



รายงานการวิจัย  
รูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ  
ในสังคมไทย

MANAGEMENT MODELS OF RESIDENCES FOR THE CARE AND  
REHABILITATION OF ELDERLY MONKS IN THAI SOCIETY

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
ปริญญา ตรีธัญญา  
รदानุช อรรถรุ่งโรจน์

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก  
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.)  
สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
ประจำปีงบประมาณ 2566



รายงานการวิจัย  
รูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเฝ้าระวังและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ  
ในสังคมไทย

MANAGEMENT MODELS OF RESIDENCES FOR THE CARE AND  
REHABILITATION OF ELDERLY MONKS IN THAI SOCIETY

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
ปริญญา ตรีธัญญา  
รदानุช อรรถรุ่งโรจน์

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก  
กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.)  
สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
ประจำปีงบประมาณ 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

## บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเสนาสนะ การหารูปแบบการจัดการเสนาสนะ และพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นพระภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 40 รูป/คน เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด ซึ่งในแบบสอบถามชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับภิกษุ ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ภิกษุชราภาพ ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ และเชี่ยวชาญด้านการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ

ผลการศึกษาเสนาสนะของภิกษุสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเด็น ผลการศึกษาพบว่าประเมินสุขภาพตนเองของภิกษุเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีสุขภาพที่แข็งแรง การมีโรคประจำตัวของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 35.00 ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรค ลักษณะของประสบการณอุบัติเหตุที่ส่วนใหญ่พบปรากฏว่าร้อยละ 80.00 มีลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ฝนตกพื้นลื่น ทางต่างระดับ รางน้ำ แสงสว่างไม่พอ อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน และในส่วนของประเมินตนเองด้านการจัดเสนาสนะแบ่งผลการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ พบว่าบริเวณกุฏิส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 มีลักษณะเป็นสองชั้น ภายในกุฏิร้อยละ 50.00 ไม่มีการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน ในส่วนบริเวณห้องนอนส่วนใหญ่ร้อยละ 62.50 มีลักษณะของบริเวณห้องนอนอยู่ชั้น โดยร้อยละ 82.50 ไม่เปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ ภายในห้องนอนมีปลั๊กไฟและสวิตช์ไฟทุกหลังร้อยละ 100.00 ส่วนบริเวณห้องน้ำ พบว่าลักษณะของโครงสร้างของห้องน้ำส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 เป็นห้องน้ำอยู่ห้องเดียวกัน ภายในห้องน้ำร้อยละ 45.00 ไม่มีการวางของเกะกะบนพื้น ร้อยละ 37.50 มีพรมเช็ดเท้า/ผ้าซีริ้วในห้องน้ำ ร้อยละ 47.50 ใช้โถสุขภัณฑ์แบบชักโครก ไม่มีราวจับร้อยละ 45.00 และ 2) การจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพ พบว่าร้อยละ 47.50 มีลักษณะทางเดินที่เป็นคอนกรีต ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 ระบุว่าสภาพของพื้นทางเดินรอบบริเวณกุฏิมีลักษณะที่ตื้ออยู่แล้ว และส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน ในด้านการสะสมสิ่งของพบว่าร้อยละ 50.00 มีบ้างที่มีการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ อย่างไรก็ตามทางเดินลาดชันพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 67.50 ไม่มีบริเวณกุฏิที่มีทางเดินลาดชัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 57.50 มีบ้างที่มีต้นไม้บริเวณกุฏิ

ผลการรวบรวมจากการสัมภาษณ์ภิกษุชราภาพ ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ และเชี่ยวชาญด้านการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ พบว่าการจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม พบว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายในกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการดูแลเสนาสนะภายในกุฏิให้มีความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ และการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ ในส่วนของการจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม พบว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย และการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ และในส่วนของแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ สามารถแบ่งออกเป็นประเด็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1) สนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ 2) ส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจรและมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสมกับภิกษุชราภาพ และ 3) สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพ

**คำสำคัญ :** 1. ภิกษุชราภาพ 2. เสนาสนะ 3. รูปแบบการจัดเสนาสนะ 4. การเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพ

## ABSTRACT

The study titled “ Management Models of Residences for the Care and Rehabilitation of Elderly Monks in Thai Society” is a mixed-method research. Its objectives are to examine the management of residences, identify models for managing residences, and develop a model for managing residences to aid in the care and rehabilitation of elderly monks in Thai society. The population for this study consists of 40 monks residing in temples in Nakhon Pathom Province. The research tools used include two sets of questionnaires: the first set is for the monks, and the second set consists of interviews with elderly monks, their caregivers, and experts in the management of residences for elderly monks.

The findings on the residences of elderly monks could be divided into two main points. The study revealed that 75.00% of the monks self-assessed as having good physical health, 70.00% reported having no chronic illnesses, and 35.00% did not require any medication. Regarding accident experiences, 80.00% of the incidents were caused by unsafe environmental conditions, such as slippery floors due to rain, uneven paths, water drainage issues, insufficient lighting, broken equipment, and lack of protective gear.

In terms of self-assessment of residence management, the findings were divided into two categories:

1. The management of residences inside the monks’ quarters: 55.00% of the monks’ quarters were two-story buildings, and 50.00% of the monks reported that there were no obstructive items in the walkways inside the quarters. 62.50% of the bedrooms were located on the second floor, and 82.50% of the monks did not open windows for ventilation. All bedrooms (100.00%) were equipped with electrical outlets and light switches. As for the bathrooms, 60.00% were single-room structures, and 45.00% had no

items cluttering the floor. 37.50% had rugs or towels in the bathroom, and 47.50% used Western-style toilets. However, 45.00% did not have handrails for support.

2. The management of the residences outside of the monks' quarters: 47.50% of the pathways were made of concrete, and 75.00% stated that the ground around the quarters was in good condition. 55.00% reported no obstacles on the walkways. Regarding item accumulation, 50.00% said some items were stored around the quarters. Regarding sloped paths, 67.50% of the monks' quarters had no sloped walkways, and 57.50% noted the presence of some trees around the quarters.

The results from the interviews with elderly monks, caregivers, and experts in the management of residences for elderly monks revealed that suitable management of the monks' quarters emphasizes the importance of maintaining cleanliness, organization, good ventilation, and adequate lighting inside the quarters. These factors contribute to a living environment that is appropriate for elderly monks. Additionally, it was important to support measures that assist in caring for elderly monks to reduce the risk of accidents. Regarding the suitable management of the area outside the monks' quarters, the key factors include keeping the area clean and orderly, having sloped pathways, and ensuring sufficient lighting to prevent accidents. Creating a serene landscape around the quarters is essential to fostering a peaceful and pleasant atmosphere suitable for the elderly monks' residence. The surrounding area should also be prepared to accommodate special care needs for elderly monks who are sick or require extra attention. The recommendations for improving the management of residences for elderly monks could be summarized into three main points:

1. Support the renovation and improvement of the residences to better align with the care needs of elderly monks.

2. Encourage the establishment of specialized units responsible for the comprehensive care of elderly monks, as well as the creation or design of suitable quarters for their needs.
3. Promote the participation and collaboration of relevant organizations in creating networks to support elderly monks in temples, driving forward the care system through cooperation.

**Keywords:** Elderly Monks, Residences, Residence Management Models, Health Care and Rehabilitation

## กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว) สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ 2566 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ขอขอบคุณผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ที่ให้โอกาสและอนุมัติงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ รศ.สุรางค์รัตน์ วศินารมณ, ศ.ดร.ชัยยุทธ ชินฉัตรศรี และ รศ.ดร.พุทธรักษ์ ปภานอก ที่เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของงานวิจัยชิ้นนี้ และขอขอบคุณภิกษุชราภาพและผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่ให้สัมภาษณ์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ขอขอบคุณอาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความสนใจและเสริมสร้างแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการทำงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งการทุ่มเทเสียสละร่างกายและแรงใจช่วยเหลือข้อมูล และให้ข้อคิดเห็นในการทำวิจัยครั้งนี้

หวังว่างานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพในสังคมไทยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งคุณความดีที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ขอมอบแต่บิดามารดา ครูอาจารย์ ตลอดทั้งทุกท่านที่ได้อุปการคุณผู้วิจัยมาโดยตลอด

นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว และคณะ

หัวหน้าโครงการวิจัย

24 กันยายน 2567

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
<b>บทที่ 1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.3 คำถามการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์.....	5
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	5
<b>บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>6</b>
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	6
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภิกษุชราภาพ.....	14
2.3 แนวคิดการดูแลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	19
2.4 แนวคิดด้านรูปแบบที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ.....	26
2.5 แนวคิดการสร้างเสนาสนะในพระพุทธศาสนา.....	30
2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
2.7 สรุปกรอบแนวความคิด.....	44
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>46</b>
3.1 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
3.4 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	47
3.5 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>49</b>
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ.....	49
ตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพตนเอง.....	52
ตอนที่ 3 การประเมินตนเองด้านการจัดเสนาสนะ.....	56
ตอนที่ 4 รูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ.....	68
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....</b>	<b>84</b>

5.1 สรุปผลการวิจัย.....	84
5.2 การอภิปรายผล.....	86
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	93
<b>บรรณานุกรม.....</b>	<b>94</b>
<b>ภาคผนวก.....</b>	<b>98</b>

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 4.1	อายุ.....	49
ตารางที่ 4.2	สถานที่จำวัด.....	50
ตารางที่ 4.3	จำนวนพรรษา.....	51
ตารางที่ 4.4	ระดับการศึกษา.....	51
ตารางที่ 4.5	ระดับการศึกษาในทางพระพุทธศาสนา.....	52
ตารางที่ 4.6	ลักษณะทางกายภาพของภิกษุ.....	53
ตารางที่ 4.7	ที่มาของค่าใช้จ่าย.....	53
ตารางที่ 4.8	ค่าใช้จ่ายของภิกษุ.....	54
ตารางที่ 4.9	การมีโรคประจำตัว.....	54
ตารางที่ 4.10	การใช้อัยการโรค.....	54
ตารางที่ 4.11	การเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ.....	55
ตารางที่ 4.12	การมีผู้ดูแลภิกษุ.....	55
ตารางที่ 4.13	การมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุที่ได้รับขณะจำวัด.....	55
ตารางที่ 4.14	ลักษณะของอุบัติเหตุ.....	56
ตารางที่ 4.15	บริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด.....	56
ตารางที่ 4.16	พรมเช็ดเท้าภายในกุฏิ.....	57
ตารางที่ 4.17	ธรณีประตูบริเวณกุฏิ.....	57
ตารางที่ 4.18	แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนก ตามข้อมูลของธรณีประตู.....	58
ตารางที่ 4.19	ทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ.....	58
ตารางที่ 4.20	เครื่องมือขอความช่วยเหลือ.....	59
ตารางที่ 4.21	การวางสิ่งของเกะกะทางเดิน.....	59
ตารางที่ 4.22	ข้อมูลของบริเวณห้องนอน.....	60
ตารางที่ 4.23	การเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ.....	60
ตารางที่ 4.24	การมีปลั๊กไฟ.....	60
ตารางที่ 4.25	ข้อมูลของสวิชต์ไฟ.....	61
ตารางที่ 4.26	ลักษณะโครงสร้างของห้องน้ำ.....	61
ตารางที่ 4.27	ข้อมูลของสถานที่ตั้ง.....	61
ตารางที่ 4.28	ข้อมูลของการวางของเกะกะบนพื้น.....	62
ตารางที่ 4.29	ข้อมูลของพรมเช็ดเท้า/ผ้าซีริ้ว.....	62
ตารางที่ 4.30	ข้อมูลของลักษณะของโถสุขภัณฑ์.....	63
ตารางที่ 4.31	ข้อมูลของภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำ.....	63
ตารางที่ 4.32	ข้อมูลของการชำระล้างร่างกาย/การใช้น้ำ.....	64

ตารางที่ 4.33 ข้อมูลของปลั๊กไฟ.....	64
ตารางที่ 4.34 ข้อมูลของลักษณะการเดินสายไฟ.....	65
ตารางที่ 4.35 ข้อมูลของสวิตช์ไฟ.....	65
ตารางที่ 4.36 ลักษณะทางเดิน.....	66
ตารางที่ 4.37 พื้นที่ทางเดินรอบบริเวณกุฏิ.....	66
ตารางที่ 4.38 สิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน.....	67
ตารางที่ 4.39 การสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ.....	67
ตารางที่ 4.40 บริเวณกุฏิมีทางเดินลาดชัน.....	68
ตารางที่ 4.41 ต้นไม้บริเวณกุฏิ.....	68

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย ในปี 2559 ประเทศสมาชิกของอาเซียน 3 ประเทศ (จาก 10 ประเทศ) ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ หรือ “สังคมสูงวัย” (Aged society) แล้ว ซึ่งรวมถึงประเทศไทยที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.51 โดยในปี 2562 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ของประชากรทั้งประเทศ 2 และคาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.73 ซึ่งจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) สอดคล้องกับรายงานการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583 ของสำนักกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คสช.) พบว่าประเทศไทย ได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ปี 2557 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 15 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” เนื่องจากมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ที่มา : สำนักกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คสช.), 2559) จากรายงานสถานการณ์ประจำปี 2565 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2566) ในปี 2565 พบว่าประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยมี 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นผลมาจากการที่มีอัตราการเกิดและอัตราการตายลดลง อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น จากค่าคาดประมาณ ณ กลางปี 2562 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเพศชาย 73.0 ปีและเพศหญิง 80.1 ปี และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก) ในเพศชาย 17.1 ปี และเพศหญิง 22.8 ปี เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สมอง บทบาททางสังคม รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การทำกิจวัตรประจำวัน ความสุข และคุณภาพชีวิต ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยในสังคมไทย ทำให้เกิดการปรับตัวทางการศึกษา และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจกันเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบอย่างกว้างขวางในระดับมหภาค เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) รายได้ต่อหัวของประชากร การออม และการลงทุน งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน อีกทั้งในระดับจุลภาค ได้แก่ ผลกระทบต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบ และต้องเริ่มดำเนินการล่วงหน้า ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในทุกมิติจะเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาสังคมในอนาคตที่ดี สอดคล้องกับพลวัตทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

หากพิจารณาเรื่องสถานการณ์สุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแล้วนั้นจะพบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และภาวะ ซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่นถึง 8 เท่าและมีอัตราการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสูง 4 เท่าของกลุ่มวัยอื่น โดยสาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินคือ หกล้ม อาการสับสนเฉียบพลัน อาการกำเริบของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เดิม โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต โรคหัวใจ และความผิดปกติของระบบหายใจ เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะคุกคามสุขภาพและความเสี่ยงสูงกว่าในวัยอื่นๆ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการชีวิตความเป็นอยู่และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับกับพระสงฆ์ที่ชราภาพที่จำพรรษาตามวัด ก็มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสนับสนุนด้านสุขภาพ สุขภาวะ และหากเจ็บป่วยก็จำเป็นต้องได้รับการรักษา ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพ แต่ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากวัดเป็นสำคัญ เช่น เจ้าอาวาส อุปัชฌาย์ ตลอดจนลูกศิษย์ที่ดูแล ในการประคับประคองอาการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพระสงฆ์ได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากพิจารณาเรื่องความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์จะพบว่าพระสงฆ์สามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 ราย โรคความดันโลหิตสูง 8,520 ราย โรคเบาหวาน 6,320 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 4,320 ราย และโรคข้อเข่าเสื่อม 2,600 ราย โดยสาเหตุของการเกิด โรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันทานอาหาร เองได้ ต้องฉันทานตามที่ฆราวาสตักบาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของ พระภิกษุ ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้ พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชน และจัดสภาพแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ทั้งที่เกิดขึ้นกับคฤหัสถ์หรือบรรพชิตล้วนแล้วแต่เป็นภาวะคุกคามที่ส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุทั้งที่เป็นคฤหัสถ์หรือบรรพชิตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยจำเป็นต้องจัดการดูแลครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบคือ สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ และสุขภาพทางสังคมควบคู่กันไป นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพก็ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะอำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามช่วงวัย

สิ่งแวดล้อมด้านอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเองมีความแตกต่างจากช่วงวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอลงประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีจิตใจหดหู่ เหงา ว้าเหว่ เป็นต้น และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมด้วย เช่น การมีบทบาทในสังคมน้อยลง การที่ผู้คนมองผู้สูงอายุว่าไม่มีคุณค่าหรือไร้ประโยชน์ การต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น เป็นต้น ดังนั้นรูปแบบที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) พบว่า ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีจำนวนสูงขึ้น ร้อยละ 6.1

และในที่ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่กับผู้สูงอายุเท่านั้น ก็เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าสถิติของผู้สูงอายุที่อยู่อย่างลำพังมีจำนวนสูงขึ้น และจากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 พบว่าจากครัวเรือนผู้สูงอายุทั้งหมดมีถึงเกือบร้อยละ 20 ต้องการการดูแลจากคนใกล้ชิด นอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุบางส่วนที่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวแต่ต้องอยู่เพียงลำพังในบ้านตอนกลางวัน มีแนวโน้มสูงขึ้นจากการที่บุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานในเวลากลางวัน ทำให้ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับบริบทของภิกษุชราภาพในสังคมไทยในปัจจุบันที่มีแนวโน้มการเพิ่มจำนวนสูงมากขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการดูแล และคุ้มครองเช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นในสังคมไทย เพราะที่ผ่านมามีมาตรการดูแลเฝ้าระวัง และฟื้นฟูภิกษุชราภาพมักถูกละเลย และถูกมองว่าเป็นภาระหน้าที่โดยตรงของวัดและลูกศิษย์เป็นผู้ดูแลเป็นสำคัญ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสิ่งแวดล้อมผ่านการจัดการรูปแบบการจัดเสนาสนะสำหรับภิกษุชราภาพจะช่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตของภิกษุชราภาพดีขึ้น ซึ่งหากพิจารณาเสนาสนะสำหรับภิกษุในสมัยพุทธกาลนั้น ยังไม่มีการสร้างเสนาสนะและอาคารสถานที่เกินอายุของพระ เนื่องจากพระพุทธองค์ไม่ทรงอนุญาตให้พระภิกษุมีที่อยู่อาศัยเป็น หลักแหล่งถาวรด้วยจะทำให้เกิดความยึดติดในทรัพย์สินทางโลก อันจะมีผลกระทบต่อเป้าหมายของการบวชที่มุ่งการบรรลุถึงโมกขธรรม ซึ่งเป็นหนทางเข้าสู่การนิพพานที่ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดแห่งชีวิต ตามแนวทางวิถีปฏิบัติของพุทธศาสนา เสนาสนะที่จะใช้อยู่อาศัยนั้น ทรงกำหนดสถานที่สำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัยพื้นฐานชุดคือ “รุกขมุลเสนาสนะ” อันหมายถึงการอยู่รอบโคนต้นไม้ แล้วให้จากไปเรื่อยๆ ทั้งนี้เพื่อมิให้จิตมีสิ่งผูกพันในปัจจุบัน การสร้างวัดการพัฒนาวัดมีมากขึ้นทุกปี ทั้งนี้เพราะประชาชน ชุมชนมีจำนวนมาก อีกทั้งประชาชนก็นิยมเข้าวัดตามวิวัฒนาการของโลก อย่างไรก็ตามเจ้าอาวาสซึ่งเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการบริหารวัด ตลอดจนการดูแลภิกษุชราภาพในวัดของตนให้มีสุขภาวะที่ดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีอย่างหนึ่งที่จะต้องมีการบริหารจัดการให้ทันสมัยเข้ากับโลกสมัยใหม่ ทั้งด้านตนเองผู้ได้บังคับบัญชา คือ พระภิกษุ สามเณรในวัดต้องมีการพัฒนารูปแบบการยกระดับ คุณภาพการบริหาร จัดการวัดใน นวสมัย ด้วยการวางแผนแบบแปลน แผนผังวัด เสนาสนะ การจัดภูมิทัศน์ให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงาม สะอาดตา สะอาดใจแก่ผู้พบเห็น จนกระทั่งดูแลบุคลากรภายในวัด (พระครูวิจิตกิจจาภิวัฒน์, 2560) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดเสนาสนะเป็นบทบาทหน้าที่ของวัดและเจ้าอาวาสในการดูแลและสนับสนุนคุณภาพชีวิตให้กับภิกษุชราภาพที่อาศัยอยู่ในวัด เพราะหากพิจารณาถึงภิกษุชราภาพแล้วจะพบว่าภิกษุชราภาพแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1. ภิกษุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ 2. ภิกษุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ 3.ภิกษุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจากการแบ่งลักษณะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าบทบาทของวัดและเจ้าอาวาสมีส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในองค์ประกอบของการดูแลรักษาภิกษุชราภาพ ถ้าภิกษุชราภาพที่มีปัญหาด้านสุขภาพควรได้รับการดูแลรักษาด้วยหลักการและวิธีการที่ถูกต้อง แต่อยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นสัปปายะคือไม่สมควรและไม่เหมาะสม ก็จะทำให้โรคนั้นทุเลาหรือหายขาดได้ยาก แต่ถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นสัปปายะก็จะทำให้โรคนั้นทุเลาหรือหายขาดได้เร็วขึ้นอย่างแน่นอน ดังคำให้สัมภาษณ์จากงานวิจัยเรื่องศึกษาแนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนา (พระมหาราชนทร์ เขมาสโร, 2561) ว่า “ในสภาวะธรรมตามความเป็นจริง การที่เราได้สถานที่การเป็นอยู่อาศัย

อันเป็นสัปปายะเหมือนอยู่ที่โรงพยาบาลย่อมสมควร สิ่งแวดล้อมสำหรับภิกษุใช้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการอุปฐากภิกษุใช้ต้องจัดการที่อยู่อาศัย อาวาสเป็นที่สบายต่อสุขภาพ คือ อาวาสที่มีสิ่งแวดล้อมดี มีอากาศบริสุทธิ์ ไม่มีมลภาวะเป็นพิษ ไม่ร้อนเกินไป ไม่หนาวเกินไป เป็นต้น การได้อยู่ในอาวาสเช่นนี้ก็จะทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและอายุยืน สถานที่ควรสะอาด ปลอดภัย ปิดกวดเช็ดถูทุกวัน ดูและสถานที่รอบข้างไม่ให้เกิดเสียงดังเกินไป และดูแลเก็บขยะรอบข้างทุกๆ วัน ไม่ว่าจะป็นน้ำดื่ม อาบน้ำ แม้กระทั่งไฟฟ้า เป็นต้น”

ดังนั้นการส่งเสริมให้มีการจัดรูปแบบที่อยู่อาศัยหรือเสนาสนะที่เหมาะสม จึงมีส่วนช่วยในเรื่องความสะอาดสบายในการใช้งานและความปลอดภัย เพราะรูปแบบที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในภิกษุชราภาพและนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในที่สุดได้ และส่งผลต่อเนื่องกับปัญหาด้านเศรษฐกิจจะรุนแรงขึ้นเพราะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและต้องการผู้ดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) การเกิดอุบัติเหตุสำหรับภิกษุชราภาพส่วนใหญ่จะเป็นการพลัดตกหกล้ม โดยมีสาเหตุเช่น การสะดุดสิ่งของที่วางกีดขวางทางเดิน ลื่น เกิดอาการหน้ามืด หน้าบ้านที่ต่างระดับ ตกบันได เป็นต้น เมื่อพิจารณาสถานที่ที่ผู้สูงอายุหกล้ม พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่หกล้มนั้นเกิดขึ้นภายในตัวบ้านหรือเสนาสนะที่อาศัย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) การหารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพภิกษุชราภาพในสังคมไทย อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์ความรู้ทางวิชาการด้านการจัดการเสนาสนะในการดูแล เยียวยา และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ภิกษุชราภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบายด้านสุขภาพที่ดีแก่ภิกษุชราภาพในอนาคต

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย
- 1.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย
- 1.2.3 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

## 1.3 คำถามการวิจัย

- 1.3.1 การจัดการเสนาสนะที่เป็นอยู่ในมีลักษณะอย่างไร เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ
- 1.3.2. รูปแบบการจัดการเสนาสนะที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร
- 1.3.3 การพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพควรเป็นอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยการศึกษารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทยมีขอบเขตการวิจัย ทั้งหมด 2 ด้าน คือ ด้านกลุ่มประชากร และด้านเนื้อหา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นพระภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 40 วัด ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาเลือกวัดประกอบด้วย 1) เป็นวัดในจังหวัดนครปฐม และ 2) ต้องมีภิกษุชราภาพจำพรรษาในวัด

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการเสนาสนะ การหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการเสนาสนะ และพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

**ภิกษุชราภาพ** หมายถึง พระหรือนักบวชที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1. ภิกษุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ 2. ภิกษุที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ 3.ภิกษุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้

**เสนาสนะ** หมายถึง ที่อยู่อาศัยของภิกษุสงฆ์ เช่น กุฏิ วิหาร ศาลา รวมถึงที่นอนและที่นั่ง และเครื่องใช้ เกี่ยวกับสถานที่หรือสิ่งที่ใช้ในการพำนัก เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียง ตั่ง หมอน หรือแม้แต่โคนต้นไม้

**รูปแบบการจัดการเสนาสนะ** หมายถึง เป็นการจัดการเสนาสนะใน 2 รูปแบบ คือ 1. เป็นการจัดการเสนาสนะของภิกษุที่ใช้แนวคิดของการทำให้เป็นวัดหรือเสนาสนะเป็นสถานที่หรือสถาบันมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการดูแลภิกษุชราภาพ ซึ่งเป็นที่พำนักอาศัยในลักษณะของสถานผู้ดูแล และ 2. เป็นการแสวงหาความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งจากบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพภิกษุที่ชราภาพในวัด

**การเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพ** หมายถึง การรักษา บำบัด การเสริมสร้าง ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาความบกพร่องของสุขภาพร่างกายและจิตใจ

## 1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1.6.1 ได้ทราบรูปแบบรักษาการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

1.6.2 ได้ทราบแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

1.6.3 ได้แนวทางพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

## บทที่ 2

### แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภิกษุชราภาพ
- 2.3 แนวคิดการดูแลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดด้านรูปแบบที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
- 2.5 แนวคิดการสร้างเสนาสนะในพระพุทธศาสนา
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### ความหมายของผู้สูงอายุ

“ผู้สูงอายุ” ได้รับการบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (นันทิญา อังกินันท์, 2546, หน้า 9, ศรีทัชทิมาพานิชพันธ์, 2534 อ้างถึงใน สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ, 2541, หน้า 9)

จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน และถือเป็นข้อตกลงในองค์การระหว่างประเทศ แต่การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้อาจมีความแตกต่างกันบ้างในการปฏิบัติของบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ที่กำหนดให้บุคคลเกษียณอายุการทำงานเมื่ออายุ 65 ปี โดยเห็นว่าเป็นช่วงอายุที่สมควรได้รับผลตอบแทนจากเงินบำนาญและสิทธิประโยชน์อื่นๆ และถือว่าผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (นิตยา ภาสุนันท์, 2545, หน้า 3)

องค์การอนามัยโลก (2525 อ้างถึงใน ชุศักดิ์ เวชแพศย์, 2538, หน้า 1-3) ได้แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น วัยสูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี วัยชรา (Old) มีอายุระหว่าง 25-90 ปี และวัยชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

สถาบันผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา (National Institution of Aging) ได้กำหนดว่าวัยชราตอนต้น (Young Old) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ถือว่ายังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี วัยชรามาก (Rcat Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง (Yurick, 1984, p. 30)

มิลเลอร์ (Miller, 1995, p. 15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วงคือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young Old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle Old) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-Old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

ประเทศไทยได้อธิบายนิยาม “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545, หน้า 1-3) จากแนวคิดที่ผ่านมาสรุบได้ว่าการให้ความหมาย หรือการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดย ใช้อายุเป็นเกณฑ์ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับสังคมไทยโดยทั่วไป เชื่อว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศ ประชุมตกลงกัน และกำหนดเป็นมาตรฐานสากล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นพระภิกษุ อายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน

### สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2565 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อสามปีก่อนนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็น 18.3% ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% แบ่งเป็น 3 ช่วง ประกอบด้วย

1. ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึงผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็น 56.5% ของผู้สูงอายุทั้งหมด
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึงผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็น 29.1%
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึงผู้สูงอายุในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็น 14.4%

ขณะที่ผู้สูงอายุในไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเกิดกลับลดลงและมีอัตราที่เข้ามา สถานการณ์เด็กเกิดใหม่ของประเทศไทยขณะนี้ต่ำกว่า 600,000 รายต่อปี และในปีนี้มีอัตราการเกิดไม่ถึง 0.5% ด้วยซ้ำ อยู่ที่ 0.18% ถือเป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย

### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายไปในทางเสื่อม ซึ่งเป็นไปตามเวลาและอายุขัย สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การรับรู้ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหรือภาระหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การประสบหรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ความเจ็บป่วย ความตาย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อผู้สูงอายุและ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล รายละเอียดดังต่อไปนี้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543, หน้า 225-230; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545, หน้า 52-71)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physical Change) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเกิดขึ้นในทุกกระบวนหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา โดยเซลล์ต่าง ๆ มีจำนวนและการทำงาน ลดลง

เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการสูงอายุที่เกิดขึ้นในทางที่เสื่อมลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของระบบ และอวัยวะต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง เห็นได้ชัด ผิวหนังชั้นนอกมีการลอกหลุดผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิม ลดลงถึงร้อยละ 50 ทำให้การหายของแผลช้าลง ความชุ่มชื้นของผิวหนัง และความสามารถในการ ป้องกันอันตรายจากรังสียูวีลดลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำมันและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมี รอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลได้ง่ายและแผลหายช้า ต่อมา เหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ การควบคุมอุณหภูมิ จึงเลวลง ต่อมาไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสีผิวมีจำนวน ลดลง และทำงานลดลง ผมหงอกและขนจึงกลายเป็นสีขาว ผมหงอกและขนมีจำนวนลดลง เล็บแข็งและหนา ขึ้น มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลือง นอกจากนี้การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การ สัมผัสเคลื่อนไหว และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Senses) เซลล์สมอง และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหว และความคิดช้าลง ความสามารถในการจำเหตุการณ์ในปัจจุบันและการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น สารสื่อสัญญาณประสาทมีระดับการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้า และเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตาย ที่สำคัญที่สุด การไหลเวียนและการใช้ออกซิเจนของสมองลดลง ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยง น้อยลงหรือขาดเลือด ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม และเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้ ลูกตามีขนาดเล็กลงและลีบ เพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตามีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หนึ่งตา ตก รูม่านตาลึกลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการ มองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี แก้วตาเริ่มขุ่นมัวมีสีเหลืองมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการเทียบ สีลดลง จึงแยกสีที่คล้ายกันได้ง่ายขึ้น ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง การรับรู้ที่กระจกตาลดลง ทำให้เกิดแผลได้ง่าย บริเวณรอบ ๆ กระจกตาจะเห็นเป็นวงสีขาวหรือสีเทา (Arcus Senilis) แต่ไม่มีผลต่อการมองเห็น สายตายาวขึ้น ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง การผลิตน้ำตา ลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย นอกจากนี้การได้ยินลดลง รับเสียง ความถี่ต่ำกว่าความถี่สูง การทรงตัวไม่ดี เวียนศีรษะได้ง่าย ซึ่งพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ 75 ปี ขึ้นไปจะมีการหูตึง การคมกลืนไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อหูโพรงงมุก ต่อมาปริมาณจำนวนลดลง ทำให้การรับรสของลิ้นเสียไป เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย และเกิดภาวะเบื่ออาหาร

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) ในผู้สูงอายุเซลล์กระดูกจะลดลง อัตราการเสื่อมของกระดูกมีมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมถูกดูดซึมในลำไส้และไต น้อยลง ทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นเพื่อรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้คงที่ ร่วมกับการทำงานของพาราไธรอยด์ฮอร์โมนมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย แคลเซียมที่สลายออกมาไปเกาะอวัยวะต่าง ๆ เช่น หลอดเลือด ทำให้ความยืดหยุ่นของเส้นเลือด ลดลง นอกจากนี้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวที่มาสัมผัสกันจึงเกิดการเสื่อมของข้อ

1.4 ระบบการไหลเวียนเลือด (Cardiovascular System) ในผู้สูงอายุลักษณะ โครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง แต่กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปโปรตีนมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น แคลเซียมเกาะบริเวณลิ้นหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลิ้นหัวใจแข็งและหนา หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดีเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและ กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงมักพบผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย นอกจากนี้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสติกลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และหายใจออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ห่อหุ้มลดลง และมีการเชื่อมต่อกันตามขวางมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น สำหรับทางเดินหายใจการทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจและ รีเฟล็กซ์การไอลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงเลวลง เป็นเหตุให้เกิดอาการสำลัก และเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟัน บางลง แตกง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มต่อฟันร่นลงไป ฟันผุหรือหลุดร่วงง่ายขึ้น เป็นเหตุให้ การเคี้ยวอาหาร ไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ประกอบกับต่อมน้ำลายเสื่อม หน้าที่ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ใน กระเพาะนานขึ้นจึงเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลง เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้ เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ ขนาดและน้ำหนักของตับลดลง เซลล์ตับมีจำนวนลดลง การไหลเวียนเลือดที่ตับลดลง ประสิทธิภาพ การทำลายพิษต่าง ๆ ของ

