

การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพนักรบวชสตรีสูงอายุ

The Development of Health Care System for Elderly Bhikkhunis and Elderly Euns

สมพร ปิ่นทยา
พระครูสิริปริยัตยานุศาสตร์
เทพประวิณ จันทร์แรง

Somporn Pintaya
Phrakrusiripariyattayanusath
Thepprawin Chanreang

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่
Mahachulalongkornrajavidyalaya University Chiang Mai Campus
Corresponding Author, E-mail:kiokaew_s@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

สังคมผู้สูงอายุเป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทุกองค์กรทั่วโลกกำลังต้องเผชิญหน้า การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้ทุกหน่วยงานต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของสมาชิกในองค์กร กลุ่มนักรบวชสตรีในประเทศไทยก็เช่นกันซึ่งได้แก่ แม่ชี อุบาสิกาผู้ก้ำกึ่งระหว่างบรรพชิตและฆราวาสผู้เคร่งครัดซึ่งอยู่ในสังกัดของสถาบันแม่ชีไทย และกลุ่มภิกษุณีหญิงไทยผู้บวชจากต่างประเทศแล้วกลับมาอาศัยดำเนินชีวิตในประเทศไทย แต่นักรบวชสตรีเหล่านี้ยังคงถูกกลืนไม่ได้รับการรับรองสถานะนักรบวชตามกฎหมายไทย แต่ทุกท่านล้วนเป็นประชากรไทยซึ่งหากเป็นผู้สูงอายุย่อมควรต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ และทั่วถึง ในระบบการดูแลสุขภาพคณะสงฆ์ไทยได้มีการดูแลตามธรรมเนียมบุญสุขภาพพระสงฆ์ และระบบพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งเป็นระบบดูแลพระสงฆ์อาพาธ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรคและการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งการพัฒนาพัฒนาระบบดูแลสุขภาพนักรบวชสตรีสูงอายุจึงควรส่งเสริมให้เกิดระบบพระคิลานุปัฏฐากในนักรบวชสตรีเพื่อให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกันภายใต้ธรรมนูญสุขภาพและระบบสวัสดิการประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้มแข็งแก่พุทธบริษัท 4 นำความรุ่งเรืองสู่พระพุทธศาสนาสืบต่อไป

คำสำคัญ : ระบบดูแลสุขภาพ, คิลานุปัทธาก, แม่ชี, ภิกษุณี

Abstract

Aging society is a trend facing every nation and organization around the world. The increase in the elderly has made all agencies aware of the need to improve the health care system for their members. There are two groups of women priests in Thailand: nuns. and Thai female bhikkhunis who have been ordained from abroad and returned to live in Thailand. But these women priests are still not recognized as priests under Thai law. But everyone is a Thai citizen who, if they are the elderly, they need to be cared for systematically and thoroughly in order to be healthy and quality of life. which the Thai Sangha has a statute for the health of monks and the system of the Kilanupatthā Build a practitioner to take care of ill monks including health promotion disease prevention Disease control and management of factors that threaten the health of monks Therefore, it should encourage the creation of the Kilanupatthaka system among female priests in order to take care of each other. and help strengthen the Buddhist Company 4 to bring prosperity to Buddhism

Keywords: health care system, Kilanupatthaka, nuns, bhikkhunis

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 พันล้านคน ในปี 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด สถานการณ์ในประเทศไทยในปี 2565 มีประชากร 66 ล้านกว่าคน มีผู้สูงอายุ ถึง 12 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักทะเบียนกลาง, 2566 : ออนไลน์) สถานการณ์นี้ส่งผลให้ในวันที่ 1 มกราคม 2566 รัฐบาลไทยได้ประกาศให้ปี 2566 เป็นปีแห่งสุขภาพผู้สูงวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ทำเนียบรัฐบาล, 2566 : ออนไลน์). เป็นการประกาศเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยให้นโยบายดำเนินงานผ่านหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ระดับ

พื้นฐานคืออสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งในการทำงานดูแลพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ก็มีกลุ่มพระสงฆ์ที่ทำงานคล้ายคลึงกับอสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด เรียกว่า พระคิลานุปัฏฐาก แต่ในสังคมจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี 2549 ยังมีกลุ่มนักบวชผู้หญิงกลุ่มหนึ่งที่เลือกเส้นทางในการดำเนินชีวิตเป็นนักบวชในพระพุทธศาสนา ด้วยการบรรพชาเป็นภิกษุณี มีอารามเป็นที่ศึกษาปฏิบัติธรรมภายใต้การดูแลของมูลนิธิโรธาราม แต่ยังไม่มีการรับรองสถานะนักบวชตามกฎหมายไทย จึงเป็นประเด็นน่าสนใจว่านักบวชสตรีกลุ่มนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงสูงอายุซึ่งมีบัตรประชาชนคนไทย ควรจะมีระบบการดูแลสุขภาพอย่างไรให้เกิดการบูรณาการ การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นไปตามพระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา

เนื้อเรื่อง

ระบบดูแลสุขภาพ อาจนิยามจากบทบาทหน้าที่ หรือ องค์ประกอบในเชิงบทบาทหน้าที่ ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค พื้นฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัตินอกเหนือการตอบสนองความคาดหวังของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม หากมองจากความมุ่งหวังข้างต้น ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์จึงมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง แวดล้อมด้วยกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริม พื้นฟู และธำรงสุขภาพของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพ ซึ่งจำแนกแยกย่อยได้เป็น 6 ระบบ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556 : ออนไลน์) ดังนี้

1. ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป

2. ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความรู้ชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม

3. ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี

มีข้อบ่งชี้ในการใช้

4. ระบบการเงินการคลัง หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล ผ่านการระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

5. ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวโน้ม ความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เป็นธรรม

6. ระบบอภิบาล หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์กรสุขภาพดำเนินการกิจอย่าง เป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่มุ่งแก้ ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน และคาดการณ์ปัญหาในอนาคต

จะเห็นว่าทุกกิจกรรมหรือแต่ละองค์ประกอบไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวแต่มีปฏิสัมพันธ์กัน แต่ละองค์ประกอบเปรียบเสมือนระบบย่อยที่ประกอบกันขึ้นเป็นระบบสุขภาพใหญ่ แต่ละระบบย่อยยังมีระบบที่แยกย่อยลงไปอีก อาทิ ภายในระบบสุขภาพมีระบบบริการ ภายในระบบบริการมีระบบสถานบริการ ภายในระบบสถานบริการมีระบบห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ทุกระบบทำงานเชื่อมประสาน ทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ โดยมีคนเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน ระบบจะเดินหน้าหรือถอยหลังจึงขึ้นอยู่กับ “คน” ซึ่งหมายรวมทุกรูปแบบ ทั้งแบบเดี่ยวและหมู่คณะ กล่าวคือ ปัจเจกบุคคล ประชาชน สมาคม องค์กร ผู้ให้บริการ ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้กำหนดนโยบาย



แนวคิดการจัดระบบสุขภาพที่ดีต้องครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัวและชุมชน (nonprofessional care) สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพ รูปแบบการดูแลตนเองและการจัดบริการในสถานพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิก โรงพยาบาล การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพนักบวชสตรีสูงอายุ จึงควรเริ่มจะการจัดระบบสุขภาพในองค์กรโดยยึดความต้องการและสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของนักบวชสตรีสูงอายุเป็นศูนย์กลาง ดังพิจารณาตามบริบทดังนี้

การบวชภิกษุณีในประเทศไทย เริ่มเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2470 นายอินทร์กลึง หรืออดีตพระยานรินทร์ราชิต (กลึง) นักการเมืองผู้วิพากษ์วิจารณ์ทั้งสถาบันสงฆ์และรัฐอย่างเปิดเผยได้ประกาศถวายบ้านของตน ตั้งเป็นวัดรินราชิต เพื่อให้เป็นที่อยู่ของลูกสาวคือ สารและจงดี ที่บวชเป็นภิกษุณีแต่ถูกทางการจับสึกและพระสังฆราช(กรมหลวงชินวรสิริวัฒน์) ขณะนั้นได้มีพระบัญชาห้ามมิให้พระภิกษุไทยบวชสตรีเป็นภิกษุณี สิกขมานา หรือสามเณรี ตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2571 ต่อมาปีพ.ศ. 2514 ภิกษุณีวรมัย กบิลสิงห์ ได้ออกบวชเป็นภิกษุณีรูปแรกที่ไต้หวัน ซึ่งเป็นพุทธนิกายมหายาน สร้างวัตรทรงธรรม กัลยาณี และในปี พ.ศ. 2544 รศ.ดร. ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์ นักวิชาการด้านสตรีและพุทธศาสนา จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ บุตรสาวของภิกษุณีวรมัยได้ออกบวชเป็นภิกษุณีธัมมกันทา โดยบวชมาจากคณะสงฆ์ในประเทศศรีลังกา มีสำนักภิกษุณีเป็นเอกเทศ คือ วัดทรงธรรม กัลยาณี (ภิกษุณีธัมมกันทา และคณะ, 2556 : 9) ส่วนสังฆะภิกษุณีในเชียงใหม่เริ่มปรากฏชัดเจนในปีพ.ศ.2549 เมื่อแม่ชีรุ่งเดือนและคณะแม่ชีจากสำนักปฏิบัติธรรม นิโรธาราม จำนวน 5 รูป ไปบรรพชาเป็นสามเณรี ณ ประเทศศรีลังกา และอีก 2 ปีต่อมาได้อุปสมบทเป็นภิกษุณี ณ วัดสัทธัมมการะ กรุงโคลัมโบ ประเทศศรีลังกา ปัจจุบันเวลาผ่านมาเกือบ 15 ปี นอกจากสังฆะภิกษุณินิโรธาราม ก็ยังคงมีภิกษุณีเกิดขึ้นหลายกลุ่มในประเทศไทยกระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศกว่า 200 รูป ในดินแดนล้านนาเฉพาะที่อยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิโรธารามมี 64 รูป กระจายอยู่ในสาขาของอารามภิกษุณินิโรธารามทั้ง 6 สาขา ในจังหวัดเชียงใหม่ พะเยา ลำปาง เพชรบูรณ์ และนครราชสีมา จะเห็นว่าสังคมไทยได้ผ่านยุคผู้หญิงบวชได้หรือไม่มานานแล้วเพราะผู้หญิงได้บวชเป็นภิกษุณีเรียบร้อยแล้ว ปัญหาอยู่ที่

รัฐและคณะสงฆ์ไทยไม่ยอมรับแต่เราก็ไม่สามารถปฏิเสธการมีอยู่ของภิกษุณีสงฆ์ไทย จากการศึกษาวิจัยยังพบว่าภิกษุณีนิโรธาราม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาสุขภาพ (สมพร ปินทะยา, 2565 : 163) การไม่มีสถานะนักบวชตามกฎหมายไทย ส่งผลให้จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพภายในองค์กรให้สอดคล้องกับบริบทของนักบวชและเป็นไปตามพระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา

