากรู้ให้เขามีความสุขสบายต่อไป

๒. เมื่อเขาตกหล่นไปจากสภาพที่ปกติ มีความทุกข์ ควรมีกรุณาหมายถึงการพลอยมีใจหวั่นไหวเมื่อเห็นคนอื่นเดือดร้อนหรือมีความทุกข์ ต้องการจะปลดปล่อยทุกข์เขาให้พ้นความทุกข์

๓. เมื่อเขาดีขึ้น ประสบความสำเร็จ มีความสุข ทำในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม ควรมีมุทิตา หมายถึง พลอยยินดีด้วยคอยสนับสนุนส่งเสริม

๔. กรณีที่จะรักษาความถูกต้องชอบธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ควรมิอุเบกขาซึ่งแปลว่าคอยดูอยู่ใกล้ๆ วางใจเป็นกลาง พร้อมทั้งจะแก้ไขสถานการณ์แต่ไม่เข้าไปก้าวกายแทรกแซงเพื่อให้คนนั้นรับผิดชอบต่อตัวธรรม หลักการ กฎเกณฑ์ ซึ่งต้องใช้ปัญญาในการพิจารณา ตามปกติผู้ที่มีจิตใจประเสริฐจะต้องมีความเมตตากรุณา แต่ถ้าการแสดงความเมตตากรูณานั้นจะทำให้เสียความยุติธรรม ก็ต้องวางใจเป็นกลางคือตั้งในอุเบกขา ต้องเว้นจากอคติ ๔ ไม่ให้ใจลำเอียงเพราะความรัก ความชัง ความเขลาและความกลัว ใจจึงจะเป็นอุเบกขาได้ อุเบกขาเป็นธรรมที่มุ่งรักษาความเป็นธรรมในสังคม แล้วช่วยให้ชีวิตคนพัฒนา เช่น พ่อแม่ไม่มีอุเบกขา เลี้ยงลูกแบบประคบประหงมไม่เปิดโอกาสให้ตัดสินใจทำอะไรเลย ลูกจะไม่โตทั้งทางจิตใจและปัญญาแต่การมีอุเบกขามากอย่างเดียวสังคมก็ไม่เป็นสุขเพราะทุกคนต่างรับผิดชอบต่อหลักการอย่างเดียว มีแต่แนวคิดที่คอยตรวจสอบกัน เช่น คุณทำถูกต้องตามหลักการและกฎหมายฉันไม่ว่าแต่ถ้าทำผิดหลักการและกฎหมายเมื่อไรฉันจัดการทันทีไม่มีช่วยเหลือกัน ไม่มีน้ำใจต่อกัน ไม่มีเมตตาต่อกันซึ่งทำให้สังคมเสียความสมดุลบุคคลที่อยู่ในสังคมก็มีแต่ความเครียด

จากข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบของหลักธรรมพรหมวิหาร ๔ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า หลักพรหมวิหาร ๔ ประกอบด้วยหลัก ๔ ประการ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

๓) ประโยชน์ของหลักพรหมวิหาร ๔

ในเมตตาสูตที่ ๑ จตุกกนิบาต อังคุตตรนิกาย ได้ระบุถึงการผลการเจริญพรหมวิหารธรรมไว้ว่า เป็นบุคคลไม่มีเวร ไม่มีความเบียดเบียน เข้าถึงความเป็นสหายของเหล่าเทวดาเหล่าพรหมกายิกา ดังความตอนหนึ่งว่า “บุคคลบางคนในโลกนี้ มีใจประกอบด้วยกรุณา แผ่ไปตลอดทิศหนึ่งอยู่ที่ทิศที่สอง ที่สาม ที่สี่ก็เหมือนกัน ตามนัยนี้ ทั้งเบื้องบน เบื้องล่าง เบื้องขวา แผ่ไปตลอดโลกทั่วสัตว์ทุกเหล่า ในที่ทุกสถานด้วยใจประกอบด้วย กรุณาอันไพบุลย์ ถึงความเป็นใหญ่ หาประมาณมิได้ ไม่มีเวร ไม่มีความเบียดเบียนอยู่ บุคคลนั้นพอใจ ชอบใจกรุณา ฌานนั้น และถึงความปลื้มใจด้วยกรุณาฌานนั้น ยับยั้งอยู่ในกรุณาฌานนั้น น้อมใจไปในกรุณาฌานนั้น อยู่จนคั่นด้วยกรุณาฌานนั้น ไม่เสื่อม เมื่อกระทำกาลละ ย่อมเข้าถึงความเป็นสหายของเทวดาเหล่าอภัสสระ ดูกรภิกษุทั้งหลาย ๒ กัปเป็นประมาณอายุของเทวดาเหล่าอภัสสระ ปุณฺณดํารงอยู่ในชั้นอภัสสระนั้น トラบเท่าตลอดอายุยังประมาณอายุ ทั้งหมดของเทวดาเหล่านั้นให้สิ้นไปแล้วย่อมเข้าถึงนรกบ้าง กำเนิดดิรัจฉานบ้าง เปรตวิสัยบ้าง ส่วนสาวกของพระผู้มีพระภาค ดํารงอยู่ในชั้นอภัสสระนั้น تراบเท่าตลอดอายุ ยังประมาณอายุทั้งหมดของเทวดาเหล่านั้นให้สิ้นไปแล้ว ย่อมปรินิพพานในภพนั้นเอง ดูกรภิกษุทั้งหลาย นี้เป็นความพิเศษผิดแผกแตกต่างกัน ระหว่างอริยสาวกผู้ได้สดับกับปุณฺณผู้ไม่ได้สดับ คือ ในเมื่อคติอุบัติมีอยู่” ในทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค ได้ระบุถึงประโยชน์ของพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา เป็นเครื่องสลัดซึ่งพยาบาท กรุณา เป็นเครื่องสลัดซึ่งวิหิงสา (ความคิดร้าย) มุทิตา เป็นเครื่องสลัดซึ่งอรติ (ความไม่ยินดี) อุเบกขา เป็นเครื่องสลัดซึ่งราคะ กล่าวคือ เมตตาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายพยาบาท กรุณาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความเบียดเบียน มุทิตาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความอิจฉา อุเบกขาเป็นคุณธรรมที่ทำให้ลายความลำเอียง

๒. หลักภavana ๔

หลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดและในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนอกจากใช้หลักพรหมวิหารธรรมแล้วจะต้องใช้หลักภavana ๔ ควบคู่กัน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

๑) **หลักกายภavana** เป็นการพัฒนาอินทรีย์ทั้ง ๕ คือ หู ตา จมูก ลิ้นและกาย เป็นการพัฒนากายให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้มากที่สุดไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแล วิธีการดูแลต้องอาศัยความร่วมมือทั้งสองฝ่ายคือผู้ดูแลกับผู้ป่วยติดเตียงด้วยการพัฒนาความสัมพันธ์ทางกายกับสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเจริญงอกงามไปในทิศทางที่ดีไม่เกิดโทษแก่อินทรีย์ทั้ง ๕ ที่เรียกว่าอินทรีย์สังวร โดยการบำรุงร่างกายด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงต้องดื่มน้ำเค็ม และออกกำลังกายเพื่อเป็นการรักษาป้องกันโรค ส่วนการสัมพันธ์ทางตา ก็เลือกดูในสิ่งที่สวยงาม ไม่ก่อเกิดความทุกข์แก่จิตใจส่วนความสัมพันธ์ทางหู คือเป็นการเลือกฟังหรือรับข่าวสารในสิ่งที่เกิดประโยชน์ไม่เกิดโทษไม่เอาสิ่งที่ไม่ดีเข้ามาฟังเพราะจะทำให้เกิดทุกข์ ตลอดจนพัฒนาการใช้จมูก พัฒนาการใช้ลิ้น ฯลฯ ลิ้นก็สำคัญ มาเข้าหลักโภชนาการที่ดี คือ รู้จักประมาณในการบริโภค ไม่รับประทานจนเกิดโทษแก่ร่างกายแต่เพื่อบำรุงร่างกายให้เกิดประโยชน์ การพัฒนากายในความหมายของธรรมะหมายถึงว่า พัฒนาคือความสัมพันธ์ของตัวเรากับสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือวัตถุทั้งหลายให้ดี

๒) **หลักศีลภavana** คือการพัฒนาศีล การพัฒนาในเรื่องความสัมพันธ์ทางด้านกาย วาจา กับบุคคลอื่นหรือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เป็นการพัฒนากายด้านสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น แต่ในที่นี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีงาม ศีลคือการไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลจะต้องพัฒนาในด้านที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ปฏิสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เพราะกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีความพัฒนาทางศีล การพูดจาดีคือวาจาที่เป็นมิตรไมตรี ที่เป็นการสร้างมิตรกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนรุ่นหลัง มีแนวทางในการประพฤติปฏิบัติในทางพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องดีงาม

๓) **หลักจิตภavana** คือหลักการพัฒนาจิตใจ เป็นการพัฒนาคุณภาพจิตและสมรรถภาพจิตด้วยวิถีทางพุทธศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตตามอย่างถูกต้องดีงาม เป็นการยกระดับจิตใจให้สูงขึ้นโดยใช้การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดแนวกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพทางจิต ในระดับของการสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย คือการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี คือ ไม่มี ความเครียด เป็นจิตใจที่มีความเบิกบาน การรวมกลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมนันทนาการจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย และร่วมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายจิตใจ และในระดับการสร้างคุณธรรมให้กับจิตใจ สอนให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข โดยใช้หลักพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ทำให้เป็นการสรรค์สร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสติระลึกรู้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

๔) **หลักปัญญาภavana** การพัฒนาปัญญา ก็เหมือนกับอภิปญญาสิกขา คือการรู้ เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันสภาวะของโลกและชีวิต ทำจิตใจให้เป็นอิสระได้จนถึงขั้นสูงสุด เป็นการพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยการผสมผสานในการใช้หลักการทางภavana ๔ คือ

กายภาวนา ศีลภาวนาและจิตภาวนา มาเป็นฐานในการสร้างเสริมกระบวนการทางปัญญาให้เกิดการเรียนรู้เท่าทันโลกและสภาวะต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก การมุ่งเน้นไปที่ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่อยู่ในภาวะที่มีความสุขและเกิดความเข้าใจในการใช้ชีวิต หลักปัญญาภาวนาคือการสอนให้ใช้ชีวิตและมีมุมมองตนเองอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความเชื่อมั่นในตนเอง

๓. หลักโพชฌงค์ ๗

พบว่า มิติในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่ในครั้งพุทธกาล ในคำสอนทางพุทธศาสนากล่าวว่า ร่างกายเราประกอบด้วยชั้นห้าหรือคือชั้นห้า มีองค์ประกอบ ๒ ประการคือ รูป และนาม (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) ความเจ็บป่วยหรือทุกข์ภัยไข้เจ็บอันเกิดกับชั้นห้านี้สามารถเกิดกับทุกองค์ประกอบของชั้นห้าไม่ว่าจะเป็น โรคทางรูปกายหมายถึง มหาภูตรูปและอุปาทานรูปและโรคของนามคือ เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ หมายถึง จิตและเจตสิกทุกองค์ประกอบจะเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม (The organism hole= holistic) ถ้าป่วยทางกาย (รูป) ส่งผลกระทบต่อด้านนาม (ใจ) ด้วย และมีมิติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำเป็นต้องใช้หลักโพชฌงค์ ๗ ที่ถือว่าเป็นหลักธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ หรือองค์ของผู้ตรัสรู้ หมายถึง ธรรมหรือข้อปฏิบัติเพื่อยังวิชาและวิมุติให้บริบูรณ์ กล่าวคือ ถึงที่สุดแห่งการดับทุกข์หรือการตรัสรู้ อันมี ๗ ประการ ซึ่งเมื่อปฏิบัติอย่างถูกต้องดังตามก็ดำเนินไปตามหลักปฏิจจนุปันธมม มีดังนี้

๑) สติสัมโพชฌงค์ ความระลึกได้ ความระลึกได้บ่อย ๆ ในกิจ(สิ่งที่ควร)ที่ทำมาไว้แล้ว ความไม่ผลอเรือ ความมีสติกำกับอยู่ในกิจ หรืองาน หรือธรรมที่ปฏิบัติ ดังเช่น การปฏิบัติธรรมวิจย, การมีสติระลึกเท่าทันเวทนา, ความมีสติระลึกเท่าทันจิต ที่หมายถึงจิตตสังขาร เช่นความคิดปรุงแต่งคืออาการของจิตที่ฟุ้งซ่านไปปรุงแต่ง, ความมีสติระลึกเท่าทันธรรม อันสติจักเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ดังเช่น สติปฏิฐาน ๔ ที่เป็นการมีสติในกาย เวทนา จิต ธรรม ซึ่งมีอันสงสที่เนื่องสัมพันธ์กับโพชฌงค์ ๗ จึงเป็นเครื่องสนับสนุน(ปัจจัย)ให้มีสติไปน้อมกระทำการธัมมวิจยะ

๒) ธัมมวิจยะสัมโพชฌงค์ (ธรรมวิจยะ) หรือธรรมวิจย ความสอดส่อง สืบค้นธรรม, การวิจยหรือค้นคว้าธรรม การพิจารณาในธรรม อันครอบคลุมถึงการเลือกเฟ้นธรรมที่ถูกต้อง ดังามถูกจริต และการค้นคว้า การพิจารณา การไตร่ตรองด้วยปัญญา หรือการโยนิโสมนสิการ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง อย่างแท้จริง อันตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในธรรม(สภาวะธรรมชาติ โดยเฉพาะของทุกข์ ก็เพื่อใช้ในการดับทุกข์) กล่าวคือธรรมที่บุคคลเลือกเฟ้นตรวจตราถึงความพินิจพิจารณาด้วยปัญญา เป็นธัมมวิจยสัมโพชฌงค์ เมื่อมีสติรู้เท่าทัน พร้อมทั้งวิจยค้นคว้าพิจารณาในกาย เวทนา จิต ธรรม ที่สติเท่าทันนั้น ๆ ย่อมยังให้เกิดความรู้ความเข้าใจตามเป็นจริงในสภาวะธรรมหรือธรรมต่าง ๆ ขึ้นเป็นลำดับ จึงไม่ได้เห็นเป็นไปตามความอยาก,ความเชื่อ การอ่าน การฟังแต่อย่างเดียว ดังเช่นแต่กาลก่อน ดังเช่น การเข้าใจใน ปฏิจจนุปบาท พระไตรลักษณ์ อริยสัจ ๔ ชั้น ๕ สติปฏิฐาน ๔ เมื่อเกิดความเข้าใจจากการธัมมวิจยะ ปัญญาย่อมสว่างกระจ่าง จึงย่อมรู้คุณ จึงเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนน้อมให้เกิดวิริยะ

๓) วิริยสัมโพชฌงค์ ความเพียร ท่านหมายถึงความเข้มแข็ง ความพยายาม บากบั่นสู้กิจ ไม่ย่อหย่อนท้อแท้ต่อการปฏิบัติและการพิจารณาธรรม (ธรรมวิจยะ) ตลอดจนการเพียรยกจิต

ไม่ให้หุดหู่ ท้อแท้, เมื่อเกิดความเข้าใจในธรรมจากการพิจารณาธรรม ย่อมเป็นสุข เห็นประโยชน์ในการปฏิบัติ อุปาทานทุกขน้อยลงหรือเบาบางลง จึงย่อมทำให้เกิดความเพียรขึ้นเป็นธรรมดา เมื่อเห็นคุณย่อมปฏิบัติด้วยความเพียร เมื่อปฏิบัติด้วยความเพียร อย่างแน่วแน่ในระยะหนึ่ง ไม่ซัดส่ายสอต่อส่าย่อมเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนให้เกิดปิติ

๔) ปิตีสัมโพชฌงค์ เมื่อมีสติพิจารณาในธรรม ด้วยความเพียรย่อมเกิดความอึดอึดใจ ความต็มด้า ใจฟู ความแช่มชื่น ความปลาบปลื้ม อันปราศจากอามิส(ไม่เจือด้วยกิเลส)ขึ้นเป็นธรรมดา (จึงมีได้หมายถึง ปิติ ชนิดมีอามิส ความอึดอึด อันเกิดแต่การปฏิบัติตามสมาธิอันมีองค์ฌานชนิดที่เกิดแต่การติดเพลิน, ติดสุข ทั้งโดยรู้ตัวก็ดี ไม่รู้ตัวก็ดี อันมักแสดงออกโดยอาการจิตส่งในเพราะปิตินี้ยังให้โทษในกายหน้าแต่อย่างเดียว) เมื่อวิริยะ อย่างแน่วแน่ในธรรมที่พิจารณา ไม่ซัดส่ายสอต่อส่ายไปปรุงแต่งในสิ่งอื่น ๆ ได้ระยะหนึ่ง ย่อมบังเกิดอาการปิตีความอึดอึด ความแช่มชื่นขึ้นนั้น ๆ ซึ่งเมื่อความอึดอึด ความแช่มชื่นจางคลายไป ย่อมเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนให้เกิดปัสสัทธิ

๕) ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ ความสงบกายและความสงบใจ ความผ่อนคลายกายใจ อันเกิดแต่ปิตีสุขที่ระงับไป, เมื่อปิตีความแช่มชื่น อึดอึดแช่มชื่น อันเกิดแต่ความเข้าใจกระจ่างสว่างในธรรมสงบระงับลงแล้ว ย่อมยังผลให้เกิดการผ่อนคลาย กล่าวคือ เกิดความสงบกายสงบใจตามมา จึงไม่เครียด ไม่กระวนกระวาย กายใจโปร่งเบาสบาย กล่าวคือ เมื่อกายสงบระงับย่อมเกิดความสุข จึงเกิดการเสวยสุข ขยายความ เมื่อกายสงบระงับแล้วย่อมเป็นสุข เมื่อเป็นสุขแล้ว ย่อมเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนน้อมนำให้เกิดสมาธิสัมโพชฌงค์จิตตั้งมั่น

๖. สมาธิสัมโพชฌงค์ ความมีจิตตั้งมั่น เพราะเมื่อกายสงบ ย่อมพบสุข เมื่อพบสุข จิตย่อมตั้งมั่น เพราะย่อมไม่ซัดส่ายสอต่อส่ายไปฟุ้งซ่าน หรือปรุงแต่ง จึงมีจิตหรือสติตั้งมั่นอยู่กับกิจหรืองานที่ทำ อันเป็นไปตามธรรมหรือธรรมชาติ นั้นเอง เช่น มีสติอย่างต่อเนื่องกับธรรมที่พิจารณา หรือการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ซัดส่าย ไม่ออกแวก ดังเช่น มีสติเห็นเวทนา หรือมีสตรัสรู้เท่าทันอาการของจิต เช่นรู้เท่าทันอาการปรุงแต่งหรือรู้เท่าทันว่าฟุ้งซ่านไปภายนอกอยู่เนื่อง ๆ และสมาธินั้นยังเป็นกำลังแห่งจิต ที่ทำให้จิตเข้มแข็งขึ้น ก็เนื่องเพราะความไม่ซัดส่ายไปสอต่อส่ายให้เกิดทุกขในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วยนั่นเอง จึงยอมยังให้การปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องนั้นเป็นไปอย่างมีกำลัง ดังนั้นสมาธิในสัมโพชฌงค์จึงหมายถึง การมีจิตตั้งมั่น อยู่ได้อย่างต่อเนื่องหรือแนบแน่นในการปฏิบัติ นั้นเอง เป็นจิตชนิดที่มีสติปราดเปรียวว่องไว ที่เมื่อระลึกรู้เท่าทันในสิ่งใดแล้ว ก็ปล่อยวางโดยการอุเบกขาในสัมโพชฌงค์องค์สุดท้าย

สมาธิในโพชฌงค์ จึงเป็นสมาธิเพื่อการวิปัสสนา ไม่ใช่อย่างเดียวกันกับการปฏิบัติสมถสมาธิ ที่มีสติแนบแน่นหรือแน่วแน่อยู่กับอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น อย่างไม่ปล่อยวาง ที่เมื่อสติจางคลายหรือขาดไปแล้ว มีองค์ฌานหรือสมาธิเป็นผลให้เกิดความสุขสงบสบายขึ้น แต่ยอมเป็นไปในขณะหรือระยะหนึ่ง ๆ เท่านั้น จึงยังจัดว่าเป็นเพียงวิภังขณวิมุตติ จึงควรทำความเข้าใจให้ถูกต้องด้วยว่า สมถสมาธิหรือฌานที่ปฏิบัติกันทั่วไป อันมีมาแต่โบราณนั้น ในทางพุทธศาสนาแล้วก็เพื่อเป็นไป เพื่อเป็นบาทฐานของสมาธิในขั้นวิปัสสนาต่อ ๆ ไปเท่านั้น กล่าวคือ สมาธิในโพชฌงค์คือสมาธิชนิดสัมมาสมาธิในองค์มรรคที่มีจิตตั้งมั่น ไม่ซัดส่าย อย่างต่อเนื่อง เมื่อจิตตั้งมั่น แน่วแน่อย่างต่อเนื่องยาวนาน อย่างเนื่อง ๆ ย่อมประกอบด้วยกำลัง และยังประกอบด้วยปัญญาที่เห็นเป็นไปตามจริงตามที่ได้สั่งสมมา จึงเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนในการน้อมนำไปในการอุเบกขา