ต่ำลดลง การผลิตเอนไซม์และโปรตีนที่ต่ำลดลง ปริมาณน้ำลดลงและ มีความหนืดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System) ขนาดและน้ำหนักของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลงแต่หน่วยไตที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การทำงานของไตลดลง อัตราการกรองของเหลวลดลง การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้วัสสาวะเข้มข้นขึ้น ลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ นอกจากนี้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจึงลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดและความจุของกระเพาะ ปัสสาวะลดลง จึงทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น และผลิตสารคัดหลั่ง ได้น้อยลงพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่าย บ่อยครั้ง ลูกอั้นทะเรียวเล็กลงผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง และมีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนัง และขนลดลงทั้งสองเพศ

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองเกิดการ เปลี่ยนแปลง ขนาดรูปร่างและการทำงานลดลง ทำให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมน จากต่อมใต้สมองทำงานลดลง จึงเกิดความผิดปกติของร่างกายได้ เช่น ตับอ่อนหลังอินสุลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินสุลินน้อยลง ทำให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ต่อมธัยรอยด์ทำงานลดลง ระดับไทรไอโอ 2 โดยโรนิน (T) ลดลง แต่ระดับธัยรอกซิน (T2) คงที่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลงได้

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุไม่มากนักน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ให้มีประสิทธิภาพทั้งการส่งเสริมและป้องกันโรคและอาจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในกระบวนการสูงอายุ ไม่สามารถแยกจากกันอย่างเด็ดขาดกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจได้รับอิทธิพลจากภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรม ระดับการศึกษา และการปฏิบัติกิจกรรม (Eliopoulos, 1997, p. 88) ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ครอง บุตรหลาน ญาติสนิท เพื่อน การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมักมีครอบครัว และแยกครอบครัวออกไป จึงมีผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงจนสังเกตได้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และความจำ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสติปัญญา ซึ่งมีการศึกษาที่พบประมาณร้อยละ 15-25 พบปัญหาทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Lucckenotte, 2000, p. 260) จากการ สูญเสียเหล่านี้จะส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุดและผู้สูงอายุ เป็น โรคที่ ได้รับการวินิจฉัยมากถึงร้อยละ 42 (Krach, Yang, 1992 cited in Lueckenotic, 2000, p. 260) โดยร้อยละ 20-40 พบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15-20 มี ประสบการณ์การเป็นโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และ ขาดความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน ประมาณร้อยละ 65 พบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางกาย และประมาณร้อยละ 50-80 ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Eliopoulos, 1999, pp. 367-368;) Steiner & Marcopulos, 1998; Stuart, 1998 cited in Lueckenotte, 2000, p. 260; Valente, 1994 cited in Holony, Waszynski, & Lyder, 1999, p. 477) ซึ่งภาวะซึมเศร้านักเกิดจากความ เสียใจ การ - เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การพบกับความสูญเสียในชีวิต การติดสุรา การใช้จ่ายและ ปัจจัยอื่นที่มากกระทบต่อชีวิต ส่งผลให้มีอารมณ์เศร้า ไม่มีแรง เฉยเมย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ รู้สึกว่า ตนเองไร้ค่า และมีอาการทางกายร่วมด้วย

2.2 ความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และอาจทำให้เกิดอาการ ผิดปกติทาง กายเมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการที่พบ เช่น ฝันร้าย ปัสสาวะบ่อย หวาดกลัว ใจสั่น ขาดความ มั่นใจรุนแรง (Eliopoulos, 1997, p. 402) ซึ่งปัญหาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมักจะสัมพันธ์ โดยตรงกับปัญหาทางสุขภาพกาย

2.3 ความเหงา ความว้าเหว่ เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิด จาก ความรู้สึกอ้างว้าง ขาดที่พึ่ง ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological Change) ในวัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงด้าน สังคม เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวในการดำรงชีวิต การ เปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้

3.1 การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน ถือเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะการทำงานทำให้ บุคคลมีความมั่นคง และมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้ การปลดเกษียณหรือการออกจาก งานที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือเกิดตามกำหนดอายุซึ่งบุคคลยังไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จะเป็น การ เปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิตทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทันและเกิดความรู้สึกสูญเสีย 4 ด้าน ได้แก่ 1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม 2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง 3) สูญเสียสถานะทาง การเงินที่ดี และ 4) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง

3.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว เนื่องจากสังคมครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลง จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังถูกทอดทิ้งและขาดที่ พึ่งเนื่องจากบุตรแยกครอบครัว หรือการตายจากไปของคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับความ เหงาค่อนข้างรุนแรงรวมทั้งอาจทำให้ขาดรายได้หรือขาดคนปรนนิบัติ

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่ความ รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากชุมชนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้า แสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลงต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิด

ความเครียดขึ้นได้จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตได้ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวสำหรับการปฏิบัติตน ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุทั่วโลก ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกับ การสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค (จิราพร ทองดี ดารารวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยใน เขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ของวิซพล ประสิทธิ์ก้อนแก้ว (2557) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีสัดส่วนผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรค ประจำตัวใกล้เคียงกัน โดยพบว่าผู้มีโรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ซึ่งสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). ได้พบว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 และจากการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 3 ลำดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถสรุปประเด็นปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. ความเสื่อมของสติปัญญา เนื่องจากเซลล์สมองจะน้อยลงขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากเลือดไหลเวียนสมองน้อยลงและภาวะขาดอาหารและวิตามินบางชนิด ผู้สูงอายุจะมีความจำเสื่อม หลงลืม นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อมอาจนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น การพลัดหลง, อุบัติเหตุ, การขาดอาหาร, การติดเชื้ ฯลฯ

2. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกายขาดสมรรถภาพ และขาดความเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง ผู้ป่วยจะมีอาการหลายอย่าง ได้แก่ ความผิดปกติของการนอน ขาดความสนใจ รู้สึกผิด ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ถ้ามีอาการรุนแรงอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

3. อาการกรั่นปัสสาวะไม่ได้ โดยการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอด หรือทางเดินปัสสาวะฝ่อและอักเสบ และผลข้างเคียงของการใช้ยาและรักษาหลายโรค เช่น ยาคลายเครียด ยารักษาอาการซึมเศร้า หรือยารักษาความดันบางชนิด ยาขับปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะมาก ก็อาจทำให้

ปัสสาวะไม่ทันได้ นอกจากนี้ยังมีภาวะปัสสาวะไม่สะดวกเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ

4. การหกล้มโดยเฉพาะเพศหญิง อัตราการหกล้มสูงถึง 30% ในแต่ละปี และสัดส่วนจะสูงขึ้นตามอายุการทรงตัวจะเสียไป และทำให้เซได้ง่ายในผู้สูงอายุ ทำให้หกล้มได้ง่าย สาเหตุทำให้เกิดการหกล้ม เช่น เลือดไหลเวียนสมองน้อยลง อัมพาต ปวดบวม หัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น เป็นต้น ยาและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุเสริมที่พบได้บ่อย นอนไม่หลับปัสสาวะไม่ทันเข้าและอาการบวมก็เป็นปัญหาได้ โดยสาเหตุสำคัญที่สุด คือ การเสียการทรงตัวและกลัวจะหกล้ม การทรงตัวที่ผิดปกติอาจมีสาเหตุจากความเสื่อมตามอายุ โรคของระบบประสาท เช่น อัมพาต ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม เบาหวาน แอลกอฮอล์ ภาวะทุพโภชนาการและโรคของสมองส่วนที่ควบคุมการทรงตัว ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าจากการใช้ยาบางชนิด หรือเกิดภายหลังการนอนที่นานเกินไป ภาวะทางจิต เช่น ความเครียดหรือซึมเศร้า ก็อาจมีส่วนเช่นกัน จะเห็นได้ว่าการล้มเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุและอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตได้ การป้องกันการล้มโดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การใช้อุปกรณ์ในการช่วยการเคลื่อนที่ที่เหมาะสม การรักษาโรคกระดูกและข้อ และรักษาโรคทางกายต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มเป็นสิ่งจำเป็น ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดการหกล้มอย่างสม่ำเสมอและได้รับการฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีจำเป็น

5. การเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากการปวดอ่อนแอ การเสียการทรงตัว และปัญหาทางจิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนอยู่เฉย ๆ ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของเกลือแร่ โลหิตจาง ระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ นอกจากนี้อาจมีสาเหตุร่วมจากโรคทางข้อ เช่น รูมาตอยด์ เกาต์ โรคพาร์กินสัน และยารักษาโรคจิต อาการเจ็บปวดจากหลายสาเหตุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวได้

6. ผลกระทบจากการใช้ยา ด้วยเหตุผลหลายประการ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป 2 – 3 เท่า การกำจัดของเสียในร่างกายช้าลงมาก เนื่องจากการทำงานของไตและตับเสื่อมลง การตอบสนองต่อยาก็ต่างจากคนทั่วไป เช่น ไวต่อตระกูลฝิ่นและยาต้านการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีภาวะผิดปกติหลายอย่างจึงมีโอกาสได้รับยาหลายขนาน ทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อกินเอง โอกาสเกิดผลข้างเคียงจึงมากขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้ยาเท่าที่จำเป็นและอย่างเหมาะสมจึงจำเป็นมากเพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียดังกล่าว

สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2566 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสถานะ “ติดเตียง” คืออยู่ในสภาพพิการไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และร้อยละ 19 “ติดบ้าน” คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก ส่วน ปัญหา ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจร้อยละ 3 และสติปัญญา ร้อยละ 2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุเป็นโรคความ

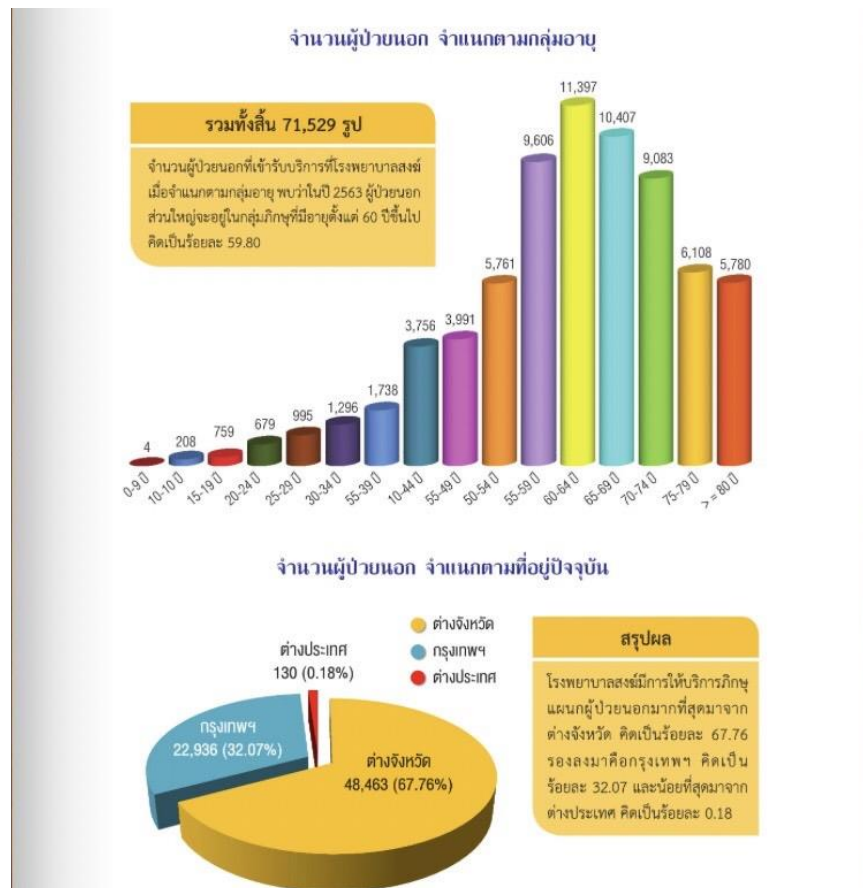
ต้นโลหิต ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9 เป็นโรค ข้อเข่าเสื่อม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566)

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภิกษุชราภาพ

“ภิกษุชราภาพ” ถูกกำหนดตามเกณฑ์เดียวกันกับผู้สูงอายุ โดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับสังคมไทยโดยทั่วไปเชื่อว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศประชุมตกลงกัน และกำหนดเป็นมาตรฐานสากล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นพระภิกษุอายุ 60 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) โดยแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1. ภิกษุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ 2. ภิกษุที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ 3.ภิกษุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้

### สถานการณ์สุขภาพของภิกษุ

สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในปีพุทธศักราช 2559 จากรายงานข้อมูล ของกรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์-สามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 ราย โรคความดันโลหิตสูง 8,520 ราย โรคเบาหวาน 6,320 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 4,320 ราย และโรคข้อเข่าเสื่อม 2,600 ราย โดยสาเหตุของการเกิด โรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันทาหาร เองได้ ต้องฉันทาหารตามที่ฆราวาสตักบาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของ พระภิกษุ ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้ พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชน และจัดสภาพแวดล้อมที่ ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)



กรมการแพทย์ มีโรงพยาบาลสงฆ์ ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพระภิกษุอาพาธทั่วประเทศ ฟรี ไม่ต้องใช้ใบส่งตัว และไม่มีใบเสร็จ ข้อมูลการให้บริการย้อนหลัง 3 ปี มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 100,000 รูปต่อปี ผู้ป่วยในเฉลี่ย 5,000 รูปต่อปี อัตราครองเตียงค่อนข้างนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่ออำนวยความสะดวกพระสงฆ์ในการดูแลรักษาและการเดินทาง สำหรับ 5 อันดับโรคที่มาตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และข้อเข่าเสื่อม ส่วนผู้ป่วยใน คือโรคต่อกระฉก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไข้เลือดอนบริเวณขาหนีบ ท้องร่วง และเบาหวาน และข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า ในปี 2560 มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพระสงฆ์ ที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 631,258,360 บาท และผู้ป่วยใน จำนวน 288,587,931 บาท นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ของโรงพยาบาลสงฆ์ ล่าสุดในปี 2559 คัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศคัดกรอง 138,715 รูปจากทะเบียนพระสงฆ์ที่มี 348,433 รูป จากวัดทั่วประเทศ 41,142 วัด พบว่า พระสงฆ์กลุ่มสุขภาพพิสัยลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากร้อยละ 60.3 ในปี 2549 พระสงฆ์อาพาธกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 ในปี 2549 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558)

จากรายงานของกรมอนามัยยังพบอีกว่า เปิดเผยถึงภาวะวิกฤติเกี่ยวกับสุขภาพของ พระสงฆ์ไทยว่า มีพระจำนวนมากที่อาพาธ ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะฉันทาหารที่ญาติโยมใส่ บาตร ถวาย ที่ส่วนใหญ่เป็นอาหารมัน มีกะทิ รสเค็ม หวาน จัด และมีแนวน้ำมันเพิ่มขึ้นตามอายุที่ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ที่กระบวนการเผาผลาญอาหารช้าลง เช่นเดียวกับ คนปกติเมื่ออายุเพิ่มขึ้นเผาผลาญช้าลง ก็จะทำน่าง่าย เป็นโรคง่ายขึ้น แม้ว่าฉันทาหารเดียว ก็มีโอกาสอ้วน และเป็นโรคต่าง ๆ เพราะฉันทาหารมัน เค็ม หวานดังกล่าวปริมาณมาก ขณะที่พระสงฆ์ต้องสำรวม จึง ไม่ได้ใช้พลังงานมากนัก สิ่งที่ยากแนะนำสำหรับญาติโยมที่ใส่บาตรว่าพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่ เสี่ยง เพราะไม่เช่นนั้นจะกลายเป็นการถวายความเสี่ยงต่อพระแทนข้อมูลล่าสุดจากกระทรวง สาธารณสุข ระบุว่า ในปี 2559 ประเทศไทยมีจำนวนพระภิกษุสงฆ์ 348,433 รูป อาพาธ 28.5% ส่วน ใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีผู้ดูแล เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560

#### แนวทางการดูแลสุขภาพของภิกษุ

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

1. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและ สถานการณ์ด้านสุขภาพ
2. ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัด ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน
3. ดำเนินการและพัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึง ความ ถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์
4. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมี ภิกษุเป็นแกนนำในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบรวมทั้งมีส่วนร่วม ร่วมในการสร้างสุขภาพของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิต เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดิน จงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนภิกษุได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
5. ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง
6. ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับ การพัฒนาสุขภาพ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจการพัฒนาสาธารณสุขเป็นประธาน มีอธิบดีกรมอนามัย เป็นเลขานุการ กรรมการประกอบด้วย หน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการชุดดังกล่าวได้มีการจัดแผนยุทธศาสตร์ฯ เสร็จแล้ว มีวิสัยทัศน์ว่า “พระสงฆ์ไทยมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นและเป็นต้นแบบในการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ของอาเซียน ภายในปี พ.ศ. 2560” มียุทธศาสตร์การพัฒนารวม 5 ประการ คือ

1. พัฒนาแนวทางการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์
2. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสุขภาวะของพระสงฆ์
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้วิจัยพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและการดูแล

สุขภาพพระสงฆ์

5. พัฒนาระบบควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีการออกธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์เกิดขึ้นมาเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2560 และมีมติเห็นชอบต่อธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช 2560 เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และมีการเสนอต่อที่ประชุมมหาเถรสมาคมเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2560, น.1-2) ซึ่งประกาศนี้ ถือเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาวะของพระสงฆ์ โดยผ่านกระตักนิงานของวัด และเพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ ตามหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติอยู่ 3 ประเด็นคือ

- 1) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลักพระธรรมวินัย
- 2) ชุมชนและสังคมกับการดูแลปฏิภพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย
- 3) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม โดยยึดหลักการสำคัญ

คือ การใช้ทางธรรมนำทางโลก

โดยมีมาตรฐานสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน อันได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ที่จะใช้ในการนำไปสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางปัญญา และทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพโดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระสงฆ์แข็งแรง วัดมีความมั่นคง ชุมชนเป็นสุขภายใน 10 ปี (พ.ศ.2560-2569) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2560, น.1)

#### **การส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ**

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ควรเป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ประกอบด้วย วัด คณะสงฆ์

สำนักงานพระพุทธศาสนา ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่พระสงฆ์สูงอายุแสดงออกถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ การพูดคุยซักถาม และการขอคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2. ด้านกิจกรรมทางกาย เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของพระสงฆ์สูงอายุในการเคลื่อนไหวของการปฏิบัติเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอ และวิธีการออกกำลังกาย

3. ด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของพระสงฆ์สูงอายุในเรื่องการ รับประทานอาหารที่ถูกต้อง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกาย ครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ เกิดภูมิคุ้มกันโรค ช่วยเสริมส่วนที่สึกหลอและเกิดพลังงานที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่พระสงฆ์สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์สูงอายุกับสิ่งแวดล้อมที่สามารถช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจากความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยทำให้การ แก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จและดำเนินต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถของพระสงฆ์สูงอายุในการพัฒนาจิตวิญญาณให้มีศักยภาพสูงสุดรวมถึงความสามารถในการค้นพบเป้าหมายในชีวิต ตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการ เรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจ ตลอดจนวิธีการช่วยเหลือ ตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำกิจกรรมของพระสงฆ์สูงอายุที่ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์เป็นการจัดการที่กระทำเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจในการผ่อนคลาย

## 2.3 แนวคิดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนา การคงไว้ และการป้องกันการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าจะต้องอาศัยความรู้ของสาขาที่หลากหลาย และการดำเนินการของส่วนการบริการต่าง ๆ ทั้งทางสุขภาพและสังคม ซึ่งอำพล จินดาวัฒน์ (2546) กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้สามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create healthy environment) 3) การสร้างเสริมความเข้มแข็งชุมชน/กระบวนการชุมชน (Community strengthening) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถปรับพฤติกรรม เพื่อการสร้างสุขภาพ (personal skill development) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็นไปในลักษณะผสมผสานและองค์รวม (health care/ service systems)

เกษม ตันติผลาชีวะ (2545) ได้กล่าวถึง หลักสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย 4 ประการ โดยเฉพาะเมื่อถึงวัยสูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกายไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมัน จดเว้นการดื่มชา กาแฟ และสุรา การประเมินสภาพการกินเป็นได้จากการประเมินความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ และส่วนสูง

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอโดยจำนวนชั่วโมงของการนอนขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคนไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องรีบหลับตอนกลางวันบ้าง จะช่วยให้กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม

3. อยู่เป็น หมายถึง การรักษาสุขภาพชีวิตที่ดี มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์ดี มีการพักผ่อน มีความเหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมในระยะแรก ๆ ของการปรับตัวอาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผลความเข้าใจและการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ไม่ควรที่จะไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไปเพราะถ้าไม่เป็นไปอย่างที่หวังจะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคมหรืออยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532) กล่าวถึงหลักสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอายุยืน 4 ประการ ได้แก่

1. เพิ่มปัจจัยทางร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย และการจัดการเกี่ยวกับเรื่องของอาหาร และโภชนาการ

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ควรลดความเครียดและเพิ่มความจำ และพยายามทำจิตใจให้สบาย ภาย

3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ได้แนะนำปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางสภาพแวดล้อมทางสังคม รวมทั้งการป้องกันอาชญากรรมและการป้องกันตนเอง

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเพิ่มพลังให้ตนเอง โดยแนะนำในเรื่องของการเจริญเติบโตและการเรียนรู้อารมณ์และแรงจูงใจ การเพิ่มพลังให้แก่ร่างกายและความตั้งใจเพื่อมีชีวิตอยู่

หลักสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ การจัดบ้านเรือน ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม จุดประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และปลอดภัยจากอันตรายที่จะเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งควรคำนึงถึงด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการมองเห็น ผู้สูงอายุสายตาจะเสื่อมสมรรถภาพในการปรับระยะภาพสายตายาว ตาฝ้าฟาง ดังนั้น การจัดสภาพที่ช่วยในการมองของผู้สูงอายุ เช่น การมีแสงสว่างตัวหนังสือของสลาเกยา หรือเครื่องอุปโภค เช่น เกลือ น้ำตาล ควรติดป้ายชื่อตัวโต เพื่อผู้สูงอายุหยิบใช้สอยได้สะดวกและถูกต้อง

2. ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน เช่น หูตึงหรือได้ยินไม่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยกำจัดเสียงรบกวนให้ลดลงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. ด้านการไต่กรีน ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปจะสูญเสียการไต่กรีน โดยเฉพาะกรีนแก๊ส ดังนั้น อุปกรณ์เครื่องใช้ที่เกี่ยวกับแก๊ส เช่น เตา ต้องมีระบบป้องกันอย่างดี

4. ด้านกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อจะเสื่อมสภาพลงไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อแขน/ขา ดังนั้น ไม่ควรให้ผู้สูงอายุต้องใช้กล้ามเนื้อทำงานหนัก เช่น ที่พักควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง เพราะหากผู้สูงอายุต้องเดินขึ้นบันไดหลายชั้นกล้ามเนื้อขาจะทำงานหนักกว่าปกติ ทำให้กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพเร็วยิ่งขึ้น

5. ด้านกระดูกและข้อต่าง ๆ ผู้สูงอายุจะมีแคลเซียมในร่างกายน้อยทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมต้องคำนึงถึงด้วย เช่น ห้องนอน พื้นห้องน้ำ ต้องไม่ลื่นเพื่อป้องกันการหกล้ม หรือเครื่องใช้ต่าง ๆ ต้องจัดเก็บให้เป็นที่เป็นที่เพื่อไม่ให้สะดุดล้ม

6. ด้านการทรงตัว ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีเท่าคนวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับการทรงตัว เช่น ทางเดินต้องกว้างพอเดินได้สะดวก มีราว สำหรับผู้สูงอายุได้ยึดเกาะ

สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่สำคัญตามหลัก 5 อ. ประกอบด้วย

1) อาหาร 2) ออกกำลังกาย 3) อารมณ์ 4) อโรคยา และ 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียด ดังนี้

### 1. อาหาร

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเพื่อสุขภาพตามความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้น ภาวะทุพโภชนาการที่พบได้แก่

ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) และภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) ภาวะโภชนาการเกิน มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่มีบทบาทในโรคกลุ่มนี้ ได้แก่ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ปัญหาการใช้วิตามินเสริมในขนาดสูง เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดพิษจากการได้รับวิตามินเกินขนาดได้ วิตามินที่ผู้สูงอายุนิยมใช้กันมาก ได้แก่วิตามินอี วิตามินซี วิตามิน บีรวม และวิตามินควบเกลือแร่ ซึ่งวิตามินเหล่านี้เรามักพบว่า มีการโฆษณาเผยแพร่ทางสื่อต่าง ๆ มากมาย และผลดีออกมาในหลายรูปแบบด้วยกันเพื่อดึงดูดความสนใจจากกลุ่มผู้นิยมใช้

1) พลังงานและสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับผลของการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุหรือสภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงอายุจะเกิดขึ้นกับทุกคนเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเกิดในอัตราที่แตกต่างกัน และอัตราการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะมีความต้องการสารอาหารมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพื่อดำรงสุขภาพ และป้องกันโรคเท่านั้นได้มีการกำหนดปริมาณสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับประจำวันไว้เพื่อใช้เป็นเกณฑ์หรือแนวทางเพื่อดูความพอเพียงของสูตรอาหารที่ควรได้รับ ปริมาณพลังงาน และสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 พลังงาน ตามแนวทางของ กองโภชนาการ กรมอนามัย (2552) ได้กำหนดความต้องการพลังงานจากสารอาหารประจำวันสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบกิจกรรมประเภทงานหนักปานกลางควรได้รับคือ ผู้สูงอายุชาย ควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2,250 แคลอรี ผู้สูงอายุหญิง 1,850 แคลอรี และอาจปรับไปตามภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล

1.2 โปรตีน ความต้องการโปรตีนในวัยสูงอายุไม่ได้ลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว ถึงแม้ว่าองค์ประกอบโปรตีนของร่างกายจะลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการย่อย และดูดซึมโปรตีนในผู้สูงอายุลดลงจึงยังต้องการโปรตีนเท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ควรได้รับโปรตีนประมาณ 0.9-1.1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (WHO, 2002) หรือประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น นม ไข่ ปลา เป็นต้น เพื่อให้ได้กรดอะมิโนดีขึ้น ขณะเดียวกันการรับประทานโปรตีนก็ไม่ควรมากเกินไปเพราะเมื่อร่างกายเผาผลาญไม่หมดก็จะสะสมในรูปไขมันทำให้อ้วน และตับไตต้องทำงานหนักเพื่อขับยูเรียมากขึ้น

1.3 คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร (WHO, 2002) คำแนะนำในการเลือกบริโภคอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ ให้เพิ่มสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (Complex carbohydrate) เช่น ข้าว ข้าวโพด ธัญพืช ขนมปัง เป็นต้น มากกว่าน้ำตาลเชิงเดี่ยว (Simple sugar) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุควรจำกัดการรับประทานน้ำตาลทราย และน้ำตาลผลไม้จากผลไม้ที่มีรสหวานจัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงกว่าในวัยหนุ่มสาว และมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมากขึ้น

ตามอายุ นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีใยอาหาร(Dietary fiber) ซึ่งมีมากในผักและผลไม้ ใยอาหารเป็นคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ย่อย ช่วยเพิ่มการขับถ่ายซึ่งจะลดปัญหาท้องผูก อันเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และพบว่า ใยอาหารยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ใยอาหารที่ละลายน้ำ ซึ่งมีมากในผลไม้ เช่น ฝรั่ง ยังช่วยชะลอการดูดซึมกลูโคส และโคเลสเตอรอลได้

1.4 ไขมัน ผู้สูงอายุควรได้รับประทานไขมันลดลง เนื่องจากมีความต้องการพลังงานลดลง ปริมาณไขมันที่ผู้สูงอายุบริโภคไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (WHO, 2002) ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยไขมันที่มีกรดไลโอเลอิกสูง น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลให้น้อยลง ไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน

1.5 วิตามิน วิตามินมีบทบาทสำคัญในการควบคุมเมตาบอลิซึมในร่างกาย และร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นเองได้ จึงควรมีการเสริมวิตามินให้ผู้สูงอายุ วิตามินที่มักพบว่า ขาดในผู้สูงอายุ คือ วิตามินบี 12 ซึ่งกำหนดไว้ให้ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินบี 12 วันละ 2 ไมโครกรัม ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับจากอาหารทะเล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ส่วนวิตามินที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค วิตามินซี วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินบีหก และโฟเลท

1.6 น้ำ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำ และของเหลวที่เหมาะสมอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 30 ซีซี (มิลลิลิตร) ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือไม่ควรต่ำกว่า 1,500 ซีซี ต่อวัน (WHO, 2002)

## 2) หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 รับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

2.2 รับประทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง โดยแบ่งเป็น 4-5 มื้อ

2.3 ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ย่อย สะดวกต่อ การเคี้ยวและย่อยง่าย

2.4 ควรรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ

2.5 ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด หรือของหมักดอง

2.6 ควรรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ เป็นประจำจะช่วยให้ท้องไม่ผูก

2.7 งดดื่มชา กาแฟและสุรา เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

2.8 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวกขึ้น

## 2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) การออกกำลังกายหรือการบริหารเฉพาะส่วน เช่น การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าในกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่าเสื่อม การบริหารข้อไหล่ในผู้สูงอายุที่ไหล่ติด เป็นต้น

2) การออกกำลังกายโดยทั่วไปเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือนันทนาการ ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต และเพื่อผ่อนคลาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหรือการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic exercise) หมายถึง การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว และคลายตัวสลับกันอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่กำหนดการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันได้ตัวอย่าง การออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว ซี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิกหรือการใช้อุปกรณ์บางอย่างช่วย เช่น การเดินบนสายพาน ซี่จักรยานอยู่กับที่ เป็นต้น หลักการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ควรพิจารณาความหนักของการออกกำลังกาย โดยอาจจะเริ่มออกกำลังกายที่ความหนัก ร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และไม่ควรเกินร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสมรรถภาพทางกายจากแพทย์ก่อนเริ่มต้นการออกกำลังกาย

ข้อพึงปฏิบัติในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. ประเมินสภาพร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบการหายใจ
2. ควรอบอุ่นร่างกายก่อนเสมอโดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีก่อนการออกกำลังกาย
3. ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ เรื่อย ๆ จัดให้มีระยะพักระหว่างการออกกำลังกายตามสมควร
4. ไม่ควรออกกำลังกายที่หนักหรือเบาเกินไป
5. ควรหยุดหรือลดการออกกำลังกายเมื่อเริ่มรู้สึกเหนื่อย
6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ
7. เสื้อผ้า (ชุด) ที่สวมใส่สำหรับการออกกำลังกายควรเป็นชุดที่รัดกุมไม่รุ่มร่าม ไม่คับหรือหลวมเกินไป รองเท้าใส่พอเหมาะกับเท้าพอดี ระบายความร้อนได้ดี ไม่ทิ้งชายผ้าที่จะก่อให้เกิดการหกล้มได้ง่าย

และหากผู้สูงอายุมีอาการแสดงอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้ ให้หยุดการออกกำลังกายแล้วปรึกษาแพทย์ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ เจ็บที่บริเวณหัวใจ ปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น รู้สึกหั่นไหวอย่างทันที โดยหาสาเหตุไม่ได้ มีอาการอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต บริเวณหน้า แขนขา อย่างกะทันหัน มีอาการปวดไม่ชัด หรือปวดตะกุกตะกักมีอาการตามัว และหัวใจเต้นแรง แม้จะหยุดพักประมาณ 10 วินาทีแล้วก็ตาม

### 3. อารมณ์

อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น เมื่อมีความสุขร่างกายจะหลั่งสารแห่งความสุขที่ส่งผลให้ร่างกายมีความตื่นตัว กระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุยืนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กินอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ

ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม มีผลต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข

#### 1. การควบคุมอารมณ์และผ่อนคลายความเครียด

1.1 การออกกำลังกาย จะทำให้ร่างกายและจิตใจดีขึ้น เพราะการออกกำลังกายช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในสมอง ร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ช่วยทำให้รู้สึกสดชื่นมากขึ้น

1.2 การทำสมาธิ คือ การที่หัวใจให้ตั้งมั่น สงบนิ่ง ซึ่งจะทำให้ใจสบาย คลายทุกข์อารมณ์แจ่มใส และเป็นวิธีบำบัดที่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต จิตที่สงบจะมีผลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดีขึ้น ซึ่งการทำสมาธิสามารถทำได้ในทุกอิริยาบถ ไม่ว่าจะอยู่ในท่านั่ง นอน ยืน หรือเดิน อาจทำได้โดยการกำหนดนับลมหายใจ และมีสติอยู่กับลมหายใจเข้าและออก

