



สังฆะ สังคัม สุขภาวะ



“ บทวิเคราะห์ทางสังคัมวิทยา
กับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ
ขององค์กรพระพุทธศาสนา ”

คำนิยามโดย
พระพรหมบัณฑิต
ศาสตราจารย์ ดร.

พิมพ์ครั้งที่ 2



ชลวิทย์ เจียรจิตต์ • สายชล ปัญญาชิต



สังขะ สังคม สุขภาวะ

“บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการ
สร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา”

คำนิยม โดย

พระพรหมบัณฑิต ศาสตราจารย์ ดร.

กรรมการมหาเถรสมาคม

ประธานกรรมการการเผยแผ่พระพุทธศาสนาแห่งชาติ

เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสวรวิหาร

โดย

ชลวิทย์ เจียรจิตต์

สายชล ปัญญชิต

ภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์

และ

ศูนย์บริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

โครงการการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
และสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สังฆะ สังคม สุขภาวะ

“บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา”

ที่ปรึกษา

พระเทพศาสนานิกาย

เจ้าคณะภาค 14 ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อน

โครงการ “หมู่บ้านศีล 5” (ส่วนกลาง)

และ เจ้าอาวาสวัดไร่ขิง

พระศรีสมโพธิ, ดร.

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ

พระสุธีรัตนบัณฑิต, รศ. ดร.

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

รศ. ดร. วุฒินันท์ กันทะเดียน

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร. ทศวรรษ บุญโยปักษ์ภูมิ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อ. ดร. ณัฏฐ์ ศิริสวัสดิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้แต่ง

รองศาสตราจารย์ ดร. ชลวิทย์ เจียรจิตต์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ ดร. สายชล ปัญญาชิต

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

โครงการการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

และสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

โครงการการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ออกแบบรูปเล่ม : นายบัณฑิต สำเร็จ

พิมพ์ครั้งที่ : 2 จำนวน : 300 เล่ม

พิมพ์ที่ : หจก. นิตยธรรมการพิมพ์ 76/251-3 หมู่ 15 ต. บางม่วง อ. บางใหญ่ จ. นนทบุรี 11140

ISBN 978-616-393-364-5

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ
Nation Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ชลวิทย์ เจียรจิตต์.

สังฆะ สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการสร้างสุขภาวะวิถี
พุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา.-- พิมพ์ครั้งที่ 2.-- พระนครศรีอยุธยา :
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2565.
220 หน้า.

1. สงฆ์กับการพัฒนาสังคม. 2. สุขภาวะ -- แง่ศาสนา -- พุทธศาสนา.
3. สุขภาพ -- แง่ศาสนา -- พุทธศาสนา. I. สายชล ปัญญชิต, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN 978-616-393-364-5

คำขอขอบคุณ

ความท้าทายของพรมแดนความรู้ภายใต้สังคมโลกาภิวัตน์ได้เปิดพื้นที่ให้กับการพัฒนาการวิจัยที่เชื่อมโยงทฤษฎีและวิธีวิทยาแบบข้ามศาสตร์ โดยเฉพาะในมิติการศึกษาทางสังคมวิทยา การสามารถผลักดันให้การศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมพิจารณาพลวัตที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของวิถีชีวิตผู้คนในสังคมยังมีส่วนสำคัญต่อการประกอบสร้างความเข้าใจสังคมสมัยใหม่ในปัจจุบัน กล่าวสำหรับหนังสือ “สังฆะ สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา” เป็นการถอดองค์ความรู้ที่พัฒนาและปรับปรุงจากการวิจัยเพื่อเผยแพร่เป็นหนังสือ ซึ่งที่ผ่านมาเครือข่ายทางวิชาการทั้งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้ผลักดันให้เกิดการใช้ประโยชน์ทั้งในทางวิชาการและปฏิบัติการทางสังคม คณะผู้แต่งจึงต้องขอขอบคุณในการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เช่นนี้

นอกจากนี้ ในกระบวนการพัฒนา วิพากษ์และปรับปรุงต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ทางวิชาการมีผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นส่วนสำคัญต่อการเสนอแนะและปรับปรุงให้เป็นผลงานที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น คณะผู้แต่งจึงขอขอบพระคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ พระสุธีรัตนบัณฑิต, รองศาสตราจารย์ ดร. รองศาสตราจารย์ ดร.วุฒินันท์ กันทะเตียน รองศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ บุญโยปัทม์ และ อาจารย์ ดร.ณัชพล ศิริสวัสดิ์ เป็นอย่างสูงที่ได้ให้คำแนะนำที่เข้มข้น จนเป็นส่วนผลักดันให้เกิดการปรับปรุงและได้เรียนรู้ประเด็นใหม่ๆ ในการพัฒนาผลงานชิ้นนี้ เสมอ ขณะเดียวกันต้องขอขอบพระคุณความเมตตาของ พระพรหมบัณฑิต, ศาสตราจารย์ ดร. กรรมการมหาเถรสมาคม ประธานกรรมการเผยแผ่พระพุทธศาสนาแห่งชาติ ที่ได้เมตตาตอบค่านิยมในการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ซึ่งได้

๒

แก้ไขและเพิ่มเติมเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนการสนับสนุนด้วยดี จาก พระศรีสมโพธิ, ดร. ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการเสริมสร้างเครือข่ายลด ภัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา และคณะทำงานทุกท่านที่ได้เป็นธุระในการ ดำเนินการจัดพิมพ์เป็นอย่างดี

หากหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการเรียนรู้ทางวิชาการ คณะผู้แต่งขออุทิศความดีให้กับองค์กรพระพุทธศาสนาที่ได้มีส่วนร่วมให้ข้อมูล และเปิดพื้นที่ให้การศึกษาทางสังคมวิทยาได้เข้าไปเรียนรู้การดำเนินงานเกี่ยวกับการ พัฒนาสุขภาพะวิถีพุทธเป็นอย่างดี

ชลวิทย์ เจียรจิตต์

สายชล ปัญญชิต

คำนิยม

ในสังคมไทยปัจจุบันกำลังเผชิญกับสังคมเสี่ยงทางสุขภาพและความท้าทายในการมุ่งสู่การเป็นสังคมสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญา และสุขภาวะทางสังคม องค์กรพระพุทธศาสนาในฐานะสถาบันทางสังคมที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับผู้คนในสังคม ซึ่งเป็นไปในลักษณะของบทบาทเชิงเกื้อกูลระหว่างสถาบันทางพุทธศาสนาและชุมชนอย่างแนบแน่นได้เข้ามามีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนาภายใต้ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่จากการสั่งสมมานับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ประเด็นสำคัญในหนังสือ “สังฆะ สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา” ของ รองศาสตราจารย์ ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และ อาจารย์ ดร.สายชล ปัญญชิต เป็นการทำความเข้าใจปฏิบัติการการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาผ่านมุมมองทางสังคมวิทยาการแพทย์ สาธารณสุข และสุขภาพ ซึ่งช่วยเปิดให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาสุขภาวะเข้ากับสังคมและวัฒนธรรมภายใต้การดำเนินงานของพระสงฆ์ อีกทั้งยังสามารถพัฒนาองค์ความรู้ที่มี

การบูรณาการการศึกษาพระพุทธศาสนากับศาสตร์สมัยใหม่คือแนวคิด
ด้านสังคมวิทยาได้เป็นอย่างดี

ขออนุโมทนาคุณคณะผู้วิจัยที่เป็นส่วนสนับสนุนสำคัญ เปิด
พรมแดนความรู้ให้เห็นถึงปฏิบัติการขององค์กรพระพุทธศาสนากับการ
พัฒนาสุขภาพในสังคมไทย อีกทั้งเป็นบทเรียนที่สำคัญในการพัฒนา
ต่อยอดการสร้างเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อพัฒนาสุขภาพวิถีพุทธ
อย่างยั่งยืนต่อไป ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย โปรดอภิบาล
อำนาจพรให้คณะผู้วิจัย คณะทำงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ
ดำเนินการจัดพิมพ์หนังสือนี้ ตลอดจนผู้อ่านทุกท่าน จงบรรลु
วัตถุประสงค์ที่มุ่งหมายปรารถนาตามประสงค์อันจะก่อให้เกิด
ประโยชน์สุขและร่วมสร้างสรรค์สังคมด้วยองค์ความรู้ต่อไป



พระพรหมบัณฑิต, ศาสตราจารย์ ดร.

กรรมการมหาเถรสมาคม

ประธานกรรมการการเผยแผ่พระพุทธศาสนาแห่งชาติ

เจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสวรวิหาร

สารบัญ

ก คำขอบคุณ

ค คำนิยม

01 บทที่ 1 บทนำ

- เกริ่นนำสู่สังคมสุขภาวะ 02
- ข้อถกเถียงสังคมวิทยาศาสตร์ กับปฏิบัติการทางสังคม 07
- ปรีกัศน์ความคิดว่าด้วย “สังขะ สังคม สุขภาวะ” 17

27 บทที่ 2 การพัฒนาระบบ สุขภาพกับสังคมไทย

- วิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ 29
- จาก “วัฒนธรรม” สู่ “สุขภาพสมัยใหม่” 36
- กำเนิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 42
- กำเนิดสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ 46
- กำเนิดโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า 50

61 บทที่ 3 สังคมวิทยาสุขภาพ กับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ

- สังคมวิทยาสุขภาพ 63
- ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ 72
- สังคมวิทยาสุขภาพกับการพัฒนาสุขภาวะ 78
- สังคมวิทยาสุขภาพกับสุขภาวะวิถีพุทธ 84



CONTENT

91 บทที่ 4 ปรัชญารูปแบบการ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

- ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในมิติสังคม
และวัฒนธรรม 93
- ชุมชน สุขภาพ และความเสี่ยง 97
- รูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยง
ทางสุขภาพในชุมชน 106



116 บทที่ 5 สังคม สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยาต่อการสร้างสุขภาวะ วิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา

- องค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนา
สุขภาวะในสังคมไทย 118
- การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยง
ทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กร
พระพุทธศาสนาในสังคมไทย 146
- นโยบายการบูรณาการการลด
ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับบทบาท
การพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธของ
องค์กรพระพุทธศาสนา 164

177 บทที่ 6 บทสรุป

186 บรรณานุกรม

203 เกี่ยวกับผู้เขียน

204 ดรรชนี

สารบัญแผนภาพ

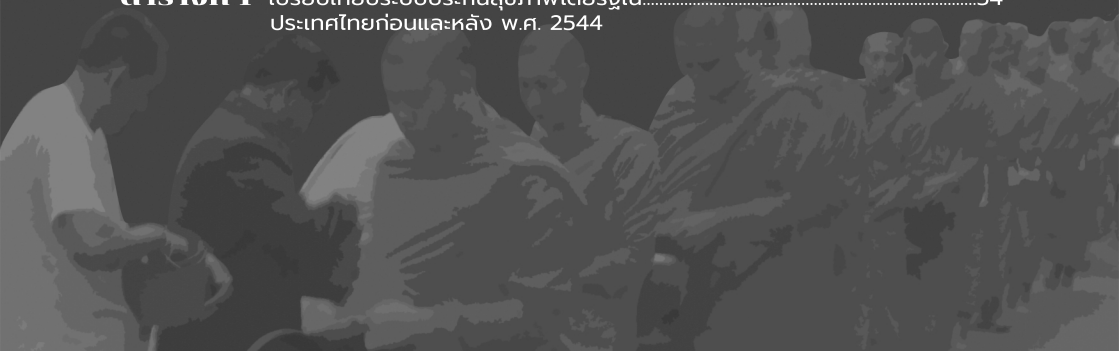


แผนภาพที่ 1	สรุปกรอบการใช้งานประมาณเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของสังคมไทย.....	56
แผนภาพที่ 2	สรุปองค์ประกอบของอิทธิพลต่อระบบการสุขภาพในสังคมไทย.....	58
แผนภาพที่ 3	ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ.....	77
แผนภาพที่ 4	องค์ประกอบของการสร้างสุขภาพ.....	83
แผนภาพที่ 5	ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวคิดของสำนักงานกองทุน..... สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	101
แผนภาพที่ 6	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2560..... จำแนกตามเพศ	102
แผนภาพที่ 7	อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2560..... จำแนกตามภูมิภาค	104
แผนภาพที่ 8	แนวทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ.....	149
แผนภาพที่ 9	การขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงขององค์กรพระพุทธศาสนา.....	185

สารบัญตาราง



ตารางที่ 1	เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพโดยรัฐใน..... ประเทศไทยก่อนและหลัง พ.ศ. 2544	54
------------	--	----



1 บทนำ

INTRODUCTION



เกริ่นนำสู่สังคมสุขภาวะ: ปฏิบัติการศาสนาวาดำด้วยการ พัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธในสังคมไทย

สถาบันศาสนาเป็นชุดรวมของความเชื่อและแนวทางของการดำเนินชีวิตให้กับผู้คน สำหรับการศึกษาด้านสังคมวิทยาการทำความเข้าใจระบบคุณค่า ระบบสัญลักษณ์หรือพิธีกรรมของศาสนาจะมีส่วนกับการสร้างความเข้าใจต่อโครงสร้างสังคมและระบบวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ กล่าวสำหรับสังคมไทยคำสอนขององค์พระพุทธรศาสนา มีบทบาทต่อความศรัทธาและวิถีชีวิตของผู้คนควบคู่มาด้วยความเชื่อตามแต่ละท้องถิ่นมาอย่างยาวนาน อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมแห่งเทคโนโลยีและเศรษฐกิจระบบทุนนิยม ซึ่งมีกระบวนการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสาร อิทธิพลของการศึกษาที่อ้างอิงอยู่กับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งระบบเศรษฐกิจตลาดเสรีที่คำนึงถึงความสมเหตุสมผลได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสื่อมถอยของอิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาที่มีต่อผู้คนสมัยใหม่

การเผชิญกับความท้าทายแห่งยุคสมัยมาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้องค์กรพระพุทธศาสนาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับโครงสร้าง บทบาทและปฏิบัติการให้สอดคล้องกับประเด็นทางสังคมที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนจากการก่อตัวของกรมการมหาเถรสมาคมที่ได้รับมอบหมายให้กำกับกำกับการจัดทำกรรณบัตร ศักยภาพองค์กรพระพุทธศาสนา จนนำมาสู่การประกาศแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 ซึ่งกำหนดหน้าที่ให้องค์กรตามโครงสร้างที่อยู่ใต้การกำกับของมหาเถรสมาคมได้พัฒนาปฏิบัติการให้มีส่วนสนับสนุนการสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นกับองค์กรพระพุทธศาสนา ทั้งนี้ไม่ว่าจะด้วยแรงผลักดันทั้งจากภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ได้นำมาสู่การพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมที่เปิดพื้นที่ให้กับพระสงฆ์ได้เชื่อมโยงบทบาทการดำเนินงานกิจกรรมกับสถาบันทางสังคมและองค์กรภายนอกมากยิ่งขึ้น โดยเมื่อพิจารณาจากการพยายามสร้างความตื่นตัวให้กับองค์กร จะเห็นได้ว่าการร่วมมือกับสถาบันสาธารณสุขของภาครัฐดูเหมือนเป็นหนึ่งในปฏิบัติการที่ช่วยสนับสนุนให้พระสงฆ์สามารถเข้าไปมีบทบาทต่อการสัมผัสกับความทุกข์ร้อนหรือวิถีชีวิตของผู้คนได้มากขึ้น

ประเด็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสังคมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย ดูเหมือนเป็นเป้าหมายสำคัญที่องค์กรด้านสาธารณสุขตระหนักว่าไม่สามารถใช้แต่เพียงความรู้ทางวิทยาศาสตร์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลากหลายประเภทได้ จากการศึกษาของ สถาบันวิจัย

4 บทนำ

ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) สะท้อนว่าพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชน กำลังเผชิญกับความเสี่ยงภัยลักษณะใหม่ที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากขึ้น กรณีสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นภัยต่อสุขภาพที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นของสังคมไทย ความนิยมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่ยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจนเกี่ยวกับภัยต่อสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่ปกติ โดยพบว่าปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีรายงานการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งอาการปอดอักเสบ การเผาไหม้ของช่องปากจากแรงระเบิดระหว่างสูบ รวมทั้งการที่ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามัมน้อมดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากขึ้นตามไปด้วย

การผลักดันร่วมกันขององค์กรพระพุทธศาสนา สถาบันสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องให้เกิดการใช้ความรู้และกลไกของพระพุทธศาสนาเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมเป็นเครือข่ายจึงเป็นบทบาทใหม่ที่จะช่วยเปิดพื้นที่ให้พระสงฆ์สามารถสร้างตำแหน่งแห่งที่ใหม่ที่สามารถเชื่อมโยงปฏิบัติการในการดำเนินกิจกรรมกับสังคมได้มากขึ้น ในการพิจารณาตามมติสังคมวิทยาข้อเสนอของ สุริชัย หวันแก้ว (2561) ศาสตราจารย์ด้านสังคมวิทยาที่สนใจประเด็นการพัฒนาและสังคมวิทยาสาธารณะ มีมุมมองว่าการสร้างนวัตกรรมที่มีลักษณะของความเป็นสหวิทยาการ เพื่อจะช่วยให้เข้าถึงกระบวนการพัฒนาที่ลดความเหลื่อมล้ำได้มากกว่ากลไกทางนโยบายแบบศาสตร์เชิงเดี่ยว ดังนั้นนวัตกรรมทางสถาบัน (Institutional Innovations) ที่เน้น

กระบวนการมีส่วนร่วมทั้งในกระบวนการเข้ามากำหนดนโยบาย กำหนดพื้นที่และกำหนดเป้าหมาย โดยให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ชุมชนด้วยถือว่ามีความสำคัญมาก ทั้งนี้นวัตกรรมทางสังคม (Social Innovations) ที่ควรสร้างให้เครือข่ายองค์กรนอกภาครัฐราชการเข้ามามีบทบาทเชิงความร่วมมือ และเป็นภาคีโครงข่ายความสัมพันธ์ที่กระจายอำนาจของปฏิบัติการกิจกรรมลงพื้นที่ ชุมชนได้ ถือเป็นทางเลือกที่ดีและเหมาะสมกับสังคมที่กำลังเผชิญความท้าทายทางสังคมใหม่ ๆ อยู่เสมอ ในขณะที่การศึกษาทางมานุษยวิทยา ที่ช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปริมณฑลที่ซับซ้อนของนโยบาย สาธารณะและโครงสร้างพื้นฐานของรัฐคืองานของ จักรกริช สังขมณี (2560) ที่เปิดพื้นที่การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของปฏิบัติการที่คอยทำหน้าที่ควบคุม กำหนด และสร้างกรอบนโยบายให้กับผู้คนในสังคมปฏิบัติตาม การขยายมิติการพิจารณาผ่านมุมมองทางชาติพันธุ์วรรณาจึงจะช่วยให้เห็นภาพสะท้อนของการเคลื่อนย้ายของผู้คน ปฏิสัมพันธ์ของเครือข่ายการต่อรองเชิงอำนาจ รวมทั้งยังจะช่วยให้เข้าใจลักษณะความสัมพันธ์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะของรัฐให้สามารถเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคมได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับการศึกษาที่สะท้อนบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนา กับปฏิบัติการสร้างสุขภาวะ ควรเริ่มสนใจที่งานของพระมหาสุทิตย์ อากาศโร และคณะ (2558) ที่อธิบายว่ากระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมโดยการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์เป็นการ

มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะทางสังคม 4 ประการคือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญา และสุขภาวะทางสังคม โดยคณะสงฆ์ได้เข้าไปเป็นแกนนำในการสร้างปฏิบัติการสร้างสุขภาวะภายใต้หลักพุทธธรรมและการเสริมสร้างสุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน การเกิดเครือข่ายการพัฒนาระหว่างวัด ภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน การสร้างสุขภาวะผ่านแนวทางการทำงานสาธารณสุข สงเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะได้อย่างยั่งยืน การขับเคลื่อนเหล่านี้ล้วนเป็นการเสริมสร้างสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมโดยมีองค์พระพุทธรูปเป็นฐานของปฏิบัติการจนสามารถเกิดเป็นเครือข่ายการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธที่องค์พระพุทธรูปทำหน้าที่เป็นแกนกลางการจัดความสัมพันธ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในชุมชนท้องถิ่นได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์เอง จะมีส่วนสำคัญที่สร้างให้องค์กรภายนอกเข้าใจแนวปฏิบัติของการเปิดพื้นที่ให้องค์กรพระพุทธรูปศาสนาในสังคมไทยได้เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาร่วมกันต่อไป

การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาทางสังคมวิทยาที่มุ่งทำความเข้าใจปฏิบัติการของความร่วมมือเชิงสถาบันนิยมที่เรียกว่า “เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยง” กับการสร้าง “สุขภาวะวิถีพุทธ” ให้เกิดขึ้นในสังคมโดยใช้วิธีวิทยาของการถอดบทเรียนและการเก็บข้อมูลภาคสนามแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งได้ศึกษาทั้งจากนโยบายระดับองค์กรพระพุทธรูปศาสนา ความคิดเห็นของพระสงฆ์ที่เป็นเจ้าคณะปกครอง และ

พระสงฆ์ที่ดำเนินกิจกรรมในเครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าใจแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะ รวมทั้งการวิเคราะห์เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย ให้สามารถทำความเข้าใจการพัฒนานโยบายการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับบทบาทการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา โดยเงื่อนไขพื้นฐานสำคัญของการศึกษาคือเป็นการถอดบทเรียนส่วนใหญ่จากการดำเนินงานของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ข้อถกเถียงสังคมวิทยาศาสนากับปฏิบัติการทางสังคม

สังคมวิทยาศาสนาเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสังคมกับสถาบันทางศาสนาที่ก่อให้เกิดบรรทัดฐานและการควบคุมทางสังคม นักสังคมวิทยาคนสำคัญที่มีส่วนต่อการวางรากฐานการศึกษาสังคมวิทยากับศาสนา Emile Durkheim (1995) อธิบายถึงศาสนาว่าเป็นระบบรวมของความเชื่อและปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความศักดิ์สิทธิ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อผนวกรวมความกลมเกลียวให้กับชุมชนของผู้ที่มีศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เดียวกัน นอกจากนี้ เขายังจุดประกายให้เห็นว่าศาสนาเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความศักดิ์สิทธิ์ (Sacred) โดยศาสนาสามารถดึงดูดผู้คนให้เข้ามาทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน และเป็นการเชื่อมโยงวิถีชีวิตของผู้คนเข้ากับความศักดิ์สิทธิ์ และศาสนา

ได้ช่วยให้ผู้คนหลุดออกจากความเป็นธรรมดาสามัญ (Profane) ดังนั้นปฏิบัติการของศาสนาจึงมีบทบาทต่อผู้คนที่มีความเชื่อร่วมกัน (Moral Community)

งานศึกษาเรื่อง “Sociological Theory and Modern Society” ของ Talcott Parsons (1967) ให้ความสนใจศาสนาในสังคมสมัยใหม่ โดยเสนอให้พิจารณาศาสนาใน 2 ระดับคือ 1) มิติปัจเจกที่สมาชิกของศาสนาแสดงให้เห็นถึงการที่ศาสนาพยายามออกห่างจากการเกี่ยวข้องกับรัฐหรือที่เรียกว่าโลกียานุวัตร (Secularization) และ 2) มิติศาสนาที่เป็นการสร้างบูรณาการทางสังคม ซึ่งมองว่าศาสนาเป็นพื้นที่แบบชุมชนทางศีลธรรมกล่าวคือการเข้าศาสนาเกิดจากการชื่นชอบในแนวปฏิบัติ หรือหลักธรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางสังคมของผู้คน ดังนั้นหากพิจารณาศาสนาผ่านมุมมองดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ศาสนาได้สร้างระบบคุณค่าและกระตุ้นความเชื่อของปัจเจกบุคคลให้ยอมรับในความหลากหลายนอกจากนี้ ศาสนายังเป็นปริณิชนของการสร้างฉันทามติมากกว่าความขัดแย้งจึงส่งผลให้ศาสนามีส่วนให้เกิดการรักษารูปแบบสังคมได้

ขณะที่นักสังคมวิทยาที่สนใจทฤษฎีสังคมวิทยาระดับกลาง (Middle Range Theory) อย่าง Robert K. Merton (1968) ฉายภาพให้เห็นถึงการวิเคราะห์หน้าที่ทางสังคมในหนังสือเรื่อง “Social Theory and Social Structure” ให้เห็นว่าหน้าที่ทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) หน้าที่หลัก (Manifest Function) เป็นหน้าที่ทางตรงที่ปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งเกิดขึ้นจากความ

ตั้งใจในการกระทำ และ 2) หน้าที่แฝง (Latent Function) เป็นหน้าที่ที่กระทำแบบมีเป้าหมายซ่อนอยู่ ไม่ได้ต้องการเปิดเผยให้เห็น ตัวอย่างเช่น สถาบันทางศาสนา มีหน้าที่หลักในการสร้างระบบคุณค่า และการยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้คนในสังคมที่เป็นสมาชิกของศาสนา ในส่วนของหน้าที่แฝง สถาบันทางศาสนา ได้สร้างความสามัคคีของคนในชุมชน อีกทั้งหน้าที่ทางสังคมดังกล่าวได้เชื่อมโยงไปถึงการกระทำทางสังคมที่มีผลตามมาแบบทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้น Merton ได้ชักชวนให้ทำความเข้าใจในมิติของผลที่ตามมาอย่างไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้น (Unintended Consequences) ซึ่งเป็นการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการที่ระบบสังคมไม่ได้ต้องการให้เกิดขึ้นอันจะนำมาสู่ความผิดปกติจากทั่วไป (Dysfunctional) และเป็นผลกระทบทางสังคมที่อาจทำให้เกิดความตึงเครียดทางสังคม หรืออาจทำให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้ เช่น การทำกิจกรรมสาธารณสงเคราะห์ของพระสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดที่ตนสังกัดเพื่อช่วยเหลือให้คนในชุมชนจากการเรียนรู้การทำเกษตรอินทรีย์ แต่กลายเป็นว่าพื้นที่ดังกล่าวได้กลายเป็นพื้นที่ต้นแบบที่โดดเด่นในการพัฒนาสังคมและการทำกิจกรรมสาธารณสงเคราะห์ของพระสงฆ์ เป็นต้น

งานศึกษาของนักสังคมวิทยาที่ผลิตงานเกี่ยวกับบทบาทสถาบันศาสนาของสังคมสมัยใหม่ Bryan R. Wilson (2016) ชี้ชวนให้เห็นเป้าหมายของปฏิบัติการโดยสถาบันศาสนาในสังคมปัจจุบันว่าเป็นผลของความพยายามในการเชื่อมโยงตนเองกับโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อเสนอที่น่าสนใจคือการยกตัวอย่างให้เห็นบทบาทที่ลดลงในระบบ

การศึกษาอย่างเป็นทางการที่รัฐได้สถาปนาสถาบันการศึกษาให้เข้ามาทำหน้าที่ในการผลิตชุดความรู้แทนสถาบันศาสนา รวมทั้งการที่ผู้คนมีเจตจำนงเสรี (Free Will) ที่เป็นอิสระจากสถาบันศาสนามากขึ้น ได้กระตุ้นให้องค์กรศาสนาผลิตปฏิบัติการที่เคยมุ่งเน้นการควบคุมทางสังคม (Social Control) มาเป็นปฏิบัติการทางสังคม (Social Practices) ที่เชื่อมโยงบทบาทให้พลวัตไปกับสถานการณ์ทางวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น

ขณะที่การศึกษา Penny Edgell (2012) ศาสตราจารย์ด้านสังคมวิทยาแห่ง University of Minnesota ที่สนใจมิติของสถาบันศาสนาได้เขียนผลงานชิ้นหนึ่งที่ชื่อว่า “A Cultural Sociology of Religion: New Directions” เพื่อชี้ชวนให้วงวิชาการได้ทบทวนความคิดต่อทิศทางการศึกษาสังคมวิทยาศาสนา ซึ่งข้อเสนอที่น่าสนใจมากคือการตอกย้ำให้เห็นว่าแม้ปัจจุบันการศึกษาสังคมวิทยาศาสนามุ่งความสนใจไปที่ลักษณะของการเคลื่อนที่สู่ความเป็นสังคมโลกวิสัย (Secularism) แต่ประเด็นการศึกษาที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือการพิจารณาศาสนาในฐานะพื้นที่เชิงสถาบันของปฏิบัติการ (Religion as an Institutional Field of Activity) กล่าวในมิติของผู้เขียนผลงานนี้ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของสังคมสหรัฐอเมริกา ชุมชนทางศาสนาได้รวบรวมความสัมพันธ์และระบบวัฒนธรรมของผู้คนในชนชั้นเดียวกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าพื้นที่ของปฏิบัติการทางศาสนาของชนชั้นนำจึงสามารถแสดงออกถึงกลุ่มของความร่วมมือ รวมทั้งมีส่วนต่อการผลักดันให้เกิดการขยับชนชั้นทางสังคม ปราบปรามการณ์เช่นนี้เป็นกระบวนการที่กลุ่มนัก

สังคมวิทยาสาขาย Neo-Weberian ได้พยายามวิเคราะห์ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของพื้นที่ทางศาสนาว่าสามารถถูกพิจารณาผ่านกลุ่มทางสังคมหรือความเป็นสถาบันของสมาชิกในพื้นที่เดียวกัน นอกจากนี้การเมื่อพิจารณาให้เห็นการครอบครองปัจจัยทางเศรษฐกิจก็จะเห็นการมีโอกาสได้ขยายความสัมพันธ์ทางสังคมให้กับสมาชิกของพื้นที่ทางศาสนานั้น ๆ ร่วมด้วย

มุมมองของ Charles F. Keyes (1989) นักมานุษยวิทยาที่ศึกษาสังคมไทยผ่านมุมมองของศาสนาอย่างยาวนานมีผลงานเรื่อง “Buddhist Politics and their Revolutionary Origins in Thailand” ได้อธิบายให้เห็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจและโครงสร้างทางสังคมไทยโดยเฉพาะบนพื้นฐานทางพระพุทธศาสนา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวอยู่บนพลังผลักดันทางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม ที่เห็นความสำคัญอย่างยิ่งต่อการคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัยพร้อมกับกระบวนการของประเทศไทย เห็นได้จากการปฏิรูปการศึกษาคณะสงฆ์ และบทบาทหน้าที่ของคณะสงฆ์ตามพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2535 ทั้งนี้ การที่พุทธศาสนาไทยเป็นแบบผสมผสาน (Syncretic Buddhism) กล่าวคือให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์แบบพึ่งพาระหว่างพระสงฆ์และชุมชน องค์การพระพุทธศาสนาส่วนใหญ่ยังสามารถประสานประโยชน์ ร่วมกับชุมชนในท้องถิ่นและมีวัตรปฏิบัติที่ยึดหยุ่นไปกับวัฒนธรรมทางเศรษฐกิจความเชื่อและบรรทัดฐานทางสังคมได้เป็นอย่างดี

งานศึกษาเกี่ยวกับสถาบันศาสนาของนักวิชาการในสังคมไทย ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ, สิริพร สมบูรณ์บุรณะ, และพิเชฐ สายพันธ์ (2562) ได้อธิบายปรากฏการณ์ทางพุทธศาสนาในสังคมไทยผ่านมุมมองทางมานุษยวิทยาเพื่อแสดงให้เห็นถึงปฏิบัติการทางศาสนาในฐานะความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้คนในท้องถิ่นเพื่อให้ความสำคัญในประเด็นความหลากหลายทางความเชื่อและพิธีกรรมท้องถิ่น รวมไปถึงศาสนาและนิกายอื่น ๆ ที่ส่งอิทธิพลต่อโครงสร้างทางสังคมโดยแทรกซึมเข้าสู่ปฏิบัติการในระดับชีวิตประจำวันของผู้คนอย่างแนบแน่น องค์การพระพุทธศาสนาและวัดจึงเป็นศูนย์กลางทางศาสนาที่สำคัญในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถาบันศาสนากับวัฒนธรรมชุมชน รวมไปถึงบทบาทของศาสนาในการพัฒนาชุมชน การอนุรักษ์มรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่เชื่อมต่อกับความเชื่อท้องถิ่น ล้วนแต่เป็นปฏิบัติการทางศาสนาที่เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคลของผู้คนในท้องถิ่น ในสังคมไทย พระพุทธศาสนาจึงเป็นส่วนสำคัญในการบูรณาการรัฐกับพระพุทธศาสนาเข้าด้วยกัน

เมื่อพิจารณาพระพุทธศาสนาผ่านมุมมองบทบาทและหน้าที่จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์ (2562) กล่าวถึงพระพุทธศาสนาในมุมมองทางสังคมวิทยาไว้ว่าเป็นผลรวมแห่งความเชื่อและการประพฤติปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับค่านิยม ทศนคติ และความรู้แห่งมนุษย์ โดยพระพุทธศาสนามีบทบาทต่อสังคมภายใต้บทบาทหน้าที่ในเชิงบวก (Positive Functions) ได้แก่ บทบาทในการอนุรักษ์สิ่งที่ดีงาม บทบาท

ในการยกระดับคุณภาพชีวิต บทบาทในการแก้ไขปัญหาสังคม และ บทบาทในการปฏิรูปฟื้นฟู ซึ่งมีประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของพระพุทธศาสนาต่อสังคมในภาวะของการเปลี่ยนแปลง 2 ประการมีรายละเอียดดังนี้

1) บทบาทในการอนุรักษ์สิ่งที่ดีงาม เป็นการอนุรักษ์สิ่งที่มีความค่าทางสังคมและประวัติศาสตร์โดยเฉพาะในด้านของพระศาสนา และระบบนิเวศของโลก ซึ่งพระสงฆ์เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญในการมีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพระธรรมวินัยเพื่อการปฏิบัติอย่างถูกต้อง การอนุรักษ์สิ่งที่ดีงามจึงเป็นเสมือนการอนุรักษ์วัฒนธรรมที่มีชีวิต (Living Culture) และจะต้องเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืนภายใต้สามัญสำนึกและความมีเหตุผลของปัจเจกบุคคล

2) บทบาทในการยกระดับคุณภาพชีวิต เป็นบทบาทหน้าที่ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาสังคมอย่างเป็นองค์รวม พระสงฆ์ในพระพุทธศาสนามีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักศีลธรรมทางพระศาสนา ซึ่งพระสงฆ์ควรที่จะต้องทำตนให้เป็นประโยชน์ด้วยความไม่ประมาทและนึกถึงประโยชน์ของผู้อื่น อีกทั้งการยกระดับคุณภาพชีวิตยังถือได้ว่าเป็นหน้าที่ของพุทธบริษัทเพื่อช่วยเหลือสังคม

การเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมโดยที่ศาสนานับเป็นสถาบันทางสังคมที่พยายามปรับตัวให้เข้ากับสังคมสมัยใหม่ อภิญา เพ็ญพูนกุล (2551) แสดงให้เห็นการปรับตัวของขบวนการทางศาสนาให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

และวัฒนธรรม โดยขบวนการทางศาสนาเป็นการใช้พลังศรัทธาและความเชื่อมั่นทางศาสนาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมสมัยใหม่ หากพิจารณาลักษณะร่วมที่สำคัญของขบวนการศาสนาที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยใหม่ได้ดี จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสามารถดึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความศักดิ์สิทธิ์ให้กลับมามีบทบาทต่อชีวิตของผู้คนอีกครั้ง การพัฒนาสำนึกร่วมในกลุ่มเครือข่ายทางศาสนาที่เกิดขึ้นใหม่และการสร้างจินตนาการต่อความศรัทธาในอนาคตร่วมกัน นอกจากนี้ ความพยายามในการแพร่กระจายทางความคิดของศาสนาสู่คนรุ่นใหม่ให้มีพลังศรัทธาในศาสนาจำเป็นต้องอาศัยจิตวิญญาณของปัจเจกในการขับเคลื่อนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนาสุขภาวะทางจิต รวมไปถึงการออกแบบกิจกรรมทางศาสนาให้เข้ากับวิถีชีวิตทางสังคม ในสังคมสมัยใหม่จะช่วยให้สถาบันทางศาสนามีพลังศรัทธาและความเชื่อมั่นทางศาสนาที่เข้มแข็งในโลกสมัยใหม่

มุมมองจากงานศึกษาเกี่ยวกับปฏิบัติการศาสนา ทุนจิต วิญญาณ กับการเมืองวัฒนธรรมจีนในชายแดนไทยภาคเหนือของ อรัญญา ศิริพล (2562) ได้พิจารณาปฏิบัติการทางศาสนาผ่านกิจกรรมทางศาสนา 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ งานสงเคราะห์ให้การศึกษา โรงเรียน งานหอพัก บ้านเด็กกำพร้า และงานโบสถ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรทางศาสนากับวัฒนธรรมในพื้นที่ชุมชนชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงแถบอำเภอเชียงดาว อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งปฏิบัติการทางศาสนาได้ผูกร้อยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับรัฐในฐานะระบบคุณค่า ระเบียบทางสังคม และการสร้าง

ความหมายของตัวตน โดยปฏิบัติการศาสนาได้ก่อให้เกิดการหลอมรวมขึ้นเป็นทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual Capital) ภายใต้การยึดโยงกับเป้าหมายทางศาสนาและบริบททางประวัติศาสตร์ อีกทั้งยังผสมผสานปฏิบัติการทางศาสนาเข้ากับสังคมและวัฒนธรรมอย่างแนบแน่น ศาสนาจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและเพิ่มโอกาสให้ผู้คนขยับพ้นจากความเป็นอื่น

ข้อเสนอจากการวิเคราะห์ของ ชลวิทย์ เจียรจิตต์ (2560) อธิบายศาสนากับการพัฒนาผ่านมุมมองทางสังคมวิทยาไว้ว่า ศาสนาเป็นระบบความคิดที่ช่วยก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ เป็นกลไกในการสร้างระเบียบทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทประวัติศาสตร์ของศาสนาในสังคม ปฏิบัติการทางศาสนาจึงจะต้องดำเนินการผ่านหลักคำสอน ตัวแทนผู้เผยแผ่และผู้รับถือ ซึ่งถือได้ว่าเป็นบทบาทและหน้าที่ต่อศาสนาร่วมกัน นอกจากนี้ ศาสนาในแต่ละศาสนาจะมีรูปแบบพิธีกรรมและเป้าหมายของศาสนาแตกต่างกันออกไป การที่ศาสนาจะอยู่ร่วมกับสังคมได้ ศาสนาจะต้องปรับตัวให้เข้ากับบริบทการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น และแทรกซึมปฏิบัติการทางศาสนาไปสู่คุณค่าของการพัฒนาสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะองค์การพระพุทธศาสนาในสังคมไทยที่จำเป็นจะต้องช่วยเหลือและสร้างโอกาสให้แก่ผู้คนในชุมชนเมื่อประสบปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม บทบาทขององค์การพระพุทธศาสนาจะทวีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในการสร้างวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และจะต้องอาศัยองค์ความรู้ด้านการพัฒนาสร้างปฏิบัติการทางศาสนาให้