สถานการณ์ภาวะสุขภาพของนักบวชสตรี

จากข้อจำกัดในการบวชผู้หญิงไทยส่งผลให้นักบวชสตรีของพระพุทธศาสนาในประเทศไทยแบ่งเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆได้แก่ กลุ่มแม่ชีและภิกษุณี ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน คือเป็นกลุ่มผู้หญิงผู้ละทิ้งบ้านเรือน ทรัพย์สิน ญาติมิตรออกแสวงความหลุดพ้นจากทุกข์ ดำรงชีวิตด้วยการขอปัจจัย 4 จากผู้อื่น ใช้ชีวิตบั้นปลายอยู่อย่างสงบ ชัดเกลากิเลสตนเอง และถือกุศโลบายรอบข้างด้วยธรรมะของพระพุทธเจ้า โดยการออกบวชเป็นแม่ชีถือศีล 10 และภิกษุณีถือศีล 311 สิกขาบท แต่กลับไม่มีสถานะนักบวชตามกฎหมายไทย แม่ชีจัดอยู่ในอุบาสิกา ทั้งที่แม่ชีเป็นผู้ที่นุ่งขาว ห่มขาว โกนคิ้ว โกนผม ถือศีล 8 ข้อ หรือรักษาศีล 8 สิกขาบท รวมทั้ง ศีล 10 ที่มีการนุ่งขาวห่มขาวแตกต่างไปจากฆราวาส จากความก้ำกึ่งของสถานภาพของแม่ชีในการเป็นนักบวชและฆราวาส โดยเฉพาะจากองค์กรต่าง ๆ ในทางศาสนาที่ถือว่าแม่ชีเป็นเพียงอุบาสิกาที่เคร่งครัดในศีลเท่านั้น

สถาบันแม่ชีไทยและมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยเป็นผู้ปกครองแม่ชีในสังกัด ให้มีสิทธิบรรพชาให้อยู่ในระเบียบข้อปฏิบัติของแต่ละสำนัก การบริหารการจัดการศึกษาและการดูแลความเป็นอยู่ของแม่ชีในสังกัด แต่การดูแลการปกครองของสำนักแม่ชียังไม่ทั่วถึงจากข้อมูลจำนวนแม่ชีของกระทรวงศึกษาธิการ 13,528 คน ในปี พ.ศ.2542 ส่วนจำนวนแม่ชีของผู้ลงทะเบียนเป็นสมาชิกสังกัดสถาบันแม่ชีไทยมีเพียง 4,057 รูป แสดงให้เห็นว่าสถาบันแม่ชีไทยยังไม่สามารถเป็นองค์กรกลางที่เป็นศูนย์รวมการปกครองและการบริหารจัดการ นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาสาเหตุของการบวชเป็นแม่ชีก็มากกว่าการปฏิบัติธรรมเพื่อแสวงหาความหลุดพ้นเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากแรงจูงใจหลายประการ สาเหตุที่ทำให้สตรีไทยบวชเป็นแม่ชีมี 5 ประการ คือ 1) เหตุผลส่วนตัวด้านความเชื่ออำนาจเหนือธรรมชาติ 2) ต้องการความสงบไม่ยุ่งเกี่ยวกับโลกภายนอกโดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุด้วยการหันเข้าพึ่งศาสนา 3) ต้องการช่วยเหลือศาสนาและสังคมให้ใกล้ชิดและเต็มความสามารถมากยิ่งขึ้น 4) ศรัทธาอยากได้กุศลจึงสละสุขส่วนตัวมุ่งเข้าหาธรรม 5) ต้องการที่

ทั้งทางกายและทางใจเนื่องจากความยากจน ขาดที่พึ่งหรือความไม่สมหวังในชีวิต ยังพบว่าแม่ชีส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและแม่ชีส่วนมากเห็นว่าการปฏิบัติของแม่ชีไม่ได้ปิดกั้นการบรรลุมรรคผลนิพพานจึงไม่เรียกร้องให้มีภิกษุณีเถรวาทเกิดขึ้น (แม่ชีกฤษณา รักษา โฉม และคณะ, 2556 : 16 – 17)

งานวิจัยด้านภาวะสุขภาพของแม่ชีนั้น ปวีณา งามสิงห์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ” งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุที่พักอาศัยในวัดเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ (Smith’s Model of Health) และการอธิบายความเจ็บป่วยของโคลแมนเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่ชีไทยสูงอายุ จำนวน 70 ท่าน ที่พักอาศัยในวัดเขตกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า แม่ชีไทยสูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 88.6 และเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 94.3 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ถึงร้อยละ 54.3 และไม่สามารถเดินทางโดยใช้รถขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 34.3 สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนาได้ ร้อยละ 98.6 และบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมได้ ร้อยละ 71.8 แต่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัดและเรี่ยวแรงที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 1.4 สามารถบรรลุถึงความไฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิตได้ ร้อยละ 52.8 ส่วนพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจะมีการคงไว้ซึ่งสุขภาพดีและการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก แล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน อาจใช้ 2-3ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ งานวิจัยนี้ทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ แนวทางในการแสวงหาการดูแลสุขภาพและได้แนวทางในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แนวทางในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการต่อไป (ปวีณา งามสิงห์, 2550 : 5)

ส่วนภาวะสุขภาพของภิกษุณีล้านนา ในสังกัดของมูลนิธิธรรมาภรณ์ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพนักบวช โดยทีมพยาบาลจิตอาสาและหน่วยแพทย์เคลื่อนที่คณะเทคนิคการ

แพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าภิกษุณีส่วนใหญ่จำนวน 27 รูป คิดเป็นร้อยละ 42.8 อยู่ในวัยสูงอายุ และมีโรคเรื้อรัง อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ข้อเข่าเสื่อม และในช่วงปีที่ผ่านมามีภิกษุณี 2 รูปป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ต้องมีภิกษุณีช่วยเปลี่ยนเวรดูแลซึ่งกันและกันและกันและไม่มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง มูลนิธิโรธารามจึงได้ประสานความร่วมมือลงนามข้อตกลงกับหน่วยงาน 5 องค์กรในการพัฒนาหลักสูตรอบรมพระคิลานุปัฏฐาก แก่พระภิกษุและภิกษุณี ในจังหวัดภาคเหนือ เพื่อพัฒนาระบบในการดูแลนักบวชสูงอายุ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2565 ณ พระวิหารหลวง วัดสวนดอกพระอารามหลวง ประธานมูลนิธิโรธารามได้ร่วมลงนามข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือการดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้สูงอายุ กับองค์กรหน่วยงานภายนอก 6 สถาบัน ได้แก่ 1) สำนักวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 2) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 3) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ 4) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ 5) ท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ 6) มูลนิธิโรธาราม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือด้านวิชาการ ดูแลสุขภาพอนามัยของ พระสงฆ์ ภิกษุ ภิกษุณี ผู้สูงอายุในวัดและชุมชน ภายใต้โครงการอบรมผู้ดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้สูงอายุ ให้เกิดการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ภิกษุ ภิกษุณี ผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ ตลอดจนร่วมดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย โดยใช้แนวทางพระพุทธศาสนาและปรัชญา โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1) เพื่อส่งเสริมและให้การสนับสนุนการสร้างแกนนำ ภิกษุ สามเณร ภิกษุณี สามเณรีในการดูแลสุขภาพอนามัยของคณะสงฆ์ ภิกษุ ภิกษุณี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ตามหลักพระธรรมวินัย สามารถแนะนำดูแลคณะสงฆ์ภายในวัด และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เพื่อแลกเปลี่ยนการบริการเชิงวิชาการ และงานวิจัยด้านสุขภาพ โดยใช้แนวทางด้านพระพุทธศาสนาและปรัชญาเป็นพื้นฐาน

3) เพื่อความร่วมมือเครือข่ายสาธารณสุขบริการชุมชน หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต การบริหารพระสงฆ์อาพาธและดูแลผู้สูงอายุ ด้วยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาและปรัชญา

ข้อตกลงความร่วมมือ 6 องค์กรเครือข่าย มีกรอบและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ดังนี้

1) จัดกิจกรรมอบรมแกนนำสุขภาพและผู้ดำเนินงานทั้ง 6 องค์กร ร่วมกันจัดกิจกรรมอบรมแกนนำ ภิกษุ สามเณร ภิกษุณี สามเณรี ให้เป็นผู้ดูแลคณะสงฆ์อาพาธและผู้สูงอายุ ในวัดและชุมชน ประกอบด้วย จัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนสุขภาพแบบบูรณาการ

โดยทาง มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ และมูลนิธิโรธาราม สนับสนุน นิสิต พระสงฆ์ พระภิกษุ สามเณร ภิกษุณี สามเณรี เข้ารับการอบรมผู้ดูแลคณะสงฆ์ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และอาพาธ และ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สนับสนุนด้านวิชาการ บุคลากร เพื่อให้เนื้อหาการเรียนการสอนครบถ้วนตามหลักสูตรของสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) ส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากรขององค์กร ด้านการบริการวิชาการ ศึกษาวิจัย ในการดูแลสุขภาพคณะสงฆ์ ภิกษุ สามเณร ภิกษุณี สามเณรีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางพระพุทธศาสนาและปรัชญา ทั้ง 6 องค์การ วางแผนร่วมกันส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากรขององค์กร ด้านการบริการวิชาการ งานวิจัย ประเพณีวัฒนธรรม การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ภิกษุ ภิกษุณี ผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางพระพุทธศาสนาและปรัชญาเป็นฐาน

3) สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือเครือข่ายสาธารณสุข บริการชุมชน การดูแลสุขภาพตามแนวทางพระพุทธศาสนาและปรัชญาในการดูแลผู้ป่วย เป้าหมาย หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต การบริหารพระสงฆ์อาพาธและการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 องค์การ ร่วมกัน สนับสนุนส่งเสริม ให้เกิดหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตการบริหารพระสงฆ์อาพาธ และดูแลผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือเครือข่ายสาธารณสุข บริการชุมชน การดูแลสุขภาพตามแนวทางพระพุทธศาสนาและปรัชญา โดยส่งเสริมให้ พระสงฆ์ดูแลกันเองตามหลักพระธรรมวินัย ประชาชนดูแลพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย และพระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและการดูแลป้องกันสุขภาพคณะสงฆ์ ในจังหวัดเชียงใหม่ นำไปสู่เป้าหมายยุทธมณูสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ตามคำขวัญที่ว่า “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข”

หลังจากพัฒนาหลักสูตรอบรมแกนนำสุขภาพ มีการสนับสนุนการแต่งตั้งพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด โดยคณะภิกษุณีและสามเณรี ในสังกัดสังฆมณฑลภิกษุณีโรธารามเข้าร่วมอบรมในหลักสูตรดูแลพระสงฆ์อาพาธและผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จำนวน 9 รูป จากอารามภิกษุณีโรธาราม 6 รูป และ อารามภิกษุณีสุทธจิตต์ 3 รูป แบ่งหน้าที่ดูแลภิกษุณีสูงอายุ 1 : 5 รูป ส่งผลให้มีระบบการดูแลสุขภาพในสังฆมณฑลที่ชัดเจนเกิดเอื้อเฟื้อดูแลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกันและกันมากขึ้นในสังฆมณฑลภิกษุณีล้านนา สถานการณ์ภาวะสุขภาพของนักบวชสตรีก็คงไม่แตกต่างไปกับสังคมภายนอกซึ่งมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ที่มีโอกาสเจ็บป่วยเรื้อรัง