1.3 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เริ่มทำโดยจัดตนเองให้อยู่ในท่าที่สุขสบายอาจเป็นท่านอนหรือท่านั่งเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและศีรษะ มีที่วางแขน หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ หลับตาลงและเริ่มผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนอย่างช้า ๆ โดยเริ่มจากแขนซ้ายให้ค่อย ๆ ทิ้งน้ำหนักแขนซ้ายลง ทิ้งน้ำหนักแขนขวา ขาขวา ขาซ้าย ลำตัว ลำคอ ไบหน้า และศีรษะอย่างช้า ๆ จนอวัยวะทุกส่วนถูกผ่อนคลายจนหมด

1.4 การฝึกการหายใจ การฝึกหายใจช้า ๆ เป็นวิธีที่คลายความเครียดอย่างได้ผลโดยการหายใจเข้าทางจมูกให้เต็มปอดนับ 1-10 กลั้นหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำสลับกัน 5-10 ครั้ง วิธีนี้จะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด ช่วยเพิ่มความแข็งแรงต่อกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ นอกจากนั้นการหายใจช้า ๆ ทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อย ช่วยคลายความเครียดได้

1.5 การจินตนาการ เป็นการผ่อนคลายวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้จิตใจรู้สึกสงบและมีความสุขโดยการหลับตาคิดถึงเรื่องที่มีความสุขหรือสถานที่ที่ชอบ อาจจะใช้การมองภาพสถานที่ที่ชอบหรือภาพที่มีความสุขแล้วจินตนาการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดได้

1.6 การนวด เป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่ง และผ่อนคลายความเครียดได้

1.7 การสร้างเสริมอารมณ์ดี โดยการยิ้มกับทุกคน พูดคุยหยอกล้อกับคนใกล้ชิด หรือทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ร้องเพลง วาดรูป เป็นต้น

2. การส่งเสริมภาวะอารมณ์ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุจะสามารถควบคุมภาวะอารมณ์ได้ มีภาวะอารมณ์ที่ดี ควรมีการดูแลตนเองด้านจิตใจ ดังนี้

#### 2.1 การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุมากขึ้น

2.1.1 ผู้สูงอายุควรอยู่กับลูกหลานอย่างมีศักดิ์ศรี รู้จักโอนอ่อนผ่อนปรนไปตามความคิดเห็นของผู้ที่ตนอยู่ด้วยตามสมควร ไม่เอาแต่ใจตนเอง หรือจู้จู้จุกจิกมาก สร้างสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน โดยเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2.1.2 ผู้สูงอายุมีความพอใจและยอมรับความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดาจะทำให้จิตใจดีขึ้น

2.1.3 ผู้สูงอายุควรมองชีวิตตนเองในทางที่ดี มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ผู้อ่อนวัย และเป็นผู้มีความดีงามสำหรับเป็นตัวอย่างเตือนใจแก่ลูกหลานตลอดไป

2.2 เมื่อมีความกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ เช่น เป็นห่วงลูกหลานจะลำบาก กังวลใจในเรื่องของการเจ็บป่วยตนเอง ควรปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ปฏิบัติธรรมะ เป็นต้น

2.3 พยายามหากิจกรรมงานอดิเรกที่ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น ปลูกต้นไม้เลี้ยงสัตว์ การเลี้ยงสัตว์เป็นเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุข การปลูกต้นไม้ เป็นการที่ได้เฝ้าดูความเจริญเติบโตของต้นไม้จัดเป็นความเพลิดเพลินและเป็นความสุขอย่างหนึ่ง และถ้าต้นไม้ที่ให้ดอกผลด้วยแล้วก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น เพราะเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถทำได้และรู้สึกกว่าตัวเองมีคุณค่าที่ทำงานประสบผลสำเร็จ

2.4 พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น เพื่อพูดคุยกันหรือปรับทุกข์กัน และร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ออกกำลังกาย เป็นต้น

2.5 ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เช่น การสวดมนต์ ทำบุญตามความสะดวก และความเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ เวลาและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ หรือหาเวลาอยู่เงียบ ๆ เพื่อปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ หรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา

#### 4. อโรคยา

อโรคยา หมายถึง การปราศจากโรค เป็นการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค เช่น หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดการกินอาหารรสจัด ไม่กินอาหารที่สุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน การจัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

การปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีดังนี้

- 1) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ไขมันสูง
- 2) ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
- 3) ออกกำลังกายให้เหมาะสมเพื่อคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลต่าง ๆ
- 4) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ หรือเสพยาเสพติดทุกประเภท
- 5) พักผ่อนให้เพียงพอ

#### 5. อนามัยสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในบ้านที่ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มได้ ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนด้วย

1) หลักการจัดที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุการจัดที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักการดังนี้

1.1 มีความปลอดภัย คือ มีความปลอดภัยด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย ได้แก่ มีที่พักอาศัยเป็นสัดส่วนมีระบบสาธารณสุขที่ดี มีระบบป้องกันภัยที่ดี เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีราวจับในห้องน้ำ พื้นบ้านไม่ลื่น มีสัญญาณฉุกเฉินเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

1.2 สามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า-ออกบ้านได้สะดวก เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็นการจัดทำประตูบ้านหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านที่มีความเหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน

1.3 สามารถสร้างแรงกระตุ้น คือ การตกแต่งสภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อความน่าอยู่ เช่น เลือกใช้สีบ้านที่เหมาะสม มีความสว่างเพียงพอ เป็นต้น

1.4 ดูแลรักษาง่าย คือ บ้านผู้สูงอายุควรออกแบบให้ดูแลรักษาได้ง่าย และมีความปลอดภัย

2. ลักษณะของบ้านและสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบ ๆ บ้านที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

2.1 บ้านต้องมีความมั่นคงถาวร

2.2 พื้นรอบบ้านไม่แฉะ และห่างจากชุมชนจนเกินไป

2.3 พื้นที่ใช้สอยในบ้านเหมาะสมกับจำนวนคนที่พักอาศัย

2.4 มีถนนหรือทางเข้าบ้านที่สะดวกปลอดภัย

2.5 มีแสงสว่างเพียงพอในทางเข้าบ้าน และรอบบริเวณบ้าน

2.6 ตั้งอยู่ในเขตที่ปลอดภัยจากธรรมชาติและปราศจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ (มลภาวะแสง สี เสียง และกลิ่น)

2.7 มีสาธารณูปโภคครบครัน เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์ การคมนาคม เป็นต้น

2.8 มีการกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำเสียตามหลักสุขาภิบาล

2.9 มีรั้วรอบขอบชิด หรือระบบความปลอดภัยรอบบ้าน

2.10 ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน และรอบบริเวณบ้าน เช่น กองหิน กองไม้ วัสดุสิ่งของ

2.11 สนามรอบบ้านไม่รกเกินไปจนเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ร้ายต่าง ๆ เช่น งู ตะขาบ

2.12 พื้นทางรอบบ้านไม่ลื่นหรือแฉะเกินไป

## 2.4 แนวคิดด้านรูปแบบที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

แนวคิดในเรื่องการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (นภาพรณ์ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรธนัทย์, 2552 น.15-16) ดังนี้

แนวคิดแรก เป็นการจัดที่พักอาศัยที่ใช้แนวคิดของการทำให้เป็นสถานบันหรือเป็นที่อยู่อาศัยที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งเป็นที่พักอาศัยในลักษณะของสถานผู้ดูแล (Nursing Home) บ้านพักผู้สูงอายุ (Home for Age) ที่พักอาศัยเพื่อดูแลผู้สูงอายุ (Residential Care Home) หรือบ้านที่มีการดูแลเป็นส่วนตัว (Personal Care Home) ที่พักในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จัดให้ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่กับที่ (คือไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้มากนัก) มีปัญหาทางด้านสุขภาพค่อนข้างมากและต้องการการดูแลจากคนอื่นในระดับสูงกว่าปกติ และมักเป็นที่พักที่ผู้สูงอายุมักจะไม่มีการย้ายออกอีก นอกจากนี้จะต้องย้ายไปเพื่อให้สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับที่สูงกว่าที่มีอยู่ถึงแม้ที่พักในแนวคิดนี้จะได้รับความสนใจจากผู้วางแผนในเรื่องที่อยู่อาศัย แต่ที่อยู่อาศัยในลักษณะนี้

เป็นการจัดให้กับผู้สูงอายุจำนวนจำกัดเท่านั้นไม่สามารถทำได้อย่างกว้างขวาง เช่น ในแคนาดา ในช่วงกลางทศวรรษ 1990 มีประชากรที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปเพียงร้อยละ 5.7 เท่านั้น ที่อยู่ในที่พักอาศัยที่มีลักษณะเป็นสถาบัน

แนวคิดที่สอง เป็นแนวคิดในเรื่องการจัดให้มีทางเลือกหรือการสร้างทางเลือกในเรื่องที่อยู่อาศัยให้มากที่สุด แนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายกระจายตัวและไม่เป็นหนึ่งเดียว ซึ่งต้องการทางออกต่างๆ กัน ดังนั้นจึงไม่ควรมีทางออกทางเดียวหรือที่อยู่อาศัยในรูปแบบเดียวสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรมีทางเลือกที่หลากหลายซึ่งจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจ (Lawton, 1981 อ้างถึงใน นภาพรณ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโณทัย 2552 น.15) อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ก่อให้เกิดคำถามติดตามมาว่า โดยทั่วไปผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกที่อยู่อาศัยเพราะสามารถคาดล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรเกี่ยวกับความจำเป็นในเรื่องสุขภาพของตนเองในอนาคตหรือเป็นการตัดสินใจที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์อันไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นมาในชีวิต เช่น การเจ็บป่วยอย่างรุนแรงของตนเองหรือคู่ครอง หรือการที่คู่ครองเสียชีวิต เป็นต้น

แนวคิดที่สาม เป็นการนำเสนอทางเลือกที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดในเรื่องการสูงอายุในที่เดิม (Aging in Place) ซึ่งหมายถึงการยังคงอยู่ในบ้านเดิมของตนเอง และการอยู่ในบ้านหลังอื่นแต่ยังคงอยู่ในชุมชนเดิมของตนเอง แนวคิดในเรื่องการให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่เดิม เริ่มได้รับความสนใจในช่วงกลางทศวรรษ 1980 แนวคิดนี้ได้รับการมองว่า จะเป็นทางเลือกสำหรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ในการจัดหาที่อยู่อาศัยในรูปแบบอื่นให้กับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุอยู่ในที่เดิมจะได้รับการช่วยเหลือโดยการเพิ่มแหล่งการสนับสนุนผู้สูงอายุซึ่งยังคงอยู่ที่บ้าน และในขณะเดียวกันก็สร้างบรรยากาศที่จะทำให้ครอบครัว ญาติ และเพื่อน เพิ่มการสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการให้กับผู้สูงอายุให้มากขึ้น แนวคิดนี้ทำให้ผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาแล้วรู้สึกผ่อนคลายความกังวลว่า จะมีทางเลือกที่ไม่ต้องเข้าไปใช้ชีวิตในสถานที่ที่มีลักษณะเป็นสถาบันอย่างสถานดูแลผู้สูงอายุ

แนวคิดที่สามนี้เป็นทัศนะในเชิงการบูรณาการ (Integrated Perspective) ซึ่งมองว่า วิธีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขและความพึงพอใจคือการที่ผู้สูงอายุยังคงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนที่ได้อยู่อาศัยมาเป็นเวลานานโดยเชื่อว่า วิธีทางนี้เป็นสร้างความสะดวกเหมาะสมสำหรับทุกคน เพราะสังคมและชุมชนควรดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับคนในวัยอื่นๆ ได้โดยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งการจัดแบ่งพื้นที่ของที่อยู่อาศัยซึ่งผู้สูงอายุเคยอยู่มาก่อนให้มีความเหมาะสมสำหรับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ชุมชนจะต้องสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสร้างระบบให้ครอบคลุมเรื่องต่างๆ ที่จะสนองต่อผู้ที่เข้าสู่วัยของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิต ความต้องการและความคาดหวัง เช่น การเดินทาง แหล่งซื้อของใช้จำเป็น การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสำคัญของการดำเนินการตามแนวคิดในกลุ่มนี้ คือ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในเรื่องที่อยู่อาศัยและสภาวะแวดล้อมของชุมชนและสังคม ไปสู่สิ่งที่เรียกว่า การออกแบบสำหรับคนทุกกลุ่ม (Design for all) และสิ่งแวดล้อมสำหรับการดำรงชีวิตสำหรับคนทุกกลุ่ม (Living Environment for All) ด้วย นอกจากนี้

การให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในชุมชนเดิม จะทำให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เปิดโอกาสให้คนในกลุ่มอายุต่างๆ ได้มีปฏิสัมพันธ์กัน การอยู่ในบ้านเดิมอย่างมีคุณภาพ ยังต้องได้รับการสนับสนุนในด้านการอยู่อาศัยที่เหมาะสม คือไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ซึ่งหมายความว่า เป็นการให้การสนับสนุนกับผู้สูงอายุตามความจำเป็นที่สภาวะทางร่างกายเสื่อมถอยลง และยังคงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ ทั้งนี้การจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรคำนึงถึงหลักการจัดการด้านที่อยู่อาศัยทั่วไปสำคัญ คือ (กองสวัสดิการสงเคราะห์, 2536)

#### 1. ต้องคำนึงถึงความต้องการของบุคคล (Individual Needs)

1.1 ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและสุขภาพอนามัย เช่น มีที่พักเพียงพอแยกเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณสุขโรคและสาธารณสุขการที่ดี มีการจัดระบบการรักษาความสะอาด มีระบบการปกป้องจากภายนอก เช่น เสียง แสง เป็นต้น

1.2 ความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะเวลาพักผ่อน ต้องยึดหลักให้ผู้เข้าอยู่อาศัยเข้าใจและคำนึงถึงการเป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน

1.3 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ควรมีพื้นที่ที่จะให้แต่ละบุคคลและครอบครัวได้พบปะและทำกิจกรรมร่วมกันภายในที่อยู่อาศัย และความร่วมมือกันระหว่างเพื่อนบ้าน

1.4 ความมั่นคงของบุคคลและการพัฒนา ซึ่งความรู้สึกรับในการได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์จะช่วยพัฒนาความสามารถ สติปัญญา ความคิดสร้างสรรค์และความสัมพันธ์ทางสังคมด้วย

#### 2. ต้องคำนึงถึงความต้องการของสังคม (Social Needs) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ความสามัคคีของชุมชนและการมีส่วนร่วมทางการเมือง เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันของคนในชุมชน

2.2 การผสมผสานด้านที่อยู่อาศัยและความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ ที่อยู่อาศัยต้องเป็นที่รวมทุกสิ่งทุกอย่างที่สมาชิกสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน

2.3 การอำนวยความสะดวกในชุมชน โดยจัดให้มีสถานที่อำนวยความสะดวก เช่น ห้องประชุม ห้องสมุด ศูนย์พักผ่อนออกกำลังกาย โรงภาพยนตร์ โรงละคร สนามกีฬา

จะเห็นได้ว่าจากอดีตที่ผ่านมา มีหลายแนวคิดสำหรับแนวทางการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งบ่อยครั้งที่สังคมมองผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มคนที่ไม่สามารถสร้างผลผลิตได้อีก จึงถูกจัดให้ไปอยู่อาศัยแยกออกไปในรูปแบบกึ่งสถาบันซึ่งมีลักษณะไม่เหมือนที่อยู่อาศัยทั่วไป ไกลห่างจากชุมชนและความเจริญต่างๆ การมองและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ก็แตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นหลักการพื้นฐานสำคัญในการแก้ไขปัญหา ของประชากรผู้สูงอายุ คือ ต้องถือกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งในสังคมโดยมีหลักการดังนี้

1. การผสมผสาน (Integration) คือ การจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้ยังคงใกล้ชิดแหล่งชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

2. การประสานกัน (Engagement) คือ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่

3. การมีโอกาสนในการทำประโยชน์ (Opportunities of Contribution) คือ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถที่มี ก่อประโยชน์ให้กับชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยยืดเวลาให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกเป็นประโยชน์และมีคุณภาพที่ดีขึ้น ชุมชนเองก็จะได้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการที่ได้เก็บเกี่ยวประโยชน์จากความสามารถของผู้สูงอายุ

ดังนั้นการวางแผนเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุตามหลักการข้างต้นจึงประกอบด้วย

1. การจัดที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุให้กระจาย (Dispersed throughout the community) ไปตามชุมชนไม่เกิน 20 - 30 หน่วย โดยไม่แยกออกไปอย่างโดดเดี่ยว

2. การจัดให้อยู่ใกล้แหล่งบริการต่างๆ (Within walking distance) เช่น วัด โบสถ์ ห้องสมุด โรงละคร สถาบันเพื่อการศึกษา บริการด้านสุขภาพ

3. การจัดไว้ร่วมกับโครงการอื่นๆ เพื่อให้เกิดการสร้างสรรค์ประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น จัดที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไว้ใกล้กับโรงเรียนสอนเด็กเล็กหรือห้องสมุด เป็นต้น

4. การจัดให้ใกล้แหล่งระบบขนส่งมวลชน (Easily accessible) และใกล้แหล่งชุมชนเดิม เพื่อให้ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

5. การจัดให้มีสภาพใกล้เคียงกับที่อยู่อาศัยเดิม (A visual fit with local housing) เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกถูกแยกออกมาโดดเดี่ยว

นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยที่ดีนั้นจะต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีด้วย (Hooyman and Kiyak, 1996 : 325-327) โดยระบุถึงรูปแบบที่พักอาศัยที่มีสภาวะแวดล้อมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุปกติ และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยดังนี้

1. การใช้ประโยชน์ง่าย (Accessibility) เนื่องจากความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ ลดลงทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างลำบาก ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ในระยะทางไกลๆ เนื่องจากปัญหาทางสภาพร่างกาย จึงควรมีการทางลาดสำหรับรถเข็น หรือแม้กระทั่งการออกแบบอาคารควรออกแบบตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวก เป็นต้น

2. ความปลอดภัยทางกายภาพ (physical Safety) จากการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำการพิจารณาเพื่อการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การมีราวจับในห้องน้ำ ประตูห้องนอนที่เปิดได้ทั้ง 2 ด้าน แสงสว่างที่เพียงพอ

3. ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ความเป็นส่วนตัวเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกวัย ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ ดังนั้นความเป็นส่วนตัวของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยจึงควรถูกนำไปใช้เป็นหลักการปฏิบัติมากขึ้น เช่น การทำกิจกรรมส่วนตัว การนอน การอาบน้ำ การแต่งตัว ซึ่งต้องการความเป็นส่วนตัวมิดชิด

4. ขอบเขตส่วนบุคคล (Territoriality) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้านหนึ่ง โดยปัจเจกบุคคลที่อยู่ในกลุ่มสังคมจะมีความต้องการขอบเขตส่วนบุคคล เนื่องจากการสูญเสียการควบคุมสุขภาพร่างกาย ความเสื่อมสมรรถภาพและการเปลี่ยนแปลงสถานภาพต่างๆ ในชีวิตจะทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความต้องการขอบเขตส่วนบุคคล ดังนั้นสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นสิ่งเฉพาะตัวอุปกรณ์แต่งห้องตามต้องการจะเป็นการตอบสนองความต้องการขอบเขตส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

5. ใช้สอยได้ง่าย (Legibility) จัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่าย โดยการออกแบบภายในบ้านไม่ให้ซับซ้อน ใช้หลักของสีและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านให้เหมาะสม

6. การกระตุ้น (Stimulation) เป็นการจัดที่อยู่อาศัยเพื่อกระตุ้นให้เกิดความประทับใจ และเข้าร่วมในกิจกรรมการกระตุ้นเป็นหลักทางจิตวิทยาเพื่อให้เกิดกระบวนการทางกายภาพขึ้น สภาพแวดล้อมช่วยในการกระตุ้นการนึกคิด กายภาพ และประสิทธิภาพในการรับรู้ด้วย การที่ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นในระดับสูงจะทำให้เกิดความพึงพอใจและเป็นขวัญกำลังใจที่ดี

จากแนวคิดเรื่องการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น สรุปได้ว่าผู้สูงอายุรวมไปถึงภิกษุชราภาพนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากจะต้องคำนึงถึงหลักการจัดการที่อยู่อาศัยทั่วไปแล้ว ยังต้องคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุด้วยควรเน้นรายละเอียดทั้งภายในที่อยู่อาศัยและภายนอก รวมทั้งสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมในสถานที่ที่เหมาะสม มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประสานงานจากหลายๆ ฝ่าย นอกจากจะทำให้ตัวผู้สูงอายุนั้นมีชีวิตที่ดีขึ้นแล้วสังคมโดยรวมก็จะได้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วม และการสร้างประโยชน์ของกลุ่มผู้สูงอายุอีกด้วย

## 2.5 แนวคิดการสร้างเสนาสนะในพระพุทธศาสนา

แนวคิดในการสร้างเสนาสนะและแนวคิดทางพุทธจริยศาสตร์เป็นการศึกษาที่ต้องอาศัยการพิจารณาอย่างละเอียด ในกระบวนการคิดทางปรัชญาอันเนื่องด้วยทัศนะทางจริยศาสตร์ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการในการอธิบายความที่ชัดเจน เพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ทางกระบวนการรับรู้คุณค่าของเสนาสนะในทางพุทธปรัชญา เพื่อให้ทราบและเข้าใจเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาทางพุทธจริยศาสตร์ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ประการใด ซึ่งต้องศึกษาในรายละเอียดของเสนาสนะตามประเด็นหัวข้อต่างๆ ที่มีความน่าจะเป็น ทั้งในส่วนของความหมายของเสนาสนะ ประเภทของเสนาสนะบทบัญญัติและข้อกฎหมายอันเกี่ยวข้องกับเสนาสนะ

### ความหมายของเสนาสนะ

เสนาสนะถือเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 อย่างของมนุษย์ ซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพเพราะเป็นที่อยู่อาศัยในยามพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นในชีวิตของตนและนอกจากนี้ยังใช้สำหรับประกอบกิจกรรมประจำวันของมนุษย์อีกด้วย กล่าวคือ บ้าน ตึก สำหรับคฤหัสถ์ และโคนไม้ กุฏิ ถ้าสำหรับพระภิกษุเพื่อใช้สอยในกิจการทั้งหลาย เพราะพระสงฆ์มี ฐานะหน้าที่ 2 อย่างหรือสองฝ่าย ประกอบด้วยรายละเอียดอย่างนี้ อย่างแรก หมายถึง ผู้หน้าที่ต่อ การเล่าเรียนศึกษาพระธรรมวินัย เรียก คันถุระ อย่างที่สอง หมายถึง ผู้หน้าที่ต่อการปฏิบัติวิปัสสนา มุ่งฝึกหัดสรวมกาย วาจา ใจของตนให้บริสุทธิ์ เรียก วิปัสสนาธุระ ซึ่งภิกษุผู้อยู่อาศัยในเสนาสนะทั้ง ปวง ต้องพยายามฝึกหัดตนให้

ได้รับผลประโยชน์สูงสุดโดยเป็นการศึกษาและปฏิบัติสมณธรรมใน ไตรสิกขาให้บริบูรณ์เป็นการตระหนักในหน้าที่ของตนดังพุทธดำรัสว่า ภิกษุทั้งหลาย ควรศึกษาใน สิกขา 3 ประการคือ 1.อิศีลสิกขา (สิกขา คือศีลอันยิ่ง) 2.อิฉิตตสิกขา (สิกขา คือจิตอันยิ่ง) 3.อิ ปัญญาสิกขา (สิกขา คือปัญญาอันยิ่ง) นี่คือนิกขา 3 ประการที่ภิกษุควรศึกษา

ในการศึกษา 3 อย่างนี้ เป็นการมุ่งตรงต่อการประพฤติพรหมจรรย์อย่างจริงจังมีอุดมการณ์โดยตรงของบรรพชิตซึ่งพระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) ให้ความหมายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ไตรสิกขาไว้ดังนี้

1. อิศีลสิกขา การฝึกความประพฤติสุจริตทางกาย วาจา และอาชีวะ ได้แก่ รวมเอาองค์มรรค ข้อสัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ และสัมมาอาชีวะ เข้ามาว่าโดยสาระก็คือการดำรงตนด้วยดีในสังคัม รักษาระเบียบวินัย ปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคัมให้ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางสังคัมที่ดีงามเกื้อกูลเป็นประโยชน์ ช่วยรักษาและส่งเสริมสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะในทางสังคัมให้อยู่ในภาวะเอื้ออำนวยแก่การที่ทุกๆคนจะสามารถดำเนินชีวิตที่ดีงามหรือปฏิบัติตามมรรคกันได้ด้วยดีก็ตาม

2. อิฉิตตสิกขา การฝึกปรือในด้านคุณภาพและสมรรถภาพของจิตได้แก่รวมเอาองค์มรรค ข้อสัมมาวาจา สัมมาสมาธิ และสัมมาสมาธิเข้ามาว่าโดยสาระก็คือการฝึกให้มีจิตใจเข้มแข็ง มั่นคง แน่วแน่ ควบคุมตนได้ดีมีสมาธิมีกำลังใจสูงให้เป็นจิตที่สงบ ผ่องใส เป็นสุขบริสุทธิ์ ปราศจากสิ่งรบกวนหรือทำให้เศร้าหมองอยู่ในสภาพเหมาะแก่การใช้งานมากที่สุดโดยเฉพาะการใช้ปัญญาพิจารณา ตรงตามความเป็นจริงในเรื่องนั้นๆ

3. อิปัญญาสิกขา การฝึกปรือให้เกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริงจนถึงความหลุดพ้น มีจิตใจเป็นอิสระ ผ่องใส เบิกบานโดยสมบูรณ์ ได้แก่รวมเอาองค์มรรคข้อ สัมมาทิฐิ และสัมมาสังกัปปะ สองอย่างแรกเข้ามาว่าโดยสาระก็คือการฝึกอบรมให้เกิดปัญญาบริสุทธิ์ ที่รู้แจ้งจัดตรงตามสภาพความเป็นจริงไม่เป็นความรู้ความคิดความเข้าใจที่ถูก บิดเบือนเคลือบคลุม ย่อมสื อำพราง หรือพร่ามัวเป็นต้น เพราะอิทธิบาทของกิเลสมีอวิชชาและตัณหาเป็นผู้นำที่ครอบงำ จิตอยู่ การฝึกปัญญาเช่นนี้ต้องอาศัยการฝึกจิตให้บริสุทธิ์ผ่องใสเป็นพื้นฐาน แต่ในเวลาเดียวกันเมื่อ ปัญญาที่บริสุทธิ์รู้เห็นตามเป็นจริงนี้เกิดขึ้นแล้วก็กลับช่วยให้จิตนั้นสงบ มั่นคง บริสุทธิ์ ผ่องใสอย่างแน่นอนยิ่งขึ้นและส่งผลออกไปในการดำเนินชีวิตคือทำให้วางใจ วางท่าที มีความสัมพันธ์กับสิ่งทั้งหลายอย่างถูกต้อง และใช้ปัญญาที่บริสุทธิ์ ไม่เอนเอียง ไม่มีกิเลสแอบแฝงนั้น คิดพิจารณาแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำกิจทั้งหลายในทางที่เป็นไปเพื่อประโยชน์สุขอย่างแท้จริง

การศึกษา 3 อย่างดังกล่าวมานี้ ถือเป็นหน้าที่หลักของภิกษุบริษัทซึ่งอาศัยเสนาสนะที่สัปปายะ เรียกว่า อาวาสสัปปายะ คือมีอาวาสที่อยู่สบายหรือมีเสนาสนะเพื่อใช้เป็นที่พักปฏิบัติสมณ ธรรมก็ดี เพื่อใช้เป็นที่พักศึกษาพระไตรปิฎกก็ดี ซึ่งเป็นกระบวนการฝึกฝน อบรมตนตามแนวทางพระพุทธศาสนาให้เกิดการพัฒนาจิตใจให้ก้าวหน้า นับเป็นหน้าที่หลักหรือภารกิจของพระภิกษุสามเณรหรือบุคลากรทางศาสนาโดยตรง เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกทางกายทางวาจา ของตนให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้การดำเนินชีวิตเกิดการพัฒนาใน

ด้านต่าง ๆ กล่าวคือ การทำสังฆกรรม เช่น การทำอุโบสถ การเผยแพร่ธรรม เช่นการแสดงธรรม และ การศึกษาธรรม เช่นเจริญสมณวิปัสสนา โดยมีจุดมุ่งหมายคือการจัดระเบียบทางที่อยู่อาศัยประการหนึ่ง เป็นการจัดระเบียบทางใจประการหนึ่ง หากพิจารณาให้ละเอียดแล้วก็ควรให้ความสำคัญทั้งสองอย่างควบคู่กันไปคือเสนาสนะที่อยู่ทางสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่สะอาด สบเหมาะสมแก่ชีวิตของสมณะ ไม่ทำให้หลักการทั้ง 3 อย่างข้างต้นสูญเสียหรือผิดไป ซึ่งเป็นการพัฒนาเครื่องมือรองรับความสะดวกทางสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต้องเหมาะสมถูกต้องตามพระวินัยบัญญัติโดยมีจุดหมายร่วมกันในการพัฒนาจิตใจมนุษย์ให้สมบูรณ์มั่นคงเป็นไปตามจุดที่มุ่งหมายของไตรสิกขา

เริ่มต้นจากพื้นฐานของศีล หมายถึง การหมั่นตรวจสอบความเป็นระเบียบของกาย ได้แก่ ลักษณะการไม่เบียดเบียนตนและผู้อื่น ฐานของสมาธิ หมายถึงการอดทน เข้มแข็ง ไม่ยอมอ่อนไหวไปตามอำนาจกิเลสฝ่ายต่ำ เช่น ความโลภ ความโกรธ ความหลง ตัดในอารมณ์น่าพอใจและไม่น่าพอใจ ฐานของสมาธิหมายถึงการรู้จักปรับตัว แก้ไขตัวอยู่เสมอหรือหมายถึงรู้สภาวะอารมณ์ที่เข้ามา กระทบ กายใจ ฐานของปัญญา หมายถึงการคัดเลือกเสนาสนะที่เหมาะสมกับจริตของตนหรือพิจารณา

สิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วยสติปัญญา ดังคำที่พระพุทธโฆสาจารย์ ผู้รจนาคัมภีร์สมันตปาสาทิกา กล่าวไว้ว่า “อาตาศิ สติมา สมปะชาโน” หมายถึง ผู้ปฏิบัติภาวนาหรือถือธุดงค์วัตร (พระโยคาวจร จึงประกอบด้วยคุณสมบัติของจิตได้แก่องค์ประกอบของความเพียรทางใจ มีความเพียรพยายามต่ออารมณ์ต่างๆ ที่มากระทบผัสสะทางกายก็ตาม ทางใจก็ตาม ไม่หวั่นไหวไปตามอำนาจกิเลสค้นหาได้อย่างถูกต้อง มีความระลึกได้ ได้แก่รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เหล่านั้น มีความเข้มแข็ง ยอมรับความเป็นจริง ความรู้ตัว ได้แก่มีความฉลาด สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ประสบอยู่เหล่านั้น ด้วยดี ไม่ว่าจะประสบความสุขก็ตาม ความทุกข์ก็ตาม สามารถดำรงตนอยู่ได้ภาวะปกติซึ่งเป็นภาวะของธรรมะอย่างเสมอต้นเสมอปลาย เมื่อพระภิกษุสามารถปฏิบัติฝึกฝนตนได้อย่างสมบูรณ์แล้วย่อมสามารถนำเทศนาสั่งสอนประชาชนให้ได้รับความสุขทางธรรมต่อไป

คำว่า “เสนาสนะ” เป็นภาษาบาลี มีศัพท์วิเคราะห์ว่า เสนาสนนติ สยณญจ อาสนญจ ยตถ ยตถ ทิ เสติ วิหาเร วา อตตโยคาทิมทิวา ต ตฺ เสน ยตถ ยตถ อาสตี นิสีทตี ต ตฺ อาสนํ ตฺ เอก โตะ กัต วา เสนาสนนติ วุจจติ แปลว่า บทว่า เสนาสนะ หมายถึงที่นอนและที่นั่ง ก็ภิกษุ นอนในที่ใดๆจะเป็นวิหารหรือโรงเรือนต่างๆมีเพียงเป็นต้นก็ตาม ที่นั้นๆชื่อว่า เสนาสนะ ภิกษุยอมนั่ง คือยอมนั่ง พักอยู่ในที่ใดๆที่นั้นๆชื่อว่า อาสนะ รวมสองคำนั้นเข้าด้วยกัน เรียกว่า เสนาสนะ

เสนาสนะเป็นคำใช้เรียกสิ่งปลูกสร้างอันเป็นถาวรวัตถุ ตลอดจนถึงเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ในทางพระพุทธศาสนา โดยทั่วไปเสนาสนะทั้งหลายที่มีมาแต่เดิมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นสิ่งที่สามารถอำนวยความสะดวกให้พระภิกษุสงฆ์สามเณรในพระพุทธศาสนา สำหรับประพฤติปฏิบัติธรรม ดำเนินไปสู่การบรรลุผลตามวัตถุประสงค์สูงสุดของพรหมจรรย์ คือ การดับทุกข์ได้โดยสิ้นเชิง เรียกว่า นิพพาน ทั้งเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการบำเพ็ญบุญกุศลของประชาชน ซึ่งเสนาสนะเป็นที่ยืนสัปปายะ โดยในทางพระพุทธศาสนาสามารถนิยามความหมายของเสนาสนะออกเป็น 3 นัย ดังนี้