เป็นที่พึงของสังคมและชุมชนมากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ศาสนาจะต้องปรับตัวให้เข้ากับโลกสมัยใหม่ให้ผู้คนเกิดความเลื่อมใสและศรัทธาผ่านกิจกรรมศาสนาที่เน้นการปฏิบัติลงสู่สังคมมากขึ้น ซึ่งจะช่วยสร้างคุณค่าทางสังคมควบคู่ไปกับความเชื่อทางศาสนา

การศึกษาองค์การพระพุทธศาสนากับสังคมไทยที่ฉายภาพปฏิบัติการทางศาสนาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ งานของพระศรีสมโพธิ (วรญาณ สอนขุน) และคณะ (2563) ได้ข้อสรุปซึ่งเป็นรูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนที่บูรณาการองค์การพระพุทธศาสนาเข้ามาร่วมอย่างชัดเจน กล่าวถึงบทบาทขององค์การพระพุทธศาสนาในการขับเคลื่อนสุขภาพะวิถีพุทธ โดยการอาศัยหลักพุทธธรรมที่สำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) หลักทิริและโอดตปปะ เป็นหลักธรรมที่มุ่งสร้างการเห็นใจผู้อื่นและสามารถสร้างการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมได้ 2) หลักสัมมาวายามะ เป็นการตระหนักถึงหลักสัมมาวายามะจึงจะช่วยให้หลักไกลออกจากอบายมุขประเภทต่าง ๆ ได้ 3) หลักสติสัมปชัญญะ การมีสติสัมปชัญญะ จะช่วยให้ตนเองเลือกสิ่งที่เหมาะสมต่อสุขภาพไม่เลือกสิ่งทีก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ 4) หลักฆราวาสธรรม 4 เป็นการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับคนอื่นได้ การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และ 5) หลักเบญจศีล เป็นการควบคุมกาย วาจา และใจขั้นพื้นฐานของพุทธศาสนิกชน การทำงานบูรณาการพระพุทธศาสนาผนวกเข้ากับทุนทาง

สังคมและวัฒนธรรมจะช่วยให้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภายใต้หลักคิดทางพุทธศาสนาเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น เมื่อพิจารณาผ่านมุมมองทางสังคมวิทยาศาสนาจะเห็นความเปลี่ยนแปลงในมิติการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมกับศาสนาเข้าสู่ปฏิบัติการทางศาสนาที่เชื่อมโยงกับสุขภาพและความ เป็นอยู่ของผู้คนในสังคมมากขึ้น เนื่องจากสถาบันศาสนาหรือใน การศึกษาครั้งนี้คือองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทยจำเป็นต้องสร้าง บทบาทเพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ ซึ่งความพยายาม ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดบทบาทใหม่ของศาสนาที่มีส่วนต่อการสร้างบรรทัด ฐานและการควบคุมทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปฏิบัติการของการพัฒนา สุขภาวะวิถีพุทธร่วมกับองค์กรอย่างเป็นทางการในสังคมได้อย่างแนบ แน่นมากขึ้น

ปริทัศน์ความคิดว่าด้วย สังขะ สังคม สุขภาวะ

การพิจารณาปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับองค์กรพระพุทธศาสนา กับการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธผ่านมุมมองทางสังคมวิทยา เป็นการ ขยายพื้นที่การสร้างความสำเร็จของสถาบันศาสนากับระบบสุขภาพให้ ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยปัจจุบันที่ดูเหมือนกลไกล เจริญสถาบันนิยมได้มีบทบาทนำต่อการกำหนดนโยบายและความ เคลื่อนไหวของประเด็นทางสังคม การสามารถถอดรหัสการดำเนิน กิจกรรมให้เห็นการประกอบสร้างความร่วมมือในการสร้างสังคมสุข ภาวะ ซึ่งตั้งอยู่บนเงื่อนไขของการสนับสนุนให้องค์กรพระพุทธศาสนาได้มี

บทบาทในปฏิบัติการทางสังคมอย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น จะเป็นส่วนหนึ่งของการคลี่คลายให้เห็นแรงขับเคลื่อนขององค์กรพระพุทธศาสนาที่มาทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกองค์กรที่มีส่วนต่อการผลักดันให้องค์กรพระพุทธศาสนา ร่วมสร้างปฏิบัติการพระพุทธศาสนาเพื่อสังคม (Socially Engaged Buddhism) ให้มากยิ่งขึ้น

การสร้างความเข้าใจให้เห็นเงื่อนไขพื้นฐานที่การสนับสนุนบทบาทการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย จะช่วยให้ผู้ที่สนใจการศึกษาทั้งมิติการศึกษาสังคมวิทยาศาสตร์ มิตินานากับการพัฒนา และมิติสังคมวิทยาของพระพุทธศาสนาเพื่อสังคมในสังคมไทย ได้เข้าใจแนวทางการนำเสนอบทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา โดยเมื่อพิจารณาปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของการผลักดันให้องค์กรพระพุทธศาสนามีปฏิบัติการสนับสนุนการยกระดับสุขภาวะ สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในกล่าวคือ การที่โครงสร้างองค์กรพระพุทธศาสนา มีความแข็งแกร่งไม่สามารถปรับโครงสร้างองค์กรการปกครองและระบบการศึกษา เช่น มหาเถรสมาคม การจัดการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลีศึกษา เป็นต้น ให้เปลี่ยนแปลงทันสังคมไทยที่มีพลวัตอย่างรวดเร็ว ส่งผลอย่างสำคัญต่อการผลิตบุคลากรทางพระพุทธศาสนาที่สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม จนเผชิญกับความท้าทายทางความคิดจากศาสนิกชนจำนวนมาก ขณะที่ปัจจัยภายนอกกล่าวคือ กระแสความก้าวหน้าของสังคมโลกาภิวัตน์ที่ผู้คนให้ความสำคัญกับ

ระบบคุณค่าของความเป็นเหตุเป็นผล บทบาทขององค์กร พระพุทธศาสนาในสังคมที่เคยทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมจึงลดน้อยลง อีกทั้งการที่องค์ความรู้วิทยาศาสตร์ได้สถาปนาการทำหน้าที่อธิบาย ปรากฏการณ์ทางสังคมและธรรมชาติ ได้ส่งผลต่อการลดทอนอิทธิพล คำสอนของสถาบันศาสนา รวมทั้งอาจกระทบต่อความศักดิ์สิทธิ์ของ ระบบประเพณีและพิธีกรรมที่ผูกโยงไว้กับระบบศาสนาด้วย

การพยายามปรับโครงสร้างภายในอย่างเป็นทางการที่สำคัญ ขององค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย จึงเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 ที่แบ่งหน้าที่องค์กรอย่างเป็นทางการในกำกับของ มหาเถรสมาคมคือ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายศาสนศึกษา ฝ่ายการศึกษา สงเคราะห์ ฝ่ายเผยแผ่พระพุทธศาสนา ฝ่ายสาธารณูปการ และฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ ให้แต่ละองค์กรภายใต้การกำกับของมหาเถรสมาคม ได้ทำหน้าที่สนองเป้าหมายของยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น โดยเมื่อพิจารณา จากงานของพินิจ ลาภธนานนท์ (2562) นักสังคมวิทยาที่สนใจ การศึกษาองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทยได้เสนอให้เห็นบทบาท ของพระสงฆ์กับความท้าทายในสังคมไทยปัจจุบันผ่านภาพลักษณ์จาก ความคิดของพุทธศาสนิกชนที่มีมุมมองต่อพระสงฆ์ว่าเป็นผู้ประกอบ พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากหน้าที่องค์กร พระพุทธศาสนาไม่สามารถมีปฏิบัติการที่เชื่อมโยงบทบาทการ ดำเนินงานให้สะท้อนถึงการมองเห็นความทุกข์ร้อนของผู้คนในสังคม แม้ว่าจะมีความพยายามของกลุ่มพระพุทธศาสนาในระดับชุมชนแต่ก็ไม่

มากพอที่จะกระตุ้นความคิดของคนทั้งสังคมได้ ดังนั้นการกำหนดทิศทางในการพัฒนาองค์กรพระพุทธศาสนาในอนาคต มหาเถรสมาคมควรมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมสาธารณสงเคราะห์วิถีพุทธที่สามารถส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์กับการช่วยเหลือสังคมได้ชัดเจนขึ้น

การศึกษาของ Vince Marotta (2016) นักสังคมวิทยาแห่ง Deakin University ในบทความที่ชื่อว่า “Travelling Theory and Buddhist Sociology” ได้ใช้ทฤษฎีแบบการเคลื่อนผ่านของนักวิชาการคนสำคัญอย่าง Edward Said และมุมมองทางสังคมวิทยาเพื่อพิจารณาความเป็นไปขององค์กรและตัวบทคำสอนทางพระพุทธศาสนากับสังคม ซึ่งอันที่จริงอยู่นอกกรอบความสนใจของการศึกษาสังคมวิทยาในยุคแรกๆ ที่มุ่งความสำคัญกับการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคมและผลกระทบของสังคมสมัยใหม่ ทั้งนี้ภายหลังการประชุมประจำปีของนักสังคมวิทยาภาคพื้นอเมริกาเหนือเมื่อปี ค.ศ. 2015 ได้มีข้อเสนอที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม ซึ่งควรได้รับการขยายความเข้าใจให้มากกว่าการยึดกับกรอบการศึกษาแบบใช้ยุโรปเป็นศูนย์กลางความคิด (Eurocentric) ดังนั้นเมื่อมุ่งความสนใจไปที่มิติสังคมวิทยาพระพุทธศาสนา (Buddhist Sociology) จึงเป็นการเปิดมุมมองใหม่ที่ช่วยทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างและผู้กระทำการ ซึ่งเกิดขึ้นจากการขัดเกลาทางสังคมที่ต่างรูปแบบออกไปจากที่นักคิดชาวตะวันตกได้วางกรอบไว้ หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการทบทวนแบบแผนทางวัฒนธรรมที่จะช่วยมองโครงสร้างทางสังคม การสร้าง

ตัวตนและความสัมพันธ์ของผู้คนกับสถาบันทางสังคมแบบวิถีแห่งบูรพ
 ทิศที่มีฐานความคิดพระพุทธศาสนาอยู่เบื้องหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 เมื่อต้องกลับมาศึกษาสังคมที่มีพระพุทธศาสนาเป็นรากฐาน นักสังคม
 วิทยาอาจได้ไตร่ตรองเพิ่มเติมว่าการประกอบสร้างตัวตนหรือการขัด
 เกลาทางสังคมแบบที่นักสังคมวิทยาตะวันตกใช้ทำความเข้าใจการ
 เปลี่ยนผ่านโครงสร้างสังคมสู่สังคมนิยมสมัยใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่
 บนสมมติฐานของหลักความเป็นเหตุผลและวัตถุนิยม (Rational and
 Material) อาจมีมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างชีวิต ระบบ
 นิเวศ และความเชื่อทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องเพิ่มเติมด้วย

สำหรับสังคมไทยงานของ พระพรหมบัณฑิต (2564) กรรมการ
 มหาเถรสมาคมและศาสตราจารย์ด้านปรัชญาที่มีบทบาทอย่างสูงต่อ
 วงการศึกษาพระพุทธศาสนาอย่างเป็นทางการ ได้พยายามชี้ชวนให้
 พระสงฆ์รุ่นใหม่เฝ้าตระหนักการเปลี่ยนแปลงของประเด็นการพัฒนา
 ร่วมสมัยที่องค์กรพระพุทธศาสนาควรแสดงให้เห็นว่ามีปฏิบัติการที่
 ก้าวหน้าเท่าทันต่อสถานการณ์สังคม โดยในผลงานที่ชื่อว่า
 “พระพุทธศาสนากับการพัฒนาที่ยั่งยืน” ได้มีข้อเสนอเพื่อวางตำแหน่ง
 แห่งที่ให้กับองค์กรพระพุทธศาสนากับปฏิบัติการด้านการพัฒนาใน
 สังคมไทย ผ่านการเป็นองค์กรที่สร้างให้เกิดทางสายกลางของการ
 พัฒนาแบบโลกนิยมกับท้องถิ่นนิยม หรือที่หลักพระพุทธศาสนาใช้คำ
 ว่า “มัชฌิมาปฏิปทา” โดยพระพรหมบัณฑิตได้ขยายความเพื่อเปิด
 พื้นที่ให้องค์กรพระพุทธศาสนาสามารถสร้างปฏิบัติการนอกเหนือจาก
 พิธีกรรมทางศาสนาดั้งเดิมซึ่งถูกมองว่าอาจไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

ของโลกภายนอก ทั้งนี้ทางสายกลางของการพัฒนาเปรียบเหมือนกับการรวมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมิติการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมให้เข้าสู่เป้าหมายแห่งการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งเมื่อกลับมาพิจารณาบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย ข้อเสนอนี้ช่วยสนับสนุนให้องค์กรพระพุทธศาสนาได้มีส่วนต่อการสามารถทำหน้าที่การยกระดับสุขภาวะคือการพัฒนาทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคมให้กับสมาชิกในสังคมได้

ปฏิบัติการขององค์กรพระพุทธศาสนาที่เห็นได้อย่างชัดเจนในการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธคือการผลักดันให้เกิด “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” ซึ่งเป็นเอกสารสำคัญที่ช่วยรับรองการขยายบทบาทอย่างเป็นทางการของพระสงฆ์กับปฏิบัติการสร้างสังคมสุขภาวะ ทั้งนี้ประเด็นสำคัญของธรรมนูญดังกล่าวคือการเปิดพื้นที่ให้กับพระสงฆ์สามารถการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย สามารถร่วมกับชุมชนและสังคมเพื่อการดูแลอุปถัมภ์พระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย ตลอดจนการผลักดันบทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ทั้งนี้การที่ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติเกิดขึ้นจากความร่วมมือทั้งองค์กรพระพุทธศาสนาโดยคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม องค์กรภาครัฐทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ จึงถือเป็นแนวปฏิบัติที่สำคัญในการผลักดันบทบาทให้พระสงฆ์มีตำแหน่งแห่งที่อย่างเป็นทางการในการเข้าร่วม

ปฏิบัติการของการสร้างสุขภาวะในสังคมไทย การส่งเสริมบทบาทของ พระสงฆ์ให้เข้าสู่พื้นที่ของการดำเนินกิจกรรมนอกขอบเขตความหมาย และระบบคุณค่าเชิงพิธีกรรมเป็นหลัก จึงถือเป็นหนึ่งในความท้าทาย เชิงอุดมการณ์ต่อโครงสร้างและพุทธศาสนิกชนแบบอนุรักษ์นิยมที่ยังมี ความไม่เข้าใจการปรับบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนา เช่นเดียวกับ ความท้าทายที่มีต่อการนิ่งเฉยกับการเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ เช่นกัน

การศึกษาบทบาทของการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธตามแนวทาง สังคมวิทยาครั้งนี้ จะเป็นการเปิดพื้นที่ทางวิชาการเกี่ยวกับการสร้าง ความร่วมมือขององค์กรพระพุทธศาสนา สถาบันสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยสงฆ์ในการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่ง เป็นชุดของปฏิบัติการหนึ่งที่องค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทยกำลัง เคลื่อนที่เข้าสู่การจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของตนเองให้มีบทบาทอยู่ใน สังคมที่มีพลวัตอย่างรวดเร็ว หากจะกล่าวอีกนัยหนึ่งงานชิ้นนี้จะช่วยให้ ผู้อ่านได้เห็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของกลไกเชิงสถาบันนิยมที่มีส่วน ผลักดันให้องค์กรต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันสร้าง “สุขภาวะวิถีพุทธ” ให้ได้รับการขยายตัวไปในสังคม ผ่านการเสริมพลังให้องค์กร พระพุทธศาสนาเป็นกลไกเชื่อมประสานการดำเนินงานทั้งระดับ นโยบายและระดับปฏิบัติการในชุมชน

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยบทต่าง ๆ ซึ่งแต่ละบทจะมีเนื้อหา สาระที่จะช่วยให้เข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับปฏิบัติ

ศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธในสังคมไทย โดยแบ่งเนื้อหาในแต่ละบทดังนี้

บทที่ 1 บทนำ นำเสนอที่มาและความสำคัญของการพัฒนาปฏิบัติศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธในสังคมไทยผ่านมุมมองสังคมวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาอย่างยิ่งการร่วมมือเชิงสถาบันนิยมที่ได้ก่อเกิดความร่วมมือขององค์กรพระพุทธศาสนา สถาบันสาธารณสุขและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพมาร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาปฏิบัติสร้าง “สุขภาวะวิถีพุทธ”

บทที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพกับสังคมไทย นำเสนอพัฒนาการทางความคิดของการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทยโดยใช้มุมมองของสังคมวิทยาร่วมพิจารณาวิถีชีวิต วิถีทางสุขภาพและระบบวัฒนธรรม ขณะเดียวกันยังได้นำเสนอพัฒนาของการกำเนิดองค์กรและนโยบายด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่ครอบครองอำนาจนำในการขับเคลื่อนปฏิบัติการด้านสุขภาพของผู้คนในสังคมไทย ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อช่วยวางพื้นฐานให้เห็นเป้าหมายและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลต่อระบบการสุขภาพในสังคมไทย

บทที่ 3 สังคมวิทยาสุขภาพกับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ นำเสนอการทำความเข้าใจองค์ความรู้และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้มุมมองทางสังคมวิทยาเพื่อทำความเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่าง

โครงสร้างความสัมพันธ์ภายในสถาบันทางสังคมกับความมั่นคงทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยขยายมุมมองการพิจารณาพฤติกรรมและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของผู้คนให้ออกนอกปริมณฑลเฉพาะทางการสาธารณสุขพื้นฐานได้ ทั้งนี้สำหรับการศึกษาคั้งนี้จะใช้มุมมองทางสังคมวิทยาสุขภาพโดยเฉพาะการทำความเข้าใจความหมาย มุมมองเชิงทฤษฎี รวมทั้งแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อเป็นกรอบคิดในการศึกษาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะที่มีองค์กรพระพุทธศาสนามีบทบาทเข้ามาเป็นแกนกลางของการสร้างปฏิบัติการ

บทที่ 4 ปรัชญารูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

นำเสนอความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อีกทั้งการแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมได้สร้างให้เกิดกิจกรรมและวิถีชีวิตที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงของประชาชนในมิติสุขภาพ ข้อมูลเชิงปริมาณและการเก็บรวบรวมสถิติของหน่วยงานภาครัฐในสังคมไทยที่ได้สะท้อนถึงจำเป็นต้องสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่ประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะเมื่อผลกระทบทางสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นสภาพสิ่งแวดล้อม การบริโภค และพฤติกรรมทางสังคม

บทที่ 5 สังขะ สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยากับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา นำเสนอการถอดบทเรียนแนวทางการขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนา และการพัฒนานโยบายการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับบทบาทการ

พัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาโดยเฉพาะการสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ซึ่งในส่วนนี้ได้ทำการศึกษาพื้นที่การดำเนินกิจกรรมของโครงการส่งเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างกิจกรรมร่วมกับคณะสงฆ์และเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่าง ปี. พ.ศ. 2563 – 2564 ในพื้นที่ 10 จังหวัดได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดตาก จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดระนอง และจังหวัดสงขลา

บทที่ 6 สรุป นำเสนอผลการประมวลความคิดที่สำคัญของการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา

2 การพัฒนาระบบสุขภาพกับสังคมไทย





การพัฒนาาระบบสุขภาพถือเป็นนวัตกรรมของสังคมสมัยใหม่ที่ผนวกรวมองค์ความรู้ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ของการทดลองที่มีผลต่อร่างกายของผู้คน การสร้างให้ระบบสุขภาพมีความก้าวหน้าและเป็นที่ยอมรับในแต่ละสังคมมีวิธีการและการประกอบสร้างกับความรู้เดิมในบริบทของสุขภาพของท้องถิ่นนั้น ๆ ต่างกันออกไป หากพิจารณาเฉพาะสังคมไทยจะเห็นได้ว่าการก่อกำเนิดของรัฐเวชกรรม อันหมายถึงการใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์มาประดิษฐ์โครงสร้างของสถาบันสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนานโยบายสู่การขยายการควบคุมในสังคม ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์จนถึงช่วงต้นของรัฐบาลภายใต้การนำของจอม

พล ป. พิบูลสงคราม (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2561) ขณะที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสถาบันสาธารณสุขหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ส่งผลให้การบริการสาธารณสุขเกิดการพัฒนารูปแบบที่มีการจัดสมดุลระหว่างการรักษาและการป้องกันโรคควบคู่กันมากขึ้น โดยการศึกษาทางวิชาการได้สะท้อนผ่านงานทางประวัติศาสตร์ที่มุ่งเน้นไปที่พื้นที่ปฏิบัติการร่วมกันของการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์ชุมชนหรือพื้นบ้าน รวมทั้งการก่อร่างของการสถาปนาอำนาจนำในระบบสาธารณสุขไทย (ชาติชาย มุกสง, 2549) จะเห็นได้ว่าผลสำคัญจากการสถาปนาองค์ความรู้แบบการสาธารณสุขตะวันตกเข้าสู่สังคมไทย ได้ก่อให้เกิดโรงเรียนการแพทย์ที่อาศัยการวางระบบองค์ความรู้ที่ประกอบด้วย นักวิชาการและการวางหลักสูตรแบบตะวันตก การผลักดันกฎหมายและระเบียบเพื่อการสร้างสังคมสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริมความตระหนักรู้ให้ประชาชนคำนึงถึงสุขภาพมากยิ่งขึ้น

วิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ เป็นหัวใจสำคัญในการศึกษาทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ซึ่งสะท้อนให้เห็นรากฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ระบบสังคมและวัฒนธรรมควบคู่กับประติ�ฐกรรรมของการแพทย์สมัยใหม่ โดยมีการมุ่งประเด็นไปที่การศึกษาเกี่ยวกับระบบความเชื่อ ประเพณีและโครงสร้างความสัมพันธ์ในท้องถิ่นกับการรักษาสุขภาพ จากการศึกษาของกลุ่มนักวิชาการทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่มุ่งเน้น

การศึกษาเกี่ยวกับวิถีวัฒนธรรมกับระบบสุขภาพในสังคมไทย (Wales, 1933; Tambiah, 1970 และ สุเทพ สุนทรเกสัช, 2548) สะท้อนให้เห็นว่าการรักษาพยาบาลและอุดมการณ์เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลผู้ป่วยระดับท้องถิ่น เป็นการผสมผสานร่วมกันระหว่างวัฒนธรรมความเชื่อ ประเพณีปฏิบัติและแนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่ที่รัฐไทยได้สถาปนาเข้าไปสู่ท้องถิ่นในภายหลัง ดังนั้นรูปแบบการรักษาพยาบาลจึงผสมผสานวิธีการและแบ่งออกเป็นลักษณะเฉพาะแต่ละท้องถิ่น อย่างไรก็ตามยังมีการนำความเชื่อตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมเป็นผู้แสดงนำในการรักษาพยาบาล ดังตัวอย่างงานที่พยายามทำความเข้าใจกระบวนการรักษาพยาบาลกับระบบความเชื่อทางวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นความลงตัวของ การผสมผสานศาสตร์ในการรักษาพยาบาลในท้องถิ่น และกระบวนการเสริมพลังใจจากระบบความเชื่อ จนนำมาสู่การสร้างพิธีกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้คนในท้องถิ่น (ทานาเบ, 2551; และ พัฒนา กิติอาษา, 2549)

แม้จะมีการศึกษาที่พยายามสะท้อนให้เห็นวิถีทางวัฒนธรรมกับการแพทย์มากขึ้น แต่งานที่มีบทบาทเด่นชัดต่อการศึกษาทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาคืองานของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ให้ความสนใจตั้งแต่การปฏิบัติงานภาคสนามของอำนาจสาธารณสุขในระบบสุขภาพชุมชน จนถึงการศึกษาวิจัยทางนโยบายทางสาธารณสุข โดยข้อเสนอที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพในบริบทวัฒนธรรม มีลักษณะเป็นข้อโต้แย้งที่สำคัญเชิงมานุษยวิทยาแนววิพากษ์ ที่สนใจความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการ

สถาปนาคำความรู้สึกระดับสถาบัน ทั้งนี้ลักษณะของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เช่นนี้ จะไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน แต่มักซ่อนเร้นรูปแบบของ ปฏิบัติการอย่างละเอียดอ่อนผ่านกลไกที่ซับซ้อน เช่น แบบเรียนความรู้ การฝึกฝนร่างกายผ่านความเชื่อเรื่องวินัย หรือการยึดกุมเพื่อควบคุม ร่างกายผ่านความเชื่อเรื่องวัฒนธรรมอาหารและหลักการโภชนาการ เป็นต้น แนวคิดเช่นนี้ยังช่วยเปิดเผยวาทกรรมการสร้าง “ความเป็น อื่น” (Otherness) ให้กับความรู้การแพทย์พื้นบ้าน เมื่อต้องเผชิญกับ การสาธารณสุขสมัยใหม่อีกด้วย

ประเด็นที่น่าสนใจต่อมาคือข้อสรุปที่สำคัญเกี่ยวกับระบบ สุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน ข้อเสนอของโกมาทร จิงเสถียรทรัพย์ (2550) ได้แยกโครงสร้างการแพทย์พื้นถิ่นโดยพิจารณาว่าระบบ การแพทย์พื้นบ้านไทยประกอบขึ้นจากระบบย่อย ๆ ที่เกี่ยวข้อง หลากหลายลักษณะ โดยส่วนใหญ่เป็นรากฐานความเชื่อที่มาจาก กระแสวัฒนธรรมสำคัญในสังคมไทย ได้แก่ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์ และวัฒนธรรมพุทธศาสนา ทั้งนี้ระบบย่อยที่ สะท้อนให้เห็นระบบสุขภาพดั้งเดิมในสังคมไทยประกอบด้วย 4 ระบบ ย่อยกล่าวคือ

- 1) ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ ถือเป็นระบบการแพทย์ ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากวัฒนธรรมการแพทย์ของอารยธรรมโบราณ (กรีก อินเดีย หรือจีน) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ชุมชนท้องถิ่นว่ามีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงอยู่กับอิทธิพลวัฒนธรรมการแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ (Great Medical Culture) ในลักษณะใด สำหรับรูปแบบที่สำคัญของ

การรักษาพยาบาลแบบการแพทย์ประสพการณ์คือ การรักษาด้วยยา
กลางบ้าน การรักษาแบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ และการรักษากับ
หมอพื้นบ้าน

2) ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ถือเป็น
ภาวการณ์ทางสังคมที่เป็นค่านิยมมากตั้งแต่อดีต โดยความเชื่อดังกล่าว
เชื่อว่าในแต่ละท้องถิ่นจะมีอำนาจนามธรรมคอยปกป้องและคุ้มครอง
ความเป็นไปเป็นของวิถีชีวิตผู้คน โดยพื้นฐานอำนาจศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ถูก
แบ่งออกเป็นอำนาจที่ดีทำหน้าที่คุ้มครอง ปกป้อง และเป็นศูนย์กลาง
ทางความเชื่อของชุมชน เช่น พระเสื้อเมือง พระทรงเมือง ผีปู่ตา ผีฟ้า
พญาแถน เป็นต้น ขณะที่ฝั่งอำนาจทางร้ายอาจอยู่ในโครงสร้างสังคม
เพื่อกำกับควบคุมวิถีชีวิตของสมาชิกให้อยู่ในบรรทัดฐาน เพื่อไม่ต้องรับ
โทษจากแบบแผนพฤติกรรมที่ผิดไปจากวัฒนธรรมที่ดั้งเดิม เช่น ผีปอบ
ผีกระสือ ผีกระหัง เป็นต้น สำหรับในระบบสุขภาพท้องถิ่นนั้น
ความเชื่อเรื่องผีเช่นนี้นำมาสู่การสถาปนาอำนาจการทรงเจ้าเพื่อทำ
หน้าที่เชื่อมต่อระหว่างโลกอำนาจศักดิ์สิทธิ์กับโลกปัจจุบัน ทั้งนี้อาจมี
การร้องขอ การรำ หรือการบนบานศาลกล่าว ให้ช่วยใช้อำนาจเหนือ
ธรรมชาติทำการวินิจฉัยและรักษาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3) ระบบการแพทย์โหราศาสตร์ ถือเป็นเครื่องมือที่วัฒนธรรม
ความเชื่อแบบพราหมณ์ใช้ในการทำนายสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นใน
อนาคต วิธีคิดของการแพทย์ลักษณะนี้เชื่อว่าการถอดโชคชะตาด้วย
เครื่องมือนี้จะสามารถเห็นถึงวงจรชีวิตและความเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น
ได้ องค์ประกอบที่สำคัญของการแพทย์ลักษณะนี้คือผู้ทำนายที่ทำนาย

และถอดรหัสลับของจักรวาล ซึ่งคนที่สามารถทำนายเรียกว่า “หมอยาเลข” หรือ “หมอดำรา” ที่จะคอยตรวจดูดวงชะตากับแนวทางการรักษาให้กับผู้คน โดยหากความเจ็บป่วยสามารถบรรเทาได้ด้วยพิธีสะเดาะเคราะห์ก็จะมีกระบวนการแนะนำและขั้นตอนการทำพิธีต่อไป นอกจากนี้อิทธิพลแบบพราหมณ์เช่นนี้ ยังมีวิธีการที่ถูกผลิตขึ้นเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยหรือเคราะห์ในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การไว้จุก การเปลี่ยนชื่อ เป็นต้น

4) ระบบการแพทย์ทฤษฎีธาตุ ถือเป็นกระบวนการทัศน์ทางการแพทย์ที่อ้างอิงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอยู่ภายใต้ปรัชญาอินเดียที่ถือว่าจักรวาลมีองค์ประกอบ 4 รากฐานสำคัญ ประกอบด้วย ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ การอธิบายให้เห็นความเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเชื่อมโยงให้รู้ถึงลักษณะความแปรปรวนของธาตุในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้ผลร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) กำเริบ คือการเพิ่มขึ้นของธาตุบางประการ (2) หย่อน คือการลดทอนลงของความสมดุลของธาตุบางประการ และ (3) พิการ คือการเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากคนธรรมดาของธาตุบางประการ

ขณะที่อิทธิพลของการสาธารณสุขสมัยใหม่ได้เข้ามาปกคลุมทิศทางการรักษาพยาบาลและทัศนคติต่อการจัดการกับโรคร้ายของผู้คนมากขึ้น แต่งานทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจำนวนหนึ่งยังสะท้อนการผสมผสานความเชื่อท้องถิ่นกับการจัดการปัญหาโรคร้าย ตัวอย่างเช่น งานเกี่ยวกับหมอลำทรง หมอลำผีฟ้า หรือแม้แต่การใช้วัฒนธรรมความเชื่อมาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้าใจการเกิด

โรคกับผู้ป่วย เป็นต้น ถือเป็นงานวิชาการที่มีบทบาทสำคัญในการแสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพในสถานะพื้นที่ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ยังมีชุดความสัมพันธ์อื่นที่เข้ามาร่วมแบ่งปันพื้นที่การถกเถียงภายในนั้นอยู่ด้วย (ชยันต์ วรรณระภูติ, 2551) ดังนั้นการทำความเข้าใจวิวัฒนาการของความก้าวหน้าในระบบสุขภาพของสังคมไทย จึงต้องอาศัยการศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ สังคมวิทยา และมานุษยวิทยาเพื่อถกเถียงกับชุดความหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพหรือการสร้างสุขภาวะทางสังคม ให้เห็นความสัมพันธ์ทั้งโครงสร้างอำนาจของการจัดระบบสุขภาพ ว่ามีความเชื่อมโยงกับสถาบันทางสังคมต่าง ๆ อีกทั้งแสดงบทบาทเพื่อแผ่ความหมายทางวัฒนธรรมและสังคมไว้เช่นไรบ้าง

สำหรับมุมมองที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมจะเห็นได้ว่าเป็นชุมชนถือเป็นประเด็นหลักสำคัญประการหนึ่ง que การศึกษาทางสังคมวิทยาให้ความสนใจ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสนใจของแหล่งอาศัย สะท้อนให้เห็นว่าพื้นที่พักอาศัย และความเหลื่อมล้ำในชนชั้นทางสังคมของย่านที่พักเป็นปัจจัยหนึ่งของประเด็นสุขภาพและความเจ็บป่วย (Sheaff, 2005) ทั้งนี้การพิจารณาระบบสุขภาพในทางสังคมวิทยา ยังสนใจความสำคัญของสุขภาพต่อความสัมพันธ์ในชีวิตประจำวัน โดยการพิจารณาด้วยมิติโครงสร้างหน้าที่ได้มุ่งความสนใจไปที่การพิจารณาสุขภาพว่าเป็นส่วนประกอบของชีวิต การรักษาสุขภาพจึงเป็นกลไกหนึ่งที่จะควบคุมหรือผลักดันให้คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ดีได้ หากกล่าวอีกนัยหนึ่ง

ข้อเสนอเช่นนี้ มักวิเคราะห์ว่าสุขภาพเป็นส่วนประกอบขององค์รวม สำหรับการสร้างคุณภาพชีวิต เนื่องจากการวิเคราะห์แยกย่อยคุณภาพชีวิตของผู้คนในสังคมว่า ต้องเกิดจากการรวมกันของวงจรชีวิตด้าน เศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและสุขภาพ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2552) มุมมองข้างต้นอาจขัดแย้งกับการพิจารณาสังคมวิทยาแนววิพากษ์ที่ มุ่งเน้นเสนอข้อถกเถียงกับว่าทฤษฎีอำนาจที่มีส่วนครอบงำ กระบวนการควบคุมร่างกายของผู้คน ผ่านการสถาปนาองค์ความรู้ใน ระบบการพัฒนาสุขภาพในสังคมปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่ามุมมองทางทฤษฎีเพื่อทำความเข้าใจระบบ ความสัมพันธ์ขององค์กรทางสุขภาพกับสังคม มีคำอธิบายของกลุ่มนัก คิดแบบ Neo-Weberian ที่ได้ชี้ให้เห็นว่าปฏิบัติการของการฝึกความรู้ เพื่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งการก่อร่างความชำนาญพิเศษเกี่ยวกับ องค์ความรู้ของปฏิบัติการทางการแพทย์ ถือเป็นกลไกสำคัญที่ยืนยัน ความเป็นเหตุผล (Rational) ให้กับสิทธิความชอบธรรมของสาขาวิชานี้ ดังนั้นกลุ่มที่จะเข้ามาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องสัมพันธ์ตนเอง กับระบบการศึกษา ปฏิบัติการและองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบ สุขภาพของสังคมด้วย (Rogers et al., 2005) กรอบการมองความเป็น เหตุเป็นผลแบบสมัยใหม่เช่นนี้ ได้มีนักสังคมวิทยาที่สนใจการเข้าสู่ สังคมสมัยใหม่ (Modernity) หยิบยกการอธิบายลักษณะผูกพันที่มากับ สังคมโลกาภิวัตน์ที่เสนอว่าองค์กรทางสังคมในสังคมสมัยปัจจุบัน จะมี ประสิทธิภาพอยู่ในสังคมได้ต้องใส่ใจระบบความรับผิดชอบต่อสังคม หรือสังคมต้องสร้างกลไกการถ่วงดุลที่มีภาคประชาสังคมเข้ามามี

บทบาทในการดำเนินงานตรวจสอบมาตรฐานการทำงานร่วมกัน (Giddens, 1999; และ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา, 2554)

การพิจารณากรอบสังคมวิทยาแนววิพากษ์ เพื่อทำความเข้าใจระบบสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคม ได้สะท้อนให้เห็นว่า ปฏิบัติการของการสร้างองค์ความรู้เพื่อกำกับและควบคุมพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้คนในสังคม รวมทั้งมีสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสถาปนาความเป็นเหตุผลให้กับการสร้าง “หลักสุขภาพที่ดี” ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยการทำงานของเครือข่ายสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่คอยกำกับและควบคุมแนวทางการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ได้สร้างปฏิบัติการผ่านสถาบันการศึกษา การผลิตบุคลากรและเครือข่ายทางสังคมขึ้นมาส่งเสริมแนวคิดสาธารณสุขสมัยใหม่ให้ประสบความสำเร็จและถูกนำไปใช้ให้แพร่หลายในสังคม

จาก “วัฒนธรรม” สู่อุ “สุขภาพสมัยใหม่”

การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างการจัดการระบบสุขภาพที่แต่เดิมมีฐานอยู่ที่ชุมชน ภายใต้การกำกับด้วยความเชื่อตามวัฒนธรรมสู่การจัดการระบบสุขภาพภายใต้การใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยอาศัยกลไกของบุคลากรทางการแพทย์เข้าสนับสนุน ถือเป็นลักษณะเฉพาะที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ กล่าวคือมีการสร้างวิธีการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization) รวมทั้งพัฒนาสถาบันทางวิชาชีพหรือองค์กรกำกับนโยบาย เพื่อสร้างให้สังคมอยู่ร่วมกันบนพื้นฐานของความสงบและมีเป้าหมายที่จะให้ผู้คนมีสุขภาพที่

แข็งแรง จุดนี้เองแตกต่างจากหลักคิดเกี่ยวกับประชากรในอดีตที่อาจมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มจำนวนของสมาชิกในสังคมเป็นสำคัญ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสมัยใหม่ ความมั่นคงของสังคมจะเน้นมาให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้คนมากขึ้น ดังนั้นในมิติของการศึกษา สังคมวิทยา การทำความเข้าใจการพัฒนาสุขภาพของผู้คน จึงไม่ได้มีจุดสนใจเฉพาะการประกอบสร้างความคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการพิจารณาองค์ประกอบที่ช่วยให้เห็นมิติที่ซับซ้อนของระบบสุขภาพทั้งหมดในแต่ละสังคมด้วย อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากงานของ วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ (2561) ที่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับการสื่อสารในประเด็นทางสุขภาพของสังคมไทย ได้โต้แย้งประเด็นการเข้ามามีอิทธิพลของระบบสุขภาพแบบสมัยใหม่ว่าการที่การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะการสื่อสารเพื่อการรักษาพยาบาลเชิงเดี่ยว โดยมุ่งเน้นเฉพาะการยอมรับพลังของยาและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ชุมชนคนความรึกษาสุขภาพส่วนหนึ่งจึงต้องการการแพทย์แบบทางเลือก และเกิดเป็นเครือข่ายที่สร้างอัตลักษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก ที่ไม่ได้สยบยอมต่ออำนาจของการระบบสุขภาพสมัยใหม่เท่านั้น