เพิ่มมากขึ้น การเฝ้าระวังและคัดกรองโรคจึงเป็นเรื่องสำคัญ การสร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพภายในองค์กรอย่างยั่งยืนร่วมกับชุมชนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกหน่วยควรคำนึง โดยเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว หน่วยงาน ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงนโยบายในระดับประเทศ

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพนักรบวชสตรีผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพนักรบวชสตรีผู้สูงอายุที่ยั่งยืน ควรเริ่มจากการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพในองค์กรของภิกษุณีหรือแม่ชีก่อน หลังจากนั้นประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของนักรบวชสตรี วางแผนในการให้บริการระบบอภิบาล กำลังคน ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ระดมกองทุนสวัสดิการและจิตอาสาเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และเพื่อให้การดูแลซึ่งกันและกันของนักรบวชสตรีเป็นไปตามพระธรรมวินัยควรพัฒนาระบบพระคิลานุปัฏฐาก ให้ครอบคลุมทั้งในองค์กรของแม่ชีและภิกษุณี โดยประสานความร่วมมือในการทำงานส่งเสริมให้นักรบวชสตรีดูแลกันเองตามหลักพระธรรมวินัย ประชาชนดูแลภิกษุณี แม่ชีตามหลักพระธรรมวินัย พัฒนาให้ภิกษุณีและแม่ชีเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและการดูแลป้องกันสุขภาพคณะสงฆ์ นำไปสู่เป้าหมายธรรมานุสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ตามคำขวัญที่ว่า “พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข”

นักรบวชสตรีต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นสำคัญ และเมื่อปี พ.ศ. 2562 ภาศิทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายบรรพชิต และฆราวาสได้เร่งรัดการขับเคลื่อนธรรมานุสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ผ่านมาตรการต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมให้พระสงฆ์มีเลข 13 หลัก โครงการจับคู่ 1 วัด 1 โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การอบรมพระคิลานุปัฏฐาก การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และชุมชนและการร่วมพัฒนาให้วัดดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจทำฐานข้อมูลนักรบวชสตรีในประเทศไทย ส่งเสริมให้นักรบวชสตรีทุกคนมีเลขตามบัตรประชาชน 13 หลัก เพื่อเข้าถึงเพื่อเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ และแสวงหาความร่วมมือในการเข้าอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งต้องเข้าใจความหมาย และบทบาทหน้าที่ของพระคิลานุปัฏฐาก ดังนี้

ความหมายของพระคิลานุปัฏฐาก

พระคิลานุปัฏฐาก เป็นชื่อเรียกของพระสงฆ์ในยุคปัจจุบัน คือผู้ปฏิบัติดูแลพระสงฆ์ อาพาธ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ด้วย จากการศึกษาความเป็นมาของพระคิลานุปัฏฐากที่ปรากฏใน พระไตรปิฎกพบว่า ในสมัยพุทธกาลมิได้เรียกชื่อว่าเป็นพระคิลานุปัฏฐาก แต่เพียงศัพท์ที่แสดง ถึงความหมายที่ปรากฏในพระวินัยปิฎก พระสุตตันตปิฎก และพระอภิธรรมปิฎก ความหมายแตกต่างกันไป เช่น คิลานปัจจัยเภสัชบริขารเภสัช หมายถึง ยา รักษาโรค หรือคิลานธรรม หมายถึง ธรรมโอสถที่เป็นเครื่องรักษาโรคทางใจ เป็นต้น ส่วนคำว่า พระคิลานุปัฏฐากนั้นไม่ปรากฏ ทั้งนี้ในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ พุทธศักราช 2560 ให้คำนิยามว่า พระคิลานุปัฏฐาก หมายถึง ผู้ปฏิบัติดูแลพระสงฆ์อาพาธ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562 : 3) คำว่า คิลานุปัฏฐาก จึงเป็นคำที่บัญญัติขึ้นใหม่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นคำเรียกที่ใช้แทนพระสงฆ์ที่มีหน้าที่ในการสนองงานคณะสงฆ์ด้านการแพทย์และพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับสาธารณสุขประจำพื้นที่ในแต่ละตำบลขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่เอื้อประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตอันทำให้เกิดความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่งผลให้พระสงฆ์มีพลังชีวิตในสานต่องานด้านพระพุทธศาสนาสืบไป

บทบาทและหน้าที่ของพระคิลานุปัฏฐาก

การปฏิบัติหน้าที่ของพระคิลานุปัฏฐากในปัจจุบัน หากจะให้ประพจน์ปฏิบัติ ตามหลักของพระธรรมวินัยอย่างเคร่งครัดนั้นเป็นไปได้ยากเพราะถ้อยคำที่จารึกไว้ในพระไตรปิฎกนั้นทำได้ยาก โดยเฉพาะในเรื่องของชนิดและตัวยาสมุนไพร ดังนั้น การปรับตัวให้มีความเหมาะสมกับยุคสมัยใหม่ จึงเป็นสิ่งสำคัญหากเป็นวิธีการรักษาที่ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ไม่มีข้อห้ามตามพระธรรมวินัยเหมาะสมกับสมณสาธูป ภิกษุณีก็จะใช้รักษาอาการอาพาธได้ ทุกวันนี้ภิกษุณีอาพาธส่วนใหญ่จึงใช้ยาและวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน เพราะเข้าถึงง่าย ประสิทธิภาพดี และมักไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย สมัยพุทธกาลมีหลักการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ มีดังนี้

1) หลักอุปัชฌาย์วัตร คือ พระสัทธินิหาริกพึงพยาบาลพระอุปัชฌาย์ที่เป็นไข้ นั้น จนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย ถ้าไม่พยาบาล ต้องอาบัติทุกกฏ ถ้าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นไข้ ต้องดูแลกันจนกว่าจะหายไข้