## 1. ความหมายตามพระไตรปิฎก

ตามความหมายในพระไตรปิฎกสามารถจำแนกเสนาสนะออกได้ 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นเสนาสนะที่เกิดขึ้นหรือมีอยู่ก่อนที่พระพุทธเจ้าจะทรงบัญญัติอนุญาตเสนาสนะ ซึ่งเกิดขึ้นเองหรือมีอยู่แล้วตามธรรมชาติใช้เป็นที่บำเพ็ญภาวนาหรือฝึกตนของนักบวชต่างๆ ที่ยึดถือปฏิบัติกันมาตั้งแต่ครั้งก่อนพุทธกาล เช่น ป่า (ป่าไผ่) โคนไม้ (รุกขมูล) ถ้า ประเภทที่สอง เป็นเสนาสนะที่มีอยู่แล้วในสังคมและพระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้เป็นที่อาศัยได้ เป็นเสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น เรือนว่าง ศาลา กุฏิ เป็นต้น เพื่อเป็นเครื่องอาศัยในการปฏิบัติตามสมควรแก่ธรรม ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุทั้งหลาย นั้นโคนไม้ นั้นเรือนว่าง เธอทั้งหลายจงเพ่งพินิจ อย่าประมาทเลยอย่าได้เป็นผู้มีความเดือดร้อนในภายหลัง ที่เป็นคำสอนของเราแก่เธอทั้งหลาย”

นอกจากนี้ยังมีปรากฏในพระสูตรตันตปิฎก ที่ขนิกาย สีสันธวรรค ได้อธิบายความหมายของเสนาสนะไว้ดังนี้ว่าในบทว่า วิวิตต ความว่า ว่าง ท่านอธิบายว่ามีเสียงเจียบคือไม่ค่อยดังนัก ซึ่งท่านกล่าวหมายถึง ความสงบ ว่างว่า บทว่า วิวิตต ความว่า แม้หากว่ามีเสนาสนะอยู่ในที่ใกล้และเสนาสนะนั้นไม่พลุกพล่านด้วยคฤหัสถ์บ้างบรรพชิตบ้าง เพราะเหตุนั้น เสนาสนะนั้น ชื่อว่าสงบ เหตุชื่อว่า เสนาสนะ เพราะอรรถว่า เป็นที่นอนด้วย เป็นที่นั่งด้วย คำนี้เป็นชื่อของเตียงและตั่ง เป็นต้น เพราะเหตุนี้ พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงตรัสไว้ว่า บทว่า เสนาสนะ ได้แก่เตียงก็ดี ตั่งก็ดีฟูกก็ดี หมอนก็ดีวิหารก็ดี เฝิงก็ดี ปราสาทก็ดี เรือนโล้นก็ดี ถ้ำก็ดี ป้อมก็ดี โรงกลมก็ดี ที่เรือนก็ดี กอไผ่ก็ดี โคนไม้ก็ดี มณฑปก็ดี ชื่อว่า เสนาสนะ ก็หรือว่า ภิกษุเปลี่ยนอิริยาบถในที่ใด ที่นั้นทั้งหมด ชื่อว่าเสนาสนะ อีกอย่างหนึ่ง เสนาสนะนี้ คือ วิหาร เฝิง ปราสาท เรือนโล้น ถ้ำ ชื่อว่า เสนาสนะประเภทที่อยู่ เสนาสนะนี้ คือ เตียง ตั่ง ฟูก หมอน ชื่อว่า เสนาสนะสำหรับเตียงตั่ง เสนาสนะนี้ คือ ปลอกหมอน ท่อนหนัง เครื่องปูลาดที่ถักด้วยหญ้า เครื่องปูลาดที่ทำด้วยใบไม้ ชื่อว่าเสนาสนะเป็นเครื่องลาดเสนาสนะซึ่งเป็นที่เปลี่ยนอิริยาบถของภิกษุทั้งหลายนี้ ชื่อว่า เสนาสนะตามโอกาส มี 4 อย่างด้วยประการดังที่กล่าวมานี้ เสนาสนะจำพวกแรก หมายถึง โคนไม้ (รุกขมูล) หรือต้นศรีมหาโพธิ์อันเป็นสถานที่ที่พระพุทธเจ้าได้ตรัสรู้จึงมีความสำคัญต่อการเกิดขึ้นของพระพุทธศาสนา จึงกล่าวได้ว่าต้นศรีมหาโพธิ์นั้น เป็นเสนาสนะเป็นอย่างแรกในบรรดาเสนาสนะทั้งหมด

เสนาสนะจำพวกที่สอง หมายถึง กุฏิ พระผู้มีพระภาคเจ้าทรงใช้เป็นสถานที่ประทับในบางโอกาส เมื่อจำนวนของพระภิกษุสงฆ์เพิ่มขึ้นประกอบกับเสนาสนะที่มีอยู่ตามธรรมชาตินั้นไม่เพียงพอต่อการใช้สอย ชาวบ้านเห็นว่าพระภิกษุสงฆ์ได้รับความลำบากในเรื่องที่อยู่อาศัยตามพื้นที่ต่างๆ จึงได้ทูลขอให้ทรงอนุญาตเสนาสนะเพิ่มเติม พระพุทธเจ้าทรงพิจารณาเห็นความจำเป็นในการใช้เสนาสนะจึงทรงให้แนวทางที่เหมาะสมและทรงอนุญาตให้สร้างเสนาสนะให้มีขนาดที่พอเหมาะกับสมณะสาธูปและความจำเป็น ซึ่งต้องมีลักษณะถูกต้องตามพุทธบัญญัติ (ดังจะกล่าวอธิบายต่อไป) เพื่อเป็นการอนุเคราะห์ชาวบ้าน ไม่สร้างความเดือดร้อนด้วยการเที่ยวขอวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างเสนาสนะมากเกินไปจนเกินควร อันเป็นการเบียดเบียนชาวบ้าน รวมถึงเพื่อเป็นการฝึกขำระจิตของพระภิกษุสงฆ์ให้ยึดมั่นในเสนาสนะที่อาศัยปราสาท หมายถึง เรือนยอด เช่น โลหะปราสาท เสนาสนะที่นางวิสาขามหา

อุบาสิกาได้ขายเครื่องประดับของตน ซ้อมหาลดาประสาธน์ ได้มูลค่าเป็นเงินมากถึง 9 โกฏิ แล้วนำเงินส่วนนั้นมาสร้างวัดถวายเพื่อเป็นพุทธบูชา ธรรมบูชา สังฆบูชา ประดิษฐานตั้งมั่นในพระศาสนา

เมื่อพิจารณาตามลักษณะของเสนาสนะดังกล่าวข้างต้นนั้น ให้ทราบเหตุผลในความจำเป็นที่ต้องมีการสร้างเสนาสนะ รวมทั้งวิวัฒนาการของเสนาสนะมาตามลำดับเบื้องต้น คือ เสนาสนะที่มีอยู่ตามธรรมชาติ ไม่มีความใหญ่โต สามารถเสาะแสวงหาได้ง่าย เช่น โคนไม้ พุ่มไม้ไผ่ ถ้า เพราะเสนาสนะเช่นนี้มีอยู่แล้วในป่าหาได้ง่าย สงบ เป็นที่อันสงบ ด้วยไม่มีผู้คนรบกวน และการเข้าไปอยู่อาศัยของพระภิกษุสงฆ์ ในครั้งอดีตกาลมุ่งเน้นเพียงเพื่อการปฏิบัติธรรมในป่าตามธรรมชาติเป็นหลัก ไม่มีการสร้างความเสียหายแก่สิ่งแวดล้อมให้ได้รับความเสื่อมโทรมแต่อย่างใด ซึ่งต่างจากยุคปัจจุบันที่มุ่งสร้างเสนาสนะอันเป็นถาวรวัตถุในป่าแล้วประกาศตนว่าเป็นผู้เสพเสนาสนะป่า กลายเป็นการสร้างคฤหาสน์ ความเชื่อและค่านิยมให้พระภิกษุสงฆ์รุ่นหลังเกิดการเลียนแบบ หลงเข้าใจผิดคิดว่าครูบาอาจารย์เหล่านั้นท่านทำเป็นแบบอย่างให้เจริญรอยตามโดยมิทันได้พิจารณาอย่างรอบคอบถึงกาลสมัยเสียก่อน

## 2. ความหมายตามคัมภีร์อรรถกถา

การแบ่งตามความหมายนี้ สามารถจำแนกได้ 5 ประเภท คือ วิหาร เรือนมุงแถบเดียว เรือนชั้น เรือนโล้น และถ้าเสนาสนะที่อรรถกถาจารย์ผู้รจนาคัมภีร์เพื่อใช้ในการอธิบายขยายความของพุทธพจน์ให้เกิดความชัดเจนในการตีความและง่ายต่อการศึกษาทำความเข้าใจแก่ผู้ที่สนใจการศึกษาคัมภีร์ทางศาสนา สามารถจำแนกเสนาสนะได้ 5 ประเภท ดังนี้

- 1) วิหาร (วิหาร) ได้แก่ ที่อยู่อันพ้นจากเรือนมุงแถบเดียว
- 2) เรือนมุงแถบเดียว (อชุตมโยค) ได้แก่ เรือนที่โค้งดั่งปีกครุฑหรือเรียกว่า เฝิง
- 3) เรือนชั้น (ปราสาท) ได้แก่ ปราสาททยา
- 4) เรือนโล้น (หมุมมีย) ได้แก่ ปราสาทแต่มียอดตั้งอยู่บนพื้นอากาศ
- 5) ถ้ำ (คูหา) ได้แก่ ถ้ำอิฐ ถ้ำศิลา ถ้ำไม้ ถ้ำดิน

เสนาสนะทั้ง 5 ประเภทนี้ มีความแตกต่างออกไปจากเสนาสนะประเภทแรก ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น คือ มีการมุ่งเน้นไปที่ประโยชน์ใช้สอยและตอบสนองความต้องการเสนาสนะที่เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ วิหาร เรือนมุงแถบเดียว เรือนชั้น และเรือนโล้น มีขนาดใหญ่กว่าเสนาสนะประเภทแรกสามารถรองรับพระภิกษุสงฆ์รวมถึงบุคคลที่เข้ามาอาศัยได้มากขึ้น แต่มีความลำบากในการก่อสร้าง เนื่องด้วยหากไม่มีความพร้อมทั้งในด้านทุนทรัพย์และแรงงาน ก็เป็นการยากที่จะกระทำการให้สำเร็จได้

แม้ว่าพระพุทธเจ้าจะทรงอนุญาตให้มีการสร้างเสนาสนะ แต่พุทธประสงค์ก็เพื่อให้มีการสร้างเสนาสนะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการอนุเคราะห์แก่พระภิกษุสงฆ์และสงเคราะห์ชาวบ้านตามพื้นที่นั้น ให้มีโอกาสสดับรับฟังหลักธรรมคำสอนของพระศาสนาเพื่อสามารถพัฒนาตนเองให้อยู่อย่างสงบสุขตามอัตภาพและให้ผู้ที่สามารถพัฒนาตนได้ ให้มุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ไม่ได้มุ่งเน้นหรือสนับสนุนการสร้างถาวรวัตถุจนกลายเป็นความยึดมั่นถือมั่นและกลายเป็นการเพิ่มภาระให้กับชาวบ้านตลอดจน

ถึงเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีแก่กันและกัน ให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เสนาสนะดังกล่าวมานี้ มุ่งถึงประโยชน์ใช้สอยของพระภิกษุสงฆ์เป็นส่วนมาก เนื่องจากมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าเสนาสนะจำพวกแรก ตั้งที่อนาถปิณฑิกเศรษฐีสร้างวิหาร 60 หลัง ให้แล้วเสร็จภายในวันเดียวและถวายแด่พระภิกษุสงฆ์อันมาจากจตุรทิศ ทั้งที่มาแล้วและยังไม่มา ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงอนุโมทนาว่าเป็นทานอันเลิศด้วยอานิสงส์ 17 ประการ นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงถ้ำที่ใช้เป็นที่พำนักของพระภิกษุสงฆ์ เช่น สุวรรณคูหา ถ้ำอาชันด้า เป็นต้น

### 3. ความหมายตามทัศนะของปราชญ์ทางพระพุทธศาสนาปัจจุบัน

เสนาสนะตามที่ปราชญ์ทางพระพุทธศาสนาปัจจุบันได้อธิบายความหมายไว้มีอยู่ 2 นัยคือ ความหมายตามตัวเสนาสนะแบบรูปธรรมและความหมายตามนัยทางนามธรรม ตามทัศนะของปราชญ์ 3 ท่าน ดังนี้

(1) พระธรรมกิตติวงศ์ ได้ความหมายของ เสนาสนะ ว่า หมายถึง อาคาร สถานที่ซึ่งเป็นที่พำนักอาศัยหรือเป็นที่ประกอบกิจกรรมพระสงฆ์ได้และหมายถึงสิ่งที่เป็นที่นั่ง ที่พึง ที่หมุนได้เช่น อุโบสถ วิหาร ศาลา ผ้าปูนั่ง ผ้าปูนอน เป็นต้น

(2) พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาส ภิกขุ) ได้ให้ความหมายไว้ 2 นัยยะ คือในแง่ที่เป็นสมมุติบัญญัติที่เข้าใจกันแบบโลกๆ คือ เป็นชื่อเรียก เป็นสถานที่ๆ สามารถรับรู้ด้วยอายตนะ 5 สามารถจับต้องพิสูจน์ได้ด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กาย อีกนัยยะหนึ่งคือ เป็นความหมายระดับโลกุตระธรรมไม่ยึดติดกับบัญญัติ อยู่ในจิตตลอด ไม่ว่าจะหยุดพักอยู่ ณ แห่งใด นั่นคือ เสนาสนะแม้สถานศึกษาวิชาการทางพระพุทธศาสนา ในระดับอุดมศึกษาหรือมหาวิทยาลัยของพระสงฆ์ไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือ มหาวิทยาลัยของพระคณะสงฆ์ไทยทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยก็จัดอยู่ใน เสนาสนะชนิดนี้ได้เหมือนกัน ซึ่งสามารถให้บริการการศึกษาในระดับอุดมศึกษาแก่พระภิกษุ สามเณรตลอดถึงประชาชนทั่วไป ดังปณิธานที่ว่า “ปัญญาเป็นแสงสว่างในโลก” การศึกษาพุทธศาสตร์อย่างนี้ ทำให้ชาวพุทธเกิดการเรียนรู้ปฏิบัติได้ถูกทาง ทำให้มีจุดยืนของการจัดการศึกษาว่าจะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วย 3 ส่วน คือ ประกอบด้วยปรีชาธรรม คือการเล่าเรียนวิชาต่างๆ ในตำรา ปฏิบัติธรรมคือ การปฏิบัติฝึกฝนตน พัฒนาตัวบุคคลให้มีจิตใจสูงเหนือสัจธาตุญาณของสัตว์โลกทั่วไปอยู่เสมอ และปฏิเวธธรรม คือ เกิดผลจากการปฏิบัติเพื่อดับความอยากของมนุษย์ได้ครบถ้วน โดยมีการพัฒนาองค์การและศาสตร์ต่างๆ ทั้งงานวิจัยตำราแบบเรียน งานวิจัย อีกมากมาย กล่าวคือเกิดเสนาสนะที่สำคัญสำหรับศึกษาพุทธศาสตร์ระดับสูงของพุทธศาสนา

(3) พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้อธิบายความหมายของเสนาสนะว่า คือ ที่อยู่อาศัย เช่น กุฏิ วิหาร เครื่องใช้เกี่ยวกับสถานที่ต่างๆ เช่น โต๊ะ ตั่ง เติง เก้าอี้แม่โคนต้นไม้ หากเป็นที่อาศัยก็ชื่อว่า เสนาสนะ

### สรุปความหมายของเสนาสนะ

เสนาสนะ หมายถึง เครื่องอันเป็นที่อาศัยอันควรแก่สมณะ เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตของนักบวชในพุทธศาสนา ง่ายต่อการเสาะแสวงหา เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นและเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มีขนาดและวัตถุประสงค์ในการใช้งานที่แตกต่างกันไปตามลักษณะแห่งเสนาสนะนั้นๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้ มุ่งชี้ชัดความหมายของเสนาสนะว่า หมายถึง ที่อยู่อาศัยและใช้ประโยชน์ของบุคคล รวมถึงพระภิกษุสงฆ์ สามเณร อันเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นและมีขนาดใหญ่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้

### ประเภทของเสนาสนะ

โดยทั่วไป ตามความเข้าใจของบุคคลในสังคม หรือแม้กระทั่งพระภิกษุสงฆ์ส่วนมากมักจะมี ความเข้าใจ ว่าเสนาสนะมี 2 ประเภท คือ เสนาสนะป่า เสนาสนะบ้าน และได้มีการแบ่งพระภิกษุสงฆ์ ออกเป็นอรัญญวาสี “ผู้อยู่ป่า” หรือ พระป่า อันหมายถึง พระภิกษุที่อยู่วัดในป่าและคามวาสีหรือพระ บ้าน หมายถึง พระภิกษุสงฆ์ที่อยู่ในวัดตามบ้านเมือง ตามที่อรรถกถาจารย์ในยุคหลังท่านได้แบ่ง ประเภทของเสนาสนะไว้ ดังกล่าวมานี้เป็นการแบ่งตามคัมภีร์ในยุคหลัง กล่าวคือ

1) เสนาสนะชนิดที่ตั้งอยู่ไกลออกไปจากหมู่บ้านของประชาชนเกิน 25 เส้นหรือ 500 ชั่วลูกธนู (ตกลง) จัดเป็นเสนาสนะป่า

2) เสนาสนะชนิดที่ตั้งอยู่ใกล้หมู่บ้านกว่าเสนาสนะชนิดแรกนั้นจัดเป็นเสนาสนะบ้าน

แต่สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นสมควรว่า ควรแบ่งเสนาสนะออกเป็น 2 ประเภทคือ 1. เสนาสนะที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ 2. เสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าการแบ่ง ประเภทของเสนาสนะแบบดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยและสะดวกในการจัดทำ ข้อมูล อีกประการหนึ่งคือ ข้อมูลข้างต้นตามที่อรรถกถาจารย์ท่านรจนาไว้คือ เสนาสนะป่าและ เสนาสนะบ้านนั้น ไม่มีปรากฏในคำภีร์พระไตรปิฎก เป็นเพียงการอธิบายขยายความตามคำภีร์ในชั้น อรรถกถา ซึ่งเกิดขึ้นมาในสมัยหลังพุทธกาล เพราะหากพิจารณาตามเนื้อความแห่งพระไตรปิฎกจะ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ในยุคต้นพุทธกาลมักจะอาศัยเสนาสนะที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติ เช่น พุ่มไม้ไผ่ โคนไม้ ถ้ำ (ศิรัคฺคา) ประการหนึ่ง และเสนาสนะที่มนุษย์ได้สร้างทิ้งร้างไว้ประการหนึ่ง แม้ว่าจะไม่ได้ ใช้ประโยชน์ก็ตามที่เช่น เรือนว่าง รมฟาง ศาลา เป็นต้น จนต่อมาภายหลังได้รับพุทธาอนุญาต จึงมี การสร้างเสนาสนะอย่างเป็นทางการและเป็นกิจจะลักษณะ และ ในพระราชบัญญัติการปกครองคณะสงฆ์ไทยเอง ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ได้มีการบัญญัติไว้แต่ประการใด เป็นเพียงแต่คตินิยมที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาเท่านั้น

### เสนาสนะที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

ตามการนิยามความหมายของเสนาสนะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หมายเอา เครื่องอันเป็นที่อาศัยที่เกิดขึ้นโดยมิได้ผ่านการสรรค์สร้างโดยฝีมือมนุษย์หรือสัตว์ อันได้แก่ โคนไม้ ซอกหิน ถ้ำ พุ่มไม้ไผ่ ยกเว้นโพรงไม้ คาคบไม้ เป็นต้น จัดเป็นเสนาสนะที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยปราศจากการ ครอบครองของสิ่งมีชีวิต เช่น เสือ หมี หมาป่า งู ฯลฯ ซึ่งพระภิกษุสงฆ์หรือนักบวชในพุทธศาสนา สามารถที่ใช้เป็นเครื่องอาศัย โดยเริ่มมีการอาศัยเสนาสนะป่ามาตั้งแต่ต้นยุคเริ่มพระศาสนาเรื่อยมา

สืบจนถึงยุคปัจจุบัน แม้ในบางพื้นที่หรือบางประเทศอาจจะมีข้อห้ามและข้อบัญญัติบางประการที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเสพเสนาสนะป่าของนักบวชต่างๆ รวมถึงพระภิกษุสงฆ์ อันเนื่องมาจากเป็นเขตป่าสงวน เขตป่าอุทยาน เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า ซึ่งในบางพื้นที่มีการประกาศห้ามและขอความร่วมมือจากพระภิกษุสงฆ์ งดเว้นการจาริกธุดงค์ในพื้นที่ดังกล่าวอย่างประเทศไทยในยุคปัจจุบัน เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากไฟป่าประการหนึ่ง เพื่อป้องกันการแอบอ้างเป็นพระภิกษุสงฆ์บุกรุกพื้นที่ป่าประการหนึ่งและเพื่อป้องกันการถูกสัตว์ป่าทำร้ายประการหนึ่ง อันเป็นการรักษาไว้ซึ่งประโยชน์อันจะพึงมีแก่ทั้ง 2 ฝ่าย

### เสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้น

เสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้นนั้นเป็นเครื่องอาศัยอันเกิดจากฝีมือมนุษย์ เสนาสนะบางอย่างเกิดขึ้นก่อนมีพระบรมพุทธานุญาตให้สร้างเช่น รอมฟาง เรือนร้าง ศาลา เป็นต้น เสนาสนะบางอย่างเกิดขึ้นภายหลังได้รับพุทธานุญาตให้สร้างขึ้น เช่น วิหาร เรือนไฟ เวจกุฎี เป็นต้น เสนาสนะที่สร้างขึ้นมานั้นได้ยึดแบบตามคติชุมชนดั้งเดิม และเผยแผ่อิทธิพลจนแพร่หลายในอินเดีย พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในพื้นที่นั้นๆ คือ ปูนปั้น อิฐ หิน ดินเหนียว ไม้ หญ้า และใบไม้ มาใช้เป็นวัสดุอุปกรณ์ในการก่อสร้าง เนื่องจากว่าวัสดุบางอย่างสามารถเสาะแสวงหาได้ง่าย ต่อการนำมาใช้ในการสร้างเสนาสนะ ซึ่งเสนาสนะทั้งหลายเหล่านี้เป็นสิ่งที่บุคคลในสังคมสรรค์สร้างขึ้นถวายเป็นความเคารพศรัทธาต่อพระรัตนตรัย และได้มีการสืบทอดแนวคิดต่างๆ เหล่านี้ถ่ายทอดมาในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจวบจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน วัดป่า หรือ เสนาสนะป่า ล้วนแล้วแต่เป็นเสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือเข้าไปปรับปรุงทั้งสิ้น ส่วนที่เรียกกันติดปากว่าเป็นเสนาสนะป่าก็เป็นเพียงนามบัญญัติเท่านั้น ไม่ได้มีความหมายเหมือนดังในสมัยพุทธกาล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาในกรณีของเสนาสนะที่มนุษย์สร้างขึ้นเป็นหลัก ตามนิยามศัพท์เฉพาะ ทั้งนี้โดยหลักการแล้วการสร้างเสนาสนะในแต่ละยุคนั้นย่อมจะต้องอาศัยทุนทรัพย์ความรู้ทางการก่อสร้าง ความชำนาญ ประสบการณ์ รวมไปถึงความรู้ทางด้านภูมิสถาปัตยกรรมเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย เสนาสนะที่สร้างขึ้นจึงจะมีความมั่นคงแข็งแรง มีความปลอดภัยและมีความงดงามทางศิลปะ สามารถตอบสนองในด้านต่างๆ ได้อย่างบริบูรณ์ ทั้งทางด้านการอุปโภคและบริโภค

### รูปแบบการจัดเสนาสนะของภิกษุชราภาพ

เสนาสนะสำหรับภิกษุในสมัยพุทธกาลนั้น ยังไม่มีการสร้างเสนาสนะ และอาคารสถานที่เกินอายุของพระ เนื่องจากพระพุทธรองค์ไม่ทรงอนุญาตให้พระภิกษุมิที่อยู่อาศัยเป็น หลักแหล่งถาวรด้วยจะทำให้เกิดความยึดติดในทรัพย์ทางโลก อันจะมีผลกระทบต่อเป้าหมายของการบวชที่มุ่งการบรรลุถึงโมกขธรรม ซึ่งเป็นหนทางเข้าสู่การนิพพานที่ถือเป็นเป้าหมายสูงสุดแห่งชีวิตตามแนวทางวิถีปฏิบัติของพุทธศาสนา เสนาสนะที่จะใช้อยู่อาศัยนั้น ทรงกำหนดสถานที่สำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัยพื้นฐานชุด คือ “รุกขมูลเสนาสนะ” อันหมายถึงการอยู่รอบโคนต้นไม้ แล้วให้จากไปเรื่อยๆ ทั้งนี้เพื่อมิให้จิตมีสิ่งผูกพัน แม้ว่าพระพุทธรเจ้าจะทรงอนุญาตให้มีการสร้างเสนาสนะ แต่พุทธประสงค์ก็เพื่อให้มีการสร้างเสนาสนะที่เหมาะสม เพื่อเป็นการอนุเคราะห์แก่พระภิกษุสงฆ์และสงเคราะห์ชาวบ้านตาม

พื้นที่นั้น ให้มีโอกาสดับฟังหลักธรรมคำสอนของพระศาสนาเพื่อสามารถพัฒนาตนเองให้อยู่อย่างสงบสุขตามอัธยาศัยและให้ผู้ที่สามารถพัฒนาตนได้ ให้มุ่งสู่จุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต ไม่ได้มุ่งเน้นหรือสนับสนุนการสร้างถาวรวัตถุจนกลายเป็นความยึดมั่นถือมั่นและกลายเป็นการเพิ่มภาระให้กับชาวบ้านตลอดจนถึงการสร้างความเข้าใจอันดีแก่กันและกัน ให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เสนาสนะดังกล่าวมานี้ มุ่งถึงประโยชน์ใช้สอยของพระภิกษุสงฆ์เป็นส่วนสำคัญ ในปัจจุบันการสร้างวัดการพัฒนาวัดมีมากขึ้นทุกๆ ปี ทั้งนี้เพราะประชาชน ชุมชนมีจำนวนมากอีกทั้งประชาชนก็นิยมเข้าวัด ซึ่งมีหลายลักษณะตามวิวัฒนาการของโลกอย่างไรก็ดีเจ้าอาวาสซึ่งเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการบริหารวัด ตลอดจนการดูแลภิกษุชราภาพในวัดของตนให้มีสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบริหารจัดการหลายๆ ด้านให้ทันสมัยเข้ากับโลกสมัยใหม่ ทั้งด้านตนเอง ผู้ได้บังคับบัญชาคือ พระภิกษุ สามเณรในวัดต้องมีการพัฒนารูปแบบการยกระดับ คุณภาพการบริหาร จัดการวัดในวสมัย ด้วยการวางแผนแบบแปลน แผนผังวัด เสนาสนะ การจัดภูมิทัศน์ให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงาม สะอาดตา สะอาดใจแก่ผู้พบเห็น จนกระทั่งดูแลบุคลากรภายในวัด (พระครูวิชิต กิจจาภิวัฒน์ และคณะ, 2560)

แนวทางการจัดรูปแบบเสนาสนะของภิกษุชราภาพ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบแรก เป็นการจัดเสนาสนะของภิกษุที่ใช้แนวคิดของการทำให้เป็นวัดหรือเสนาสนะเป็นสถานที่หรือสถาบันมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการดูแลภิกษุชราภาพ ซึ่งเป็นที่พักอาศัยในลักษณะของสถานผู้ดูแล (Nursing Home) บ้านพักภิกษุชราภาพ (Home for Age) ที่พักอาศัยเพื่อดูแลภิกษุชราภาพ (Residential Care Home) หรือบ้านที่มีการดูแลเป็นส่วนตัว (Personal Care Home) ที่พัก ซึ่งรูปแบบในลักษณะนี้ส่วนใหญ่จัดให้ภิกษุชราภาพที่ต้องอยู่กับที่อยู่ใน 2 ลักษณะ คือ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ (คือไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้มากนัก) มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ค่อนข้างมากและต้องการการดูแลจากคนอื่นในระดับสูงกว่าปกติ และเป็นที่พักที่ภิกษุชราภาพสามารถเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในระดับที่สูงกว่าที่มีอยู่ในวัดตลอดจนมีบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ผ่านการอบรมมาสนับสนุนในการดูแลสุขภาพให้กับพระสงฆ์ที่ชราภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยังสามารถปฏิบัติตนตามกิจของสงฆ์ได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบดังกล่าวข้างต้นถือเป็นการสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพที่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยตรงทั้งที่เป็นภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการดูแลจากที่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าวจำเป็นต้องมีงบประมาณที่สูงในการบริหารจัดการ และต้องมีความร่วมมือจากองค์กรทางพระพุทธศาสนาในการขับเคลื่อนการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพ

รูปแบบที่สอง เป็นการแสวงหาความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งจากบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพภิกษุที่ชราภาพในวัด ซึ่งรูปแบบในลักษณะดังกล่าวสามารถปรับใช้ให้สอดคล้องกับภิกษุชราภาพใน 3 ลักษณะ คือ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยความร่วมมือดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงประเด็นได้ดังนี้

บ้าน เป็นสถานที่ที่มีบุคคล อุบาสก/อุบาสิกา หรือผู้เลื่อมใสในพระพุทธศาสนาอยู่ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การถวายยา สังฆภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นทางการแพทย์ในการดูแลภิกษุชราภาพในแต่ละวัด ถือเป็นเชื่อมโยงการให้การสนับสนุนดูแลภิกษุชราภาพอีกทางหนึ่ง

วัด เป็นสถานที่ที่ภิกษุจำพรรษา ถือเป็นจุดศูนย์การในการดูแลสุขภาพภิกษุชราภาพที่มีลักษณะต่างๆ ดังนั้นเจ้าอาวาสจำเป็นต้องใส่ใจในการสนับสนุนการดูแล ทั้งการจัดการพื้นที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยแก่ภิกษุชราภาพ การอบรมบุคลากรในวัด อาทิเช่น ภิกษุ สามเณร และผู้ดูแลพระสงฆ์ให้มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพและการช่วยเหลือภิกษุชราภาพ

โรงเรียน เป็นสถานที่อบรมให้ความรู้กับเด็กและเยาวชนในชุมชน หากโรงเรียนสามารถปลูกฝังความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในทุกช่วงวัยและการมีจิตอาสาในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม ก็จะสามารถดึงเครือข่ายเด็กและเยาวชนในชุมชนให้มามีส่วนร่วมในการดูแลภิกษุชราภาพ

ชุมชน เป็นสื่อกลางในการขับเคลื่อนความร่วมมือในทุกๆ ภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพในวัดเขตชุมชนของตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องอาศัยองค์กรผู้นำในชุมชน อาทิ องค์กรส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการทำงานด้านการดูแลภิกษุชราภาพในชุมชน

หน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพในชุมชน อาทิเช่น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สถานีอนามัย ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ครบถ้วน หากสามารถเชื่อมโยงการดำเนินการดูแลสุขภาพให้กับภิกษุชราภาพที่จำพรรษาในวัดได้ก็จะก่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบดังกล่าวข้างต้น มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลและฟื้นฟูภิกษุชราภาพ ซึ่งภิกษุชราภาพทั้งที่เป็นภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ สามารถเข้าถึงระบบการรักษาและมีเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดที่สองนี้เป็นทัศนะในเชิงการบูรณาการ (Integrated Perspective) ซึ่งมองว่า วิธีทางที่จะทำให้ภิกษุชราภาพได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถดำรงวิถีปฏิบัติของภิกษุได้อย่างสมบูรณ์ โดยรูปแบบดังกล่าวข้างต้นมุ่งเน้นความร่วมมือเป็นสำคัญในการสนับสนุนและดูแลภิกษุชราภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การปรับพื้นที่ที่สอดคล้องกับ

วิถี/การดำเนินชีวิตประจำวันของภิกษุชราภาพ การสนับสนุนในด้านการอยู่อาศัยที่เหมาะสมตามช่วงวัย การสร้างเครือข่าย ความร่วมมือทางสุขภาพจากความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ และการสร้างบุคคลที่จะสามารถดูแลภิกษุชราภาพ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของภิกษุชราภาพที่ยั่งยืน

