การเสริมสร้างสวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธ สำหรับกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย

ENHANCEMENT OF BUDDHIST ALTERNATIVE MEDICINE WELFARE FOR THE VULNERABLE GROUPS IN THAI SOCIETY

[1]เกรียงศักดิ์ นิลทะการ และ [2]ประยูร แสงใส

[1]Kriangsak Niltakan and [2]Prayoon Saengsai

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ประเทศไทย

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Thailand.

[1]kriangsak.n10@gmail.com

Received : May 1, 2022; **Revised** : June 21, 2022; **Accepted** : July 24, 2022

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการเสริมสร้างสวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธสำหรับกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หลักการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธ ในการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การฟื้นฟูและการบำบัดด้วย สมาธิและภูมิปัญญาชาวบ้านที่ประยุกต์ใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาการรักษาในทางพุทธศาสนา รวมทั้ง ภูมิปัญญา วิธีคิด พัฒนาการการก่อสร้างที่อยู่อาศัยในภูมิประเทศ ที่เหมาะสมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ สำหรับบริบทวิถีชีวิตในปัจจุบันและอนาคตของกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย.

คำสำคัญ : สวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธ,กลุ่มเปราะบาง

[1] นิสิต หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการสอนสังคมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หลักสูตรครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

Abstract

This academic article aims to present the enhancement of Buddhist alternative medical welfare for vulnerable groups in Thai society. The concept of health care, by using Buddhist alternative medicine principles in the restoration of physical, mental and emotional health, is the restoration and treatment through meditation, local wisdom and application of Buddhist principles in medical treatment. This also includes the application of local wisdom, thoughts and development in building houses in the landscape that is appropriate and beneficial for the living context of the vulnerable groups of Thai society at present and in the future.

Keywords: Buddhist Alternative Medical Welfare, the Vulnerable Groups

บทนำ

ตามมาตรา 27 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้ระบุว่า บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใดจะกระทำมิได้ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นหรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย, 2560, หน้า 8) สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่12 (พ.ศ.2560-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำ การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสังคมอย่างเสมอภาค โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2560)

การแพทย์ทางเลือกได้เข้ามาสู่สังคมไทยโดยการนำมาใช้และได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในประเทศไทยโดยเริ่มมีการส่งเสริมให้มีการใช้แพทย์ทางเลือกตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 โดยมีการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษาพยาบาลร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน (Niyomsil, 2009) และกำหนดเป็นบริการสาธารณสุขที่ประชาชนมีสิทธิใช้บริการในพระราชบัญญัติ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จากการสำรวจในปี พ.ศ.2547 พบว่าคนไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน (Institutefor Population and Social Research, 2011)

ดังนั้นคนไทยจึงหันมาสนใจและให้ความสำคัญกับการแพทย์ทางเลือกในรูปแบบต่างๆ ในการรักษาโรคโดยมีการนำการแพทย์ทางเลือกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Prateepavanich,2007) ซึ่งการนำการแพทย์ทางเลือกมาใช้เพื่อมุ่งไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทยตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบองค์รวมให้ความสำคัญการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ (Chancharupong, 2004) จึงควรส่งเสริมการให้บริการความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการทางการแพทย์เพื่อให้กลุ่มผู้เปราะบางได้เข้าถึงสิทธิทางการแพทย์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ การเสริมสร้างสวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกโดยการมีส่วนร่วมของคณะสงฆ์และชุมชน จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้เปราะบางดีขึ้นได้

สวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธต้นแบบสำหรับกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย เป็นรูปแบบและการเสริมสร้างสวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกโดยบูรณาการกับหลักพุทธวิธีในมิติที่หลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางของสังคมไทยสืบต่อไป

กลุ่มเปราะบาง

การนิยามประชากรผู้ไร้อำนาจในสังคมที่เหลื่อมล้ำว่าเป็น“กลุ่มเปราะบาง”น่าจะเป็นการนิยามที่เข้าใจง่ายและชัดเจนที่สุด เพราะคำว่าเปราะบาง ประชากรกลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีความอ่อนแอ มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกชักจูง ครอบงำ และคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์,2560)