2) หลักสัทธีวิหาริกวัตร พระอุปัชฌาย์พึงพยาบาลพระสัทธีวิหาริกที่เป็นไข้จนจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย เมื่อภิกษุณีผู้เป็นพระสัทธีวิหาริกได้ปฏิบัติต่อพระอุปัชฌาย์ของตนอย่างนี้แล้ว พระอุปัชฌาย์ก็พึงปฏิบัติต่อภิกษุณีผู้เป็นพระสัทธีวิหาริกของตน เหมือนมารดาปฏิบัติต่อบุตรเช่นกัน

3) หลักอาจารย์วัตร พระสัทธีวิหาริกพึงพยาบาลพระอาจารย์ที่เป็นไข้จนจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย

4) หลักอันเตวาสิกวัตร พระอาจารย์พึงพยาบาลพระอันเตวาสิกที่เป็นไข้จนจนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าจะหาย

5) หลักภิกษุณีผู้ร่วมอุปัชฌาย์เดียวกัน

6) หลักภิกษุณีผู้ร่วมอาจารย์ก็เป็นหลักเดียวกันกับหลักอุปัชฌาย์วัตร และ สัทธีวิหาริกวัตร ที่พระอุปัชฌาย์ และพระสัทธีวิหาริกที่พึงปฏิบัติต่อกัน จนตลอดชีวิต (หรือ) จนกว่าเธอจะหาย

7) หลักสงฆ์ คือ หลักที่ภิกษุณีตั้งแต่ 4 รูปขึ้นไปอยู่ในวัดนั้นพึงพยาบาลภิกษุณีไข้ จนกว่าเธอจะหายเช่นเดียวกัน

บทบาทและหน้าที่ หลักการดูแลภิกษุณีอาพาธในปัจจุบัน

หลักการดูแลพระภิกษุณีอาพาธ ซึ่งจะกล่าวถึงประเด็นหลักมีดังนี้

1) หากท่านไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ควรจัดเตียงที่อยู่นุ่มสงบห่างจากสายตาผู้คนให้ท่าน

2) บุคคลที่เป็นเพศตรงกันข้ามขณะเข้าตรวจรักษาให้การพยาบาลดูแล ไม่ควรอยู่กับท่านตามลำพังในที่ลับตา

3) การถวายยา อาหาร เครื่องดื่ม ถ้ามีภิกษุณีที่เป็นอุปัชฌาภิกษุอยู่ ควรบอก หรือ ควรประเคนให้ท่าน

4) ในกรณีเป็นภิกษุณีอาพาธติดเตียง หรือรูปที่ไม่สามารถทำความสะอาดร่างกาย ตนเองได้ หากเป็นไปได้ควรให้ภิกษุณีอุปัชฌาภิกษุเป็นคนทำหรือจัดเจ้าหน้าที่ผู้หญิงอย่างน้อย 1 คน ร่วมทำความสะอาดร่างกายให้ท่าน

5) ในพระวินัยกำหนดไม่ให้ภิกษุณีไฉ้ม ไม่ให้ไว้เล็บยาว หากท่านไม่สามารถดูแล ร่างกายตนเองได้ควรให้ภิกษุณีอุปัชฌาภิกษุโกนศีรษะ ตัดเล็บให้ท่านทุก ๆ สัปดาห์

6) ภิกษุณีใช้บางรูปท่านยังประสงค์จะทำกิจวัตรของท่าน เช่น ทำวัตรสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือปลงอาบัติ เป็นต้น ควรอำนวยความสะดวกให้ท่าน

นอกจากนี้ยังมีหลักการและข้อปฏิบัติที่พระคิลานุปัฏฐากพึงใช้เป็นแนวทางในการทำหน้าที่ดูแลภิกษุณีและแม่ชีอาพาธ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพระศกดิธัช (พระศกดิธัช สวโร, 2560 : 55) ได้แก่

1) คิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีพรหมวิหาร ธรรม คือ เมตตา กรุณา เป็นพื้นฐาน มีความปรารถนาเกื้อกูลอนุเคราะห์ คิดช่วยให้พ้นจากความทุกข์

2) คิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยควรวางตนอยู่ในฐานะ กัลยาณมิตร กล่าวคือ มี กัลยาณมิตรธรรม 7 คือ น่ารัก น่าเคารพ น่านับถือ ยกย่อง รู้จัก พูดให้กำลังใจ อดทนฟังคำระบาย ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ อธิบายเรื่องให้ผู้ป่วยอยากฟังให้ เข้าใจได้ ให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา

3) คิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต้องมุ่งให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพมนุษย์จนถึงวินาที สุดท้ายแห่งชีวิตในมิติด้าน ศีล สมาธิ และปัญญา

4) ผู้ป่วยรวมทั้งคิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีพัฒนาการด้าน ปัญญาเข้าใจโลกและชีวิต รู้เท่าทันชีวิตและความตาย ไม่หวาดหวั่นพรันพรึงต่อความตาย รู้ว่า “เรามีความเจ็บไข้เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไข้ไปได้ เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้” งอกงามด้วยมรณสติ ยึดเอาความตายเป็นอารมณ์กรรมฐาน ก่อนที่จะตายท่ายที่สุดย่อมตายไปอย่างสงบ

5) คิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มุ่งให้ผู้ป่วย มีศรัทธายึดมั่นพระรัตนตรัย คุณงามความดี มีจิตใจเข้มแข็งผ่องใสอยู่เสมอแม้ในยามที่สติดำหนด พิจารณา เวทนาและมีสติปัญญารู้แจ้งมองเห็นความจริงของชีวิตพิจารณาความเป็นจริงของชีวิตคือ ความตาย และสามารถเผชิญกับความตายอย่างมีสติ ไม่หลงตาย