งานที่น่าสนใจและปิดมุมมองเกี่ยวกับระบบการควบคุมของรัฐต่อผู้คนในสังคม ถึงแม้ไม่ได้กล่าวถึงประเด็นสุขภาพโดยตรง แต่ช่วยขยายความเข้าใจต่อประเด็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสมัยใหม่โดยกลไกการสร้างระเบียบวินัยโดยรัฐ คืองานของปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการควบคุมประชากรโดยใช้อัตลักษณ์

ทางเอกสาร หรือที่งานชิ้นดังกล่าวเรียกว่า “State Simplification” กล่าวคือการใช้รัฐใช้อำนาจเปลี่ยนแปลงโดยย่อความหมายของข้อเท็จจริงเชิงอัตลักษณ์สู่เอกสารอย่างเป็นทางการ ถือเป็นกลไกลดทอนลักษณะของบุคคลที่ซับซ้อนและแสดงความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม ให้อยู่ภายใต้เอกสารอัตลักษณ์ที่รัฐกำหนดรูปแบบให้คล้ายได้มาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตามข้อเสนองานชิ้นนี้ท้าทายความก้าวหน้าของสังคมปัจจุบัน ด้วยการสอดแทรกให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งมีมิติของการควบคุมประชากรข้ามพรมแดนที่มีส่วนสำคัญต่อระบบแรงงานในสังคมไทย รัฐควรจะมีรูปแบบดำเนินการเพื่อขยายประเด็นความสนใจที่มากกว่าความมั่นคง เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นทางเศรษฐกิจร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อมุ่งความสนใจกลับมาที่การพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย ภายหลังจากทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) ของ Louis Pasteur นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศสได้ถูกค้นพบในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อวงการแพทย์ตะวันตก จนกล่าวได้ว่าแนวคิดดังกล่าวคลี่คลายต้นเหตุของการเกิดโรคจำนวนมาก ส่งผลให้การอธิบายโรคระบาดในสังคมไทยจำนวนมาก เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคมาลาเรีย หรืออหิวาต์ เป็นต้น ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแนวคิดทฤษฎีเชื้อโรค ต่อมาภายหลังการอธิบายเกี่ยวกับเชื้อโรคได้ถูกนำมาอธิบายสาเหตุและโรคจำนวนมาก จนอาจเรียกได้ว่าถูกนำมาใช้อย่างเกินขอบเขตและสถาปนาอำนาจการควบคุมพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้คนไปบ้าง (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2550) จะเห็นได้ว่า

ภายหลังการลงทุนและทุ่มทรัพยากรเพื่อวางรากฐานการจัดการระบบสาธารณสุขอย่างมาก การแพทย์ของไทยยังต้องเผชิญกับการรักษาพยาบาลซึ่งเต็มไปด้วยปัญหาและงบประมาณที่มากขึ้นตามพลวัตของสังคม ข้อเสนอที่ชัดเจนเพื่อตอบโต้โรคระต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมและความเหลื่อมล้ำทางสังคม คือการเริ่มต้นอย่างชัดเจนที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีคิดในวงการสาธารณสุขช่วงปี พ.ศ. 2514 ด้วยการแสดงเจตนารมณ์ที่จะผลักดันให้การแพทย์แบบป้องกัน (Preventive Medicine) แสดงบทบาทนำมากกว่าการแพทย์แบบรักษาพยาบาล (Curative Medicine) เพราะจะสามารถประหยัดงบประมาณ อีกทั้งจะรื้อถอนวิธีคิดของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความก้าวหน้าและความมั่นคงในชีวิตที่อาศัยการรักษาผู้ป่วยเป็นหลักมาสู่การวางทิศทางการควบคุมการป้องกันโรคต่าง ๆ ทั้งนี้หากสามารถดำเนินการได้สำเร็จจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของการจัดการระบบสุขภาพในสังคมไทยได้ (ประเวศ วะสี, 2514)

จะเห็นได้ว่าการที่ระบบสุขภาพของไทยได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นมาตรฐาน จนที่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้ภาระการรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยเคลื่อนย้ายจากชุมชนมาอยู่ที่โรงพยาบาลมากขึ้นเมื่อเป็นเช่นนั้นระบบบริการสุขภาพของสังคมไทย จึงเผชิญกับวิกฤตงบประมาณและความต้องการบุคลากรที่ขยายจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระบวนการคิดที่เชื่อมโยงกันและท้าทายต่อการบริหารระบบสุขภาพอย่างมากคือ การตั้งรับโรคใหม่ที่เข้ามาแทนที่โรคชนิดเดิมอยู่เสมอ ดังนั้นการมองระบบสุขภาพเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล หรือเป็นความ

รับผิดชอบส่วนตัวที่ต้องดูแลสุขภาพให้ดี ถือเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน อีกทั้งยากต่อการปฏิรูประบบงบประมาณ ให้สามารถรองรับการดูแลระบบสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานการบริการใกล้เคียงกัน จากที่กล่าวมาข้างต้นการที่จะปฏิรูประบบสุขภาพในความหมายกว้าง จึงควรพิจารณาองค์ประกอบอื่น ที่มีความสัมพันธ์ร่วมกับประเด็นทางสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ และสังคมร่วมด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548)

การศึกษาในมิติสังคมวิทยาสุขภาพส่วนหนึ่งพยายามอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพว่าเป็นผลมาจากวิถีชีวิต (Life Style) ร่วมด้วย โดยงานของ Cockerham (2003) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกันที่สนใจประเด็นการศึกษาด้านสังคมวิทยาการแพทย์ ได้ใช้กรอบคิดของ Max Weber นักสังคมวิทยาคนสำคัญชาวเยอรมันที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของแบบแผนของชีวิต (Life Conduct) คือตัวเลือกในการตัดสินใจที่จะดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ และโอกาสในชีวิต (Life Chances) ซึ่งก็คือความสามารถในการเข้าถึงสิ่งที่ปัจเจกต้องการครอบครองได้ก็คือองค์ประกอบที่นำมาสู่การมีวิถีชีวิตประจำวันของปัจเจก ดังนั้นในมิติสุขภาพโอกาสในชีวิตที่สามารถเข้าถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีคุณภาพของแต่ละชนชั้นย่อมเป็นกลไกสนับสนุนหรืออุดหนุนการมีสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน

เมื่อพิจารณาจากกรอบความคิดข้างต้นได้แสดงให้เห็นว่า บทบาทของการสร้างกลไกแบบสุขภาพสมัยใหม่จึงเชื่อมโยงกับสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและโครงสร้างสุขภาพ ซึ่งมี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพที่ดี รวมทั้งความสามารถระดับปัจเจกซึ่งส่วนใหญ่มาจากชนชั้น สถานภาพและบทบาททางสังคม เนื่องจากการสามารถดำรงสถานภาพอยู่ในชนชั้นที่สามารถเข้าถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมได้ดี ถือเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ปัจเจกสามารถได้รับสิทธิในการรักษาสุขภาพที่มีมาตรฐาน และมีโอกาสที่จะห่างไกลจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้อีกด้วย จึงจะเห็นได้ว่ารัฐสมัยใหม่ได้พยายามพัฒนาระบบการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้เป็นกลไกพื้นฐานในการสร้างโอกาสของชีวิตให้กับผู้คนในสังคม ทั้งนี้ก็เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ อีกทั้งยังจะช่วยลดความเสี่ยงของสังคมในการส่งเสริมการพัฒนาทางเศรษฐกิจซึ่งต้องการแรงงานที่มีสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน

การจุดประเด็นเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ได้ก่อให้เกิดความเข้าใจชุดใหม่ในการพัฒนานโยบายและองค์การที่จะเข้ามาร่วมดูแลระบบสุขภาพในสังคมไทย จะเห็นได้ว่าข้อเสนอชุดดังกล่าวเป็นชุดความคิดที่นำมาสู่การสร้างนวัตกรรมทางสังคมใหม่ เช่น การก่อตั้งองค์กรสุขภาพ การขยายปฏิบัติการทางความหมาย และปฏิบัติการในนามสุขภาพะองค์รวม ตลอดจนการสร้างเครือข่ายสุขภาพะภาคประชาสังคม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจวิวัฒนาการที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคมไทย การนำเสนอส่วนต่อไปจากนี้จะได้ถอดบทเรียนการกำเนิดและสาระสำคัญขององค์กรและนโยบาย ที่สะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพเป็นแนวทางการแพทย์แบบป้องกัน

กำเนิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การพัฒนาสถาบันสาธารณสุขถือเป็นนวัตกรรมและการสถาปนาอำนาจนำทางสุขภาพที่เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนโดยการสนับสนุนของนักวิชาการด้านสาธารณสุขในสังคมไทย ได้พัฒนาโครงสร้างและบทบาทการดำเนินกิจกรรมกับสังคมไทยขึ้น การพัฒนาโครงการสร้างองค์กรเช่นนี้นำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพะพื้นฐานและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างระบบสุขภาพให้ครอบคลุมในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐที่มีอิสระส่วนราชการ เพื่อเป้าหมายสำคัญคือการผลักดันให้มีการบริหารจัดการได้อย่างคล่องตัว ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีทั้งสิ้น 5 ประการ ประกอบด้วย (1) สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อวางเป้าหมาย นโยบายและจัดทำแผนโครงการและมาตรการต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ (2) ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและแผนของรัฐบาล และหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน (3) สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของภาครัฐและภาคเอกชนและส่งเสริมความร่วมมือการวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนงานานาประเทศ รวมทั้งดำเนินการวิจัยด้านระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญตาม

นโยบายและไม่มีหน่วยงานวิจัยอื่นดำเนินการ (4) สนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะในการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ตลอดจนการจัดการโครงการลงทุนและโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อให้ได้วิทยาการและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม และ 5) บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้และผลงานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขแก่หน่วยงานของรัฐ เอกชน และสาธารณชน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

การถอดบทเรียนการดำเนินงานของหน่วยงานภายหลังได้ดำเนินกิจกรรมมาครบทศวรรษ สะท้อนให้เห็นผ่านงานของ วิพุธ พูนเจริญ และคณะ (2547) ที่เสนอว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีแนวคิดการดำเนินงานภายใต้การศึกษาค้นคว้าเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยระบบสุขภาพแบบบูรณาการ ที่ให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้กับเครือข่ายภายในวงการสาธารณสุขเข้ามามีส่วนในการสร้างระบบสุขภาพที่ดี เมื่อพิจารณาจากผลงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในทศวรรษจึงค้นพบการผลักดันระบบสุขภาพของสังคมใน 3 ประเด็นสำคัญ ประเด็นแรกคือความพยายามเริ่มจากการสนับสนุนการวิจัยเพื่อการสร้างความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับการวิจัยด้านระบบสุขภาพ การเริ่มต้นมีองค์การวิจัยด้านสาธารณสุขอย่างเป็นทางการในสังคมไทย ส่งผลให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สถาปนาการทบทวนระบบการวิจัยด้านนี้อย่างครบถ้วน ซึ่งผลการวิเคราะห์ของ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอข้อค้นพบเกี่ยวกับอุปสรรคด้านการวิจัยที่จะส่งเสริมการค้นคว้าและพัฒนาเกี่ยวกับการวิจัยระบบสุขภาพว่า การวิจัยด้านระบบสุขภาพยังขาดแคลนองค์กรที่จะทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัยและขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญการวิจัย รวมทั้งนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

ประเด็นต่อมาคือการสร้างเครื่องมือการสร้างระบบสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเห็นว่างานวิจัยเป็นพื้นฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพในสังคม การผลักดันระยะแรกของการจัดตั้งหน่วยงาน จึงได้เชื่อมโยงการวิจัยระบบสุขภาพกับองค์กรอย่างเป็นทางการที่จะสามารถสนับสนุนการวิจัยได้อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย 1) การผลักดันให้คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติมีการสนับสนุนการวิจัยสาขาสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนเครื่องมือที่จะเป็นองค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับหน่วยงานระดับนโยบายด้านสุขภาพ ได้สร้างความตื่นตัวอย่างยิ่งในการขยายความสนใจของนักวิชาการต่อการพัฒนางานวิจัยเพื่อสนองแหล่งทุนทางนโยบายสำคัญ และ 2) การจัดองค์กรให้มีการดำเนินการพัฒนาแผนงานวิจัย เพื่อตอบสนองความต้องการตามพันธกิจและยุทธศาสตร์ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ

ท้ายที่สุดคือการจัดการงานวิจัยจากนโยบายสู่การปฏิบัติหน้าที่ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในส่วนนี้คือการพยายามนำองค์ความรู้ที่แผนงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข และผลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ มาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนงานปฏิบัติการเพื่อการยกระดับระบบสุขภาพในสังคมไทย จึงจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าแผนงานวิจัยที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพัฒนาขึ้น จะมาจากระดมสมองของเครือข่ายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาาระบบสุขภาพที่ปรากฏขึ้นในสังคม นอกจากนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ใช้กลยุทธ์การประยุกต์ศาสตร์ไปสู่วิถีปฏิบัติหรือ Balance Score Card มาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมการใช้งานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้ได้มากขึ้น

สำหรับการดำเนินงานปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 4 ยุทธศาสตร์ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากลไกการบริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานและยั่งยืน โดยยึดหลักธรรมาภิบาล ขณะเดียวกันยังมีแผนงานวิจัยที่ใช้เพื่อการขับเคลื่อนองค์ความรู้สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพอีกทั้งสิ้น 5 แผนงาน กล่าวคือ แผนงานวิจัยระบบอภิบาลสุขภาพ แผนงานวิจัยระบบบริการสุขภาพ แผนงานวิจัยระบบหลักประกันสุขภาพ แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพของประเทศ และแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา

กำเนิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. จัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 การเคลื่อนไหวเพื่อการสนับสนุนให้จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีพัฒนาการที่ชัดเจนจากการก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้านที่นำโดย ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี ศาสตราจารย์ นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ และศาสตราจารย์ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ การดำเนินกิจกรรมของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้ทำกิจกรรมร่วมกับแพทย์ชนบทและบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปิดเสรีให้กับบริษัทค้าบุหรี่ข้ามชาติ การดำเนินการดังกล่าวมีความเข้มแข็ง จนสามารถผลักดันให้ภาครัฐยอมรับการสนับสนุนพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งถือเป็นความร่วมมือสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายที่เรียกว่าดำเนินงานภายใต้ภาคประชาสังคมครั้งแรก ๆ ของสังคมไทย

จากบทบาทที่เด่นชัดของกลุ่มนักวิชาการด้านสาธารณสุขที่มีความก้าวหน้า ได้นำมาสู่การพยายามพัฒนาข้อเสนอเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันโรคในสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการสร้างให้มีองค์กรที่สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายและกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ช่วงเวลาดังกล่าวแกนนำในวงการสาธารณสุข จึงได้เรียนรู้องค์ความรู้สำคัญที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารภาษีบาป (Sin Tax หรือ Sumptuary Tax) จากรายงานของธนาคารโลกที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ องค์กรส่งเสริมสุขภาพที่ผูกพันกับการจัดเก็บภาษีบาปเป็นภาษีส่งเสริมสุขภาพ (Earmarked Tax หรือ Dedicated Tax) การนำเสนอกฎหมายเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา ดำเนินมาตั้งแต่รัฐบาลของนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย พ.ศ. 2541 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวมีข้อถกเถียงสำคัญเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่จะตั้งขึ้นว่าควรมีลักษณะเป็นองค์กรประเภทใด ซึ่งข้อเสนอของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปฏิรูประบบราชการ ล้วนมีส่วนสำคัญและสร้างความจำเป็นที่เครือข่ายที่ผลักดันการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับกฎหมาย รวมทั้งเครือข่ายระบบราชการที่ต้องการกุมอำนาจการปกครององค์กรที่จะจัดตั้งขึ้นใหม่

รัฐบาลในขณะนั้นมีความตั้งใจจะผลักดันให้เกิดองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่กำลังจะจัดตั้งขึ้น เนื่องจากเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนจากคณะกรรมการที่มีประสบการณ์และตั้งใจที่จะช่วยลดปัจจัยที่จะคุกคามสุขภาพคนไทย จึงได้ประกาศพระราชกฤษฎีกาส่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2543 ซึ่งภายหลังการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นที่เรียบร้อย รัฐบาลได้แต่งตั้งให้ศาสตราจารย์ นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เข้ามารับตำแหน่งประธานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นคนแรก และ

จากนั้นก็ได้มีการสรรหาจนได้ นายแพทย์สุภกร บัวสาย เข้ามารับตำแหน่งผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นคนแรกเช่นกัน (ปารีชาติ ศิวะรักษ์, 2545)

บทบาทสำคัญที่ทั้งสองท่านข้างต้นภายหลังได้เข้ามารับตำแหน่งการเป็นผู้บังคับการระยะเริ่มต้น คือการผลักดันเนื้อหาสาระในการเสนอพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อการผูกผันภาษีบาปกับองค์การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลมาเป็นรัฐบาลของนายกรัฐมนตรี ดร.ทักษิณ ชินวัตร โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคือ นางสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ และมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขคือ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี อดีตอาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งนี้ส่งผลให้การกระบวนการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของรัฐสภาอีกครั้งท่ามกลางความพยายามที่จะอธิบายให้กับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภายภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุให้สมาชิกวุฒิสภามาจากการเลือกตั้งทั้งหมด ดังนั้นการหารือและสร้างการอธิบายให้เห็นความสำคัญของการผูกผันภาษีบาปกับองค์การสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างแข็งขันยิ่งขึ้น และแล้วการดำเนินการเพื่อการผลักดันพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 จึงผ่านการขั้นตอนและกระบวนการพิจารณาของรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2544 และประกาศใน

ราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการผลักดันวาระองค์กรส่งเสริมสุขภาพที่มีการบริหารงานอย่างเป็นอิสระจากฝ่ายการเมืองและธุรกิจ และถือเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจนคือการสร้างสังคมสุขภาวะในสังคมไทยให้เกิดขึ้น

ปัจจุบัน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายเฉพาะของการดำเนินงานทั้งสิ้น 10 ประการได้แก่เป้าหมายเฉพาะ (1) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย (2) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทย (3) ลดอุบัติเหตุการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ (4) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ (5) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป (6) ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก (7) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (8) เพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (9) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น (10) ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง ทั้งนี้ในส่วนของบริหารจัดการได้ดำเนินงานแบ่งโครงสร้างภายในมอบให้มี 10 สำนักในการบริหารจัดการกิจกรรมดังนี้ (1) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก (2) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (3) สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (4) สำนักสนับสนุนสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (5) สำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ (6) สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (7) สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ (8) สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร (9) สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (10) สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

กำเนิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายหลักที่พรรคไทยรักไทยภายใต้การนำของ ดร.ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทยในขณะนั้นใช้รณรงค์หาเสียง ก่อนที่จะประสบความสำเร็จในการเลือกตั้งเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 หากพิจารณาจากข้อมูลระบบสวัสดิการทางสุขภาพในสังคมไทย จะเห็นวิวัฒนาการว่าระบบประกันสุขภาพของสังคมไทยถูกแบ่งออกเป็น 3 ระบบใหญ่ประกอบด้วยระบบที่หนึ่ง ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) ระบบที่สอง ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit: CSMBS) และระบบที่สาม ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC)

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรค สามารถเรียนรู้ได้จากพัฒนาการทางความคิดของ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อดีตแกนนำเครือข่ายแพทย์ชนบทที่ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าขณะนั้น ที่พยายามเสนอโครงการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้คนยากจนสามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า จะเห็นได้จากงานที่สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) เสนอเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพว่าระบบบริการสุขภาพที่ดีในอนาคต ควรอ้างอิงอยู่บนฐานคิดระบบการจัดการใหม่ที่มาจากแนวคิดใหม่ งานชิ้นนี้จึงได้เสนอนวลักษณะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สังคมไทยดังนี้ (1)

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง (2) เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (3) ดูแลคนไม่ใช่เพียงแต่ดูแลคนไข้ (4) มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ (5) มีความหลากหลาย (6) ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม (7) มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ (8) ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น และ (9) มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ทั้งนี้งานของ ศุภสวัสดิ์ ชัชวาล (2563) ได้เสนอให้เห็นว่า นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ถือเป็นผู้นำปัญญาเชิงปฏิบัติคนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมไทยเพื่อหลายข้อจำกัดเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้คนที่อาจถูกกีดกันจากชนชั้นทางสังคมสถานะทางสังคม และความแตกต่างทางด้านรายได้สู่การเข้าถึงระบบสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ทั้งนี้ พื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพเกิดขึ้นได้จากปัจจัยสำคัญ 3 ประการจากการวิจัยทดลองพัฒนาระบบสุขภาพของนายแพทย์สงวนคือ 1) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะทางการเงินที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขและรักษาอาการเจ็บป่วยได้อย่างมั่นคง ซึ่งช่วยให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการรักษาความเจ็บป่วยได้เสมอภาค ความพยายามในการสร้างโอกาสดังกล่าวถูกป็นผลออกมาในลักษณะของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่การจ่ายเงินเพียงอัตราเดียวก็สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ 2) การปฏิรูประบบการให้บริการสาธารณสุข การดูแล

สุขภาพของประชาชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความรุนแรงเน้นการให้ความสำคัญไปยังครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นจึงขยับขึ้นมาสู่ระดับชุมชน และ 3) การปฏิรูประบบความสัมพันธ์กับชุมชน การที่ชุมชนรู้สึกมีส่วนร่วมต่อสถานพยาบาลจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจและสร้างความมั่นใจในการเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลและยังช่วยลดทอนความสัมพันธ์จากวาทกรรมทางการแพทย์ที่แพทย์มีอำนาจเหนือผู้ที่ได้รับการรักษา แต่ได้ปรับระดับความสัมพันธ์ให้รู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างชุมชนและสถานพยาบาล

จึงจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าพัฒนาการสำคัญของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรคคือการเข้ามาใช้อำนาจของรัฐบาลพรรคไทยรักไทย โดยได้ใช้แนวคิดที่นักวิชาการและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอให้กับพรรคการเมือง มาผนวกเป็นนโยบายของพรรคจนสามารถได้รับความนิยมนโยบายที่เรียกว่า “บัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค” ซึ่งภายหลังรัฐบาลพรรคไทยรักไทยขึ้นมาใช้อำนาจได้ดำเนินการรวมสิทธิพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และโครงการบัตรประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ข้อสังเกตสำคัญคือรัฐบาลดังกล่าวได้ขยายหลักคิดเกี่ยวกับรักษาพยาบาลให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคนที่ไม่มีสวัสดิการของรัฐอยู่ (จิระวัฒน์ ปิ่นเปี่ยม รัชฎ์ และคณะ, 2551)

ทั้งนี้ภายหลังการขับเคลื่อนโครงการนี้ได้ลงหลักปักฐานอย่างเป็นระบบ หมอสงวนยังได้ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนช่วงเวลาสามปี

แรกของการดำเนินโครงการว่า การประเมินและศึกษาผลการดำเนินโครงการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมที่มาจากภาครัฐและภาคประชาชน ถือเป็นปัจจัยที่จะสร้างให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินโครงการได้ โดยในข้อเสนอนี้เขาได้ถอดรหัสสำคัญโดยอ้างอิงแนวคิดของนายแพทย์ประเวศ วะสีที่ชื่อว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” จำแนกเป็นเป้าหมายของการพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังนี้ ประการที่หนึ่ง ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง กล่าวคือการสร้างระบบบริการให้ประชาชนไว้วางใจและรู้สึกไว้วางใจต่อคุณภาพการบริการภายใต้โครงการรักษาสุขภาพถ้วนหน้า ประการที่สองผู้ให้บริการมีความสุข กล่าวคือบุคลากร ระบบและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการมีความมั่นใจและรู้สึกถึงความสุขในการบริการ โดยการบริหารโครงการต้องวางระบบที่ไม่สร้างภาระทางการสาธารณสุขให้ผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป และประการที่สาม การบริหารจัดการที่ดี กล่าวคือการวางระบบให้การดำเนินโครงการมีระบบตรวจสอบและการมีส่วนร่วมที่จะช่วยยกระดับความโปร่งใสในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันก็สามารถบริหารงบประมาณให้กับสถานพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อภาระงานที่ได้รับ การดำเนินงานทั้งสามส่วนที่เกี่ยวกันนี้ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานของโครงการมีความยั่งยืนได้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพโดยรัฐในประเทศไทยก่อนและหลัง พ.ศ. 2544

ก่อน พ.ศ.2544	หลัง พ.ศ.2544
ผู้ที่ไม่ได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐ	โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค)
สวัสดิการผู้ยากไร้	
สวัสดิการสังคม	สวัสดิการสังคม
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ที่มา: Hongdilokkut (2017)

การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษายาบาลของผู้คนในสังคม ที่ในอดีตการเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพของสังคมไทยยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก มาสู่การเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีโดยการที่รัฐได้ผลักดันให้มีกลไกการรักษายาบาลมีลักษณะ “ถ้วนหน้า” ได้ส่งผลให้เกิดการยกระดับคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความยากจนและระบบสุขภาพ จะเห็นได้ว่าข้อสรุปที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรคสะท้อนให้เห็นว่า โครงการนี้ได้มีส่วนต่อการลดความยากจนของประชาชนได้ดี แม้ว่าลักษณะการดำเนินโครงการจะเป็นลักษณะถ้วนหน้า มิได้

มุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มคนยากจนเท่านั้น แต่กลับส่งผลประโยชน์กับการช่วยเหลือคนยากจนมากกว่าการดำเนินนโยบายหลายเรื่องที่มีมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาให้กับกลุ่มคนยากจน อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอที่คัดค้านมุมมองการขับเคลื่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากกลุ่มนักวิชาการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ที่เห็นว่าการใช้งบประมาณเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขควรมุ่งเน้นไปที่โรคภัยแรงที่ใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เพราะค่าใช้จ่ายส่วนนั้นต่างหากที่เป็นหลุมของความยากจน ทั้งนี้เมื่อศึกษาจากพฤติกรรมของกลุ่มคนที่ใช้บริการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษายืนยันว่ากลุ่มคนยากจนใช้ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ไปกับความเจ็บป่วยแบบที่เป็นผู้ป่วยนอก หรือกล่าวได้ว่าความเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ได้รับการดูแลจากภาครัฐ ถือเป็นกลไกที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้กลุ่มคนยากจนหลุดพ้นจากกับดักความยากจนดังกล่าวได้ (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2548)



แผนภาพที่ 1 สรุปรอบการใช้งบประมาณเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ
สังคมไทย

ที่มา: ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 กรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายการดำเนินงานที่สำคัญ 5 ประการประกอบด้วย 1) ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ด้วยความมั่นใจและเสริมสร้างความเท่าเทียมกันในระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ 2) สนับสนุนการพัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่ยังพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ 3) บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง 4) ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า รวมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดี

ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการโดยเน้นการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน และ 5) พัฒนาและจัดการระบบข้อมูลเชิงประจักษ์และองค์ความรู้ต่าง ๆ และใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ทั้งนี้ การบริการของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 47.52 ล้านคนจากเป้าหมายที่ต้องการทั้งสิ้น 47.58 ล้านคน หรือสามารถกล่าวได้ว่าครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.88 ขณะที่มียุทธศาสตร์ขึ้นทะเบียนให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 12,334 แห่ง ซึ่งการบริการบางแห่งสามารถขึ้นทะเบียนได้มากกว่าหนึ่งประเภทการบริการได้แก่ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 11,750 แห่ง และหน่วยบริการรับส่งต่อ จำนวน 1,382 แห่ง



แผนภาพที่ 2 โครงสร้างองค์ประกอบของอิทธิพลต่อระบบการสุขภาพในสังคมไทย
ที่มา: ผู้เขียน

สรุป

การทำความเข้าใจการพัฒนางานองค์กรสุขภาพกับการยกระดับระบบสุขภาพในสังคมไทย งานของภาคภูมิ แสงกนกกุล (2562) นักเศรษฐศาสตร์ที่ให้ความสนใจด้านสาธารณสุขและระบบสวัสดิการ ถือเป็นการศึกษาที่พยายามทำหน้าที่อธิบายกรอบคิดทาง

ประวัติศาสตร์ และบทบาทของสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ที่ได้เข้ามามีอิทธิพลและชักนำการก่อรูปของสวัสดิการทางสาธารณสุขขึ้นในสังคมไทย ดังนั้นข้อสรุปจากงานดังกล่าวจึงน่าสนใจและครอบคลุมการทำ ความเข้าใจให้เห็นภาพรวมของการพยายามขับเคลื่อนให้กลไกระบบสุขภาพช่วยทำหน้าที่ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยจะเห็นว่าระบบสุขภาพมีรูปแบบและลักษณะทางกิจกรรมเฉพาะกลไกทางเศรษฐศาสตร์เพียงปัจจัยเดียวไม่สามารถควบคุมให้ระบบสุขภาพมีความสมดุลกับความต้องการทางสังคมได้ การที่สังคมไทยจำเป็นต้องเลือกนโยบายสุขภาพภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ส่งผลให้การเข้าถึงการบริการสุขภาพมุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรที่เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนความมั่นคงของรัฐเป็นหลักก่อน อย่างไรก็ตามรัฐเองได้วางกลไกการแทรกแซงเพื่อให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านสุขภาพกับผู้คนในสังคมร่วมกับการปล่อยให้เอกชนทำหน้าที่ ขณะที่ปัจจัยเสริมในเชิงสงเคราะห์ที่มีสถาบันชาติและมรดกพระพุทธศาสนาเข้ามามีบทบาทให้การสนับสนุน อย่างไรก็ตามข้อปัญหาที่สำคัญคือหลุมพรางของตัวเลขที่รัฐไทยที่ผ่านมามักยึดเป็นกรอบในการทำงาน จึงมีการเน้นให้ประชาชนที่อายุเฉลี่ยที่สูงขึ้น แต่ละเลยกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการลดความเหลื่อมล้ำในบริการทางสาธารณสุข ดังนั้นในอนาคตการเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมการทิศทางการพัฒนา กลไกด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนให้เกิดขึ้นในสังคมไทยได้

การพัฒนาาระบบสุขภาพในสังคมไทยจำเป็นต้องอาศัยกลไกของความร่วมมือระดับนโยบายและองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนให้ภารกิจการพัฒนาาระบบสาธารณสุข สามารถมีเครือข่ายการทำงานได้ครอบคลุมพื้นที่และมีมิติที่ต้องมุ่งเน้นทั้งการพัฒนาองค์ความรู้และการรักษาพยาบาล ในส่วนของบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ซึ่งมีเป้าหมายครอบคลุม 3 ประเด็นสำคัญคือการให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพประชาชน และการให้พระสงฆ์เป็นผู้นำบทบาทการผลักดันสุขภาพชุมชน จึงถือเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเปิดพื้นที่ให้องค์กรพระพุทธศาสนาสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการใช้ทุนทางวัฒนธรรมหรือการสนับสนุนทุนทางเศรษฐกิจให้กับหน่วยงานภาคประชาสังคม รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพในสังคมไทย เช่น การบริจาคสร้างอาคารหรืออุปกรณ์ด้านการแพทย์ การร่วมมือเปิดพื้นที่ให้สามารถช่วยเหลือด้านสุขภาพกับผู้คนในชุมชน และการสร้างกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นต้น จึงจะเห็นได้ว่าการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานลักษณะเครือข่ายจะสามารถส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับการพัฒนาาระบบสุขภาพในสังคมไทยให้มีคุณภาพดีขึ้นต่อไป

3

สังคมวิทยาสุขภาพ
กับการสร้าง
สุขภาพะวิถีพุทธ





สังคมวิทยาสุขภาพ เป็นการทำความเข้าใจองค์ความรู้และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ การใช้มุมมองทางสังคมวิทยาเพื่อทำความเข้าใจความเกี่ยวข้องกับระหว่างโครงสร้างความสัมพันธ์ภายในสถาบันทางสังคมกับความมั่นคงทางสุขภาพ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการศึกษาทางสังคมวิทยาจะขยายมุมมองการพิจารณาพฤติกรรมและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของผู้คนให้ออกนอกปริมณฑลเฉพาะทางการสาธารณสุขพื้นฐานได้ ทั้งนี้สำหรับการศึกษาคั้งนี้จะใช้มุมมองทางสังคมวิทยาสุขภาพโดยเฉพาะการทำความเข้าใจความหมาย มุมมองเชิงทฤษฎีรวมทั้งปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อเป็นกรอบคิดในการศึกษาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะที่มีองค์กรพระพุทธศาสนา มีบทบาทเข้ามาเป็นแกนกลางของการดำเนินกิจกรรม

สังคมวิทยาสุขภาพ

การศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพเริ่มต้นที่รูปร่างของสาขาวิชาและมีอิทธิพลมากขึ้นภายหลังการจบลงของสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเกิดการทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ถูกทดลอง จนนำมาสู่การกำหนดกรอบทางจริยธรรมเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดทางการวิจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของอาสาสมัครที่เข้าร่วมดำเนินการศึกษาวิจัย ขณะเดียวกันการขยายจำนวนของประชากร และรูปแบบของความเจ็บป่วย (Illness) ที่ซับซ้อนมากขึ้น ได้ส่งผลให้ความสนใจเกี่ยวกับระบบบริการทางสุขภาพ (Public Health Care) อยู่ในความสนใจของการศึกษาทางสังคมวิทยา ยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาการกำเนิดของสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย (Sociology of Health and Illness) จะเห็นได้ว่านักสังคมวิทยาที่ถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญของการวางรากฐานวิธีวิทยาทางสังคมวิทยา และทฤษฎีสังคมวิทยายุคคลาสสิก ไม่ได้ให้ความสนใจกับมุมมองมิตินี้มากนัก งานของ Stacey and Homans (1978) ในระยะต้นของการเริ่มมีอิทธิพลทางการศึกษาสังคมวิทยา August Comte, Herbert Spencer and Leonard Hobhouse ให้ความสนใจกับการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างทางสังคมและบทบาทหน้าที่ของผู้คน ด้วยการเสนอให้พิจารณากลไกทางสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต แต่ไม่มีกรกล่าวถึงบทบาทของสถาบันทางการแพทย์ แม้ว่า Karl Marx และ Friedrich Engels จะกล่าวถึงสุขภาพและความ

เจ็บป่วยของประชากรจากการเป็นแรงงานภายหลังสังคมที่มีกระบวนการผลิตจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม แต่ยังคงเหลือที่จะที่สนใจความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตการทำงานกับการเจ็บป่วยในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม Talcott Parsons ถือเป็นนักสังคมวิทยาคนสำคัญคนแรกที่เริ่มกล่าวถึงสุขภาพกับระบบสังคม โดยข้อเสนอที่สำคัญของ Parsons ในระยะแรกมองความเจ็บป่วยว่าเป็นหนึ่งในพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่อาจส่งผลกระทบต่อกลไกการควบคุมทางสังคม ทั้งนี้ความสนใจระยะต้นมุ่งพิจารณาปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยต่อแขนงการศึกษาทางสังคมวิทยาการทำงานและอาชีพเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ การอธิบายที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำทางสังคมกับพฤติกรรมทางสุขภาพของ White (2009) ผ่านงานเรื่อง “An Introduction to the Sociology of Health and Illness” ได้ชี้ชวนให้นักสังคมวิทยาย้อนหลังไปพิจารณาการวิเคราะห์ของ Talcott Parsons อีกมุมหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นว่าการประกาศตนเองขององค์ความรู้ทางการแพทย์ (Self-Proclaimed Status of Medicine) เป็นปัญหาที่แสดงให้เห็นความไม่เข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างน้อย 2 ประการคือ (1) การแพทย์สมัยใหม่ที่ครอบครองความรู้การอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เชื่อมโยงกับชีววิทยา ยังเผชิญกับสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายในระดับจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งในหลายกรณีแม้จะเป็นสังคมสมัยใหม่ก็ตาม แต่อธิพลทางศาสนาหรือปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติที่ผู้คนนับถือตามบริบทวัฒนธรรมยังคงส่งผลต่อศรัทธาและความเชื่อมั่นในการรักษาโรครอยู่ (2) ความเชื่อระดับปัจเจกที่มีต่อ

การแพทย์สมัยใหม่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะองค์ความรู้ทางการแพทย์ทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่ผสมผสานอยู่กับอำนาจซ่อนเร้นทางศาสนาและความเชื่อ ประเพณีที่ผู้คนมีอยู่ด้วย ในหลายกรณีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์สมัยใหม่ จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติที่ปัจเจกยึดถือด้วย

บทบาทของการรักษาพยาบาลหรือการควบคุมกลไกทางสาธารณสุขที่จะส่งเสริมให้ผู้คนในสังคมมีสุขภาพดีจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะสถาบันทางสาธารณสุขเท่านั้น การวิเคราะห์ภายใต้มุมมองทางสังคมวิทยาจึงช่วยเปิดให้เห็นพื้นที่ของสถาบันทางสังคมนโยบายวัฒนธรรม โครงสร้างชนชั้นและภูมิหลังทางการศึกษาว่าต่างเข้ามาส่งอิทธิพลต่อการพัฒนาสุขภาพในสังคมทั้งสิ้น กล่าวในนัยนี้กระบวนการที่จะประกอบสร้างพฤติกรรมการสร้างสุขภาวะองค์รวมคือสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสุขภาพ ยังเป็นการบูรณาการสถาบันทางสังคมเพื่อให้เกิดการสนองความต้องการของรัฐสมัยใหม่ที่พยายามยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คนภายใต้ตัวชี้วัดระดับสากลในประเด็นสุขภาพตามไปด้วย การพิจารณาการสร้างสุขภาวะจึงจำเป็นต้องขยายการถกเถียงและการพิจารณาระดับปรากฏการณ์ทางสังคมให้เห็นตัวแสดงในความสัมพันธ์ชุดต่าง ๆ ที่มีมากขึ้นในสังคมตามไปด้วย

การศึกษาเพื่อเข้าใจบทบาทของการแพทย์ (Medicine) ในฐานะของวัตถุแห่งความรู้ ถูกหยิบยกขึ้นมาถกเถียงโดย Michel Foucault นักวิชาการที่พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่วงการศึกษาด้าน