๓) อุเบกขาสัมโพชฌงค์ การวางใจเป็นกลาง วางที่เฉย รู้ตามความจริงหรือยอมรับตามความจริง แล้วละเสียโดยการตั้งมั่นวางเฉย หรือปล่อยวางโดยอาศัยกำลังของจิตอันเกิดแต่สติ, สมาธิและปัญญานั้นเอง วางเฉย ที่หมายถึง รู้สึกอย่างไรก็เป็นอย่างนั้นเป็นธรรมดาไม่ต้องฝืน แต่ตั้งใจกระทำหรือปฏิบัติ ด้วยการไม่(คิดนึก)ปรุงแต่ง ไม่สอดใส่ไปในเรื่องหรือกิจนั้น ๆ ทั้งในทางดีหรือชั่ว (ทางร้าย) กล่าวคือไม่คิดเอนเอียง ไม่สอดใส่ ไม่ขัดส่าย ไม่ยึดมั่นในสิ่งใด เช่น ไม่ไปปรุงแต่งด้วยถ้อยคิดหรือกริยาจิต ในเวทนา(ความรู้สึกรับรู้เมื่อกระทบสัมผัสอันอาจชอบใจหรือไม่ชอบใจ) หรือสังขารชั้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเช่น จิตฟุ้งซ่าน ,จิตมีโทสะฯ ถ้อยคิดหรือความคิดนึกที่เกิดขึ้น เช่น การคิดปรุงแต่งหรือการเอนเอียงไปคิดเห็นว่าสิ่งนั้นถูกหรือสิ่งนั้นผิด, ไม่ปรุงแต่งทั้งในบุญหรือบาป, ไม่ปรุงแต่งไปทั้งดีหรือชั่ว, ไม่ปรุงแต่งว่าเราถูกหรือเขาผิด, เกิดความรู้สึกอย่างไรก็เกิดอย่างนั้น ไม่เป็นไร เป็นเรื่องปกติที่ถูกต้องเป็นธรรมดา เพียงวางจิตหรือสติหรือความคิดให้เป็นกลางด้วยการกระทำ วางที่เฉย เพราะการที่ไปปรุงแต่งแม้จะเป็นดีหรือสิ่งที่ถูกก็เป็นทุกข์ (แยกแยะให้เข้าใจความหมายถูกต้องด้วยมิได้หมายถึงไม่ทำความดี ไม่ทำบุญ แต่หมายถึงการไปคิดนึกปรุงแต่ง แล้วยึดว่าถูก ว่าดี อย่างนั้นอย่างนี้ อันล้วนยังให้เกิดเวทนา คือความคิดขึ้นใหม่ ๆ อันย่อมเกิดเวทนาขึ้นอีกทั้งสิ้น อันล้วนอาจเป็นปัจจัยให้เกิดตัณหา อุปาทาน ชาติอันเป็นทุกข์ขั้นในที่สุด) ดังเช่น เรานั้นเป็นคนดีมาก ๆ ช่วยเหลือเกื้อหนุนบุคคลคนหนึ่งอย่างมาก ๆ เป็นความดีชนิดบริสุทธิ์ใจ แต่แล้วบุคคลคนนั้นก็กลับกระทำการสิ่งที่ไม่ดีต่าง ๆ ต่อเรา เพียงแต่เราคิดปรุงแต่งหรือกระทำโดยอาการพิริพีไรรำพันโอดครวญในความดีของเราหรือความชั่วของเขาในเรื่องนี้ขึ้นมา ที่แม้เป็นจริงอย่างที่สุดก็ตาม ท่านก็ย่อมต้องเสวยทุกข์ขึ้นทันที ความดีที่เรากระทำอยู่นั้นเราย่อมได้รับอยู่แล้วเพียงแต่อาจโดยไม่รู้ตัว แต่เมื่อใดที่เราไปคิดยึดมั่นในความดีด้วยกิเลส คือไปอยากให้ความดีนั้นตอบแทน ก็เกิดอุปาทานทุกข์อันเราร้อนเผาเลนขึ้นทันที ด้วยเหตุฉะนี้ พระอริยเจ้าท่านจึงมีคำกล่าวอยู่เนื่อง ๆ ว่า ไม่ยึดดี ไม่ยึดชั่ว เป็นกลางวางที่เฉย

อุเบกขา จะเกิดขึ้นได้ต้องเกิดจากการเจตนาขึ้นเท่านั้น จึงต้องหมั่นสั่งสมอบรมปฏิบัติ ไม่ใช่การวางใจเป็นกลางชนิดที่ต้องทำใจเป็นกลางเฉย ๆ ชนิดจะไม่ให้รู้สึกรู้สึกต่อทุกขเวทนา, สุขเวทนาที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด กล่าวคือ อยากจะไม่ให้มีทุกขเวทนาทางกายหรือทางใจใดๆมากระทบได้ เพราะยังไม่รู้ไม่เข้าใจด้วยอวิชชา อันอาจกระทำได้แค่เป็นครั้งคราวด้วยฌาน,สมาธิเท่านั้น อันยังเป็นเพียงโลภกีย์วิโมกข์ (ความหลุดพ้นขั้นโลภกีย์) เป็นกุปวิโมกข์ (ความหลุดพ้นที่กำเริบคือเปลี่ยนแปลงกลับกลายหายสูญได้) และเป็นวิกขัมภณวิมุตติ (ความหลุดพ้นด้วยขมไว้ คือ กิเลสระงับไปเพราะถูกกำลังสมาธิขมไว้ เหมือนเอาแผ่นหินทับหญ้า ยกแผ่นหินออกเมื่อใด หญ้าย่อมกลับงอกงามขึ้นได้ใหม่) เพราะตามความเป็นจริงแล้วทุกขเวทนานั้นยังมีอยู่เป็นธรรมดาแม้ในองค์พระอริยเจ้า แต่ท่านเหล่านั้นไม่มีอุปาทานทุกข์หรืออุปาทานชั้น ๕, จึงต้องเป็นการปฏิบัติด้วยความรู้ความเข้าใจตามความเป็นจริงแล้วว่าเป็นโทษเป็นทุกข์ แล้วจึงปล่อยวาง หรือทำใจเป็นอุเบกขา กล่าวคือรู้ตามความเป็นจริงแล้ว รู้สึก(เวทนา)อย่างไร ก็เป็นเยี่ยงนั้นนั่นเอง แต่ต้องเข้มแข็ง ไม่คิดนึกปรุงแต่งด้วยการไม่เอนเอียงหรือแทรกแซงไปด้วยถ้อยคิดหรือกริยาจิตใดๆ ในเรื่องนั้น ๆ ทั้งในทางดีหรือชั่ว(ทางร้าย), อุเบกขาจึงไม่ใช่ อุทกขมสุขเวทนาหรือที่บางที่เรียกกันว่าอุเบกขาเวทนา อันเป็นความรู้สึกเฉย ๆ แล้วไปยึดไปเข้าใจผิดว่าเป็นการอุเบกขา, อันอุเบกขาเวทนานั้นเป็นสภาวะธรรมที่เกิดการรับรู้ขึ้นจากการผัสสะเป็นธรรมดา กล่าวคือเป็นไปโดยสภาวะธรรมชาติ อยางไรเสียก็ต้องเกิดขึ้นและเป็นไปตามธรรม ส่วนการอุเบกขาหรือตัดรรมัชฌัตตตาเป็นสังขารชั้นจึงต้องมีสัญญาเจตนาหรือเจตนาขึ้น ดังนั้น

จึงต้องหมั่นฝึกฝนอบรมด้วยความเพียรยิ่ง จนสามารถกระทำอุเบกขานั้นเป็นมหาสติ กล่าวคือ กระทำเองโดยอัตโนมัติ เป็นเอกเช่นสังขารในปัจจุสมุปบาท แต่ปราศจากเสียซึ่งอวิชชา

สรุปได้ว่าการรักษาโรคทางกาย ใช้รักษาด้วยสมุนไพรหรือเภสัช การผ่าตัด ส่วนการรักษาโรคทางใจ ใช้หลักพุทธธรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางใจ หลายประการเช่น โภชนงค์ ๗ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นต้น ทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ รู้เท่าทันความจริงของสังขารเกิดปัญญา

๔.๓ ศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

พบว่า การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยการนำหลักทางพุทธจริยศาสตร์ซึ่งเป็นหลักที่ยึดเหนี่ยวเพื่อเป็นแนวคิดปฏิบัติถูกต้องดีงาม ส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา ทำให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข สามารถพัฒนาประเทศชาติได้ ถึงแม้ทั่วโลกจะเริ่มกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในไม่ช้าก็ตาม หลักการที่นำมาใช้ต้องเป็นการผสมผสานหลักการรับรู้ และเข้าใจร่วมกับหลักทางพุทธจริยศาสตร์คือ ภาวนา ๔ หลักพรหมวิหาร และโภชนงค์ ๗ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด การที่จะทำให้ภาระกิจการดูแลผู้ป่วยติดเตียงสามารถบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้คือทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น และขณะเดียวกันผู้ที่ดูแลต้องมีความสุขด้วยต้องเข้าใจหลักการหรือทฤษฎีหรือแนวคิดบนพื้นฐานข้อเท็จจริงผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ที่ศึกษามาร่วมในการวิเคราะห์ด้วยดังนี้

๑. การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (social exchange theory) เป็นทฤษฎีที่แลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกัน และกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย กรณีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัว การที่ลูกหลานได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในบ้านที่เปรียบเสมือนพระในบ้านย่อมได้บุญกุศลที่ได้ดูแลพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย เป็นการแสดงความกตัญญูอันเป็นเยี่ยงอย่างแก่คนรุ่นหลังและให้เป็นบุคคลต้นแบบในชุมชนสังคมนั้น ในเวลาเดียวกันผู้ป่วยก็ได้มีความภาคภูมิใจที่ลูกหลานมีความกตัญญู เกิดความอบอุ่นทางจิตใจ มั่นใจในความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้นในครอบครัว แต่ถ้าเป็นบุคคลที่ไม่ใช่ลูกหลานแต่เป็นสถานพยาบาลดูแลผู้ป่วย มีบริบทที่เปลี่ยนไป ผลของการดูแลทางกาย และจิตใจย่อมแตกต่างกัน ปกติผู้ป่วยติดเตียงไม่มีโอกาสไปพบผู้คนภายนอก การที่ต้องไปอยู่สถานพยาบาลหรือสถานพักพิงที่เนื่องมาจากสภาวะที่ลูกหลานต้องมีภาระทำงานหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่าย ไม่มีเวลาดูแลได้เต็มที่ ผู้ป่วยอาจจะเพิ่มความสูญเสียสภาวะทางจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า เหงาว่าเหวามากขึ้น

๒. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามทฤษฎีเรียนรู้กลุ่มพฤติกรรม (Leraning theory: Behaviorism) แนวคิดกลุ่มนี้เน้นการเรียนรู้ที่อาศัยสิ่งเร้าและการตอบสนอง สิ่งเร้ากับการตอบสนองต้องสัมพันธ์กันโดยมีแรงเสริมทั้งด้านบวก และลบเพื่อให้มีการตอบสนองในทิศทางที่ต้องการ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงผู้ดูแลต้องเข้าใจหลักการ และนำมาใช้ปรับพฤติกรรม และการกระทำที่ไม่พึงประสงค์เพราะผู้ป่วยบางคนที่มีจิตใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยน บางคนอาจสูญเสียบุคคลที่ตนเองรัก เพื่อนฝูง มิตรสหาย และคนรู้จักมีการพลัดพรากจากไป เป็นปัจจัยหนึ่ง

ที่ทำให้มีอาการ ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป ผู้ดูแลต้องเรียนรู้เท่าทันให้เร็วเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ให้มีการแสดงพฤติกรรม อารมณ์ไปในทางลบมากขึ้น เป็นการป้องกันดูแลรักษา แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะกายและใจมีความสัมพันธ์กัน ถ้าเกิดปัญหาที่จิตใจ อาจจะทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย หลักการนี้เชื่อว่ามนุษย์ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมดังนั้นธรรมชาติของมนุษย์จึงเป็นผลผลิตผลจากการที่มนุษย์มีปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม

๓. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อตามทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Caring theory)

เน้นที่การดูแลหรือที่เรียกว่าศาสตร์ในการดูแลมนุษย์ (Human Caring Science) จะเน้นที่รูปแบบการดูแลที่เข้าถึงจิตใจกันระหว่างคนสองคน (Transpersonal caring model) เพื่อให้เกิดการฟื้นฟู (Healing) เข้าสู่ภาวะปกติของคน ๆ นั้น ความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีวัตสันเชื่อว่าการดูแลเป็นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (Human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้คืนพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ให้การเคารพในศักดิ์ศรีของทุกคน ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือทำให้เกิดสมดุลทุกมิติในชีวิตของมนุษย์ คือ กาย จิตใจ สังคมและปัญญาส่งเสริมให้มีการพัฒนาให้ดีขึ้น โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองและผู้ดูแลเข้าใจ โดยยึดหลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา สร้างมิตรสัมพันธ์ที่ดี ดังนั้นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าใจธรรมชาติสิ่งที่เป็นไปในการเปลี่ยนแปลงทุกมิติของคนที่จะดูแลและพร้อมที่จะเยียวยาฟื้นฟูให้ดีขึ้น ด้านตรงข้ามผู้สูงอายุต้องเข้าใจและยอมรับกับกระบวนการดูแลตามหลักการเพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ใช้หลักการเอาใจเขามาใส่ใจเรา เมื่อผู้ดูแลเข้าใจ และสามารถนำหลักทฤษฎีต่าง ๆ เข้ามาผสมผสานกันเพื่อทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลให้มีคุณภาพที่ดีในทุกมิติ

๔. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อตามหลักพรหมวิหาร ๔

สรุปได้ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อส่วนมากเป็นผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมร่วงโรยตามกาลเวลาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของชีวิต ทั้งด้านกาย จิตใจและสังคม ส่งผลกระทบต่อตนเอง และคนรอบตัว ภาวะเสื่อมทางกายจะมีสมรรถภาพทุกระบบของร่างกายลดลงผลจากการเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย ทำให้จากที่เคยทำกิจกรรมด้วยตนเองเมื่อเข้าสู่วัยชรา และประสบกับภาวะเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ ทำให้งานบางอย่างหรือกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยการพึ่งพาผู้อื่น ทางจิตใจเกิดภาวะที่เปลี่ยนไป คือจากร่าเริงสดใส อาจจะเป็นซึมเศร้า หดหู่ ว้าเหว่ จากการที่ลูกหลานขาดการใส่ใจเท่าที่ควร การสูญเสียเพื่อนหรือคนสนิท คู่ชีวิตที่จากไป เป็นต้น และทางด้านสังคม ที่มีปัญหา อาจมาจากสถานะทางสังคมที่ลดทอนตำแหน่ง อำนาจ หน้าที่การงาน ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคนรอบตัวไม่มากนักน้อยขึ้นอยู่กับว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับตัวให้เท่าทันกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้มากน้อยแค่ไหน และในการอยู่ร่วมกับคนรุ่นหลังเพื่อให้เกิดความสุข ทั้งตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแล ต้องมีหลักธรรมพรหมวิหาร ๔ เข้ามาร่วมด้วย ประกอบไปด้วยหลักธรรม เมตตา กรุณา มุทิตาและอุเบกขา ที่ถือได้ว่าเป็นหลักธรรมที่ใช้เพื่ออยู่ร่วมกันสังคม ครอบคลุมอย่างมีความสุข ดังมีรายละเอียดดังนี้

๑) **หลักเมตตา** เป็นหลักที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้ความรัก ปราบณาติ อยากรให้คนอื่นมีความสุข มีจิตอันแผ่เมตรี และคิดทำประโยชน์แก่ผู้อื่น ผู้ป่วยต้องฝึกปฏิบัติใช้หลักเมตตาเข้าใช้ปรับใช้ทุกอารมณ์ ทุกความรู้สึกของตนเอง โดยมีจิตใจที่เมตตาปราณีแก่ทุกคนรอบตัว มีความปราณาติให้

ทุกคนมีความสุข ไม่สร้างความเดือดร้อนและทำให้คนอื่นไม่สบายใจ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่สะสมมาทั้งชีวิตถ่ายทอดสิ่งดีๆ ที่เป็นประโยชน์แก่บุคคลอื่น และคนรุ่นหลังได้รับความรู้ และสิ่งดีๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ในด้านผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องมีจิตเมตตาปรารถนาให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดการพัฒนาทั้งกายใจ สังคมทุกมิติของชีวิต พัฒนาควบคู่กับภavana ๔ ด้วยการดูแลพัฒนาอินทรีย์ทั้ง ๕ คือ หู ตา จมูก ลิ้น กาย ใจ ให้มีความสมดุล และพอดีไม่ให้เกิดโทษ ตัวอย่างเช่น ทางกาย ใส่ใจในการทำให้ผู้ป่วยที่เป็นสูงอายุมีความแข็งแรงเพิ่มสมรรถภาพทางกาย หากทำกิจกรรมร่วมกับสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาในทางที่ดี ให้ผู้ป่วยได้รับฟังแต่เรื่องราวดีๆ ที่ไม่เกิดโทษ ได้เห็นในสิ่งที่สวยงาม ไม่ก่อให้เกิดความทุกข์เวทนาแก่อินทรีย์ จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลต้องมีความเมตตา สร้างสรรค์สิ่งดีเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองก็ต้องมีความเมตตา ปรารถนาให้คนอื่น เขียวชนรุ่นหลังได้รับข้อมูลที่เกิดประโยชน์แก่สังคมจากประสบการณ์ที่ตนเองสะสมมานับชั่วชีวิต เพื่อเป็นการพัฒนาสังคมประเทศชาติให้เจริญรุ่งเรืองต่อไป

๒) หลักกรุณา เป็นความสงสาร ที่คิดจะช่วยผู้ป่วยนั้นให้พ้นทุกข์ ใฝ่ใจในอันจะปลดปล่อยบำบัดความทุกข์ยากเดือดร้อน หลักธรรมในข้อนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรต้องมีเพราะเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นในยามที่เขามีปัญหาตกทุกข์ลำบากในชีวิต การกรุณาเป็นการหาหนทางให้เขาพ้นทุกข์ ได้บุญกุศลอย่างใหญ่หลวง ทั้งบุญที่ได้ทำกับผู้อื่น และตนเองได้ผลบุญนั้น ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในชีวิตมาก่อนคนรุ่นหลัง และมีความชำนาญ และประสบการณ์ชีวิตในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามา ดังนั้น การที่ผู้ป่วยใช้หลักธรรมนี้ จะช่วยให้มีการช่วยเหลือปลดทุกข์ และพัฒนาระดับบุคคล ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

๓) หลักมูทิตา เป็นการแสดงความยินดีในเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตใจผ่องใส บันเทิง กอปรด้วยอาการแช่มชื่นเบิกบานอยู่เสมอ ต่อผู้อื่นในยามปกติ พลอยยินดีเมื่อผู้อื่นเขาได้ดีมีสุข ผู้ป่วยจะต้องมีหลักธรรมข้อนี้เพื่อจรรโลงสังคมให้มีความรักสามัคคีกัน เมื่อใครได้ดีย่อมแสดงความยินดีด้วยความจริงใจ และมีมิตรไมตรีอย่างแท้จริง มีความยินดีเมื่อผู้อื่นมีความสุข มีการเลื่อนฐานะตำแหน่งหน้าที่การงานที่ดีขึ้นหรือมีชีวิตที่ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้มีความรักความผูกพันซึ่งกันและกันในกลุ่ม

๔) อุเบกขา เป็นการสร้างดุลยภาพของใจให้เป็นกลาง เมื่อเกิดปัญหาหรือผู้อื่นทำผิด ย่อมวางใจเป็นกลาง ถือความถูกต้อง ดึงมาปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างเที่ยงธรรมไม่ลำเอียงเข้าข้างฝ่ายใด หลักธรรมในข้อนี้ผู้ป่วยจะต้องใจเป็นธรรม มองเห็นตามหลักเหตุ และผล สิ่งใดถูกผิดก็ย่อมว่ากันไป ตามความเป็นจริง เห็นถูกผิดตามข้อเท็จจริง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีหลักธรรมข้อนี้ และนำพาให้ฝึกธรรมะเข้าวัดปฏิบัติธรรมอย่างสม่ำเสมอ การฝึกจิตใจด้วยธรรมะหลักทางพุทธศาสนาเป็นสิ่งที่ล้ำเลิศที่ผู้ดูแลจะต้องตระหนัก เป็นการกล่อมเกลาจิตใจให้มีความมั่งคั่ง มีความดีในจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีหลักธรรมต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลเป็นไปตามทิศทางที่พึงประสงค์

สรุปได้ว่า การนำหลักพุทธจริยศาสตร์มาประยุกต์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพรหมวิหารธรรมดังกล่าวมาแล้วนี้ทำให้พบว่า การใช้หลักพรหมวิหารธรรม นี้จะต้องมีในใจของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย เพราะเป็นคุณธรรมที่ต้องมีอยู่ในใจของบุคคลผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป เพราะถ้าคุณธรรมข้อนี้ไม่มีในใจของผู้ให้บริการจะทำให้การทำหน้าที่ในครั้งนั้น ๆ เต็มไปด้วยความรังเกียจต่อผู้ป่วย ดังนั้นการนำหลัก

พรหมวิหารธรรมเข้ามาประยุกต์ใช้จึงเป็นไปเพื่อเป็นผลดี และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และในการใช้คุณธรรมข้อนี้มาดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลจะต้องใช้คุณธรรมทุกข้อของพรหมวิหารธรรม คือมีจิตใจที่เตรียมด้วยความรักในการเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีจิตใจที่ทรงไว้ซึ่งความเสมอภาคในการให้การดูแลโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นญาติสายโลหิตของเราหรือไม่ และสิ่งสำคัญคือการเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องคือการใช้อุเบกขา ในการดูแลสอดส่องอย่างใกล้ชิด ติดตามดูอาการของคนป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวของนางสาวการติมา ภาษี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (รพสต.หนองกุง) อายุ ๓๕ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“ในด้านการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินหาปัญหา และวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกที่ยังผู้ป่วยไม่สามารถนั่งยืนเดินได้ จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้ด้วยไม้เท้าสามขา แต่แขนข้างซ้ายที่เป็นอัมพาตยังทำงานไม่ได้ตามปกติ หลักพรหมวิหารธรรมที่ได้้นำปรับใช้เกิดประโยชน์มาก จากการที่ผู้ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยแล้วต้องมีเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือฟื้นทุกข้อปัญหาที่เขาประสบแล้วค้นหาวิธีแก้ปัญหาหรือทุกข์นั้นอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถฟื้นทุกขทางกายที่เขาเป็นอยู่ คือจากเดิมที่ไม่สามารถเดินได้ จนสามารถกลับมาเดินได้ในที่สุด ในด้านของตัวผู้ป่วยเอง ถึงแม้จะไม่ค่อยใส่ใจการดูแลตัวเอง แต่ได้รับการกระตุ้นให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ และญาติ ในการช่วยเหลือการออกกำลังกาย ยืดกล้ามเนื้อขาและแขน พยุงหัดเดิน เป็นต้น และเพื่อนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลที่มารับการรักษาฟื้นฟูด้วยอาการเหมือนกันคอยพูดจาให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้เขามาตามนัดทุกครั้งเพื่อมารับการรักษาที่กายภาพบำบัดเนื่องจากตัวเขามีกล้ามเนื้อที่ตีคอบขึ้นนะ ชักจูง และให้กำลังใจทำให้การรักษาดูแลเป็นไปทางที่ดีขึ้นเป็นลำดับ”^๔ ซึ่งสอดคล้องกับนายภานุวัตร พันทวี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ อายุ ๓๘ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“การนำหลักพรหมวิหารธรรมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเตียงแม้ว่าเป็นงานที่หนักและยากแต่ด้วยภาระหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบอยู่จะต้องทำและต้องทำให้ดีที่สุด ด้วยความปรารถดีในการให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด ตั้งเป้าหมายในการรักษาในระยะสั้น ๆ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในการรักษาฟื้นฟูในครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเห็นเป็นรูปธรรม เช่น จากพลิกตะแคงตัวไม่ได้ เป็นระยะเวลาสั้น เมื่อตรวจประเมินตรวจร่างกายแล้วถ้าผู้ป่วยมีความสามารถทำได้ จะเริ่มให้การรักษาฟื้นฟูและสอนให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทันที ให้ผู้ป่วยและญาติเห็นว่าสามารถทำได้ เกิดความเชื่อมั่นในผลการรักษา ครั้งต่อมาเพิ่มเป้าหมายในการรักษามากขึ้น จากพลิกตะแคงตัวมาลุกขึ้นนั่ง จนในที่สุดผู้ป่วยสามารถเดินได้ ด้านจิตใจโดยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างเบื่อกันเอง และอบอุ่น เสมือนญาติพี่น้องคนหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมีความยินดีและดีใจมาก ประเด็นสำคัญคือ พูดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคและกระบวนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือ

^๔ สัมภาษณ์ นางสาวการติมา ภาษี, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(รพสต.หนองกุง) ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

ในการรักษาฟื้นฟู”^๕ และซึ่งสอดคล้องกับ นางสาวศิริพันธ์ สันพินิจ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการอายุ ๓๔ ปี (บุคลากรทางการแพทย์) ที่กล่าวว่า

“ในการรักษาคุณภาพบำบัดให้กับผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายในการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้เพราะจากการตรวจประเมินผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อสามารถที่จะฟื้นฟูได้ อธิบายเป้าหมายในการรักษาแก่ญาติและผู้ป่วย พร้อมกับให้โปรแกรมการฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วย โดยเน้นท่าเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนไหวตนเอง ฝึกลุกขึ้นนั่งในท่าที่ถูกต้อง ฝึกการทรงท่าทางในท่านั่งและยืน ฝึกยืนและเดิน ฝึกความทนทานในการเคลื่อนไหว แต่ท่าบริหารใดที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้ จะเน้นให้ญาติช่วยทำจนกว่าผู้ป่วยจะทำได้ กระตุ้นให้ญาติใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยเรื่องการฝึกกายภาพบำบัดทุกวัน ๆ ละ ๒ รอบคือเข้าเย็นเป็นอย่างน้อย นัดมารักษาต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำการตรวจประเมินผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการรักษาเพื่อวางแผนในการรักษา เปลี่ยนแปลงโปรแกรมการรักษาตามความสามารถของผู้ป่วย จนผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ เดินได้โดยใช้ไม้เท้าสามขาช่วยพยุง ถึงแม้แขนข้างอัมพาตยังไม่สามารถกลับมาใช้งานได้เหมือนปกติเพราะพยาธิสภาพเสียหายที่สมองมีมาก แต่มีความรู้สึกยินดีและดีใจมาก ญาติและคนในครอบครัวผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น”^๖

ในกรณีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก็เช่นเดียวกัน การทำหน้าที่นี้ถือว่า เป็นการบำเพ็ญบารมีในฐานะเป็นพรหมในร่างของมนุษย์เพราะได้ใช้คุณธรรมที่เรียกว่า หลักพรหมวิหารธรรมมาใช้เพื่อประคับประคองสภาวะจิตของตนให้ตั้งมั่นในการดูแลเพราะผู้ดูแลจะเกิดภาวะของความกดดันในจิตใจจนทำให้เกิดความท้อต่อการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งสภาวะเช่นถ้าไม่เกิดกับบุคคลใดก็จะไม่รู้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงนั้นมีความทุกข์ทรมานอย่างไร ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจึงจำเป็นต้องมีความเมตตาเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย และมีความพยายามในการหาวิธีการให้ผู้ป่วยนั้นหายจากภาวะที่เป็นอยู่ด้วยการหมั่นดูแลเอาใจใส่ในการทำกายภาพบำบัด มีการให้กำลังใจต่อผู้ป่วยด้วยจิตกรุณาและดีใจถ้าผู้ป่วยมีสภาพเป็นปกติ แม้ว่าในการดูแลนั้นจะไม่ทำให้ผู้ป่วยหายจากสภาวะของโรคได้แต่ผู้ดูแลจะต้องมีอุเบกขาธรรมประคับประคองใจด้วยการดูแลให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด และถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากสภาวะของโรคที่เป็นอยู่แล้วก็คอยสอดส่องดูแลเพื่อไม่ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาวะของโรคเดิม ดังคำกล่าวของนางนาง เหนือผุยผาย อายุ ๖๕ ปี (เป็นภรรยาของผู้ป่วย) ที่กล่าวว่า

“การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันตนเองต้องไปทำงานทุกวัน ช่วงไม่อยู่ให้คนอื่นมาดูแลแทน และมีลูก ๆ ที่ช่วยกันแบ่งหน้าที่กันหลังเลิกงานและวันหยุด กล่าวว่า ในระยะแรกทุกคนในครอบครัวมีความเครียดแต่เมื่อเกิดปัญหาก็ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ต้องก้าวข้ามปัญหาทุกอย่างให้ได้ อยากให้ผู้ป่วยเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ตนเองช่วยเหลือทุกอย่างในชีวิตประจำวันเช่น เตรียมอาหารให้ ช่วย

^๕ สัมภาษณ์ นายภานุวัตร พันทวี, นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^๖ สัมภาษณ์ นางสาวศิริพันธ์ สันพินิจ, พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓.

ท่าความสะอาดร่างกาย พยุงตัวเดิน ฝึกกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยโดยการบริหารแขนขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง กระตุ้นลูกนั่งเองทุกวัน ลูก ๆ ในบ้านแบ่งหน้าที่กันในการช่วยฝึกตามโปรแกรมกายภาพบำบัด ส่วนเพื่อนของผู้ป่วยต่างให้กำลังใจญาติดีใจมากที่ผู้ป่วยดีขึ้น และยังมีน้องสาวผู้ป่วยในระยะแรกที่ป่วย มีหลานพามารับเพื่อนำไปรักษาทุกครั้งที่ได้รับการนัดในระยะแรก แต่หลานไม่ค่อยใส่ใจดูแลมากนัก ต่อมาหลานสาวกลับไปอยู่บ้านจึงไม่มีคนพามาโรงพยาบาล อาการของสามีก็ดีขึ้นเพราะเหตุว่ามีภาระเอาใจใส่ดูแลจากคนใกล้ชิด”^๗ ซึ่งสอดคล้องกับนางสายลม ต้องเดช อายุ ๕๑ ปี (ลูกสาวผู้ป่วย) ที่กล่าวว่า

“ผลที่เกิดจากบำบัดผู้ป่วยด้วยความมีเมตตาจิตทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทางกายดีขึ้น มารับการรักษาจนช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินได้ จากการที่ผู้ให้การรักษามีความปรารถนาให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ โดยใช้กระบวนการรักษาทางกายภาพบำบัด แต่ผู้ป่วยยังมีสภาพจิตใจไม่ปกติ เพราะยังทำอะไรไม่ได้ตั้งใจเหมือนแต่ก่อน เมื่อมีญาติพี่น้องมาเยี่ยมที่บ้านรวมมีพระสงฆ์มาให้กำลังใจทำให้สภาพจิตใจดีขึ้น และ ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องเจ็บป่วยของตนเองอยู่ตลอดเวลาถึงแม้จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ตาม แต่เมื่อมีผู้มาเยี่ยมอาการป่วยหรือมีผู้พาไปรับการรักษาทำให้มีอาการดีขึ้น เพราะเกิดจากความรักและปรารถนาดีต่อผู้ป่วย”^๘ และซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของนายสมชาย เศษลือ อายุ ๕๕ ปี (ญาติผู้ป่วย) ที่กล่าวว่า

“การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติพี่น้องหรือเป็นสมาชิกในครอบครัว ถือเป็นหน้าที่หลักของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเอาใจใส่ร่วมกันไม่ปล่อยให้เป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการเอาใจใส่ด้วยความรักและความสงสารอยากให้อาการของตนหายป่วยและมีชีวิตกลับสู่สภาพปกติทำให้จิตใจไม่ยอมท้อถอยในการดูแลด้วยความหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินได้แม้ว่าจะไม่ได้เหมือนเดิมแต่การเอาใจใส่ด้วยความหวังดีเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะที่ตนเองประสบอยู่ และอีกอย่างหนึ่งนอกจากการดูแลที่บ้านแล้วต้องนำผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่นัดหมายใส่ใจในการฝึกฟื้นฟูตลอดเวลาด้วยจิตที่มีเมตตากรุณา”^๙

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงทั้งของฝ่ายเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และญาติผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกกายภาพบำบัดเจ้าหน้าที่ต้องให้การตรวจรักษาตามโปรแกรมกายภาพบำบัดด้วยจิตใจที่ประกอบด้วยเมตตากรุณาอย่าเพียงเป็นการทำตามหน้าที่ของตนเท่านั้นควรมีการกระทำที่เต็มเปี่ยมด้วยพรหมวิหารธรรม ผู้ป่วยที่ญาติพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือในการกิจวัตรประจำวันบ้าง ช่วยฝึกกายภาพบำบัดที่บ้านตามโปรแกรมที่ได้รับการแนะนำ โดยการบริหารแขนขาเพื่อเพิ่มความแข็งแรง จนช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน เดินโดยไม่ต้องใช้

^๗ สัมภาษณ์ นางนาง เหนือผุยผาย, บ้านเลขที่ ๔๙ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^๘ สัมภาษณ์ นางสายลม ต้องเดช, บ้านเลขที่ ๕๘ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^๙ สัมภาษณ์ นายสมชาย เศษลือ, บ้านเลขที่ ๕๑ หมู่ ๑๕ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓.

อุปกรณ์ช่วยเหลือเลยแต่แขนข้างอัมพาตยังไม่สามารถใช้งานได้ปกติ ที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเช่นนี้เพราะทุกฝ่ายมีจิตใจที่ประกอบด้วยพรหมวิหารธรรมคือมี เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา ซึ่งคำว่าอุเบกขา ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยหมายถึงการคอยเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเฝ้าระวังไม่ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาวะการเจ็บป่วยอีกครั้ง

๕. การดูแลผู้การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักภาวนา ๔ สรุปได้ดังนี้ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่สมรรถภาพลดลงตามกาลเวลาที่มีผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเข้าใจ และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมรับมือกับสถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อาทิ การสื่อสารที่มีเทคโนโลยี เข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมออนไลน์ เป็นต้น และในขณะเดียวกันผู้ดูแลที่ประกอบด้วย ลูกหลาน คนในครอบครัว สังคม ชุมชน ต้องเข้าใจและรับมือกับภารกิจใหม่ที่ต้องเกิดขึ้นเพื่ออยู่ร่วมกันอย่างประนีประนอมและมีความสุข คือหลักภาวนา ๔ ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแล้ว โดยผู้วิจัยแยกประเด็นตามหลักของภาวนา ๔ ประกอบด้วย กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา ปัญญาภาวนา ดังนี้

๑) หลักกายภาวนา เป็นการพัฒนาอินทรีย์ทั้ง ๕ คือ หู ตา จมูก ลิ้นและกาย เป็นการพัฒนาทางกายให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้มากที่สุดไม่ให้เป็นการระแแก่ผู้ดูแล วิธีการดูแลต้องอาศัยความร่วมมือทั้งสองฝ่ายคือผู้ดูแลกับผู้ป่วยติดเตียงด้วยการพัฒนาความสัมพันธ์ทางกายกับสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเจริญงอกงามไปในทิศทางที่ดีไม่เกิดโทษแก่อินทรีย์ทั้ง ๕ ที่เรียกว่าอินทรีย์สังวร โดยการบำรุงร่างกายด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูงต้องงดอาหารเค็ม และออกกำลังกายเพื่อเป็นการรักษาป้องกันโรค ส่วนการสัมพันธ์ทางตา ก็เลือกดูในสิ่งที่สวยงาม ไม่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่จิตใจส่วนความสัมพันธ์ทางหู คือเป็นการเลือกฟังหรือรับข่าวสารในสิ่งที่เกิดประโยชน์ไม่เกิดโทษไม่เอาสิ่งที่ย่ำเข้ามาฟังเพราะจะทำให้เกิดทุกข์ ตลอดจนพัฒนาการใช้จมูก พัฒนาการใช้ลิ้น ฯลฯ ลิ้นก็สำคัญ มาเข้าหลักโภชนาการที่ถูกต้องคือ รู้จักประมาณในการบริโภค ไม่รับประทานจนเกิดโทษแก่ร่างกายแต่เพื่อบำรุงร่างกายให้เกิดประโยชน์ การพัฒนาทางกายในความหมายของธรรมะหมายถึงว่า พัฒนาความสัมพันธ์ของตัวเรากับสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือวัตถุทั้งหลายให้ดี

๒) หลักศีลภาวนา คือการพัฒนาศีล การพัฒนาในเรื่องความสัมพันธ์ทางด้านกาย วาจา กับบุคคลอื่นหรือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน เป็นการพัฒนาทางด้านสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น แต่ในที่นี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีงาม ศีลคือการไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลจะต้องพัฒนาในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ปฏิสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เพราะกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีความพัฒนาทางศีล การพูดจาดีวาจาที่เป็นมิตรไมตรี ที่เป็นการสร้างมิตรกับผู้อื่น เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนรุ่นหลัง มีแนวทางในการประพฤติปฏิบัติในทางพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องดีงาม

๓) หลักจิตภาวนา คือหลักการพัฒนาจิตใจ เป็นการพัฒนาคุณภาพจิตและสมรรถภาพจิตด้วยวิธีทางพุทธศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตตามอย่างถูกต้องดีงาม เป็นการยกระดับจิตใจให้สูงขึ้นโดยใช้การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดแนวกระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะ

ทางจิต ในระดับของการสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย คือการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี คือ ไม่มี ความเครียด เป็นจิตใจที่มีความเบิกบาน การรวมกลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรมนันทนาการจึงเป็นแนวทางที่ เหมาะสม ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย และร่วมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายจิตใจ และในระดับการสร้าง คุณธรรมให้กับจิตใจ สอนให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข โดยใช้หลักพรหมวิหาร ๔ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ทำให้เป็นการสรรค์สร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีสติ ระวังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

๔) หลักปัญญาภาวนา การพัฒนาปัญญา ก็เหมือนกับบอधिปัญญาสิกขา คือการรู้ เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง รู้เท่าทันสภาวะของโลกและชีวิต ทำจิตใจให้เป็นอิสระได้จนถึงขั้น สูงสุด เป็นการพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยการผสมผสานในการใช้หลักการทางภาวนา ๔ คือ กายภาวนา ศีลภาวนาและจิตภาวนา มาเป็นฐานในการสร้างเสริมกระบวนการทางปัญญาให้เกิดการ เรียนรู้เท่าทันโลกและสภาวะต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก การมุ่งเน้นไปที่ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่อยู่ใน ภาวะที่มีความสุขและเกิดความเข้าใจในการใช้ชีวิต หลักปัญญาภาวนาคือการสอนให้ใช้ชีวิตและมี มุมมองตนเองอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความเชื่อมั่นในตนเอง

การนำหลักภาวนา ๔ มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างในตนผู้ป่วย ว่าทุกอย่างเป็นสิ่งไม่เที่ยงแท้ มีการ เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ทั้งภายนอก และภายใน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่ยึดติดสิ่งใด ๆ ให้ เกิดความทุกข์เวทนา และการมีส่วนร่วมในตัวผู้ป่วยติดเตียงก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยติด เตียงต้องพยายามบอกให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่า การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบได้ต้องมีการพัฒนาตนเองจน ศักยภาพสูงสุดให้ได้ และมีความต้องการในขั้นถัดขึ้นไปลำดับความต้องการจนสูงสุด เป็น ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติ

มนุษย์มีความต้องการหลายอย่างตามธรรมชาติแต่ต้องไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองต้องเข้าใจหลักความต้องการเป็นลำดับขั้นที่เรียกว่า ทฤษฎีลำดับขั้น ความต้องการ Maslow's Hierarchical Theory of Motivation) เริ่มพื้นฐานจากความต้องการทาง กายภาพคือความต้องการพื้นฐานที่ต้องการความอยู่รอดคือ อาหาร อากาศ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น ขึ้นต่อไปคือ ความต้องการความปลอดภัยของร่างกายและทรัพย์สิน (Security Needs) เป็น ความปลอดภัยและความมั่นคงเช่น ต้องการความมั่นคงทางด้านหน้าที่การงานและเศรษฐกิจ ทางด้าน ที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัยเมื่อได้รับการตอบสนองขั้นแรกแล้วมนุษย์จะมีความต้องการขั้นนี้ขึ้นมาคือ ผู้สูงอายุก็ต้องการ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social/ Love Needs) ต้องการเป็นที่รัก เป็นที่ยอมรับสมาชิกของสังคมหรือองค์กรต่าง ๆ เข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน ให้มีการทำ กิจกรรมร่วมกันกับสังสรรค์สร้างคุณประโยชน์ให้แก่สังคม เยาวชนคนรุ่นหลัง เมื่อเข้าแล้วขั้นต่อไป ก็ ต้องได้รับการยอมรับยกย่องในสังคม (Esteem needs) เมื่อความต้องการความรักและการเป็นส่วน หนึ่งหนึ่งในสังคมได้รับการตอบสนองแล้ว จึงมีความต้องการขั้นนี้คือการเป็นคนที่ต้องการได้รับการ ยกย่องทางสังคม มีเกียรติยศชื่อเสียง มีอำนาจ มีความสำเร็จ มีลูกหลานมาให้ความเคารพนับถือ จนถึงขั้นสุดท้ายคือ ความต้องการที่จะประจักษ์ตนหรือตระหนักถึงความเป็นจริงในตัวตนของตนเอง (Self Actualization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ที่นำไปสู่ความเจริญอิสระในการแสดง

ความคิดของตนเอง ลำดับขั้นทั้งหมดเกิดจากการพัฒนาทั้ง กายภาวนา คีลภาวนา จิตภาวนา จนถึง ปัญญาอย่างถ่องแท้ที่จะให้เกิดการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองอย่างแท้จริง

กระบวนการใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองการเสริมแรงทั้งบวก และลบ ที่เรียกว่าทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ คือจะตอบสนองในเรื่องที่เกิดความพอใจ และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และตัวผู้ป่วยเองต้องรู้เท่าทันอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองให้ได้ จะตอบสนองอย่างไร ก็ต้องเรียนรู้ว่าเหมาะสมพอดีกับเหตุหรือไม่ สิ่งใดที่ตอบสนองแล้วเป็นลบ ก็ต้องใช้ปัญญาในการตรึงตรอง และไม่ทำให้เกิดความเสียหายหรือในทางลบที่จะทำให้สถานการณ์เลวร้ายหรือแย่งลงได้ ดังนั้นการตอบสนองต้องสมเหตุสมผล

จากการนำหลักภาวนา ๔ มาประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถือว่าเป็น การนำหลักทางพระพุทธศาสนามาเป็นเครื่องในการเสริมแรงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่จะหายจากภาวะของโรคที่เป็นอยู่ และยังมีปัญหาที่พิจารณาถึงสภาวะที่แท้จริงของชีวิตตามกฎของไตรลักษณ์ ไม่ทุกขีใจมากจนเกินไป สรุปได้ดังนี้

๑. การนำหลักกายภาวนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นการนำวิถีทาง กายภาพบำบัดมาช่วยในการพัฒนาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกาย เป็นผลจากที่สมองมีพยาธิสภาพ ทำให้มีการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง การพูด การอ่าน ความคิด การสรุปความ การคำนวณ พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหวช้าลง ด้านการเรียนรู้หรือความจำสิ่งใหม่ ปัญหาเรื่องสายตา เช่น เห็นภาพไม่ชัด ลานสายตา การกระระยะทาง ความลึกหรือทิศทางของการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมี ปัญหาทางการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ด้านความจำระยะสั้น มักจะไม่สนใจสิ่ง ๆ ต่าง ๆ ทางด้านซ้ายไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ ผู้คนหรือร่างกายตนเอง ปัญหาทางด้านตัดสินใจ ด้านการพูดที่ไม่เหมาะสมทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคม ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาทางการหายใจ การทำงานของหัวใจ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การทรงตัว การทำงานประสานสัมพันธ์กันของกล้ามเนื้อ การอ่อนแรงของร่างกายซีกซ้ายขวา การเคี้ยวอาหารการกลืน การพูดไม่ชัด ปัญหาด้านสายตา เช่น เห็นภาพซ้อน เป็นต้น อาการผิดปกติเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ บริเวณของสมองที่เกิดพยาธิสภาพและความเสียหายของสมอง ทำให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทุก ๆ ด้าน จากเดิมที่เคย ทานอาหาร หวีผม ใส่เสื้อผ้าเอง เข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย กลับกลายเป็นทำไม่ได้ เกิดผลกระทบต่อ ครอบครัวที่ต้องสูญเสียเวลาในการมาดูแล ผลกระทบต่อสังคมที่ต้องขาดแรงงานในการขับเคลื่อน เศรษฐกิจและผลกระทบต่อประเทศชาติที่ต้องสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล ทั้งคนใน ครอบครัวที่ต้องมาดูแลต่อคนรอบข้าง