เมื่อเอาคำว่า“เปราะบาง”มาอธิบายเป็นนิยามลักษณะของประชากรโดยนัยทางสังคมศาสตร์ ความเปราะบางก็คือสภาพที่ทำให้ประชากรอ่อนแอ หรืออ่อนด้อย ไม่มีกำลังและความสามารถมากพอที่จะรับมือกับปัญหาที่เข้ามากระทบ รวมทั้งไม่สามารถจะคาดการณ์หรือวางแผนล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพว่าเมื่อเกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นจะจัดการอย่างไร และเมื่อได้รับผลกระทบจากปัญหาจนอยู่ในสภาพที่เสียหลักล้มหรือ“บอบช้ำ”แล้ว จะสามารถ“ลุกขึ้น” และกลับคืนสู่สภาพที่เป็นปกติได้อย่างไร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2560, ออนไลน์)

บวรศม ลีระพันธ์ (สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (สสส.),ออนไลน์) กล่าวว่า จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศและสังเคราะห์จากกรณีศึกษาในประเทศไทย ทีมวิจัยเสนอเกณฑ์พิจารณาประชากรกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพของไทย มีอย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ (1) ประชากรชายขอบ ซึ่งอาจถูกตีตรา หรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม หรือถูกกักกันออกจากสังคมในทางใดทางหนึ่ง เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า คนข้ามเพศ เกย์ เลสเบียน ผู้ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศ ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้เคยได้รับโทษจำคุก หรือพ้นโทษแล้ว เป็นต้น ถือว่าเป็นกลุ่มใหญ่ที่ควรคิดต่อว่าในประเทศไทยจะจัดระบบบริการที่เป็นธรรมให้ได้อย่างไร (2) ประชากรซึ่งมีความต้องการทางด้านสุขภาพ แต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประชากรซึ่งมีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น และ (3) ประชากรซึ่งมีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง หรือการถูกกระทำทารุณหากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น กลุ่มนี้อาจจะดูไม่มีความเสี่ยงเพราะเราเข้าใจว่ามีระบบการบริการสุขภาพรองรับแล้ว แต่หากขาดการจัดการที่ดี ประชากรกลุ่มนี้อาจได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทางด้านสุขภาพในระยะยาว

สอดคล้องกับวรภัทร วีรพัฒนคุปต์ (สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (สสส.), ออนไลน์) ที่ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้มีประชากรกลุ่มเปราะบาง ดังต่อไปนี้ (1) ลักษณะทางธรรมชาติและสุขภาพร่างกาย-ในหลายกรณี ความเปราะบางอาจเนื่องมาจากธรรมชาติของชีวิต ซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยาก หรือไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เลย ในแง่นี้คนที่มีความเปราะบางอาจจะเป็นเด็กผู้พิการแต่กำเนิด ผู้สูงอายุ ผู้หญิงและกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT+) มากกว่าคนที่อยู่ในสถานภาพอื่น แต่ก็มีไม่น้อยที่ความเปราะบางเกิดเหตุการณ์ที่บุคคลได้ประสบ เช่น อุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่ทำให้พิการทางกายและทางจิต รวมถึงการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งอาจทำให้บุคคลถูกตีตราได้รับการปฏิบัติเสมือนเป็นคนชายขอบ (2) การเป็นชนกลุ่มน้อย ต่างเชื้อชาติ ต่างวัฒนธรรมไปจากประชากรส่วนใหญ่ในสังคม ซึ่งประชากรในนิยามนี้อาจหมายถึงชาวเขา ชาวเล ชนชาติพันธุ์ ผู้อพยพมาจากประเทศอื่น แรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะที่หนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย ผู้อพยพหนีภัยความเดือดร้อนในถิ่นเดิมของตนเข้ามาในประเทศไทยรวมถึงคนที่เกิดบนแผ่นดินไทยแต่กลับมีสถานะเป็นบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ไม่มีสถานะประชากรในทางกฎหมายกลุ่มชนเหล่านี้มักถูกแบ่งแยก กีดกันเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ทำให้ไม่ได้รับบริการสาธารณะในมาตรฐานเดียวกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ (3) การถูกจำกัดอิสรภาพ หรือกักขังจองจำ ซึ่งนอกจากทำให้บุคคลสูญเสียอิสรภาพแล้ว ยังเสียสิทธิบางอย่าง และขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการที่เคยได้รับเหมือนคนปกติทั่วไป อีกทั้งมักถูกมองด้วยความรู้สึกแบ่งแยก ด้วยสภาพเช่นนี้ คนในทัณฑสถานจึงมีความเปราะบางและบางครั้งแม้จะพ้นโทษ หรือได้รับ