6) คิลานุปัฏฐาก หรือ ผู้ที่ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย อยู่ในฐานะเป็นกัลยาณมิตรช่วย ประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สะอาด สว่าง สงบ ผ่องใสเพื่อให้ยึดเหนี่ยวอารมณ์ดีงาม และไปสู่สุคติหลังตาย

ทั้งนี้หน้าที่คิลานุปัฏฐากเป็นสิ่งที่พระสงฆ์ ภิกษุณี และ แม่ชีพึงปฏิบัติต่อกัน นอกจากมีวัตถุประสงค์คล้ายกันกับการบัญญัติพระวินัย คือ 1) เพื่อให้พระสงฆ์เอาใจใส่ ในการทำหน้าที่อุปัฏฐากกันและกัน 2) เพื่อได้รับการศึกษาจากพระอุปัชฌาย์อาจารย์ 3) เพื่อชวนชวน ป้องกันความเสื่อมเสียที่อาจจะเกิดขึ้น และ 4) เพื่อความดีงามในพระสงฆ์ คือ ให้มีความรักใคร่ เคารพ เลื่อมใส ห่วงต้อยตักต้อนกันและกัน ตลอดจนการดูแลซึ่งกัน และกันยามอาพาธเจ็บป่วย และ ได้รับทุกขเวทนา เพื่อสงเคราะห์ให้ถึงที่สุดแห่งธรรมนั่นเอง

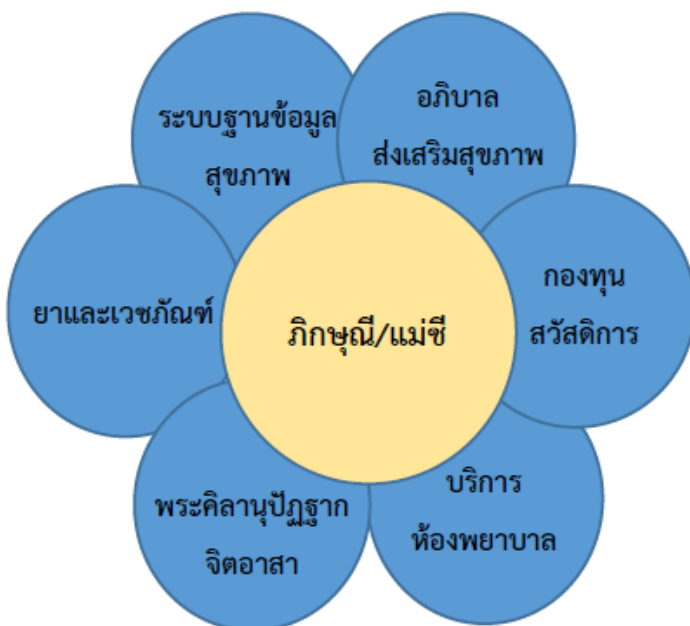
(พระอธิการเฉลิม กนตสารโ, 2562 : 39) ศิลานุปัฏฐากจึงเป็นระบบการพัฒนาบุคลากรที่ควรสนับสนุนให้เกิดขึ้นแก่นักบวชสตรีและแม่ชีทุกรูป ทุกองค์กร เป็นการพัฒนาบุคลากรให้เกิดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ และยังสามารถพัฒนาการเชื่อมโยงไปยังเครือข่ายในระบบการดูแลสุขภาพอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

อภิปรายผล

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายอย่างสมบูรณ์แล้ว การเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งที่จำเป็นไม่เว้นแม้แต่ในวัด ซึ่งไม่ได้มีแต่พระสงฆ์ยังมีเหล่าภิกษุณีและแม่ชี ผู้หญิงผู้เลือกที่จะใช้ชีวิตบั้นปลายในบวรพระพุทธศาสนา แม้จะไม่มีกฎหมายรับรองสถานะความเป็นนักบวช แต่ผู้หญิงสูงอายุเหล่านี้ก็มีสิทธิความเป็นพลเมืองไทยที่ควรจะได้รับ การดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบและทั่วถึง จำเป็นที่หน่วยงานด้านสุขภาพในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนผู้เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนากระบวนฐานข้อมูลด้านสุขภาพของนักบวชสตรีในประเทศเพื่อคัดกรองปัญหาและความต้องการ ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการในการดูแลสุขภาพนักบวชสตรี และจัดตั้งระบบการพัฒนาบุคลากรพระคิลานุปัฏฐากสำหรับนักบวชสตรี เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายในการดูแลสุขภาพกับงานพระคิลานุปัฏฐากตามธรรมเนียมสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนดูแลสุขภาพนักบวชสตรีสูงอายุที่ยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์อาพาธ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์ และ หทัยชนก บัวเจริญ, 2563 : 112) พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระสงฆ์ ควรมี 4 องค์ประกอบคือ 1) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำวัด แกนนำพระสงฆ์และจิตอาสาดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานด้านโรคเรื้อรังและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) พัฒนาระบบการใช้บริการผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัย 3) ระบบการดูแลต่อเนื่องโดยอาสาสมัครประจำวัด มีการติดตามให้คำแนะนำโดยพยาบาล 4) แนวปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครประจำวัดในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธตามพระธรรมวินัย นอกจากนั้นการพัฒนาพระคิลานุปัฏฐากหรืออาสาสมัครประจำวัด ต้องมีการประสานงานกับคณะสงฆ์ผู้ปกครองในพื้นที่และเครือข่ายสาธารณสุขและชุมชน เพื่อจัดกองทุนสวัสดิการ และพัฒนาแกนนำนักบวชสตรีให้สามารถใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

องค์ความรู้ใหม่

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพนักบวชสตรีสูงอายุในแต่ละองค์กร ควรเริ่มจากการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพในองค์กรของตนเองก่อน หลังจากนั้นประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของนักบวชสตรี วางแผนในการให้บริการระบบ อภิบาล กำลังคน ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ระดมกองทุนสวัสดิการและจิตอาสาเพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืน ดังนี้