สรุปได้ว่า ในการนำหลักกายภาวนามาประยุกต์ใช้ต้องไปเป็นตามกระบวนการดังนี้

๑) บุคลากรทางการแพทย์เมื่อรับคนป่วยมารับการรักษาที่งานกายภาพบำบัดต้องมีการตรวจ ประเมินรักษาและต้องให้การรักษาตามโปรแกรมกายภาพบำบัดเช่นการฝึกให้ชยับกล้ามเนื้อแขนขา
๒) ญาติผู้ป่วยต้องมีการได้รับการอบรมเพื่อไปทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยต่อที่บ้านและคอยดูแลผู้ป่วยใน การทำกิจวัตรประจำวันด้วยการทำกายภาพบำบัดตามที่ตนได้รับการแนะนำมาแพทย์เจ้าของไข้อย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยสามารถเดินด้วยการใช้ไม้เท้าสามขา ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างในชีวิตประจำวัน ถึงแม้จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่นแขนข้างอัมพาตยังไม่สามารถใช้งานได้ปกติ ต้องมีการทำ กายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

๒. การนำหลักศีลภาวนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถือว่าเป็นหลักพุทธจริยศาสตร์เบื้องต้นเกี่ยวข้องกับกายกรรม และวจีกรรม เมื่อนำวิเคราะห้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะพบว่า ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยติดเตียงเองจำเป็นต้องใช้ในเบื้องต้นเพราะหลักของศีลนั้นเป็นเครื่องมือในการควบคุม กาย และวาจาของมนุษย์ และนำไปสู่การเป็นอยู่ในสังคม โดยเฉพาะสังคมแห่งการรักษา มีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองจะต้องมีวิธีปฏิบัติต่อกันอย่างเอื้อเฟื้อ ด้วยการประพฤติในกายสุจริต ๓ และวจีสุจริต ๔ เช่น ทางกายกรรมเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ผู้รักษาต้องกระทำการรักษาด้วยเมตตากรรม คือกระทำการรักษาด้วยจิตที่มีเมตตากรุณาปรารถนาให้เกิดความสบายใจแก่ญาติและมีความตั้งใจในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะแห่งโรคที่เป็นอยู่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก็ทำนองเดียวกันมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยกาย และวาจาที่ประกอบด้วยเมตตากรรม และเมตตาวจีกรรม ที่เป็นไปเพื่อมุ่งประโยชน์การหายจากสภาวะแห่งการเจ็บป่วยของผู้ป่วยติดเตียงผู้ที่เป็นญาติของตน และในกรณีสุดท้ายคือผู้ป่วยจะต้องมีความอดทนต่อสภาวะโรคาพาธที่ตนประสบอยู่จะต้องไม่เอาแต่อารมณ์ความรู้สึกที่แฝงด้วยโทสะเพราะความหงุดหงิดด้วยภาวะที่ไม่สามารถทำอะไรได้ตั้งใจเหมือนก่อนที่เป็นมา การแสดงออกทางกายควรแสดงออกด้วยเมตตากรรมและเมตตาวจีกรรม ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้จะนำไปสู่ความเป็นการรักษาที่ประกอบด้วยความรักและเอื้ออาทรทุกฝ่ายส่งผลต่อความสงบสุขสังคมแห่งการรักษาที่เต็มเปี่ยมไปด้วยเมตตากรรมาที่ต่อกัน

๓. การนำหลักจิตภาวนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ถือว่าคุณธรรมที่ทุกฝ่ายต้องมีและสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการให้กำลังใจของทุกฝ่ายในกระบวนการรักษาด้วยเมตตากรรม คือการพูดให้กำลังใจแก่ญาติและแก่ผู้ป่วยเองว่าสภาวะแห่งโรคนี้นี้มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การพูดให้กำลังใจในเชิงบวกเช่นนี้จะนำไปสู่ความมีกำลังใจแก่ผู้ป่วยในความพยายามในการต่อสู้กับสภาวะแห่งโรคาพาธที่ตนประสบอยู่ ผู้ป่วยจะมีความอดทนสาหะในการต่อสู้ต่อโรคที่เป็นอยู่ เพราะจากสถิติของการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้กำลังใจจากผู้รักษาและการห่วงใยจากญาติพี่น้องจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและหายป่วยเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลและได้รับความห่วงใยจากญาติพี่น้อง บางครั้งมีคนพูดว่า กายป่วยแต่อย่าให้ใจป่วย เพราะถ้าใจป่วยแม้กายจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ต่ออย่างไรสภาวะของโรคาพาธก็ไม่หายได้ ดังนั้นการบริหารจิตในลักษณะที่เป็นจิตภาวนาจึงมีความจำเป็นต่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

๔. การนำหลักปัญญาภาวนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า เป็นการสอนให้ทุกคนรู้ถึงสภาวะแห่งความเป็นจริงของโรคาพาธที่ทุกคนจะต้องประสบ ในฝ่ายผู้ทำหน้าที่ในการรักษาก็ต้องไตร่ตรองว่าสักวันหนึ่งตนก็จะเจ็บป่วยอย่างนี้ แม้กระทั่งญาติผู้ป่วยเองก็ต้องมีจิตคิดคำนึงถึงสภาวะเช่นนี้เหมือนกันเพราะชีวิตนี้ตอกอยู่สภาวะแห่งกฎไตรลักษณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงไปได้ การนำหลักปัญญาภาวนามาเพื่อช่วยในการรักษาผู้ป่วยติดเตียงจึงเกิดประโยชน์โดยตรงแก่ผู้ป่วยเองที่ จะรู้ถึงสังขารของชีวิตจะได้มีกำลังใจต่อสู้กับสภาวะแห่งโรคที่ตนเป็นอยู่อย่างไม่ย่อท้อ อีกประการหนึ่งปัญญาภาวนาเป็นหลักของการเรียนรู้สังขารของชีวิตว่ามีเกิดแก่เจ็บตาย เป็นของธรรมดาในการมีชีวิต ความสำนึกและไตร่ตรองได้อย่างนี้จะมันทำให้เกิดขึ้นในจิตใจอย่างต่อเนื่องเพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป

สรุปได้ว่า หลักภavana ทั้ง ๔ ประการที่กล่าวมานี้เป็นหลักการที่จะต้องสร้างให้เกิดมีในจิตของบุคคลทั้งผู้ทำหน้าที่ในการรักษา ผู้เป็นญาติพี่น้อง และผู้ป่วยเอง อย่างต่อเนื่อง เพราะคำว่า ภavana คือการกระทำอย่างต่อเนื่องไม่ให้ขาดช่วงจึงจะประสบความสำเร็จ

ตั้งคำกล่าวของนางปราณี ทองลาด อายุ ๖๑ ปี (ผู้ป่วยติดเตียง) ที่กล่าวว่า “เมื่อตอนตนเองประสบภาวะการเจ็บป่วยเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้สึกท้อแท้ต่อการมีชีวิตอยู่อย่างมาก สิ้นหวังต่อการมีอยู่ชีวิตเพราะไม่สามารถทำอะไรได้ตั้งเมื่อก่อน ต้องคอยพึ่งพาอาศัยลูกหลานและญาติพี่น้อง แต่เมื่อได้เรียนรู้หลักภavana ๔ ซึ่งตนเองก็ไม่เข้าใจว่าคืออะไร แท้จริงแล้วมันคือหลักการที่เราทำอยู่ในชีวิตประจำวันด้วยการดูแลตนเอง และการเข้าใจคนอื่น รู้จักบังคับใจของตนเองไม่ให้เกิดความหงุดหงิดฟุ้งซ่าน และรู้จักปรับวิถีชีวิตให้ยอมรับกับภาวะแห่งโรคที่เป็นอยู่นั้นเอง”^{๑๐}

ซึ่งสอดคล้องกับ นายเกษม ทองลาด อายุ ๖๔ ปี (สามีของผู้ป่วยติดเตียง) ที่กล่าวว่า “การมีญาติที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เกิดความพิการทางด้านร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้ ตั้งแต่การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การใส่เสื้อผ้า การหิวผมแปร่งฟัน เข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดตนเอง การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง ยืน หรือเดิน รวมถึงปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่เข้าใจหรือพูดไม่ได้ หรือบางรายพูดไม่รู้เรื่อง ฟังไม่เข้าใจ ทำตามคำสั่งได้ไม่สมบูรณ์ นอกจากมีภาวะบกพร่องทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีภาวะทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน ทำให้มีปัญหาต่อความสัมพันธ์กับคนอื่นในครอบครัวหรือสังคม เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาญาติจะได้รับการให้ความรู้ในภาวะที่อาการของผู้ป่วยว่า มาจากสาเหตุอะไร จำเป็นต้องดูแลหรือช่วยเหลืออย่างไร เครื่องญาติต้องมาเรียนรู้โปรแกรมกายภาพบำบัด เพื่อนำไปกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารเองหรือบริหารแขนขาให้ผู้ป่วย กระบวนการวิธีการดูแลทางกายภาพบำบัดมีดังนี้ การบริหารแขนขาและลำตัว การฝึกเคลื่อนไหวตนเองบนเตียงโดยการขยับตัวขึ้นลง การขยับตัวซ้าย-ขวา การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่งจากท่านอน การทรงตัวในท่านั่ง การลุกขึ้นยืนจากท่านั่ง การทรงตัวในท่านยืน การฝึกยืนและเดิน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้การเข้าใจในเรื่องหลักภavana ทั้ง ๔ ”^{๑๑}

ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ พระครูปัญญาวรรณวิมล เจ้าอาวาสวัดบ้านตลาดไชย อายุ ๖๔ ปี ที่กล่าวว่า “การได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง ทำให้รู้ว่าสภาวะของการเจ็บป่วยของญาติโยมเป็นหน้าที่หนึ่งของพระสงฆ์ที่จะต้องทำหน้าที่ในการสงเคราะห์ญาติโยมด้วยการให้ธรรมทานเพื่อสร้างคุณภาพแก่ชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงเพราะตามธรรมชาติพระสงฆ์แห่งชาติมีข้อหนึ่งที่ว่า พระสงฆ์จะต้องดูแลญาติโยมให้มีสภาวะด้านกายและจิตใจมีความสุขปราศจากโรคภัย ตนได้ออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงและได้ให้กำลังใจด้วยการนำหลักภavana ๔ มาพูดเพื่อใช้เป็นหลักปฏิบัติ

^{๑๐} สัมภาษณ์ นางปราณี ทองลาด, อยู่บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๑๑} สัมภาษณ์ นายเกษม ทองลาด, อยู่บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓.

แก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเอง จะต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันและกันด้วยการมีเมตตาทายกรรมและเมตตาวจีกรรมต่อกัน”^{๑๒}

๖. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักโพฆงค์ ๗ สรุปได้ดังนี้ การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา นอกจากใช้หลักพรหมวิหารเป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ที่ประสบ ในสมัยพุทธกาลได้ใช้หลักโพฆงค์ประกอบด้วย สติ ธัมมวิจยะ วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา ซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งที่สวดสาธยายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังแล้วหายจากโรค ในพระไตรปิฎกกล่าวว่ามีพระมหากัสสปะ พระมหาโมคคัลลานะหรือพระพุทธองค์เอง ได้สดับฟังเรื่องโพฆงค์ที่เป็นธรรมะชั้นสูงเกี่ยวกับปัญญา การทำให้ใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษาใจก็สามารถหายจากโรคได้รวมทั้งสติปัญญา ๔ (สติ=สัมมาสติ) เสริมด้วยความเพียรหรือวิริยะ (อาตปะ= สัมมาวายามะ) และปัญญา (สัมปะชาโน = สัมมาทิฐิ)

ในสมัยพุทธกาล มีหมอชีวกโกมารภัจจ์ตั้งที่ได้เสนอไว้ในความนำข้อที่ ๑.๖ ท่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและต้นแบบในการรักษาพยาบาลภิกษุอาพาธ ท่านศึกษาสำเร็จวิชาแพทย์มาจากเมืองตักศิลาแล้วถวายตัวเป็นแพทย์ประจำ ถวายการรักษาพยาบาลแด่พระพุทธเจ้า ท่านได้รับความไว้วางพระทัยจากพระเจ้าพิมพิสาร ให้ท่านเป็นแพทย์หลวงถวายการรักษาพระองค์ และให้การักษาพยาบาลข้าราชการสำนักทั้งหมดนอกจากนี้ หมอชีวกโกมารภัจจ์ยังได้ทำการผ่าตัดรักษาโรคในสมองของเศรษฐีกรุงราชคฤห์และผ่าตัดเนื้องอกในลำไส้ของลูกชายเศรษฐีเมืองพาราณสี ซึ่งถือว่าวิชาการแพทย์ที่หมอชีวกโกมารภัจจ์ ศึกษาในสมัยนั้นก้าวหน้ามาก

นอกจากจะถวายการรักษาพยาบาลภิกษุสงฆ์ที่อาพาธให้หายจากอาพาธแล้ว หมอชีวกโกมารภัจจ์ยังมีส่วนสนับสนุนให้ภิกษุสงฆ์ได้รับความสะดวกสบาย โดยการกราบทูลพระพุทธเจ้าให้ทราบปัญหาและวางระเบียบปฏิบัติในด้านต่าง ๆ เช่น กราบทูลเสนอให้พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตที่จงกรมและเรือนไฟ กราบทูลขอพระพุทธเจ้าอนุญาตให้ภิกษุสงฆ์ซึ่งแต่เดิมต้องแสวงหาผ้านุ่งห่มกันเองตามแต่จะได้อ ให้รับผ้าที่คฤหัสถ์ถวายทำให้ภิกษุสงฆ์ได้รับความสะดวกมาจนกระทั่งทุกวันนี้ ประเภทของโรคตามลักษณะคนไข้มี ๒ ประเภทคือ ๑) โรคที่ไม่อาจหายได้ แม้จะรักษาหรือไม่ก็ตาม คือ โรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง ๒) โรคที่หายเองได้ เช่น โรคที่มีอาการเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่นปวดหัว ปวดท้องและโรคที่หายต้องรักษาเท่านั้นเช่น โรคทางกายและทางใจ องค์ประกอบของการรักษาพยาบาลประกอบด้วย ผู้ป่วย คนไข้และผู้ให้การรักษา ยาและสิ่งแวดล้อม ในวินัยปิฎก หมวดเภสัชขันธ์กะได้ระบุการรักษาโรคทางกายด้วยสมุนไพร ชนิดที่เป็นทั้งยาและอาหารได้ คือเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ใช้ในการรักษาโรคชুবผอม ซีดเหลือง หมองคล้ำ พร้อมทั้งยาสมุนไพรที่ได้จากรากไม้ต่าง ๆ เช่น เปลือกไม้ ใบไม้ ผลไม้ เป็นต้น

^{๑๒} สัมภาษณ์ พระครูปัญญาธรรมวิมล, เจ้าอาวาสวัดบ้านตลาดไชย ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓.

แนวทางการดูแลรักษาโรคที่ปรากฏในคัมภีร์ พระพุทธเจ้าทรงมีวิธีการพยาบาลคนไข้โดยการสืบประวัติผู้ป่วย ว่ามีสาเหตุจากอะไร พบผู้ป่วย ทำการรักษาโดยวิธีทั่วไป การให้คำแนะนำและเลือกธรรมโอสถ ตัวอย่างการรักษาพยาบาลในสมัยพุทธกาลมีดังนี้

(๑) การรักษาโรคทางกาย

การรักษาโรคที่เกิดทางกายตามแนวทางที่พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ดูแลรักษา มีปรากฏเป็นหลักฐานในคัมภีร์ ดังนี้

(๑) โรคเรื้อน เมื่อพระเจ้ากรุงเวทหะประชวรเป็นโรคเรื้อน ได้เสวยผลโลละ(กะเบา) โรคเรื้อนทุเลา ถ้าชนิดเป็นแผลสุกไหม้ มีหนองและมีอาการคัน ให้รักษาด้วยการรมควันหรืออบกาย ประกอบกับการใช้ยาอย่างอื่น

(๒) โรคฝี มีกรณีพระเจ้าเวลัญฐสีสะ เป็นโรคฝีตาช จีวรติดกายเพราะน้ำเหลืองภิกษุใช้น้ำชุบผ้าจีวรให้เปียกติดผ้าออก ใช้รากไม้ใบไม้แก่นไม้ และยาชนิดอื่น ๆ บดยาให้เป็นผง หายได้

(๓) โรคหิด เมื่อภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผิวหนัง พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้เว้นไม้บังเวียนที่จักเป็นพินมังกรเสีย ภิกษุอีกรูปหนึ่งทุพพลภาพเพราะชรา เมื่ออาบน้ำไม่สามารถจะถูกายของตนได้ พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ใช้เกลือย้อมผ้า ภิกษุอีกรูปหนึ่งรังเกียจเพื่อจะทำการอุทเทส พระพุทธองค์ตรัสอนุญาตให้ถูหลังด้วยมือ

(๔) โรคลมเกิดในท้อง มีอาการจุกเสียด รักษาด้วยข้าวต้มยาคุ (ต้ม งาข้าวสารและถั่วเขียว) หรือกระเทียม

(๕) โรคลมเสียดยอดตามข้อ เมื่อพระปิลินทวัจฉะผู้อาพาธ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ระบายโลหิตออก โรคนี้มีสาเหตุจากการคั่งของโลหิตและมีลมโป่งพอง โรคลมตามอวัยวะ โรคนี้เป็นอาการของลมที่เกิดตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อพระปิลินทวัจฉะอาพาธ ท่านได้รับการรักษาด้วยการเข้ากระโจมเพื่อขับเหงื่อออกจากร่างกาย

(๖) โรคทางตา ใช้ยาหยอดตา ทำจากสมุนไพรมะไฟที่เกิดในกระแสน้ำ ยาล้างตาใช้หรดาลกลีบทอง และเขม่าไฟ และสมุนไพรมะไฟจันทน์ ไม้กฤษณา

(๗) โรคตีชาน รักษาโดยต้มน้ำสมอน้ำมูตร ดังกรณีภิกษุรูปหนึ่งที่อาพาธเป็นโรคผอมเหลืองรักษาโดยการต้มน้ำสมอน้ำมูตร ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยของภิกษุ ที่เรียกว่า นิสสัย ๔ ได้แก่ อาหารบิณฑบาต ผ้าบังสุกุลจีวร เสนาสนะ และยาตองด้วยน้ำมูตรเน่า การรักษาโดยเนยใสกรณีพระเจ้าจันตปัชโชตแห่งนครอุชเชนี ทรงประชวรเป็นโรคผอมเหลือง หมอชีวกโกมารภัจได้เข้าไปเฝ้าตรวจดูพระอาการแล้วได้กราบทูลว่า การรักษาพระองค์จะต้องเสวยเนยใสที่ได้หุงแล้ว แต่เนยใส่นั้นสำหรับพระเจ้าจันตปัชโชตแล้วไม่ทรงเสวย จึงบอกให้หมอหลีกเลี้ยงตัวยาที่ประกอบด้วยเนยใส แต่โรคนี้จะต้องรักษาด้วยเนยใสเท่านั้น ด้วยความฉลาดหมอจึงคิดอุบายหุงเนยใสให้มีสี กลิ่น รสเหมือนน้ำฝาด ผสมกับเภสัชนานาชนิด ให้พระองค์เสวยจนหายประชวร

(๘) โรคปวดศีรษะ มีวิธีการรักษาโดยการใช้น้ำมันทาและการใช้ยานัตถุ์ ซึ่งกรณีนี้เกิดขึ้นกับพระปิลินทวัจฉะเป็นโรคปวดศีรษะ ได้ใช้น้ำมันทาที่ศีรษะ เมื่อไม่หายก็ทำนัตถุ์ยา โดยใช้กลิ้งยาที่ทำด้วยกระดูก เขาสัตว์ ไม้้อ ไม้ไผ่ ยาง ผลไม้ โลหะ และเปลือกสังข์อย่างใดอย่างหนึ่ง

การรักษาด้วยการผ่าตัดในสมัยพุทธกาล สามารถผ่าตัดสมองหรือลำไส้ได้เป็นการรักษาที่ก้าวหน้ามาก แต่ทรงอนุญาตให้ภิกษุผ่าตัดได้บางกรณีเท่านั้น คือ ผ่าตัดฝี ผ่าตัดเนื้องอก แต่การผ่าตัดริดสีดวงทวารทรงบัญญัติห้ามไว้

(๒) การรักษาโรคทางใจ

การรักษาโรคทางใจพระพุทธเจ้าทรงแนะนำวิธีการแก้ความคิดที่เป็นอกุศลก่อนการรักษาโรคทางใจ ดังนี้ ๑) โรคโลภะ ทรงสอนให้รู้จักพอ การถือสันโดษ และการให้ทาน ๒) โรคโทสะ ทรงสอนให้มีความเมตตา กรุณา มุทิตาและการให้อภัย และ ๓) โรคโมหะ ให้เป็นผู้รู้จักการศึกษา เจริญสติสัมปชัญญะ การหมั่นเจริญภาวนา

ธรรมโอสธที่ใช้รักษาทางใจด้วยเทคนิควิธีการทางสมถะและวิปัสสนากัมมัฏฐาน เมื่อขณะเจ็บป่วยจะมีความทุกข์กาย และใจ ควรมีสติ ระลึกถึงความดีที่ตนเองสร้างไว้ เช่น การให้ทาน การพูดจาที่ไพเราะมีปรากฏในพระไตรปิฎกดังนี้ ๑) พิจารณาหลักธรรมต่าง ๆ ดังพระวิกกलिได้หายจากอาการป่วยจากโรคลม เกิดจากการปฏิบัติตามหลักธรรมตั้งแต่สติปัฏฐาน ๔ อินทรีย์ ๕ พละ ๕ โพชฌงค์ ๗ เป็นต้น การเจริญสมาธิและพิจารณาธรรมสลับกันไปมา และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ส่งผลทำให้หายจากอาการป่วยได้ ๒) การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นการเห็นแจ้งทำให้เกิดการฝีกอบรมปัญญาให้เป็นการรู้แจ้งการพิจารณาโพชฌงค์ ๗ การเจริญสติปัฏฐาน การพิจารณาชั้น ๕ การพิจารณาสัญญา ๑๐ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การประพาสพรหมจรรย์ การระลึกถึงคุณงามความดี การมีกัลยาณมิตร และการใช้พิธีกรรมรักษาโรค และในการรักษาโรคทางจิตใจที่เกิดจากกิเลส ตัณหา อุปาทาน รักษาหายได้ด้วยหลักโพชฌงค์ ๗ การเจริญสมถะและวิปัสสนา โยนิโสมนสิการ การเจริญสมาธิตามหลักธรรม ทำให้เกิดปัญญาและต้องมีการเสริมสร้างสุขภาพจิตตามแนวพุทธศาสนาทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ การเสริมสร้างความคิดด้วยการมีสัมมาทิฐิหรือการคิดชอบ การคิดดี นำไปสู่สุขภาพจิตดี ลดความโกรธ ความเครียด สร้างทัศนคติเชิงบวก