## 2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดร.ภาณุวัฒน์ ต่านกลาง และคณะ (2557) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุดำเนินการวิจัยพื้นที่วัดที่คัดสรรในเขตจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสงฆ์สูงอายุ วัดแก้วน้อย อำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 11 รูป และวัดราษฎร์ศรัทธา (วัดท้ายดอน) อำเภอเมืองชลบุรีจังหวัดชลบุรี จำนวน 10 รูป และผู้บริหารวัดจำนวน 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจลักษณะทางกายภาพของพื้นที่วัด การสัมภาษณ์ผู้บริหารวัดและสอบถามพระสงฆ์สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ในบริเวณวัดแก้วน้อยและวัดราษฎร์ศรัทธา ที่พระสงฆ์ใช้งานมากที่สุด คือ บริเวณลานวัด ห้องน้ำ และวิหาร/ อุโบสถ และพื้นที่ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือห้องน้ำ และลานวัด จากการสำรวจสภาพแวดล้อม พบว่า ห้องน้ำไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้พิการ เช่น ไม่มีราวจับช่วยพยุงลุก ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็นผู้พิการ/ผู้สูงอายุและจากการศึกษาปัญหาด้านสุขภาพ พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นมากที่สุดรองลงมาคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวนั้น จึงได้ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในวัด บริเวณห้องน้ำทั้งวัดแก้วน้อยและวัดราษฎร์ศรัทธา ซึ่งได้คำนึงถึงพื้นที่ที่พระสงฆ์ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด โดยปรับเปลี่ยนพื้นที่กระเบื้องห้องน้ำทางลาดสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ราวจับในห้องน้ำ เปลี่ยนสุขภัณฑ์ให้เหมาะสมต่อการใช้งานของพระสงฆ์สูงอายุและผู้สูงอายุ รวมถึงมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ความรู้ต่อการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของพระสงฆ์วัดแก้วน้อย และวัดราษฎร์ศรัทธา หลังเข้าร่วมการอบรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรมทุกข้อ จากผลการวิจัยเสนอแนะว่า การพัฒนาหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ เพิ่มเติมในส่วนอื่น ๆ เช่น อุโบสถ ศาลาการเปรียญ ลานวัดและลานจอดรถ และควรมีการนำไปประยุกต์ใช้ในวัดในพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ควรให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเคยชินกับการใช้พื้นที่ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอาจส่งผลให้เกิดความเครียดกับผู้สูงอายุได้ รวมถึงการออกแบบและปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก

ดร.โอฬาร ถิ่นบางเตียว และคณะ (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องถอดบทเรียนโครงการนวัตกรรมต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัด

ลพบุรี เพื่อศึกษาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับรางวัลพระปกเกล้า ประจำปี 2559 โดยการถอดบทเรียนโครงการ นวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ (Excellent Happy Home Ward) ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เป็นโครงการที่ได้รับรางวัลพระปกเกล้า ด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับรางวัลด้านการเสริมสร้างเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมประจำปี 2559 ซึ่งมีการบริหารงานที่เป็นเลิศ กิจกรรมการดำเนินงานและกระบวนการแบ่งเป็นบทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการ และบทบาทของประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สืบเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในโครงการ Home Ward มีบทบาทหน้าที่ในการลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านทุกหลังคาเรือน และพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข เช่น ขาดแคลนอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำเนินชีวิต พื้นที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สภาพแวดล้อมของบ้านไม่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้บางบ้านของผู้ป่วยอากาศถ่ายเทไม่สะดวกในห้องผู้ป่วย ไม่มีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ จึงนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุขึ้น โดยเทศบาลตำบลเขาพระงาม มีการบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นเครือข่ายการทำงาน ใช้ชุมชนเป็นฐาน ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการ โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และภาคเอกชน จัดทำโครงการ “นวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะ” สร้างระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน (Long Term Care) ยกระดับเป็นบ้านต้นแบบสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (Excellent Happy Home Ward) ที่มี 45 คนจากผู้สูงอายุทั้งหมด 3,120 คน ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้บริการครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ สุขภาพ กิจกรรม สังคม สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยี ขณะนี้ มีบ้านต้นแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง 5 หลัง มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 40 คน ซึ่งได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนสุขภาพตำบล และทั้ง 45 หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยติดเตียง ใช้โทรศัพท์ไร้สายเมื่อโทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ ระบบจะปรากฏทั้งข้อมูลของผู้ป่วย ที่อยู่ เส้นทางเข้าออกที่จ็อบคอมพิวเตอร์ และส่งรถการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลรับผู้ป่วยไปส่งสถานพยาบาล รวมทั้งมีระบบการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 91.04 จะเห็นได้ว่าแนวคิดการบริหารจัดการที่สำคัญมุ่งเน้นไปที่การให้บริการ การประยุกต์ใช้การบริหารงานโครงการบ้านต้นแบบสุขภาวะให้มีมาตรฐานการบริการ

พระมหาราชมนตรี เหมาสโง (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาแนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนา โดยมีวัตถุประสงค์ 3. ประการ คือ (1) เพื่อศึกษาหลักการ วิธีการ ในการอุปฐากภิกษุใช้ใน พระพุทธศาสนา (2) เพื่อศึกษาตัวอย่างการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนา (3) เพื่อเสนอแนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนา ได้สรุปแนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนาโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน หลักๆ คือ 1. แนวทางที่ได้ศึกษาข้อมูลมาจากเอกสารต่างๆ มีพระไตรปิฎกฉบับภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พุทธศักราช 2539 พระไตรปิฎกฉบับภาษาบาลี ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เป็น ต้น 2.แนวทางที่ได้รับข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์

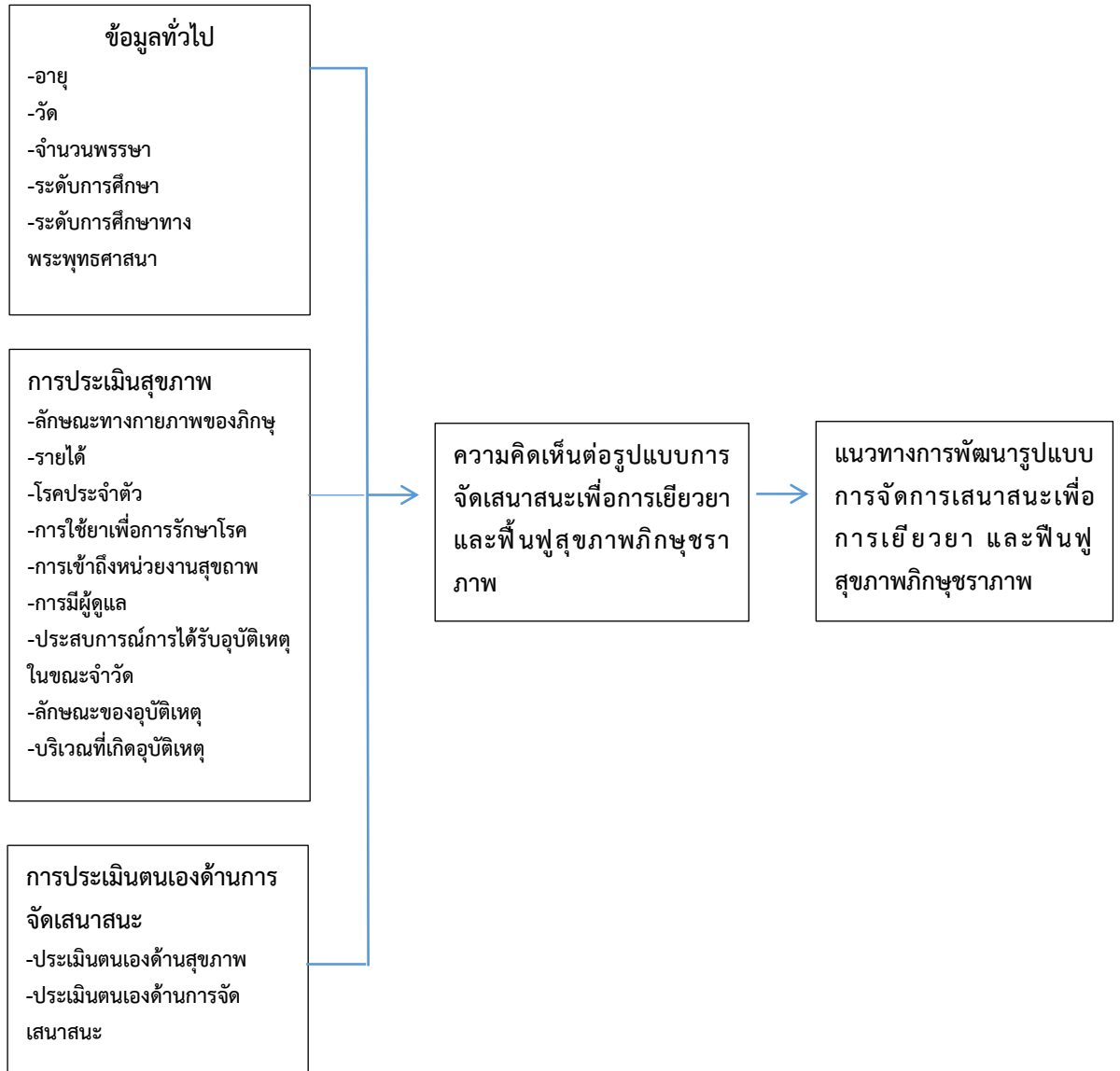
ผู้ทรงคุณวุฒิ หนึ่ง แนวทางที่ได้ศึกษาข้อมูลมาจากเอกสารต่าง ๆ มีพระไตรปิฎกฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พุทธศักราช 2539 เป็นต้นนั้น ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 2 ส่วนคือ 1.แนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ทางด้านร่างกายได้แก่ 1) แนวทางการใช้สมุนไพรเพื่ออุปฐากภิกษุใช้ 2) แนวทางการใช้อาหารเพื่ออุปฐากภิกษุใช้ 3) แนวทางการใช้ความร้อนเพื่ออุปฐากภิกษุใช้ 4) แนวทางการพักผ่อนอิริยาบถเพื่ออุปฐากภิกษุใช้ และ 5) แนวทางการผ่าตัดเพื่ออุปฐากภิกษุใช้ 2. แนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ทางด้านจิตใจได้แก่ 1) แนวทางการใช้หลักธรรมที่มาจากคิลานสูตรเพื่อบรรเทาอาการเจ็บไข้ 2) แนวทางการใช้หลักธรรมที่มาจากไตรสิกขาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บไข้ และ 3) แนวทางการใช้หลักธรรมที่มาจากโพชฌคสูตรเพื่อบรรเทาอาการเจ็บไข้ ส่วนแนวทางการอุปฐากภิกษุใช้ในพระพุทธานุศาสน์ที่ได้รับข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 5 แนวทางได้แก่ 1) แนวทางการนำหลักธรรมมาปฏิบัติต่อภิกษุใช้ 2) แนวทางการดูแลทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจของภิกษุใช้ 3) แนวทางการดูแลทางด้านโภชนาการและทางด้านคิลานเภสัชให้เป็นสัปปายะสำหรับภิกษุใช้ 4) แนวทางการจัดเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการอุปฐากให้เป็นสัปปายะสำหรับภิกษุใช้ และ 5) แนวทางการร่วมมือกันระหว่างวัดกับหน่วยงานของรัฐ

ฉัตรชัย วีระเมธิกุล (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ในอนาคต ศึกษา เฉพาะกรณีที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ของภาคธุรกิจเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งส่วนของภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน หาแนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตของภาคธุรกิจเอกชนในรูปแบบที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ ทั้งส่วนของภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ปัจจุบันมีการพัฒนาโครงการพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนมากมาย โดยมีโครงการอสังหาริมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุที่เริ่มเห็นในปัจจุบันนั้น มีหลากหลายรูปแบบและหลายระดับราคา ได้แก่ 1. โครงการที่มีโมเดลธุรกิจเป็นการขายสิทธิในการเข้าอยู่อาศัยตลอดชีวิตกล่าวคือผู้บริโภคมไม่ได้เป็นเจ้าของอสังหาริมทรัพย์และไม่สามารถขายสิทธิต่อให้ผู้อื่น โดยจุดเด่นของโครงการอยู่ที่การออกแบบสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม รวมถึงการมีบริการทางการแพทย์ ให้บริการเป็นประจำทุกวัน 2. โครงการอสังหาริมทรัพย์เพื่อขายโดยเน้นให้ออกแบบให้บ้านมีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น บ้านแต่ละหลังจะมีสัญญาณเตือนไปยังสถานพยาบาล/ส่วนดูแลกลาง เป็นต้น รวมถึงการลงทุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและศูนย์บริการต่างๆ ครอบคลุมอยู่ในโครงการ นอกจากนี้ลักษณะเด่นของโครงการทั้งสองรูปแบบคือการมีส่วนดูแลกลางที่จะบริหารจัดการเรื่องบริการทางการแพทย์ และการจัดให้มีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นอีกจุดขายสำคัญที่จะช่วยลบภาพลักษณ์การเป็นสถานสงเคราะห์ของบ้านพักคนชรา ให้เป็นการลงทุนเพื่อซื้อบริการที่จำเป็นและรูปแบบชีวิตที่ต้องการในวัยเกษียณอายุ เนื่องจากการซื้อที่พักอาศัย เพื่อพึ่งพาตนเองสำหรับวัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุมักมีความต้องการทางด้านสังคม การอยู่ร่วมกับผู้ที่มีอายุในวัยเดียวกันยังเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ตัดสินใจซื้อที่พักอาศัยใหม่ ทำให้ผู้ที่อยู่อาศัยในโครงการไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้สึก

เหงาและคนที่อาศัยอยู่ ร่วมกันในโครงการมีความเข้าอกเข้าใจกัน เนื่องจากเป็นบุคคลในวัยเดียวกัน มีความต้องการหรือ ความคิดที่คล้ายกัน การมีส่วนกลางกว้างขวาง ตกแต่งสวยงาม มีสิ่งอำนวยความสะดวก ส่วนกลาง ครบครัน เช่น ลานออกกำลังกาย ห้องสมุด เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุในโครงการ สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน ออกกำลังกายหรือใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ร่วมกัน จึงเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการพิจารณาซื้อที่พักอาศัยสำหรับวัยเกษียณ และที่สำคัญคือในโครงการต้องมีระบบการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวดให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการรู้สึกถึงความปลอดภัย

สุนีย์ เครานวล (2563) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.2 โรคที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ วัยทำงาน เนื่องจากเกิดจากพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เช่น เกิดจากการไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียด ในช่วงการปฏิบัติตัว พฤติกรรมที่ผ่านมาของวัยทำงาน วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้เกิดจากการเสื่อมถอยตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่อเกิดโรคดังกล่าวมักจะมีผลกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ไต ความเปราะบางของกระดูก ทำให้กระดูกพรุน เข้าเสื่อม ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ประจำร้อยละ 50 และบางรายพบว่ารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ในการดำรงร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลในระดับมากด้านร่างกายของผู้สูงอายุ คือการอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัย และเหมาะสม ได้รับการดูแลความสะอาดร่างกาย ได้รับการมีเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของใช้ส่วนตัว เป็นพื้นฐานความจำเป็นของปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องสบายตัว ไม่หลวมหรือคับจนเกินไป เนื้อผ้าสบาย ระบายอากาศได้ดี บริเวณที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมดี สะอาด อากาศดี ปลอดภัย ต่อชีวิต มีความต้องการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะผู้สูงอายุต้องการได้รับบริการที่สะดวก รับรู้ ผลข้างเคียงของยา ผลของการรักษา และการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

## 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเสนาสนะ การหารูปแบบการจัดการเสนาสนะ และพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย โดยผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 วิธีดำเนินการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
- 3.5 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 3.1 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Method Research) ดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Document Study) โดยศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนังสือ บทความในวารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัย เอกสาร รายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต
2. ศึกษาภาคสนาม (Field Study) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นพระภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 40 รูป/คน ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาเลือกวัดประกอบด้วย 1) เป็นวัดในจังหวัดนครปฐม และ 2) ต้องมีภิกษุชราภาพจำพรรษาในวัด โดยภิกษุที่ตั้งกล่าวต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยมี 3 ลักษณะดังนี้

1. ภิกษุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้
2. ภิกษุที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวสามารถดูแลตนเองได้
3. ภิกษุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย ประกอบด้วย

#### 3.3.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ

1) ค้นคว้าหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อสร้างแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารทางราชการ ตำรา บทความทางการวิจัย บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์การวิจัย

2) กำหนดขอบข่ายตัวแปรที่ต้องการศึกษา สร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เพื่อเสนอต่อที่ประชุมคณะวิจัย เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง พร้อมปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ โดยออกแบบแบบสอบถามสำหรับภิกษุ ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ ได้แก่ เพศ อายุ วัด จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา และระดับการศึกษาทางพระพุทธศาสนา

- การประเมินสุขภาพตนเอง ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพของภิกษุ รายได้ โรคประจำตัว การเข้ารักษาโรค การเข้าถึงระบบสุขภาพ การมีผู้ดูแล ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ ในขณะที่จำวัด ลักษณะของอุบัติเหตุ และบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุ

- การประเมินตนเองด้านการจัดเสนาสนะ

- ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ

3) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์เรียบร้อยแล้วไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพัฒนาแบบสอบถามให้ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามนั้นกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับภิกษุในจังหวัดราชบุรี จำนวน 10 รูป แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient)

5) นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้และพัฒนาแก้ไขเสร็จสมบูรณ์นำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลตามประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คณะผู้วิจัยกำหนดไว้

#### 3.3.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

1) ศึกษาเอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์

2) กำหนดขอบข่ายและประเด็นคำถามที่ต้องการให้มีความครอบคลุมกับขอบเขตการศึกษาวัตถุประสงค์ รวมถึงความสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีนำมาใช้ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดกลุ่มผู้สัมภาษณ์ออกเป็น 3 กลุ่มประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์กับกลุ่มภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป 2) ผู้ดูแลภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป/คน และ 3) ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดเสนาสนะในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป/คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 รูป/คน

3) นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์เรียบร้อยแล้วไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมและ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาพัฒนาแบบสอบถามให้ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามนั้นกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้และพัฒนาแก้ไขเสร็จสมบูรณ์นำไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คณะผู้วิจัยกำหนดไว้

### 3.4 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปขอคำแนะนำจากที่ปรึกษางานวิจัยและนำมาปรับปรุงแก้ไข  
2. นำเครื่องมือที่ได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 รูป/คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) และปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1) พระครูสังฆรักษ์ ทวี อภโย, ผศ.ดร. | ผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา   |
| 2) พระมหาสุรไกร ชินพุทธสิริ, ผศ.    | ผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา   |
| 3) ผศ.กฤติกา ชนะกุล                 | ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมสงเคราะห์ |

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดราชบุรี จำนวน 10 ชุด เพื่อทดสอบความชัดเจนและข้อบกพร่อง

### 3.5 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังต่อไปนี้

1. ความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปให้ภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดราชบุรีทำแบบสอบถาม

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาและปรับปรุง แก้ไขไปทำการทดสอบ (Try-out) จำนวน 10 ชุดกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้ ในที่นี้คือกลุ่มภิกษุที่จำพรรษาในวัดเขตจังหวัดราชบุรี เพื่อทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม

### 3.6 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าอาวาสวัดในเขตจังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล โดยขอความร่วมมือจากเจ้าอาวาสนำแบบสอบถามไปให้ภิกษุตัวแทนแต่ละวัดกรอกข้อมูล โดยนำแบบสอบถามไปมอบให้ในวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2566 พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้และทำความเข้าใจกับข้อคำถามในแบบสอบถามกับภิกษุตัวแทนแต่ละวัด เพื่อให้เข้าใจในข้อคำถามที่ถูกต้อง และตกลงเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.

2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2566 และกำหนดรับแบบสอบถามคืนในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2566 เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนมีการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม พร้อมสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล

## 2) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานภิกษุชราภาพ ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดเสนาสนะในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพภิกษุชราภาพ อันได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครปฐม เป็นต้น เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลเชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ภิกษุชราภาพ 3 รูป ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ 3 รูป/คน และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดเสนาสนะในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพภิกษุชราภาพ 3 รูป/คน รวมทั้งสิ้น 9 รูป/คน ซึ่งผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2566 โดยในเนื้อหาการสัมภาษณ์ครอบคลุมวัตถุประสงค์งานวิจัยประกอบด้วย ลักษณะของเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพควรเป็นอย่างไร ปัญหาการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพควรเป็นอย่างไร

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลเพื่อสรุปผล โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

#### 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถามที่ได้มาประมวลผลเพื่อสรุปผล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package to the Sciences หรือ SPSS) โดยใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อหาความถี่และค่าร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) ซึ่งใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของภิกษุชราภาพ แบบประเมินตนเอง/ความเห็นต่อการจัดเสนาสนะภายในและภายนอกของกุฏิของภิกษุชราภาพ

#### 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทางวิชาการต่างๆ และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการจัดระบบ ระเบียบและหมวดหมู่ เพื่อวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียงและสรุปผล

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเสนาสนะ การหารูปแบบการจัดการเสนาสนะ และพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย ซึ่งสำหรับในบทนี้จะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ตั้งไว้ โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ

ตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 3 การประเมินตนเองด้านการจัดการเสนาสนะ

ตอนที่ 4 รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ

ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ ประกอบด้วย อายุ สถานที่จำวัด จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา และระดับการศึกษาในทางพระพุทธศาสนา ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

#### ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของภิกษุ จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุต่ำกว่า 30 ปี	1	2.50
อายุ 31 – 40 ปี	8	20.00
อายุ 41 – 50 ปี	10	25.00
อายุ 51 – 60 ปี	15	37.50
อายุ 61 ปีขึ้นไป	6	15.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.1 อายุของภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีมากที่สุดเป็นผู้ที่มีอายุ 51 – 60 ปี รองลงมาคืออายุ 41 – 50 ปี จำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 และน้อยที่สุดคือมีอายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 1 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.50

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของภิกษุ จำแนกตามสถานที่จำวัด

รายชื่อวัด	จำนวน	ร้อยละ
วัดพระปฐมเจดีย์ราชวรมหาวิหาร	4	10.00
วัดวังน้ำขาว	2	5.00
วัดบางช้างใต้	2	5.00
วัดคลองข้อมใหญ่	2	5.00
วัดญาณเวศกวัน	2	5.00
วัดพระงาม	2	5.00
วัดไผ่ล้อม	2	5.00
วัดท่าผา	2	5.00
วัดปรีดாரาม	2	5.00
วัดมงคลประชาราม	2	5.00
วัดโคกเขมา	2	5.00
วัดลานตากฟ้า	2	5.00
วัดไร่ขิง	2	5.0
วัดลาดหญ้าไทร	2	5.00
วัดห้วยจรเข้มะ	2	5.00
วัดพะเบียงแตก	2	5.00
วัดอ้อมใหญ่	2	5.00
วัดวังตะกั่ว	2	5.00
วัดดอนยายหอม	2	5.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.2 สถานที่จำวัดของภิกษุเป็นวัดในเขตพื้นที่จังหวัดนครปฐม จำนวน 20 วัด ซึ่งมีสถานที่จำวัดของภิกษุ มากที่สุดจำนวน 4 รูป คือวัดพระปฐมเจดีย์ราชวรมหาวิหาร คิดเป็นร้อยละ 10.00 และนอกจากนี้ยังมีสถานที่จำวัดของภิกษุจำนวน 2 รูป คิดเป็นร้อยละ 5.00

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของภิกษุ จำแนกตามจำนวนพรรษา

จำนวนพรรษา	จำนวน	ร้อยละ
1 – 10 พรรษา	19	47.50
11 – 20 พรรษา	10	25.00
21 – 30 พรรษา	5	12.50
31 พรรษาขึ้นไป	6	15.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.3 จำนวนพรรษาของภิกษุจำนวนมากถึง 19 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.50 มีจำนวนพรรษาระหว่าง 1 – 10 พรรษา รองลงมา มีจำนวนพรรษาระหว่าง 11 – 20 พรรษา จำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 และน้อยที่สุดมีคือมีจำนวนพรรษา 21 – 30 พรรษา จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 12.50

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน และค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของภิกษุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษา	2	5.00
ประถมศึกษา	5	12.50
มัธยมศึกษา	11	27.50
อนุปริญญา	3	7.50
ปริญญาตรี	11	27.50
สูงกว่าปริญญาตรี	8	20.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.4 ระดับการศึกษาของภิกษุจำนวนมากถึง 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี รองลงมา มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.00 และน้อยที่สุดคือไม่มีระดับการศึกษา จำนวน 2 รูป คิดเป็นร้อยละ 5.00

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของภิกษุ จำแนกตามระดับการศึกษา  
ในทางพระพุทธศาสนา

ระดับการศึกษาในทางพระพุทธศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
นักธรรมชั้นตรี	5	12.50
นักธรรมชั้นโท	2	5.00
นักธรรมชั้นเอก	5	12.50
เปรียญธรรม 1 ประโยค	3	7.50
เปรียญธรรม 2 ประโยค	6	15.00
เปรียญธรรม 3 ประโยค	7	17.50
เปรียญธรรม 4 ประโยค	3	7.50
เปรียญธรรม 5 ประโยค	0	0.00
เปรียญธรรม 6 ประโยค	2	5.00
เปรียญธรรม 7 ประโยค	1	2.50
เปรียญธรรม 8 ประโยค	0	0.00
เปรียญธรรม 9 ประโยค	6	15.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.5 ระดับการศึกษาในทางพระพุทธศาสนาของภิกษุมากที่สุดคือจำนวน 7 รูป คิดเป็นร้อยละ 17.50 มีระดับการศึกษาระดับเปรียญธรรม 3 ประโยค รองลงมา มีระดับเปรียญธรรม 2 ประโยค และเปรียญธรรม 9 ประโยค จำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.00 และน้อยที่สุดมีคือเปรียญธรรม 7 ประโยค จำนวน 1 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.50

#### ตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษากการประเมินสุขภาพตนเองของภิกษุ ประกอบด้วย ลักษณะทางกายภาพของภิกษุ รายได้ โรคประจำตัว การใช้ยาเพื่อการรักษาโรค การเข้าถึงระบบสุขภาพ การมีผู้ดูแล ประสพการณ์การได้รับอุบัติเหตุในขณะจำวัด ลักษณะของอุบัติเหตุ และบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุ ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของลักษณะทางกายภาพของภิกษุ

ลักษณะทางกายภาพของภิกษุ	จำนวน	ร้อยละ
ภิกษุที่มีสุขภาพแข็งแรง	30	75.00
ภิกษุที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้	7	17.50
ภิกษุที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้	3	7.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.6 การประเมินสุขภาพตนเองเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ พบว่าภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 30 รูป คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีสุขภาพที่แข็งแรง รองลงมาจำนวน 7 รูป คิดเป็นร้อยละ 17.50 มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และน้อยที่สุดจำนวน 3 รูป คิดเป็นร้อยละ 7.50 มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของที่มาของค่าใช้จ่าย

ที่มาของค่าใช้จ่าย	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ ระบุ.... ญาติโยมอุปถัมภ์	18	45.00
ตนเอง	14	35.00
บุตรหลาน	7	17.50
เงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ	5	12.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.7 ภิกษุจำนวน 18 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีที่มาของค่าใช้จ่ายจากญาติโยมอุปถัมภ์ รองลงมาจำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 35.00 มาจากตนเอง และน้อยที่สุดจำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 12.50 มาจากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวน และค่าร้อยละความเพียงพอของค่าใช้จ่ายของภิกษุ

ความเพียงพอ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	23	57.50
ต้องอาศัยญาติโยม	8	20.00
ไม่แน่นอน	6	15.00
ไม่เพียงพอ	3	7.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.8 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 23 รูป คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ รองลงมาจำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ต้องอาศัยญาติโยม และน้อยที่สุดจำนวน 3 รูป คิดเป็นร้อยละ 7.50 มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	30	75.00
มี	10	25.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.9 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 30 รูป คิดเป็นร้อยละ 75.00 ไม่มีโรคประจำตัว และมีภิกษุจำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการใช้จ่ายรักษาโรค

การใช้จ่ายรักษาโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่จำเป็นต้องใช้	14	35.00
ใช้บ้างไม่ใช้บ้าง	11	27.50
อื่นๆ ระบุ... ใช้เมื่อป่วยเท่านั้น	8	20.00
ใช้จ่ายประจำ	7	17.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.10 ภิกษุจำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 35.00 ไม่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายรักษาโรค รองลงมาจำนวน 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 ใช้ยาบ้างไม่ใช้บ้าง และน้อยที่สุดจำนวน 7 รูป คิดเป็นร้อยละ 17.50 ใช้จ่ายเป็นประจำ

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ

การเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สะดวกในการเข้าถึง ระบุสถานที่... โรงพยาบาล/อนามัย/รพ.สต.	35	87.50
ไม่สะดวก เนื่องจาก.. อยู่ห่างไกล	5	12.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.11 ศึกษส่วนใหญ่อำนาจ 35 รูป คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีความสะดวกในการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ และจำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 12.50 ไม่มีความสะดวกในการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ เนื่องจากอยู่ไกล

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการมีผู้ดูแลศึกษา

มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ดูแล	8	20.00
ไม่มีผู้ดูแล	32	80.00
รวม	40	100.00

ตารางที่ 4.12 ศึกษส่วนใหญ่อำนาจ 32 รูป คิดเป็นร้อยละ 80.00 ไม่มีผู้ดูแล แต่มีจำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ที่มีผู้ดูแล

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการมีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุที่ได้รับขณะจำวัด

มีประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุที่ได้รับขณะจำวัด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	32	80.00
มี	8	20.00
รวม	40	100.00

ตารางที่ 4.13 ศึกษส่วนใหญ่อำนาจ 32 รูป คิดเป็นร้อยละ 80.00 ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุขณะจำวัด แต่มีจำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.00 เคยได้รับอุบัติเหตุขณะจำวัด

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวน และค่าร้อยละลักษณะของอุบัติเหตุ

ลักษณะของอุบัติเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ระบุ... เช่น ฝนตกพื้นลื่น ทางต่างระดับ รางน้ำ แสงสว่างไม่พอ อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน	32	80.00
เกิดจากตนเอง ระบุ... เช่น ทำงานไม่ระวัง เดินไม่ระวัง ใช้อุปกรณ์	8	20.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 4.14 ลักษณะของอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่ภิกษุจำนวน 32 รูป คิดเป็นร้อยละ 80.00 มีลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ฝนตกพื้นลื่น ทางต่างระดับ รางน้ำ แสงสว่างไม่พอ อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน และจำนวน 8 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดจากตนเอง เช่น ทำงานไม่ระวัง เดินไม่ระวัง ใช้อุปกรณ์

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวน และค่าร้อยละบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด

บริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด	จำนวน	ร้อยละ
ภายนอกกุฏิ	34	85.00
ภายในกุฏิ	6	15.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.15 ภิกษุจำนวน 34 รูป คิดเป็นร้อยละ 85.00 ระบุว่าบริเวณภายนอกกุฏิสามารถเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยที่สุด และภิกษุจำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.00 ระบุว่าบริเวณภายในกุฏิสามารถเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยที่สุด

### ตอนที่ 3 การประเมินตนเองด้านการจัดเสนาสนะ

ผลการประเมินตนเองด้านการจัดเสนาสนะ นำเสนอออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ และ 2) การจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพ ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

### 1) การจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ

การจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ ประกอบด้วย (1) บริเวณกุฏิ ลักษณะกุฏิ พรหมเช็ดเท้าภายในกุฏิ ธรณีประตู ทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ เครื่องมือขอความช่วยเหลือ การวางสิ่งของเกาะทางเดิน (2) บริเวณห้องนอน ลักษณะห้องนอน การเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ ปลั๊กไฟ สวิตช์ไฟ (3) บริเวณห้องน้ำ ลักษณะโครงสร้างของห้องน้ำ สถานที่ตั้ง การวางสิ่งของเกาะบนพื้นห้องน้ำ พรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้ว ลักษณะของโถสุขภัณฑ์ ภาชนะ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการรองน้ำ การชำระล้างร่างกาย/การใช้น้ำ ปลั๊กไฟ ลักษณะการเดินสายไฟ และสวิตช์ไฟ

#### บริเวณกุฏิ

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวน และค่าร้อยละการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของลักษณะของกุฏิ

ลักษณะของกุฏิ	จำนวน	ร้อยละ
สองชั้น	22	55.00
ชั้นเดียวยกไม่สูง	12	30.00
ชั้นเดียวยกสูง	6	15.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.16 ลักษณะของกุฏิส่วนใหญ่ จำนวน 22 หลัง คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีเป็นกุฏิสองชั้น รองลงมา 12 หลัง คิดเป็นร้อยละ 30.00 มีลักษณะของกุฏิชั้นเดียวที่ยกไม่สูง และน้อยที่สุดจำนวน 6 หลังคิดเป็นร้อยละ 15.00 มีลักษณะของกุฏิชั้นเดียวยกสูง

ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของพรหมเช็ดเท้าภายในกุฏิ

พรหมเช็ดเท้าภายในกุฏิ	จำนวน	ร้อยละ
มี	23	57.50
ไม่มี	10	25.00
มีบ้าง	7	17.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.17 ภายในกุฏิจำนวน 23 หลัง คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีพรหมเช็ดเท้าภายในกุฏิ รองลงมา 10 หลัง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ไม่มีพรหมเช็ดเท้าภายในกุฏิ และน้อยที่สุดจำนวน 7 หลัง คิดเป็นร้อยละ 17.50 มีบ้างที่มีพรหมเช็ดเท้า

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของธรณีประตู่

ธรณีประตู่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	17	42.50
มี	15	37.50
มีบ้าง	8	20.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.18 ภายในกุฏิส่วนใหญ่จำนวน 17 หลัง คิดเป็นร้อยละ 42.50 ไม่มีมีธรณีประตู่ภายในกุฏิ รองลงมา 15 หลัง คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีธรณีประตู่ภายในกุฏิ และน้อยที่สุดจำนวน 8 หลัง คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีบ้างที่มีธรณีประตู่

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ

ทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ	จำนวน	ร้อยละ
มี	19	47.50
ไม่มี	12	30.00
มีบ้าง	9	22.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.19 ทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับส่วนใหญ่จำนวน 19 หลัง คิดเป็นร้อยละ 47.50 มีทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ รองลงมา 12 หลัง คิดเป็นร้อยละ 30.00 ไม่มีทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ และน้อยที่สุดจำนวน 9 หลัง คิดเป็นร้อยละ 22.50 มีบ้างทางเดินเข้ากุฏิมีพื้นต่างระดับ

ตารางที่ 4.20 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของเครื่องมือขอความช่วยเหลือ

เครื่องมือขอความช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	22	55.00
มีบ้าง	12	30.00
มี	6	15.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.20 ภายในกุฏิส่วนใหญ่จำนวน 22 หลัง คิดเป็นร้อยละ 55.00 ไม่มีเครื่องมือขอความช่วยเหลือ รองลงมา 12 หลัง คิดเป็นร้อยละ 30.00 มีบ้างที่มีเครื่องมือขอความช่วยเหลือ และน้อยที่สุดจำนวน 6 หลัง คิดเป็นร้อยละ 15.00 มีเครื่องมือขอความช่วยเหลือ

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณกุฏิ จำแนกตามข้อมูลของการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน

การวางสิ่งของเกะกะทางเดิน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	20	50.00
มีบ้าง	18	45.00
มี	2	5.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.21 ภายในกุฏิส่วนใหญ่จำนวน 20 หลัง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน รองลงมา 18 หลัง คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีบ้างที่มีการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน และน้อยที่สุดจำนวน 2 หลัง คิดเป็นร้อยละ 5.00 มีการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน

บริเวณห้องนอน (ห้องพัก)

ตารางที่ 4.22 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องนอน  
จำแนกตามข้อมูลของบริเวณห้องนอน

บริเวณห้องนอน	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นล่าง	25	62.50
ชั้นบน	15	37.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.22 บริเวณห้องนอนของภิกษุส่วนใหญ่ จำนวน 25 รูป คิดเป็นร้อยละ 62.50  
ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง และจำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ห้องนอนอยู่ชั้นบน

ตารางที่ 4.23 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องนอน  
จำแนกตามข้อมูลของการเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ

การเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เปิด	33	82.50
เปิด	7	17.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.23 การเปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศส่วนใหญ่พบว่าภิกษุจำนวน 33 รูป  
คิดเป็นร้อยละ 82.50 ไม่เปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ และจำนวน 7 รูป คิดเป็นร้อยละ 17.50 เปิด  
หน้าต่างเพื่อระบายอากาศ

ตารางที่ 4.24 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องนอน  
จำแนกตามข้อมูลของการมีปลั๊กไฟ

ปลั๊กไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มี	40	100.00
ไม่มี	0	0.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.24 ภายในห้องนอนทุกหลังจำนวน 40 รูป คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีปลั๊กไฟ  
บริเวณห้องนอน

ตารางที่ 4.25 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องนอน  
จำแนกตามข้อมูลของสวิชต์ไฟ

สวิชต์ไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มี	40	100.00
ไม่มี	0	0.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.25 ภายในห้องนอนทุกหลังจำนวน 40 รูป คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีสวิชต์  
บริเวณห้องนอน

**ห้องน้ำ**

ตารางที่ 4.26 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของลักษณะโครงสร้างของห้องน้ำ

ลักษณะโครงสร้างของห้องน้ำ	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ห้องเดียวกัน	24	60.00
แยกกันกับห้องส้วม	16	40.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.26 ลักษณะโครงสร้างของห้องน้ำภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 24 รูป คิดเป็นร้อย  
ละ 60.00 ระบุว่าห้องน้ำที่อยู่ห้องเดียวกันกับห้องส้วม และจำนวน 16 หลัง คิดเป็นร้อยละ 40.00 มี  
ห้องน้ำที่แยกกันกับห้องส้วม

ตารางที่ 4.27 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของสถานที่ตั้ง

สถานที่ตั้ง	จำนวน	ร้อยละ
ภายนอกกุฏิ	20	50.00
ภายในกุฏิ	15	37.50
ภายในห้องนอน	5	12.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.27 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 20 รูป คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระบุว่าห้องน้ำตั้งอยู่  
ภายนอกกุฏิ รองลงมาจำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 มีห้องน้ำที่ตั้งภายในกุฏิ และน้อยที่สุด  
จำนวน 5 หลัง คิดเป็นร้อยละ 12.50 มีก້องน้ำอยู่ภายในห้องนอน

ตารางที่ 4.28 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของการวางของเกะกะบนพื้น

การวางของเกะกะบนพื้น	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	18	45.00
มีบ้าง	16	40.00
มี	6	15.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.28 ศึกษาค้นส่วนใหญ่จำนวน 18 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.00 ระบุว่าไม่มีการวางของเกะกะบนพื้น รองลงมาจำนวน 16 รูป คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระบุว่ามีบ้างที่มีการวางของเกะกะบนพื้น และน้อยที่สุดจำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.00 ระบุว่ามีการวางของเกะกะบนพื้น

ตารางที่ 4.29 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของพรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้ว

พรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้ว	จำนวน	ร้อยละ
มี	15	37.50
มีบ้าง	14	35.00
ไม่มี	11	27.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.29 ศึกษาค้นส่วนใหญ่จำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระบุว่าไม่มีพรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้วในห้องน้ำ รองลงมาจำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 35.00 ระบุว่ามีบ้างที่มีพรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้วในห้องน้ำ และน้อยที่สุดจำนวน 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 ระบุว่าไม่มีพรหมเช็ดเท้า/ผ้าขี้ริ้วในห้องน้ำ

ตารางที่ 4.30 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของลักษณะของโถสุขภัณฑ์

ลักษณะของโถสุขภัณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
ชักโครก ไม่มีราวจับ	19	47.50
นั่งยองไม่มีราวจับ	15	37.50
ชักโครก มีราวจับ	5	12.50
นั่งยองมีราวจับ	1	2.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.30 ศึกษส่วนใหญ่นับจำนวน 19 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระบุว่าโถสุขภัณฑ์มีลักษณะแบบชักโครก ไม่มีราวจับ รองลงมาจำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระบุว่าโถสุขภัณฑ์มีลักษณะแบบนั่งยอง ไม่มีราวจับ และน้อยที่สุดจำนวน 1 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.50 ระบุว่าโถสุขภัณฑ์มีลักษณะแบบนั่งยอง มีราวจับ

ตารางที่ 4.31 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำ

ภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำ	จำนวน	ร้อยละ
ถังน้ำพลาสติก	18	45.00
อ่างน้ำก่อปูนสำเร็จ	11	27.50
อื่นๆ ระบุ... ฝักบัว ไม่มีที่เก็บน้ำ	11	27.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

จากตารางที่ 4.31 ศึกษส่วนใหญ่นับจำนวน 18 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.00 ระบุว่าภายในห้องน้ำมีภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำที่เป็นถังพลาสติก รองลงมาจำนวน 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 ระบุว่าภายในห้องน้ำมีภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำที่เป็นอ่างน้ำก่อปูนสำเร็จ และภาชนะอื่นๆ เช่น การมีฝักบัว ไม่มีภาชนะ/อุปกรณ์ที่รองน้ำ

ตารางที่ 4.32 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของการชำระล้างร่างกาย/ การใช้น้ำ

การชำระล้างร่างกาย/การใช้น้ำ	จำนวน	ร้อยละ
ภาชนะตักอาบ	19	47.50
ฝักบัว	11	27.50
อื่นๆ ระบุ... มีทั้งสอง	10	25.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.32 ศึกษส่วนใหญ่น้ำจำนวน 19 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระบุว่าภายในห้องน้ำมีลักษณะของการชำระล้างร่างกาย/การใช้น้ำแบบภาชนะตักอาบ รองลงมาจำนวน 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 ระบุว่าภายในห้องน้ำมีลักษณะของการชำระล้างร่างกาย/การใช้น้ำแบบฝักบัว และน้อยที่สุดจำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระบุว่าภายในห้องน้ำทั้งฝักบัวและภาชนะตักอาบ

ตารางที่ 4.33 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของปลั๊กไฟ

ปลั๊กไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มี	24	60.00
ไม่มี	16	40.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.33 ศึกษส่วนใหญ่น้ำจำนวน 24 รูป คิดเป็นร้อยละ 60.00 ระบุว่าไม่มีปลั๊กไฟภายในห้องน้ำ และจำนวน 16 รูป คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระบุว่าไม่มีปลั๊กไฟภายในห้องน้ำ

ตารางที่ 4.34 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของลักษณะการเดินสายไฟ

ลักษณะการเดินสายไฟ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกาะกะทางเดิน	34	85.00
เกาะกะทางเดิน	6	15.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.34 ศึกษส่วนใหญ่นับจำนวน 34 รูป คิดเป็นร้อยละ 85.00 ระบุว่าไม่มีลักษณะการเดินสายไฟภายในห้องน้ำที่ไม่เกาะกะทางเดิน และจำนวน 6 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.00 ระบุว่าไม่มีลักษณะการเดินสายไฟภายในห้องน้ำที่เกาะกะทางเดิน

ตารางที่ 4.35 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของผลการจัดเสนาสนะภายในกุฏิ บริเวณห้องน้ำ  
จำแนกตามข้อมูลของสวิชต์ไฟ

สวิชต์ไฟ	จำนวน	ร้อยละ
มี	36	90.00
ไม่มี	4	10.00
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.35 ศึกษส่วนใหญ่นับจำนวน 36 รูป คิดเป็นร้อยละ 90.00 ระบุว่าไม่มีสวิชต์ไฟภายในห้องน้ำ และจำนวน 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 10.00 ระบุว่าไม่มีสวิชต์ไฟภายในห้องน้ำ

## 2) การจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพ

การจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ ประกอบด้วย ลักษณะบริเวณทางเดินของกุฏิ สภาพของพื้นทางเดินรอบบริเวณกุฏิ สิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน การสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ บริเวณกุฏิมีทางเดินลาดชัน และต้นไม้บริเวณกุฏิ

ตารางที่ 4.36 แสดงจำนวน และค่าร้อยละลักษณะทางเดิน

ลักษณะทางเดิน	จำนวน	ร้อยละ
คอนกรีต	19	47.50
คอนกรีตตัวหนอน	11	27.50
อื่นๆ ระบุ... หินขัด/ หินกระเบื้อง/ แผ่นปูนวางต่อกัน	10	25.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.36 ทางเดินส่วนใหญ่มีจำนวน 19 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระบุว่า มีทางเดินที่เป็นคอนกรีต รองลงมาจำนวน 11 รูป คิดเป็นร้อยละ 27.50 ระบุว่า มีทางเดินที่เป็นคอนกรีตตัวหนอน และน้อยที่สุดจำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระบุว่า มีทางเดินในลักษณะแบบอื่นๆ เช่น หินขัด หินกระเบื้อง แผ่นปูนวางต่อกัน เป็นต้น

ตารางที่ 4.37 แสดงจำนวน และค่าร้อยละสภาพของพื้นทางเดินรอบบริเวณภูมิ

สภาพของพื้นทางเดิน	จำนวน	ร้อยละ
พื้นทางเดินดีอยู่แล้ว	30	75.00
พื้นทางเดินต้องปรับปรุงแก้ไข ระบุ... มีน้ำขัง/มีหลุมบ่อ/ มีกลิ่น/ ขรุขระ (มีกรวดหิน)	10	25.00
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.37 ภูมิส่วนใหญ่จำนวน 30 รูป คิดเป็นร้อยละ 75.00 ระบุว่า สภาพของพื้นทางเดินรอบบริเวณภูมิมีลักษณะที่ดีอยู่แล้ว และจำนวน 10 รูป คิดเป็นร้อยละ 25.00 ระบุว่า พื้นทางเดินต้องปรับปรุงแก้ไข เนื่องจากมีน้ำขัง มีหลุมบ่อ มีกลิ่น และทางเดินที่ขรุขระเพราะมีกรวดหิน

ตารางที่ 4.38 แสดงจำนวน และค่าร้อยละผลการจัดเสนาสนะภายนอกภูมิของภิกษุชราภาพ  
จำแนกตามข้อมูลของสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน

สิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	22	55.00
มีบ้าง	15	37.50
มี	3	7.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.38 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 22 รูป คิดเป็นร้อยละ 55.00 ระบุว่าไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน รองลงมาจำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 37.50 ระบุว่ามีบ้างที่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน และน้อยที่สุดจำนวน 3 รูป คิดเป็นร้อยละ 7.50 ระบุว่าไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน

ตารางที่ 4.39 แสดงจำนวน และค่าร้อยละผลการจัดเสนาสนะภายนอกภูมิของภิกษุชราภาพ  
จำแนกตามข้อมูลของการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ

การสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ	จำนวน	ร้อยละ
มีบ้าง	20	50.00
ไม่มี	19	47.50
มี	1	2.50
<b>รวม</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 4.39 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 20 รูป คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระบุว่ามีบ้างที่มีการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ รองลงมาจำนวน 19 รูป คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระบุว่าไม่มีการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ และน้อยที่สุดจำนวน 1 รูป คิดเป็นร้อยละ 2.50 ระบุว่ามีการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกุฏิ

ตารางที่ 4.40 แสดงจำนวน และค่าร้อยละผลการจัดเสนาสนะภายนอกภูมิของภิกษุชราภาพ  
จำแนกตามข้อมูลของบริเวณภูมิทางเดินลาดชัน

บริเวณภูมิทางเดินลาดชัน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	27	67.50
มีบ้าง	13	32.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.40 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 27 รูป คิดเป็นร้อยละ 67.50 ระบุว่าไม่มีบริเวณภูมิทางเดินลาดชัน และจำนวน 13 รูป คิดเป็นร้อยละ 32.50 ระบุว่า มีบ้างที่บริเวณภูมิทางเดินลาดชัน

ตารางที่ 4.41 แสดงจำนวน และค่าร้อยละผลการจัดเสนาสนะภายนอกภูมิของภิกษุชราภาพ  
จำแนกตามข้อมูลของต้นไม้บริเวณภูมิ

ต้นไม้บริเวณภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
มีบ้าง	23	57.50
มี	17	42.50
รวม	40	100.00

จากตารางที่ 4.41 ภิกษุส่วนใหญ่จำนวน 23 รูป คิดเป็นร้อยละ 57.50 ระบุว่า มีบ้างที่มีต้นไม้บริเวณภูมิ และจำนวน 17 รูป คิดเป็นร้อยละ 42.50 ระบุว่า มีต้นไม้บริเวณภูมิ

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ

ผลการศึกษาความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ ประกอบด้วยความคิดเห็นในประเด็นการจัดเสนาสนะภายในและภายนอกภูมิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม ปัญหาการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ และแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ ผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

ผลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป ผู้ดูแลภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป/คน และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดเสนาสนะในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพภิกษุชราภาพจำนวน 3 รูป/คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 9 รูป/คน สามารถนำเสนอในรายละเอียด ดังนี้

## 1. ความคิดเห็นต่อประเด็นการจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม

ความคิดเห็นต่อประเด็นการจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การดูแลเสนาสนะภายในกุฏิให้มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัย และ 2) เสนาสนะภายในกุฏิมีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ นำเสนอในรายละเอียด ดังนี้

1) การดูแลเสนาสนะภายในกุฏิให้มีความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัย

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสิ่งสำคัญที่จะจัดเสนาสนะภายในกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการดูแลเสนาสนะภายในกุฏิให้มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...ที่พักหรือเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพนั้นควรมีความเหมาะสมกับช่วงวัยและปัญหาของภิกษุแต่ละรูป หากท่านสามารถดูแลตนเองได้ ก็ควรส่งเสริมสุขลักษณะที่เหมาะสม เช่น ความสะอาด ความปลอดภัย เป็นต้น หรือหากเจ็บป่วยควรจัดสถานที่ให้เหมาะสมแก่โรค เช่น ควรมีเตียงสำหรับภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะ มีอุปกรณ์สำหรับตรวจร่างกายเบื้องต้น และห้องน้ำที่เหมาะสม เป็นต้น...”

(ภิกษุชราภาพ A1)

“...วัดที่มีพระภิกษุชราภาพพักอาศัยควรจัดให้ท่านอยู่ชั้นล่าง ห้องรมมีหน้าต่างรอบ มุ้งลวดพัดลมระบายอากาศในห้องโล่งโปร่ง สามารถทำความสะอาดได้สะดวก ไฟส่องสว่างปรับได้ ประตูกว้างพอให้เข็นรถเข้า - ออกได้ง่าย เพราะสถานที่หรือที่พักเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยดูแลภิกษุชราภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสะดวกและปลอดภัย...”

(ภิกษุชราภาพ A2)

“...ด้วยตนเองประสบปัญหาตาบอดตั้งแต่เกิด ส่งผลให้มีปัญหาด้านปรับตัวอยู่ในห้องพักและสถานที่ต่างๆ ที่ต้องไปตลอด ดังนั้นการวางของในห้องต้องวางในที่เดิมทุกครั้ง เพราะหากเปลี่ยนที่วางก็จะทำให้ประสบอุบัติเหตุในห้องได้ ซึ่งการจัดห้องพักที่เหมาะสมกับผู้พิการทางสายตาก็ต้องมีห้องน้ำในตัว มีหน้าต่างและมุ้งลวดที่สามารถป้องกันแมลงและระบายอากาศได้ดี และห้องน้ำควรเป็นแบบชักโครก และไม่ควรวางของที่พื้นเพราะอาจทำให้สะดุดหรือหกล้มได้ นอกจากนี้จะต้องทำความสะอาดด้วยตนเองจะได้รู้ว่ามีของวางตรงไหนบ้าง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในห้องได้...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...ภิกษุชราหรือภิกษุสูงอายุมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลอย่างเหมาะสม เพราะท่านเป็นผู้สูงวัยหรือคนแก่ ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้นการจัดเสนาสนะหรือที่พักอาศัยสำหรับภิกษุสูงวัยจำเป็นต้องพิจารณาถึงหลักการพื้นฐาน ที่ประกอบด้วย ความสะอาด ความปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ มีอากาศโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก พื้นที่ใช้สอยสว่าง ไม่เปียกชื้น ป้องกันลื่นล้มได้ ก็จะทำช่วยให้ภิกษุสูงวัยสามารถพักอาศัยอย่างปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B1)

“...เสนาสนะภายในกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้คือ อากาศถ่ายเทดี ไม่อับชื้น เพราะหากอับชื้นจะก่อให้เกิดปัญหากลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และมีห้องน้ำในตัว เพราะการมีห้องน้ำในตัวจะช่วยให้ภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และห้องน้ำในห้องจะต้องรักษาความสะอาดและมีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...ควรจัดเสนาสนะหรือภายในกุฏิให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ควรสะสมสิ่งของต่างๆ อันจะนำพามาซึ่งเชื้อโรคและความไม่ปลอดภัยในการพักอาศัย เพราะภิกษุที่อายุมากส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการเดิน การทรงตัว หากล้มหรือสะดุดก็จะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บหรือล้มหรือล้มตามมาได้ นอกจากนี้ไม่ควรมีแสงสว่างที่เหมาะสมต่อการพักอาศัย ไม่ควรประหยัดไฟมากจนเกินไป เพราะหากแสงสว่างไม่เพียงพอก็อาจเกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...กุฏิต้องมีลักษณะที่โปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวกสบาย มีหน้าต่างหลายบานเพื่อให้สามารถระบายอากาศได้ดี และจะต้องมีทางเข้าออกหรือประตูที่กว้างเพื่อทางเข้าออกสะดวก นอกจากนี้ยังต้องอยู่ชั้นล่าง เพื่อให้ง่ายกับการเดิน ไม่ประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เพราะภิกษุชราภาพส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านการเดิน การทรงตัว ซึ่งถ้าสามารถดูแลและจัดพื้นที่ที่เหมาะสมได้ก็จะสามารถอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ และสิ่งสำคัญที่สุดคือความสะอาด ซึ่งควรจะต้องมีผู้ช่วยเหลือร่วมดูแลด้วย...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

2) สิ่งสนับสนุนเสนาสนะภายในกุฏิสำหรับการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายในกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...การดูแลภิกษุสูงอายุ วัดควรสนับสนุนและดูแลด้านการจัดอุปกรณ์ในการรักษา และยาสามัญประจำบ้าน ในการดูแลพื้นฐานด้านสุขภาพ ส่วนในกุฏิควรทำความสะอาดอยู่เหมาะสม ไม่สะสมสิ่งของหรือวางของแคะกะไม่เป็นระเบียบ มีสิ่งสนับสนุนภายในห้อง เช่น ห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ไฟฟ้าที่สว่าง และราวสำหรับประคอง เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับภิกษุสูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ลดการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับภิกษุสูงอายุได้...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...มีห้องน้ำในตัว เพราะการมีห้องน้ำในตัวจะช่วยให้ภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และห้องน้ำในห้องจะต้องรักษาความสะอาดและมีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ เช่น โถส้วมแบบชักโครก ราวจับ และพื้นกระเบื้องที่ไม่ลื่น และควรมีประตูที่กว้างพอสำหรับการเคลื่อนย้ายในกรณีต้องใช้รถเข็นหรือเปลเข้าออกสะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือวางของแคะกะทางเดิน เพราะภิกษุชราภาพอาจจะสะดุดล้ม...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...เสนาสนะในกุฏิของภิกษุชราภาพต้องมีความเหมาะสม ปลอดภัย และเอื้ออำนวยกับภิกษุที่ป่วยด้วย โดยการจัดพื้นที่ภายในต้องมีการดูแลให้มีความสะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีพื้นที่ต่างระดับที่อาจก่อให้เกิดการสะดุดล้มหรืออุบัติเหตุได้ มีการจัดการห้องน้ำที่สะอาดคล่องกับผู้นั่งอายุ มีชักโครก มีแผ่นกันลื่น มีราวจับสำหรับลุกนั่ง นอกจากนี้หาตมีภิกษุชราภาพที่มีโรคประจำตัวด้วยยังต้องเผื่อระวังและจัดพื้นที่ที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยแต่ละประเภท เพราะบางท่านเป็นผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเดินด้วยตนเอง ต้องมีผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและดูแลอย่างใกล้ชิด จำเป็นต้องจัดพื้นที่ มีเตียงที่เหมาะสม มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการเจ็บป่วยแต่ละประเภท ยกตัวอย่างที่วัด มีภิกษุที่เป็นเบาหวานและต้องตัดขา ซึ่งมีความพิการจำเป็นต้องได้รับการดูแลสิ่งสนับสนุนการรักษา การมีอุปกรณ์เสริมสำหรับการเจ็บป่วยในลักษณะเป็นรายการณี...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B3)

“...ควรจัดทำห้องพิเศษและเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ เช่น ภิกษุที่ป่วยติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเองก็ต้องจัดห้องให้เหมาะสม มีห้องน้ำในตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวกเบื้องต้น ส่วนภิกษุชราภาพที่ดูแลตนเองเองได้ก็ต้องจัดห้องให้เหมาะสมกับท่านเช่นกัน โดยอาจจะต้องให้ท่านพักอาศัยในกุฏิที่อยู่ชั้นล่าง ใกล้กับห้องน้ำ และมีห้องที่โปร่ง ระบายอากาศได้ดี เพื่ออำนวยความสะดวกตามสมควรแก่สมณสาธุ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...กุฏิหรือเสนาสนะที่เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง และต้องมีห้องน้ำ ภายในห้องพักภิกษุพระสงฆ์ผู้ชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ภิกษุชราภาพ อีกทั้งการจัดทำห้องน้ำต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของท่านด้วย เช่น พื้น ราวจับ พรมเช็ดเท้าต้องมี เพราะความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ควรมีการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ที่ครบถ้วน สอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ และจะต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ เช่น การจัดสถานที่และทางเดินที่ไม่ขรุขระ เป็นทางเรียบ ไม่ควรมีบันได หรือพื้นต่างระดับที่ชัน มีไฟส่องสว่างห้องพักจะต้องอยู่ชั้นล่างและมีห้องน้ำส่วนตัว มีความสะอาด ไม่มีของวางแคะกะ และมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกเบื้องต้น เช่น ราวจับ ชักโครก หรือสิ่งของอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลและเอื้ออำนวยกับภิกษุชราภาพ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

โดยสรุปในภาพรวมจะเห็นได้ว่าทั้ง 3 กลุ่มล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 ประเด็นที่ว่า สิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายในกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการดูแลเสนาสนะภายในกุฏิ ให้มีความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ และการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นได้

## 2. ความคิดเห็นต่อประเด็นการจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ

จากการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) การจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะ ให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ 2) การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย และ 3) การจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ นำเสนอในรายละเอียด ดังนี้

1) การจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...การจัดพื้นที่โดยรอบเสนาสนะควรมีบุคคลทำความสะอาดอยู่เสมอ และมีอากาศถ่ายเทได้ดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยรวมให้เหมาะสมกับการพักอาศัย ควรมีการปูทางเดินโดยรอบเพื่อให้เกิดความเรียบร้อยของทางเดิน เพราะหากมีภิกษุที่มีปัญหาด้านสุขภาพก็จะช่วยให้ท่านสามารถเดินทางรถเข็นด้วยตนเองได้ และการดูแลพื้นที่ให้สะอาดก็จะช่วยส่งเสริมสุขภาพกายที่สมบูรณ์ เพราะได้รับอากาศที่บริสุทธิ์และสุขภาพจิตที่ดีด้วยเช่นกัน ...”

(ภิกษุชราภาพ A1)

“...การจัดเสนาสนะโดยรอบกุฏิควรมีลักษณะที่โล่งมองเห็นได้ง่าย หากมีต้นไม้เยอะต้องทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ และพื้นรอบกุฏิต้องเป็นคอนกรีตพื้นเรียบเสมอกันลื่นไม่มีพื้นต่างระดับ ถ้ามีควรปรับให้ทางลาดจะเหมาะสมกว่า มีฝาปิดทางระบายน้ำให้สนิทแน่นหนา เพื่อให้ภิกษุชราภาพมีความปลอดภัย...”

(ภิกษุชราภาพ A2)

“...เสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ เช่น ทางเข้า-ออกจะต้องมีความสะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวางที่อาจก่อให้เกิดการประสบอุบัติเหตุ พื้นควรเป็นพื้นราบเรียบ ไม่ควรมีพื้นต่างระดับมาก มีไฟส่องสว่างบริเวณทางเดิน เพื่อป้องกันการเดินสะดุดล้ม หรือมีสัตว์ร้ายที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุภายในวัดได้...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...เสนาสนะภายนอกปฏิบัติที่เหมาะสมต้องมีการปรับพื้นที่ให้เป็นทางราบ ไม่มีหลุมหรือพื้น หินขรุขระ ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุในการเดินทาง ไม่มีพื้นต่างระดับที่อาจก่อให้เกิดการสะดุดล้มหรือ อุบัติเหตุในการเดินทาง...”

(ผู้ดูแลรักษาภาพ B3)

“...ควรมีพื้นที่ปลอดโปร่ง อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาด ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือวางของเกะกะ ทางเดิน ทางต้องมีไฟฟ้าส่องสว่างตลอดเส้นทาง เพราะภิกษุต้องไปเดินบิณฑบาตหรือทำวัตรจึง จำเป็นต้องเดินทางอย่างปลอดภัย การวางสิ่งของกีดขวางหรือความไม่สว่างของแสงจะก่อให้เกิดความ ไม่ปลอดภัยของภิกษุชราภาพ อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างเดินทาง...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...บริเวณข้างนอกปฏิบัติหรือภายนอกเสนาสนะจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ ยกตัวอย่างเช่น การสร้างความปลอดภัยในทางเดินที่จะต้องมีความสะอาด ไม่มีทางขรุขระ หรือมีพื้น ต่างระดับ ต้องเป็นทางเรียบหรือทางราบที่เหมาะสมกับการเดินทาง เป็นต้น นอกจากนั้นยังต้องรักษา ความสะอาดอยู่เสมอด้วยเช่นกัน และควรมีการจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ควรวางของ กองเกะกะไม่เรียบร้อย เพราะอาจเป็นที่อยู่ของสัตว์ร้าย เช่น งู ตะขาบ หรือหนู ที่อาจก่อให้เกิดความ ไม่ปลอดภัยในการพักอาศัย ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

2) การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดี เหมาะแก่การพักอาศัย

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอก ปฏิบัติที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อ เสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...ด้านนอกของกุฏิควรมีต้นไม้ล้อมรอบ เพื่อความร่มรื่นของการพักอาศัย ส่งเสริม บรรยากาศที่ดี และต้องปรับปรุงภูมิทัศน์ภายนอกให้สดใส น่าอยู่ มีไม้ดอก ไม้ประดับ ทำให้ผู้พักอาศัย มีความสุข มีความรื่นรมย์ในการพักอาศัย และยังคงจัดสภาพแวดล้อมในวัดให้โล่งไม่แออัด มีพื้นที่ที่ เหมาะสมการการพักอาศัย เป็นพื้นราบ ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือทางขรุขระ ส่วนในกุฏิควรทำความสะอาด อยู่เหมาะสม ไม่สะสมสิ่งของหรือวางของเกะกะไม่เป็นระเบียบ...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...โดยรอบกุฏิควรมีลักษณะร่มรื่น ด้วยต้นไม้ขนาดใหญ่ มีที่นั่งพักผ่อนเพียงพอ ลมพัดผ่าน สะดวก สบาย อากาศหายเหได้ดี เพื่อช่วยให้ภิกษุชราภาพมีพื้นที่ผ่อนคลายความเครียด มีความสงบ สุขในการใช้ชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ไม่ป่วยง่าย มีสุขภาพจิตที่ดี และในพื้นที่โดยรอบจะต้องไม่มีสิ่ง กีดขวาง มีการวางของเกะกะที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้...”

(ผู้ดูแลรักษาภาพ B1)

“...บรรยากาศโดยรอบต้องร่มรื่น เป็นพื้นที่สำหรับผ่อนคลายความเครียด ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรง...”

(ผู้ดูแลรักษาภาพ B2)

“...ต้องจัดพื้นที่โดยรอบให้น่าอยู่ ไม่มีพื้นที่ต่างระดับที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางของภิกษุผู้สูงอายุ และจะต้องมีไฟส่องสว่าง เพื่อให้สามารถมองเห็นการเส้นทางหรือพื้นที่โดยรอบ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...โดยรอบกุฏิควรจะเป็นสถานที่อากาศถ่ายเทดี บรรยากาศร่มรื่น มีต้นไม้ขนาดใหญ่ เพื่อสร้างบรรยากาศในการพักอาศัยที่น่าอยู่ ก่อให้เกิดความสุขในการพักอาศัย และควรมีการจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ควรวางของกองเกะกะไม่เรียบร้อย เพราะอาจเป็นที่อยู่ของสัตว์ร้าย เช่น งู ตะขาบ หรือหนู ที่อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการพักอาศัย...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

“...การจัดเสนาสนะโดยรอบจะต้องไม่แออัด มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีการจัดพื้นที่ให้เหมาะสมกับการพักอาศัย มีความร่มรื่น สะอาดเหมาะสำหรับการนั่งพักผ่อนหย่อนใจ มีโต๊ะ-เก้าอี้สำหรับการนั่งพักผ่อน และไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดในการพักอาศัย...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

3) การจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลรักษาภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับรักษาภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลรักษาภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...การทำทางเดินที่เป็นทางราบ ปูคอนกรีต ปูกระเบื้องยังช่วยให้ภิกษุที่เจ็บป่วยสามารถใช้รถเข็นเข้า-ออกจากกุฏิได้ง่าย มีความปลอดภัยในดูแลตัวเองตามอัตภาพได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลตลอด...”

(รักษาภาพ A2)

“...บริเวณรอบวัดหรือรอบกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุที่มีความพิการทางสายตาจะต้องคำนึงถึงทางเดินที่ลาดและเรียบ บริเวณทางเดินควรมีรั้วกัน เช่น เหล็กหรือต้นไม้พุ่ม เพื่อแบ่งเขตพื้นที่กันทางเดิน ซึ่งจะสามารถสร้างความปลอดภัยในการเดินทางภายในวัดได้ในระดับหนึ่ง บริเวณลานหรือพื้นที่ต่างๆ ไม่ควรปูหินแกรนิตหรือวางสิ่งของเกะกะทางเดิน หากสามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ก็จะสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตของภิกษุพิการทางสายตาให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น...”