พระราชทานอภัยโทษไปแล้ว แต่คนเหล่านี้ก็สามารถเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้ยาก เพราะถูกสังคมตีตรา แบ่งแยก รังเกียจกีดกันไปแล้ว (4) ความยากจน ความยากจนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนจำนวนมากตกอยู่ในสภาพเปราะบาง ทั้งนี้เพราะความยากจนเป็นต้นเหตุของความอ่อนด้อยหลายด้าน ครอบครัวยากจนมักจะมีชีวิตอยู่ในบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ สุขภาพไม่ดี เด็กที่เกิดในครอบครัวยากจนส่วนมากได้รับการศึกษาน้อย มีโอกาสที่จะได้รับการฝึกทักษะอาชีพน้อยกว่า ต้องทำงานที่หนักและเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่า มีรายได้น้อยกว่า มีปัญหาสุขภาพมากกว่า และเมื่อเติบโตขึ้น เด็กจากครอบครัวยากจนมีโอกาสมากที่จะเป็นคนยากจนเหมือนรุ่นพ่อแม่ เพราะโดยมากแล้ว ความยากจนมักถูกส่งต่อจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง โดยนัยนี้ ความยากจนก็โอกาสที่จะถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นได้เช่นเดียวกัน ในประเทศส่วนมาก รวมทั้งประเทศไทยด้วย คนยากจนคือคนกลุ่มเปราะบางที่ใหญ่ที่สุด และเป็นประชากรส่วนมากของประเทศ (5) โครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรม โครงสร้างสังคมในกรณีนี้อาจเปรียบได้เหมือนฐานที่รองรับทุกอย่างในสังคม ฐานรองรับนี้มีหลายส่วนที่ประกอบกันอยู่ ที่สำคัญได้แก่ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน(เศรษฐกิจ) ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบความสัมพันธ์พึ่งพากันของผู้คน ส่วนที่เกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาสุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา และอื่นๆอีกหลายส่วน โครงสร้างแต่ละส่วนที่ว่านี้หากไม่มีความเป็นธรรมจะเกิดผลกระทบมากมาย หนึ่งในนั้นคือจะทำให้คนบางกลุ่มมีสถานะที่ได้เปรียบ ขณะที่กลุ่มคนที่เหลือกลายเป็นผู้เสียเปรียบในทุกด้าน เช่น ถ้าโครงสร้างส่วนที่เกี่ยวกับระบบการทำมาหากินไม่เป็นธรรม ผลของการพัฒนาที่รัฐลงทุนไป ก็มีโอกาสที่จะไปตกอยู่กับกลุ่มที่ได้เปรียบกว่ากลุ่มอื่นๆ ในเรื่องการศึกษาก็เช่นเดียวกัน โครงสร้างระบบการศึกษาที่ไม่เป็นธรรม ทำให้คนกลุ่มเปราะบางได้รับการศึกษาที่ดีและเพียงพอได้ยากลำบากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อเป็นเช่นนั้นกลุ่มที่อยู่ล่างสุดที่มีความได้เปรียบน้อยก็จะกลายเป็นกลุ่มเปราะบาง เพราะสาเหตุนี้โดยมาก ก็คือ “ความยากจน นั่นเอง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ออนไลน์) ต้องมีภาระการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยอันเป็นผลจากมลภาวะ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกลับมาที่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคมทั้งสิ้น

การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือกประกอบด้วยหลากหลายของการปฏิบัติ ผลิตภัณฑ์และการรักษาสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลก WHO ได้ให้คำจำกัดความของ Complementary And Alternative Medicine หรือ CAM ว่า “The term CAM often refers to a broad set of health-care practices that are not part of a country’s own tradition and are not integrated into the dominant health-care system. Other terms sometimes used to describe these health-care practices include ‘natural medicine’, ’non-

conventional medicine' and 'holistic medicine'." แต่กระนั้น คำว่าการแพทย์ ก็มีความหมายว่าศาสตร์ของวินิจฉัย บำบัดรักษาหรือป้องกันโรค โดยมุ่งหมายให้มนุษย์บรรเทาจากอาการทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่ หรือช่วยให้สามารถรักษาชีวิตหรือให้กลับมาสู่สภาวะที่ไม่เจ็บป่วยได้ ซึ่ง การแพทย์มีหลายระบบ เช่น การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ตะวันตก หรือที่เรียกว่าการแพทย์แบบแผน (conventional medicine) การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวช การแพทย์แผนไทย เป็นต้น ในมุมมองของคนทั้งโลกและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์แผนปัจจุบัน มองว่าการแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจะไม่ตรงกับมุมมองของ องค์การอนามัยโลก อาจเป็นเพราะว่าองค์กรระดับโลกนี้ มี สมาชิกอยู่หลายประเทศ และแต่ละประเทศ ล้วนมีมุมมองว่าการแพทย์ประจำชาติของตนเอง ไม่ควรมีศักดิ์ศรีเป็นเพียงการแพทย์ทางเลือก จึงมีการกำหนดคำจัดความของคำว่า CAM ในปี ค.ศ. 2003 ขึ้น การจำแนกการแพทย์แพทย์ทางเลือกนั้น จำแนกได้หลายแบบ ซึ่งการจำแนกตามการนำไปใช้ดังนี้(1) Complementary Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (2) Alternative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากไม่สามารถบำบัดรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันได้ในขณะนั้น เช่น กรณีผู้ป่วยแพ้ยาจนไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเป็นต้น หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การจำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก (CAM) แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (กรมการแพทย์ทางเลือก,ออนไลน์) ดังนี้

1. Systematic CAM หรือการแพทย์ทางเลือกที่เป็นระบบ ซึ่งมีการเรียนการสอนในระดับปริญญา มีสมาคมหรือสภาวิชาชีพมาดูแลจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้รับยอมรับให้มีสถานะทางกฎหมายและระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก 2 กลุ่มดังนี้

1.1 Traditional Medicine หรือ การแพทย์ประจำชาติหรือการแพทย์ดั่งเดิมในแต่ละประเทศ เช่น การแพทย์แผนจีน อายุรเวช การแพทย์โฮมีโอพาธีย์ เป็นต้น

1.2 Nontraditional Medicine หรือการแพทย์ทางเลือก ที่มีการต่อยอดและพัฒนาต่อยอดมาจากการแพทย์ดั่งเดิมของหลายๆ ชาติ มาผสมผสานกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น ธรรมชาติบำบัด (Naturophathy) ออสทีโอพาธีย์ (Osteopathy) เป็นต้น

2. Nonsystematic CAM หรือ การแพทย์ทางเลือกที่ไม่จัดระบบ อาจเป็นส่วนหนึ่งของเทคนิกการบำบัดของการแพทย์ทางเลือกที่เป็นระบบแล้ว หรืออาจจะเป็นศาสตร์เพียงลำพัง ยังไม่มีสภาวิชาชีพหรือสมาคมวิชาชีพเป็นการเฉพาะ และไม่ถูกจัดให้อยู่ในการศึกษาระดับปริญญา

2.1 Folk medicine หรือ การแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งยังถึงระดับที่จะเป็นการแพทย์ประจำชาติ แต่อยู่ในชุมชนหรือพื้นที่ มีระบบการสืบทอดองค์ความรู้จากครูสู่ศิษย์ ไม่จัดเป็นวิชาชีพ สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละท้องที่

2.2 Mind-body intervention เป็นการกระทำต่อตนเองโดยคำแนะนำของผู้รู้หรือครู ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น โยคะ การฝึกพลังลมปราณ หรือชี่กง สมาธิบำบัด การสวดมนต์บำบัด เป็นต้น

2.3 Biologically Base therapyโดยการใช้ผลิตภัณฑ์ชนิดต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย ทั้งอาหารเสริม วิตามินเกลือแร่ ต่าง ๆ สมุนไพร เซลล์บำบัด ชีวโมเลกุล คีเลชั่นบำบัด ซึ่งใช้กันแพร่หลายทั่วโลก