เมื่อวิเคราะห์ถึงมิติในการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวคิด และแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ในครั้งพุทธกาลดังที่ปรากฏในคำสอนทางพุทธศาสนาว่า ร่างกายเราประกอบด้วยชั้นห้า มีองค์ประกอบ ๒ ประการคือ รูป และนาม (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) ความเจ็บป่วยหรือทุกข์หรือความไข้เจ็บอันเกิดกับชั้นห้านี้สามารถเกิดกับทุกองค์ประกอบของชั้นนี้ ไม่ว่าจะเป็นโรคทางรูปกายหมายถึง มหาภูตรูป และอุปาทานรูป และโรคของนามคือ เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ หมายถึง จิตและเจตสิกทุกองค์ประกอบจะเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม ถ้าป่วยทางกาย (รูป) ส่งผลกระทบต่อด้านนาม (ใจ) ด้วย และมีมิติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องใช้หลักโพชฌงค์ ๗ ที่ถือว่าเป็นหลักธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ หรือองค์ของผู้ตรัสรู้ หมายถึง ธรรมหรือข้อปฏิบัติเพื่อยังวิชชา และวิมุตติให้บริบูรณ์ กล่าวคือ ถึงที่สุดแห่งการดับทุกข์หรือการตรัสรู้ อันมี ๗ ประการ ซึ่งเมื่อปฏิบัติอย่างถูกต้องดังมกัดำเนินไปตามหลักปฏิจจสมุพบันธรรม ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

๑. การนำหลักสติสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า พระสงฆ์ในฐานะผู้ออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ได้ทำหน้าที่ในการให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีสติอยู่ในปัจจุบันขณะ คือความระลึกได้ สภาวะที่ตนเป็นอยู่เช่นเมื่อมีเวทนาความเจ็บปวดที่เกิดจากอาการของโรคอาพาธ ต้องบอกให้

ผู้ป่วยมีสติกำกับอยู่ในทุกขเวทนาไม่คิดปรุงแต่งเพราะจะทำให้จิตที่ฟุ้งซ่าน พระสงฆ์เองจะต้องทำหน้าที่ในการให้ความรู้ในเรื่องสติปัญญา ๔ ที่เป็นการมีสติในกาย เวทนา จิต ธรรม และทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องฝึกจิตให้มีสติเช่นกันด้วยการดูแลผู้ป่วยที่มีความตั้งใจไม่เผลอเลอจนเกิดความประมาท เพราะจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยได้

๒. การนำหลักอัมมวิจยะสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า การพิจารณาในธรรมอันครอบคลุมถึงการเลือกเฟ้นธรรมที่ถูกต้อง ดีงาม ถูกจริต และการค้นคว้า การพิจารณา การไตร่ตรองด้วยปัญญา หรือการโยนิโสมนสิการ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องอย่างแท้จริง อันตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในธรรมหรือสภาวะธรรมชาติ โดยเฉพาะของทุกข์ เมื่อทุกข์เกิดขึ้นก็ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่า สภาพแห่งทุกข์ที่เกิดขึ้นนั้น ทุกข์นั้นจะดำรงอยู่ แล้วทุกข์นั้นก็ดับไป ตามกฎของธรรมชาติหรือตามกฎของไตรลักษณ์

๓. การนำหลักวิริยสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความพยายามด้วยจิตใจที่บากบั่นสู้โรคาพาธที่เป็นอยู่อย่างไม่ย่อหย่อนต่อแท้ต่อการปฏิบัติ และการหมั่นพิจารณาธรรมตลอดจนการเพียรยกจิตไม่ให้หดหู่ท้อแท้เพราะเมื่อเกิดความเข้าใจในธรรมจากการพิจารณาธรรมจิตใจย่อมเป็นสุขจะเห็นประโยชน์ในความพยายามในการรักษาโรคอุปาทานทุกข์จะเบาบางลง เช่นมีความหมั่นเพียรในการทำกายภาพบำบัด และผู้ดูแลก็มีจิตมุ่งหมายในการพยายามฝึกหัดในการทำกายภาพบำบัดอย่างตั้งใจจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทั้งกายและใจ

๔. การนำหลักปิติสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ด้วยการเจริญสติมีการแยกแยะสภาวะธรรมคือการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปตามสภาวะของมัน เมื่อผู้ป่วยได้ดำเนินการไปตามนี้จนทำให้จิตมีความพยายามมั่นเพียรในการทำกายภาพบำบัดจนนำไปสู่ความปิติด้วยการมีความสุขที่ได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่จากญาติพี่น้องด้วยวิธีการให้กำลังใจและใส่ใจในการทำกายภาพบำบัดและดูแลในเรื่องอื่น ๆ ด้วย

๕. การนำหลักปัสสัทธิสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีสติตามรู้สภาวะธรรมและมีการเอาใจใส่จากญาติในการทำกายภาพบำบัดพร้อมการดูแลเอาใจใส่ในการทำกิจวัตรประจำต่าง ๆ ให้ ก็จะทำให้ความสงบกายและความสงบใจ ความผ่อนคลายกายใจ อันเกิดแต่ความเข้าใจกระจ่างสว่างในธรรมสงบระงับลงแล้ว ย่อมส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย กล่าวคือเกิดความสงบกายสงบใจตามมา จึงไม่เครียด ไม่กระวนกระวาย ใจโปร่งเบาสบาย กล่าวคือ เมื่อกายสงบระงับย่อมเกิดความสุข จึงเกิดการเสวยสุข ขยายความ เมื่อกายสงบระงับแล้วย่อมเป็นสุขเมื่อเป็นสุขแล้ว ย่อมเป็นปัจจัยเครื่องสนับสนุนน้อมนำให้เกิดสมาธิสัมโพชฌงค์

๖. การนำหลักสมาธิสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยเมื่อมีจิตตั้งมั่น ที่เกิดจากกายสงบ ย่อมพบสุข เมื่อพบสุข จิตย่อมตั้งมั่น เพราะย่อมไม่ซัดส่ายสอดส่ายไปฟุ้งซ่าน หรือปรุงแต่ง จึงมีจิตหรือสติตั้งมั่นอยู่กับกิจหรืองานที่ทำ อันเป็นไปตามธรรมหรือธรรมชาตินั้นเอง เช่น มีสติอย่างต่อเนื่องกับธรรมที่พิจารณา หรือการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง เช่น รู้เท่าทันอาการปรุงแต่งหรือรู้เท่าทันว่า ฟุ้งซ่านไปภายนอกอยู่เนื่อง ๆ และสมาธินั้นยังเป็นกำลังแห่งจิต ที่ทำให้จิตเข้มแข็งขึ้น ก็เนื่องเพราะความไม่เกิดทุกข์ในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วยนั่นเอง จึงทำให้การปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

๗. การนำหลักอุเบกขาสัมโพชฌงค์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยติดเตียงต้องยอมรับสถานะแห่งโรคอาพาธที่เป็นอยู่ แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ มีการทำกายภาพและด้วยเวชบำบัดและการทำกายภาพบำบัด แม้ว่าสถานะแห่งการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่หาย ผู้ป่วยติดเตียงเองก็ต้องการวางใจเป็นกลางด้วยรู้ตามความจริงหรือยอมรับตามความจริงแล้วละเสีย โดยการตั้งมั่นวางเฉย หรือปล่อยวางโดยอาศัยกำลังของจิตที่เกิดแต่สติ สมาธิ และปัญญานั้นเอง วางเฉย คือ รู้สึกอย่างไรก็เป็นอย่างนั้นเป็นธรรมดาไม่ต้องฝืนสภาวะแห่งโรคอาพาธที่เป็น นอกจากนี้ยังต้องคอยสอดส่องดูแลสภาวะจิตไม่ให้ฟุ้งซ่านจนเกิดภาวะความหดหู่ของจิตจนเกิดความท้อแท้ต่อการมีชีวิตอยู่ ดังคำกล่าวของนายสวาสดี เหนือผุยผาย อายุ ๖๙ ปี (ผู้ป่วยติดเตียง) ที่กล่าวว่า

“การที่ตนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงใหม่ๆ รู้สึกหมดหวังในการมีอยู่ของชีวิตเพราะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาอาศัยสามีและลูก ๆ ในการช่วยทำแทน รู้สึกท้อแท้ในการมีชีวิตอยู่ แต่เมื่อมีพระสงฆ์มาเยี่ยมและให้กำลังใจบวกกับการเอาใจใส่ของคนในครอบครัวทำให้ตนมีกำลังใจที่จะสู้ชีวิตและความทุกข์จากโรคที่ตนเป็นอยู่ ด้วยการไม่คิดฟุ้งซ่านมีสติอยู่กับปัจจุบันและยอมรับในสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ว่าถ้าหายก็ถือเป็นบุญแต่ถ้าไม่หายก็ถือว่ามันเป็นไปตามสภาวะของสังขารคือมีเกิด แก่ เจ็บป่วย และตายไปในที่สุด”^{๑๓} ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว นายเกษม ทองลาด อายุ ๖๓ ปี (สามีของนางปราณี ทองลาด ผู้ป่วยติดเตียง) ที่กล่าวว่า

“สภาวะของการเจ็บป่วยไม่มีใครปรารถนาจะให้เกิดกับตนเอง และสมาชิกในครอบครัวแต่เมื่อเกิดแล้วต้องมีการดูแลรักษากันให้ถึงที่สุด คือการรักษาทางกายด้วยการนำไปหาหมอที่โรงพยาบาลตามที่หมอนัด และการทำกายภาพบำบัดตามหมอแนะนำอย่างสม่ำเสมอผู้ดูแลต้องมีความอดทนอย่างมากเพียง โรคทางกายจะมีการรักษาที่ต้องมีวิธีการรักษาตามที่หมอแนะนำ แต่เมื่อเป็นโรคทางกายแล้วจะเจ็บป่วยทางใจด้วยตามไปด้วยจนเกิดภาวะความเครียดทางอารมณ์บางครั้งก็มีปากมีเสียงกันบ้างแต่ก็ต้องอดทนเพราะต้องเข้าใจสภาวะจิตของคนป่วยและผู้ดูแลก็เครียด แต่เมื่อมีพระสงฆ์มาให้ความรู้ก็ทำให้เข้าใจสภาวะของชีวิตทำให้ผู้ป่วยที่เป็นภรรยาของตนมีความเข้าใจชีวิตดีขึ้นไม่หงุดหงิดเมื่อก่อน”^{๑๔} และซึ่งสอดคล้องกับพระครูสีลพรหมประภาส เจ้าอาวาสวัดพรหมศรีสว่าง (เจ้าคณะตำบลบ้านฝางเขต๑) อายุ ๖๑ ปี (ประธานคณะพระคิลานุปัฏฐากประจำตำบล) ที่กล่าวว่า

“การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา นอกจากใช้หลักพรหมวิหารเป็นหลักชี้แนะในการบำบัดรักษาเพื่อทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ที่ประสบอยู่ ยังได้นำหลักโพชฌงค์ประกอบด้วย สติ ธัมมวิจยะ วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา ซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งที่สวดสาธยายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังแล้วหายจากโรค เพราะเป็นการทำใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษา

^{๑๓} สัมภาษณ์ นายสวาสดี เหนือผุยผาย, บ้านเลขที่ ๔๙ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓.

^{๑๔} สัมภาษณ์ นายเกษม ทองลาด, บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓.

ใจ ก็สามารถหายจากโรคได้รวมทั้งสติปัญญา ๔ เสริมด้วยความเพียรหรือวิริยะ และปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเข้าใจสภาวะแห่งความเป็นจริงของชีวิต ทำให้เกิดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่”^{๑๕}

๔.๔ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่กำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

๑. สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นเพื่อการสรุปได้ดังนี้

๑.๑ การวิเคราะห์ตามเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า จากการศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดังนี้

๑) แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาด้านใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีระดับคะแนนการทากิจวัตรประจำวันได้ต่ำกว่า ๔ คะแนน จำแนกได้หลายระดับ ดังนี้ ระดับที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน และการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน ระดับที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน อาจมีปัญหาการกินและการขับถ่าย ระดับที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และระดับที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๒) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สรุปได้ว่า ปัจจัยเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบหลายมิติเนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าใจสิ่งเหล่านี้ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การดูแล ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุเองที่มีผลเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นแยกรายละเอียดปัจจัยได้ดังนี้ ๑) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง ๒) ครอบครัว ๓) ผู้ดูแล และ ๔) สังคม

๓) ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวนาน ๆ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใช้กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่บนเตียง โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียงบ้านติดเตียง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคพาร์กินสัน โรคข้อ

^{๑๕} สัมภาษณ์ พระครูสีลพรหมประภาส, เจ้าอาวาสวัดพรหมศรีสว่าง เจ้าคณะตำบลบ้านฝาง เขต ๑ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓.

เข้าเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปปัญหา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไว้ดังนี้ ๑) ภาวะกลืนลำบาก ๒) ภาวะสมองเสื่อม ๓) ภาวะซึมเศร้า ๔) ภาวะการติดเชื้อ

๔) **หลักในการประเมินผู้ป่วยติดเตียงที่สูงอายุ** สรุปได้ว่า จากการที่ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การประเมินทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ๑) การประเมินสุขภาพด้านกาย ๒) การประเมินด้านจิต ๓) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และ ๔) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

จากการลงพื้นที่ และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดในวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ สรุปประเด็นได้ดังนี้

๑) ร่างกายประกอบด้วยกาย และจิต จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ระบบทั้งสองจะทำงานประสานสัมพันธ์กัน การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจาก จิตสั่งการไปที่สมองโดยมีเซลล์ประสาทเป็นตัวเชื่อมไปที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เริ่มจากเซลล์ประสาทมีการรับข้อมูลจากภายนอก (หู ตา จมูก ลิ้น และกาย) แล้วส่งสัญญาณไปที่สมองทำให้มีการแปรข้อมูลตามบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่โดยตรง การแปรข้อมูลจะทำให้เกิดภาวะจิตในการรับรู้จากนั้นจิตจะสั่งการไปที่สมองแปรข้อมูลเป็นสัญญาณตอบสนองส่งกลับโดยมีเซลล์ประสาทเป็นสะพานในการส่งข้อมูลไปให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการตอบสนองของร่างกาย ถ้าสมองได้รับอันตรายหรือเซลล์ประสาทในการรับส่งข้อมูลมีปัญหาจะยอมจะทำให้การทำงานทั้งสองส่วนเกิดการ ทำงานที่ไม่สัมพันธ์กันได้

๒) สาเหตุของการเจ็บป่วยและทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงมาจากสาเหตุหลัก ๒ ประการคือ ๑) หลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน ๒) หลอดเลือดในสมองแตก อาการจะแสดงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสภาพของสมองที่ได้รับความเสียหาย โดยแสดงอาการออกดังนี้ ร่างกายมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง การสื่อสารผิดปกติ ความจำ การมองเห็น การรับรู้ของร่างกายผิดปกติไป เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายตนเอง การทานอาหาร แปรงฟัน ใส่เสื้อผ้า หวีผม เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงคนอื่นเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องมาดูแล หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดทำทาง การบริหารยืดข้อต่อ การบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง การฝึกการทรงตัว ทั้งในท่านั่งหรือท่านยืน จนกระทั่งจะได้รับการฝึกเดินเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อขาแข็งแรงพอที่จะสามารถเดินได้ การทรงตัวในท่าทางในการเคลื่อนไหวดีในระดับที่ปลอดภัย

๓) การฟื้นฟูตัวของสมองที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น อายุ คุณภาพของรอยโรค การรักษาฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่มคือ กลุ่มที่แรก ผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่สมองมากจนอยู่ในระดับการรับรู้ และการเรียนรู้เสีย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ท้ายสุดผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นคนพิการไปทั้งชีวิต คือเป็นคนใช้ติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน

การเคลื่อนไหว เช่น การขยับแขนขา การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง ญาติหรือคนดูแลต้องทำให้ทุก
อย่าง กลุ่มที่สอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดไปได้ระยะหนึ่งในช่วง ๖ เดือน
กำลังเข้าในการเกร็งเหยียดเข่ายังอ่อนแรงไม่กลับมาในระดับปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีสติปัญญา
ในระดับที่ต้องพึ่งพาญาติน้อยกว่ากลุ่มแรกแต่ไม่สามารถเดินได้ถึงแม้กำลังแขนขาอ่อนแรงจะฟื้น
กลับมาได้หรือไม่ก็ตาม สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่งเองได้ สามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไป
กั๊บลรถเข็นได้ในระดับที่ญาติต้องคอยช่วยเหลือบ้าง กลุ่มที่สาม เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทาง
กายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่ใช้ก็ตามในระดับอย่างน้อยมีคน
คอยดูแลความปลอดภัยหรือไม่ก็ได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเกือบปกติ กลุ่มนี้จะมี
สติปัญญาน้อยกว่าทั้ง ๓ กลุ่ม

๔) เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจนกระทั่งสมองได้รับการฟื้นตัวเต็มที่
ตามระดับความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีสติปัญญาลงเหลืออยู่ เช่น สามารถเดินได้แต่
แขนขาอ่อนแรงยังใช้งานได้ๆ ไม่ปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เป็นต้น และในการรักษาฟื้นฟูทาง
กายภาพบำบัดนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายที่ผิดปกติไป
ยอมรับทุกขบวนการที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นสาเหตุทำให้จิตใจ หดหู่ ฟุ้งซ่าน
ซึมเศร้า เกิดความเครียดทางอารมณ์ ผู้ดูแลและผู้รักษาต้องมีวิธีการกระตุ้น และให้กำลังใจแก่
ผู้ป่วยให้รับรู้ถึงสถานะที่เป็นจริง ที่ปรากฏแก่จิตของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียงในตำบล
บ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อใช้กระบวนการรักษาตามหลักการรักษาของทางการ
แพทย์ปัจจุบัน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสาร และการเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอน
จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วย
กลุ่มนี้เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยญาติต้องเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดทำ
การบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้า
และเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมใน
ชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หวีผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ใน
ครอบครัวที่มีฐานะไม่ค่อยดีนัก จะไม่มีเวลาใส่ใจการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมากคือ ผู้ป่วย
จะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จนเป็นสาเหตุให้
ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารได้ การเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน
แต่ไม่สามารถเกร็งเหยียดข้อเข่าได้ เป็น ผู้ป่วยกำลังขาอ่อนแรงในระดับที่ไม่สามารถเกร็งเหยียดขาได้
แต่แขนจะมีแรงหรือไม่ก็ตาม ถึงแม้จะได้รับการฝึกต่อเนื่องมานานก็ยังมีสติปัญญาลงเหลืออยู่มาก
ญาติหรือผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้การบริหารแขนขา การนั่งทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ หรือ
เตียงไปกลับ รถเข็นได้ ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีญาติคอย
ช่วยเหลือ เช่น การหวีผม การเคลื่อนย้ายตนเอง การเข้าห้องน้ำ การทานอาหาร เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับดี การเรียนรู้และการรับรู้เป็นปกติ สื่อสารได้ ๒ ขั้นตอน
สามารถเกร็งเหยียดข้อเข่าได้จะสามารถเดินได้จะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตร

ประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากสมองมีรอยโรค ความผิดปกติหรือความพิการที่ยังคงมีอยู่ เช่น เดินได้แต่แขนใช้งานได้ไม่เท่าปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เช่น ข้อเท้าตก เดินจังหวะผิดปกติ เดินยกสะโพก กางขา เป็นต้น

๓. เพื่อศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

สรุปได้ว่า พุทธจริยศาสตร์ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่บุคคลควรเข้าใจและปฏิบัติ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังต่อไปนี้

(๑) พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ศีล ๕ หรือ เบญจศีล ความประพฤติชอบทางกายและวาจา, และการรักษากายวาจาให้เรียบร้อย, การรักษาทามระเบียบวินัย, ข้อปฏิบัติในการเว้นจากความชั่ว, การควบคุมตนให้ตั้งอยู่ในความไม่เบียดเบียน

(๒) พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ซึ่งเป็นพุทธจริยศาสตร์ที่มุ่งขัดเกลาตนเองให้มีจิตใจสูงขึ้น เป็นการเว้นอกุศลกรรมบถ ๑๐ และทำกุศลกรรมบถให้สมบูรณ์ บางครั้งเรียกว่า อาศาจริยวินัย ซึ่งแปลว่าวินัยของผู้ครองเรือนหรือคฤหัสถ์ แยกเป็นทางกาย วาจา และใจ

(๓) พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง เป็นจริยศาสตร์ที่มุ่งพัฒนาตนเองสู่ความเป็นอริยชนประกอบด้วยหลักธรรมคำสอนที่เป็นมรรค ๘ หรือที่เรียกอีกชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา หลักปฏิบัติอันเป็นทางสายกลาง ซึ่งเป็นหนทางดับทุกข์ จริยศาสตร์ระดับสูงนี้จะเป็นเครื่องมือในการพัฒนา กาย วาจา ใจ และปัญญา

มิติในการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวคิดและแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ในครั้งพุทธกาล ในคำสอนทางพุทธศาสนากล่าวว่า ร่างกายเราประกอบด้วยขันธ์ห้าหรือคือขันธ์ห้า มีองค์ประกอบ ๒ ประการคือ รูป และนาม (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) ความเจ็บป่วยหรือทุกข์ภัยไข้เจ็บอันเกิดกับขันธ์ห้านี้สามารถเกิดกับทุกองค์ประกอบของขันธ์ไม่ว่าจะเป็น โรคทางรูปกายหมายถึง มหาภูตรูปและอุปาทานรูปและโรคของนามคือ เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ หมายถึง จิตและเจตสิกทุกองค์ประกอบจะเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม ถ้าป่วยทางกาย (รูป) ส่งผลกระทบต่อด้านนาม (ใจ) ด้วย การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา และในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องใช้หลักพรหมวิหาร ๔ หลักภavana ๔ และหลักโพชฌงค์๗ ประกอบด้วย สติ ฌัมมวิจยะ วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา เป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้นพ้นจากความทุกข์ที่ประสบอยู่