ปรัชญา มานุษยวิทยา หรือแม้แต่สังคมวิทยาด้วยเช่นกัน ภาคภูมิ แสงกนกกุล (2562) เสนอว่า Foucault ใช้วิธีวิทยาเพื่อการสืบค้นความรู้แบบวงศาวิทยาเชิงประวัติศาสตร์ ในการทำความเข้าใจการสร้างรัฐเวชกรรมโดยการผลักดันกระบวนการแพทยานูวัตร์ ที่ทบทวนว่าการแพทย์เป็นเครื่องมือทางความรู้ที่รัฐส่วนกลางพัฒนาขึ้น เพื่อเก็บข้อมูลรวบรวมสถิติและวางระบบมาตรฐานสาธารณสุข เพื่อควบคุมพฤติกรรมและการสถาปนาอำนาจเพื่อแบ่งแยกความปกติทางสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยมีจุดประสงค์สำคัญเพื่อควบคุมแรงงาน ควบคุมระบบภาษีอากร และบันทึกสวัสดิการสุขภาพที่สามารถส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ ขณะที่มุมมองของ Foucault เองในหนังสือ *The Birth of The Clinic: An Archaeology of Medical Perception* (1975) เขาเปิดความคิดเกี่ยวกับการแพทย์ว่าตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา การศึกษาและความรู้ทางการแพทย์กลายเป็นความรู้เพื่อความมั่นคงทางอำนาจให้กับรัฐ ที่มีถูกใช้เพื่อวางแนวทางป้องกันโรคให้กับคนที่มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งยังเป็นท่าทางเชิงมาตรฐานของอำนาจรัฐในการกำหนดเกณฑ์ว่าใครคือคนปกติหรือคนป่วยในสังคมขึ้น ซึ่งช่วยผลักดันการสร้างให้การแพทย์เป็นหนึ่งในสถาบันทางสังคมเชิงอำนาจ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงผู้คนเป็นวัตถุแห่งความรู้ที่ถูกศึกษาเพื่อควบคุมให้เป็นกลุ่มคนที่มีสุขภาพดีในสังคม

ต่อประเด็นนี้ข้อสรุปของ อธิรุท บุษุมิ (2551) และ จุฬารัตน์ ผดุงชีวิต (2558) เห็นว่า Foucault ได้พิจารณาการกำเนิดของสถานพยาบาลและกระบวนการทางการแพทย์ได้มีส่วนกำหนดควบคุม

ร่างกายของคนให้เป็นวัตถุแห่งสังคม โดยเฉพาะประกอบสร้างขึ้น เพื่อให้ตรงกับจินตนาการของแพทย์กับการสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายของผู้คน ดังนั้น การกำกับ ควบคุม และบงการต่อร่างกายที่ปรับเปลี่ยนเสมอจากมุมมองของโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทางสุขภาพและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างวินัยแห่งร่างกายจึงทำหน้าที่ได้อยู่เสมอ ไม่ได้จบลงแต่เพียงการกำเนิดของร่างกายเมื่อแรกเกิดแต่ตราบดีที่โครงสร้างสังคมยังมีอำนาจต่อร่างกาย การผลิตวาทกรรมที่ควบคุมพฤติกรรมสุขภาพก็ยังคงดำเนินต่อไป

สำหรับมุมมองที่สนใจการแพทย์กับเศรษฐศาสตร์สังคม การศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพในสหรัฐอเมริกาที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เปิดพื้นที่การให้ความสนใจไปที่พฤติกรรมและการบริหารงบประมาณจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจะเห็นได้จากงานของ Mechanic (1990) ได้สะท้อนพัฒนาการเชิงบทบาทของสังคมวิทยาต่อสุขภาพ (Health) และ ระบบการแพทย์ (Medical) โดยกล่าวให้เห็นว่าช่วง ค.ศ. 1980 ถือเป็นช่วงเวลาที่สังคมศาสตร์มีอิทธิพลต่อการอธิบายพฤติกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจภายใต้สังคมอเมริกันเป็นอย่างมาก ขณะที่นักเศรษฐศาสตร์ที่ทำงานในภาคเอกชนพยายามศึกษาความสัมพันธ์ของเศรษฐศาสตร์กับการแพทย์ นักสังคมวิทยาที่ทำงานภาคราชการได้ใช้ข้อมูลทางสถิติเพื่อประยุกต์วิเคราะห์เกี่ยวกับนโยบายทางสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางการเงิน และการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการศึกษาทางสังคมวิทยาช่วง ค.ศ. 1980 กำลังสนใจการวิเคราะห์

ข้อมูลทฤษฎีภูมิที่เน้นการใช้สถิติขั้นสูงสำหรับการวิจัยปริมาณและวิเคราะห์ทางเทคนิคโมเดลต่าง ๆ ส่งผลให้ความสนใจการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจำกัดกรอบอยู่ที่ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับปัญหาสังคม อย่างไรก็ตามในระยะต่อมาบทบาทของการศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพได้เข้ามามีส่วนต่อการทำความเข้าใจพฤติกรรมของความสัมพันธ์ทางเพศที่ส่งผลต่อการระบาดของโรค HIV-AIDs

ขณะที่ในสถานการณ์ปัจจุบันงานของ Catherine Will (2020) นักสังคมวิทยาแห่ง Sussex University ที่มีชื่อว่า “And breathe...? The Sociology of Health and Illness in COVID-19 Time” พยายามเปิดพื้นที่ให้กับแนวการศึกษาของสังคมวิทยาสุขภาพกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา – 2019 โดยการอธิบายให้เห็นความผลกระทบทางสังคมต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา – 2019 โดยทางความมั่นคงของรัฐ การเสี่ยงภัยครั้งนี้ได้สร้างให้เกิดความตื่นตระหนกทางชาตินิยมและเชื้อชาตินิยม เนื่องจากจุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดจากประเทศจีน ขณะที่มิติพฤติกรรมทางสังคมได้สร้างปฏิบัติการที่เป็นมาตรฐานสังคมใหม่ทางสุขภาพ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น เมื่อสำรวจความเคลื่อนไหวของนักสังคมวิทยาในสหราชอาณาจักร จะเห็นได้ว่าเริ่มหันมาให้ความสนใจกับประเด็นพฤติกรรมทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับนโยบายของภาครัฐ เนื่องจากผลกระทบจากการต้องปิดพรมแดนและการจำกัดพื้นที่ทาง

สังคม ส่งผลทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความพยายามแข็งขันในการปรับตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติของผู้คนต่างเชื้อชาติที่อาศัยอยู่ในสหราชอาณาจักร

การเสนอความคิดเกี่ยวกับมุมมองสังคมวิทยากับความสนใจพฤติกรรมทางสุขภาพ ถือเป็นพื้นฐานทางความคิดที่สำคัญของการเริ่มต้นสนใจประเด็นสุขภาพในมิติทางสังคม ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและวิทยาการเทคโนโลยี ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับมิติทางสังคมวิทยา จึงเริ่มเปลี่ยนแปลงสู่การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีราคาสูงขึ้นตามค่าครองชีพในสังคมสมัยใหม่ ดังนั้นสังคมวิทยาสุขภาพจึงเคลื่อนประเด็นความสนใจเข้าสู่มิติสิทธิทางสุขภาพตามไปด้วย อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา -2019 ส่งผลให้สังคมทั่วโลกเผชิญกับลักษณะการแพร่กระจายของโรคที่สามารถส่งต่อได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งหากพิจารณาในมิตินี้ได้สะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงกันเป็นโลกาภิวัตน์อย่างเป็นรูปธรรม เพราะการขยายตัวที่ไม่จำกัดเฉพาะประเด็นของความเจริญก้าวหน้าและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น ถือเป็นข้อเสนอที่นักสังคมวิทยาที่สนใจการเคลื่อนที่ของโลกาภิวัตน์ได้ให้ความคิดเห็นไว้ก่อนแล้ว ในมิตินี้อาจพิจารณาสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วย จะมีกำลังกลับมาสนใจพฤติกรรมที่เรียกว่า “วิถีชีวิตใหม่” (New Normal) ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะประเด็นทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อวงจรเศรษฐกิจ งานและระบบการศึกษา หรืออาจ

กล่าวได้ว่าเป็นความท้าทายแห่งยุคสมัยที่สถาบันทางสังคมจำเป็นต้องปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับการศึกษาสังคมวิทยาสุขภาพในประเทศไทย งานของ ธนัช กนกเทศ (2559) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพกับมิติทางสังคม ว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ 1) ความสนใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ มุ่งเน้นพิจารณาแบบแผนของความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและความเจริญก้าวหน้าของสังคม 2) ความสนใจพฤติกรรมเชิงสาเหตุของความเจ็บป่วย มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการระบาดของโรค การจำกัดพื้นที่และควบคุมพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวทางการแก้ไขสุขภาพ และ 3) ความสนใจพัฒนาองค์ความรู้และวิธีการสร้างสุขภาวะในสังคม มุ่งเน้นการใช้สังคมวิทยาประยุกต์กับวิทยาการทางวิทยาศาสตร์เพื่อพัฒนาโมเดลการเสริมสร้างสุขภาวะ รวมทั้งการขยายองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะในสังคม

ขณะที่การศึกษาของ ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ (2561) พยายามเปิดพื้นที่ทางกรอบคิดและปฏิบัติการของการศึกษาสังคมวิทยากับความเจ็บป่วยและความตาย โดยภายใต้การศึกษาเพื่อพยายามทำความเข้าใจความหมายของความตายและปฏิบัติการในพื้นที่ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานพยาบาลระยะสุดท้าย (Hospice) โดยใช้กระบวนการทัศน์แบบการประกอบสร้าง (Social Constructionism) เพื่อเรียนรู้การตีความในฐานะ “ประสบการณ์ชีวิต” ที่สร้างขึ้นจากความทรงจำทางสังคมที่ปัจเจกได้ประสบพบเจอ

เช่น วิถีชีวิต สถานะทางเศรษฐกิจและการเรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น ความสำคัญของการเปิดพื้นที่การศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพ โดยการเชื่อมโยงภาวะสมัยใหม่ที่ครอบคลุมการสถาปนาอำนาจนำของระบบการแพทย์ และการรักษาพยาบาลที่มีส่วนต่อการรักษาเวลาของชีวิตให้ยาวนานยิ่งขึ้น จึงสามารถสะท้อนให้เห็นมิติของความสัมพันธ์ภายในกระบวนการทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะในปฏิบัติการภายในสถานพยาบาลระยะสุดท้าย ที่สามารถสร้างความสงบทางจิตใจในการเยียวยาผู้ป่วยและญาติได้ การศึกษาชั้นนี้จึงถือเป็นการศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพที่สำคัญ และมีส่วนช่วยยกระดับการขยายปริมณฑลให้กับแนวทางการศึกษาทั้งวิธีวิทยาที่นำมาใช้และปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องได้อีกด้วย

เมื่อกล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าการเคลื่อนที่ของความสนใจในการศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพนั้นไหลตามประเด็นทางสังคมและจุดสนใจทางศาสตร์ทางสังคมวิทยาแห่งยุคสมัย ดังนั้นเมื่อมีความก้าวหน้าของโลกาภิวัตน์เข้ามาเกี่ยวข้อง ประเด็นความสนใจของสังคมวิทยาสุขภาพจึงเป็นการพิจารณาประเด็นพฤติกรรมทางสุขภาพและบทบาทของสถาบันทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้คนในสังคม ประเด็นการพิจารณาลักษณะนี้สอดคล้องกับมุมมองของ Giddens (1998) อธิบายว่า โลกาภิวัตน์เป็นกระบวนการที่สนใจมากกว่ากิจกรรมทางเศรษฐกิจ แต่มีแนวคิดเรื่อง กาล-เทศะ (Time and Space) ที่ช่วยสร้างพื้นที่ให้กับความสัมพันธ์ทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ได้ส่งผลกระทบข้ามพรมแดนอย่างรวดเร็วมากขึ้น

ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ

การศึกษาทางสังคมวิทยาสุขภาพพยายามอธิบายให้เห็นปัจจัยทางสังคม สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจหรือแม้แต่วัฒนธรรมว่าต่างมีส่วนสร้างผลกระทบต่อสุขภาพให้กับผู้คนได้ ดังนั้นการทำความเข้าใจปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนพฤติกรรมจะช่วยให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ทางสุขภาพของผู้คนในสังคมได้ดียิ่งขึ้น จึงจะเห็นได้ว่ามีการให้นิยามและอธิบายปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มีความหลากหลายและแตกต่างตามความสนใจขององค์กรหรือนักวิชาการที่อธิบายคำดังกล่าว หากพิจารณาจากคำอธิบายของกระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้อธิบายความหมายของปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเรียกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งหมายถึงขอบเขตข้อมูลด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนต่อการกำหนดลักษณะทางสุขภาพของผู้คนในสังคม ทั้งนี้เพ็ญ สุขมาก (2561) ได้เสนอว่าการจะสร้างให้เกิดสุขภาวะที่ดีได้มีอิทธิพลของปัจจัยกำหนดสุขภาพมิติต่าง ๆ ซึ่งส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการพยายามทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับผลทางสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้เห็นความเปลี่ยนแปลงหรือเงื่อนไขของการสร้างสุขภาพที่ดีได้

การทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพจะช่วยให้การพัฒนาทิศทางการส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะ สามารถกำหนดขอบเขตและองค์ความรู้ให้เชื่อมโยงกับความซับซ้อนของปัจจัยกำหนดสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น งานของ Raphael

(2009) ได้อธิบายความสำเร็จและความท้าทายของความสำคัญในการทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพในประเทศแคนาดาว่า การศึกษาทางสังคมวิทยาถือเป็นหนึ่งในศาสตร์หลักที่พยายามสืบหาความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพในสังคม ดังนั้นการศึกษาในระยะจึงต้องพยายามทำความเข้าใจปัจจัยอื่น ๆ นอกจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่เป็นความรู้เดิมว่าเกี่ยวข้องกับคุณภาพของสุขภาพ ภายหลังจึงเป็นที่ยอมรับทั่วกันของนักวิชาการที่ศึกษาด้านว่าแหล่งที่อยู่อาศัย สถานะของการจ้างงานและลักษณะการทำงาน สภาพแวดล้อม รวมทั้งการศึกษา มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดสุขภาพทั้งสิ้น สำหรับบทเรียนที่สำคัญจากประเทศแคนาดาคือหน่วยงานด้านสาธารณสุขพยายามค้นหากรอบปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่ครอบคลุมมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถวางกรอบนโยบายที่จะสร้างสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคมให้ได้ โดยจากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพมีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ สถานะทางสังคมและรายได้ เครือข่ายทางสังคม เงื่อนไขการจ้างงาน การศึกษา ลักษณะทางกายภาพ และระบบนิเวศสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้การศึกษาที่ถือว่าเกี่ยวข้องกับการอธิบายปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในฐานะของการเป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพนั้น ปรากฏในงานของ Schmidt et al. (2010) ที่ชื่อว่า Alcohol: Equity and Social Determinants โดยข้อสรุปจากงานชิ้นนี้ เสนออย่างชัดเจนว่าพวกมาตรการกำกับและควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีส่วนต่อการลดปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำ

ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถจัดการได้โดยมาตรการหรือนโยบายของรัฐเท่านั้น เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มีมิติทางวัฒนธรรมและการฝังรากลึกของความรับรู้สาธารณะ (Public Discourse) ที่จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินแนวทางด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และมุ่งเน้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการสร้างการรับรู้เป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่า การสามารถเข้าใจสถานการณ์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน ถือเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ขยายภาพปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพได้อย่างตรงประเด็นและครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐานของแต่ละสังคมได้ดีที่สุด หากพิจารณาจากการศึกษาของ นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา (2559) ได้เสนอการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพกับการสร้างสุขภาวะว่า สามารถแบ่งกลุ่มปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพออกได้เป็น 3 กลุ่มสำคัญกล่าวคือ กลุ่มที่ 1 บริบททางสังคมและการเมือง (Socio-Political Context) เช่น วัฒนธรรม สถานการณ์การเมือง การคมนาคม ความสงบสุข สาธารณูปการขั้นพื้นฐาน เป็นต้น กลุ่มที่ 2 ชนชั้นและตำแหน่งทางสังคม (Social Position and Stratification) เช่น การศึกษา รายได้ ความเป็นธรรมทางสังคม การจ้างงาน การกระจายรายได้ การกีดกันทางสังคม เป็นต้น และกลุ่มที่ 3 ปัจจัยตัวกลาง (Intermediary Determinants) เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร และการบริการสุขภาพในวัยเด็ก เป็นต้น ขณะที่การส่งเสริมสุขภาพควรมีการพัฒนามาตรการหรือกิจกรรมทางสังคมที่

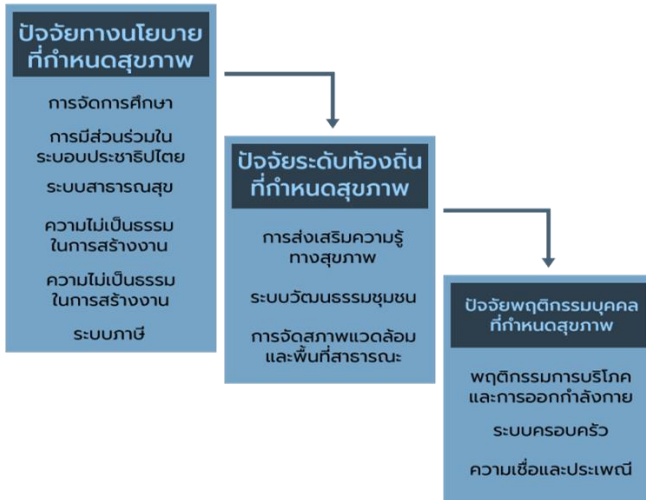
สามารถเข้าถึงได้ทั้ง มาตรการเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและระดับประชากร (High Risk Strategy and Population Strategy Approach) ซึ่งจะช่วยสร้างกิจกรรมและเครือข่ายการดำเนินงานที่สามารถแบ่งบทบาทหรือร่วมประสานขับเคลื่อนกิจกรรมให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด

การอธิบายของ Stevenson (2018) นักสังคมวิทยาการแพทย์ แห่ง University College London ได้แสดงให้เห็นองค์ประกอบสำคัญอีกหนึ่งประการของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งอยู่นอกเหนือจากระบบการบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐานคือการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมคือการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่สามารถเป็นกลุ่มความช่วยเหลือที่มีความเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยระดับปัจเจกได้ดีกว่าการใช้แนวทางการรักษาแบบสากลนิยม ซึ่งอาจจะละเลยปัจจัยทางจิตวิทยา ความเชื่อหรือบริบททางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งและสามารถช่วยเหลือกลุ่มของตนเองได้ จะช่วยยกระดับการสร้างสุขภาพในกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อยได้ดีขึ้น เนื่องจากการเปิดพื้นที่และสนับสนุนให้พลังในชุมชนของผู้คนในกลุ่มเดียวกันมีปฏิบัติการดูแลระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและพัฒนาโครงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้นด้วย

การพิจารณาให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพมีส่วนต่อการลดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม จึงถือเป็นกรอบคิดสำคัญที่

จะสามารถช่วยสร้างการพัฒนาสุขภาวะอย่างยั่งยืนได้ ข้อเสนอจาก
 ประสพการณ์การผลักดันนโยบายของ เฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์ (2563)
 ได้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจว่าการจะลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม จำเป็นต้อง
 สร้างกลไกที่เกี่ยวข้องกับการกระจายความเจริญทางการศึกษา การ
 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งการจัดระบบเมืองและ
 สภาพแวดล้อมที่ลดค่าครองชีพให้คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ หาก
 พิจารณาประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม จะเห็นว่า ประเด็น
 การเสริมสร้างพลังทางสังคมที่ผลักดันการรวมกลุ่มของสังคมที่มีพลังจะ
 ทำภารกิจภาคประชาสังคม และการให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่
 จะไม่ทอดทิ้งให้กลุ่มประชากรนี้ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของตนเอง
 เป็นจำนวนมาก จะเป็นกลไกสำคัญลักษณะหนึ่งที่จะช่วยสร้างแนว
 ทิศทางการวางนโยบายภาครัฐให้เห็นความสำคัญของการพิจารณา
 ประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ก่อนจะลงมือกำหนด
 นโยบายการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจและสาธารณสุข ขณะที่ ผาสุก พงษ์
 ไพจิตร (2562) ศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์ที่วิจัยและเสนอแนะ
 นโยบายให้แก่ภาครัฐโดยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม แสดงข้อมูลที่
 วิพากษ์ให้เห็นต้นตอของความเหลื่อมล้ำทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรม
 เมื่อพิจารณาอย่างชัดเจนจะเห็นว่าโครงสร้างความมั่งคั่งส่วนใหญ่
 กระจุกตัวอยู่ที่มหาเศรษฐีไม่กี่ครอบครัว รวมทั้งการวางโครงสร้าง
 อำนาจผ่านระบบราชการและระบบธุรกิจที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน
 อย่างยาวนาน ได้ส่งผลให้นโยบายการผลักดันด้านภาษี เช่น ภาษีที่ดิน
 ภาษีมรดก เป็นต้น ไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเกิดประสิทธิภาพเพื่อลดความ

เหลื่อมล้ำได้ ข้อเสนอที่ชัดเจนจากการศึกษาครั้งนี้เกิดจากการเรียนรู้
แนวทางและวิธีการจากต่างประเทศ ซึ่งพบว่าระบบประชาธิปไตย การ
กระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมของขบวนการประชาสังคม จะช่วย
ให้เกิดปฏิรูปและถ่วงดุลกับโครงสร้างอำนาจส่วนบนได้ดียิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 3 ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
ที่มา: ผู้เขียน

กล่าวโดยสรุป การทำความเข้าใจความหลากหลายของปัจจัย
ทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ จะช่วยให้สามารถวางกรอบการพัฒนา
กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมกับกลุ่มช่วงวัย กลุ่มประเภท
ประชากรที่แบ่งย่อยตามคุณลักษณะต่าง ๆ และที่สำคัญคือช่วยผลักดัน
ให้เห็นมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่ซ่อนอยู่ภายใต้มาตรการส่งเสริม
สุขภาพ เนื่องจากการเปิดพื้นที่ให้กับการสร้างความเข้าใจความ

หลากหลายทางภาษา วิถีชีวิต และภูมิหลังทางสังคม เป็นการสะท้อนความแตกต่างภายในสังคมที่จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจที่ลึกซึ้งและปราศจากการตีตราทางชนชั้นและการศึกษา จึงจะสามารถผลักดันให้เครือข่ายทางสังคมหรือกลุ่มการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะสามารถขับเคลื่อนการสร้างกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ ได้อย่างยั่งยืน

สังคมวิทยาสุขภาพกับการพัฒนาสุขภาวะ

การพิจารณาแนวคิดที่ว่าด้วยสุขภาวะวิถีพุทธ จะครอบคลุมการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับที่มาและวิวัฒนาการของข้อถกเถียงเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะ เพื่อเสนอให้เห็นสาระสำคัญของการพัฒนาความคิดจากคำว่าสุขภาพไปสู่การขยายความหมายไปหาความหมายของคำว่าสุขภาวะ ทั้งนี้เพื่อสะท้อนให้ครอบคลุมมิติของการวางระบบการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้คนในสังคมได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังจะเชื่อมโยงไปถึงความหมายและข้อถกเถียงที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธ เพื่อสร้างความเข้าใจให้เห็นบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนาที่จะเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยได้ต่อไป

สำหรับการทำความเข้าใจประเด็นสุขภาวะโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นกรอบของการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยแสดงให้เห็นความหมายและแรงขับเคลื่อนเชิงอุดมการณ์ในการผลิตชุดความคิดที่เกี่ยวข้องกับการ

สร้างระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของผู้คนในสังคม นอกจากนี้การทำความเข้าใจความหมายและรูปแบบการสร้างสุขภาวะในมิติทางสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์และสังคมวิทยา ยังจะช่วยให้เห็นพลังขับเคลื่อนและประโยชน์ต่อสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับระบบสุขภาพในสังคมอีกด้วย ดังนั้นเพื่อให้สามารถเข้าใจการประยุกต์เชื่อมโยงหลักคิดและความหมายของคำว่า “สุขภาวะ” กับประเด็นทางสังคมอื่น ๆ จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาวะ ดังต่อไปนี้

จุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะคือ ต้องแสดงให้เห็นในเบื้องต้นว่าคำว่า “สุขภาวะ” มีวิวัฒนาการพื้นฐานมาจากการขยายความหมายของคำว่า “สุขภาพ” โดยงานของ ประเวศ วะสี (2541) ได้อธิบายไว้ว่า สุขภาวะมีนัยของความหมายเช่นเดียวกับคำว่าสุขภาพ แต่สำหรับภาษาอังกฤษคำว่า “Well-Being” สื่อความหมายได้ชัดเจนกว่าคำว่า “Health” ในการอธิบายที่สำคัญได้นำมาสู่การสร้างทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะว่าเป็นการมีสุขภาพที่ดีและเชื่อมโยงไปถึงมุมมองทางจิตวิญญาณ หรือการหลุดพ้นจากทุกข์ทางจิตใจเข้าไว้ด้วย ประเด็นนี้เองที่ช่วยขยายความหมายของคำว่าสุขภาวะให้มีมุมมองทางจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยมากขึ้น

เมื่อพิจารณาสังคมไทย จะเห็นได้ว่าการแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ที่สะท้อนให้เห็นคุณค่าต่อการมีสุขภาพดีในสังคมไทยประการหนึ่ง คือคำกล่าวที่มักอำนวยการให้แก่กันที่ว่า “อายุ วัฒนธรม สุขัง พลัง” งานวิเคราะห์ ประเวศ วะสี (2546) ได้อธิบายไว้ว่าการให้

พบว่าอายุ วัฒนโณ สุขัง พลัง เป็นอุดมการณ์ที่สะท้อนความสำคัญของสุขภาพที่ดี ว่าเป็นพื้นฐานความคิดของผู้นั้นในสังคมถือเป็นคุณค่าหนึ่งยึดถือกันมาอย่างสูงสุด ขณะที่แนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาวนั้นเกิดขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกเสนอคำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ว่าหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ (Health is Complete Physical, Mental, Social and Spiritual Well-Being) ทั้งนี้สามารถขยายความได้ว่า

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึงร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรคและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดี

2) สุขภาวะทางจิต หมายถึงจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีสมาธิ และสติที่จะลดความเห็นแก่ตัวลง

3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึงการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้นั้นในสังคมอย่างสันติสุข มีการยอมรับหลักการด้านความยุติธรรมและความเสมอภาค รวมทั้งมีระบบบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึง

4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึงความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำความดีหรืออยู่ร่วมในความสัมพันธ์ที่ดีโดยไม่หวังผลตอบแทน เช่น การทำกิจกรรมเสียสละเพื่อสังคม เป็นต้น โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่ามีความสำคัญและส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งถึงสุขภาวะด้านอื่น ดังนั้นการจะสร้างให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดีได้ จำเป็นที่จะต้องเข้าใจระบบคุณค่า ความเชื่อและค่านิยมที่ส่งผลต่อจิตใจของผู้นั้น เพราะจะช่วยให้เห็นว่าการสร้างสังคมสุขภาวะให้เกิดขึ้น ต้องให้ความสนใจกับการพัฒนาองค์ประกอบที่สร้างให้เกิดสุขภาวะอย่างสมบูรณ์ครบถ้วนได้

ขณะที่ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2552) ได้อธิบายมิติขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาวะว่าจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการพื้นฐานได้แก่ 1) การมีสุขภาพกายดี หมายถึง การแสดงออกให้เห็นว่าเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การละเว้นอบายมุข การพักผ่อนเพียงพอ การใช้ความรู้ที่ตนเองมีดูแลรักษาสุขภาพกาย และเอาใจใส่สุขภาพโดยเข้ารับการตรวจสุขภาพ เป็นต้น 2) การมีสุขภาพใจดี หมายถึง การที่สามารถปฏิบัติให้ตนเองมีสติที่สงบอยู่เสมอ สามารถปล่อยวางหรือละเว้นที่จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะทำให้จิตใจขุ่นมัว อีกทั้งเรียนรู้ที่จะยกระดับคุณภาพของความรู้สึกภายในเสมอ 3) การมีสุขภาพทางสังคม หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสภาพแวดล้อมหรือชุมชนที่ตนเองสังกัดอยู่ อีกทั้งสามารถปรับหน้าที่และบทบาทให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงในสังคมที่เกิดขึ้นอย่างเป็นสุข และ 4) การมีสุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง การใช้หลักศาสนาเข้ามาประยุกต์เพื่อควบคุมสมาธิ ปัญญาหรือจิตใจให้อยู่ในสภาพที่เบิกบานอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อควบคุมให้องค์ประกอบของร่างกายอื่น ๆ อยู่ในสภาพการณ์ที่ดีเช่นกัน

สำหรับพระไพศาล วิสาโล (2552) พระสงฆ์ที่มีความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาจิตและปัญญาวิถีพุทธ ได้อธิบายเพื่อทำความเข้าใจคำว่า “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมไปถึงความหมายของคำว่า “สุขภาวะ” ควรให้ความสนใจกับความแข็งแรงมากกว่าทางกาย แต่ต้องให้ความสำคัญไปถึงการมีภาวะที่เป็นสุขทั้งในทางกาย สังคม จิตหรือ

ปัญญา และจิตวิญญาณร่วมด้วย โดยได้จำแนกองค์ประกอบของการสร้างสุขภาวะในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การที่มีสุขภาพทางกายดี มีปัจจัยสี่แห่งการดำรงชีวิตอย่างสมดุลต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน จนถึงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ทำให้จิตใจชุ่นมัว

2) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การมีสวัสดิภาพในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ร่วมเป็นสมาชิกทางสังคม ในมิติของการยอมรับทางสังคม ผู้ที่จะมีสุขภาวะทางสังคมจะเป็นคนที่ให้เกียรติยอมรับผู้อื่น รวมทั้งให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น

3) สุขภาวะทางจิต หมายถึง การมีจิตใจที่ปราศจากความพยายามและแรงบีบบังคับทางจิตใจที่ไม่สามารถควบคุมได้ การจะมีสุขภาวะทางจิตที่ดีจึงเริ่มต้นได้ด้วยความเมตตากับผู้อื่น

4) สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง การมีสติในการดำเนินชีวิต สามารถเลือกหนทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีสติและไม่ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าความหมายของคำว่า “สุขภาวะ” พัฒนาการมาจากความหมายของการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งแต่เดิมอาจมุ่งเน้นเฉพาะสุขภาพของร่างกายและการมีสภาพแวดล้อมที่ดี รวมทั้งความรู้สึกที่มีความสุขในช่วงขณะหนึ่ง แต่ความหมายของสุขภาวะได้พยายามสร้างแนวทางการทำความเข้าใจให้เห็นว่าองค์ประกอบอีกประการหนึ่งของการสร้างสุขภาวะที่ดีคือการมีจิตวิญญาณหรือความรู้สึกระลึกภายในที่ดี การขยายความหมายและ

องค์ประกอบในการนิยามคำว่าสุขภาวะแนวใหม่ ได้ส่งผลให้สถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาวะที่ดี ขยายจากสถาบันทางการแพทย์ สถาบันทางการศึกษาและสถาบันทางครอบครัว ไปสู่สถาบันที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาวะนอกเหนือไปจากความหมายเดิมที่มุ่งเน้นที่ร่างกายเป็นสำคัญ ดังนั้นองค์การทางศาสนาซึ่งผลิตชุดของพิธีกรรม ความหมายและปฏิบัติการที่ช่วยสร้างความสงบทางจิตใจ รวมทั้งการที่คำสอนของศาสนาโดยเฉพาะอิทธิพลของพระพุทธศาสนา ในสังคมไทย มักกล่าวถึงการปลดวงเพื่อให้พ้นจากการยึดมั่นถือมั่นหรืออุเบกขา จึงเริ่มมีนักวิชาการ ประชาชน พระสงฆ์ รวมทั้งสถาบันการศึกษาและสถาบันทางการแพทย์ ศึกษาและวิจัยเพื่อเปิดพื้นที่ให้องค์การพระพุทธศาสนาเข้ามามีบทบาทต่อการสร้างสังคมสุขภาวะยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 4 องค์ประกอบของการสร้างสุขภาวะ
ที่มา: พระไพศาล วิสาโล (2552)

สังคมวิทยาสุขภาพกับสุขภาวะวิถีพุทธ

สำหรับการทำความเข้าใจความหมาย องค์ประกอบและแนวทางการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ เป็นการทบทวนบทวิเคราะห์ และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายเชิงความคิด การนำเสนอหลักพุทธธรรม รวมทั้งการอธิบายปฏิบัติการของการเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาและพระสงฆ์ที่ทำกิจกรรมการสร้างสุขภาวะ โดยอาศัยกลไกหรือหลักพุทธธรรมเป็นส่วนหนึ่งของการทำกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะวิถีพุทธ จะช่วยให้สามารถเห็นปฏิบัติการในการสร้างสุขภาวะที่องค์กรพระพุทธศาสนาได้พยายามขับเคลื่อนอยู่อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

ทั้งนี้ ศรีศักร วัลลิโภดม (2560) ได้เสนอให้เห็นว่าองค์กรพระพุทธศาสนาถือเป็นสถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่ให้การศึกษาและกำกับควบคุมความเชื่อของผู้คนในสังคมไทยร่วมกับสถาบันทางสังคมอื่นมาอย่างยาวนาน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่องค์กรพระพุทธศาสนาให้ความสนใจกับการพัฒนาสุขภาวะ จะส่งผลกระทบไปถึงชุมชนได้อย่างดีอีกช่องทางหนึ่ง จะเห็นได้จากมิติประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ที่แสดงให้เห็นว่าในอดีตวัดเป็นเครื่องหมายแสดงสัญลักษณ์ของความมั่งคั่งภายในชุมชน ความเจริญศรัทธาและเจริญทางเศรษฐกิจของผู้คนในท้องถิ่น จะแสดงออกผ่านสถาปัตยกรรมหรือสิ่งก่อสร้างที่อยู่ภายในวัด ขณะที่การที่วัดทำหน้าที่อบรมสั่งสอนผู้คนในชุมชนอย่างใกล้ชิด การเชื่อมโยงคำสอนและความดีตามคติหลักพุทธธรรมจึงถูกถ่ายทอดไปยังท้องถิ่นได้อย่างรวดเร็ว

บทบาทและอิทธิพลด้านการศึกษาขององค์กรพระพุทธศาสนาที่มีต่อสังคมไทย แม้จะลดลงภายหลังการสถาปนาอำนาจของโรงเรียนภายใต้กระทรวงธรรมการ ให้เข้ามามีการอำนาจจัดการศึกษาแทนคณะสงฆ์ แต่วิถีชีวิตและความเชื่อของผู้คนในสังคมไทยจำนวนมาก ยังเห็นว่าองค์กรพระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญต่อการถ่ายทอดและขัดเกลาวิถีชีวิตของผู้คนในสังคม นอกจากนี้การที่องค์กรพระพุทธศาสนาได้ปรับบทบาทในการเข้ามาทำกิจกรรมเพื่อสังคมมากขึ้น ยังส่งผลเกิดการพัฒนาเครือข่ายการทำงานเพื่อสังคมโดยพระสงฆ์หลายรูปแบบขึ้นอย่างชัดเจน การสรุปบทเรียนระดับนโยบายโดย พระเทพพรเมธี (2562) ได้สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างการปฏิบัติงานของคณะสงฆ์ไทยว่าภายหลังการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ได้ส่งผลให้เกิดคณะกรรมการ ยุทธศาสตร์ และโครงการที่จะช่วยผลักดันให้คณะสงฆ์มีพันธกิจที่ดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งการสร้างกลไกให้เห็นความสำคัญของการประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย ถือเป็นอีกจุดสำคัญที่จะช่วยเปิดพื้นที่การทำงานให้คณะสงฆ์ได้เรียนรู้ที่จะดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมที่มีความยั่งยืนและขยายปริมาณผลประโยชน์ของกิจกรรมให้มีความร่วมสมัยกับความต้องการของผู้คนในสังคมมากขึ้น

นอกจากนี้งานของ พิณิจ ลาภธนานนท์, สายชล ปัญญาชิต, ภูเบศ วนิชชานนท์ และพิรญาณ์ แสงปัญญา (2563) ได้พิจารณาบทบาทที่คณะสงฆ์ดำเนินงานเพื่อสังคมในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่างานที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับภารกิจสาธารณสงเคราะห์ มีขอบเขตที่

สามารถทำความเข้าใจได้ 4 ประการประกอบด้วย ประการที่หนึ่ง สงเคราะห์ช่วยเหลือ เป็นบทบาทที่พระสงฆ์ให้การสงเคราะห์สังคม โดยส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาหน้าและมีความเร่งด่วน จึงเกิดการระดมความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่มีความเร่งด่วน เช่น ผู้ประสบภัยทางธรรมชาติ ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ประการที่สอง การสนับสนุนเกื้อกูล เป็นบทบาทที่พระสงฆ์สนับสนุนให้ชุมชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ ร่วมกันสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของประชาชนตามทรัพยากรและศักยภาพที่วัดหรือพระสงฆ์จะดำเนินการได้ เช่น สนับสนุนให้เกิดโรงเรียนผู้สูงอายุ การฝึกอบรมอาชีพหรือฝึกอบรมเยาวชน เป็นต้น ประการที่สาม การมีส่วนร่วมพัฒนา เป็นบทบาทที่พระสงฆ์พัฒนาให้วัดเป็นศูนย์กลางกิจกรรมการพัฒนา การผลักดันให้วัดเป็นศูนย์กลางกิจกรรมการพัฒนาภายในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมโดยเน้นแนวทาง บวร (บ้าน วัด โรงเรียน) บทบาทวัดในส่วนนี้ของพระสงฆ์คือกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา และยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของตนเอง เช่น การจัดทำสวนพุทธเกษตร การจัดตั้งกลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ เป็นต้น และประการที่สี่ การบูรณาการเครือข่าย เป็นบทบาทที่พระสงฆ์ผลักดันกิจกรรมสาธารณสงเคราะห์โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ผลักดันกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการใช้บุคลากร เทคโนโลยีงบประมาณร่วมกัน เพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐหรือภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมทำกิจกรรม เช่น โครงการพัฒนาหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล โครงการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก เป็นต้น

สำหรับ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต) (2562) ปราชญ์ทางพระพุทธศาสนาของสังคมไทย ได้เรียบเรียงและนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะองค์รวมวิถีพุทธ โดยมีสาระที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจความเป็นกรอบคิดของการศึกษาครั้งนี้ 2 ประเด็นกล่าวคือ