2.4 Manipulative therapy เป็นหัตถการต่าง ๆ เช่นการนวด การดัด การดึง การจัดกระดูก Reflexology หรือการฝังเข็มแบบต่าง ๆ เป็นต้น

2.5 Energy therapy เป็นการใช้พลังงานมาช่วยในการบำบัดด้านสุขภาพ ซึ่งยังสามารถแบ่งได้ 2 กลุ่มย่อย ดังนี้

2.5.1 Biological Energy หมายถึง พลังงานบำบัดที่อาศัยสิ่งมีชีวิตในการบำบัด

1) Internal Energy พลังบำบัดที่ปล่อยออกมาจากสิ่งมีชีวิตเข้าบำบัดผู้ป่วยโดยตรง เช่นส่งกำลังภายในเข้าไปบำบัดอาการเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่า การบำบัดแบบนี้ จะได้ผลทุกครั้งเสมอไปหรือไม่ และใครสามารถทำการบำบัดแบบนี้ได้

2) External Energy การบำบัดโดยอาศัยพลังงานจากภายนอก ต่าง ๆเช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น โดยอาศัยจากคลื่นพลังงาน ต่าง ๆ จากภายนอกดึงผ่านตัวผู้ให้การบำบัด หรือ Healer ส่งต่อไปยังผู้รับการบำบัด

2.5.2 Non-Biological Energy หมายถึง พลังงานที่นำมาใช้บำบัดไม่ได้อาศัยสิ่งมีชีวิต

1) Non-Machine Energy พลังงานบำบัดที่มาจากสิ่งไม่มีชีวิต ที่มนุษย์ไม่ได้ผลิตขึ้น เช่น แม่เหล็ก ผลึกหรือหินต่าง ๆ

2) Machine Energy พลังงานบำบัดที่ผลิตมาจากเครื่องมือที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น อัลตร้าซาวด์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องปล่อยรังสีต่าง ๆ เครื่องให้ความร้อน ความเย็น เป็นต้น

พุทธวิธีดูแลรักษาและเสริมสร้างสุขภาพอนามัย

หลักฐานในคัมภีร์พระไตรปิฎกหลายแห่ง ระบุถึงความมีสุขภาพอนามัยของพระพุทธเจ้าไว้หลายประการ เช่น บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน คือ เวลาเช้าเสด็จบิณฑบาตเพื่อโปรดสัตว์เวลาเย็นทรงแสดงธรรม เวลาค่ำทรงประทานโอวาทแก่เหล่าภิกษุ และ จวนสว่างทรงตรวจพิจารณาสัตว์ที่สามารถและที่ยังไม่สามารถบรรลุธรรมอันควรจะเสด็จไปโปรด)ที (สี.อ.(บาลี) 1/61.พระองค์ทรงมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดีแม้จะทรงมีพระชนมายุถึง พรรษา 60 แล้วก็ตาม 80) ที (.ม.(ไทย) 10/165/110.ดังที่ตรัสยืนยันว่าพระองค์เป็นคนแก่ชราแม้ว่าจะทรงเจ็บป่วยอย่างหนักก็ไม่ทำให้พระองค์หลงลืมสติและปัญญา) ม (.5-มู.(ไทย) 12/161/164.พระองค์เสด็จด้วยพระบาทจาริกไปเผยแผ่ธรรมตามที่ต่างๆ จนช่วงสุดท้ายแห่งชีวิต ขณะที่พระองค์ทรงประชวรหนัก ด้วยโลหิตปักขันทิกาพาธ (ถ่ายเป็นพระโลหิต) ยังทรงสามารถเดินทางไกลจากเมืองปาวาสู่เมืองกุสินาราอันเป็นสถานที่ปรินิพพานได้ (ที.147-ม.(ไทย) 10/189/137.)