(รักษาภาพ A3)

“...พื้นที่ในการเดินทางสามารถเข้า-ออกได้ด้วยรถเข็น หรือเตียงเข็น เพื่อให้ภิกษุที่ชราภาพที่จำเป็นต้องใช้รถเข็นสามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง ไม่ประสบอุบัติเหตุในการเดินทางภายในวัด หรือในบางครั้งมีภิกษุที่ประสบอุบัติเหตุ จะต้องใช้รถเข็นหรือเตียงเข็นในการเดินทางโรงพยาบาลได้อย่างสะดวกสบาย...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...การจัดพื้นที่ยังต้องคำนึงถึงสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ อาทิเช่น อุบัติเหตุการหก ล้ม หรือการช็อค ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งหากมีสิ่งอำนวยความสะดวกเช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน เช่น เพล รถเข็น การมียาฉุกเฉิน หรือการมีพื้นที่ที่สามารถรองรับการจอดรถพยาบาลได้ ก็จะช่วยให้ภิกษุที่ได้รับอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันท่วงที มีความปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับภิกษุชราภาพได้...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B3)

“...จำเป็นจะต้องมีที่จอดรถฉุกเฉิน เพราะอาจเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินขึ้นได้เสมอ เพราะภิกษุสูงอายุอาจมีการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุได้ โดยง่าย ด้วยเป็นผลมาจากร่างกายที่ถดถอยลง ทำให้เกิดความอ่อนแอลง ดังนั้นการจัดเตรียมความพร้อมจึงมีความสำคัญที่จะต้องใส่ใจในการดูแลซึ่งกันและกัน...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

“...การจัดพื้นที่โดยรอบยังต้องคำนึงถึงภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยด้วยเช่นกัน เพราะภิกษุชราภาพส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้รถเข็นในการเดินทางไปยังที่ต่างๆ ดังนั้นการสร้างทางเดินที่เป็นพื้นราบจึงมีส่วนช่วยให้สามารถเดินทางอย่างปลอดภัยได้...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

โดยสรุปภาพรวมความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มล้วนเห็นสอดคล้องกัน 3 ทั้งประเด็นที่ว่า สิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย และการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวกเพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ

### 3. ความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ

จากการสัมภาษณ์สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการจัดเสนาสนะ โดยแบ่งออกเป็นประเด็น 3 ดังนี้ 1) ปัญหาสุขอนามัยของเสนาสนะภายในกุฏิที่ไม่เหมาะสม 2) ปัญหาสิ่งสนับสนุนใน

การดูแลรักษาสุขภาพ และ 3) ปัญหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลรักษาสุขภาพ สามารถนำเสนอในรายละเอียด ดังนี้

1) ปัญหาสุขอนามัยของเสนาสนะภายในกุฏิที่ไม่เหมาะสม

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าการจัดเสนาสนะส่วนใหญ่ มีสาเหตุของปัญหาด้านสุขอนามัยที่เกิดขึ้นจากเสนาสนะภายในกุฏิที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะความไม่สะอาด การเก็บของไม่เป็นระเบียบ วางของเกะกะตามทางเดิน มีกลิ่นอับ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ส่งผลกระทบต่อการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...ภิกษุชราภาพส่วนใหญ่จะไม่ค่อยใส่ใจในการรักษาความสะอาดมากนัก ซึ่งอาจเป็นเพราะเป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้การทำความสะอาดจึงเป็นเรื่องที่ยากสำหรับท่าน ดังนั้นภิกษุที่อยู่ร่วมกันในวัดอาจจะต้องช่วยกันดูแลรักษาความสะอาดให้กับท่านด้วย ซึ่งการทำความสะอาดอยู่เสมอ ไม่สะสมสิ่งของหรือวางของเกะกะไม่เป็นระเบียบ เพราะหากวางเกะกะก็อาจจะทำให้หกล้มหรือประสบอุบัติเหตุได้ง่าย และอาจเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของสัตว์มีพิษ เช่น งู ตะขาบ ตะขาบ หรือแหล่งเพาะเชื้อหรือสิ่งสกปรกตามมา ส่งผลต่อสุขภาพและความเสี่ยงเรื่องโรคด้วยเช่นกัน...”

(ภิกษุชราภาพ A1)

“...ปัญหาเรื่องของกลุ่มไม่พึงประสงค์ในห้อง เนื่องด้วยห้องมีห้องน้ำในตัว หากไม่มีหน้าต่างระบายอากาศก็อาจก่อให้เกิดปัญหากลิ่นในห้องพัก และกางวางสิ่งที่ไม่เป็นระเบียบ ซึ่งปัญหาทั้งหมดสามารถแก้ไขได้ด้วยการทำความสะอาดสม่ำเสมอ...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...ปัญหาที่ควรได้รับการดำเนินการและต้องดำเนินการเป็นลำดับแรกคือด้านที่อยู่อาศัยภายในกุฏิให้สะอาด เพราะภายในกุฏิพระภิกษุชราภาพส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านความสะอาด และวางของเกะกะตามพื้นห้อง เพราะท่านไม่ค่อยมีกำลังในการทำความสะอาด และจำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยในการดูแลความสะอาดให้กับท่าน ซึ่งปัญหาดังกล่าวน่าจะเป็นปัญหาสำคัญของภิกษุสูงอายุ ดังนั้นการรักษาความสะอาดจะช่วยให้การดำรงชีวิตประจำวัน มีความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายได้ง่าย...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B1)

“...ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นลำดับแรกคือการถ่ายเทอากาศภายในห้องหรือกุฏิ เพราะในห้องของภิกษุส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่บวม มีกลิ่นอับ เพราะไม่ค่อยเปิดหน้าต่าง หรือหากมีก็จะไม่ค่อยเปิด นอกจากนั้นยังมีการเก็บของไม่เป็นระเบียบ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้อากาศมีกลิ่นอับกลิ่นไม่พึงประสงค์ ไม่เหมาะสมกับการพักผ่อน และอาจก่อให้เกิดความสกปรกในกุฏิที่พักอาศัย...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...ปัญหาสำคัญคือปัญหาเรื่องความสะอาดภายในกุฏิ เพราะภิกษุสูงอายุต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการดูแลกุฏิให้มีความสะอาด เพราะหากพิจารณาแล้วพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีความยากลำบากในการทำความสะอาด หรือการเก็บของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เพราะช่วงวัยของท่านจะก้มเก็บของหรือเดินกวาดขยะก็ไม่สามารถทำได้อย่างปกติ นอกจากนั้นภิกษุบางรูปที่เจ็บป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วย ดังนั้นการให้ความสำคัญด้านความสะอาดของกุฏิจะช่วยสนับสนุน

การดูแลภิกษุชราภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมณภาพของภิกษุแต่ละรูป จะเห็นว่าภิกษุที่สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาวะในห้องของตนเอง เพราะภิกษุมักมีการวางสิ่งของกีดขวาง ทางเดิน และไม่คอยทำความสะอาดเลย ทำให้ภิกษุชราภาพส่วนใหญ่จะประสบอุบัติเหตุหกล้ม หรือ ลื่นล้มในห้องของตนเอง ดังนั้นการปรับปรุงพื้นที่ให้มีความพร้อมในการรองรับภิกษุชราภาพในวัด...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

## 2) ปัญหาสิ่งสนับสนุนในการดูแลภิกษุชราภาพ

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าปัญหาการจัดเสนาสนะส่วนใหญ่ พบว่าเสนาสนะภายในกุฏิส่วนใหญ่ไม่มีสิ่งสนับสนุนในการดูแลภิกษุชราภาพ เช่น โถแบบนั่งยอง ราวจับ สำหรับการลุกยืน พื้นต่างระดับ เป็นต้น หรือแม้แต่อุปกรณ์ในการรักษา และยาสามัญประจำบ้าน ในการดูแลพื้นฐานด้านสุขภาพเบื้องต้น ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...ปัญหาสำคัญที่ต้องดำเนินการก่อนคือการจัดพื้นที่ให้มีความพร้อมในการรองรับภิกษุที่เจ็บป่วย โดยจำเป็นต้องจัดพื้นที่หรือตำแหน่งที่ตั้งของกุฏิที่เหมาะสม เช่น ควรจัดพื้นที่กุฏิให้อยู่ติดถนน สามารถใช้รถเข้าออกได้สะดวก เพื่อใช้ในการเคลื่อนย้ายภิกษุที่ป่วยได้โดยง่าย มีการปรับปรุงภายในและภายนอกกุฏิให้มีความพร้อมในการรองรับภิกษุที่ป่วย...”

(ภิกษุชราภาพ A2)

“...ควรปรับปรุงเสนาสนะให้มีความพร้อมในการดูแลภิกษุชราภาพหรือภิกษุที่เจ็บป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดูแลด้านการจัดอุปกรณ์ในการรักษา และยาสามัญประจำบ้าน ในการดูแลพื้นฐานด้านสุขภาพ...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...ควรให้ความสำคัญและใส่ใจในการจัดและปรับปรุงภายในเสนาสนะเป็นอันดับแรก เพราะภิกษุชราภาพจำเป็นต้องพักอาศัยอยู่ตลอดเวลา ควรจะเป็นสถานที่สะดวก มีอากาศบริสุทธิ์ หรือมีอากาศถ่ายเทได้ดี ...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B3)

“...ปัญหาสำคัญคือการจัดพื้นที่หรือกุฏิรองรับกับ สถานการณ์การเจ็บป่วยของภิกษุชราภาพหรือการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ซึ่งควรมีห้องดูแลให้เป็นสัดส่วนไม่แบ่งแยกตามลำดับสมณศักดิ์ โดยจะต้องจัดพื้นที่ให้เหมาะสม เช่น การสร้างห้องน้ำในกุฏิ ใช้กระบะเบี่ยงที่ไม่ลื่น การปรับพื้นที่ให้เป็นพื้นราบ ไม่ควรมีพื้นต่างระดับ และควรมียาและอุปกรณ์พื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

“...ต้องการให้มีการพัฒนาห้องพักภายในกุฏิ โดยจะต้องสร้างห้องน้ำภายในกุฏิ เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพ เพราะกุฏิของวัดมีแต่ห้องน้ำรวมที่ต้องใช้ด้วยกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความยากลำบากกับภิกษุชราภาพหรือภิกษุที่เจ็บป่วยได้ การสร้างห้องน้ำภายในจะช่วยให้การดูแลตนเองง่ายขึ้น และนอกจากนั้นยังต้องสร้างห้องน้ำที่เหมาะสมด้วย เช่น การใช้ชักโครกแทนการใช้โถแบบนั่งยอง ใช้กระบะเบี่ยงที่ไม่ลื่น และมีราวจับสำหรับการลุกยืน เป็นต้น ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

### 3) ปัญหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลรักษาสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมายล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ารักษาสุขภาพส่วนใหญ่ต้องดูแลตนเองเป็นหลักทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และเป็นสิ่งสนับสนุนให้รักษาสุขภาพที่เจ็บป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยที่ทวีความรุนแรงขึ้น ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...ปัญหาสำคัญคือการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นทุกที่ เพราะรักษาสุขภาพส่วนใหญ่จะต้องเผชิญกับการดูแลตนเองจะไม่ค่อยมีผู้ใดคอยดูแลทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และหากเจ็บป่วยก็ต้องดูแลตนเองเช่นกัน ดังนั้นควรจัดบุคคลดูแลให้เหมาะสมก็จะช่วยให้รักษาสุขภาพ โดยอาจจะต้องขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนในการประสานงานกับอาสาสมัครในชุมชนหรือแพทย์ในชุมชนเพื่อสนับสนุนและดูแลรักษาสุขภาพที่เจ็บป่วยในวัด เพราะการดูแลด้านการเจ็บป่วยจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการดูแล...”

(รักษาสุขภาพ A1)

“...อยากให้มีส่วนช่วยเหลือในบางครั้ง เพราะปัญหาความพิการทางสายตาทำให้จำเป็นต้องมีผู้ช่วยหรือผู้อำนวยความสะดวกในบางครั้ง เช่นในกรณีจะไปรับกิจนิมนต์นอกวัดหรือไปยังที่ต่างๆที่ไม่คุ้นชินจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ หากไม่มีก็อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มหรือลื่นซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับรักษาที่มีความพิการ...”

(รักษาสุขภาพ A3)

“...ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องของการมีระบบช่วยเหลือในการดูแล อยากเสนอให้ทางวัดสนับสนุนเครื่องมือ และทรัพยากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาสุขภาพ และสร้างกลุ่มอาสาสมัครในการดูแล ซึ่งต้องได้รับการอบรมพื้นฐานด้านการดูแลรักษาที่ป่วยได้ เพื่อสามารถดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพ...”

(ผู้ดูแลรักษาสุขภาพ B3)

“...ยังต้องการสนับสนุนให้มีเครือข่ายชุมชน เช่น อสม. โรงพยาบาลชุมชน หรือผู้นำชุมชนในการสนับสนุนความช่วยเหลือในการดูแลรักษาสุขภาพที่เจ็บป่วยที่อาศัยในวัด เพราะการดูแลเป็นเรื่องสำคัญที่จะประคับประคองอาการหรือภาวะความเจ็บป่วยของรักษาสุขภาพ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันที่ว่า การจัดเสนาสนะของรักษาสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบทั้งปัญหาเสนาสนะภายในกุฏิที่ไม่เหมาะสมต่อสุขอนามัย การขาดสิ่งสนับสนุนในการดูแลรักษาสุขภาพ และปัญหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลรักษาสุขภาพ

### 4. ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาการ จัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับรักษาสุขภาพ

ความคิดเห็นต่อประเด็นแนวทางการพัฒนาการ จัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับรักษาสุขภาพ แบ่งออกเป็นประเด็น 3 ประเด็น สามารถนำเสนอในรายละเอียด ดังนี้

1) การสนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแล  
 ศึกษาระชาภาพ ทั้งภายในและภายนอกกุฏิให้มีความพร้อม

กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่  
 เหมาะสมกับศึกษาระชาภาพ จำเป็นต้องให้วัดมีบทบาทในการสนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนา  
 เสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลศึกษาระชาภาพ ทั้งภายในและภายนอกกุฏิให้พร้อมอำนวยความสะดวก  
 เพื่อรองรับการดูแลศึกษาระชาภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็น  
 พิเศษ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...วัดต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับภิกษุสูงอายุที่อยู่ภายใต้สังกัดของวัด ด้วยการ  
 สนับสนุนให้ปรับเสนาสนะทั้งภายในและภายนอก เพื่อรองรับศึกษาระชาภาพทั้งที่ดูแลตนเองได้และไม่  
 สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งการปรับปรุงพื้นที่ให้มีความพร้อม...”

(ภิกษุชาภาพ A1)

“...วัดควรจัดพื้นที่ให้มีความพร้อมทั้งภายในและภายนอกกุฏิ และจะเป็นไปได้ไหมที่จะให้มี  
 การสร้างแบบหรือออกแบบกุฏิที่จะรองรับการดูแลภิกษุชาภาพที่อาศัยในวัด...”

(ภิกษุชาภาพ A2)

“...หากทางวัดสามารถปรับปรุงและพัฒนาภายในและภายนอกกุฏิให้สามารถรองรับกับ  
 ภิกษุชราและภิกษุที่มีความพิการได้เป็นสิ่งที่ดีมาก เพราะจะช่วยให้ภิกษุเหล่านั้นได้รับการดูแล  
 เหมือนกับที่ทางวัดได้สร้างกุฏิที่มีห้องน้ำในตัว ทำให้สะดวกในการดูแลตนเอง มีการสร้างราวจับใน  
 พื้นที่ต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งหากทุกวัดสามารถอำนวยความสะดวกสิ่งเหล่านี้  
 ได้จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของภิกษุชราและภิกษุพิการดีขึ้น สอดคล้องกับสารานุกรม...”

(ภิกษุชาภาพ A3)

“...วัดควรเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสมในการรองรับภิกษุชราภาพในวัด เพราะภิกษุชราภาพใน  
 วัดมีจำนวนเพิ่มขึ้น และหากภิกษุชราภาพประสบอุบัติเหตุหรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้นก็จำเป็นต้องมี  
 การเตรียมความพร้อมในการรับรองสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นยังต้อง  
 ฝึกอบรมให้ผู้ดูแลพระสงฆ์ในวัดให้มีความรู้พื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินด้วย การ  
 เตรียมความพร้อมในจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B2)

“...วัดควรได้รับการสนับสนุนเรื่องการดูแลภิกษุชราภาพในวัด เพราะทางวัดจำเป็นต้อง  
 สร้างกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ ต้องปรับภูมิทัศน์ภายนอกที่เหมาะสม รวมถึงระบบในการ  
 ช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือฉุกเฉิน เปล รถเข็น และยาฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อรองรับการ  
 ดูแลอย่างเหมาะสม...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B3)

“...ต้องมีการจัดเตรียมที่เสนาสนะหรือกุฏิที่สามารถรองรับการดูแลภิกษุชราภาพด้วย เพราะหากเสนาสนะที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลเสียและเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลภิกษุชราภาพใน วัดได้ การปรับปรุงและพัฒนากุฏิทั้งภายในและภายนอกจึงเป็นเรื่องที่ดี...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...ทางวัดควรมีการพัฒนาเสนาสนะหรือกุฏิทั้งภายในและภายนอก โดยภายในกุฏิจะต้องมี ลักษณะที่เหมาะสมกับการพักอาศัยของพระภิกษุชราภาพ ไม่มีบันไดหรือพื้นต่างระดับ มีห้องน้ำในตัว มีความปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง วางของเกะกะ มีความสะอาด มีแสงสว่าง สงบ และอากาศถ่ายเท สะดวก ส่วนด้านนอกกุฏิก็ต้องมีความเหมาะสม มีความสะอาด เป็นพื้นราบ และต้องมีบริเวณสวน ต้นไม้เพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย นอกจากนั้นทางวัดควรมีความพร้อมด้านอุปกรณ์ในการ อำนวยดูแลสุขภาพพื้นฐานให้กับภิกษุ เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย เช่น เครื่องวัดความดัน ชุดปฐม พยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น และควรจัดเสนาสนะหรือกุฏิแยกเป็นบริเวณส่วนหนึ่งสำหรับภิกษุชราภาพ หรือจัดไว้รวมกันเป็นอาคารหลังหนึ่ง เพื่อให้การดำเนินการดูแลและช่วยเหลือได้ง่ายขึ้น มีผู้ดูแลและ ช่วยเหลืออยู่ภายในอาคาร...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

2) การส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจร กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่ เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ จำเป็นต้องส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุ ชราภาพอย่างอย่างครบวงจร และมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสมกับภิกษุ ชราภาพ เพื่อให้เกิดต้นแบบเสนาสนะที่มีความเหมาะสมต่อการดูแลภิกษุชราภาพที่ทุกวัดสามารถนำ แปลนไปปรับใช้ในการพัฒนาเสนาสนะในวัดของตนเองได้ เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลภิกษุชราภาพ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...บางวัดก็ไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องของการออกแบบหรือการปรับพื้นที่ในการรองรับ การดูแลภิกษุชราภาพ ซึ่งอาจจะต้องถอดบทเรียนหรือพิจารณาจากการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ภิกษุ สงฆ์ว่ามีระบบการดูแลแบบใด เพื่อสร้างแบบรูปแบบการสร้างเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ และควรสนับสนุนให้สำนักพุทธกำหนดหน่วยงานหรือองค์กรที่ช่วยสนับสนุนและดูแลภิกษุชราภาพ อย่างครบวงจร...”

(ภิกษุชราภาพ A1)

“...ทุกวัดควรที่จะมีห้องสำหรับไว้ให้ภิกษุชราภาพโดยเฉพาะอย่างน้อย 4 ห้อง เพื่อรองรับ การดูแลภิกษุชราภาพในวัดของตนเอง โดยอาจจะต้องมีการสร้างแบบแปลนในการก่อสร้างเสนาสนะ ที่เหมาะสมในการรองรับการดูแลภิกษุชราภาพในวัด เพื่อเป็นต้นแบบในการสนับสนุนและดูแล...”

(ภิกษุชราภาพ A2)

“...สนับสนุนให้มีองค์กรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลภิกษุ เพราะต้องเข้าใจ หลักพระธรรมวินัยร่วมกับการดูแล เพื่อดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยอาตมาได้รับการดูแลจากโรงเรียน

มูลนิธิคนพิการ จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เด็ก ทำให้มีความรู้อักษรเบล มีการส่งเสริมอาชีพนวดแผนโบราณ การผลิตหัตถกรรม ซึ่งการจัดการเรียนจะสอดคล้องกับความพิการแต่ละประเภท หากสามารถนำแนวคิดนี้มาใช้ในการช่วยเหลือและดูแลภิกษุชราภาพได้ก็จะช่วยให้ภิกษุชราภาพได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามวัย ตามโรค และตามความต้องการที่แท้จริง...”

(ภิกษุชราภาพ A3)

“...ควรมีงบประมาณจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ จัดหามาให้เพียงพอและเหมาะสม ไม่ควรมอบให้เป็นภาระของทางวัดในการรับผิดชอบเป็นหลัก การส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะในการดูแลภิกษุชราภาพ หรือกับบ้านพักคนชราที่เป็นความรับผิดชอบของรัฐในการช่วยสนับสนุนและดูแลชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ กับภิกษุชราภาพก็เช่นกัน ก็ควรสนับสนุนให้มีการสร้างสถานที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจรเช่นกัน...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B1)

“...สนับสนุนให้มีการสร้างศูนย์ในการดูแลภิกษุชราภาพในแต่ละจังหวัดหรือแต่ละชุมชน เพื่อรองรับการดูแลสุขภาพ มีอุปกรณ์พร้อมใช้ รองรับการดูแลภิกษุชราภาพเฉพาะ เพราะการดูแลภิกษุชราภาพมีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล ทั้งจากการให้ยา การดูแลสุขภาพอนามัย และการอำนวยความสะดวกเบื้องต้นมีความจำเป็นที่ต้องใส่ใจต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับภิกษุชราภาพ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...อยากให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีคำสั่งให้ทุกวัดจัดให้มีห้องสำหรับภิกษุชราภาพโดยเฉพาะ อย่างเป็นรูปแบบเดียวกันทุกวัด เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับภิกษุชราภาพ เพราะหากสำรวจจะพบว่าในทุกวัดมีภิกษุชราภาพจำพรรษาอยู่ ดังนั้นถ้าหากสามารถสร้างห้องพักภิกษุชราภาพได้จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพที่ดีให้กับภิกษุชราภาพได้อย่างเหมาะสม...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

“...เสนอให้มีพื้นที่ในการรองรับการดูแลภิกษุชราภาพอย่างน้อยใน 1 จังหวัด ควรมีสถานที่พักรักษาภิกษุชราภาพได้ เพื่อดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจร มีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมกับช่วงวัยที่ต้องการได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตวิญญาณ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

3) การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข อุบาสก อุบาสิกา คนในชุมชน ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพในวัด

กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าแนวทางการพัฒนาการจัดการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ จำเป็นต้องสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข อุบาสก อุบาสิกา คนในชุมชน ผู้นำชุมชน และกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพในวัด เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาชน อุบาสก อุบาสิกาในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพราะจำนวนภิกษุชราภาพก็มีเพิ่มสูงขึ้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายช่วยสนับสนุนและดูแล เพื่อให้เกิดการพัฒนาเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพต่อไป...”

(ภิกษุชราภาพ A1)

“...ต้องมีบุคลากรหรือบุคคลที่จะต้องเข้ามาช่วยเหลือและดูแลภิกษุชราภาพในวัดด้วยและควรมีกุุ่มอาสาสมัครในการดูแล ซึ่งต้องได้รับการอบรมพื้นฐานด้านการดูแลภิกษุที่ป่วยได้ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพ...”

(ผู้ดูแลภิกษุชราภาพ B3)

“...ทางวัดควรจัดหาผู้ดูแลภิกษุชราภาพให้เหมาะสม มีความรู้และความพร้อมในการดูแล ซึ่งหมายถึงการมีทักษะหรือผ่านการฝึกอบรมในการดูแลและการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นมา เพราะภิกษุชราภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและดูแล เพราะด้วยความถดถอยของทางด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองและที่พักได้ ก่อให้เกิดความไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ และอาจจะก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการจัดหาผู้ดูแลช่วยเหลือจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลภิกษุชราภาพ ซึ่งการหาผู้ดูแลอาจจะต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม เช่น กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน อสม.ในชุมชน โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพระสงฆ์ เป็นต้น...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C1)

“...ควรได้รับการสนับสนุน 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคคล และด้านทรัพยากรและงบประมาณในการสนับสนุนและดูแลภิกษุชราภาพในแต่ละเขตพื้นที่หรือแต่ละวัด 1. การสนับสนุนด้านบุคคล ควรมีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐและเอกชน โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลในชุมชน ตลอดจนองค์กรส่วนท้องถิ่น สำนักงานพระพุทธศาสนาประจำจังหวัดในการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล หรือส่งบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลภิกษุชราภาพประจำชุมชนมาให้บริการและดูแลภิกษุชราภาพที่วัด และ 2. การสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณ โดยจะต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีการสร้างเสนาสนะหรือกุฏิที่มีความพร้อมในการดูแลภิกษุชราภาพภายในวัด...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C2)

“...จะต้องมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ โดยเฉพาะกรณีที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลต่อเนื่อง เช่น ภิกษุที่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน หรือเป็นอัมพาต จำเป็นต้องขอความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลต่อเนื่องที่วัดด้วย การจัดพื้นที่เสนาสนะให้มีความพร้อมในการดูแลจึงเป็นสิ่งที่วัดต้องสนับสนุนและช่วยเหลือ...”

(ผู้เชี่ยวชาญ C3)

โดยสรุปกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกันที่แนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ แบ่งออกเป็นประเด็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1. สนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ 2. ส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบ และมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสมกับภิกษุชราภาพ และ 3. สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพ

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Method Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเสนาสนะ การหารูปแบบการจัดการเสนาสนะ และพัฒนารูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของภิกษุ

ภิกษุร้อยละ 37.50 มีอายุอายุ 51 – 60 ปี มีสถานที่จำวัดของภิกษุคือวัดพระปฐมเจดีย์ราชวรมหาวิหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.00 จำนวนพรรษาของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 47.50 มีจำนวนพรรษาระหว่าง 1 – 10 พรรษา ระดับการศึกษาของภิกษุร้อยละ 27.50 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรี ระดับการศึกษาในทางพระพุทธศาสนาของภิกษุร้อยละ 17.50 มีระดับการศึกษาระดับเปรียญธรรม 3 ประโยค

##### 5.1.2 การประเมินสุขภาพตนเอง

การประเมินสุขภาพตนเองเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีสุขภาพที่แข็งแรง ค่าใช้จ่ายของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.00 มีที่มาจากที่อื่นๆ เช่น ญาติโยมอุปถัมภ์ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 57.50 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ สำหรับการมีโรคประจำตัวของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 35.00 ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรค การเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 87.50 มีความสะดวกในการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ และร้อยละ 80.00 ไม่มีผู้ดูแล และร้อยละ 80.00 ไม่มีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุในการจำวัด อย่างไรก็ตามลักษณะของอุบัติเหตุที่ส่วนใหญ่พบปรากฏว่าร้อยละ 80.00 มีลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ฝนตกพื้นลื่น ทางต่างระดับ รางน้ำ แสงสว่างไม่พอ อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน โดยอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือบริเวณภายนอกกุฏิสามารถเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยที่สุด ร้อยละ 85.00

##### 5.1.3 ประเมินตนเองด้านการจัดการเสนาสนะ

การประเมินตนเองด้านการจัดการเสนาสนะ แบ่งผลการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การจัดการเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ และ 2) การจัดการเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพ สามารถสรุปแต่ละด้าน ดังนี้

1) การจัดการเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพ ประกอบด้วย (1) บริเวณกุฏิ (2) บริเวณห้องนอน และ (3) บริเวณห้องน้ำ

(1) บริเวณกฏฏ การจัดเสนาสนะภายในกฏฏของภิกษุชราภาพ พบว่าลักษณะของกฏฏส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.00 มีลักษณะเป็นสองชั้น ภายในกฏฏส่วนใหญ่ร้อยละ 57.50 มีพรมเช็ดเท้าภายในกฏฏ ในด้านการมีธรณีประตูพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 42.50 ไม่มีธรณีประตูภายในกฏฏ ร้อยละ 47.50 ที่เป็นพื้นต่างระดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 ไม่มีเครื่องมือขอความช่วยเหลือ และร้อยละ 50.00 ไม่มีการวางสิ่งของเกะกะทางเดิน

(2) บริเวณห้องนอน การจัดเสนาสนะภายในกฏฏของภิกษุชราภาพ บริเวณห้องนอนส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.50 มีลักษณะของบริเวณห้องนอนอยู่ชั้น โดยร้อยละ 82.50 ไม่เปิดหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ ภายในห้องนอนมีปลั๊กไฟและสวิชต์ไฟทุกหลังร้อยละ 100.00

(3) บริเวณห้องน้ำ การจัดเสนาสนะภายในกฏฏของภิกษุชราภาพ บริเวณห้องน้ำ พบว่าลักษณะของโครงสร้างของห้องน้ำส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 เป็นห้องน้ำอยู่ห้องเดียวกัน ที่ตั้งของห้องน้ำ ร้อยละ 50.00 มีสถานที่ตั้งอยู่นอกกฏฏ ภายในห้องน้ำร้อยละ 45.00 ไม่มีการวางของเกะกะบนพื้น ร้อยละ 37.50 มีพรมเช็ดเท้า/ผ้าเช็ดตัวในห้องน้ำ ร้อยละ 47.50 ใช้โถสุขภัณฑ์แบบชักโครก ไม่มีราวจับ ร้อยละ 45.00 มีภาชนะ/อุปกรณ์ในการรองน้ำที่เป็นถังพลาสติกในห้องน้ำ ร้อยละ 47.50 ใช้ภาชนะตักอาบ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 มีปลั๊กไฟภายในห้องน้ำ ร้อยละ 85.00 มีการเดินสายไฟภายในห้องน้ำที่ไม่เกะกะทางเดิน และส่วนใหญ่ร้อยละ 90.00 มีสวิชต์ไฟภายในห้องน้ำ

#### 2) การจัดเสนาสนะภายนอกกฏฏของภิกษุชราภาพ

การจัดเสนาสนะภายนอกกฏฏของภิกษุชราภาพ พบว่าร้อยละ 47.50 มีลักษณะทางเดินที่เป็นคอนกรีต ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 ระบุว่าสภาพของพื้นทางเดินรอบบริเวณกฏฏมีลักษณะที่ดีอยู่แล้ว และส่วนใหญ่ร้อยละ 55.00 ไม่มีสิ่งกีดขวางบริเวณทางเดิน ในด้านการสะสมสิ่งของพบว่าร้อยละ 50.00 มีบ้างที่มีการสะสมสิ่งของรอบบริเวณกฏฏ อย่างไรก็ตามทางเดินลาดชันพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 67.50 ไม่มีบริเวณกฏฏที่มีทางเดินลาดชัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 57.50 มีบ้างที่มีต้นไม้บริเวณกฏฏ

#### 5.1.4 รูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ

ผลจากการศึกษารูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพโดยการสัมภาษณ์สามารถสรุปประเด็นได้ 4 ด้านประกอบด้วย 1) การจัดเสนาสนะภายในกฏฏของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม 2) การจัดเสนาสนะภายนอกกฏฏของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม 3) ปัญหาการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ และ 4) แนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ

1) การจัดเสนาสนะภายในกฏฏของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 ประเด็นที่ว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายในกฏฏที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการดูแลเสนาสนะภายในกฏฏให้มีความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ และการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ

2) การจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 3 ประเด็นที่ว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย และการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ

3) ปัญหาการจัดเสนาสนะให้กับภิกษุชราภาพ พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าปัญหาการจัดเสนาสนะของภิกษุชรา ที่สำคัญมี 3 อย่างคือ ปัญหาสุขอนามัยของเสนาสนะภายในกุฏิที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสิ่งสนับสนุนในการดูแลภิกษุชราภาพ และปัญหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลภิกษุชราภาพ

#### 5.1.4 แนวทางการพัฒนาเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ

แนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันต่อแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ แบ่งออกเป็นประเด็น 3 ประเด็น ดังนี้ (1) สนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ หรือมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสม (2) ส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจร (3) สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยความอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพ

## 5.2 การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพตนเองเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีสุขภาพที่แข็งแรง ค่าใช้จ่ายของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.00 มีที่มาจากที่อื่นๆ เช่น ญาติโยมอุปถัมภ์ การประเมินตนเองเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพียงพอหรือไม่ของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 57.50 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ การประเมินตนเองเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว การประเมินตนเองเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 35.00 ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยารักษาโรค การประเมินตนเองเกี่ยวกับการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพของภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 87.50 มีความสะดวกในการเข้าถึงหน่วยงานสุขภาพ การประเมินตนเองเกี่ยวกับการมีผู้ดูแลภิกษุส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 ไม่มีผู้ดูแล การประเมินตนเองเกี่ยวกับการมีประสบการณ์การ