ประเด็นที่ 1 การเชื่อมโยงสุขภาวะกับการทำความเข้าใจกลไกรรรมชาติแห่งชีวิต โดยเสนอว่าการสร้างสุขภาวะองค์รวมมีองค์ประกอบร่วมสามแดนในการนำมาพิจารณา คือ แดนที่ 1 การติดต่อสื่อสารกับโลก คือความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นทางกายภาพและความสัมพันธ์ทางสังคม ที่จะต้องควบคุมและรักษาพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อร่างกายและความสัมพันธ์ทางสังคม แดนที่ 2 ภาวะจิต คือการพยายามสร้างสมดุลหรือเจตนาของกระบวนการคิดภายในให้เห็นคุณค่าของความสัมพันธ์กับโลกภายนอก และแดนที่ 3 ปัญญา คือความรู้และความเข้าใจที่จะเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งนี้การตระหนักว่าปัญญาสำคัญถือเป็นช่องทางสำคัญที่จะค้นหาความรู้ที่ดี และใช้เป็นหมุดหมายนำทางให้กับชีวิต

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาความสัมพันธ์ในองค์รวมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะองค์รวม หรือคือการมี “ศีล” เพื่อเป้าหมายแห่งฝึกพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดี ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเข้าใจระบบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงได้เสนอศีล 4 หมวดดังนี้ หมวดที่ 1 อินทริยสังวร คือการรู้จักใช้ประสาทสัมผัสให้ติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเหมาะสม โดยการตั้งมั่น

ตรวจสอบอยู่เสมอว่าการรับรู้ของตนเองแต่ละช่วงขณะ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไร หมวดที่ 2 ปัจจัยปฏิเสวนา คือการรับรู้โรคต่าง ๆ อย่างพอประมาณ มีความเหมาะสมต่อการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและปัญญาตามมา หมวดที่ 3 สัมมาอาชีวะ คือการวางบทบาทและการดำเนินชีวิตให้อยู่บนความสุจริต ซึ่งจะเป็พื้นฐานของการไม่เบียดเบียนผู้อื่น และยังหาช่องทางช่วยเหลือสังคมได้อีกด้วย ท้ายที่สุดหมวดที่ 4 วินัยบัญญัติ คือแบบแผนการอยู่ร่วมกันของผู้คนในสังคม โดยการสร้างข้อตกลงการอยู่ร่วมกันถือเป็นการวางบรรทัดฐานและข้อตกลงพื้นฐานร่วมกันของสมาชิก ทั้งนี้ข้อบัญญัติอาจเป็นลักษณะลายลักษณ์อักษรหรือจารีตปฏิบัติที่สมาชิกของแต่ละสังคมได้ถ่ายทอดสืบทอดกันมากก็ได้

นอกจากนี้ การศึกษาของพินิจ ลาภอนานนท์ (2556) พยายามเชื่อมโยงสุขภาวะกับหลักพุทธธรรมว่าการสร้างสุขภาวะเปรียบได้กับวิถีแห่งการพัฒนา ทั้งกายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนาและปัญญาภาวนา ทั้งนี้ขอเสนอข้างต้นพยายามเชื่อมโยงประเด็นสุขภาวะของพระสงฆ์ในสังคมปัจจุบัน โดยชี้ให้เห็นว่าพระสงฆ์สามารถรักษาสุขภาพได้ด้วยการใช้องค์รวมของระบบสุขภาพมาเป็นกลไกสนับสนุนร่วมกัน ดังนั้นการละเลยที่จะฝึกฝนหรือให้ความสำคัญกับประเด็นใดประเด็นหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่ออาการจะรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นได้ จึงจะเห็นได้ว่าการจะสร้างสุขภาวะจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติจะต้องให้ความสำคัญทั้งในวิถีแห่งธรรมคือหลักพุทธธรรม ข้อบัญญัติต่าง ๆ และวิถีแห่งโลกคือองค์ความรู้ทางสุขอนามัยและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพในชีวิตประจำวัน

เมื่อพิจารณาจากแนวคิดข้างต้น จะเห็นได้ว่าสุขภาวะวิถีพุทธ หมายถึงการใช้หลักพุทธธรรมเป็นองค์ประกอบของการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อการพัฒนาให้เกิดสุขภาวะที่ดี ทั้งนี้หลักการสำคัญที่เชื่อมโยงให้เกิดการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธคือการทำความเข้าใจระบบองค์รวมของความสัมพันธ์ที่จะสร้างให้เกิดสุขภาพ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นกลไกภายในคือการกำหนดความคิดและการสร้างปัญญาให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและสภาพแวดล้อมที่จะเอื้อให้เกิดสุขภาวะที่ดี ขณะที่กลไกภายนอกคือการเรียนรู้ข้อกำหนดและองค์ความรู้ที่จะสามารถฝึกฝนให้ร่างกายสร้างวิถีปฏิบัติที่จะนำมาสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้

อย่างไรก็ตาม การพิจารณากรอบคิดเกี่ยวกับสุขภาวะวิถีพุทธ ควรยกระดับสู่การทำความเข้าใจลักษณะของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้เห็นความหมายและเป้าหมายของการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ ทั้งนี้โดยมีกรอบแห่งปัญญาเป็นฐานความคิด เมื่อพิจารณาจากการศึกษาของ พระศรีคัมภีรญาณ (2559) ศาสตราจารย์ด้านพระพุทธศาสนา ได้เสนอให้เห็นว่าในมุมมองทางพระพุทธศาสนานั้น ชีวิตมีลักษณะเป็นไตรลักษณ์ กล่าวคือเป็นองค์ประกอบแห่งลักษณะสำคัญสามประการได้แก่ ประการที่หนึ่ง อนิจจตาหรือความไม่เที่ยง ประการที่สอง ทุกขตาหรือความเป็นทุกข์ และประการที่สาม อนัตตาหรือความไม่มีตัวตน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาไตรลักษณ์ว่าเป็นกฎธรรมดาหรือข้อกำหนดแห่งธรรมชาติ ทั้งปวง จะเข้าใจอย่างชัดเจนว่าร่างกายของคนเรามีสภาพที่ไม่เที่ยงเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมหรือความไม่แน่นอนได้เสมอ ขณะเดียวกันการคงอยู่ของชีวิตก็มีความทุกข์เป็นองค์ประกอบ ถือเป็นความธรรมดา

ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์แห่งทุกข์ และท้ายที่สุดสิ่งใดก็ตามแต่ที่เกิดขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย ความสัมพันธ์หรือลาภ ยศ สรรเสริญ ในความเป็นจริงแล้วไม่สามารถยึดถือว่าจะจะเป็นของเราตลอดไป เพียงแต่เราครอบครองไว้ชั่วคราว เมื่อถึงระยะเวลาหนึ่งสิ่งเหล่านั้นก็ไม่สามารถยึดมั่นไว้ได้ตลอดกาล

สรุป

มุมมองสังคมวิทยากับความสนใจพฤติกรรมทางสุขภาพ ถือเป็นพื้นฐานทางความคิดที่สำคัญของการเริ่มต้นสนใจประเด็นสุขภาพในมิติทางสังคม ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและวิทยาการเทคโนโลยี ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับมิติทางสังคมวิทยา จึงเริ่มเปลี่ยนแปลงสู่การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีราคาสูงขึ้นตามค่าครองชีพในสังคมสมัยใหม่ และพยายามสร้างความแข็งแรงให้เป็นคุณลักษณะของผู้คนที่รัฐพึงพาในการสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยปราศจากความเจ็บป่วย สังคมวิทยาสุขภาพจึงเคลื่อนประเด็นความสนใจเข้าสู่มิติสิทธิทางสุขภาพตามไปด้วย

4

ปรีทัศน์รูปแบบ
การลดปัจจัยเสี่ยง
ทางสุขภาพ





การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมได้สร้างให้เกิดกิจกรรมและวิถีชีวิตที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงของประชาชนในมิติสุขภาพ ส่งผลให้สังคมไทยจำเป็นต้องสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้แก่ประชากรทุกกลุ่มวัย โดยผลกระทบทางสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นสภาพสิ่งแวดล้อม การบริโภค และพฤติกรรมทางสังคม การทำความเข้าใจในรูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้องรวบรวมองค์ความรู้พื้นฐาน ประกอบไปด้วย ความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพเสี่ยงภัย ตลอดจนรูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในมิติสังคมและวัฒนธรรม

ภาวะความทันสมัยที่เป็นผลมาจากโลกาภิวัตน์ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนผ่านเมืองเกษตรกรรมให้กลายเป็นเมืองอุตสาหกรรม การเข้ามาอิทธิพลของวัฒนธรรมบริโภคนิยมที่เป็นสัญลักษณ์ของความแตกต่างทางชนชั้น การไหลเวียนของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น การอธิบายความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงต้องอาศัยฐานรากของแนวคิดเรื่องความเสี่ยงในมุมมองทางสังคมวิทยา Anthony Giddens ศาสตราจารย์ทางสังคมวิทยาชาวอังกฤษ ได้ 1991 อ้างถึงใน (ซิเกฮาร์ู ทานาเบ, 2551) กล่าวถึงความเสี่ยงไว้ในหนังสือ *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age* ซึ่งอธิบายให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในสังคมสมัยใหม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าไปจัดระเบียบทางสังคมและทำให้สถานการณ์ทางสังคมหยุดชะงัก ส่งผลให้ปัจจัยเสี่ยงมีความคงที่จนนำไปสู่การหาทางออกในการควบคุมเหตุการณ์และเกิดการคำนวณความเสี่ยง ซึ่งจะเป็นตัวช่วยสำคัญในการจัดการนโยบายของรัฐสวัสดิการ ตัวอย่างเช่น ความหวาดกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนนำไปสู่การคำนวณความเสี่ยงและออกนโยบายแห่งรัฐที่เกี่ยวกับสาธารณสุขและสวัสดิการ เป็นต้น ขณะที่ Ulrich Beck ศาสตราจารย์ด้านสังคมวิทยาชาวเยอรมันในฐานะผู้ที่สนใจวิทยาศาสตร์สังคม (1992 อ้างถึงใน

เชษฐา พวงหัตถ์, 2559) ได้นิยามความเสี่ยงทางสังคมไว้ในหนังสือเรื่อง Risk Society: Towards a New Modernity โดยอธิบายว่าความเสี่ยงเป็นผลมาจากการขยายตัวของพลังการผลิตในสภาวะความเป็นสมัยใหม่ สิ่งอันตรายที่มีศักยภาพที่จะเป็นภัยคุกคามได้ถูกปลดปล่อยออกมาอย่างไม่เคยเห็นมาก่อน ภาวะความทันสมัยและกำลังผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นภัยคุกคามรูปแบบใหม่และกระจายผลกระทบให้ปรากฏตัวขึ้นในสังคม การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเมือง เช่น มลภาวะทางอากาศที่มีผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพ รัฐจึงต้องเป็นตัวการกระทำให้การเข้ามาจัดการปัญหาเรื่องดังกล่าว เป็นต้น

ขณะที่ พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย (2561) ให้ความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพไว้บนพื้นฐานของการสาธารณสุขโดยใช้คำว่าปัจจัยเสี่ยง หมายถึง สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ หรือทางชีวภาพ ตลอดจนพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสาเหตุ หรือเป็นสาเหตุของการเพิ่มโอกาสที่จะป่วยจากโรคบางชนิด หรือการได้รับบาดเจ็บมากขึ้น นอกจากนี้ ยุพา พูนขำ และคณะ (2553) ให้ความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพผ่านพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นไว้ว่า ผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วยความเสี่ยง 5 ประเภท ได้แก่ 1) การไม่ยั้งคิดและไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา 2) การไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ 3) การละเมิดสิทธิของผู้อื่น 4) พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และ 5) การใช้ยา หรือสารเสพติด ความเสี่ยงเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ

ความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับ อรอนงค์ ซ้ายโพธิ์กลาง (2557) ได้นิยามปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพบนฐานของพฤติกรรมศาสตร์ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม อาทิ การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศตั้งแต่วัยเด็กนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การใช้ความรุนแรง การรับประทานอาหารที่ไม่ได้คุณค่าทางโภชนาการ และการละเลยการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้น พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นได้ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพส่วนบุคคลหรือสังคมได้ทั้งสิ้น หากพิจารณาตามทัศนะของ จรรยาภรณ์ โชคชัยฐานันท์ (2554) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรม หรือการกระทำที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ความคิด ความรู้สึกที่ส่งผลเสียต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งร่างกายหรือจิตใจจากการเสพยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ อาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย การต่อต้านสังคม พฤติกรรมการเรียน และอุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและสังคมทั้งสิ้น

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554-2558 โดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้อธิบายปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพไว้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะผ่านความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดเชื้อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ล้วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ทางสุขภาพทั้งสิ้น ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ หรือแม้แต่การจัดทำรายงานขององค์กรด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศที่สำคัญ อย่าง World Health Organization (2018) ยังมีการอธิบายความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพไว้ว่า ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นผลมาจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ขาดการส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างสมรรถภาพจากการออกกำลังกาย ประกอบกับการสัมผัสควันบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอันตราย

ขณะที่ประเทศที่พัฒนาและเป็นต้นแบบของการกำหนดคุณค่าที่เรียกว่า “ระเบียบโลกใหม่” (New World Order) ได้มีการกำหนดความหมายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งถูกนำมากำหนดให้เป็นแนวปฏิบัติและนโยบายทั้งในประเทศตนเองและแพร่กระจายความคิดเห็นมาตรฐานดังกล่าวออกสู่ประเทศอื่น โดย Institute of Medicine (US) and Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy (2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องเฝ้าระวังจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่ 1 คือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นผลมาจากปัจจัยทางพฤติกรรมจากการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และสุขอนามัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ และประเภทที่ 2 คือ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ภาวะความกดดันจากการว่างงานและเกษียณอายุราชการ ทุน

ทางสังคม และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเฝ้าระวัง
ในความเสี่ยงทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาจากข้อเสนอทางวิชาการจากการให้ความหมาย
เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงทาง
สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ
ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอันเป็นผลมาจากภาวะความทันสมัยและ
กระบวนการการเปลี่ยนผ่านจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม โดยมี
ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยงทาง
สุขภาพ ตลอดจนการขาดการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพและการสร้าง
สมรรถภาพทางกายในระบบสาธารณสุข ประกอบกับการดื่ม
แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และรับประทานอาหารที่ตอบสนองคุณค่า
ทางวัฒนธรรมการบริโภคแต่กลับละเลยคุณค่าทางโภชนาการ
พฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการมีสุขภาพที่ดีของ
คนไทย

ชุมชน สุขภาพ และความเสี่ยง

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ได้ส่งผล
ให้ผู้คนในสังคมไทยมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งปัจจัยที่มาจาก
ครอบครัว การดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมและการทำงาน โดยเมื่อ
พิจารณาจากงานของ ดวงพงศ์ พงศ์สยาม (2552) ได้ศึกษาและอธิบาย
ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย ประกอบไปด้วย การสูบบุหรี่
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และของมีนเมา การใช้สารเสพติด การ

ขาดการสร้างสมรรถภาพทางกาย รับประทานอาหารที่เป็นอันตราย และมีสารปนเปื้อน มลพิษทางสิ่งแวดล้อมและมลภาวะในที่ทำงานและบ้านเรือน การขาดการอุปโภคบริโภคน้ำดื่มที่สะอาด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ภาวะความเครียด และอุบัติเหตุบนท้องถนน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ Institute of Medicine (US) and Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy (2001) ได้ศึกษาสุขภาพของประชากรในสหรัฐอเมริกา และพบว่าสามารถแบ่งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพออกเป็น 5 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 การใช้ยาสูบ กล่าวคือ โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตและความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและมะเร็ง ประกอบกับการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่ที่สำคัญไปกว่านั้น คือ การได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองซึ่งมีความเสี่ยงทางสุขภาพโดยเฉพาะเยาวชนและผู้สูงอายุ โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวรได้น้อย เนื่องจากการเสพติดสารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่

ประการที่ 2 ความมั่นคงของกิจกรรมทางกายภาพและการควบคุมอาหาร กล่าวคือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกับโรคพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็งบางชนิด นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงน้ำดี โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

และปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการจึงมีความสำคัญ การปรับสมดุลน้ำหนักตัวให้เหมาะสมเป็นปัจจัยที่ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคลดลง พฤติกรรมเหล่านี้จึงส่งผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

ประการที่ 3 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวคือ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดอุบัติเหตุ หรือการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ไม่สมดุลยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังมีโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหลอดอาหาร กล้องเสียง และลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ การดื่มสุราในสตรีจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในเด็ก

ประการที่ 4 การปฏิบัติทางเพศ กล่าวคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้เกิดโรคติดเชื้อและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นปัญหาหลักในด้านการสาธารณสุข โดยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถเห็นได้ชัดคือการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) อันเป็นการทำให้เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่ปลอดภัยและพรากชีวิตผู้คนจำนวนไม่น้อยในอเมริกา นอกจากนี้ ยังมีการติดเชื้อทางอวัยวะเพศที่ทำให้เกิดหนองใน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยสาเหตุ

ส่วนใหญ่ของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มาจากการไม่ป้องกันและเปลี่ยนคู่นอนค่อนข้างบ่อย

ประการที่ 5 วิธีปฏิบัติในการคัดกรองโรค กล่าวคือ การคัดกรองโรคของบุคคลได้เป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพของประชาชน โดยการคัดกรองโรคในชั้นปฐมภูมิจะช่วยชะลอความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคได้ โดยการป้องกันโรคชั้นปฐมภูมียังช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคได้ โดยเฉพาะผู้มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประชากรวัยกลางคนและวัยสูงอายุ เพราะฉะนั้นการขาดการคัดกรองโรคที่ดีในชั้นปฐมภูมิจะส่งผลให้ความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น

สำหรับการรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่ดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานภาครัฐที่ก่อตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับสุขภาพของครุรวม ได้จัดทำรายงานเกี่ยวกับสุขภาพของคนไทย ประจำปี พ.ศ.2562 และพบปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบที่พึงระวัง 5 ประการ ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ความปลอดภัยทางถนน 4) การมีกิจกรรมทางกาย และ 5) การบริโภคผักและผลไม้

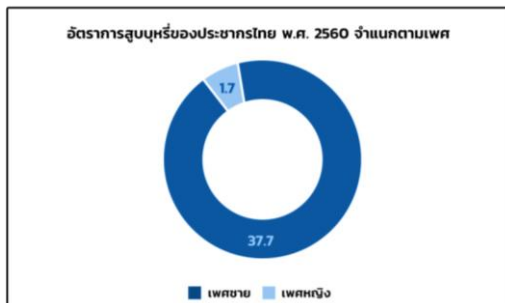


แผนภาพที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
การ
สร้างเสริมสุขภาพ

ที่มา : ดัดแปลงจากข้อมูล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ : รายงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี 2562

เมื่อพิจารณาจากข้อเสนอของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะพบได้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพประการที่หนึ่ง คือ การบริโภคยาสูบ จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่จะมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และเพศชายจะมีอัตราการบริโภคนยาสูบสูงกว่าผู้หญิง โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.70 ขณะที่เพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ที่ร้อยละ 1.70 (แผนภูมิที่ 1.1)

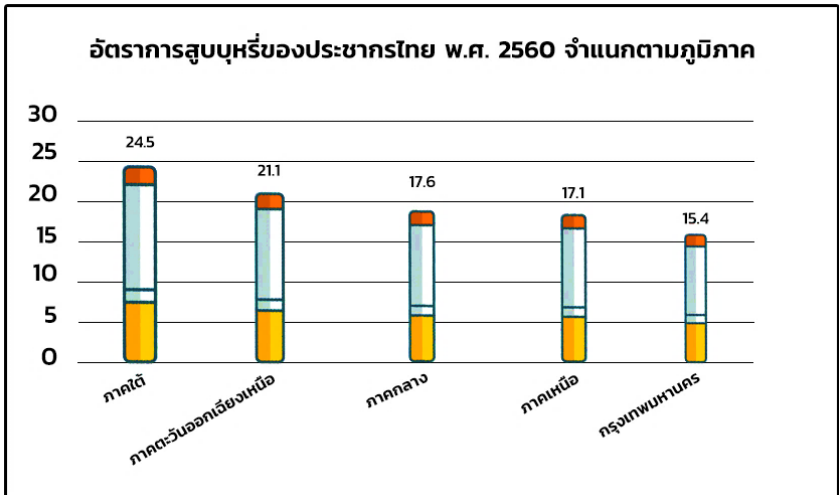
จากการสำรวจตั้งแต่ พ.ศ. 2534-2560 ปรากฏว่าแนวโน้มของประชากรในการสูบบุหรี่มีอัตราการลดลงเกือบทุกช่วงวัย ยกเว้นกลุ่มช่วงวัย 19-24 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยข้อมูลการสำรวจใน พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 20.90 และประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 17.00 ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดจะเป็นภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 24.50 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 21.10 ภาคกลาง ร้อยละ 17.60 ภาคเหนือ ร้อยละ 17.10 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 15.40 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1.2) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ได้เปลี่ยนสภาพไปตามยุคสมัยโดยในปัจจุบันมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าระบาดในกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพรูปแบบหนึ่งในสังคมสมัยใหม่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)



แผนภาพที่ 6 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2560 จำแนกตามเขต
 ที่มา: ดัดแปลงจากข้อมูล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ : รายงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี 2562

สำหรับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพประการที่สองเกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนไทย โดยผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักดื่มประจำ กลุ่มผู้ไม่เคยดื่มเลย และกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแต่เลิกแล้ว โดยการดื่มแอลกอฮอล์สร้างผลกระทบสำคัญทางทางสังคมและสุขภาพ การสำรวจข้อมูลภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและมีผลกระทบทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือการขาดงาน ซึ่งเป็นผลกระทบทางสังคมในวงกว้าง แนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลงจะมีความสัมพันธ์กับมาตรการของภาครัฐ โดยเฉพาะมาตรการเชิงกายภาพผ่านอำนาจพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยในพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ระบุถึงปัญหาด้านสุขภาพ ครอบคร้ว อุบัติเหตุและอาชญากรรม อันเป็นผลมาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ จึงจำเป็นต้องกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย (พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2551) โดยการตราพระราชบัญญัตินี้เป็นการชะลอความ

เสียงทางสุขภาพและเป็นการลดแนวโน้มของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง



แผนภาพที่ 7 อัตราการสูญบุหรืของประชากรไทย พ.ศ. 2560 จำแนกตามภูมิภาค

ที่มา: ดัดแปลงจากข้อมูล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ : รายงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ประจำปี 2562

ปัจจัยเสียงทางสุขภาพประการต่อมาเป็นเรื่องของความปลอดภัยทางถนน โดยกลุ่มเสียงต่อการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนส่วนใหญ่เป็นประชากรกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ กลุ่มผู้ชาย และกลุ่มแรงงาน การเสียชีวิตบนท้องถนนส่วนใหญ่ยังเป็นผลจากการไม่สวมหมวกนิรภัย โดยผู้ขับขี่มีทัศนคติของ

การประมาทและค่านิ่งระยะทางของการขับขี่มากกว่าความปลอดภัยในชีวิต การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยจะช่วยให้การลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บบริเวณศีรษะได้มากขึ้น

สำหรับปัจจัยเสี่ยงประการที่สี่ คือ การมีกิจกรรมทางกาย สุขภาวะของผู้คนเป็นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประกอบกิจกรรมทางกาย แต่ประชากรในประเทศไทยกลับละเลยการออกกำลังกาย โดยการมีกิจกรรมทางกายควรเป็นไปตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก คือ ควรมีการทำกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 35 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับปานกลางอย่างน้อย 350 นาทีต่อสัปดาห์ การขาดการประกอบกิจกรรมทางกายนับเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสำคัญที่จะทำให้ ประชากรในประเทศเผชิญกับโรคและความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันการประกอบกิจกรรมจำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของช่วงวัย เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกายของเด็ก (Active Play) ผ่านการเดิน วิ่ง และปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ เป็นต้น ถือเป็น การเสริมสร้างการพัฒนาสุขภาวะที่เอื้อต่อการทำกิจกรรม

ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวทางของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคผักและผลไม้ โดยกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี จะมีแนวโน้มของการบริโภคผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า การได้รับโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์จะทำให้เกิดความ เสี่ยงต่อสุขภาพในวัยเด็กกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งยังพบปัญหา ทูพโภชนาการและปัญหาโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผล มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีกิจกรรมทางกาย คำนิยมทาง

สังคม และสภาพแวดล้อม การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมีปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เสี่ยงป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

โดยสรุปแล้ว ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเชื่อมโยงอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมของผู้คน พฤติกรรม ค่านิยม และสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพผ่านความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ

รูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน

รูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน: มาตรการทางกฎหมาย

การตรากฎหมายบังคับใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน เป็นกลไกที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของประชากรในประเทศ สำหรับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้ประกาศใช้เพื่อกำหนดมาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการบำบัดและฟื้นฟูร่างกายของผู้ที่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมไปถึงปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและอาชญากรรม อีกทั้งยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและป้องกันเยาวชนไม่ให้

เข้าถึงเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ โดยการควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ผ่านการจัดให้มีฉลากสำหรับการเขียนข้อความเตือน การประกาศสถานที่ปราศจากแอลกอฮอล์ ประกอบไปด้วย สถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา สถานที่ให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานราชการ หอพัก สถานศึกษา สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะ ประกอบกับกำหนดเวลาในการละเว้นการขายเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ตามประกาศของคณะรัฐมนตรี โดยเฉพาะในวันสำคัญ (พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์, 2551) จะเห็นได้ว่าการออกกฎหมายดังกล่าวขึ้นมาจะต้องผนวกเข้ากับโครงสร้างทางสังคม เพื่อให้เกิดผลในการควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกลไกทางสังคมและวัฒนธรรม

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขทางสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบกับการเข้าร่วมภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนและกลุ่มเสี่ยง โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ ภายใต้การขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข และให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่ละจังหวัดเป็นประธานกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับจังหวัด โดยมีการกำหนดพื้นที่ “เขตปลอดการจำหน่ายบุหรี่” ในสถานที่สำคัญ ประกอบด้วย สถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานบริการการแพทย์และสาธารณสุข สถานศึกษา สวนสาธารณะ สวนสัตว์ และ

สวนสนุก และให้รัฐมนตรีสาธารณสุขประกาศส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะให้เป็นเขตปลอดบุหรี่เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่

รูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน: การสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคม

การนำความสำคัญทางศาสนาเข้ามาเป็นกลไกสำคัญในช่วงของวันเข้าพรรษาผ่านการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” ถือเป็นรูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบกำหนดให้วันเข้าพรรษาเป็น “วันงดดื่มสุราแห่งชาติ” ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง วันงดดื่มสุราแห่งชาติ ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2551 มีการตั้งสัจจะอธิษฐาน ลด ละ เลิก เหล้าเบียร์ และตั้งใจศึกษาปฏิบัติธรรม รักษาศีล การนำแนวคิดกล่าวมาปฏิบัติโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้นโยบายสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งแนวความคิดสามเหลี่ยมที่เขยื้อนภูเขาดังกล่าวประกอบด้วย พลังความรู้ พลังทางสังคม และพลังทางการเมือง การทำงานของพลังทั้งสามจะต้องทำงานอย่างเป็นองค์รวม การมีความรู้ทางวิชาการที่ชัดเจน ประกอบกับการมีขบวนการทางสังคมทำงานกันอย่างเป็นเครือข่าย และการมีการเมืองที่ดีสามารถตอบสนองต่อผลประโยชน์ทางทรัพยากรได้ จะทำให้การรวมพลังขับเคลื่อนออกเป็นนโยบายได้และมีประสิทธิภาพสูงสุด สสส.องค์กรผู้ขับเคลื่อนหลักจึงได้สนับสนุนองค์กรต่าง ๆ ให้ปรากฏขึ้นในพลังทั้งสาม

ของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยสนับสนุนการจัดตั้งสำนักงานเครือข่ายองค์กรลดเหล้า (สคล.) ซึ่งจัดเป็นพลังของทุนทางสังคมมาทำหน้าที่ในการรณรงค์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนนำมาสู่การจัดตั้งศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ในปี 2547 ส่งผลให้ในปี 2551 เกิดการผลักดันแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) แสดงให้เห็นถึงพลังความรู้ในการเขยื้อนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะเดียวกันการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีสำนักงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) ภายใต้การควบคุมของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นการสร้างพลังของภาคการเมืองขึ้นมาภายใต้อำนาจของกฎหมาย (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2557)

ความพยายามในการผลักดันการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานเครือข่ายองค์กรลดเหล้า (สคล.) ผ่านการทำให้ “งดเหล้าเข้าพรรษา” เป็นวลีสำคัญในการรณรงค์การงดเหล้า ประกอบกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ส่งผลให้เกิด “พื้นที่ปลอดเหล้า” ขึ้น การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเกิดขึ้นภายใต้การขับเคลื่อน 3 ประการ ได้แก่ ประการแรก การใช้กลไกทางวัฒนธรรม ประเพณี และศีลธรรมทางศาสนาเป็นตัวช่วยในการส่งเสริมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา ด้วยศีลธรรมที่ว่า “เหล้าเป็นน้ำพลาญสติ” โดยพุทธศาสนาเชื่อว่ามนุษย์มีสติสัมปชัญญะในการควบคุมสติและการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของ

ตนเอง การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์เข้าไปนั้นจะทำให้ผู้ตีพิมพ์มีอาการมีนเมา ขาดสติ และประพฤติดุโดยมิชอบ อันจะนำมาซึ่งความรุนแรงในครอบครัว ความเสี่ยงทางสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ศิลข้อที่ 5 จึงเป็นเสมือนเครื่องเตือนใจมนุษย์ผ่านการอาราธนาศีลว่า “สุราเมระยะมีชชะปะมาทัญฐานา เวระมะณี สิกขาปะทัง สะมาทิยามิ” ซึ่ง สคค. ได้นำมาใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ต่อมาในประการที่สอง การใช้กลไกอำนาจทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ผ่านการชะลอความสนใจในการโฆษณา เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ผ่านการละเว้นทุนอุปถัมภ์ เพื่อป้องกันการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในเยาวชนและกลุ่มเสี่ยงที่อาจถูกดึงดูดโดยโฆษณา ในประการสุดท้าย การสร้างพลังความเข้มแข็งให้กับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะการตระหนักรู้และการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดการบริโภคและลดปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ได้ การสร้างเครือข่ายในพื้นที่จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการสร้างพลังความเข้มแข็งแก่ภาคประชาสังคม (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2557)

รูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน: การบูรณาการเชิงพุทธ

การบูรณาการพุทธศาสนาเข้ามาในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสังคมส่วนใหญ่อาศัยมิติของพุทธธรรมในการทำความเข้าใจและเสริมสร้างสุขภาวะทางใจเป็นความสำคัญหลัก ในการใช้พุทธวิธีบูรณาการสู่การจัดการสุขภาพมีด้วยกันหลากหลายรูปแบบ โดย อำนาจ

ทาปิน และพระอธิการเฉลย ฉนทโก (2563) ได้ศึกษาเรื่อง “การเสริมพลังเครือข่ายสุขภาวะเชิงพื้นที่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพุทธบูรณาการป้องกันนักดื่มและนักสูบบุหรี่ใหม่” เป็นการบูรณาการองค์ความรู้พระพุทธศาสนาผนวกเข้ากับศาสตร์สมัยใหม่ในการเสริมสร้างพลังเครือข่ายสุขภาวะเชิงพื้นที่จนนำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มนักดื่มและนักสูบบุหรี่ใหม่ โดยใช้หลักคิด “บวร” ซึ่งทำงานอย่างเป็นเครือข่าย การส่งเสริมสุขภาวะของคนในครอบครัวรวมถึงเครือข่ายการปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และเครือข่ายภาคประชาชน เป็นรากฐานสำคัญในฐานะ “บ้าน” ที่จะทำให้มีสุขภาวะทางกายและสังคมที่ดี อยู่บนบรรทัดฐานทางสังคม โดยทำงานระหว่าง “วัด” และ “โรงเรียน” ซึ่งวัดจะเป็นการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในฐานะศูนย์กลางและศูนย์รวมทางจิตใจผ่านการทำงานของคนละคนละสงฆ์ ประกอบด้วยคณะสงฆ์ที่เป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด หรือที่เรียกว่าพระคิลานุปัฏฐาก พระสอนศีลธรรมในโรงเรียน และโครงการหมู่บ้านรักษาศีลห้า ในด้านของการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาจะเป็นหน้าที่ของโรงเรียนบนฐานการใช้เหตุผลในการเลือกแสดงออกทางพฤติกรรมภายใต้หลักพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา ซึ่งการทำงานของบ้าน วัด และโรงเรียน เป็นการทำงานเพื่อป้องกันนักดื่มและนักสูบบุหรี่ใหม่อย่างเป็นองค์รวมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวพุทธศาสนา

ขณะที่ พระมหาสุรศักดิ์ ปัจจนตเสโน และคณะ (2562) ได้ศึกษาการอาศัยพื้นที่ทางศาสนาเป็นเงื่อนไขในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ผ่านการตั้งจิตอธิษฐานบวชใจ ซึ่งเป็นกระบวนการในการใช้เจริญสมาธิภาวนาในการลดปัจจัยเสี่ยงจนสามารถสัมผัสและรับรู้ถึงโทษของบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องอาศัยกลไกที่เรียกว่า “ผนิก ผสาน” เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างพระสงฆ์ บุคลากรทางสาธารณสุข และทุนทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรมที่แต่ละพื้นที่มีแตกต่างกันแต่การจัดประเพณีภายใต้ฐานคิดของ “การปลอดเหล้า” และ “ปลอดบุหรี่” กลับเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ การอธิษฐานบวชใจจึงเป็นการเจริญสติและเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยกระบวนการคิดจะต้องเริ่มจากสัมมาทิฐิ คือความคิดที่ถูกต้อง ธรรมฉันทะ ในความมุ่งมั่นพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และโยนิโสมนสิการ ในการคิดพิจารณาอย่างถี่ถ้วน การผนวกแนวพุทธแบบบูรณาการจึงทำให้เกิดรูปแบบและกระบวนการหลักในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพขึ้นมา 2 วิธี ได้แก่ (1) วิธีแห่งกัลยาณมิตร เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลที่เป็นแบบอย่างและให้ความเคารพ อาทิ พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน และเครือญาติ และ (2) วิธีแห่งปัญญา เป็นการปฏิบัติตามกระบวนการคิดตั้งแต่สัมมาทิฐิ ธรรมฉันทะ และโยนิโสมนสิการ ซึ่งเป็นการปัจจัยทางบวกให้มีสำนึกรักให้แก่คนในครอบครัว

การศึกษาของ พระศรีสมโพธิ (วรัญญู สอนขุน) และคณะ (2563) เป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้ความร่วมมือขององค์กรพระพุทธศาสนาและสถาบันสาธารณสุข เห็นได้จากหน่วยงานสำคัญที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงาน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 และมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เป็นต้น ได้ข้อสรุปซึ่งเป็นรูปแบบการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนที่บูรณาการองค์กรพระพุทธศาสนาเข้ามาร่วมอย่างชัดเจน กล่าวถึงบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนาในการขับเคลื่อนสุขภาวะวิถีพุทธ โดยการอาศัยหลักพุทธธรรมที่สำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) หลักhiriและโอตตัมปะ เป็นหลักธรรมที่มุ่งสอนให้เกิดความละอายใจและเกรงกลัวต่อสิ่งไม่ดี การคำนึงถึงหลักhiriและโอตตัมปะเปรียบเสมือนการเห็นใจผู้อื่นและสามารถสร้างการอยู่ร่วมกันของคนในสังคมได้ ในกลุ่มของผู้สูบบุหรี่หรือติ่มแอลกอฮอล์ จะต้องคำนึงไว้เสมอว่าเมื่อติ่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่นั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้คนที่อยู่รอบข้าง โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการมีเมามาจะทำให้ตนขาดสติได้ 2) หลักสัมมาวายามะ คือความเพียรพยายามในการระคับระคองจิตใจให้หมั่น เพื่อไม่ให้สิ่งที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น การตระหนักถึงหลักสัมมาวายามะจึงจะช่วยให้หลีกเลี่ยงออกจากอบายมุขประเภทต่าง ๆ ได้ 3) หลักสติสัมปชัญญะ คือการมีสติ ใช้ชีวิตด้วยความรอบคอบ และประพฤตินิสัยที่ชอบ การมีสติสัมปชัญญะจะช่วยให้ตนเองเลือกสิ่งที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ไม่เลือกสิ่งทีก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ 4) หลักขรวาสาธรรม 4 คือสัจจะ

ทมะ ขันติ และจาคะ เป็นเครื่องมือในการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ตลอดจนการคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับคนอื่นได้ การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดความสงบสุขตามหลักธรรมาธรรมให้เกิดขึ้นได้ในสังคม และ 5) หลักเบญจศีล ซึ่งเป็นการควบคุมกาย วาจา และใจ ขึ้นพื้นฐานของพุทธศาสนิกชน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตได้ นอกจากนี้ การทำงานบูรณาการพุทธศาสนาผนวกเข้ากับทุนทางสังคมและวัฒนธรรมจะช่วยให้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภายใต้หลักคิดทางพุทธศาสนาเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชนจะต้องอาศัยการผลักดันให้เกิดการประสานความร่วมมือทั้งในส่วนกลไกการดำเนินงาน เช่น คณะทำงานร่วม ความร่วมมือการจัดกิจกรรม การอนุญาตให้ใช้พื้นที่จัดกิจกรรม เป็นต้น และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เช่น การสัมมนาเครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงระดับพื้นที่ เป็นต้น มีส่วนสำคัญต่อการสร้างให้เครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างเข้มแข็ง สามารถรณรงค์การขับเคลื่อนโครงการได้อย่างสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติที่จะลดผู้ป่วยจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ อีกทั้งยังขยายพื้นที่และการบูรณาการความรู้ให้กับชุมชนได้อย่างครอบคลุมมิติของการส่งเสริมพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นด้วย ดังนั้นการสร้างพื้นที่ต้นแบบ (Good

Practice) ที่สามารถถอดบทเรียนการดำเนินงานเป็นรูปแบบ (Model) ที่ประสบความสำเร็จในขั้นต้น ที่สามารถเป็นแรงบันดาลใจให้เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถเข้ามาเรียนรู้ และพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเอง จะช่วยขยายกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนาให้มีความยั่งยืนได้มากขึ้น