บุคคลที่ใกล้ชิดพระพุทธเจ้า กล่าวขานถึงพระองค์ว่า ทรงเป็นผู้มีพระโรคาพาธน้อย ทรงกระปรี้กระเปร่า มีพระพลานามัยสมบูรณ์อยู่สำราญดี (ที.ม.(ไทย) 10/132/77, ส.ม.(ไทย) 19/10, 48/571) พระองค์ตรัสกับพราหมณ์ผู้หนึ่ง ถึง ความเป็นอยู่ของพระองค์ไว้ว่า พราหมณ์เราอาศัยหมู่บ้านหรือตำบลใดในโลกนี้อยู่ในเวลาเช้า เราครองอันตรวาสก ถือบาตรจีวรเข้าไปสู่หมู่บ้านหรือตำบลนั้นแลเพื่อบิณฑบาต กลับจากบิณฑบาตหลังจาก ฉันเสร็จแล้วเข้าไปสู่ชายป่า กวาดหญ้าหรือใบไม้ที่มีอยู่ในที่นั้นรวมเป็นกองแล้วนั่งขัดสมาธิตั้งกายตรงดำรงสติมั่นไว้สงัดจากกาม และอกุศลธรรมแล้ว บรรลุปฐมฌาน บรรลุทุติยฌาน บรรลุตติยฌาน บรรลุจตุตถฌาน ที่ไม่มีทุกข์ไม่มีสุข มีสติบริบูรณ์เพราะอุเบกขาอยู่ (อง.เอกก.(ไทย) 20/64/250.)

ข้อวัตรปฏิบัติของพระพุทธเจ้าจากพุทธพจน์ได้ ดังนี้ การบริโภคอาหาร พระองค์ฉันอาหารมื้อเดียวนอกจากจะทรงถือหลักในการฉัน อาหารมื้อเดียวตลอดชีวิตพรหมจรรย์แล้ว พระองค์ยังทรงพร่ำสอนและแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ ฉันอาหารมื้อเดียวด้วย ดังพุทธพจน์ว่า “ตถาคตฉันมื้อเดียว ไม่ฉันในเวลาวิกาล พระองค์รู้สึกว่า กระปรี้กระเปร่าทำให้มีโรคน้อย ภิกษุทั้งหลายมาเถิด แม้เธอทั้งหลาย ก็จงฉันอาหารมื้อเดียวเถิด เธอทั้งหลายฉันอาหารมื้อเดียว จักรู้สึกว่ามีโรคน้อย” (ม.มู.(ไทย) 12/225/236, ม.ม.(ไทย) 13/134, 174/150.)

พิจารณาอาหารก่อนฉัน ดังพุทธพจน์ว่า ภิกษุในธรรมวินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายแล้วฉันบิณฑบาต ไม่ใช่เพื่อเล่น ไม่ใช่เพื่อมัวเมา ไม่ใช่เพื่อตกแต่ง ไม่ใช่เพื่อประดับประดา แต่เพียงเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไปได้เพื่อบำบัดความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ด้วยความคิดเห็นว่าโดยอุบายนี้เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสีย และจัก

ไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความดำรงอยู่แห่งชีวิต ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา แล้วจึงบริโภคอาหาร (ม.มู.(ไทย) 12/23/23.)

พระพุทธเจ้าทรงมีเป้าหมายในการบริโภค ที่ประกอบด้วยองค์ธรรม 10 ประการ คือ

1. ทรงมีสติและรู้ประมาณในการบริโภค
2. ทรงบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกาย
3. ทรงพิจารณาอาหารว่ามีลักษณะเป็นเพียงธาตุชนิดหนึ่ง
4. ไม่บริโภคเพื่อเล่นสนุกสนานเพลิดเพลิน
5. ไม่บริโภคเพื่อความเมามัน
6. ไม่บริโภคเพื่อประดับ
7. ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง
8. บริโภคเพื่อยังพระชนม์ชีพ
9. บริโภคเพื่อป้องกันความลำบาก
10. บริโภคเพื่ออนุเคราะห์แก่การประพฤติพรหมจรรย์

ทรงเลือกพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกายเท่านั้น ดังที่ทรงห้ามภิกษุดื่มสุราและเมรัย เพราะเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรค (ที.ปา.(ไทย) 11/247/202-203.) มีสติในการฉันอาหาร พระองค์ตรัสแนะนำพระเจ้าปเสนทิโกศลและภิกษุทั้งหลายให้เป็นผู้มีสติในการบริโภค ดังพุทธพจน์ว่า “...มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้ประมาณในการบริโภคที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุยั่งยืน” (ส .ส.(ไทย) 15/124/145-146.) “เราทั้งหลาย จักเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ ทำความรู้สึกตัวในการก้าวไป ...การฉัน การดื่ม การเคี้ยว การลิ้ม” (ม.มู.(ไทย) 12/424/457.) รู้ประมาณในการฉัน ดังพุทธพจน์ว่า “ภิกษุในธรรม วินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายว่า เราบริโภคอาหารไม่ใช่เพื่อเล่น เพื่อความมัวเมา เพื่อประเทืองผิว และเพื่อความอ้วนพีแต่เพื่อกายนี้ดำรงอยู่ การพิจารณาในการบริโภค นี้เรียกว่าความเป็นผู้รู้ประมาณในการบริโภค” (ม.มู.(ไทย) 12/422/456, อภิ.วิ.(ไทย) 35/518/391.)