๔. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้ว่า

๑) การนำหลักพุทธจริยศาสตร์มาประยุกต์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพรหมวิหารธรรมดังกล่าวมาแล้วนี้ทำให้ พบว่า การใช้หลักพรหมวิหารธรรม นี้จะต้องมีในใจของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย เพราะเป็นคุณธรรมที่ต้องมีอยู่ในใจของบุคคลผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป เพราะถ้าคุณธรรมข้อนี้ไม่มีในใจของผู้ให้บริการจะทำให้การทำหน้าที่ในครั้งนั้น ๆ เต็มไปด้วยความรังเกียจต่อผู้ป่วย ดังนั้นการนำหลัก

พรหมวิหารธรรมเข้ามาประยุกต์ใช้จึงเป็นไปเพื่อเป็นผลดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และในการใช้คุณธรรมข้อนี้มาดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลจะต้องใช้คุณธรรมทุกข้อของพรหมวิหารธรรม คือมีจิตใจที่เตรียมด้วยความรักในการเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีจิตใจที่ทรงไว้ซึ่งความเสมอภาคในการให้การดูแลโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นญาติสายโลหิตของเราหรือไม่ และสิ่งสำคัญคือการเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องคือการใช้อุเบกขา ในการดูแลสอดส่องอย่างใกล้ชิด ติดตามดูอาการของคนป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๒) การดูแลผู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อตามหลักภาวนา ๔ สรุปได้ดังนี้ ในการดูแลผู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่สมรรถภาพลดลงตามกาลเวลาที่มีผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเข้าใจ และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมรับมือกับสถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อาทิ การสื่อสารที่มีเทคโนโลยี เข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมออนไลน์ เป็นต้น และในขณะเดียวกันผู้ดูแลที่ประกอบด้วย ลูกหลาน คนในครอบครัว สังคม ชุมชน ต้องเข้าใจและรับมือกับภารกิจใหม่ที่ต้องเกิดขึ้นเพื่ออยู่ร่วมกันอย่างประนีประนอมและมีความสุข คือหลักภาวนา ๔ ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแล้ว โดยผู้วิจัยแยกประเด็นตามหลักของภาวนา ๔ ประกอบด้วย กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา ปัญญาภาวนา และในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุต้องเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างในตนผู้ป่วย ว่าทุกอย่างเป็นสิ่งไม่เที่ยงแท้ มีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ทั้งภายนอก และภายใน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่ยึดติดสิ่งใดๆ ให้เกิดความทุกข์เวทนา และการมีส่วนร่วมในตัวผู้ป่วยติดเชื้อก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อต้องพยายามบอกให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่า การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบได้ต้องมีการพัฒนาตนเองจนศักยภาพสูงสุดให้ได้ และมีความมีความต้องการในขั้นถัดขึ้นไปลำดับความต้องการจนสูงสุด เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ

๓) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อด้วยหลักโพชฌงค์ ๗ สรุปได้ดังนี้ การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา นอกจากใช้หลักพรหมวิหารเป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ที่ประสบ ในสมัยพุทธกาลได้ใช้หลักโพชฌงค์ประกอบด้วย สติ ธรรมวิจยะ วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา ซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งที่สวดสาธยายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังแล้วหายจากโรค ในพระไตรปิฎกกล่าวว่ามีพระมหากัสสปะ พระมหาโมคคัลลานะหรือพระพุทธองค์เอง ได้สดับฟังเรื่องโพชฌงค์ที่เป็นธรรมะชั้นสูงเกี่ยวกับปัญญา การทำใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการรักษาใจ ก็สามารถหายจากโรคได้รวมทั้งสติปัญญา ๔ (สติ=สัมมาสติ) เสริมด้วยความเพียรหรือวิริยะ (อาตภาพะ= สัมมาวิริยะ) และปัญญา (สัมปชาโน = สัมมาทิว) สรุปได้ว่าการรักษาโรคทางกายใช้รักษาด้วยสมุนไพรรักษา การผ่าตัด ส่วนการรักษาโรคทางใจ ใช้หลักพุทธธรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางใจ หลายประการเช่น โพชฌงค์ ๗ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นต้น ทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ รู้เท่าทันความจริงของสังขารเกิดปัญญา

๔.๕ องค์ความที่ได้จากการวิจัย

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่กำหนดไว้ ทำให้ต้องรู้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑. สุขภาวะแบบองค์รวมที่สะท้อนคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางกายและจิต กล่าวคือชีวิตที่สงบสุขตามหลักเกณฑ์เวชปรัชญา และพุทธปรัชญาว่า ด้วยธรรมโอสถหรือหลักที่ว่า “ทุกขมึให้เห็น สุขมึให้เป็น” ด้วยมัชฌิมาปฏิปทาหรือไตรสิกขาโดยอาศัยสัมมาสติหรือสติปัญญาเป็นตัวขับเคลื่อน

๒. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงนอกจากการนำหลักพุทธจริยศาสตร์ที่ประกอบด้วย พรหมวิหาร ๔ ภavana ๔ และหลักสัมโพชฌงค์ ๗ มาประยุกต์ใช้แล้วยังพบอีกว่า **ควรนำหลักอิทธิบาทธรรม ๔ ประการมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยติดเตียงโดยตรง คือ ฉันทะ** ความพอใจในการมีชีวิตอยู่และหายจากภาวะของโรคพาธที่เป็นด้วยการปฏิบัติตามวิถีเวชปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเช่นการกินยาตามแพทย์สั่งหรือการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง **วิริยะ** มีความพยายามในการต่อสู้โรคพาธที่เป็นอยู่ด้วยความอดทนอย่างต่อเนื่องคือต้องฝืนใจในการทำกายภาพบำบัดตามกรอบที่แพทย์กำหนดให้ **จิตตะ** มีสภาพจิตใจที่มุ่งมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และมีจิตใจเข้มแข็งไม่ท้อแท้ และ **วิมังสา** การยอมรับสภาพความจริงที่ปรากฏแก่ตนเองด้วยการใช้หลักธรรมที่นำมาใช้นั้นมารวมพิจารณาด้วยปัญญา และหลักอิทธิบาทธรรมนี้เป็นหลักธรรมที่เป็นธรรมที่ทำให้อายุยืนยาว

๓. จากธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พระสงฆ์ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจะต้องให้การสังเคราะห์แก่คนในชุมชน ตามแนวคิดที่ว่า ๑) พระดูแลพระ ๒) พระดูแลโยม และ๓) โยมดูแลพระ ในกรณีดังกล่าวนี้พระสงฆ์ในชุมชนได้ทำบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างสมบูรณ์ เช่นการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนของตน เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยในเชิงจิตวิทยา เป็นการไม่ทอดทิ้งชุมชนส่วนการสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะนำเสนอในบทที่ ๕ ต่อไป

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่กำหนดไว้ ดังนี้

๕.๑ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๕.๒ เพื่อศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๕.๓ เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

ในการทำวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยที่กำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

๑. สภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นเพื่อการสรุปได้ดังนี้

๑.๑ การวิเคราะห์ตามเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า จากการศึกษาเอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดังนี้

๑) แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ขึ้นไปที่มีภาวะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ในระดับลดลง จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ต้องพึ่งพิงผู้อื่น อาจมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของร่างกายหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง จนในที่สุดต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย มีระดับคะแนนการทากิจวัตรประจำวันได้ต่ำกว่า ๔ คะแนน จำแนกได้หลายระดับ ดังนี้ ระดับที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน และการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน ระดับที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน อาจมีปัญหาการกินและการ

ขับถ่าย ระดับที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน ขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และระดับที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๒) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สรุปได้ว่า ปัจจัยเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบบหลายมิติเนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การดูแลผู้สูงอายุต้องเข้าใจสิ่งเหล่านี้ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลกระทบบต่อการดูแล ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุเองที่มีผลเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นแยกรายละเอียดปัจจัยได้ดังนี้ ๑) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง ๒) ครอบครัว ๓) ผู้ดูแล และ ๔) สังคม

๓) ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียง สรุปได้ว่า ผู้ป่วยติดเตียงเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวนาน ๆ หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องใช้กิจกรรมส่วนใหญ่อยู่บนเตียง โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคพาร์กินสัน โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปปัญหา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเตียงไว้ดังนี้ ๑) ภาวะกลืนลำบาก ๒) ภาวะสมองเสื่อม ๓) ภาวะซึมเศร้า ๔) ภาวะการติดเชื้อ

๔) หลักในการประเมินผู้ป่วยติดเตียงที่สูงอายุ สรุปได้ว่า จากการที่ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การประเมินทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ ๑) การประเมินสุขภาพด้านกาย ๒) การประเมินด้านจิต ๓) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และ ๔) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

๑.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ๑๔๙ จากการลงพื้นที่ และการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ดในวันที่เสาร์ที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ สรุปประเด็นได้ดังนี้

๑) ร่างกายประกอบด้วยกาย และจิต จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว ระบบทั้งสองจะทำงานประสานสัมพันธ์กัน การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจาก จิตสั่งการไปที่สมองโดยมีเซลล์ประสาทเป็นตัวเชื่อมไปที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เริ่มจากเซลล์ประสาทมีการรับข้อมูลจากภายนอก (หู ตา จมูก ลิ้น และกาย) แล้วส่งสัญญาณไปที่สมองทำให้มีการแปรข้อมูลตามบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่โดยตรง การแปรข้อมูลจะทำให้เกิดภาวะจิตในการรับรู้จากนั้นจิตจะสั่งการไปที่สมองแปรข้อมูลเป็นสัญญาณตอบสนองส่งกลับโดยมีเซลล์ประสาทเป็นสะพานในการส่งข้อมูลไปให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือการตอบสนองของร่างกาย ถ้าสมองได้รับอันตรายหรือเซลล์ประสาทในการรับส่งข้อมูลมีปัญหา ย่อมจะทำให้การทำงานทั้งสองส่วนเกิดการ ทำงานที่ไม่สัมพันธ์กันได้

๒) สาเหตุของการเจ็บป่วยและทำให้เป็นผู้ป่วยติดเตียงมาจากสาเหตุหลัก ๒ ประการคือ ๑) หลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน ๒) หลอดเลือดในสมองแตก อาการจะแสดงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสภาพของสมองที่ได้รับความเสียหาย โดยแสดงอาการออกดังนี้ ร่างกายมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง การสื่อสารผิดปกติ ความจำ การมองเห็น การรับรู้ของร่างกายผิดปกติไป เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายตนเอง การทานอาหาร แปรงฟัน ใส่เสื้อผ้า หวีผม เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงคนอื่นเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องมาดูแล หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่าง

ต่อเนื่องด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดทำทาง การบริหารยึดข้อต่อ การบริหารเพิ่มความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ การฝึกพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง การฝึกการทรงตัว ทั้งในท่านั่งหรือท่ายืน จนกระทั่งจะ ได้รับฝึกเดินเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อขาแข็งแรงพอที่จะสามารถเดินได้ การทรงตัวในท่าทางในการเคลื่อนไหวดีในระดับที่ปลอดภัย

๓) การฟื้นตัวของสมองที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น อายุ คุณภาพของรอยโรค การรักษาฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น โดยแบ่งเป็น ๓ กลุ่มคือ กลุ่มที่แรก ผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่สมองมากจนอยู่ในระดับการรับรู้ และการเรียนรู้เสีย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ท้ายสุดผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นคนพิการไปทั้งชีวิต คือเป็นคนใช้ติดเตียงต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว เช่น การขับถ่าย การพลิกตะแคงตัว การลุกขึ้นนั่ง ญาติหรือคนดูแลต้องทำให้ทุกอย่าง กลุ่มที่สอง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดไปได้ระยะหนึ่งในช่วง ๖ เดือน กำลังเข้าในการเกร็งเหยียดเข่ายังอ่อนแรงไม่กลับมาในระดับปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความพิการในระดับที่ต้องพึ่งพาญาติน้อยกว่ากลุ่มแรกแต่ไม่สามารถเดินได้ถึงแม้กำลังแขนข้างอ่อนแรงจะฟื้นกลับมาได้หรือไม่ก็ตาม สามารถพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่งเองได้ สามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไป กลับรถเข็นได้ในระดับที่ญาติต้องคอยช่วยเหลือบ้าง กลุ่มที่สาม เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่ใช้ก็ตามในระดับอย่างน้อยมีคนคอยดูแลความปลอดภัยหรือไม่ก็ได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเกือบปกติ กลุ่มนี้จะมีความพิการน้อยกว่าทั้ง ๓ กลุ่ม

๔) เมื่อได้รับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดจนกระทั่งสมองได้รับการฟื้นตัวเต็มที่ตามระดับความรุนแรงที่ได้รับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น สามารถเดินได้แต่แขนขาข้างอ่อนแรงยังใช้งานได้ๆ ไม่ปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เป็นต้น และในการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยมีสติรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายที่ผิดปกติไปยอมรับทุกขบวนการที่เกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นสาเหตุทำให้จิตใจ หดหู่ ฟุ้งซ่าน ซึมเศร้า เกิดความเครียดทางอารมณ์ ผู้ดูแลและผู้รักษาต้องมีวิธีการกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้รับรู้ถึงสถานะที่เป็นจริง ที่ปรากฏแก่จิตของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อใช้กระบวนการรักษาตามหลักการรักษาของทางการแพทย์ปัจจุบัน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น ๓ กลุ่มดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสาร และการเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ตี ทำตามคำสั่งได้ ๑ ขั้นตอน จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยญาติต้องเรียนรู้ และเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดทำนอน การบริหารข้อต่อแบบผู้อื่นทำให้ทั้งแขนและขา การจับนั่ง ทั้งนี้ต้องกระทำทุกวัน วันละ ๒ รอบ (เช้าและเย็น) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติต้องดูแลตลอดชีวิตของผู้ป่วย ญาติช่วยเหลือทุกอย่างในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน หวีผม ทานอาหาร เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ค่อยดีนัก จะไม่มีเวลาใส่ใจการดูแลผู้ป่วยเต็มที่ ปัญหาที่พบตามมาก็คือ ผู้ป่วย

จะมีภาวะแทรกซ้อนเช่น ข้อติด แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้

๒. ผู้ป่วยที่มีการสื่อสารได้ การเรียนรู้หรือการรับรู้ไม่ดี ทำตามคำสั่งได้ ๒ ขั้นตอน แต่ไม่สามารถเกร็งเหยียดข้อเข้าได้ เป็น ผู้ป่วยกำลังขาอ่อนแรงในระดับที่ไม่สามารถเกร็งเหยียดขาได้ แต่แขนจะมีแรงหรือไม่ก็ตาม ถึงแม้จะได้รับการฝึกต่อเนื่องมานานก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่มาก ญาติหรือผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้การบริหารแขนขา การนั่งทรงตัว การเคลื่อนย้ายตนเองจากเก้าอี้ หรือเตียงไปกลับ รถเข็นได้ ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือ เช่น การหิวผม การเคลื่อนย้ายตนเอง การเข้าห้องน้ำ การทานอาหาร เป็นต้น

๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับดี การเรียนรู้และการรับรู้เป็นปกติ สื่อสารได้ ๒ ขั้นตอน สามารถเกร็งเหยียดเข้าได้จะสามารถเดินได้จะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เกือบเท่าคนปกติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่เนื่องจากสมองมีรอยโรค ความผิดปกติหรือความพิการที่ยังคงมีอยู่ เช่น เดินได้แต่แขนใช้งานได้ไม่เท่าปกติ เดินได้แต่เดินผิดปกติ เช่น ข้อเท้าตก เดินจังหวะผิดปกติ เดินยกสะโพก กางขา เป็นต้น

๒. เพื่อศึกษาหลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้ว่า พุทธจริยศาสตร์ที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่บุคคลควรเข้าใจ และปฏิบัติ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังต่อไปนี้

(๑) พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น พุทธจริยศาสตร์ระดับต้น ได้แก่ศีล ๕ หรือ เบญจศีล ความประพฤติชอบทางกายและวาจา, และการรักษากายวาจาให้เรียบร้อย, การรักษาตามระเบียบวินัย, ข้อปฏิบัติในการเว้นจากความชั่ว, การควบคุมตนให้ตั้งอยู่ในความไม่เบียดเบียน

(๒) พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง พุทธจริยศาสตร์ระดับกลาง ซึ่งเป็นพุทธจริยศาสตร์ที่มุ่งขัดเกลาตนเองให้มีจิตใจสูงขึ้น เป็นการเว้นอกุศลกรรมบถ ๑๐ และทำกุศลกรรมบถให้สมบูรณ์ บางครั้งเรียกว่า อคาริยวินัย ซึ่งแปลว่าวินัยของผู้ครองเรือนหรือคฤหัสถ์ แยกเป็นทางกาย วาจา และใจ

(๓) พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง พุทธจริยศาสตร์ระดับสูง เป็นจริยศาสตร์ที่มุ่งพัฒนาตนเองสู่ความเป็นอริยชนประกอบด้วยหลักธรรมคำสอนที่เป็นมรรค ๘ หรือที่เรียกอีกชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา หลักปฏิบัติอันเป็นทางสายกลาง ซึ่งเป็นหนทางดับทุกข์ จริยศาสตร์ระดับสูงนี้จะเป็นเครื่องมือในการพัฒนา กาย วาจา ใจ และปัญญา

มิติในการรักษาพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่ในครั้งพุทธกาล ในคำสอนทางพุทธศาสนากล่าวว่า ร่างกายเราประกอบด้วยขันธุ์ห้าหรือคือขันธุ์ห้า มีองค์ประกอบ ๒ ประการคือ รูป และนาม (เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ) ความเจ็บป่วยหรือทุกข์ภัยไข้เจ็บอันเกิดกับขันธุ์ห้านี้สามารถเกิดกับทุกองค์ประกอบของขันธุ์ไม่ว่าจะเป็น โรคทางร่างกายหมายถึง มหาภูตรูปและอุปาทานรูปและโรคของนามคือ เวทนา สัญญา สังขารและวิญญาณ หมายถึง จิตและเจตสิกทุกองค์ประกอบจะเชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวม ถ้าป่วยทางกาย (รูป) ส่งผลกระทบต่อด้านนาม (ใจ) ด้วย การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา และในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องใช้หลักพรหมวิหาร ๔ หลักภavana ๔ และหลักโพชฌงค์๗ ประกอบด้วย สติ ฌมมวิจยะ

วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา เป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้นพ้นจากความทุกข์ที่ประสบอยู่

๓. เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปได้ว่า

๑) การนำหลักพุทธจริยศาสตร์มาประยุกต์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพรหมวิหารธรรมดังกล่าวมาแล้วนี้ทำให้ พบว่า การใช้หลักพรหมวิหารธรรม นี้จะต้องมีในใจของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย เพราะเป็นคุณธรรมที่ต้องมีอยู่ในใจของบุคคลผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไป เพราะถ้าคุณธรรมข้อนี้ไม่มีในใจของผู้ให้บริการจะทำให้การทำงานที่ในครั้งนั้น ๆ เต็มไปด้วยความรังเกียจต่อผู้ป่วย ดังนั้นการนำหลักพรหมวิหารธรรมเข้ามาประยุกต์ใช้จึงเป็นไปเพื่อเป็นผลดีและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และในการใช้คุณธรรมข้อนี้มาดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลจะต้องใช้คุณธรรมทุกข้อของพรหมวิหารธรรม คือมีจิตใจที่เตรียมด้วยความรักในการเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีจิตใจที่ทรงไว้ซึ่งความเสมอภาคในการให้การดูแลโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นญาติสายโลหิตของเราหรือไม่ และสิ่งสำคัญคือการเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องคือการใช้อุเบกขา ในการดูแลสอดส่องอย่างใกล้ชิด ติดตามดูอาการของคนป่วยอย่างสม่ำเสมอ

๒) การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักภavana ๔ สรุปได้ดังนี้ ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่สมรรถภาพลดลงตามกาลเวลาที่มีผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเข้าใจ และยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมรับมือกับสถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อาทิ การสื่อสารที่มีเทคโนโลยี เข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมออนไลน์ เป็นต้น และในขณะเดียวกันผู้ดูแลที่ประกอบด้วย ลูกหลาน คนในครอบครัว สังคม ชุมชน ต้องเข้าใจและรับมือกับภารกิจใหม่ที่ต้องเกิดขึ้นเพื่ออยู่ร่วมกันอย่างประนีประนอมและมีความสุข คือหลักภavana ๔ ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแล้ว โดยผู้วิจัยแยกประเด็นตามหลักของภavana ๔ ประกอบด้วย กายภavana ศิลภavana จิตภavana ปัญญาภavana และในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุต้องเข้าใจกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างในตนผู้ป่วย ว่าทุกอย่างเป็นสิ่งไม่เที่ยงแท้ มีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ทั้งภายนอก และภายใน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่ยึดติดสิ่งใดๆ ให้เกิดความทุกข์เวทนา และการมีส่วนร่วมในตัวผู้ป่วยติดเตียงก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องพยายามบอกให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่า การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบได้ต้องมีการพัฒนาตนเองจนศักยภาพสูงสุดให้ได้ และมีความมีความต้องการในขั้นถัดขึ้นไปลำดับความต้องการจนสูงสุด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ

๓) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักโพชฌงค์ ๗ สรุปได้ดังนี้ การใช้หลักธรรมหรือธรรมโอสถทางพุทธศาสนา นอกจากใช้หลักพรหมวิหารเป็นหลักชี้้นำในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น พ้นจากความทุกข์ที่ประสบ ในสมัยพุทธกาลได้ใช้หลักโพชฌงค์ประกอบด้วย สติ ธัมมวิจย วิริยะ ปัสสัทธิ สุข และอุเบกขา ซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญหมวดหนึ่งที่สวดสาธยายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฟังแล้วหายจากโรค ในพระไตรปิฎกกล่าวว่าพระมหากัสสปะ พระมหาโมคคัลลานะหรือพระพุทธองค์เอง ได้สดับฟังเรื่องโพชฌงค์ที่เป็นธรรมะชั้นสูงเกี่ยวกับปัญญา การทำใจให้สว่าง สะอาด ผ่องใส เป็นการ

รักษาใจ ก็สามารหายจากโรคได้รวมทั้งสติปัญญา ๔ (สติ=สัมมาสติ) เสริมด้วยความเพียรหรือวิริยะ (อาตภาพะ= สัมมาวายามะ) และปัญญา (สัมปะชาโน = สัมมาทิจฺฐิ) สรุปได้ว่าการรักษาโรคทางกายใช้รักษาด้วยสมุนไพรรหรือเภสัช การผ่าตัด ส่วนการรักษาโรคทางใจ ใช้หลักพุทธธรรมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางใจ หลายประการเช่น โภชณงค์ ๗ การเจริญพรหมวิหาร ๔ การปฏิบัติวิปัสสนา เป็นต้น ทำให้จิตใจสงบใช้หลักอานาปานสติ รู้เท่าทันความจริงของสังขารเกิดปัญญา

๕.๒ อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้พบเห็นประเด็นที่น่าสนใจ จึงได้นำประเด็นเหล่านั้นมาอภิปรายผลดังนี้

๑. ปัญหาของผู้สูงอายุที่ติดเตียงเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย และมีโรคประจำตัวเรื้อรังมากกว่า ๑ โรค ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด บางครั้งได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยา เมื่อมีการเจ็บป่วยจะมีการฟื้นตัวช้าหรือบางคนต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่มีคนดูแลเนื่อง จากสถิติ การสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ร้อยละ ๒ ของผู้สูงอายุ อยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพิง สอดคล้องกับ **นงลักษณ์ พะไยยะ** กล่าวไว้ใน คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวว่า ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ๑ ใน ๔ คนจะมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้และมีประชากรผู้สูงอายุ กว่าร้อยละ ๗๐ ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า ๑ โรคจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก็ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาต้องรับการรักษาถึง ๖๒ เปอร์เซ็นต์ด้านทุกข์ทางใจและทุกข์ทางสังคม ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือเหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้การครอบครั (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่าง ๆ ในยาม สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยังโชคดีที่มีครอบครัวเกื้อหนุนโดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรสาว ในขณะที่ยังมี ผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ถูกทอดทิ้ง^๑ และปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลบาง คนที่เป็นคนในครอบครัว ถ้ามาดูแลผู้ป่วยติดเตียงย่อมขาดโอกาสในการทำงาน และขาดรายได้ที่ จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้มีความเครียดสะสม ร่วมกับดูแลผู้ป่วยแทบจะไม่มีเวลาได้ พักผ่อนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเองลดลง สอดคล้องกับ **ชนิกานต์ ส่วยนุ และคณะ**, ได้ทำวิจัย เรื่อง การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มี โรคประจำตัวตั้งแต่ก่อนมาดูแลผู้ป่วยติดเตียงและมีอาการพอ ๆ เดิมกับช่วงก่อนมาดูแลนอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและยังมีภาวะเครียดเกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่ง

^๑ นงลักษณ์ พะไยยะ, **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, (กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.).