5

สังฆะ สังคม สุขภาวะ

บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยา
กับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ
ขององค์กรพระพุทธศาสนา





การสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาในบพนี้ จะเน้นให้เห็นแนวทางการขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนา และการพัฒนา นโยบายการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับบทบาทการ พัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาโดยเฉพาะการ สนับสนุนแผนการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ซึ่งในส่วนนี้ได้ ทำการศึกษาพื้นที่การดำเนินกิจกรรมของโครงการสร้างเสริมเครือข่าย ลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างกิจกรรม

ร่วมกับคณะสงฆ์และเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่าง ปี. พ.ศ. 2563 – 2564 ในพื้นที่ 10 จังหวัดได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดตาก จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดระนอง และ จังหวัดสงขลา

องค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทย

การที่องค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย เริ่มขยายบทบาทในการพัฒนากระบวนการดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับการประเมินความคิดเห็นทั้งจากสังคมภายนอกและสังคมภายในสังฆะเอง ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการที่สำคญจนส่งผลต่อการกำหนดนโยบายการพัฒนาการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับพัฒนา สุขภาวะต่อมา โดยปัจจุบันมหาเถรสมาคมได้แต่งตั้งคณะกรรมการตาม พ้นธกิจของกิจการคณะสงฆ์ออกเป็น 6 ด้าน ซึ่งสามารถสรุปให้เห็น บทบาทของการดำเนินงานได้ดังต่อไปนี้

1) คณะกรรมการฝ่ายปกครองของมหาเถรสมาคม มีสมเด็จพระพุฒาจารย์ (สนิท ชวนปญฺโญ) กรรมการมหาเถรสมาคมและเจ้า อวาสวัดไตรมิตรวิทยารามเป็นประธาน โดยพ้นธกิจงานด้านปกครอง ขององค์กรพระพุทธศาสนาหมายถึงการดูแล ควบคุมและสั่งการให้ การบริหารองค์กรพระพุทธศาสนาและพระสงฆ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย รวมทั้งยังกำกับดูแลการแต่งตั้งและคัดเลือกพระสงฆ์ให้เข้ามาดำรง

ตำแหน่งเจ้าคณะและพระสังฆาธิการในระดับต่าง ๆ อีกด้วย เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายปกครองของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการพัฒนาระบบการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล โครงการพระพุทธศาสนา 4.0 Smart Card (ฐานข้อมูลศาสนบุคคล) และโครงการพัฒนาขีดความสามารถศาสนบุคคล

2) คณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคม มีพระพรหมโมลี (สุชาติ ธมมรตโน) กรรมการมหาเถรสมาคมและผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดปากน้ำภาษีเจริญเป็นประธาน โดยพันธกิจด้านศาสนศึกษาขององค์การพระพุทธศาสนาหมายถึงการกำกับและพัฒนาระบบการศึกษาพระพุทธศาสนาทั้งที่เป็นพระปริยัติธรรมแผนกธรรมสนามหลวง และแผนกบาลีสสนามหลวงให้ได้รับการยอมรับ รวมทั้งส่งเสริมให้การศึกษาพระพุทธศาสนามีส่วนต่อการทำงานบำรุงให้ศาสนาทายาทมีองค์ความรู้พระพุทธศาสนาอย่างมีคุณภาพ เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการยกระดับคุณภาพการศึกษาพระปริยัติธรรม และโครงการส่งเสริมนวัตกรรมเชิงพุทธ ทั้งนี้ปัจจุบันคณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคมได้ร่วมมือกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ตราพระราชบัญญัติการศึกษาพระปริยัติธรรม พ.ศ. 2562 เพื่อขยายมาตรฐานและการกำกับการพัฒนาสถานศึกษาพระปริยัติธรรมให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

3) คณะกรรมการฝ่ายศึกษาสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม มีพระพรหมบัณฑิต (ประยูร ธมฺมจิตฺโต) กรรมการมหาเถรสมาคมและเจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสเป็นประธาน โดยพันธกิจด้านศึกษาสงเคราะห์ขององค์กรพระพุทธศาสนาหมายถึงการสนับสนุนให้เกิดการเผยแผ่องค์ความรู้พระพุทธศาสนาไปยังเครือข่ายสถานศึกษา และประชาชนทั่วไป โดยวิธีการที่ดำเนินการใช้ได้ทั้งการจัดการศึกษาให้มีความกว้างขวางในเชิงพื้นที่และระยะเวลา รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบการสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการศึกษาหรือการเรียนรู้องค์ความรู้พระพุทธศาสนาได้มากขึ้น เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายศึกษาสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาสู่สังคม และโครงการพัฒนาศูนย์รวมองค์ความรู้ด้านพระพุทธศาสนา

4) คณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคม มีพระพรหมบัณฑิต (ประยูร ธมฺมจิตฺโต) กรรมการมหาเถรสมาคมและเจ้าอาวาสวัดประยุรวงศาวาสเป็นผู้รักษาการแทนประธาน โดยพันธกิจด้านเผยแผ่ขององค์กรพระพุทธศาสนาหมายถึงการจัดให้มีการถ่ายทอดหลักธรรมองค์ความรู้ และกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาออกสู่สังคม สำหรับกิจกรรมที่สนับสนุนให้งานของฝ่ายเผยแผ่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเกิดขึ้นในลักษณะทั้งการจัดตั้งศูนย์วิปัสสนาเพื่อถ่ายทอดการพัฒนาสมาธิและปัญญา รวมทั้งการส่งเสริมให้วัดสามารถเป็นพื้นที่ทำกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาได้อย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสังคม

วัฒนธรรมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 และโครงการวิปัสสนากรรมฐานเพื่อพัฒนาทุนมนุษย์

5) คณะกรรมการฝ่ายสาธารณูปการของมหาเถรสมาคม มีสมเด็จพระมหาวีรวงศ์ (สุชิน อคฺคชิโน) กรรมการมหาเถรสมาคมและ ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดราชบพิธสถิตมหาสีมารามเป็นประธาน โดยพันธกิจด้านสาธารณูปการขององค์กรพระพุทธศาสนาหมายถึงการส่งเสริมให้เกิดการทำนุบำรุงศาสนสถานหรือโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนให้อยู่ในสภาพที่ใช้ประโยชน์กับส่วนร่วมหรือเป็นสิ่งที่จรรโลงศาสนสมบัติให้คงคุณค่าสืบไป อีกทั้งยังสนับสนุนให้มีการพัฒนาพื้นที่วัดให้อื้ออำนวยต่อการเข้ามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาวะต่อสาธารณชนร่วมด้วย เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายสาธารณูปการของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการบริหารจัดการศาสนสมบัติ (ระบบการเงิน-บัญชี) และโครงการวัดสร้างสุขด้วยกิจกรรม 5ส

6) คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม มีสมเด็จพระมหาธีราจารย์ (ปสฤทธ์ เขมฺงฺโร) กรรมการมหาเถรสมาคมและเจ้าอาวาสวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามเป็นประธาน โดยพันธกิจด้านสาธารณสงเคราะห์ขององค์กรพระพุทธศาสนาหมายถึง การสนับสนุนและสร้างให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาสังคม การบำบัดความทุกข์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมทั้งการยกระดับการพัฒนาสังคม

ตามแนวพระพุทธศาสนาให้มีคุณภาพและรวมมือกับภาคีเครือข่ายจนนำไปสู่กิจกรรมที่มีความยั่งยืน เมื่อพิจารณาจากแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560 – 2564 คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมได้รับผิดชอบโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่าย และโครงการสาธารณสงเคราะห์เพื่อสังคม

เมื่อพิจารณาการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทย จะเห็นได้ว่าบทบาทของการพัฒนาสุขภาวะขององค์กรพระพุทธศาสนาเกี่ยวข้องกับพันธกิจการดำเนินงานของมหาเถรสมาคมในหลายคณะกรรมการเนื่องจากการพัฒนาสุขภาวะสามารถครอบคลุมได้ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาคลังในรายละเอียดทั้งจากการศึกษาภาคสนามและการวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการ จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคมและคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ถือได้ว่ามีบทบาทอย่างสำคัญในการพัฒนาสนับสนุนกิจกรรมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาวะอย่างเข้มแข็งมากที่สุด จึงจะเห็นได้อย่างการที่คณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคมได้ผลักดันให้โครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 ได้รณรงค์ร่วมมือภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมในการลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จนนำมาสู่การผลักดันให้เกิดการลงนามความร่วมมือในการสร้างพื้นที่ต้นแบบของการดำเนินงานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ขณะที่คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมได้ผลักดันการพัฒนาธรรมนุญสุภาพพระสงฆ์แห่งชาติจนมีการจัดตั้ง

คณะกรรมการและขับเคลื่อนการส่งเสริมให้พระสงฆ์เข้าใจสิทธิประโยชน์และมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสุขภาวะให้กับผู้คนในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

ท่ามกลางการพยายามพัฒนาบทบาทเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทย จะเห็นได้ถึงแนวทางสำคัญของการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยได้ 3 แนวทางได้แก่ แนวทางที่หนึ่ง การพัฒนากลไกและปฏิบัติการระดับนโยบาย แนวทางที่สอง การพัฒนากลไกและปฏิบัติทางวิชาการ และแนวทางที่สาม การพัฒนากลไกและปฏิบัติการระดับพื้นที่ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมจากการศึกษาถอดบทเรียนด้วยการเก็บข้อมูลทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการพื้นที่ เพื่อมุ่งเน้นให้สามารถสร้างรูปแบบการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาที่จะส่งเสริมการสร้างกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธ ทั้งนี้สามารถแสดงให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนของแนวทางการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยได้ดังนี้

การขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะผ่านกลไกและปฏิบัติการระดับนโยบาย

การดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะขององค์กรพระพุทธศาสนา โดยใช้การพัฒนากลไกและปฏิบัติการระดับนโยบาย หมายถึงการที่องค์กรระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกิจการคณะสงฆ์ และการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทย เช่น

มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ร่วมมือกับกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมให้เกิดขึ้นกับพระสงฆ์ นอกจากนี้ยังได้พยายามขยายพื้นที่ของการปฏิบัติศาสนกิจให้พระสงฆ์เห็นความสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธแก่ประชาชนในสังคมอีกด้วย จะเห็นได้ว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาการสร้างและพัฒนากลไกระดับนโยบาย ได้นำมาสู่การขับเคลื่อนความร่วมมือแบบพหุภาคีอย่างชัดเจน จนถือเป็นการยกระดับกระบวนการพัฒนาศักยภาพภายในองค์กรพระพุทธศาสนาที่สามารถเชื่อมโยงกระบวนการดำเนินกิจกรรมให้เชื่อมโยงกับปัญหาของสังคมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การพัฒนาให้เกิดกลไกความร่วมมือกับองค์กรภายนอก โดยเฉพาะมุ่งความสนใจไปที่ปัญหาหรือความทุกข์ร้อนในสังคมร่วมสมัยแสดงให้เห็นความพยายามก้าวข้ามความท้าทายที่องค์กรพระพุทธศาสนาเผชิญอยู่ในมิติของการเป็นสถาบันทางสังคมที่มีโครงสร้างตามสายการบังคับบัญชาอย่างเป็นทางการที่ยาวนาน ถือเป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นการค่อย ๆ ปรับบทบาทและโครงสร้างความสัมพันธ์ทั้งกับสมาชิกภายในสถาบันและผู้คนนอกสถาบันได้เป็นอย่างดี

หากกลับมาสนใจที่กลไกและปฏิบัติการระดับนโยบายที่องค์กรพระพุทธศาสนาได้ขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะใน

สังคมไทย จะเห็นได้ว่ามีกลไกและปฏิบัติการที่ชัดเจนและสามารถกล่าวถึงได้ 3 รูปแบบดังนี้

1) การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เป็นความร่วมมือระหว่างมหาเถรสมาคมโดยคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติมีที่มาของการพัฒนาขึ้นภายใต้การยึดหลักพระธรรมวินัยและองค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับสุขภาวะ โดยการพยายามเชื่อมโยงมาตรฐานด้านสาธารณสุขและอนามัยให้สามารถมีส่วนต่อการสนับสนุนพระสงฆ์ให้สุขภาพแข็งแรง อีกทั้งเปิดพื้นที่ให้วัดกลายเป็นพื้นที่ของการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุขและมีสุขอนามัยที่ดี

เป้าหมายที่สำคัญของการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติคือการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและสุขอนามัย การให้ผู้คนในสังคมสามารถส่งเสริมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและสุขอนามัย และการส่งเสริมบทบาทให้พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาวะของสังคม จึงจะเห็นได้ว่ากลไกและปฏิบัติการระดับนโยบายที่มีคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เป็นแกนกลางของการพัฒนาเครือข่ายการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ

พระสงฆ์ ได้นำมาสู่การเกิดกลไกการอำนวยการและประสานงานเพื่อผลักดันนโยบายลงสู่ภาคปฏิบัติอีกสองกลไกที่สำคัญคือ กลไกที่หนึ่ง คณะอนุกรรมการด้านการบริหารยุทธศาสตร์และขับเคลื่อนธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ทำหน้าที่วางแนวทางการบริหารจัดการตามและประเมินยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 จัดให้มีระบบข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานเสนอคณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 โดยมีพระราชญาณกวี วัดพระรามเก้ากาญจนาภิเษก เป็นประธานอนุกรรมการ และ กลไกที่สอง คณะอนุกรรมการวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก ทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐากให้ตรงตามเป้าหมายของการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพระสงฆ์และชุมชนในการดูแลสุขภาวะของผู้คนในชุมชน พัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมโดยการสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนกิจกรรมให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนประสานงานกับเจ้าคณะปกครองระดับจังหวัดและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติให้เกิดการพัฒนา กิจกรรมวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐากร่วมกัน โดยมีพระสุธีรัตนบัณฑิต วัดสุทธิวารามเป็นประธานฝ่ายสงฆ์ และอธิบดีกรมอนามัยเป็นประธานฝ่ายฆราวาส จึงจะเห็นได้ว่าในชุดความสัมพันธ์ของการผลักดัน “ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” เป็นกลไกหนึ่งที่องค์กรพระพุทธศาสนาใช้เป็นนโยบายของการสร้างการมีส่วนร่วม

ระดับสถาบันเชิงโครงสร้างให้สามารถมีเป้าหมายการพัฒนาสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทยร่วมกันได้

2) การพัฒนาและขับเคลื่อนโครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาหรือโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 เป็นพัฒนาการของความร่วมมือระหว่างมหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนา และสำนักนายกรัฐมนตรี โดยในช่วง พ.ศ. 2557 การดำเนินงานมีเป้าหมายเพื่อผลักดันให้องค์กรพระพุทธศาสนาได้ทำหน้าที่ในการสร้างกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งทางการพัฒนา การส่งเสริมจริยธรรมและคุณธรรม รวมทั้งการสร้างสังคมแห่งสันติสุขในสังคมไทย สำหรับระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมนั้น มหาเถรสมาคมได้มีมติมหาเถรสมาคมแต่งตั้งให้เจ้าประคุณสมเด็จพระมหารัชมังคลาจารย์ (ช่วง วรปุญฺญฺ) ประธานกรรมการมหาเถรสมาคมในขณะนั้นเป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการ และมีพระพรหมเสนาบดี (พิมพ์ ญาณวีโร) เมื่อครั้งยังดำรงสมณศักดิ์ที่พระธรรมคุณาภรณ์เป็นประธานกรรมการโครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา (ส่วนกลาง) ทั้งนี้การดำเนินงานของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ถือเป็นอีกหนึ่งจุดเปลี่ยนเชิงกระบวนทัศน์ที่สำคัญขององค์กรพระพุทธศาสนา เนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่ผลักดันให้คณะสงฆ์ในระดับภาคและระดับจังหวัดตื่นตัวในการออกแบบกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้การที่มหาเถรสมาคมได้มีมติแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ

โครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาส่วนภูมิภาค โดยใช้การปกครองคณะสงฆ์ระดับหนเป็นหน่วยของการขับเคลื่อนกิจกรรม ยิ่งส่งผลให้การดำเนินงานมีกลไกกำกับ ดูแลและติดตามการดำเนินงานที่ลงถึงระดับพื้นที่ได้มากขึ้น

สำหรับกิจกรรมที่โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ดำเนินการและมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคม จะเป็นกิจกรรมที่คณะสงฆ์ได้ผลักดันให้ประชาชนตระหนักถึงภัยอันตรายของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่เนื่องจากถือว่ามี ความเกี่ยวข้องหลักศีล 5 อย่างชัดเจน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาที่กิจกรรมที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเน้นการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อร่างกายของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ รวมทั้งการใช้พื้นที่ของวัดให้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้และการทำกิจกรรมสร้าง ประโยชน์ต่อส่วนร่วม ซึ่งสะท้อนคุณค่าของการไม่เป็นปฎิกิริยากับกลุ่มทุนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสินค้าดังกล่าว แต่จะมุ่งเน้นการให้ ความรู้และการสร้างกิจกรรมให้เยาวชนหรือประชาชนเห็นถึงรูปแบบ การทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องยุ่งเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

จะเห็นได้จากพื้นที่ของการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายโครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา รวมทั้งโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยของจังหวัดลำพูนและจังหวัดนครสวรรค์ที่อาศัย

กิจกรรมการพัฒนาเครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานระดับสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อดึงให้เยาวชนมีการสร้างเครือข่ายการทำกิจกรรมที่เห็นประโยชน์ของการใช้พื้นที่หรือทุนทางวัฒนธรรมขององค์กรพระพุทธศาสนามาขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะให้กับคนในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อประชาสัมพันธ์เครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น การสร้างนโยบายและกลไกที่ครอบคลุมคณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา รวมทั้งหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทยระดับพื้นที่ ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะผ่านกิจกรรมของโครงการ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 มีคณะกรรมการดำเนินงานที่ครอบคลุมไปถึงกลไกระดับจังหวัด มีการเรียนรู้และจัดกิจกรรมเพื่อตรวจเยี่ยมไปยังคณะสงฆ์ทุกพื้นที่เป็นประจำทุกปี ส่วนได้ช่วยกระตุ้นให้คณะสงฆ์ได้ปรับตัวที่จะสนใจสภาพแวดล้อมและชุมชนในพื้นที่ที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนากิจกรรมร่วมกับชุมชนได้อย่างเข้มแข็งต่อไป

สำหรับปัจจุบันกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการโครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา (ส่วนกลาง) ถือเป็นโครงการภายใต้การกำกับของคณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคม และมีพระเทพศาสนากิจบาล (แยม กิตติธโร) รองเจ้าคณะจังหวัดนครปฐมเป็นประธานกรรมการขับเคลื่อนโครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา (ส่วนกลาง) ซึ่งยังมีการดำเนิน

กิจกรรมของโครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มากขึ้น เช่น การเข้ามาร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสื่อสร้างสรรค์ เป็นต้น ส่งผลให้การพัฒนาเครือข่ายของโครงการยังสามารถขับเคลื่อนให้ก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่อง

3) การพัฒนาและขับเคลื่อนโครงการพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) เป็นการดำเนินงานที่เป็นผลจากการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับพระสงฆ์สามารถขับเคลื่อนสามประกาศหลักคือการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและสุขอนามัย การให้ผู้คนในสังคมสามารถส่งเสริมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและสุขอนามัย และการส่งเสริมบทบาทให้พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาวะของสังคมให้สำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจุบันองค์กรพระพุทธศาสนาที่ทำหน้าที่ในการกำกับนโยบายคือคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม โดยได้สร้างความร่วมมือกับกรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระสงฆ์ที่เป็นเครือข่ายนักพัฒนาระดับพื้นที่ในการเชื่อมโยงกลไกนโยบายให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ที่มีความชัดเจน

รูปแบบของปฏิบัติการกิจกรรมของการขับเคลื่อนโครงการพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดคือการมุ่งเน้นสร้างเครือข่าย

พระ อสว. โดยทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำหลักสูตรการอบรมเพื่อการพัฒนาเครือข่ายพระ อสว. โดยแบ่งการเรียนรู้ให้เป็น 3 หมวดการเรียนรู้ที่สำคัญได้แก่ หมวดที่ 1 หลักพระธรรมวินัยกับการดูแลสุขภาพ หมวดที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระสงฆ์ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และหมวดที่ 3 พระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) กับการพัฒนาวัดและชุมชน โดยจะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ของพระสงฆ์จะเกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพขององค์กรรวมเป็นสำคัญ รวมทั้งยังเน้นให้เห็นการอธิบายโทษต่อสุขภาพของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อให้พระสงฆ์หลีกเลี่ยงในการสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันยังเป็นผู้ นำของการสร้างการตระหนักที่จะให้ผู้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ด้วย

ปัจจุบันการสร้างเครือข่ายพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดยังดำเนินการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาทั้งบุคลากรและเครือข่ายการดำเนินงานให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น อย่างไรก็ตามอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งคือการทบทวนบทบาทและขอบเขตการดำเนินงานของเครือข่ายพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดว่าจะสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์หรือผู้คนได้ชุมชนได้อย่างเหมาะสมอย่างไร เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้และการรับรองทางกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง แม้ว่าจะผ่านการพัฒนาความรู้พื้นฐานแต่ก็ยังมีจำเป็นต้องกำหนดขั้นตอนและ

ขอบเขตของการปฏิบัติงานให้ชัดเจน นอกจากนี้การที่คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมสามารถร่วมมือกับกรมอนามัยได้อย่างใกล้ชิด ได้ผลักดันให้กลไกของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งได้ยกระดับเครือข่ายพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัดให้ดำเนินงานได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะมีกลไกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยให้การสนับสนุน

ในมิตินี้จะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยที่มีกลไกและปฏิบัติการระดับนโยบายให้การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลสำคัญต่อการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการดำเนินงานที่ชัดเจน จนสามารถวางทิศทางและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายได้ เนื่องจากการจะสร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะหรือการพัฒนาสังคมให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นที่องค์กรพระพุทธศาสนาต้องอาศัยกลไกของสถาบันทางสังคมอื่นเข้ามาสนับสนุน ดังนั้นเมื่อเกิดการขับเคลื่อนโดยมีกลไกและปฏิบัติการที่องค์กรระดับนโยบายให้ความร่วมมือและประสานงานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงได้สร้างแบบแผนและบรรทัดฐานขององค์กรพระพุทธศาสนากับการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะลักษณะใหม่ที่เปิดพื้นที่และการเรียนรู้ให้กับพระสงฆ์สามารถมีเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกับสถาบันทางสังคมอื่น ๆ จนเกิดเป็นแบบแผนการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

การขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะผ่านกลไกและปฏิบัติการ ระดับวิชาการ

การขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยมีกระบวนการที่ผลักดันอยู่เบื้องหลังหลายมิติ จะเห็นได้จากการที่องค์กรพระพุทธศาสนาในระดับนโยบายเริ่มพัฒนาบทบาทของความสนใจต่อประเด็นร่วมสมัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะองค์กรรวม จนเกิดการกระตุ้นให้องค์กรภาครัฐหรือคณะสงฆ์ระดับพื้นที่ ทั้งที่เคยดำเนินการอยู่เป็นเอกเทศและยังไม่เคยสนใจที่จะดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะ เริ่มให้ความสนใจในการศึกษาและเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมที่มีองค์กรพุทธศาสนาอย่างเป็นทางการ อาทิ มหาเถรสมาคม คณะกรรมการฝ่ายปกครองของมหาเถรสมาคม ร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานมากขึ้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการขับเคลื่อนกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะทั้งที่มาจากการศึกษาข้อมูล เอกสาร การศึกษาภาคสนาม จะเห็นได้ว่าปัจจุบันองค์กรพระพุทธศาสนาได้สนับสนุนและสร้างความร่วมมือในการศึกษาวิจัยทางวิชาการมากขึ้น โดยสามารถแบ่งการพัฒนากลไกและปฏิบัติการทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะได้ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ การพัฒนากลไกและปฏิบัติการที่เพื่อความรู้อันเกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์ การพัฒนากลไกและปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธกับชุมชน โดยสามารถขยายมุมมองที่เกี่ยวข้องกับกลไกและปฏิบัติการทั้งสองรูปแบบได้ดังนี้

1) การพัฒนากลไกและปฏิบัติการเพื่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์ การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างกลไกและปฏิบัติเพื่อการยกระดับองค์ความรู้สุขภาวะพระสงฆ์ เป็นดำเนินงานที่มีองค์กรพระพุทธศาสนาร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาภาคเหนือ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น ทั้งนี้การพัฒนากลไกเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์ เกิดขึ้นจากการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพเห็นความสำคัญของการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มต้นผลักดันให้เกิดการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาวะให้กับพระสงฆ์ ดังนั้นกลไกและปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในระยะแรกของพยายามผลักดันการสร้างความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์ เป็นลักษณะของการสร้างเครือข่ายทางวิชาการเพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านสุขภาวะพระสงฆ์ จะเห็นได้จากการศึกษาทางวิชาการที่มีองค์กรพระพุทธศาสนา หน่วยงานด้านสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกัน

ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รวมทั้งการเข้ามาเสริมพลังขององค์กรพระพุทธศาสนาผ่านการร่วมสนับสนุนให้กลไกและปฏิบัติการทางวิชาการดำเนินการได้อย่างเข้มแข็งมากขึ้น อาทิ (1) การที่สำนักงานเจ้าคณะใหญ่หนตะวันออกได้ร่วมมือกับสำนักงานเจ้าคณะภาค 12 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการวิจัยและพัฒนาเครือข่ายองค์กรสุขภาพระดับต้นแบบในพื้นที่จังหวัดนครนายก และสระแก้ว (2) การที่คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมร่วมกับคณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พัฒนาคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้านโภชนาการ (3) การที่คณะสงฆ์จังหวัดพะเยาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในกลุ่มสามเณร เป็นต้น

การสร้างกลไกและปฏิบัติการเพื่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะพระสงฆ์ได้นำมาสู่การทำความเข้าใจสุขภาวะพระสงฆ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากการพัฒนาองค์ความรู้ที่คลี่ขยายประเด็นทั้งในมิติพุทธธรรม และมิติสุขภาวะของพระสงฆ์ที่เพิ่มมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่นงานที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจประเด็นสุขภาวะในคัมภีร์ของพินิจ ลาภธนานนท์ (2556) ที่ช่วยสะท้อนความเข้าใจของประเด็นสุขภาวะที่บัญญัติในคัมภีร์พระพุทธศาสนา ซึ่งครอบคลุมการสร้าง ความ

เข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการสังคายนาพระไตรปิฎก พุทธบัญญัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะ ตลอดจนได้อธิบายให้เห็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในสมัยพุทธกาล นอกจากการเริ่มมีกลไกร่วมระหว่างองค์กรพระพุทธศาสนาและภาควิชาการในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะ ยังนำมาสู่การศึกษาสถานการณ์และบริบทของปัญหาสุขภาพจะเห็นได้จากงานของ จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2556) จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2559) และ พินิจ ลาภธนานนท์ (2557) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมทางสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งลักษณะทางโภชนาการที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมจากการเข้ามาเกี่ยวข้องกับการถวายอาหารของฆราวาส การได้พัฒนาโลกและปฏิบัติการเกี่ยวกับประเด็นการศึกษาที่เกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ได้เคลื่อนย้ายความสนใจขององค์กรพระพุทธศาสนาไปสู่การเฝ้าระวังและให้ความรู้ในกลุ่มพระสงฆ์มากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การที่องค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทยเป็นสถาบันทางสังคมที่มีอำนาจนำทางวัฒนธรรมมาอย่างยาวนาน ส่งผลให้การปรับบทบาทหรือรับเอาความรู้สมัยใหม่เพื่อมาประยุกต์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคณะสงฆ์ไทยไปได้ช้า หรือกล่าวอีกนัยความหมายหนึ่ง จะเห็นภาวะความแข็งตัวของความเลื่อนไหลทางสังคม (Social Mobility) ที่ปรากฏในองค์กรพระพุทธศาสนาไทยมาก การที่มีเครือข่ายทางวิชาการสามารถนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์และกระทบกับสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคและความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัญหาที่ปรากฏอยู่อย่างชัดเจนในกลุ่มพระสงฆ์ ได้นำมาสู่การขยายต่อ

องค์ความรู้และการจัดกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์มากขึ้น
 ดังนั้นกลไกและปฏิบัติการที่องค์กรพระพุทธศาสนาได้เปิดพื้นที่ให้กับ
 เครือข่ายภาควิชาการเข้ามาร่วมเรียนรู้สถานการณ์ของพระสงฆ์ไทย จึง
 ถือเป็นอีกหนึ่งจุดเปลี่ยนทางความคิดสำคัญของการผลักดันการ
 ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาวะในระยะต่อมา เช่น การจัดกิจกรรมตรวจ
 สุขภาพพระสงฆ์และสามเณรที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
 ราชวิทยาลัย การที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดร่วมมือกับ
 คณะสงฆ์ระดับจังหวัดตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นให้พระสงฆ์และ
 สามเณร เป็นต้น

การยกระดับองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ ได้สร้าง
 กลไกเชิงเครือข่ายระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและเครือข่าย
 วิชาการทั้งระดับส่วนและส่วนภูมิภาค จนนำมาสู่การเปิดพื้นที่ให้คณะ
 สงฆ์หลายแห่งได้ส่งตัวแทนเข้าไปร่วมเป็นคณะกรรมการจัดงานสมัชชา
 สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือเข้าร่วมเป็น
 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District
 Health Board) เป็นต้น ซึ่งถือเป็นผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมและได้มาสู่
 การพัฒนากิจกรรมที่จะมีส่วนต่อการพัฒนาสุขภาวะให้มีการขยายพื้นที่
 การดำเนินงาน ตลอดจนจนเป็นการกระตุ้นให้องค์กรพระพุทธศาสนาได้
 เห็นแนวทางของการปรับบทบาทการดำเนินกิจกรรมให้สามารถ
 มองเห็นตำแหน่งและปริมณฑลของการดำเนินงานในพื้นที่ทางสังคม
 สมัยใหม่ได้ดียิ่งขึ้น

2) การพัฒนากลไกและปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธกับชุมชน การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากลไกและปฏิบัติการในการเสริมสร้างสุขภาวะวิถีพุทธให้เกิดขึ้นในชุมชนหมายถึงการที่องค์กรพระพุทธศาสนาเป็นแกนนำหรือเข้าร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินกิจกรรมโดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพสุขภาวะให้เกิดขึ้นในพื้นที่ระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้การพิจารณาสุขภาวะวิถีพุทธกับชุมชนที่เป็นรูปธรรมนั้น จะเห็นได้จากการที่องค์กรพระพุทธศาสนาดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีผลสัมฤทธิ์ที่แสดงให้เห็นการร่วมเครือข่ายของการสร้างสรรค์สุขภาวะได้ จากการลงพื้นที่ศึกษาภาคสนามโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างกิจกรรมร่วมกับคณะสงฆ์และเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระหว่างปี. พ.ศ. 2563 – 2564 รวมทั้งการศึกษาพื้นที่สุขภาวะวิถีพุทธต้นแบบอีกหลายแห่ง จะเห็นได้ถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธกับชุมชนทั้งที่เกิดจากองค์กรพระพุทธศาสนาที่มีผู้นำตำแหน่งเป็นเจ้าคณะพระสังฆาธิการ และองค์กรพระพุทธศาสนาที่มีผู้นำเป็นพระสงฆ์นักพัฒนา

การพัฒนากลไกและปฏิบัติการทางวิชาการที่สามารถนำไปสู่การพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธกับชุมชนมีหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรภาคประชาสังคมที่สำคัญหลายแห่งเป็นเครือข่ายการดำเนินงาน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานเครือข่ายองค์กร

งดเหล้า มุณิธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและเครือข่ายวิชาการระดับพื้นที่วิทยาเขต เป็นต้น ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือการพัฒนาพื้นที่ศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพวิถีพุทธในจังหวัดลำปาง เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการร่วมมือของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำปางร่วมกับคณะสงฆ์ในพื้นที่ รวมทั้งภาคประชาสังคมในการผลักดันให้ใช้ทุนทางวัฒนธรรมขององค์กรพระพุทธศาสนาในการสร้างเครือข่ายการพัฒนาชุมชนสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักเรียนรู้ที่จะเฝ้าระวังภัยทางสุขภาพที่มากับปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันก็เปิดพื้นที่ให้สถานศึกษาในพื้นที่ได้ให้เยาวชนได้เข้ามาใช้เวลาว่างในพื้นที่ของวัด ผ่านการทำกิจกรรมเรียนรู้หลักสมาธิ หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา รวมทั้งสามารถเข้าใจได้ถึงโทษของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่อย่างเหมาะสมกับช่วงวัย

การที่กลไกและปฏิบัติการทางวิชาการที่เกิดขึ้นจากการผลักดันร่วมกับขององค์กรพระพุทธศาสนากับเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ถือเป็นลักษณะของการเสริมพลัง (Empowerment) โดยใช้กระบวนการของการสร้างความรู้เป็นเครื่องมือขยายต่อบทบาทของพระพุทธศาสนาไปกับชุมชน โดยความแตกต่างของการดำเนินกิจกรรมลักษณะนี้คือการที่องค์กรพระพุทธศาสนาจะไม่ครอบงำความคิดและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมให้เน้นเฉพาะการยึดมั่นในหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเท่านั้น แต่ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการแลกเปลี่ยน

และการผลักดันกิจกรรมที่มีสื่อประชาสัมพันธ์สมัยใหม่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กับการอธิบายถึงแนวทางการพัฒนาสุขภาวะบนความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ควบคู่ไปกับองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนา ดังนั้น การดำเนินงานของพื้นที่แห่งนี้จึงสามารถเป็นต้นแบบในการขยายผล ลักษณะของกลไกและปฏิบัติการที่องค์กรพระพุทธศาสนาขับเคลื่อน การพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาการเป็นการนำเข้าสู่กระบวนการดำเนินกิจกรรมในชุมชนต่อไป

จึงจะเห็นได้ว่า “การพัฒนาโลกและปฏิบัติการทางวิชาการ” ที่องค์กรพระพุทธศาสนาทั้งระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาคได้พยายามเชื่อมต่อการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายวิชาการและเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ มีส่วนต่อการเสริมพลังให้องค์กรพระพุทธศาสนาในระดับชุมชนสามารถพัฒนาปฏิบัติการของการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธได้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ เนื่องจากทั้งพระสงฆ์และผู้คนในชุมชนมีความเข้าใจบริบทพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่ตนเองสังกัดอยู่มากกว่าผู้กำหนดนโยบายหรือแม้แต่ักวิจัยนอกพื้นที่ การจะทำกิจกรรมด้านการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักรู้ในปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจหรือวงจรผู้ประกอบการในชุมชนได้ กระบวนการของการพูดคุยหรือสร้างแนวทางของการจัดกิจกรรมจึงจะมีกลไกที่เข้าใจวิถีประชาในระดับชุมชน เช่น บางแห่งได้แสดงออกผ่านการทำประชาคมหมู่บ้าน และมีมติร่วมกันเพื่อขอความร่วมมือองค

ขายสินค้าที่มีแอลกอฮอล์เฉพาะวัดพระหรืองดขายให้กับเยาวชนเท่านั้น โดยอาจมีการเยียวยาผ่านการสนับสนุนการซื้อสินค้าประเภทอื่น ๆ ให้มากขึ้น เป็นต้น ดังนั้นการเสริมพลังของการสร้างการพัฒนาไกลและปฏิบัติการทางวิชาการ จึงเป็นอีกแนวทางสำคัญที่สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะให้เป็นบทบาทใหม่ที่คณะสงฆ์ไทยจะได้ร่วมเรียนรู้การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสังคมในรูปแบบที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงแห่งยุคสมัยได้

การขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะผ่านไกลและปฏิบัติการระดับพื้นที่

การขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทยที่เน้นไปที่การพัฒนาไกลและปฏิบัติการระดับพื้นที่ จะเป็นลักษณะการดำเนินงานที่เกิดจากพระสงฆ์ในพื้นที่ได้ดำเนินกิจกรรมบนพื้นที่ของความเสียสละและจิตอาสาเป็นสำคัญ แต่มีเป้าหมายที่ชัดเจนไปที่ประเด็นหรือพื้นที่ของการขับเคลื่อนที่ทำมาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นบทบาทการเป็นพระสงฆ์นักพัฒนาสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับสุขภาวะของผู้คนในชุมชนในมิติใดมิติหนึ่ง ทั้งนี้แม้ว่าในระยะหลังจะมีแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาที่มีคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ของมหาเถรสมาคมไปดำเนินการส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมบทบาทการพัฒนาสังคมมากขึ้น แต่ยังปรากฏพระสงฆ์อีกจำนวนหนึ่งที่มุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมที่ท่านได้ทำมาอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่เป็นสำคัญ

การพัฒนาโลกและปฏิบัติการระดับพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดจากพลังความร่วมมือขององค์กรพระพุทธศาสนา หน่วยงานด้านการปกครองท้องถิ่นและผู้คนในชุมชน เห็นพ้องร่วมกันในการที่จะดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นสุขภาวะร่วมกัน เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาภาคสนามจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าองค์กรพระพุทธศาสนาที่เข้าร่วมกิจกรรมกับโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา รวมทั้งองค์กรพระพุทธศาสนาที่เป็นพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาสุขภาวะในระดับพื้นที่ ได้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะบนพื้นฐานของการที่องค์กรพระพุทธศาสนาเห็นความสำคัญในปัญหาทุกขร้อนของผู้คนในชุมชน เช่น ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาสุขภาวะที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ปัญหาการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาโลกการดำเนินกิจกรรมระหว่างกันจึงแสดงออกผ่านการมุ่งเน้นสงเคราะห์และสนับสนุนการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในมิติที่ผู้คนในชุมชนสนใจ จึงจะเห็นว่าในพื้นที่ของการทำกิจกรรมร่วมกับโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาจังหวัดระนอง ได้ดำเนินการโดยเริ่มมีการจัดประชาคมเพื่อแลกเปลี่ยนและสรุปประเด็นของการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธในระดับพื้นที่ หลังจากนั้นองค์กรพระพุทธศาสนาจึงได้ผลักดันกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้คนในชุมชน

องค์ประกอบที่สำคัญในการผลักดันให้กลไกและปฏิบัติการพัฒนาสุขภาวะระดับพื้นที่ประสบความสำเร็จ วางอยู่บนพื้นฐานของ