กล่าวโดยสรุป ในพระไตรปิฎกระบุถึงความมีสุขภาพอนามัยดีของพระพุทธเจ้าไว้หลายประการ ได้แก่ บำเพ็ญพุทธกิจได้เกือบตลอดทั้งวัน สติสัมปชัญญะบริบูรณ์ดี มีโรคน้อย มีเป้าหมายในการบริโภค มีสติพิจารณาฉันเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์รู้ประมาณในการบริโภคและห้ามดื่มสุราและเมรัย ทำให้มีพระพลานามัยสมบูรณ

ทฤษฎีสุขภาวะองค์รวมเชิงพุทธ

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, 2557: 6-8) ได้กล่าวถึงสุขภาวะองค์รวมของชีวิตจะมี สุขภาวะได้ ต้องบริหารใจให้มีภาวะจิตด้านบวก สุขภาวะที่แท้ต้องเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต องค์รวมของชีวิตที่มีสุขภาวะต้องเป็น

อย่างไร กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร สุขภาวะจะสำเร็จได้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่างๆ ของจิตใจดำเนินไปได้ โดยปัญญาให้แสงสว่างส่องทาง ชี้ทางให้หลักการพัฒนามนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา 4 การ พัฒนาแบบองค์รวมจึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาวะโดยตรง

พระมหาจรรยา สุทฺธิญาโณ (2544, หน้า 5-115) ได้เขียนหนังสือเรื่อง “พระพุทธศาสนากับการดูแล รักษาสุขภาพแบบองค์รวม” โดยมุ่งศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยศึกษาจากประวัติการดูแลสุขภาพของพระพุทธเจ้า การดูแลสุขภาพของพระสาวก และบทบาทของพระพุทธเจ้าและพระสาวกกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนหลักพุทธธรรมเพื่อการดูแลรักษาจิต ตัวยาที่ใช้รักษาทางกายและอิทธิพลของพระพุทธศาสนาที่มีต่อแพทย์แผนไทย

พระไพศาล วิสาโล (2549, หน้า 34) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย ทั้งด้าน ร่างกาย ครอบครัว การงาน ชีวิตทางสังคม การออกกำลังกาย อาหาร ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ การกระจายอำนาจการรักษา พยายามที่จะให้อำนาจและสมรรถภาพในการรักษา แพร่หลายสู่ทุกคน เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย อาศัยวิธีการเฉพาะอย่างที่เป็นปัจจัยหลัก ตระหนักว่าการสัมผัสความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา เน้นมนุษยธรรม คำนึงถึงคุณภาพชีวิตมากกว่าสนใจการขยาย ตัวของโรงพยาบาล ตระหนักถึงสมดุลทางนิเวศวิทยา สนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเองมากกว่าใช้ยาหรือสารแปลกปลอม เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสม และในการพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคลและสังคมที่เน้นการ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความผาสุกทั้งในร่างกาย จิตใจ สังคมและธรรมชาติโดยให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวมว่า “การคิดแบบองค์รวม” เป็นการเชื่อมโยงชีวิตของผู้คนกับ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ศาสนา จึงควรปรับทรรศนะเรื่องสุขภาพทั้งหมดของประชาชนและสาธารณะรวมถึงศึกษาวิจัยการแพทย์พหุลักษณ์ทุก ๆ ด้านโดยเน้นความเข้าใจวิธีคิดของประชาชน จึงเป็นการศึกษาระบบคิดหรือศึกษาวัฒนธรรมในทรรศนะ คุณค่าของวัฒนธรรมท้องถิ่นกับการพัฒนาที่มีเป้าหมายให้เกิดความหลากหลายที่บูรณาการขึ้น เป็นการเปิดคุณค่าให้สังคมมีทางออก ดังนั้นสุขภาพองค์รวมจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องวัฒนธรรม ความหลากหลายของท้องถิ่น การส่งเสริมให้มีองค์กรชุมชนเพื่อให้ชุมชนเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาเศรษฐกิจ จิตใจ วัฒนธรรม การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งเสริมการจัดตั้งสถานบำบัดธรรมชาติ เช่น เกษตรผสมผสาน เกษตรไร้สารเคมีทำให้ได้สัมผัสธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป สุขภาวะองค์รวมเป็นตามความจริงแห่งธรรมชาติของชีวิต กายกับใจต้องสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สุขภาวะจะสำเร็จได้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญา ปัญญาเป็นองค์ประกอบสำคัญทำให้การสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและภาวะต่างๆ ของจิตใจดำเนินไปได้