ภาวะเครียดส่วนใหญ่เกิดจากการมีข้อจำกัดต่าง ๆ ส่วนความต้องการมากที่สุดในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการ ดังนี้ ข้อมูลในเรื่องการดูแลผิวหนังของผู้ป่วยติดเตียง ต้องการให้คนในครอบครัวรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น, ต้องการได้รับการดูแลรักษาเมื่อตนเองเจ็บป่วยขณะดูแลผู้ป่วยติดเตียง, ต้องการได้รับการให้อภัยจากผู้ป่วย, ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงแทน ต้องการการสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย, ต้องการมีเวลาพักผ่อน สรุป: ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น และมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ขณะให้การดูแลผู้ป่วยติดเตียง^๒ และ **โอภาส อัครโรจน์พงษ์** ได้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอนาทม จังหวัด พบว่า มีผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาการดูแล มีสถานภาพทางการเงินของครอบครัวไม่เพียงพอ ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับกำลังใจบ้างหรือไม่มีเลย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการใช้คำพูดไม่ดีตำหนิหรือว่ากล่าว สรุป : มีความชุกของปัญหาการดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อาการปวดเมื่อย การได้รับกำลังใจ และการใช้คำพูดไม่ดีตำหนิว่ากล่าว^๓

๒. ในด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่สูงอายุตามหลักพุทธจริยศาสตร์ พบว่าการนำหลักธรรมที่พระพุทธเจ้าทรงสอนและปฏิบัตินำมาใช้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผลของการดูแลดีขึ้น คือ ผู้ดูแลมีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยจิตใจที่ดีงามและใส่ใจในการดูแล มีความปรารถนาดีในการที่จะดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ **ปภัตสร กิมสุวรรณวงศ์** การดูแลผู้สูงอายุที่ใช้หลักไตรสิกขา เป็นการดูแลแบบองค์รวมในการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วย ๓ ด้าน คือด้านความสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านภาวะจิตและด้านปัญญาองค์รวม ๓ ด้าน เป็นหลักการ ถูกนำไปใช้พัฒนาในด้าน ๔ ด้าน คือ หลักกาวนา ๔ ทำให้เกิดความสุขอย่างแท้จริง^๔ และ **วศิน อินทสระ** กล่าวในหนังสือพุทธจริยศาสตร์ว่า การดำเนินชีวิตในสังคมได้มีการเปลี่ยนในทางที่ดีงาม ก้าวหน้าและเป็นบุคคลที่ดี การนำจริยศาสตร์ใช้ในการดำเนินชีวิตเป็นจำเป็น สำหรับตัวเองและชุมชน^๕ และถ้านำหลักธรรมมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเตียงดีขึ้น ซึ่งเป็นหลักพุทธจริยศาสตร์ สอดคล้องกับ **พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ** ได้ทำวิจัยเรื่อง การบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์การดำเนินชีวิตของ

^๒ ชนิกานต์ ส่วยนูล ภูมิ ชมพูศรี จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, “การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ”, TJPHS, ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒): ๖๒.

^๓ โอภาส อัครโรจน์พงษ์, “ความชุกของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี”, **วารสารแพทย์เขต ๔-๕**, ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๓): ๓๕-๔๙.

^๔ ปภัตสร กิมสุวรรณวงศ์, “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา”, **MFU Connexion Journal of Humanities and Social Sciences**, ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๗): ๒๐-๔๕.

^๕ วศิน อินทสระ, **จริยศาสตร์**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาราชวิทยาลัย, ๒๕๑๘), หน้า ๙.

คนไทยในสังคมปัจจุบัน พบว่า หลักพุทธจริยธรรมทั้ง ๓ ระดับนำมาใช้กับบุคคลต่างกลุ่มกันทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมได้^๖ และสอดคล้องกับ พระอริการไพศาล กิตฺติภโท (บำรุงแก้ว) ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาในการบำรุงจิตผู้ป่วย พบว่า พุทธปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการเยียวยา มี ๒ ประการคือ สัจธรรมคือการดูแลชีวิตตามธรรมชาติและด้านจริยธรรมคือการดูแล รักษาโรคทั้งกายและจิตใจ เน้นการกระทำที่ถูกต้องดีงามเกิดประโยชน์ต่อคนไข้อย่างแท้จริง^๗ และซึ่งสอดคล้องกับ สมบูรณ์ วัฒนะ ได้ทำวิจัยเรื่อง แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท พบว่า ผู้สูงอายุ คือคนชราภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างสูงต่อการทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา บิดาและมารดาได้รับการยกย่องไว้สูงส่งเทียบเท่าพระพรหม พระอรหันต์ของบุตรและธิดา ควรอย่างยิ่งที่บุตรธิดาจะดูแลท่าน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้สุขสบาย แต่หากบุตรและธิดาปรารถนาจะตอบแทนบุญคุณท่านให้ยิ่งขึ้น ควรดูแลท่านให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น โดยช่วยให้ท่านประกอบ ด้วยสัมปรายิกัตถสังวัตตนิกรธรรม ๔ ได้แก่ ๑) ศรีธธาสัมปทา ๒) ศีลสัมปทา ๓) จาคสัมปทา และ ๔) ปัญญาสัมปทา และการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการดูแลบิดา และมารดา และแนวความคิดพัฒนามนุษย์ เพื่อเสนอเป็นแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท พบว่า แนวคิดในการพัฒนามนุษย์คือหลักธรรมไตรสิกขา ผู้สูงอายุคือมนุษย์ที่มีอุปการคุณต่อสังคมและอนุชน ท่านควรได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ดังนั้น จึงสังเคราะห์การดูแลบิดาและมารดาให้เป็นการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลท่านตามหลักการพัฒนามนุษย์ตามหลักธรรมเรื่องไตรสิกขาโดยอาศัยหลักภาวนา ๔ เป็นเครื่องชี้วัดและวิธีปฏิบัติ ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม สามารถให้ท่านถึงพร้อมด้วยสัมปรายิกัตถสังวัตตนิกรธรรม ๔ ชื่อว่าดูแลท่านและได้ตอบแทนคุณท่าน เพราะช่วยให้ท่านได้บรรลุจุดมุ่งหมาย (อรรถ) ของชีวิตที่เป็นสัมปรายิกัตถประโยชน์ หรือยิ่งขึ้นไปคือปรมาตถประโยชน์^๘

๕.๓ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

๕.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านผาง อำเภอกะชังศรีชัย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ๓ ข้อ เพื่อกำหนดเป็นนโยบายสำหรับ วัด บ้าน และโรงเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนี้

^๖ พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยันต์ สืบกระพันธ์), “พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน”, วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนศึกษา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕), บทคัดย่อ.

^๗ พระอริการไพศาล กิตฺติภโท (บำรุงแก้ว), “การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาในการบำรุงจิตผู้ป่วย”, วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา, (บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕)

^๘ สมบูรณ์ วัฒนะ, “แนวความคิดการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”, วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔๔ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๙): ๑๗๓-๑๙๓.

๑) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๒) เพื่อศึกษาหลักพุทธรจยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๓) เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธรจยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

๕.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ในการวิจัยเรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธรจยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

๑) ควรมีการส่งเสริมให้ชุมชนประกอบด้วยวัด บ้าน และโรงเรียน มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน และการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในแบบระบบพหุภาคี

๒) ควรมีการมีการส่งเสริมให้พระสงฆ์ ชุมชน และองค์กรภาคีรัฐในภาคอีสานได้มีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนปลอดผู้ป่วยติดเตียง

๓) ควรมีการสังเคราะห์เกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในภาคอีสาน

๕.๓.๓ ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรจะทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เกี่ยวกับการทำความเข้าใจระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคอีสานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๒) ควรทำวิจัยการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยหลักอิทธิบาท ๔ เพื่อการสร้างคุณภาพแห่งชีวิตที่ยั่งยืน

๓) ควรทำวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคอีสานในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

๔) ควรทำวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคอีสาน

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

ก. ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๐๐. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

_____. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

ข. ข้อมูลทุติยภูมิ

(๑) หนังสือ:

โกวิท พวงงาม. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, ๒๕๔๕.

คณาจารย์แห่งโรงพิมพ์เลี้ยงเชียง. พุทธศาสนสุภาษิต เล่ม ๑ ฉบับมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลี้ยงเชียง, ๒๕๓๕.

เฉลียว เอี่ยมตระกูล. ปรัชญาชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์. ๒๕๔๑.

ชิต นิลพานิช และกุลธนา ธนา. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๓๒.

นงลักษณ์ พะโกยะ. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป..

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณี ตัวอย่าง. เชียงใหม่: สิริลักษณ์การพิมพ์, ๒๕๔๖.

บุญฤกษ์ จาฎามระ. พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอักษรเจริญทัศน์, ๒๕๓๘.

พรพิมล มาศสกุลพรรณ และคณะ. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส, ๒๕๕๔.

พระเทพวิสุทธิกวี (พิจิตร ฐิตวณโณ). กฎแห่งกรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๗.

พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตฺโต). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.

_____. พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

_____. พุทธธรรมกับการพัฒนาชีวิต. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๐.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). **พุทธธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๒.

_____. **พจนานุกรมฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๗. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๑.

พระมหาจรรยา สุทธิญาณโณ. **พุทธวิถี**. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา, ๒๕๔๘.

พระมหาสุทธิชัย อากาศโร (อบอุ้น) และคณะ. **สุขที่ได้ธรรม**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ ดีไลน์ จำกัด, ๒๕๕๖.

พระเมธีวราภรณ์. **เบญจศีลเบญจธรรมอุดมชีวิตมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ต้นบุญ, ๒๕๕๓.

พระสิริมงคลอาจารย์. **มังคลัตถทีปนีแปล เล่ม ๒**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.

ยุพาพร รูปงาม. **การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๔๕.

รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้**. กรุงเทพมหานคร: วีเจพริ้นติ้ง. ๒๕๔๑.

วศิน อินทสระ. **จริยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๑๘.

_____. **ธรรมและชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: กมลการพิมพ์, ๒๕๒๗.

_____. **พุทธจริยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ทองกวาว, ๒๕๔๑.

_____. **พุทธจริยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๑.

ศิราณี ศรีหาคาศ. โภมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และคณะ. **ผลกระทบและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๖.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. **คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป..

สมจิต หนูเจริญกุล. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: วิศสิฏฐิน, ๒๕๓๖.

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. **ธรรมคุณ**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, ๒๕๓๗.

สานิตย์ บุญชู. **การพัฒนาชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์, ๒๕๒๗.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วัชรินทร์, ๒๕๕๖.

สำราญ จุช่วย. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม**. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์, ๒๕๕๔.

สุจิตรา วรรณ. **ศาสนาเปรียบเทียบ**. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหธรรมิก จำกัด, ๒๕๔๐.

แสง จันทร์งาม. **ประทีปธรรม**. กรุงเทพมหานคร: อมรการพิมพ์, ๒๕๑๓.

อนุชาติ พวงสำลี และคณะ. **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพและสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สกว., ๒๕๓๙.

อุทัย สุดสุข, ดร. นายแพทย์. **สาธารณสุขในพระไตรปิฎก บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวิตมีสุข**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: เทพประทานการพิมพ์, ๒๕๕๔.

(๒) ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์:

จันทนา สารแสง. “คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอ เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่”. **วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, ๒๕๖๑.

นิตา ตั้งวินิต. “การบูรณาการหลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้สูงอายุ”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๘.

เบญจมาศ นาควิจิตร. “ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร”. **วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์ประยุกต์**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๕๑.

ปิ่นณวัชญ์ ชูพันธ์นิส. “การศึกษาวิเคราะห์พุทธจริยศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย”. **วิทยานิพนธ์พุทธ ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

ปารัชชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์. “รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว”. **ดุษฎีนิพนธ์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๖๑.

พระครูปลัดสุวัฒนเมธาคุณ (ชัยยันต์ สีบกระพันธ์). “พุทธบูรณาการหลักพุทธจริยศาสตร์ในการ ดำเนินชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบัน”. **วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสนศึกษา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕.

พระมหาพรสวรรค์ กิตติวิโร (จันโปรด). “ศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามหลักกุศลกรรมบถ ๑๐ ประการ”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา**. บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

พระมหาอดิร สุทธิธนาโณ (เกตุทอง). “ศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมวิถีพุทธในพระไตรปิฎก”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา**. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๔.

พระอธิการไพศาล กิตติภโท (บำรุงแก้ว). “การศึกษาวิเคราะห์เรื่องการประยุกต์ใช้พุทธปรัชญาใน การบำรุงจิตผู้ป่วย”. **วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา**. บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๕

รัตน์า กฤษณาธาร. “ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย”. **วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัย สาขาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา**. บัณฑิตวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, ๒๕๓๕.

(๓) รายงานวิจัย:

ยุวดี รอดจากภัย, ดร. และคณะ. “รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแล ผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ”. **รายงานการวิจัย**. มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.

(๔) บทความ:

กั้ววานไทย ออกตลาต. “ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี”. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี**. ปีที่ ๒๕ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๓๑-๒๔๐.

เจริญ นุชนิยม. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ”. **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร**. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๖๑๙-๖๓๑.

ชนิกานต์ ส่วยนุล, ภูมิ ชมพุศรี, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. “การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย”. **TJPHS Thai Journal**. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒): ๖๒-๖๙.

ดุขฎี เจริญสุข. “ผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน”. **วารสารพยาบาลตำรวจ**. ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๘): ๒๘๐-๒๙๕.

ทัศนาศู วรธรรมะปกรณ์. “การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลที่เป็นจริง”. **วารสารสภาพการพยาบาล**. ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๔ (๒๕๔๔): ๕๒-๕๗.

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์. “การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง”. **หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์**. (๗ มีนาคม ๒๕๖๐).

นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน”. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**. ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๙): ๖๓-๗๔.

ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุตามแนวคิดทางพระพุทธศาสนา”. **MFU Connexion Journal of Humanities and Social Sciences**. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๗): ๒๐-๔๕.

พระภุชิสสะ ปญญาปโชโต. “การเสริมสร้างสุขภาวะตามหลักภาวนา ๔ ของผู้สูงอายุ ในตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย”. **วารสาร มจร การพัฒนาสังคม** ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๒): ๕๙-๖๓.

- พระมหาโยธิน โยธโก. “บทบาทพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”. **วารสารวิชาการธรรมทศวรรษ**. ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ (กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๐): ๒๕-๓๖.
- พระราชบัณฑิต พระครูสิริโสธรคณารักษ์ แม่ชีบุญช่วยศรีเปรม. “สภาพการเป็นอยู่ของผู้สูงอายุหมู่บ้านท่าทุ่งนาตำบลไทรโยค อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี”. **วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร**. ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๕๙): ๑๕-๑๖.
- พระราเชนทร์ วิสารโท. ผศ.ดร.. “บูรณาการพุทธธรรมกับระบบการดูแลสุขภาพพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ”. **วารสารมหาจุฬาริชาการ**. ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒ (๒๕๖๐): ๗๖-๙๑.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ นิสาชล นาคกุล และ วิชญา โรจนรักษ. “สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี”. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม): ๕๔-๖๔.
- พัชรา เสถียรพัทธ์ และคณะ. “ประสิทธิผลของการอบรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้สื่อแอปพลิเคชันบนมือถือ ต่อระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแล”. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. ปีที่ ๓๐. ฉบับที่ ๑ (มกราคม-เมษายน ๒๕๖๓): ๔๗-๕๖.
- พิศมัย บุติมาลัย แสงอรุณ อิศระมาลัย เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. “การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน”. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๗๙-๙๑.
- พิศมัย บุญเลิศ และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น**. ปีที่ ๒๓ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๕๙): ๗๙-๘๗.
- ภาสกร สวนเรื่อง.อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. “การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๑): ๔๓๗-๔๕๑.
- มานพ นักการเรือน. “การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวพระพุทธรศาสนา”. **ศึกษาวารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล**. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๑): ๑-๗.
- รุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน. “การพัฒนาตัวแบบการนำนโยบายสวัสดิการผู้ สูงอายุไปปฏิบัติ”. **วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต**. ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๑ (๒๐๑๖): ๗-๑๗.
- วิไล ตาปะสี. นาริรัตน์ ปิยะชัยวุฒิ. ชนม์นิภา ใจดี. ศิวซ์ ปิยะรัตน์วัฒน์. “สภาพการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม”. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**. ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๑): ๒๘-๓๕.

สมบูรณ์ วัฒนะ. “แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวพระพุทธศาสนาเถรวาท”. **วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. ปีที่ ๒๔ ฉบับที่ ๔๔ (มกราคม-เมษายน ๒๕๕๕): ๑๗๓-๑๙๓.

สามารถ ใจเตี้ย. ดารารัตน์ จำเกิด. “การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน”. **วารสารราชภัฏเชียงใหม่**. ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-กันยายน ๒๕๕๗): ๓๘-๔๕.

โอภาส อัครวิโรจน์พงษ์. “ความชุกของปัญหาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี”. **วารสารแพทย์เขต ๔-๕**. ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๓): ๓๕-๔๙.

(๕) เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่และเอกสารอื่น ๆ:

เอกสารเกี่ยวกับบริบทตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด.

สุภาวดี เลิศสำราญ. Nursing Theory: Orem’s Self-Care Deficit Theory. เอกสารการสอนรายวิชา NUR ๒๒๒๒ เรื่อง Nursing Theory: Orem’s Self-Care Deficit Theory.

(๖) สื่ออิเล็กทรอนิกส์:

ธนศ ถวิลหวัง. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.eresearch.ssu.ac.th/xmlui/handle/123456789/143> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

ธีรวัสส์ บำเพ็ญบุญบำรุง. **โครงการธรรมศึกษาวิจัย. ลักษณะเด่นของพระพุทธศาสนา. หลักสูตรวิจัยคัมภีร์พุทธศาสนา**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://sripawat.net/7.22>. [๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙].

พระศรีคัมภีร์ญาณ. รศ.ดร. **การศึกษาวิเคราะห์หลักจริยศาสตร์ในคัมภีร์พระพุทธศาสนา**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.mcu.ac.th/article/detail/362> [๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓].

พวงทอง ไกรพิบูลย์. **คุณภาพชีวิต (Quality of life)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://haamor.com/th/คุณภาพชีวิต> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

รศ.ดร. พระมหา หารษา นิธิบุญยากร. **เกณฑ์ตัดสินคุณค่าของพุทธจริยศาสตร์**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.gotoknow.org/posts/316984> [๕ มีนาคม ๒๕๖๑].

วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโพล. รศ.ดร. **การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจกลัวด้วยผู้สูงอายุ ปี ๒๕๔๒**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php> [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๕๗). **การสูงวัยของประชากรไทยพ.ศ. ๒๕๕๗**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th> [๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓].

สำนักงานวิจัยและสถิติ บริษัทไทยรับประกันต่อ จำกัด. **สังคมสูงวัยในอาเซียน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.thairelife.co.th/upload/article/filee_200306095941.pdf. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

สำนักมาตรฐานการศึกษาฯ, **แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม**, อ้างใน Mr. Sisavanh Vongkatanegnou <https://www.gotoknow.org/posts/482092> [๒๓ กันยายน ๒๕๖๓].