นักบวชสตรีสูงอายุในพระพุทธศาสนา ทั้งภิกษุณีและแม่ชีเป็นกลุ่มผู้หญิงผู้มีความศรัทธาในพระรัตนตรัย ออกจากเรือนมุ่งมาขัดเกลากิเลสตนเอง ภายใต้กรอบของศีลที่แต่ละท่านปวารณา มุ่งไปเพื่อการบรรลุธรรมผลนิพพานอันเป็นความสำเร็จสูงสุดในพระพุทธศาสนา ขณะเดียวกันวิถีชีวิตที่แต่ละท่านเลือกดำเนินชีวิตย่อมหลีกเลี่ยงไม่พ้นความแก่ ความเจ็บไข้และความตาย พระพุทธองค์ทรงบัญญัติพระธรรมวินัยและหลักธรรมเพื่อให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน สงเคราะห์กันยามอาพาธเจ็บป่วย ซึ่งธรรมานุญพระสงฆ์ไทยก็ทำให้เกิดระบบพระคิลานุปัฏฐาก เป็นผู้ปฏิบัติดูแลพระสงฆ์อาพาธ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ หากนักบวชสตรีได้มีการพัฒนาศักยภาพร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ย่อมก่อให้เกิดพลังของพุทธบริษัทในการขับเคลื่อนความรุ่งเรืองให้แก่พระพุทธศาสนา

สรุป

ระบบดูแลสุขภาพที่ดีมีองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย การให้บริการ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพที่ดีจะส่งมอบงานบริการสุขภาพตามความจำเป็นของประชาชน โดยมีกลไกการคลังที่เข้มแข็ง มีบุคลากรดี มีความพร้อมในการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ และมีระบบสารสนเทศที่ครอบคลุมและใช้เป็นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ธรรมชาติของระบบสุขภาพนั้นจะมีความหลากหลายมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ทั้งภาครัฐและเอกชน การติดตามและกำกับประเมินผลลัพธ์จึงต้องผสมองค์ประกอบทั้งระบบ การจัดการที่ดีต้องมุ่งเน้นที่ “คน” เป็นศูนย์กลางมิใช่ “โรค” หรือตัวเงินเป็นหลัก การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพนักบวชสตรีสูงอายุที่พึงประสงค์ จึงควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการให้บริการและประเมินผลด้วย จะได้เข้าใจถึงแหล่งที่มาของกองทุน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการร่วมกันรับผิดชอบ และเน้นให้นักบวชดูแลสุขภาพก่อนที่จะป่วย การพัฒนาระบบบริการควรมีองค์ประกอบสำคัญคือ การพัฒนาอาสาสมัครประจำวัด ซึ่งอาจเป็นกลุ่มพระคิลานุปัฏฐากหรือจิตอาสาประจำวัด โดยการอบรมให้มีพื้นฐานความรู้โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในนักบวชสตรีสูงอายุ และทักษะการดูแลพยาบาลเบื้องต้น การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพและการบริการให้คำปรึกษาผ่านระบบของเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลที่ต่อเนื่องภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนั้นการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพควรแสวงหาความร่วมมือภาคีเครือข่ายพระสงฆ์ และอุบาสก อุบาสิกาเพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการใช้ในการดำเนินงานและพัฒนาแกนนำสุขภาพในการใช้เทคโนโลยี ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการทำงานและติดตามประเมินผลเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

- จำเนียร ทรงฤกษ์. (2544). **ชีวประวัติพุทธสาวิกา**. กรุงเทพมหานคร : หจก.ทิพย์วิสุทธิ์.
ฉัตรวลัย โจธารีย์ และ หทัยชนก บัวเจริญ. (2563). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์อาพาธในจังหวัดนครปฐม. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**. 31 (2), 112-126.
ธัมมนันทา ภิกขุณี. (2547). **เรื่องของภิกขุณีสงฆ์**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทส่องสยามจำกัด.

- ปวีณา งามสิงห์. (2550). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่
ซีไทยสูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระศักดิ์ธัช สั่วโร. (2560). **รูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนว
พระพุทธศาสนาของประชาชนในจังหวัดแพร่**. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎี
บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระอธิการเฉลิม กนตสาโร. (2562). **การพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากในโครงการ
วัดส่งเสริม สุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**.
วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ภิกษุณีธัมมนันทา และคณะ. (2556). **เครือข่ายภิกษุณีสงฆ์ไทยสายเถรวาท. พุทธสาวิกา**.
15 (3), 5-11.
- แม่ชีกฤษณา รักษาโฉม และคณะ. (2556). **สภาพปัญหาและแนวทางการเข้าถึงการศึกษา
ระดับสูงของแม่ชีไทย**. รายงานการวิจัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ทำเนียบรัฐบาล. (1 มกราคม 2566). **ปี 2566 ปีแห่งสุขภาพผู้สูงอายุดูแลอย่างเป็นระบบ
และทั่วถึง**. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2566, จาก [http://www.thaigov.
go.th/news/contents/details/63339](http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/63339)
- สมพร ปินทะยา. (2565). **รูปแบบการมีส่วนร่วมของพุทธบริษัทในการส่งเสริมสถานะ
และบทบาทของภิกษุณีล้านนา**. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (21 พฤศจิกายน 2556). **ระบบสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อ 10
มกราคม 2566, จาก [https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/
detail/474](https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/474)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). **ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช
2560**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี : บริษัท โอ.เอส. พรินติ้ง เฮ้าท์.
- สำนักทะเบียนกลาง. (3 มีนาคม 2564). **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 10
มกราคม 2566, จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>