การทำความเข้าใจบริบทของวัฒนธรรม วิธีชีวิตและความสัมพันธ์ของแต่ละสถาบันทางสังคมในพื้นที่ของการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าบทบาทและความคาดหวังที่มีต่อองค์กรพระพุทธศาสนาได้ส่งผลต่อการสร้างกลไกเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธให้ประสบความสำเร็จ ในพื้นที่ที่ผู้คนในชุมชนยอมรับปฏิบัติการที่พระสงฆ์จะพัฒนากิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ร่วมกำหนดทิศทางผ่านการแลกเปลี่ยนหรือการตั้งวงสนทนา จะเป็นสังคมที่เปิดกว้างและยอมรับบทบาทการพัฒนาสังคมที่พระสงฆ์จะสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้ในทางตรงกันข้ามชุมชนที่มิยังให้ความสำคัญกับการยึดมั่นต่อบทบาทหน้าที่ขององค์กรพระพุทธศาสนาตามแบบแผน พระสงฆ์จะถูกคาดหวังให้เป็นผู้นำพิธีกรรมและการอธิบายหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาแบบนามธรรม การก้าวเข้าสู่บทบาทการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสังคมหรือการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธอาจเกิดการไม่ยอมรับ หรือมีกระบวนการทางสังคมในการไม่เข้าร่วมสนับสนุนตามวิถีประจำของแต่ละบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ดังนั้น กระบวนการที่สำคัญที่สุดคือการสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งองค์กรพระพุทธศาสนา ผู้นำชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการวางเป้าหมายหรือระบบชุดคุณค่าเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธตั้งแต่แบบที่เป็นกิจกรรมพระพุทธศาสนา เช่น ฝึกสมาธิ ถือนศีลทุกวันพระ การเข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้างดบุหรี่ เข้าพรรษา เป็นต้น จนถึงการใช้กระบวนการยกระดับการสร้างสุข

ภาวะวิถีพุทธด้วยกระบวนการเรียนรู้สมัยใหม่ประกอบ เช่น การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเยาวชนห่างไกลปัจจัยเสี่ยง การลงพื้นที่ตามหมู่บ้านและชุมชน เพื่อยกระดับการสร้างเครือข่ายสุขภาวะวิถีพุทธ เป็นต้น นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องกำหนดบทบาทและขอบเขตการดำเนินงานกิจกรรมขององค์กรพระพุทธศาสนาให้ชัดเจน เนื่องจากการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธเกี่ยวข้องกับสถาบันทางสังคมหรือผลประโยชน์ทางธุรกิจของคนส่วนหนึ่งในพื้นที่ การป้องกันไม่ให้พระสงฆ์หรือองค์กรพระพุทธศาสนาไม่เป็นฝ่ายปะทะทางความคิดกับกลุ่มผลประโยชน์ ถือเป็นการรักษาภาพลักษณ์ของการขับเคลื่อนสุขภาวะวิถีพุทธให้ไม่สร้างความขัดแย้งภายในชุมชนให้เกิดได้อีกด้วย

เมื่อพิจารณาจากที่กล่าวมา การพัฒนากลไกและปฏิบัติการระดับพื้นที่ถือเป็นความร่วมมือที่องค์กรพระพุทธศาสนาสามารถใช้ทุนทางวัฒนธรรมเพื่อสนับสนุนการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการยกระดับการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพภายในพื้นที่ชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งนี้การที่องค์กรพระพุทธศาสนาหรือพระสงฆ์เป็นผู้นำบทบาทการพัฒนาสุขภาวะ ได้กระตุ้นให้ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งหน่วยงานราชการที่มีศักยภาพและเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาวะให้กับผู้คนในชุมชน มักเห็นประโยชน์ของการพัฒนาความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน จึงเกิดการปฏิบัติการระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นหากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถส่งเสริมให้เกิดการขยายบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนาให้สามารถดำเนิน

กิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธให้ครอบคลุมในพื้นที่ต่าง ๆ ได้มากขึ้น จะช่วยส่งเสริมให้บทบาทการเป็นองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะสามารถกระจายลงหลักปักฐานอย่างชัดเจนในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสร้างคุณค่าให้กับผู้คนในชุมชนหรือองค์กรพระพุทธศาสนาแนวระนาบคือวัดที่อยู่ในชุมชน ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อเป้าหมายหลักคือการพัฒนาพื้นที่ของตนเองเป็นสำคัญ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาของแรงเสียดทานที่มีต่อนโยบายของคณะสงฆ์ส่วนกลางที่เคยถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับประโยชน์ที่มีต่อการปฏิบัติการณ์ระดับชุมชนว่ายังไม่สามารถสร้างให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรม

กล่าวโดยสรุป “การขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทย” ได้ถูกกระแสนของการพัฒนาองค์กรพระพุทธศาสนาในช่วงของการประกาศแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทมากขึ้น องค์กรพระพุทธศาสนาทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่เห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงบทบาทการพัฒนาสุขภาวะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจการดำเนินงาน ดังจะปรากฏได้จากการพัฒนาโครงการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายในแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนที่ของกลไกและปฏิบัติการขององค์กรพระพุทธศาสนา ยังจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานอย่างเป็นทางการเพื่อรองรับภารกิจในระยะยาว เนื่องจากปัจจุบันการดำเนินงานยังใช้ทุนทางวัฒนธรรมขององค์กรพระพุทธศาสนา รวมทั้งอำนาจบารมี (Charismatic Authority) ของผู้นำคณะสงฆ์ในระดับต่าง ๆ ที่มี

บทบาทต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธเป็นหลัก ดังนั้น การจัดวางตำแหน่งแห่งที่ให้กับการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธให้มีโครงสร้างขององค์กรและแนวทางการสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะช่วยขยายต่อให้การพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธในสังคมไทยมีความยั่งยืนขึ้นไป

การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย

เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนครั้งนี้ หมายถึงการรวมกลุ่มขององค์กร สถาบันและกลุ่มทางสังคม ทั้งประเภทการศึกษา คณะสงฆ์ และส่วนราชการ เพื่อร่วมมือกันลดพฤติกรรมมารสุบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม โดยมุ่งสนใจการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างกิจกรรมร่วมกับคณะสงฆ์และเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 – 2564 ในพื้นที่ 10 จังหวัดได้แก่ จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดตาก จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดระนอง และจังหวัดสงขลา ทั้งนี้การวิเคราะห์ให้เห็นแนวทางพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาใน

สังคมไทยจะเป็นการสะท้อนมุมมองต่อการพัฒนาสุขภาวะที่มีองค์กร
พระพุทธศาสนาร่วมดำเนินการ

การพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมเครือข่ายลด
ปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา ซึ่งครอบคลุมการพัฒนากิจกรรม
ชุดความรู้และการส่งเสริมให้กลุ่มการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง
ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ และโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนว
พระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ
ราชวิทยาลัย เป็นการกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมทั้งในระดับ
นโยบายที่มีองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม และองค์กร
พระพุทธศาสนาส่วนกลางได้วางแผนที่จะกำหนดนโยบายและ
ยุทธศาสตร์ให้เกิดการสนับสนุนการสร้างสุขภาวะ เช่น การพัฒนา
กิจกรรมให้เป็นเครือข่ายร่วมดำเนินกิจกรรมกับโครงการหมู่บ้านรักษาศีล
5 ของคณะสงฆ์ เป็นต้น ในระดับชุมชนได้เกิดการพัฒนากิจกรรม
ของเครือข่ายการดำเนินงานแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบททาง
สังคมและวัฒนธรรมเพื่อให้การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่ม
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมให้มีผลต่อสุขภาพของผู้คนใน
ชุมชนให้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่จะสามารถยกระดับการพัฒนา
สุขภาวะที่มีองค์กรพระพุทธศาสนาร่วมดำเนินการในอนาคต จะอยู่
ภายใต้ความสนใจของการศึกษาครั้งนี้คือการวิเคราะห์ให้เห็นแนว
ทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดย

องค์กรพระพุทธศาสนา โดยจากการศึกษาภาคสนามทั้งลงพื้นที่ สัมภาษณ์ การสังเกตการณ์การวิจัย รวมทั้งการใช้ระบบประชุมออนไลน์เพื่อสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเพิ่มเติม สามารถเสนอมุมมองที่สำคัญ ได้โดยแบ่งออกเป็น 3 แนวทางการสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมการพัฒนาเครือข่ายที่จะมุ่งเน้นความเสมอภาคในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะช่วยลดอิทธิพลขององค์กรประเภทใดประเภทหนึ่งที่จะมีบทบาทครอบงำการดำเนินงานของเครือข่าย อีกทั้งยังจะเป็นแนวทางที่สะท้อนประเด็นทางสังคมวิทยาเพื่อให้เห็นบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคมที่จำเป็นต้องมีการต่อรองในการพัฒนากิจกรรมตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้เพื่อให้องค์กรที่เป็นเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถปรับแบบแผนของการดำเนินกิจกรรมให้สะท้อนวัฒนธรรมชุมชนได้ โดยไม่เป็นการบังคับเชิงอำนาจตามโครงสร้างการบังคับบัญชาซึ่งจะส่งผลเสียต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในระยะยาวได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงนำเสนอแนวทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทยทั้งสิ้น 3 แนวทาง ประกอบด้วย 1) การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน (Community Network) 2) การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับเนื้อหา (Substantive Network) และ 3) การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับโครงสร้าง (Structure Network)



แผนภาพที่ 8 แนวทางการพัฒนาเครือข่ายลัดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

ที่มา: ผู้เขียน

การพัฒนาเครือข่ายลัดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน (Community Network)

บทบาทของเครือข่ายลัดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาที่ดำเนินกิจกรรมอยู่ในปัจจุบัน จะมีพระสงฆ์หรือองค์กรพระพุทธศาสนาเป็นแกนหลักสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยบทบาทของพระสงฆ์ที่เด่นชัดมากปรากฏในการดำเนินกิจกรรมระดับชุมชน เนื่องจากพระสงฆ์ที่สนใจการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสังคมจะเป็นผู้ที่สามารถเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งเป็นผู้นำทางวัฒนธรรมและประเพณีอยู่ในชุมชนท้องถิ่นตั้งแต่ในอดีต การได้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายลัดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนจึงถือ

เป็นรากฐานที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการใช้และสะสมทุนทางวัฒนธรรมให้กับพระสงฆ์และองค์กรพระพุทธศาสนาได้ เมื่อพิจารณาตามที่กล่าวไปในข้างต้น “การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน” จึงหมายถึงการรวมกลุ่มทางสังคมดำเนินกิจกรรมโดยมีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ทั้งนี้จะกำหนดพื้นที่ของการดำเนินกิจกรรมอยู่ในระดับท้องถิ่นของตนเองเป็นสำคัญ

สำหรับแนวทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน ควรเริ่มต้นจากการรวบรวมกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่มีศักยภาพในการส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ การบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนเป็นศูนย์รวมความเชื่อทางศาสนาของชุมชนมาแลกเปลี่ยนเป้าหมายและพันธกิจของการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มทางสังคมที่จะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการสร้างความร่วมมือในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาเครือข่ายคือโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยในฐานะที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานของสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดต้นแบบของการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าทั้ง 10 จังหวัดมีความพร้อมที่จะบรรลุการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมได้ เพราะได้มีกลุ่มทางสังคมที่หลากหลาย

เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมให้เกิดการขยายต่อองค์ความรู้ รวมทั้งกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น กิจกรรมบวชใจในวันเข้าพรรษา กิจกรรมการอบรมและพัฒนาโครงการป้องกันผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มหน้าใหม่ในสถานศึกษา เป็นต้น

เมื่อมีการเริ่มต้นกำหนดกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่จะร่วมกันผลักดันเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนได้แล้ว ระยะเวลาต่อมาคือ การกำหนดขอบเขตของพื้นที่และประเด็นในการดำเนินกิจกรรม โดยการกำหนดขอบเขตพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมขึ้นอยู่กับศักยภาพความพร้อมทั้งในมิติบุคลากร ภารกิจปริมาณ และมีองค์ความรู้ของสมาชิกของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน ทั้งนี้ อาจแบ่งขอบเขตพื้นที่ขึ้นตามเงื่อนไขของความเร่งด่วนของปัญหาสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือเป็นเงื่อนไขของความพร้อมในการสร้างชุมชนปลอดภัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยจะต้องเป็นการประเมินร่วมกันระหว่างคณะทำงานของลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน กับผู้นำและสมาชิกของชุมชนเป้าหมาย นอกจากนี้ยังอาจเครือข่ายการดำเนินงานนี้อาจกำหนดขอบเขตประเด็นการดำเนินกิจกรรมเป็นหลักการสำคัญในการดำเนินงาน คือการกำหนดมุ่งสนใจเฉพาะป้องกันกลุ่มผู้สูบบุหรี่หรือผู้ดื่มแอลกอฮอล์หน้าใหม่ในกลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มผู้หญิงแต่ไม่ได้จำกัดพื้นที่เป็นชุมชนหลัก ทั้งนี้จะอยู่ที่ความพร้อมและความสำคัญที่ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนเห็นประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุดของการดำเนินกิจกรรม

การประเมินและการปรับกิจกรรมถือเป็นองค์ประกอบความสำเร็จที่เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนจะต้องคำนึงถึงเช่นกัน เนื่องจากเมื่อมีการเริ่มต้นปฏิบัติการกิจกรรมไป ระหว่างทางอาจมีกระแสการต่อต้านกิจกรรมหรือการต่อรองให้เพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมเพื่อให้สามารถทันต่อสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ คณะทำงานของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชน ต้องหาแนวทางปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนเป้าหมายร่วมกันของกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ในการเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมครั้งนี้ให้สามารถดำเนินกิจกรรมไปได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนจึงควรให้ความสำคัญกับความพร้อมในการปรับบทบาทและความยืดหยุ่น เพราะจากประสบการณ์ของการเก็บข้อมูลภาคสนามในการศึกษาที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นการต่อรองอำนาจและความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับชุมชนอยู่เสมอ เช่น ร้านค้าชุมชนที่เคยขายบุหรื และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมแต่ก็เป็นพุทธศาสนิกชนที่มีศรัทธาต่อพระพุทธศาสนาด้วย เป็นต้น การจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อนเชิงความเชื่อและวัฒนธรรม จะสามารถดำเนินการให้ผ่านไปได้อย่างราบรื่นจำเป็นต้องใช้ความยืดหยุ่นเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา โดยทางออกที่ถือเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการกับความซับซ้อนของปัญหาคือการที่พระสงฆ์หรือเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนคำนึงถึงจุดแข็งของเครือข่ายนี้คือการมีองค์กรพระพุทธศาสนาเป็นทุนทางวัฒนธรรมในการร่วมดำเนินกิจกรรม การที่

พระสงฆ์สามารถใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาหรือทางสายกลาง มาอธิบายให้เห็นว่าการขายสินค้าคือเป็นอาชีพทุจริตไม่เบียดเบียนใครและหากต้องการเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับชุมชนอาจเริ่มต้นจากการงดขายบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมในวันพระหรือในเทศกาลเข้าพรรษา ก่อน ถือเป็น การใช้หลักการพระพุทธศาสนา มาสนับสนุนให้เกิดประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี

ต่อมาคือ การสรุปและถอดบทเรียนการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับชุมชน มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรม การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการประเมินผลทั้งในมิติปริมาณ มิติคุณภาพและมิติความยั่งยืนของเครือข่าย จึงจะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมระดับชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ทำหน้าที่ประสานงานทางวิชาการและพัฒนาความร่วมมือให้กับพระสงฆ์หรือบุคลากรในชุมชนเรียนรู้ที่จะเข้าใจบทบาทการถอดบทเรียนกิจกรรมขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงให้มีความยั่งยืนยิ่งขึ้น

เป้าหมายสำคัญของการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับชุมชนคือการสร้างการมีส่วนร่วมในการยกระดับการดูแลสุขภาพองค์รวมให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มทางสังคมภายในชุมชนสามารถร่วมมือกับองค์กรพระพุทธศาสนา

พัฒนาการใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงให้กับสมาชิกในชุมชนได้ นอกจากนี้การสร้างและพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนให้เกิดขึ้นยังเป็นการระดมการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาชุมชนแนวระนาบที่สะท้อนความเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและระบบวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น จะส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพภายในชุมชนสามารถผสมผสานองค์ความรู้วิชาการด้านสาธารณสุขกับความเข้าใจระบบวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งจะช่วยลดการนำกรอบความรู้ของวิทยาศาสตร์สุขภาพมาเป็นวาทกรรมในการกำหนดปัจจัยการมีสุขภาพที่ดีจนนำมาสู่การขัดแย้งกับวิถีชีวิตของผู้นคนในชุมชน

การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับเนื้อหา (Substantive Network)

การขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นการรวมกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่มีความหลากหลายทางพันธกิจเฉพาะด้านของหน่วยงาน แต่มีเป้าหมายร่วมกันประการหนึ่งคือการพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสุขภาพให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้พยายามศึกษาและอธิบายให้เห็นบทบาทขององค์กรพระพุทธศาสนาที่สามารถเข้าไปสนับสนุนหรือเป็นแกนกลางของการประสานให้เกิดการพัฒนากิจกรรมในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมให้ประสบความสำเร็จได้

ทั้งนี้การพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการพัฒนาเครือข่ายระดับเนื้อหา กล่าวคือ การสร้างกลุ่มทางสังคมที่มุ่งความสนใจกับการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเป็นฐานความคิดของการขับเคลื่อนกิจกรรมให้กับเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาได้ใช้ประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการดำเนินงานของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งร่วมมือกับสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาเครือข่ายระดับเนื้อหาเป็นส่วนสนับสนุนทั้งเครื่องมือทางปัญญาและเครื่องมือทางปฏิบัติการให้การสร้างความเข้าใจในการใช้องค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมีความเข้มข้นมากขึ้น

สำหรับข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับเนื้อหา มีกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเนื้อหาในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ องค์กรพระพุทธศาสนา สถาบันสาธารณสุข องค์กรภาครัฐและองค์กรประชาสังคม โดยบทบาทของแต่ละกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรจะทำหน้าที่ตามความเชี่ยวชาญขององค์กรตนเอง อย่างไรก็ตามองค์กรแกนกลางที่จะสร้างให้เกิดการบูรณาการการดำเนินกิจกรรมนี้ร่วมกันมีสองส่วนที่สำคัญคือ องค์กรพระพุทธศาสนาในฐานะที่เป็นสถาบันทาง

สังคมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความสามัคคีในสังคม อีกทั้งยังมีบทบาทต่อกิจกรรมการสร้างการเรียนรู้และการขัดเกลาทางสังคมต่อสมาชิกของชุมชน การสามารถผลักดันให้องค์กรพระพุทธศาสนา ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ด้านเผยแผ่หรือด้านสาธารณสงเคราะห์ สามารถตระหนัก ว่าการเข้าร่วมเป็นกลไกในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จะช่วยสร้างให้เกิดการพัฒนาความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของหลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการบูรณาการประเด็นทางสังคมสมัยใหม่ได้ ดังนั้นการพิจารณาในมิติของการเปิดพื้นที่ให้กับการดำเนินกิจกรรมทางพระพุทธศาสนากับการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จึงมีส่วนสำคัญให้เกิดการโยกการดำเนินงานที่เชื่อมโยงการดำเนินงานกับสังคมสมัยใหม่ และมีส่วนสำคัญที่ผลักดันให้องค์กรพระพุทธศาสนาสามารถเชื่อมโยงตนเองกับงานพระพุทธศาสนาเพื่อสังคม ซึ่งจะช่วยรักษาสถานภาพและบทบาทของความเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมไว้ได้อีกรูปแบบหนึ่ง นอกจากนี้หากพิจารณาในมิติของการเผยแผ่พระพุทธศาสนา การส่งเสริมให้เกิดการประยุกต์หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ทางสังคมปัจจุบัน เช่น การสร้างสติในการห่างไกลอบายมุข การนำหลักธรรมไปส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพ เป็นต้น เป็นการพัฒนาแนวทางการดำเนินกิจกรรมให้องค์กรพระพุทธศาสนาสามารถพัฒนากิจกรรมที่ร่วมมือกับองค์กรทางสังคมอื่นๆ ได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จะเห็นได้จากการที่คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมได้พัฒนาเอกสารเกี่ยวกับการดำเนิน

กิจกรรมพระพุทธศาสนาเพื่อสังคม หรือการที่คณะกรรมการโครงการ เสริมสร้างความปลอดภัยตามหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา (โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5) ได้จัดทำเอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้เยาวชนห่างไกลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถือเป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมบทบาทของการเป็นองค์กรเชิงเนื้อหา ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการเสริมสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมได้

ในส่วนองค์กรประเภทสองที่จะมีบทบาทต่อการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับเนื้อหา คือ สถาบันสาธารณสุข เมื่อพิจารณาจากมุมมองทางสังคมวิทยาเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการด้านการสร้างสุขภาพในสังคมปัจจุบัน ต้องอาศัยความร่วมมือแบบสถาบันนิยม (institutionalization) กล่าวคือ การมีประกอบกรสร้างกฎเกณฑ์และกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านสถาบันหรือกลุ่มทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถเป็นกิจกรรมที่เกิดการขัดเกลาลงไปในระบบวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้คน การอาศัยเพียงการควบคุมอำนาจหรือการรณรงค์แบบราชการที่ควบคุมพฤติกรรมผ่านเฉพาะช่วงเวลาของการปฏิบัติตามหน้าที่เกี่ยวกับการงานเท่านั้น ไม่สามารถเปลี่ยนผ่านทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างยั่งยืนได้ ดังนั้นสถาบันสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมทั้งกรรมควบคุมโรค กรมอนามัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงควรร่วมกันเป็นหนึ่งในเครือข่ายองค์กรแกนกลางที่จะ

ประสานงานเพื่อพัฒนาองค์ความรู้สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับเนื้อหาจะช่วยสนับสนุน ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ที่ได้บรรจุการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้มีเครือข่ายที่พัฒนาองค์ความรู้ในการส่งต่อและถ่ายทอดกับสังคมได้ต่อไป

การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับเนื้อหาที่โครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยจะเกี่ยวข้องอย่างมากคือ การขยายต่อเครือข่ายด้านวิชาการและด้านท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมในระยะที่ผ่านมาให้ความเข้มแข็ง เนื่องจากการส่งเสริมให้กลุ่มการดำเนินงานที่มีทั้งองค์กรพระพุทธศาสนา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาหลายแห่งสามารถร่วมมือกันขับเคลื่อนกิจกรรมการลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม โดยการพัฒนาเครื่องมือเชิงองค์ความรู้ที่มีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเป็นทั้งคู่มือดำเนินกิจกรรม หนังสือถอดบทเรียน รวมทั้งสื่อภาพเคลื่อนไหวที่แสดงให้เห็นความรู้ที่เรียกว่า

“การลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา” ได้มีส่วนต่อการขยายต่อความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพร้อมกับคณะสงฆ์ในพื้นที่ 10 จังหวัดต้นแบบของการศึกษาครั้งนี้อย่างชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาเพื่อขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับเนื้อหาให้มีความยั่งยืนต่อไป จะช่วยผลักดันเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งคือการสร้างความเข้าใจต่อสถานการณ์ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมในสังคมที่มีการพลวัตอย่างรวดเร็ว การพัฒนาองค์ความรู้ที่จะสร้างการตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งข้อเสนอที่เป็นเหตุเป็นผลสำหรับช่วงวัยต่าง ๆ ที่จะตัดสินใจบริโภคด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ทันต่อสถานการณ์เช่นกัน

การพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับโครงสร้าง (Structure Network)

การที่ปัจจุบันคณะสงฆ์ไทยพยายามจัดวางตำแหน่งแห่งที่ของแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560-2564 ให้มีโครงสร้างการดำเนินกิจกรรมที่สามารถสนองต่อสถานการณ์หรือความท้าทายจากศาสนิกชนในหลากหลายมิติ เช่น มิติจริยวัตร มิติการเชื่อมโยงบทบาทกับสังคม มิติการจัดการศึกษา เป็นต้น รวมทั้งยังคาดหวังผลประการหนึ่งอย่างสำคัญคือการพยายามสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรพระพุทธศาสนากับภาคีเครือข่ายภายนอกคณะสงฆ์อย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากการเกิดขึ้นของโครงการที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาในระยะปัจจุบัน เช่น

โครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 โครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่าย โครงการนวัตกรรมเชิงพุทธ เป็นต้น ได้พยายามเปิดพื้นที่ให้กับเครือข่ายการดำเนินกิจกรรมจากภายนอกเข้ามาร่วมกันผลักดันหรือหิบบัณฑิตทางวัฒนธรรมขององค์กรพระพุทธศาสนาให้มีบทบาทต่อการพัฒนาสังคมและพัฒนาองค์กรพระพุทธศาสนาเองมากขึ้น การดำเนินงานของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งร่วมมือกับสำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งของผลผลิตจากกลไกความร่วมมือที่คณะสงฆ์ได้เปิดพื้นที่การดำเนินกิจกรรมออกมาเชื่อมโยงกับสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้มีองค์กรภายนอกได้เข้าไปสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ซึ่งจะมีส่วนกระตุ้นโครงสร้างการปกครองหรือบุคลากรในองค์กรพระพุทธศาสนาให้เปิดรับแนวคิดหรือกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมรูปแบบใหม่ๆ ที่จะสามารถสร้างให้การอธิบายหรือการประยุกต์หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาออกสู่สังคมมีรูปแบบที่หลากหลาย รวมทั้งอาจยืดหยุ่นสอดคล้องบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ดียิ่งขึ้น

ในส่วนของการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับระดับโครงสร้าง (Structure Network) เป็นการรวมกลุ่มของกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่ควบคุมกลไกการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้กลุ่มทางสังคมหรือองค์กรเช่นนี้

จะมีความสำคัญในฐานะหน่วยงานสังคมที่ทำหน้าที่กำกับและติดตามนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการที่การดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนครั้งนี้ความสนใจต่อการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย กลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่จะเกี่ยวข้องจะต้องสะท้อนให้เห็นการสนับสนุนให้เครือข่ายลักษณะตามที่กล่าวไปข้างต้นสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จะเห็นได้ว่าแนวทางการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับโครงสร้างต้องเริ่มจากการศึกษาทิศทางของนโยบายและยุทธศาสตร์ขององค์กรต่าง ๆ ที่จะเข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา ซึ่งในการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลภาคสนามจนสามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีองค์กรที่จะมีบทบาทอย่างสำคัญคือ (1) องค์กรพระพุทธศาสนาคือมหาเถรสมาคม (2) สถาบันสาธารณสุขคือกรมควบคุมโรค และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (3) องค์กรการศึกษาคือมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย และ (4) องค์กรประชาสังคมคือภาคีเครือข่ายการดำเนินงานของสำนักควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาให้เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับโครงสร้างสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างยั่งยืนควรเป็นการดำเนินกิจกรรมในลักษณะแบ่งงานกันทำ (Division of Labor)

กล่าวคือในระยะแรกต้นโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ควรเริ่มต้นทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการและประสานงาน การสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของแต่ละองค์กรที่เข้ามาทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมร่วมกัน หลังจากนั้นจึงค่อย ๆ ใช้ประสบการณ์ที่แต่ละองค์กรเข้าไปเกี่ยวข้องในพื้นที่การดำเนินกิจกรรมเพื่อประเมินศักยภาพและความพร้อมในการเคลื่อนงานระดับนโยบายควบคู่ไปกับพื้นที่ การพัฒนาให้ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับโครงสร้างดำเนินไปได้อย่างราบรื่นควรให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขสถานการณ์ปัญหาและการค้นหาปัจจัยความสำเร็จที่มาจากพื้นที่ต้นแบบ (Good Practice) โดยในการดำเนินงานระยะเริ่มต้นอาจใช้พื้นที่ตามเกณฑ์ที่เชื่อมันจะมีส่วนต่อการถอดบทเรียนเพื่อขยายผลทั้งประเทศได้ เช่น เกณฑ์ความพร้อมขององค์กรพระพุทธศาสนาทั้งในมิติคณะสงฆ์และมหาวิทยาลัยสงฆ์ เกณฑ์ด้านสถานการณ์ปัญหาและความเร่งด่วนของพื้นที่จากพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เป็นต้น

หลังจากนั้น เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับโครงสร้างควรประเมินความพร้อมเพื่อจัดวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานและขอบเขตเชิงพื้นที่ว่าจะขับเคลื่อนเป็นกี่ระยะถึงจะสามารถครอบคลุมการดำเนินงานได้ทั้งประเทศ โดยการดำเนินงานให้เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพระดับโครงสร้างมีความยั่งยืน

จำเป็นต้องเคลื่อนงานด้วยมติของทุกส่วนงานเพื่อเป็นข้อตกลงในการที่จะสนับสนุนให้การดำเนินกิจกรรมในส่วนนี้ให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้เป้าหมายที่แตกต่างของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับโครงสร้างจากการรวมกลุ่มเครือข่ายอื่นๆ คือการผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ที่เป็นนโยบายร่วมในการส่งเสริมการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม โดยนโยบายที่ดำเนินกิจกรรมจะต้องให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ที่สำคัญสามส่วน กล่าวคือ ส่วนที่หนึ่งการสนับสนุนยุทธศาสตร์ชาติในการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการที่องค์กรในเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับโครงสร้าง ระดมความร่วมมือและจัดทำแผนงาน โครงการและกิจกรรมที่สามารถสนับสนุนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้ ขณะเดียวกันยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์และเป้าหมายหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้การพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวมได้รับการสนับสนุนด้วย ส่วนที่สองยุทธศาสตร์การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภาคบังคับ หมายถึงการผลักดันให้การบังคับใช้ “พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551” และ “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ขององค์กรพระพุทธศาสนา สถาบันการศึกษาและชุมชนได้รับการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยการ

สร้างกลไกจากเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับชุมชนและเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระดับเหนือหาเข้ามาร่วมสนับสนุนส่วนที่สามยุทธศาสตร์การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพภาคสมัครใจ หมายถึงการผลักดันให้องค์กรที่เป็นเครือข่ายร่วมขยายพื้นที่การดำเนินงาน กิจกรรมและความร่วมมือในการส่งเสริมให้เกิดการใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อร่วมมือกันลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม

นโยบายการบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับ บทบาทการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กร พระพุทธรศาสนา

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะแสดงให้เห็นข้อเสนอระดับนโยบายสำหรับการเชื่อมโยงบทบาทการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาเพื่อให้เกิดกิจกรรมสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนครั้งนี้ จะเป็นการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธมุ่งความสนใจไปที่การใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งหากสามารถยกระดับนโยบายในการร่วมมือกับองค์กรพระพุทธศาสนาในฝ่ายปกครองได้ จะเพิ่มโอกาส

ต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมที่สามารถลดพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเป็นดีอยู่ดีของสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมให้สามารถเข้าถึงผู้คนในสังคมได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างต้น การพยายามนำเสนอ นโยบายที่จะสามารถบูรณาการการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพกับบทบาทการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนาจะอยู่ภายใต้ความจำเป็นของการนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นนโยบายที่ได้วิเคราะห์ขึ้นจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานที่โครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างกิจกรรมร่วมกับคณะสงฆ์และเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 – 2564 ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถขยายผลให้เกิดเป็นรูปธรรมภายใต้การบูรณาการให้เกิดเป็นนโยบายดังต่อไปนี้

นโยบายการพัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธร่วมกับโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 ภายใต้คณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคม

การดำเนินงานของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 มีชื่อเต็มว่า “โครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา” ปัจจุบันมีพระเทพศาสนภิบาล (แยม ชุตินฺธโร) เจ้าคณะภาค 14 และเจ้าอาวาสวัดไร่ขิง จังหวัดนครปฐมเป็นประธานกรรมการขับเคลื่อนโครงการ (ส่วนกลาง) โดยโครงการหมู่บ้านรักษาศีล

5 เป็นการดำเนินงานที่มีความต่อเนื่องมาตั้งแต่สมัยเจ้าประคุณสมเด็จพระมหาพรหมมิ่งคลาจารย์ (ช่วง วรปญโญ) เจ้าอาวาสวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ เป็นประธานกรรมการอำนวยการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และได้ขยายโครงสร้างการจัดการไปจนมีคณะกรรมการระดับภูมิภาคที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานไปยังพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นโครงการที่ได้รับการบรรจุให้เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาล ทั้งนี้การที่โครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 พยายามเปิดพื้นที่การดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งชุมชนและสถาบันการศึกษา โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เยาวชนสามารถเรียนรู้หลักธรรมที่จะใช้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น การสามารถพัฒนากิจกรรมเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการขยายกิจกรรมไปยังสถาบันการศึกษาในโครงการนี้จึงจะช่วยผลักดันให้กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนได้มากขึ้น

การดำเนินการเพื่อให้สามารถพัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาพวิถีพุทธร่วมกับโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 ได้ ควรเริ่มต้นจากการกำหนดขอบเขตกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของการดำเนินงานในแต่ละระยะ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งบุคลากรและงบประมาณจะเป็นปัจจัยพื้นฐานมิติหนึ่งของการสามารถร่วมสนับสนุนกิจกรรมของคณะสงฆ์ได้ ดังนั้นการกำหนดพื้นที่เชิงยุทธศาสตร์จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญ

ในการพัฒนาให้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่จะดำเนินการร่วมกับองค์การพระพุทธศาสนา โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการลงศึกษาภาคสนามสามารถแบ่งทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ในนโยบายการพัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธร่วมกับโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 ภายใต้คณะกรรมการฝ่ายเผยแผ่ของมหาเถรสมาคมได้ดังนี้

1) การกำหนดพื้นที่เฉพาะหมู่บ้านต้นแบบของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 หมายถึงการเข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรมการยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธโดยมุ่งเน้นเป้าหมายที่ชุมชนและสถานศึกษาเฉพาะที่เป็นพื้นที่ต้นแบบของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ทั้งนี้เพื่อให้สามารถถอดบทเรียนรูปแบบขยายผล (Implement Model) ได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการสร้างสรรค์กิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธอาจประสบปัญหาติดรอบความสำเร็จของพื้นที่การดำเนินงานเนื่องจากเคยประสบความสำเร็จจากการใช้กระบวนการที่ค้นเก่าในการดำเนินงานแล้ว จึงมีความจำเป็นที่คณะทำงานของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาและผู้แทนคณะสงฆ์จากโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ที่จะร่วมมือกันดำเนินงานต้องประสานพื้นที่ให้เกิดการบูรณาการกิจกรรมใหม่ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ความสำเร็จออกสู่พื้นที่ภายนอกด้วย

2) กำหนดพื้นที่เฉพาะความพร้อมของสถานศึกษาและคณะสงฆ์ หมายถึงการเข้าร่วมสนับสนุนโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกจากความพร้อมของสถานศึกษาและคณะสงฆ์ในพื้นที่ ข้อดีของการดำเนินงานลักษณะนี้คือจะมีโอกาสได้คัดเลือกพื้นที่ที่มีความสนใจและพร้อมที่จะ

พัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธโดยมีเป้าหมายหลักคือการส่งเสริมให้เกิดการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม อีกทั้งการที่มีคณะสงฆ์ในพื้นที่ซึ่งมีความพร้อมและความเข้าใจการส่งเสริมการเรียนรู้ให้เกิดการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธให้เป็นส่วนหนึ่งของพันธกิจในงานหมู่บ้านรักษาศีล 5 ได้ ยังจะเป็นส่วนผลักดันให้การดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่ายมีโอกาสดำเนินการได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามมีความจำเป็นที่คณะทำงานของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาและผู้แทนคณะสงฆ์จากโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ต้องคำนึงถึงการขยายการเรียนรู้ออกไปยังพื้นที่อื่นๆ รอบพื้นที่ที่มีความพร้อมด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพและโอกาสการเรียนรู้ให้สถานศึกษาและคณะสงฆ์ที่ยังไม่มีความพร้อมได้พัฒนาบทบาทการดำเนินงานให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

3) การกำหนดพื้นที่แบบผสมผสาน หมายถึงการกำหนดเกณฑ์และความเป็นไปได้ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานโดยประเมินทรัพยากรความพร้อมร่วมกันของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาและผู้แทนคณะสงฆ์จากโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 เป็นสำคัญ ทั้งนี้อาจยึดความเหมาะสมของการมีพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกภูมิภาคหรือครอบคลุมสัดส่วนตามระดับศักยภาพเป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดการขยายเครือข่ายการพัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธไปได้อย่างหลากหลาย การเลือกใช้ยุทธศาสตร์การกำหนดพื้นที่แบบผสมผสานจะสร้างความคล่องตัวและปรับตัวเท่าทันต่อสถานการณ์

ให้กับดำเนินการได้มากกว่าทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์อื่น อย่างไรก็ตาม การประเมินสถานการณ์เพื่อให้สามารถได้พื้นที่ของการดำเนินกิจกรรม ภายใต้การบูรณาการการพัฒนากิจกรรมยกระดับสุขภาวะวิถีพุทธ ร่วมกับโครงการยกระดับหมู่บ้านรักษาศีล 5 จะจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่มีความเที่ยงตรงในการเกิดประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนนโยบาย จึงจะสามารถผลักดันให้การกำหนดพื้นที่แบบผสมผสานเกินประสิทธิภาพได้สูงสุด

นโยบายการพัฒนาสมัชชาสุขภาวะวิถีพุทธร่วมกับโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม

การพัฒนาเครือข่ายสมัชชาสุขภาวะวิถีพุทธเป็นนโยบายที่คิดค้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดกลุ่มทางสังคมที่มีความสนใจในการใช้องค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรักษาสุขภาพในสังคม โดยในมิติของการขับเคลื่อนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การดำเนินงานเพื่อยกระดับความร่วมมือกับองค์กรพระพุทธศาสนาจะเป็นส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมให้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรู้และการรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพมีเครือข่ายที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น ในส่วนของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ปัจจุบันการขับเคลื่อนโครงการนี้อยู่ภายใต้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ซึ่งมีเจ้า

ประคุณสมเด็จพะมหาธีรอาจารย์ กรรมการมหาเถรสมาคม เจ้าอาวาส วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เป็นประธานกรรมการฝ่ายสาธารณสุข สงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ซึ่งที่ผ่านมามีเป็นองค์กรสำคัญที่ได้ สร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอกคณะสงฆ์ เช่น การจัดทำธรรมนูญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การผลักดันหน่วยอบรมประชาชนประจำ ตำบล เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการร่วมมือส่งเสริมนโยบายการพัฒนา สมัชชาสุขภาพวิถีพุทธร่วมกับโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคี เครือข่ายภายใต้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถร สมาคมถือเป็นอีกปัจจัยความสำเร็จของการยกระดับการใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา เพื่อ สนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงให้เกิดขึ้นในสังคมได้

หลักการสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายข้อมันมีกระบวนการ ที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

กระบวนการที่ 1 การจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายและผู้ดำเนิน กิจกรมสุขภาพวิถีพุทธ กล่าวคือการรวบรวมฐานข้อมูลของกลุ่มทาง สังคม องค์กร พระสงฆ์ นักกิจกรรมทางสังคมและนักวิชาการที่มี ประสบการณ์การใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตาม แนวพระพุทธศาสนาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรง ทั้งนี้การจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายและผู้ดำเนินกิจกรรมสุขภาพวิถี พุทธช่วยให้สามารถเห็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณารูปแบบกิจกรรม และลักษณะของเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมอยู่ได้ ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อ การพัฒนาข้อมูลสนับสนุนการเคลื่อนสมัชชาสุขภาพวิถีพุทธ

นอกจากนี้ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรมรับฟังความคิดเห็น ซึ่งควรจัดทำขึ้นตามส่วนภูมิภาคเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน รวมทั้งเป็นการทำความเข้าใจนโยบายการพัฒนาสมัชชาสุขภาพะวิถีพุทธให้เป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้น

กระบวนการที่ 2 การสร้างความร่วมมือพัฒนากลไกการดำเนินงานร่วมกับคณะสงฆ์ กล่าวคือการบูรณาการภารกิจของการสร้างสุขภาพะวิถีพุทธโดยเฉพาะการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมกับยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมสามารถถูกสร้างสรรค์ให้ประยุกต์อยู่ในกิจกรรมของคณะสงฆ์ได้ ทั้งนี้การประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันในการส่งเสริมนโยบายการพัฒนาสมัชชาสุขภาพะวิถีพุทธร่วมกับโครงการส่งเสริมความร่วมมือภาคีเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ควรเกิดขึ้นในการประชุมประจำปีของคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมเพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้คณะสงฆ์ได้รับรู้ความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกัน อีกทั้งยังควรมีการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติและการประสานงานกับโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาซึ่งควรเป็นผู้ประสานงานในระยะแรกของการผลักดันการดำเนินนโยบายนี้ โดยเป้าหมายของการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติและการประสานงานจะช่วยให้คณะสงฆ์ในส่วนภูมิภาคที่ต้องการพัฒนากิจกรรมการสร้างสุข

ภาวะวิถีพุทธหรือการเป็นเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถได้รับข้อมูลสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการที่ 3 การสนับสนุนการดำเนินงาน หมายถึงเมื่อมีการประกาศเจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพวิถีพุทธควรกำหนดขอบเขตการดำเนินงานและความรับผิดชอบของเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมด้วย เพื่อเป็นการผลักดันให้แต่ละองค์กรได้ออกแบบกิจกรรมที่จะสามารถสนับสนุนเป้าหมายการดำเนินงานให้กับนโยบายการพัฒนาสมัชชาสุขภาพวิถีพุทธ ทั้งนี้ในระยะเริ่มต้นสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ควรให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมการสร้างสมัชชาสุขภาพวิถีพุทธที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อเป็นการสร้างความร่วมมือกับองค์กรพระพุทธศาสนาในระดับนโยบายซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรมต่อไป ท้ายที่สุดควรมีการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานให้มหาเถรสมาคมทราบทุกปีงบประมาณ เพื่อให้ทีมได้รับทราบและให้ข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนากิจกรรมต่อไป

นโยบายการพัฒนาชุดความรู้ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ร่วมกับโครงการส่งเสริมนวัตกรรมการเชิงพุทธภายใต้คณะกรรมการ ฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคม

การพัฒนาชุดความรู้ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นการดำเนินกิจกรรมที่ครอบคลุมการจัดการความรู้จากการบูรณาการหลักธรรมหรือวิถีคิดทางพระพุทธศาสนากับการสร้างเสริมสุขภาพที่หรืออาจจะเรียกว่าตั้งอยู่หลักการจัดการความรู้ “สุขภาวะวิถีพุทธ” โดยจะเห็นได้ว่าโครงการส่งเสริมนวัตกรรมการเชิงพุทธนั้น ปัจจุบันอยู่ภายใต้คณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคม ซึ่งมีพระพรหมโมลี กรรมการมหาเถรสมาคม เจ้าคณะภาค 5 วัดปากน้ำภาษีเจริญ เป็นประธานกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคม ทั้งนี้ภารกิจที่สำคัญของคณะกรรมการฝ่ายศาสนศึกษาของมหาเถรสมาคมจะเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานตามประเพณีของคณะสงฆ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาแผนกบาลีศึกษาและแผนกธรรมศึกษา ซึ่งที่ผ่านการจัดการศึกษาให้มีความสำคัญกับการท่องจำและการเรียนรู้ตามระบบที่ก่อตัวมาเป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่สามารถประยุกต์นำความรู้จากหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาให้เกิดเป็นนวัตกรรมการศึกษาออกสู่สังคมได้จะมีส่วนสำคัญต่อการสื่อสารพระพุทธศาสนาในระบบการศึกษาของคณะสงฆ์ได้ดีขึ้น

การจัดทำชุดความรู้การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพควรเป็นการมุ่งเน้นให้เกิดทั้งชุดสื่อความรู้เอกสาร ชุดสื่อสารคดีสั้น และชุดสื่อวีดิ

ทัศน์แอนิเมชันที่สามารถครอบคลุมการประยุกต์นำการใช้องค์ความรู้ หลักการหรือกระบวนการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงให้เกิดในสังคม โดยกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมที่สุดคือการผลักดันให้โครงการครูพระสอนศีลธรรมในโรงเรียนที่มีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบอยู่ ได้ใช้สื่อชุดความรู้ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพร่วมเป็นสื่อในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักเรียนในสถานศึกษาต่าง ๆ ทั่วประเทศด้วย

นโยบายการพัฒนาชุดความรู้ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำเป็นต้องมีการแบ่งระดับการสื่อสารเนื้อหาให้ตรงกับช่วงวัยและวัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์ที่เหมาะสมในกลุ่มผู้เรียนแต่ละระดับ จึงมีความจำเป็นต้องสร้างกลไกการสนับสนุนที่มีทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้ ด้านพระพุทธศาสนา และด้านการออกแบบนวัตกรรมมาเป็นคณะทำงานร่วมกัน เพื่อให้วางกรอบการสร้างชุดความรู้อย่างเป็นระบบ และมีเนื้อหาสอดคล้องกัน ทั้งนี้ก็เพื่อให้สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะ รวมทั้งการวิเคราะห์เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรพระพุทธศาสนาในสังคมไทย ได้มีการสร้างองค์ความรู้และขยายเครือข่ายการดำเนินงานให้มีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

สรุป

การขับเคลื่อนองค์กรพระพุทธศาสนากับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมไทย อาศัยกลไก 3 ระดับในการขับเคลื่อนให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย 1) กลไกและปฏิบัติการระดับนโยบาย เป็นการกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนจากฝ่ายสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในการกำหนดนโยบายและปฏิบัติการสำหรับการพัฒนาสุขภาวะในสังคมผ่านธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การลดปัจจัยเสี่ยงโดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา และการขับเคลื่อนพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งพระสงฆ์และผู้คนในชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาพระสงฆ์ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาวะ 2) กลไกและปฏิบัติการระดับวิชาการ เป็นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาวะพระสงฆ์กับเครือข่ายทางสังคมทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ รวมไปถึงการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธลงสู่ชุมชนผ่านพระสังฆาธิการและพระสงฆ์ นักพัฒนาในการทำกิจกรรมเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และ 3) กลไกและปฏิบัติการระดับพื้นที่ เป็นการที่องค์กรพระพุทธศาสนามีพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาสุขภาวะจากความเดือดร้อนของผู้คนในชุมชนเพื่อให้เกิดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับการสร้างเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กร

พระพุทธศาสนาเป็นการดำเนินกิจกรรมเพื่อรวบรวมกลุ่มทางสังคมหรือองค์กรที่จะสามารถผลักดันให้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับจัดการพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความเป็นอยู่ดีของสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม

6 unášu

SUMMARY



การที่งานศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีขอบเขตของการศึกษาอยู่บน
 ปฏิบัติการของการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธ โดยเข้าไปอยู่ในปรากฏการณ์
 ของความร่วมมือระหว่างองค์กรพระพุทธศาสนาและองค์กรภาครัฐ
 หลายหน่วยงาน มีส่วนให้เห็นการพยายามก่อตัวของความเป็นสถาบัน
 นิยมเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้ที่ถูกนิยามว่ากำลังใช้ชีวิตอยู่บน
 พื้นฐานของความเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการก่อตัวของ
 เครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นผ่านปฏิบัติการสร้างสุข
 ภาวะวิถีพุทธ ได้แสดงให้เห็นการเคลื่อนที่ทางสังคมขององค์กร
 พระพุทธศาสนาอย่างเป็นทางการ กล่าวคือมีเครือข่ายทางวิชาการของ
 มหาวิทยาลัยสงฆ์ และเครือข่ายตามสายการบังคับบัญชาของมหาเถร

สมาคมที่มุ่งหน้าไปสู่การสนใจประเด็นร่วมสมัยในสังคมไทย หากพิจารณาตามมิติข้างต้นได้แสดงให้เห็นลักษณะความสัมพันธ์คล้ายคลึงกับที่ Pattana Kitiarsa (2012) ที่เสนอคำว่า “Popular Buddhist” ซึ่งนัยนี้อาจหมายถึงพระพุทธศาสนาของมวลชนที่เป็นปฏิบัติการและพิธีกรรมที่ไม่ได้เกิดขึ้นเพื่อสนองหลักธรรมคำสอนหรือแบบแผนปฏิบัติตามจารีตของชนชั้นนำในสังคมเท่านั้น แต่เป็นพระสงฆ์ตามชุมชนท้องถิ่นที่สามารถผูกยึดเอาความเชื่อ ประเพณี ปัญหาในระบบวัฒนธรรมของผู้คนทั่วไปมาสร้างเป็นปฏิบัติการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้คนในชุมชนได้

การมีปฏิบัติการที่ขยายบทบาทของพระสงฆ์ให้เข้าสู่สนามของการสร้างสังคมสุขภาวะวิถีพุทธ จึงก่อให้เกิดพื้นที่ใหม่ที่เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีความสนใจการดำเนินกิจกรรมให้ผู้คนมีสุขภาวะที่ดีผ่านการใช้หลักการและกลไกขององค์กรพระพุทธศาสนาได้สร้างกลุ่มทางสังคมของตนเองขึ้น จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการสามารถมีปฏิสัมพันธ์นอกขอบเขตของมิติพิธีกรรมและความศักดิ์สิทธิ์ส่งผลให้พระสงฆ์ที่อยู่ในเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถเป็นที่รู้จักและช่วยยับยั้งบทบาทการร่วมปฏิบัติการกิจกรรมกับหน่วยงานภาครัฐในด้านอื่นมากขึ้น เช่น การรวมเป็นกรรมการดำเนินงานธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ระดับเขตสาธารณสุข เป็นต้น อย่างไรก็ตามเป้าหมายร่วมกันประการหนึ่งของเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงที่องค์กรพระพุทธศาสนาเข้าไปมีบทบาทอยู่คือการสร้างให้ผู้คนตระหนักถึงผลกระทบทางสุขภาพที่ตามมาจากการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือจะเป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมก็ตาม ได้สะท้อนการควบคุมเชิงอำนาจที่ต้องการสร้างให้ผู้คนในชุมชนมีร่างกายที่แข็งแรง ในมิตินี้เองที่คำอธิบายของ Pierre Bourdieu (2010) เสนอให้เห็นว่าร่างกายเชิงกายภาพก็เป็นทุนประเภทหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการที่ระบบเศรษฐกิจและระบบวัฒนธรรมได้ผลักดันให้เกิดการสั่งสมทางสถานะเพื่อพัฒนาให้ร่างกายเป็นทรัพยากรในการยับยั้งขั้นทางสังคม ดังนั้นในปฏิบัติการของการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธจะเห็นการส่งเสริมให้ผู้คนในสังคมรักษาสุขภาพให้ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยง โดยองค์พระพุทธรศาสนาได้ใช้การกลไกการสื่อสารให้เห็นประโยชน์ของการมีสุขภาวะที่ดีว่าจะมีส่วนต่อกรายกระดับคุณภาพชีวิตทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมให้ดีขึ้นได้

สำหรับประเด็นของการพิจารณามุมมองของกลไกปฏิบัติการขององค์พระพุทธรศาสนาควบคู่กับวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นองค์ความรู้ตะวันตกเพื่อพัฒนาสุขภาวะในสังคม Julia Huang (2017) นักมานุษยวิทยาชาวไต้หวันประจำสถาบันมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยแห่งชาติชิงหัว ได้ทำการศึกษาภารกิจารกุศลของมูลนิธิฉือจี้ (Tzu Chi) ซึ่งเป็นตัวอย่างของพุทธศาสนาเพื่อสังคม (Socially Engaged Buddhism) และแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของศาสนาในการทำงานร่วมกับวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางสังคมให้กับผู้คนในสังคมโดยการสร้างโรงพยาบาลที่ผสมผสานสภาพแวดล้อมและสถาปนาความศักดิ์สิทธิ์ในปฏิบัติการทางการแพทย์ผ่านหลักธรรมของพุทธศาสนา ทั้งนี้ กิจกรรมหลักที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและการรักษาความเจ็บป่วยของ

มูลนิธิฉือจี้ได้มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การบริจาคอวัยวะ การบริจาคไขกระดูก และการบริจาคร่างกายเพื่อการศึกษาทางการแพทย์ โดยเป็นความพยายามในการเชื่อมโยงการบริจาคร่างกายเข้ากับหลักความตายในพุทธศาสนาและความตายทางการแพทย์เพื่อให้ผู้คนที่นับถือศาสนาได้ตระหนักถึงการทำการกุศลโดยการบริจาคอวัยวะ ไขกระดูก และร่างกาย การดำเนินงานของมูลนิธิฉือจี้แสดงให้เห็นถึงการขับเคลื่อนองค์การพระพุทธศาสนาในการบรรเทาทุกข์ทางสังคมและสร้างความแข็งแกร่งของร่างกายของคนในสังคมเพื่อให้มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งภายใต้วาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ และปรับประยุกต์ความเป็นสมัยใหม่ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการยึดมั่นในหลักธรรมคำสอนของผู้คนในสังคม

เมื่อพิจารณาโดยสรุป จะเห็นได้ว่าปฏิบัติการขององค์การพระพุทธศาสนากับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธหรือที่การศึกษาครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นบทบาทของ “สังฆะ สังคม สุขภาวะ” ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพพร้อมกับสถาบันทางสังคมอื่นๆ ได้เกิดการขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยง 4 ด้านดังนี้

1) เครือข่ายที่ส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมของคณะสงฆ์ คือ การให้การสนับสนุนและการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2564 ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรมของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่จังหวัดลำปาง จังหวัดนครสวรรค์

และจังหวัดสมุทรสงคราม ที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจนกลายเป็นพื้นที่ต้นแบบจากการตรวจเยี่ยมของโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 อีกทั้งการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดสมุทรสงครามยังสามารถยกระดับดำเนินกิจกรรมสู่การเป็นเครือข่ายหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ที่สามารถสนองต่อการเป้าหมายของฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมในการสงเคราะห์พุทธศาสนิกชนและชาวบ้านในพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

2) เครือข่ายการสร้างการตระหนักรู้ถึงพิษภัยและการสร้างภูมิคุ้มกันเชิงความรู้เกี่ยวกับปัญหาบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือการจัดกิจกรรมเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ให้กับสามเณรที่เข้าร่วมกิจกรรมบวชสามเณรภาคฤดูร้อนร่วมกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ รวมทั้งการใช้สื่อต่าง ๆ ในการนำเสนอข้อมูลประโยชน์ของการห่างไกลจากบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการสากลเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล การนำเสนอข้อมูลของโครงการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงจึงมีลักษณะเป็นการเชิญชวนให้เห็นถึงข้อดีตามหลัก “เบญจธรรม” ด้วยการนำเสนอหาเชิงวิทยาศาสตร์สุขภาพมาอธิบายร่วมกันกับหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่ช่วยให้เกิดความเป็นรูปธรรมในการส่งเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงมากขึ้นจากความเสี่ยงที่ต้องเผชิญในสังคม จึงทำให้เกิดการยกระดับ

ศักยภาพการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรพระพุทธศาสนาอย่างเข้มแข็งมากขึ้น

3) เครือข่ายการส่งเสริมการบูรณาการกิจกรรมร่วมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ คือการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในเยาวชนด้วยการใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การจัดค่ายอบรมความรู้ การใช้พื้นที่วัดเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ตลอดจนการใช้สื่อต่าง ๆ ในการเผยแพร่ความรู้ ทั้งนี้กระบวนการการออกแบบกิจกรรมมีลักษณะเป็นการให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายสามารถออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับพันธกิจของหน่วยงานตนเอง โดยใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาเป็นแกนกลางในการปรับปรุงให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการลดปัจจัยเสี่ยงโดยคำนึงถึงบริบททางสังคมของเยาวชนเป็นศูนย์กลาง จึงทำให้งิจกรรมที่จัดขึ้นมาความหลากหลาย จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดปัจจัยเสี่ยงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการรักษารูปแบบกลไกการทำงานอย่างยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

4) เครือข่ายการสนับสนุนเป้าหมายด้านสุขอนามัยของหน่วยงานด้านสาธารณสุข คือการดำเนินกิจกรรมของโครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพมีความสอดคล้องกับพันธกิจการดำเนินงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากยาสูบ จึงทำให้กระบวนการออกแบบกิจกรรมถูกดำเนินการภายใต้การนำพันธกิจและนโยบายของกองงาน

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบมาใช้เป็นฐานคิดในการออกแบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินกิจกรรมอย่างสูงสุดซึ่งจะเห็นเป็น รูปธรรมได้จากการจัดกิจกรรมภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งยังคงขับเคลื่อนการ เผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับข้อเสียของบุหรี่และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ได้ทั้งในกิจกรรมบวชสามเณรภาคฤดูร้อนและการจัดกิจกรรมในชุมชน ต้นแบบ

01.

เครือข่ายที่ส่งเสริมการ
ดำเนินกิจกรรมของ
คณะสงฆ์



02.

เครือข่ายการสร้างการ
ตระหนักรู้ปัจจัยเสี่ยง



สนับสนุนและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรม
ลดปัจจัยเสี่ยงให้สอดคล้องตามแผนการ
ปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2564

จัดกิจกรรมเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการ
นำเสนอข้อมูลประโยชน์ของการห่างไกลจาก
บุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่สถาบัน
และสถาบันการศึกษาในพื้นที่

03.

เครือข่ายการส่งเสริมการ
บูรณาการกิจกรรมร่วมกัน
ระหว่างองค์กรต่าง ๆ



04.

เครือข่ายการสนับสนุน
เป้าหมายด้านสุขอนามัยของ
หน่วยงานด้านสาธารณสุข



การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม
ร่วมกัน เพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน
กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในเยาวชน
ด้วยการใช้วิธีการที่หลากหลาย

การดำเนินกิจกรรมของโครงการลดปัจจัยเสี่ยง
ทางสุขภาพมีความสอดคล้องกับพันธกิจการ
ดำเนินงานของงานคณะกรรมการควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบในการป้องกันและลดผลกระทบ
ที่เกิดขึ้นจากยาสูบ

แผนภาพที่ 9 การขับเคลื่อนเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงขององค์กร

พระพุทธศาสนา

ที่มา: ผู้เขียน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง*. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *ขับเคลื่อนนวัตสุขภาพไทย ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2549). การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครองอำนาจ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บ.ก.), *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม* (น.77-170). ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2549). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *พจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ฉบับ 100 ปี การสาธารณสุขไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2560). *เครือข่ายพุทธศาสนาของชาวกะเหรี่ยงข้ามแดนไทย-เมียนมาร์*. ศูนย์วิจัยและบริการวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จงจิตร อังคทะวณิช และคณะ. (2559). *สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในพระสงฆ์จากโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค*. สำนักสนับสนุนสุขภาพองค์การ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- จรรยาภรณ์ โชคชัยฐานันท์. (2554). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กวัยรุ่น*. ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จักรกริช สังขมณี. (2560). *ชาติพันธุ์วรรณนาว่าด้วยโครงสร้างพื้นฐาน*. *วารสารธรรมศาสตร์*, 36(2), 33-57.
- จำนงค์ อติวัฒน์สิทธิ์. (2562). *ปรัชญาทางสังคมแห่งพระพุทธศาสนา*. สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- จิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัษฎ์, กฤษณ์เลิศ สัมพันธ์รักษ์, ฐิติมา พุทธิทานันท์, และคนอื่น ๆ . (2551). *การวิเคราะห์ผลกระทบและประเมินผลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- จุฬารัตน์ ผดุงชีวิต. (2558). *การสลักเรือนร่าง (Crafting Bodies) ฟูโกต์กับสังคมวิทยาร่างกาย*. ใน อนุสรณ์ อุณโณ, จันทน์ เจริญศรี และสลิสยา ยุกตะนันท์ (บก.), *อ่านวิพากษ์ มิเชล ฟูโกต์* (น. 227-273). สำนักพิมพ์สยาม.
- ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ, สิริพร สมบูรณ์บุรณะ, และพิเชฐ สายพันธ์. (2562). *พิธีสวดภาณยักษ์: ความหมายและการเปลี่ยนแปลง*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ. (2563). *บทสนทนาและประเด็นสำคัญของความเหลื่อมล้ำ*. ฝ่ายวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ชาติชาย มุกสง. (2549). “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชั้นนำสู่การโต้ตอบการครอบงำอำนาจ”. ใน โภมาทร จิ่งเสถียรทรัพย์ (บก.), พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- ชยันต์ วรรณระภูติ. (2551). การเปลี่ยนผ่านและปัญหาที่ท้าทายของสังคมวิทยา-มานุษยวิทยาการแพทย์ไทย. *วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 20(1), 15-38.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2560). *ศานากับการพัฒนา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ชีกะฮารุ ทานาเบ. (2551). *ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- เชษฐา พวงหัตถ์. (2559, มกราคม-มิถุนายน). สภาวะสมัยใหม่และความเสี่ยง: มุมมองทางสังคมวิทยา. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 12(1), 9-38.
- ดวงพงศ์ พงศ์สยาม. (2552). *มานุษยวิทยาสุขภาพ*. โอเดียนสโตร์.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกายและรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ธัญช กนกเทศ. (2559). *สังคมวิทยาสาธารณสุข*. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธีรยุทธ บุญมี. (2551). *มิเชล ฟูโกต์*. วิชาษา.
- นิภาพร เอื้อวิวัฒน์โชติมา. (2559). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. *วิชาการสาธารณสุข*. 25(1).
- นวลน้อย ตรีรัตน์ และ นพพล วทย์วรพงศ์ (บรรณาธิการ). (2557). *เรื่องเล่า ก้าว 10 งานวิจัยเด่นรอบทศวรรษแห่งการเรียนรู้ และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อลด ปัญหาแอลกอฮอล์ในสังคมไทย*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประเวศ วะสี. (2514). การแพทย์และการสาธารณสุขในรอบ 25 ปี. *สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, 9(6), 48-56.
- ประเวศ วะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัดน์ชีวิตแลสังคม*. หมอชาวบ้าน
- ประเวศ วะสี. (2546). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข.
- ปาริชาติ ศิวะรักษ์. (2545). *ถอดบทเรียนการจัดการความรู้-งานวิจัยกรณีศึกษา กำเนิดกองทุน สสส*. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. (2561). *อัตลักษณ์เอกสาร: วงศาวិทยาการ
ควบคุมประชากรของประเทศไทย*. ศูนย์บริหารงานวิจัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร. (2562). *สู่สังคมเสมอหน้า*. สำนักพิมพ์มติชน.

พระเทพพรเมธี. (2562). จากปฏิรูปสู่การปฏิบัติ: แผนยุทธศาสตร์การ
ปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา. โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย.

พระมหาสุพร รุกขิตธมโม (ปวงกลาง). (2561). พระพุทธศาสนากับการ
พัฒนาที่ยั่งยืน. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตนครราชสีมา

พระพรหมบัณฑิต. (2564). พระพุทธศาสนากับการพัฒนาที่ยั่งยืน. นิติ
ธรรมการพิมพ์.

พระไพศาล วิสาโล. (2552). *ทำบุญให้สุขภาพดี*. เกียวโตเนชั่นพริ้นติ้ง.

พระมหาสุทิตย์ อากาศโร, และคณะ. (2558). *การเสริมสร้างสุขภาวะ
และการเรียนรู้ ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา*.
กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้
ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา (สรพ.) สถาบันวิจัยพุทธ
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- พระมหาสุรศักดิ์ ปัจจนตเสโน, วุฒินันท์ กันทะเตียน, และ แม่ชีฤชณา รัชกาโณม. (2562). *โครงการพัฒนาองค์ความรู้และ กระบวนการเสริมสร้างสุขภาวะใน การลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพุทธ บูรณาการ*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. (2551). *ราช กิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 125 ตอนที่ 33 ก, หน้า 34.
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. (2560, เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 134 ตอนที่ 39 ก.
- พระศรีคัมภีร์ญาณ (สมจินต์ วันจันทร์). (2559). *จริยศาสตร์ในคัมภีร์ พระพุทธศาสนา*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระศรีสมโพธิ (วีรัญญ์ สอนขุน) และคนอื่น ๆ . (2563). *เครือข่ายสถาน พลังสุขภาวะวิถีพุทธ*. สำนักงานส่งเสริมความร่วมมือ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พัฒนา กิตติอาษา. (2549). *ทรงเจ้าเข้าผีในวัฒนธรรมสุขภาพไทย*. ใน โภ มาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บ.ก.), *พหุลักษณะทางการแพทย์กับ สุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม* (น. 171-262). ศูนย์ มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน).
- พินิจ ลาภธนานนท์. (2556). *ประเด็นสุขภาวะในพระไตรปิฎก*. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พินิจ ลาภธนานนท์. (2557). โภชนปฏิบัติเพื่อสุขภาพพระสงฆ์.
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พินิจ ลาภธนานนท์. (2562). *อดีต ปัจจุบัน และอนาคตงานสาธารณสุข
สงเคราะห์วิถีพุทธของคณะสงฆ์ไทย*. นิตยธรรมการพิมพ์.
- พินิจ ลาภธนานนท์, สายชล ปัญญชิต, ภูเบศ วณิชชานนท์ และ
พิรญาณ์ แสงปัญญา. (2563). *ถอดบทเรียนงานสาธารณสุข
สงเคราะห์วิถีพุทธของคณะสงฆ์ไทย*. สถาบันวิจัยสังคม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญ สุขมาก. (2561). หลักคิด: สุขภาพ สุขภาวะ ปัจจัยกำหนด
สุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ. ใน *เอกสารประกอบการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการ: การประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ
เครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ*.
- ภาคภูมิ แสงกนกกุล. (2562). การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในระบบ
สุขภาพไทยช่วงเวลา พ.ศ. 2493-2539 ด้วยกรอบ
เศรษฐศาสตร์การเมือง. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร*, 15(2), 1-37. [https://so04.tci-thaijo.org/index
.php/jssnu/article/download/230847/1571117/](https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jssnu/article/download/230847/1571117)
- ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2561). *บ้านสุดท้ายของชีวิต: มุมมองเชิงสังคม
วิทยาต่อการบริหารคุณภาพชีวิตระยะสุดท้าย*. สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2550). การแพทย์ไทย: วาทกรรมสร้างรัฐชาติ
วิทยาศาสตร์และ ภูมิปัญญา. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ
ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (บ.ก.), *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. (น.59-
112), สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- วรรณรัตน์ รัตนวราจค์. (2561). *การสื่อสารสุขภาพ: แนวคิดและการ
ประยุกต์ใช้*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิพุธ พูนเจริญ, และคนอื่น ๆ . (2547). *ถอดบทเรียนการจัดการ
งานวิจัยระบบสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชญา ณ ระนอง และศศิวิฑูรย์ วงษ์มณฑา.
(2548). *ผลกระทบของโครงการ 30 บาทและหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน*.
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- ศรีศักร วัลลิโกดม. (2560). *พุทธศาสนาและความเชื่อในสังคมไทย*.
มูลนิธิเล็ก-ประไพ.
- ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์. (2563). *ผู้นำปัญญาเชิงปฏิบัติ: หมอสงวน ผู้
วางรากฐานระบบสุขภาพถ้วนหน้าของไทย*. สถาบัน
พระปกเกล้า.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). *ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย (พิมพ์
ครั้งที่ 2)*. หมอชาวบ้าน.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). *บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สพิจิตรโรงพิมพ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). *รายงานประจำปี 2561 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต). (2562). *สุขภาพของค์รวมแนวพุทธ*. บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2552). *สังคมวิทยาสุขภาพ*. ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563, 26 มิถุนายน). *รายงานประจำปี 2562 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการร่ าง เสริม สุข ภาพ (ส ส ส .)*. <https://www.thaihealth.or.th/Books/651/ร าย ง า น ประจำปี+2562+สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ+%28สสส.%29.html>.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *การสร้างระบบการประกัน สุขภาพแห่งชาติประจำปี งบประมาณ 2562*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุเทพ สุนทรเกษม. (2548). *หมู่บ้านอีสานยุคสงครามเย็น: สังคมวิทยาของหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. สำนักพิมพ์มติชน.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2561, มกราคม - มิถุนายน). *วาระการพัฒนาโลกกับอนาคตไทย - กระแสปฏิรูปอ่อนล้าหรือเดินในเขาวงกต. สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 44(1), 1-18.
- อภิญา เพ็องฟูสกุล. (2551). *มานุษยวิทยาศาสนา: แนวคิดพื้นฐานและข้อถกเถียง ทางทฤษฎี*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรอนงค์ ชัยโพธิ์กลาง. (2557). *ทุนสุขภาพกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ด.(ประชากรศาสตร์). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรัญญา ศิริผล. (2562). *ปฏิบัติการศาสนา ทุณนิยมจิตวิญญาณ กับ การเมืองวัฒนธรรมจีนในชายแดนไทยภาคเหนือ*. ศูนย์วิจัยและบริการวิชาการ คณะ สังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำนาจ ทาปิน และพระอธิการเฉลย ฉนทโก. (2563, มกราคม-เมษายน). การเสริมพลังเครือข่ายสุขภาพเชิงพื้นที่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพุทธบูรณาการ ป้องกันนักดื่มและนักสูบบุหรี่. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 5(1): 76-85.
- เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา. (2554). *โลกาภิวัตน์: บรรษัทข้ามชาติ บรรษัทภิบาล และความรับผิดชอบต่อสังคมของบรรษัท*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Bourdieu, P and Nice, R. (2010). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste* (4th ed). Routledge. Cockerham, W. C. (2003). *Medical Sociology* (9th ed.). Prentice Hall College Div.
- Durkheim, E. (1995). *The Elementary Forms of Religious Life*. The Free Press.

- Edgell, P. (2012). A Cultural Sociology of Religion: New Directions. *Annual Review of Sociology*, 39, 247-265.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Vintage.
- Giddens, A. (1998). *The Third Way: The Runaway of Social Democracy*. Policy Press.
- Giddens, A. (1999). *Runaway World: How Globalization is Reshaping our lives*. Profile Books.
- Hongdilokkut, N. (2017). *Welfare Analysis of the Universal Health Care*. PIER Discussion Paper No.58, Puey Ungphakorn Institute for Economic Research. <https://ideas.repec.org/p/pui/dpaper/58.html>
- Huang, J. (2017). Scientific and Sacramental: Secularization of Buddhism and Sacralization of Medical Science in Tzu Chi (Ciji). *Journal of Global Buddhism*, 18, 72-90. <https://www.globalbuddhism.org/jgb/index.php/jgb/article/view/196>

- Institute of Medicine (US) , and Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington (DC): National Academies Press.
- Keyes, C. F. (1989). Buddhist Politics and Their Revolutionary Origins in Thailand. *International Political Science Review*, 10(2), 416-421.
- Kitiarsa, P. (2012). *Mediums, monks, & amulets: Thai popular Buddhism today*. Silkworm Books.
- Marotta, V. (2016). Travelling Theory and Buddhist Sociology. *Journal for the Academic Study of Religion*, 29(3), 242-264.
- Mechanic, D. (1990). The Role of Sociology in Health Affairs. *Health Affairs*. 9(1), 85-97.
- Merton, R. K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. Free Press.
- Parsons, T. (1967). *Sociological Theory and Modern Society*. Free Press.

- Raphael, D. (2009). Social Determinants of Health: An Overview of Key Issues and Themes. In Dennis Raphael (Ed.). *Social Determinants of Health*.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2005). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Open University Press.
- Schmidt, L., Makala, P., Rehm., & Robin, J. R. (2010). Alcohol: equity and social determinants. In Blas, E and Kurap, A. S., *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Switzerland: World Health Organization. Pp. 11-30.
- Sheaff, M. (2005). *Sociology and Health Care: An Introduction for Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*. Open University Press.
- Stacey, M, & Homans, H. (1978). The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospects and Potential for Health Research. *Journal of Sociology*. 12(1), 281-307.

- Stevenson, F. (2018). Social Determinants of Health and Disease. In *Sociology as Applied to Health and Medicine* (7th ed.), Graham Scambler (Editor). Red Globe Press.
- Tambiah, S. (1970). *Buddhism and Spirit Cult in Northeast Thailand*. Cambridge University Press.
- Wales, H. G. Q. (1933). Siamese Theory and Ritual Connected with Pregnancy, Birth and Infancy. *Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*. 63.
- White, K. (2009). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. SAGE Publications.
- Will, C. M. (2020). 'And breathe...'? The sociology of health and illness in COVID-19 time. *Sociology of health and illness*, 42(5), 967-971.
- Wilson, B. R. (2016). *Religion in Secular Society: Fifty Years On*. Oxford University Press.

World Health Organization. (2018). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

เกี่ยวกับผู้เขียน

รองศาสตราจารย์ ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์

อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพุทธศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง ด้านภาษาอังกฤษจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จบการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอกด้านสังคมวิทยา จาก Poona University, India โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากรัฐบาลอินเดีย ปัจจุบันเป็นนักสังคมวิทยาที่ให้ความสนใจกับการศึกษาประเด็นศาสนา กับการพัฒนาและสังคมวิทยาของความเหลื่อมล้ำทางสังคม

อาจารย์ ดร.สายชล ปัญญาชิต

อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง ด้านการพัฒนาชุมชนเมืองจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จบการศึกษาระดับปริญญาโท ด้านสังคมวิทยาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และระดับปริญญาเอก ด้านศิลปวัฒนธรรมวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาส่วนหนึ่งจากคณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปัจจุบันเป็นนักสังคมวิทยาที่ให้ความสนใจกับการศึกษาประเด็นสังคมวิทยาศาสนา สังคมวิทยาการพัฒนา และวัฒนธรรมศึกษาในสังคมดิจิทัล

ดรรชนี

ก

การควบคุมทางสังคม.....	7 ,10 ,17 ,65
การจัดระเบียบทางสังคม.....	36
การลดปัจจัยเสี่ยง.....	108 ,110
การบริโภคนิโคติน.....	102
การสูบบุหรี่.....	100
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	111

ค

ความเจ็บป่วย.....	64
ความเหลื่อมล้ำ.....	73
คณะสงฆ์.....	6
เครือข่าย.....	63 ,117
เครือข่ายการพัฒนา.....	6 ,80
เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยง.....	63 ,148 ,151, 161 ,166 ,177

ช

ชุมชนทางศาสนา.....	11
--------------------	----

ธ

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ.....	22
-----------------------------------	----

ป

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ.....	73
ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ.....	95 ,99 ,108

พ

พฤติกรรมทางสุขภาพ.....	36, 63, 91
พระคิลานุปัฏฐาก.....	113

ภ

ภาคประชาสังคม.....	46 ,60, 110
ภาษี.....	67 ,78
ภาษีบาป.....	47

ม

มหาเถรสมาคม.....	3, 21, 120, 167, 171, 175
------------------	---------------------------

ร

ระบบสุขภาพ.....	27, 29, 36
ระบบความเชื่อ.....	29
ระเปียบโลกใหม่.....	98
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	95, 184

ล

โลกิยานุวัตร.....	8
โลกาภิวัตน์.....	19

ว

วิถีชีวิต.....29, 40, 145

วิถีชีวิตใหม่.....70

ส

สังคมสมัยใหม่.....7, 36, 70, 95

สุขภาวะองค์รวม.....41, 80, 135

สุขภาวะวิถีพุทธ.....2, 16, 22, 79, 85, 166

สังคมวิทยาศาสตร์.....7

สังคมวิทยาสุขภาพ.....64, 79, 85

สถาบันศาสนา.....2, 17

สถาบันสาธารณสุข.....42, 157

สาธารณสุขสงเคราะห์.....19, 88

สาธารณสุข.....30, 42, 66

ท

หลักพุทธธรรม.....16, 85, 89, 114

หลักธรรมาภิบาล.....45, 120

หลักประกันสุขภาพ.....50

อ

องค์กรพระพุทศาสนา.....	5, 17, 60, 85, 119
อัตลักษณ์.....	37
อำนาจ.....	11, 32, 42, 86

เมื่อพิจารณาจากมุมมองทางสังคมวิทยา

เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาเครือข่าย

ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการสร้างสุขภาพในสังคมปัจจุบัน

อาศัยความร่วมมือแบบสถาบันนิยม (Institutionalization)

กล่าวคือ การประกอบสร้างกฎเกณฑ์และกิจกรรมผ่าน

สถาบันหรือกลุ่มทางสังคมที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถ

ขัดเกลาลงไปในระบบวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กับวิถีชีวิตของผู้คน การอาศัยเพียงการควบคุมอำนาจหรือ

การรณรงค์แบบราชการที่ควบคุมพฤติกรรมผ่านเฉพาะช่วงเวลา

ของการปฏิบัติตามหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ

การทำงานเท่านั้น ไม่สามารถเปลี่ยน

ผ่านทัศนคติตลอดจนพฤติกรรมทาง

สุขภาพอย่างยั่งยืนได้



ได้รับการสนับสนุนจาก

โครงการการสร้างเสริมเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

และ สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