การแพทย์แบบองค์รวมควรมีลักษณะผสมผสานรวม สนใจทุกส่วนของชีวิตผู้ป่วย เน้นลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย หลักการพัฒนามนุษย์ของพระพุทธศาสนา เรียกว่า ภาวนา 4

บทสรุป

ประเด็นสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางเป็นเรื่องที่มีการพูดถึงมาอย่างยาวนาน ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยจะก้าวหน้าและทำให้ประชากรส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม แต่กลุ่มเปราะบางก็ยังเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดีเนื่องด้วยสาเหตุปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นชาติพันธุ์ สัญชาติการศึกษา เศรษฐกิจ เพศสภาพ ศาสนา หรือแม้แต่การตกหล่นของระบบ ซึ่งนำไปสู่การกีดกันการเข้าถึงระบบประกันทางสุขภาพในสังคมไทย การเสริมสร้างสวัสดิการทางการแพทย์ทางเลือกเชิงพุทธสำหรับกลุ่มเปราะบางในสังคมไทยจึงเป็นแนวทางในการการแก้ ไขและพัฒนาระบบสวัสดิการทางการแพทย์กลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะบทบาทของวัดและพระสงฆ์ในการสนับสนุนการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการลดความเหลื่อมล้ำทางการการแพทย์ศึกษาและสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ทางเลือก.สืบค้นวันที่ 20 ธ.ค.64.จากเวปไซต์ https://thaicam.go.th/

กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.(2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560.* กรุงเทพฯ :สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต).(2557). *สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ.* นนทบุรี: กองการแพทย์ทางเลือกกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

พระไพศาล วิสาโล. (2549).*แลขอบฟ้าเขียว ทางเลือกสำคัญสำหรับอนาคตที่กำลังปรากฏเป็นจริง.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง.

พระมหาจรรยา สุทฺธิญาโณ.(2544).*พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม.* พิมพ์ครั้งที่ 2**.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539).*พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.สืบค้นวันที่ 20 ธ.ค.64. จากเวปไซต์ https://ipsr.mahidol.ac.th

สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน (สสส.). สืบค้นวันที่ 20 ธ.ค.64.จากเวปไซต์ http://ucl.or.th/?p=3495

สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560 – 2564.สืบค้นจาก สืบค้นวันที่ 20 ธ.ค.64.จากเวปไซต์ http://www.prachinburi.go.th.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2560).สืบค้นวันที่ 20 ธ.ค.64.จากเวปไซต์ https://www.nesdc.go.th/

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. *“The last mile of UHC in Thailand. Do we reach the vulnerable”* งานประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2560.

Chancharupong. C. (2004). *Effect of promotionof holistic health care on quality of lifeof breast cancer patients undergoingchemotherapy.* Master’sThesis. HealthEducation. Srinakharinwirot Unniversity.

Institute for Population and Social Research.(2011). *Thailand Health Profile 2554.*Bangkok: Amarin Printing and PublishingPublic Company Limited

Niyomsil. T. (2009). *Alternative Medicine and Its Application.* Journal of Thai Traditionaland Alternative Medicine. 7(1). 63-70.

Prateepavanich. P. (2007). *The Problem of Pain in Complementary and Alternative Medicine.* Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 5(3). 218-223.