สิทธิพงศ์ บุญผดุง. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ ๑)”. (รายงานการวิจัย. ๒๕๕๔) [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.eresearch.ssu.ac.th/xmlui/handle/123456789/143> [๑๖ มกราคม ๒๕๖๐].

องค์การอนามัยโลก (๒๐๑๐). **ความหมายผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.who.int>. [๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๓].

๒. ภาษาอังกฤษ

1. Secondary Sources

(I) Books:

Andrews. F.M.. & Withey. S.B. **Social Indicators of Well-Being: America’s Perception of Life Quality**. New York: Plenum Press, 1976.

Fradier. Georges. **About the Quality of Life**. Paris: Unesco, 1976.

Nicholas. B.. **Population Growth. Individual Demographic Decisions. and The Quality of Life**. In A Sourcebook on Population Education. Population Education Project. Mahidol University, 1975.

Orem. D. E.. **Nursing: Concepts of practice**. 5th ed.. St. Louis. MO: C. V. Mosby, 1995.

UNDP. **Human Development Report**. Delhi: Oxford University Press, 1994.

UNESCO. **Quality of Life Improvement Programmes**. Bangkok: UNESCO regional office, 1993.

Wallace. S.A.. **Identifying Quality of Life Indicators for Use in Family Planning Programs in Developing Countries**. New Jersey: Prentice-Hal, 1974.

(II) Articles:

Cummins. R.A.. **The comprehensive quality of life scale (fifth edition)**. Proceeding of the First International Conference on Quality of Life in Cities. Singapore. (4-6 March 1889): 68.

Dean. H.. “Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life”. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 2 No. 2 (1985): 98-100.

The WHOQOL GROUP. "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization". **Social Sciences Medicine**. Vol. 41 No. 10 (1995): 1403-1409.

Wallace. S.. "Quality of Life". **Journal of Home Economics**. Vol. 6 No. 6. (1974): 6-9.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์ขอนแก่น (บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น) โทร ๐๘๘-๗๖๐-๐๓๓๐

ที่ อว ๘๐๓๒.๑/๒๒๔

วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัย

เรียน/เจริญพร ผศ. ดร.สุวิน ทองปั้น

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระยงคัยุทธ ฉายา เทวธมโม นามสกุล จันทะอ่อน รหัสนิต ๖๑๐๕๑๐๕๐๒๕ บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้ทำดัชนีพันธเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” มีคณะกรรมการควบคุมดัชนีพันธ ดังนี้ คือ ๑) พระครูภาวนาโพธิคุณ, ผศ. ดร. ๒) ผศ. ดร.จรัส ลีกา

เพื่อให้งานศึกษาวิจัยของนิตมีคุณภาพด้านวิชาการและถูกต้องตามหลักการวิจัย บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัย จึงเรียน/เจริญพรมาเพื่อขอความร่วมมือท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัยของนิตท่านนี้ด้วย

บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับร่วมมือจากท่านด้วยดี ขออนุโมทนามาณ โอกาสนี้

(พระโสภณพัฒนบัณฑิต, รศ. ดร.)

รองอธิการบดี วิทยาเขตขอนแก่น

ประธานกรรมการบริหารบัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์ขอนแก่น (บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น) โทร ๐๘๘-๗๖๐-๐๓๓๐

ที่ อว ๘๐๓๒.๑/๒๔

วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัย

เรียน/เจริญพร ผศ. ดร. ประยูร แสงใส

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระยงค์ยุทธ ฉายา เทวธมโม นามสกุล จันทะอ่อน รหัสนิสิต ๖๑๐๕๑๐๕๐๒๕ บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้ทำดัชนีพจนธ์ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” มี คณะกรรมการควบคุมดัชนีพจนธ์ ดังนี้ คือ ๑) พระครูภาวนาโพธิคุณ, ผศ. ดร. ๒) ผศ. ดร. จรัส ลีกา

เพื่อให้งานศึกษาวิจัยของนิสิตมีคุณภาพด้านวิชาการและถูกต้องตามหลักการวิจัย บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบ เครื่องมือการศึกษาวิจัย จึงเรียน/เจริญพรมาเพื่อขอความร่วมมือท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัยของนิสิตท่านนี้ด้วย

บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับร่วมมือจากท่านด้วยดี ขออนุโมทนามา ณ โอกาสนี้

(พระโสภณพัฒนบัณฑิต, รศ. ดร.)

รองอธิการบดี วิทยาเขตขอนแก่น

ประธานกรรมการบริหารบัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน วิทยาลัยสงฆ์ขอนแก่น (บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น) โทร ๐๘๘-๗๖๐-๐๓๓๐

ที่ อว ๘๐๓๒.๑/ว๒๔ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัย

เรียน/เจริญพร ผศ. ดร.ชาญชัย ฮวดศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย จำนวน ๑ ชุด

ด้วย พระยงคัยุทธ ฉายา เทวธมฺโม นามสกุล จันทะอ่อน รหัสนิสิต ๖๑๐๕๑๐๕๐๒๕ บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้ทำดัชนีนิพนธ์ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” มี คณะกรรมการควบคุมดัชนีนิพนธ์ ดังนี้ คือ ๑) พระครูภาวนาโพธิคุณ, ผศ.ดร. ๒) ผศ. ดร.จรัส ลีกา

เพื่อให้งานศึกษาวิจัยของนิสิตมีคุณภาพด้านวิชาการและถูกต้องตามหลักการศึกษา บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นบุคคลผู้มีความรู้ความสามารถและมีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบ เครื่องมือการศึกษาวิจัย จึงเรียน/เจริญพรมมาเพื่อขอความร่วมมือท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษาวิจัยของนิสิตท่านนี้ด้วย

บัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับร่วมมือจากท่านด้วยดี ขออนุโมทนามา ณ โอกาสนี้

(พระโสภณพัฒนบัณฑิต, รศ. ดร.)

รองอธิการบดี วิทยาเขตขอนแก่น

ประธานกรรมการบริหารบัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตสัมภาษณ์

ที่ อว ๘๐๓๒.๑/ว๑๔



บัณฑิตศึกษา
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตขอนแก่น.โคกสี
อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เจริญพร นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านฝาง อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด

ด้วย พระยงค์ยุทธ ฉายา เทวธมโม นามสกุล จันทะอ่อน รหัสนิสิต ๖๑๐๕๑๐๕๐๒๕ บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ได้รับอนุมัติให้ทำดุชฎินิพนธ์ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด” มี คณะกรรมการควบคุมดุชฎินิพนธ์ ดังนี้ คือ ๑) พระครูภาวนาโพธิคุณ,ผศ.ดร. ๒) ผศ. ดร.จรัส ลีกา

เพื่อให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ จึงเจริญพรมาเพื่อขออนุญาตให้นิสิตขออนุญาตสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนี้ด้วยโดยข้อมูลที่ได้จักใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้นไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขออนุมทนาма ณ โอกาสนี้

เจริญพร

(พระโสภณพัฒนบัณฑิต, รศ. ดร.)

รองอธิการบดี วิทยาเขตขอนแก่น

ประธานกรรมการบริหารบัณฑิตศึกษา วิทยาเขตขอนแก่น

ผู้ประสานงาน :

จนท.บัณฑิตฯโทร. ๐๘๕-๗๔๗-๗๗๐๐

รายชื่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

๑. พระสงฆ์ ๕

- ๑) พระครูประภากรพิลาส
- ๒) พระครูสีลพรมประภาต
- ๓) พระครูปัญญาธรรมวิมล
- ๔) พระอธิการสมบัติ ยสโสโร
- ๕) พระอาจารย์สุเทพ โกวิท

๒. เจ้าหน้าที่ รพสต

- เจ้าหน้าที่ รพสตบ้านหนองกุ้ง

- ๑) นางประคอง สมทรัพย์ ผอ. รพสต
- ๒) นางสาวสุกัญญา ช่างพิพพาที พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ
- ๓) นางสาวการติมา ภาชี นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ
- ๔) นางสาวนันทพร ดวงเจียน เจ้าพนักงาน สาธารณสุข ชำนาญงาน

- รายชื่อเจ้าหน้าที่ รพสต บ้านฝาง

๑. นางสาวสุตารัตน์ พานอนันต์ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (รักษาการ ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต)

๒. นางสาวศิริพันธ์ สันพินิจ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ

๓. นายณัฐพงษ์ เกษมาชม นักวิชาการ ปฏิบัติการ

๔. นางสาวศศิคุณ สมุทรศรี ผช.ทันตกรรม

๕. นายภาณุวัตร พันทวี นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

๓. รายชื่อผู้ป่วย และผู้ดูแล

ลำดับ	เลขบัตร	ชื่อ-สกุล	อายุ	ADL	TAI	กลุ่ม	ผู้ดูแล
๑	๓๔๕๐๒๐๐๑๒๐๗๕๒	นางเตียม สุวรรณหงษ์	๗๑	๓	๒๓	๓	นายณัฐวุฒิ สุวรรณหงษ์
๒	๓๔๕๐๓๐๐๒๕๘๗๔๘	นางเสงี่ยม มวลคำลา	๕๗	๑๐	B๓	๓	นายบุญถม มวลคำลา
๓	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๓๑๙๑	นางปี่ สุธงษ์น้อย	๙๔	๑๑	B๓		นางทองใส สุธงษ์น้อย
๔	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๘๔๕๑	นางบาง น้อยบาท	๘๔	๑๑	B๓	๓	นางละเอียด น้อยบาท
๕	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๗๙๔๓	นายอนันท์ นารีน้อย	๗๒	๑๑	B๓	๔	นายนครินทร์ พลเยี่ยม
๖	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๘๑๙๑	นางทุมมา สรสิทธิ์	๙๖	๔	๒๓	๔	นางสมศรี วรศิริ
๗	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๐๘๗๖	นางเคน ราชานอง	๙๕	๑๑	B๓	๑	
๘	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๑๘๖๙	นางหนูแดง บุญแก้ว	๘๕	๒	๒๑	๔	นางโชติการ วงศ์แก้ว

ลำดับ	เลขบัตร	ชื่อ-สกุล	อายุ	ADL	TAI	กลุ่ม	ผู้ดูแล
๙	๓๔๕๐๒๐๐๐๙๘๙๓๕	นางหมา หนูเสน	๙๕	๑๐	B๓	๑	
๑๐	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๑๗๓๑	นายอำพล ป็องแดง	๗๗	๑๐	B๓	๑	
๑๑	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๘๔๕๑	นางบาง น้อยบาท	๘๔	๑๑	B๓	๑	
๑๒	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๘๗๔๐	นางสาย บุญศรี	๘๑	๑๑	B๓	๑	
๑๔	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๑๑๕๔	นางปราณี ทองลาด	๖๐	๔	I๓	๓	นายเกษม ทองลาด
๑๕	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๕๗๓๘	นางตื่น เพียรทาหนอง	๙๐	๑๐	C๔	๒	
๑๖	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๕๕๒๙	นางบัวผัน ต້องเดช	๖๙	๔	I๒	๓	นางสายลม ต້องเดช
๑๗	๓๔๕๐๒๐๐๓๔๑๕๗๑	นายสวาสดี เหนือผุย ผาย	๗๑	๒	I๑	๔	นางนาง เหนือผุยผาย
๑๘	๓๔๕๐๒๐๐๓๓๙๑๔๒	นางเหียน ดอกพรมลา	๘๔	๑๐	C๔	๒	
๑๙	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๘๘๐๑	นายสาย มั่งคั่ง	๘๑	๑๐	I๒	๔	
๒๐	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๔๖๒๑	นายสี สีหาฤทธิ์	๙๓	๑๐	I๑	๔	นางสมัย สีหาฤทธิ์
๒๑	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๓๐๗๑	นางเสน เสาศูยง	๘๓	๘	B๓	๑	
๒๒	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๗๕๖๕	นางหลวน หนูเสน	๙๗	๘	B๓	๑	
๒๓	๓๔๕๐๒๐๐๓๓๙๘๑๙	นางไคร์ สุตวิทย์	๘๗	๗	B๓	๑	
๒๔	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๗๑๒๘	นางพิมพ์า เนียมสอน	๙๐	๘	C๔	๓	นางทองจันทร์ จำสันเทียะ
๒๕	๕๕๕๐๒๐๐๐๓๑๙๗๗	นางสุดตา วงษ์แหวน	๘๗	๑๑	B๓	๒	
๒๖	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๒๙๕๙	นางทุมมี สมภาร	๙๑	๘	B๓	๓	นางสมัย สมภาร
๒๗	๓๔๕๐๒๐๐๓๓๙๙๐๘	นายทองมา กาลิงห์	๘๑	๘	C๔	๒	
๒๘	๓๔๕๐๒๐๐๖๕๕๒๒๖	นายคำพูล กุ่มพันธ์	๗๗	๑๒	C๔	๒	
๒๙	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๕๘๐๕	นายบุญกว้าง ลือจันดา	๗๐	๒	I๒	๔	นายจรูณ ลือจันดา
๓๐	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๗๑๕๘	นางภา อ่อนปุย	๘๐	๑๐	B๓	๑	
๓๑	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๙๒๒๓	นางเสาร์ อ่อนปุย	๘๒	๑๐	B๓	๑	
๓๒	๓๔๕๐๒๐๐๑๒๐๔๒๖	นางปุ่น น้อยบาท	๕๘	๑๑	B๓	๑	
๓๓	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๔๕๘๗	นางแหลม อ่อนปุย	๘๕	๑๑	B๓	๑	
๓๔	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๔๔๘๓	นางสุดตา เนียมสอน	๘๒	๙	B๓	๒	
๓๕	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๕๘๘๕	นายพันธ์ นนท์อ่อน	๘๔	๑๒	C๔	๒	
๓๖	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๗๕๒๗	นางสำราญ ทันดา	๗๐	๑๑	B๓	๑	
๓๖	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๖๕๔๗	นางเหล่า ชุมหว่า	๘๘	๑๐	B๓	๒	

ลำดับ	เลขบัตร	ชื่อ-สกุล	อายุ	ADL	TAI	กลุ่ม	ผู้ดูแล
๓๗	๓๔๕๐๒๐๐๑๐๕๓๔๕	นางเชียร์ โจ๊กงาม	๖๘	๑๑	B๓	๑	
๓๘	๒๔๕๐๒๐๐๐๒๒๐๒๗	นางสาวจารุณี ลือจันดา	๓๔	๑๑	B๓	๑	
๓๙	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๑๕๕๙	นายสากน ทองเสนย์	๔๗	๑๐	B๓	๓	นางสาวพัชรินทร์ ทองเสนห์
๔๐	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๔๔๒๖	นางคำตัน อ่อนปุย	๗๙	๑๒	C๔	๒	
๔๑	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๓๓๐๑	นางจุม อภัยศรี	๙๒	๙	C๔	๒	
๔๒	๓๔๕๐๒๐๐๑๒๐๗๕๒	นางเต็ม สุวรรณหงษ์	๗๑	๓	I๓	๓	นายณัฐวุฒิ สุวรรณหงษ์
๔๓	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๘๙๖๕	นายฝ้าย เศษโถ	๗๒	๙	B๓	๑	
๔๔	๓๔๕๐๒๐๐๑๑๐๕๕๒	นางเกียง กัณหาชัย	๙๓	๑๓	C๔	๒	
๔๕	๓๔๔๑๐๐๐๒๕๓๑๘๑	นายสีจันท์ อับไปวงษ์	๕๕	๙	B๓	๑	

ภาคผนวก ค
แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ (Interview guide)

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามหลักพุทธจริยศาสตร์ในตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์ (Interview guide) มีทั้งหมด ๒ ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์ และตอนที่ ๒ วัตถุประสงค์ในการวิจัย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้สัมภาษณ์

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
๒. บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
๓. ระดับการศึกษา () มัธยมศึกษา () มัธยมศึกษาปลาย () อนุปริญญา
() ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๔. อาชีพ () รับราชการ () พนักงานราชการ
() พนักงานเอกชน () พระสงฆ์
() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
๕. วันที่ให้สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ตอนที่ ๒ วัตถุประสงค์ในการวิจัย

๑. ท่านมีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงที่ท่านดูแลอยู่ และมีวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเตียงในด้านต่อไปนี้อย่างไร

๑. ด้านกาย
๒. ด้านจิตใจ
๓. ด้านสังคม
๔. ด้านปัญญา

๒. ท่านมีความเข้าใจในพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต่อไปนี้อย่างไรบ้าง

๑) หลักพรหมวิหาร ๔ (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา)

๒) หลักภาวนา ๔ (กายภาวนา สီลภาวนา จิตภาวนา ปัญญาภาวนา)

๓) หลักโพชฌงค์ ๗ (สติสัมโพชฌงค์ ธัมมวิจยสัมโพชฌงค์ วิริยสัมโพชฌงค์ ปีติสัมโพชฌงค์ ปัสสัทธิสัมโพชฌงค์ สมาธิสัมโพชฌงค์)

๓. การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตามหลักพุทธจริยศาสตร์หลักพรหมวิหาร ๔ หลักภาวนา ๔ และหลักโพชฌงค์ ๗ ท่านมีวิธีการประยุกต์หลักพุทธจริยศาสตร์เพื่อการดูแลในด้านต่อไปนี้อย่างไร

๑. ด้านกาย

๒. ด้านจิตใจ

๓. ด้านสังคม

๔. ด้านปัญญา

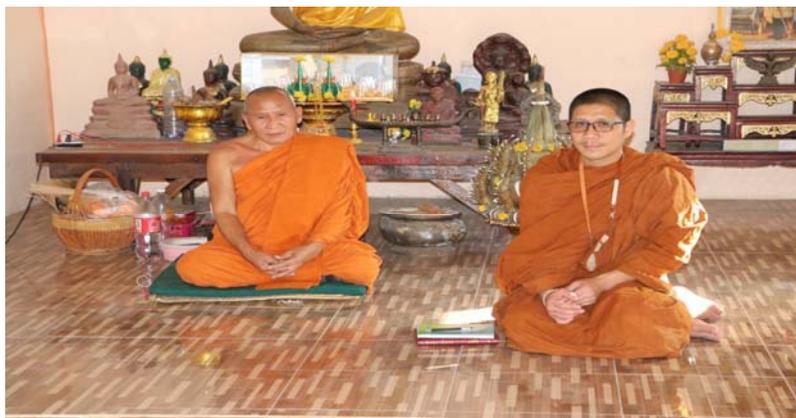
ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้

ภาคผนวก ง

ภาพประกอบแบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย



สัมภาษณ์ พระครูประภากรพิลาส, เจ้าคณะตำบลบ้านฝางเขต ๒ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ พระครูปัญญาธรรมวิมล, เจ้าอาวาสวัดบ้านตลาดไชย ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓.



สัมภาษณ์ พระครูสีลพรหมประภาส, เจ้าอาวาสวัดพรหมศรีสว่าง เจ้าคณะตำบลบ้านฝาง เขต ๑
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓.



สัมภาษณ์ พระอธิการสมบัติ ยสสุโร, เจ้าอาวาสวัดบ้านหนองเปลือย ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นายภาณุวัตร พันทวี, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (รพสต.บ้านฝาง) ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางสาวสุดารัตน์ พานอนันต์, นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (รพสต.บ้านฝาง)
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางสาวสุกัญญา ขำทิพย์พาทย์, พยาบาลวิชาชีพ ปฏิภากร (รพสต.บ้านหนองกุง)
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นายเกษม ทองลาด, (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางปราณี ทองลาด, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางสาวการติมา ภาชี นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (รพสต.หนองกุง)
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางสาวนันทพร ดวงเจียน, เจ้าพนักงาน สาธารณสุข ชำนาญงาน (รพสต.หนองกุง)
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางประคอง สมทรัพย์, ผอ. รพสต (รพสต.หนองกุง) ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมมนากลุ่มเจ้าหน้าที่ (รพสต.หนองกุง) และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางนาง บี สุธงษ์น้อย, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๑๑๗ หมู่ ๙ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางทองใส สุธงษ์น้อย, (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๑๑๗ หมู่ ๙ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



นางเคน ราชานอง (ผู้ป่วยติดเตียง), บ้านเลขที่ ๓๗ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด (สัมภาษณ์วันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓)



สัมภาษณ์ นางเทียง ผดุงสันต์, (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๓๗ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางบัวผัน ต้องเดช, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๕๘ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางสาวลม ต่อมเดช, (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๕๘ หมู่ ๗ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นายทองมา กาลิงห์, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๓๒ หมู่ ๓ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางทองใบ พรหมธิดา, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๑๑๐ หมู่ ๑๕ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นายอำพล ป้องแดง, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๒๗ หมู่ ๒ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓)



สัมภาษณ์ นายสมชาย เศษลือ (ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๕๑ หมู่ ๑๕ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นายบุตร เศษลือ (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๕๑ หมู่ ๑๕ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางทุมมา นาวัง, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๑๔๒ หมู่ ๑๕ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓



สัมภาษณ์ นางตื่น เพียรทาหนอง, (ผู้ป่วยติดเตียง) บ้านเลขที่ ๓๗ หมู่ ๙ ตำบลบ้านฝาง
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด, ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ - ฉายา (สกุล) : พระยงค์ยุท เทวธมโม (จันทะอ่อน)
- วัน - เดือน - ปีเกิด : ๒๐ สิงหาคม ๒๕๒๖
- มารดา - บิดา : นางบุญเรือน จันทะอ่อน - นายรัง จันทะอ่อน
- ประวัติการศึกษา ๒๕๔๙ : ปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตรบัณฑิต วิชาเอก วิศวกรรมเครื่องกล มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๒๕๕๙ : ปริญญาโท หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาปรัชญา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น
- ๒๕๕๗ : นักรรรมชั้นเอก สำนักเรียน เจ้าคณะจังหวัดร้อยเอ็ด
- ประวัติการทำงาน ๒๕๕๕ : รักษาการเจ้าอาวาสวัดประชาศรีธาราม (บ้านหนองแปน) อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ๒๕๕๙ : เจ้าอาวาสวัดประชาศรีธาราม (บ้านหนองแปน) อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ที่อยู่ปัจจุบัน : ๙๙ หมู่ที่ ๒ วัดประชาศรีธาราม บ้านหนองแปน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ๔๕๑๕๐
- หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๙๙-๕๙๑๙๙๖๕, ๐๘๙-๘๒๖๘๘๕๑