ได้รับอุบัติเหตุในการจำวัดส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 ไม่มีประสบการณ์ได้รับอุบัติเหตุในการจำวัด การประเมินตนเองเกี่ยวกับลักษณะของอุบัติเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 80.00 มีลักษณะของอุบัติเหตุที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ฝนตกพื้นลื่น ทางต่างระดับ รางน้ำ แสงสว่างไม่พอ อุปกรณ์ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน และการประเมินตนเองเกี่ยวกับบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุดร้อยละ 85.00 เห็นว่าบริเวณภายนอกภูมิสามารถเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของวงจรียา อินทรศรีศรี และคณะ (2560, น.75-76) ที่ได้ศึกษาการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่าบ้านผู้สูงอายุที่เข้าทำการสำรวจ 725 หลังคาเรือน พบว่าการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) โดยการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินโครงการผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 17.8 หกล้มมากที่สุดร้อยละ 70.0 ขนวัตถุสิ่งของร้อยละ 14.5 ถูกวัตถุหรือของที่มีคมบาดร้อยละ 2.7 เกิดอุบัติเหตุภายในบ้านร้อยละ 44.5 ภายนอกบ้านร้อยละ 55.5 ในห้องนอนร้อยละ 30.9 ห้องน้ำ ร้อยละ 14.5 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเกิดคือ พื้นลื่นร้อยละ 26.4 ความประมาทร้อยละ 25.5 และพื้นทางเดินต่างระดับร้อยละ 14.5 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุคือช่วงกลางวันมากที่สุด ร้อยละ 40.0 อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 60.0 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของอาหารและสุขภาพ แต่ด้านสิ่งแวดล้อมไม่ค่อยได้ดูแลมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการทำความสะอาดบ้านการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องดูแลปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยซึ่งเมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2560 (น.59) จะพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มสูงขึ้นและสัดส่วนของครัวเรือนที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงร้อยละ 11 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับการส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุให้ชัดเจนมากขึ้น ความเหมาะสมของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยเหมาะสมกับสภาพร่างกายจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะกิจกรรมหลักในบ้าน ได้แก่ การนอน และการเข้าห้องน้ำ ซึ่งมีความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุคือ การหกล้มหรือพลัดตกบันได ดังนั้นสถานที่ตั้งของห้องนอนจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญของความเหมาะสม และอีกที่หนึ่งที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสำหรับผู้สูงอายุคือห้องน้ำ ลักษณะของส้วมที่เหมาะสมกับสรีระของผู้สูงอายุคือแบบนั่งห้อยขา ในอดีตส้วมในประเทศไทยโดยเฉพาะในต่างจังหวัดเป็นส้วมแบบนั่งยองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่เหมาะกับผู้สูงอายุเนื่องจากมีความลำบากในการลุกนั่ง แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นแต่ก็ยังมีผู้สูงอายุเกือบครึ่งที่ยังใช้ส้วมแบบนั่งยอง

## วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษารูปแบบเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของ ภิกษุชราภาพในสังคมไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพ พบว่าการจัดเสนาสนะภายในกุฏิของภิกษุชราภาพที่เหมาะสม ผลการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่มล้วนมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 2 ประเด็นที่ว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายในกุฏิที่

เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการดูแลเสนาสนะภายในกุฏิให้มีความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีอากาศถ่ายเทสะดวก และมีความสว่าง เพื่อให้เหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ และการส่งเสริมให้มีสิ่งสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพ เพื่ออำนวยความสะดวก ลดการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับภิกษุชราภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนีย์ เครานวล (2563) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.2 ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องประจำ ร้อยละ 50 ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ในการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ การได้รับการดูแลในระดับมากด้านร่างกายของผู้สูงอายุ คือการอยู่ในที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและเหมาะสม ได้รับการดูแลความสะอาดร่างกาย ได้รับการมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มของใช้ส่วนตัว เป็นพื้นฐานความจำเป็นของปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องสบายตัว ไม่หลวมหรือคับจนเกินไป เนื้อผ้าสบาย ระบายอากาศได้ดี บริเวณที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมดี สะอาด อากาศดี ปลอดภัยต่อชีวิต มีความต้องการได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ต้องการได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะผู้สูงอายุต้องการได้รับบริการที่สะดวก รับรู้ ผลข้างเคียงของยา ผลของการรักษา และการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ

สิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดเสนาสนะภายนอกกุฏิที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ คือการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความสะอาด เป็นระเบียบ เป็นพื้นลาด มีไฟสว่าง เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับภิกษุชราภาพ การสร้างภูมิทัศน์โดยรอบนอกเสนาสนะให้มีความร่มรื่น เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ดีเหมาะแก่การพักอาศัย และการจัดพื้นที่รอบนอกเสนาสนะให้มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับการดูแลภิกษุชราภาพที่เจ็บป่วยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลพิเศษ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดร.ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง และคณะ (2557) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นมากที่สุดรองลงมาคือ ปัญหาการเคลื่อนไหวนั้น จึงได้ดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในวัด บริเวณห้องน้ำทั้งวัดแก้วน้อยและวัดราษฎร์ศรัทธา ซึ่งได้คำนึงถึงพื้นที่ที่พระสงฆ์ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด รวมถึงมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุพบว่า ความรู้ต่อการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุของพระสงฆ์วัดแก้วน้อย และวัดราษฎร์ศรัทธา หลังเข้าร่วมการอบรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรมทุกข้อ ดังนั้นการพัฒนาหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ และการออกแบบ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพจำเป็นต้องปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับภิกษุผู้สูงอายุและภิกษุผู้พิการที่จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย

จากผลการวิจัยพบว่าแนวทางการพัฒนาการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ แบ่งออกเป็นประเด็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย (1) สนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ (2) ส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างอย่างครบวงจร หรือมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสม และ (3) สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพ ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามประเด็นดังนี้

(1) การเสนอรูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทยด้วยการสนับสนุนให้มีการปรับปรุงและพัฒนาเสนาสนะให้เหมาะสมสอดคล้องกับการดูแลภิกษุชราภาพ ถือได้ว่าเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดเสนาสนะให้มีความสอดคล้องกับการพักอาศัยของภิกษุชราภาพ โดยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเสนาสนะทั้งภายในและภายนอกกุฏิให้มีความพร้อมในการรองรับภิกษุชราภาพ และภิกษุที่อาพาธสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระมหาราชเชนทร์ เขมาสโร (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาแนวทางการอุปัฏฐากภิกษุใช้ในพระพุทธศาสนา ผลการศึกษาผู้วิจัยได้จำแนกแนวทางออกเป็น 2 ส่วนคือ 1.แนวทางการอุปัฏฐากภิกษุใช้ทางด้านร่างกาย และ 2. แนวทางการอุปัฏฐากภิกษุใช้ทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นการจัดเตรียมสถานที่หรือเสนาสนะให้มีความพร้อมมีส่วนในการสนับสนุนการดูแลและช่วยเหลือภิกษุที่ใช้ในทางพระพุทธศาสนาได้อีกทั้งยังสามารถรองรับกับการดูแลภิกษุที่ชราภาพได้ด้วยเช่นกัน และยังมีมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ วจริยา อินทร์ศรีมี และคณะ (2560, น.75-76) ที่ได้ศึกษาการเรียนรู้อารมณ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่าการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา วางแผนเพื่อแก้ปัญหา การจัดอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดทำสัญญาใจของผู้ดูแลและจัดเวทีแลกเปลี่ยนรู้ผลการศึกษาพบว่าการนำความรู้ไปดำเนินการปรับปรุงบ้านผู้สูงอายุ เช่น การจัดซื้อพรมเช็ดเท้าใหม่ เปลี่ยนโถสุขภัณฑ์เป็นนั่งราบ การจัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำโครงการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562, น.1-2) ที่ได้จัดทำคู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด จากการศึกษาพบว่าการจัดสภาพแวดล้อมในวัดให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เริ่มเสื่อมลงตามอายุ ซึ่งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัดให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมภายในวัดร่วมกับชุมชนของผู้สูงอายุ จึงเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม และความ

ปลอดภัยให้แก่พระภิกษุสงฆ์ สามเณร ผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป โดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆในบริเวณพื้นที่วัดให้มีความเหมาะสม ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนองค์ความรู้แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้แก่พระภิกษุสงฆ์ สามเณรและประชาชน เพื่อนำไปพัฒนาวัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีต่อไป

(2) การเสนอรูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทยด้วยการส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจร และมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะให้มีความเหมาะสมกับภิกษุชราภาพ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาเสนาสนะที่มีความเหมาะสมกับการพักอาศัยของภิกษุ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวข้างต้นถือเป็นการสนับสนุนการดูแลภิกษุชราภาพที่มีปัญหาด้านสุขภาพโดยตรงทั้งที่เป็นภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการดูแลจากที่มีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของภิกษุชราภาพที่ว่า “สนับสนุนให้มีองค์กรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลภิกษุ เพราะต้องเข้าใจหลักพระธรรมวินัยร่วมกับการดูแล เพื่อดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยอาตมาได้รับการดูแลจากโรงเรียนมูลนิธิคนพิการ จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เด็ก ทำให้มีความรู้อักษรเบล มีการส่งเสริมอาชีพนวดแผนโบราณการผลิตหัตถกรรม ซึ่งการจัดการเรียนจะสอดคล้องกับความพิการแต่ละประเภท หากสามารถนำแนวคิดนี้มาใช้ในการช่วยเหลือและดูแลภิกษุชราภาพได้ก็จะช่วยให้ภิกษุชราภาพได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามวัย ตามโรค และตามความต้องการที่แท้จริง” นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรชัย วีระเมธีกุล (2561) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ศึกษา เฉพาะกรณีที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ของภาคธุรกิจเอกชน ผลการศึกษาพบว่าหาแนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตของภาคธุรกิจ เอกชนในรูปแบบที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ มีหลากหลายรูปแบบและหลายระดับราคา ได้แก่ โครงการที่มีโมเดลธุรกิจเป็นการขายสิทธิในการเข้าอยู่อาศัยตลอดชีวิต และโครงการอสังหาริมทรัพย์เพื่อขายโดยเน้นให้ออกแบบให้บ้านมีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจากการวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการพัฒนาที่อยู่อาศัยในอนาคตให้ความสำคัญกับทางด้านกาย จิต และสังคมเข้าด้วยกัน และหากพิจารณาความสัมพันธ์กับจัดเสนาสนะให้เหมาะสมการดูแลภิกษุชราภาพก็จำเป็นต้องใส่ใจและให้ความสำคัญในการจัดการดูแลแบบองค์รวมด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับแนวความคิดเรื่อง “วัดส่งเสริมสุขภาพ” มีจุดมุ่งหมายเพื่อ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ บุคลากรในวัด ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวที่มาร่วมทำกิจกรรมในวัด อีกทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำนุบำรุงพัฒนาวัดเพื่อเป็นการสืบทอดพระพุทธศาสนา โดยบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับศิลปวัฒนธรรมในความเป็นวัด โดย มีคุณสมบัติการดำเนินงาน 5 ร. คือ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต(วิญญูณ) และชาวประชาร่วมพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในวัดถือเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของสุขภาพร่วมสร้าง เพื่อเป็นการดูแลการดูแลสุขภาพบุคลากรในวัด การดูแล

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกาย และระบบดูแลและส่งเสริมเมื่อเจ็บป่วย เพื่อให้การดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งประเด็นส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(3) การเสนอรูปแบบการจัดเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทยด้วยการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพในการขับเคลื่อนการให้ความช่วยเหลือภิกษุชราภาพในสังคม การแสวงหาความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งจากบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพภิกษุชราภาพในวัด ซึ่งรูปแบบในลักษณะดังกล่าวสามารถปรับใช้ให้สอดคล้องกับภิกษุชราภาพใน 3 ลักษณะ คือ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเองได้ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว สามารถดูแลตนเองได้ และ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลและฟื้นฟูภิกษุชราภาพเป็นทัศนะในเชิงการบูรณาการ (Integrated Perspective) ซึ่งมองว่า วิถีทางที่จะทำให้ภิกษุชราภาพได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถดำรงวิถีปฏิบัติของภิกษุได้อย่างสมบูรณ์ โดยรูปแบบดังกล่าวข้างต้นมุ่งเน้นความร่วมมือเป็นสำคัญในการสนับสนุนและดูแลภิกษุชราภาพครอบคลุมทุกมิติ ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การปรับพื้นที่ที่สอดคล้องกับวิถี/การดำเนินชีวิตประจำวันของภิกษุชราภาพ การสนับสนุนในด้านการอยู่อาศัยที่เหมาะสมตามช่วงวัย การสร้างเครือข่าย ความร่วมมือทางสุขภาพจากความร่วมมือของบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ และการสร้างบุคคลที่จะสามารถดูแลภิกษุชราภาพ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของภิกษุชราภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดร.โอฬาร ถิ่นบางเตียว และคณะ (2560, น.43-45) ได้ศึกษาในประเด็นการถอดบทเรียนโครงการนวัตกรรมการต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีการถอดบทเรียนโครงการ นวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาวะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ (Excellent Happy Home Ward) ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เป็นโครงการที่ได้รับรางวัลพระปกเกล้าด้านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับรางวัลด้านการเสริมสร้างเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมประจำปี 2559 ซึ่งมีการบริหารงานที่เป็นเลิศ กิจกรรมการดำเนินงานและกระบวนการแบ่งเป็นบทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการ และบทบาทของประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สืบเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโครงการ Home Ward มีบทบาทหน้าที่ในการลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านทุกหลังคาเรือน และพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข เช่น ขาดแคลนอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำเนินชีวิต พื้นที่บ้านมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สภาพแวดล้อมของบ้านไม่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้บางบ้านของผู้ป่วยอากาศถ่ายเทไม่สะดวกในห้องผู้ป่วย ไม่มีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ จึงนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมบ้าน

ต้นแบบสุขภาพะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุขึ้น โดยเทศบาลตำบลเขาพระงาม มีการบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นเครือข่ายการทำงาน ใช้ชุมชนเป็นฐาน ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการ โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และภาคเอกชน จัดทำโครงการ “นวัตกรรมบ้านต้นแบบสุขภาพะ” สร้างระบบการดูแลระยะยาวที่บ้าน (Long Term Care) ยกระดับเป็นบ้านต้นแบบสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (Excellent Happy Home Ward) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดการบริหารจัดการที่สำคัญจะมุ่งเน้นไปที่การให้บริการ การประยุกต์ใช้การบริหารงานโครงการบ้านต้นแบบสุขภาพะให้มีมาตรฐานการบริการ ได้แก่ การมีบุคคลที่ชำนาญงาน มีฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ มีมาตรฐานในลักษณะเดียวกัน และวัฒนธรรมการให้บริการที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วยและยินดีที่จะทำงานในทุกรูปแบบกรณี นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดการจัดบริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based) กล่าวคือ การให้ชุมชนรู้สึกถึงการมีบทบาทในชุมชน มีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหา ให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและพึ่งพิงตนเองให้มากที่สุด เพื่อลดปัญหาความหนาแน่นของโรงพยาบาล และการทอดทิ้งผู้สูงอายุให้รู้สึกโดดเดี่ยว หมดหวัง ซึ่งทางเทศบาลตำบลพระงามกำลังจะสร้างให้เมืองที่ผู้สูงอายุมีความสุขในการมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีความสุขด้วยชุมชน และการเชื่อมความสัมพันธ์ของทุกวัย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวภา พรศิริพงษ์, ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ และยงยุทธ บุราสิทธิ์ (2557, น.100-125) ที่ศึกษาเกี่ยวกับวัดในพุทธศาสนากับความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความพร้อมผู้สูงอายุ พระสงฆ์จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้วยเช่นเดียวกัน เพราะถึงแม้การดำเนินงานที่ผ่านมา วัดไม่ได้เน้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ แต่กลุ่มผู้สูงอายุก็เป็นกลุ่มที่มาวัดและคุ้นเคยกับวัดมากที่สุด เมื่อวัดจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพะของผู้สูงอายุพระสงฆ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ให้มากขึ้นเพื่อสะดวกในการทำงานกับผู้สูงอายุได้อย่างสอดคล้องตรงกับความต้องการ นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนการสร้างเครือข่ายระหว่างวัดผลการศึกษาพบว่าวัดส่วนใหญ่มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในระดับชุมชนค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โรงเรียน และชุมชน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับวัด เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมของวัดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาทิ มีห้องน้ำที่เป็นชักโครกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การมีทางลาด หรือมีบันไดที่ไม่ลาดชัน และไม่แคบเกินไป สะอาด ร่มรื่นด้วยการปลูกต้นไม้ มีบรรยากาศที่สงบเงียบเหมาะกับการปฏิบัติธรรมและปฏิบัติกิจทางศาสนา เป็นต้น

## 5.3 ข้อเสนอแนะ

### 5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติต้องเข้ามาจัดสวัสดิการด้านการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับการดูแลภิกษุชราภาพ และส่งเสริมให้เกิดนโยบายเรื่องการพัฒนาเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างสุขภาวะพระสงฆ์ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

2. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรส่งเสริมให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลภิกษุชราภาพอย่างครบวงจร และมีการสร้างแบบหรือออกแบบเสนาสนะที่มีความเหมาะสมกับภิกษุชราภาพ

3. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายการดูแลภิกษุชราภาพในวัด ด้วยการอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนการดูแลภิกษุชราภาพในการขับเคลื่อนการให้ความช่วยเหลือภิกษุชราภาพในสังคม

4. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรส่งเสริมการหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลภิกษุชราภาพ และสร้างเครือข่ายอาสาสมัครในการผู้ดูแลภิกษุชรา เพื่อสร้างมาตรฐานการให้ความช่วยเหลือภิกษุชราภาพในสังคม

5. ภาครัฐควรผลักดันให้เกิดความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งจากบ้าน วัด โรงเรียน ชุมชน และหน่วยงาน/องค์กรทางสุขภาพ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพภิกษุที่ชราภาพในวัด โดยใช้หลักแนวคิดการจัดบริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based)

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับภิกษุชราภาพ โดยกำหนดกลุ่มเฉพาะที่ชัดเจน อาทิเช่น กลุ่มภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวสามารถดูแลตนเองได้ และ ภิกษุชราภาพที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว และไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นต้น

2. ควรศึกษาในมิติของการสร้างแบบแปลนที่เหมาะสมกับการสร้างเสนาสนะที่เป็นต้นแบบในการดูแลภิกษุชราภาพ

## บรรณานุกรม

### 1) ภาษาไทย

#### 1) หนังสือ

- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ปี 2556. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2545). การบริหารสุขภาพจิตกับภัยรอบตัว. นนทบุรี: สนุกอ่าน.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538) สรีรวิทยาของมนุษย์ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการพิมพ์.
- นภาพรณ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโณทัย. (2552). ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรามหาวิทยาลัยมหิดล
- ศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชการพิมพ์.
- ศรีทัฬหิม พานิชพันธ์ (2534) ความรู้พื้นฐานทางสังคมสงเคราะห์, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สมศักดิ์ ชุมทรัพย์. (2552). การสื่อสารเพื่อสุขภาพ: จุดคานงัดเพื่อสร้างสัมมาทิฐิ. ในศตวรรษใหม่ของ การสื่อสารเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: โครงการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2560). ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . (2552). คู่มือ วัดสะอาด ฆราวาส สุขใจ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์ จำกัด

#### 2) รายงานวิจัย

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานภาวะวิกฤติเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะผู้จัดทำรายงานประจำปี พ.ศ.2556 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คป.) ใน

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานของ สช. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, วารี กังใจ และ ชมนาด สุ่มเงิน. (2557). การพัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุ. คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วจรียา อินทรรัศมี และคณะ. (2560). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
- วันวิสา ชนะสิทธิ์. (2563). รายงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ยะลา : มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด มหาชน.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (PRC). (2564). รายงานการวิจัยประชากรสูงวัยในประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชัยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เครานวล, อนงค์ภัทร์ ประสิทธิ์ภัทรเวช, อนงค์ ภิบาล, อามีเนาะ มะทา, รจรีย์ คล้ายนิม, จำลอง เครานวล,วันวิสา ชนะสิทธิ์. (2563). รายงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. ยะลา : มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- ไอฟาร ถิ่นบางเตียว และคณะ (2560) ถอดบทเรียนโครงการนวัตกรรมต้นแบบสุขภาพะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. การวิจัยการบริหารงานที่เป็นเลิศขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปี 2560 เพื่อศึกษาวิจัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับรางวัลพระปกเกล้า ประจำปี 2559. กรุงเทพมหานคร :สถาบันพระปกเกล้า.

### 3) วิทยานิพนธ์

- ฉัตรชัย วีระเมธีกุล. (2559). แนวทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ศึกษาเฉพาะกรณีที่อยู่อาศัยแบบสร้างสรรค์ของภาคธุรกิจเอกชน. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- นนทิญา อังกินันท์. (2546). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยกรุงเทพมหานคร. หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาไทยศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏธนบุรี.

พระครูวิชิตกิจจาภิวัฒน์ (จนทโชโต). (2560). พรหมวิหาร : ธรรมแนวทางการแก้ไขความขัดแย้งของสังคมไทย. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการเชิงพุทธ. พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระมหาราชเชนทร์ เขมาสโก. (2561). ศึกษาแนวทางการอุปฐากภิกษุไข้ในพระพุทธศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระครูวิชิตกิจจาภิวัฒน์ (จนทโชโต). (2560). พรหมวิหาร : ธรรมแนวทางการแก้ไขความขัดแย้งของสังคมไทย. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาการจัดการเชิงพุทธ. พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

วัชพล ประสิทธิ์ก้อนแก้ว (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. (2541). ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

#### 4) บทความ

จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์, (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, หน้า 88-98.

ดารารวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, จิตติยา สมบัติบุรณ์. (2559). อุปัตติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(1), 123-138.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). ประเด็นจริยธรรม: การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ. วารสารรามาชิตีสาร, 6(1) 2-5.

เสาวภา พรสิริพงษ์, ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ และยงยุทธ บุราสิทธิ์.(2557). วัดในพุทธศาสนากับความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ. วารสารภาษาและวัฒนธรรมปีที่ 33 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2557). น.100-125

#### 5) เว็บไซต์

กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2566 จาก <http://www.dms.go.th>

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). โภชนาการสำหรับเด็กวัยเรียน/วัยรุ่น. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2566 จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th>.

- สำนักกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NESDC). (2559). รายงานการคาดการณ์ประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2566 จาก <https://population.un.org>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2551). สภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2566 จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/servstat.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). แผนหลัก สสส. 2561-2563 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2566, จาก <http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/16191>

## 2) ภาษาต่างประเทศ

- Eliopoulos GM. Vancomycin-resistant enterococci: Mechanism and clinical relevance. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11:851-65.
- Luckenotte, A. G. (1996). *Gerontologic Nursing*. St. Louis : Mosby-Year Book.
- Eliopoulos, 1999, pp. 367-368;) Steiner & Marcopulos, 1998; Stuart, 1998 cited in Luckenotte, 2000, p. 260; Valente, 1994 cited in Holony, Waszynski, & Lyder, 1999, p. 477
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Eliopoulos GM. Vancomycin-resistant enterococci: Mechanism and clinical relevance. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11:851-65.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active aging, a policy framework*. A
- Yurick, A. G., & et al. (1984). *The aged person and the nursing process* (2nd ed.). Appleton-Century-Crofts

ภาคผนวก



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๕๗, ๑๑๔๘

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๙

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

### นมัสการ/เรียน

ตามที่ คณะกรรมการวิจัย สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ในการประชุมคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง "รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย" โดยมีนางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดิฉันในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัย/นักวิจัย จึงขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ในวัดของท่านเพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนา รูปแบบการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพต่อไป

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ฉันดี ไพฑูริย์กุล  
นาย พัฒน์ พลศรีรุ่งโรจน์

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๕๗, ๑๑๔๘

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๙

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

### นมัสการ/เรียน

ตามที่ คณะกรรมการวิจัย สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ในการประชุมคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมีนางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดิฉันในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัย/นักวิจัย จึงขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ในวัดของท่านเพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนา รูปแบบการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพต่อไป

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

วิมลทิพย์  
(มหาบัณฑิต)

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน พระมิ่งเกล้า จี๓ชโย

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ปิ่นดี ไช้หอมล สัมภาษณ์  
พระมิ่งเกล้า จี๓ชโย

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในกรณี เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

สม.ก.สังฆราช  
รณ.คณบดี

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

จงร.๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘  
(หญิงฉันทนา ใจดี) (ผู้เขียนของใบสัมภาษณ์)

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ ฮว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

### นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

นร. ๒๐๓ ๒๗๗  
 (๐๗ ตุลาคม)  
 พ.ศ. ๒๕๖๖

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
 หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙  
 ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘ วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖  
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

### นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ณัฐชยา กำแพงแก้ว

ณัฐชยา กำแพงแก้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)

หัวหน้าโครงการวิจัย

ท.ร. ๓๐๖ ๕๕๑๑๑ ๓๕๑๑๑



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
 อว.๗๙๐๘/ว  
 ๕

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
 หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

### นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย

อนุเคราะห์

ทศพรวิมลคุณากร



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๕๗, ๑๑๔๘

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๙

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

### นมัสการ/เรียน

ตามที่ คณะกรรมการวิจัย สถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ในการประชุมคณะกรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยญาณสังวร ครั้งที่ ๖/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมีนางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้งานวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามที่กำหนดไว้ ดิฉันในฐานะหัวหน้าโครงการวิจัย/นักวิจัย จึงขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ในวัดของท่านเพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนา รูปแบบการจัดเสนาสนะที่เหมาะสมกับการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพต่อไป

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย

ยื่นสำเนาข้อมูล

ทนาย สิทธิพรค์ คุ้มทองพวง



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

ณพ.เจษิตะ  
พระมหาสุวัฒน์ ฐาโณ

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

อนึ่ง/ตราไว้  
พร. วนาพิลาภ วัฒนวิ

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะสังคมศาสตร์ โทร. ๑๑๔๘, ๑๑๔๙

ที่ อว ๗๙๐๘/ว ๑๓๓๘

วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้สัมภาษณ์

### นมัสการ/เรียน

ด้วย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้อนุมัติให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการจัดการเสนาสนะเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพของภิกษุชราภาพในสังคมไทย” โดยมี นางสาวณัฐชยา กำแพงแก้ว อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิตเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยดังกล่าวสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ท่านให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวิจัย

จึงนมัสการ/เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์

อนุเดชาทร์ พระมทา ศีลธรรมาญ โภคณาจารย์

ณัฐชยา กำแพงแก้ว  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐชยา กำแพงแก้ว)  
หัวหน้าโครงการวิจัย

## ประวัตินักวิจัย

- ชื่อ - สกุล** : ญัฐชยา กำแพงแก้ว
- ตำแหน่ง** : อาจารย์ประจำคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
- การศึกษา**
- พ.ศ. 2549 : ศศ.บ. ศิลปศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
  - พ.ศ. 2554 : สส.ม. สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประวัติการทำงาน** : อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
- หน่วยงานและสถานที่ที่ติดต่อได้สะดวก**
- คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย เลขที่ 248 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ตำบลศาลายา อำเภอศาลายา จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 02-444-6000 ต่อ 1147,1148 โทรสาร 02-444-6080
- ผลงานวิชาการ**
- ผศ.ชานนท์ โกมลมาลย์, ญัฐชยา กำแพงแก้ว, โชติเวชญ์ อึ้งเกลี้ยง. (2559) การวิจัยประเมินผลการพัฒนาสภาเด็กและเยาวชน. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 หน้า 105-119.
- ญัฐชยา กำแพงแก้ว . (2652). การเสริมพลังอำนาจกับคนไร้บ้านด้วยแนวทางพระพุทธศาสนา. วารสารญาณสังวร มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 หน้า 342-355.
- ว่าที่ร้อยตรีหญิง วาริณี โสภางร, พระครูธรรมศุต (สุทธิพจน์ สุทธิวจโน), นางสาวญัฐชยา กำแพงแก้ว. (2563). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19, วารสารศึกษาศาสตร์ มมร, ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2563)
- พระครูธรรมศุต (สุทธิพจน์ สุทธิวจโน), ญัฐหทัย นิรัตติชัย, นางสาวญัฐชยา กำแพงแก้ว. (2564). การดำรงชีวิตวิถีใหม่ตามแนวพระพุทธศาสนา, วารสารศึกษาศาสตร์ มมร ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม - มิถุนายน 2564) ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 หน้า 199-211.
- ญัฐหทัย นิรัตติชัย, พระครูธรรมศุต (สุทธิพจน์ สุทธิวจโน), นางสาวญัฐชยา กำแพงแก้ว. (2564). การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในภาวะการณ์หมตไฟในการทำงาน, วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2564) ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 หน้า 136-148.
- ญัฐชยา กำแพงแก้ว, พระครูธรรมศุต (สุทธิพจน์ สุทธิวจโน), ญัฐหทัย นิรัตติชัย. (2565). หลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการรับมือปัญหาการรังแกบนโลกโซเชียลในสังคมไทย, วารสาร มจร การพัฒนาสังคม, ปีที่ 7 (ฉบับที่ 1), (มกราคม-เมษายน 2565)

### ผลงานวิจัย

- นักวิจัยงานวิจัย เรื่อง 15 ปี การกระจายอำนาจของไทย โครงการวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการกระจายอำนาจของไทย ปี 2558

- นักวิจัยงานวิจัย เรื่อง โครงการการศึกษาวิจัยประเมินผลการพัฒนาสภาเด็กและเยาวชน สนับสนุนทุนการวิจัยโดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำปี 2558

- นักวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพสภาเด็กและเยาวชน สนับสนุนทุนการวิจัยโดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำปี 2558

- นักวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง การประยุกต์สังคหวัตถุ 4 ใน การฝึกภาคปฏิบัติกรณีศึกษา นักศึกษาสาขาสังคม สงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ 2560 สนับสนุนทุนการวิจัย โดยมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

- นักวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาคณะสังคมศาสตร์ เพื่อก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21” ประจำปีงบประมาณ 2562 สนับสนุนทุนการวิจัย โดยมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

- นักวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา covid 19 ของนักศึกษาศาขาศังคมิวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ส่วนกลาง” ประจำปีงบประมาณ 2564 สนับสนุนทุนการวิจัยโดยมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

## ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นายปริญญา ตรีธัญญา
2. ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Parinya Treethanya
3. ตำแหน่งปัจจุบัน  
อาจารย์ประจำ สังกัดคณะสังคมศาสตร์
4. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก  
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
เลขที่ 248 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170  
โทรศัพท์ 02-444-6000 ต่อ1147,1148  
E-mail: prinn98@hotmail.com .มือถือ 08-5556-2928
5. ประวัติการศึกษา
  - ปริญญาตรี : ศน.บ.. สาขาวิชารัฐศาสตร์การปกครอง  
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 2545
  - ปริญญาโท : สส.ม. สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ  
สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
  - ด้านคอมพิวเตอร์
  - ด้านการศาสนา
  - ด้านการศึกษา
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย
  - 7.1 ผู้ร่วมวิจัย “แนวทางการอนุรักษ์และฟื้นฟูตอนหอยหลอดเพื่อการส่งเสริมการท่องเที่ยวและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข” พ.ศ.2557 สนับสนุนทุนวิจัย โดยสถาบันวิจัยญาณสังวร
  - 7.2 ผู้ร่วมวิจัย “รูปแบบการจัดการโบราณสถานตามหลักธรรมาภิบาลของชุมชนท้องถิ่นในเขตภาคกลางตอนล่าง” พ.ศ.2560 สนับสนุนทุนวิจัย โดยสถาบันวิจัยญาณสังวร
  - 7.3 ผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง “การประยุกต์สังคหวัตถุ 4 ใน การฝึกภาคปฏิบัติกรณีศึกษานักศึกษาสาขาสังคม สงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย” ประจำปีงบประมาณ 2560 สนับสนุนทุนการวิจัย โดยมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

## ประวัตินักวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวรดาณูช อรรถรุ่งโรจน์
2. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Radanuch Atharungroj
3. ตำแหน่งปัจจุบัน  
ผู้ให้คำปรึกษาโครงการศูนย์ให้คำปรึกษาและบริการแนะแนวแก่นักศึกษา  
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
4. หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก  
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
เลขที่ 248 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170  
โทรศัพท์ 02-444-6000 ต่อ1147,1148  
E-mail: Radanuch.atharungroj@hotmail.com  
มือถือ 0651416426
5. ประวัติการศึกษา  
- ปริญญาตรี : สส.บ.สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ  
สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ  
- ด้านคอมพิวเตอร์  
- ด้านการให้คำปรึกษากับนักศึกษา