



สงฆ์ไทยใกล้โลก: รัฐกับการจัดการสุขภาวะประชากรสงฆ์

โดย

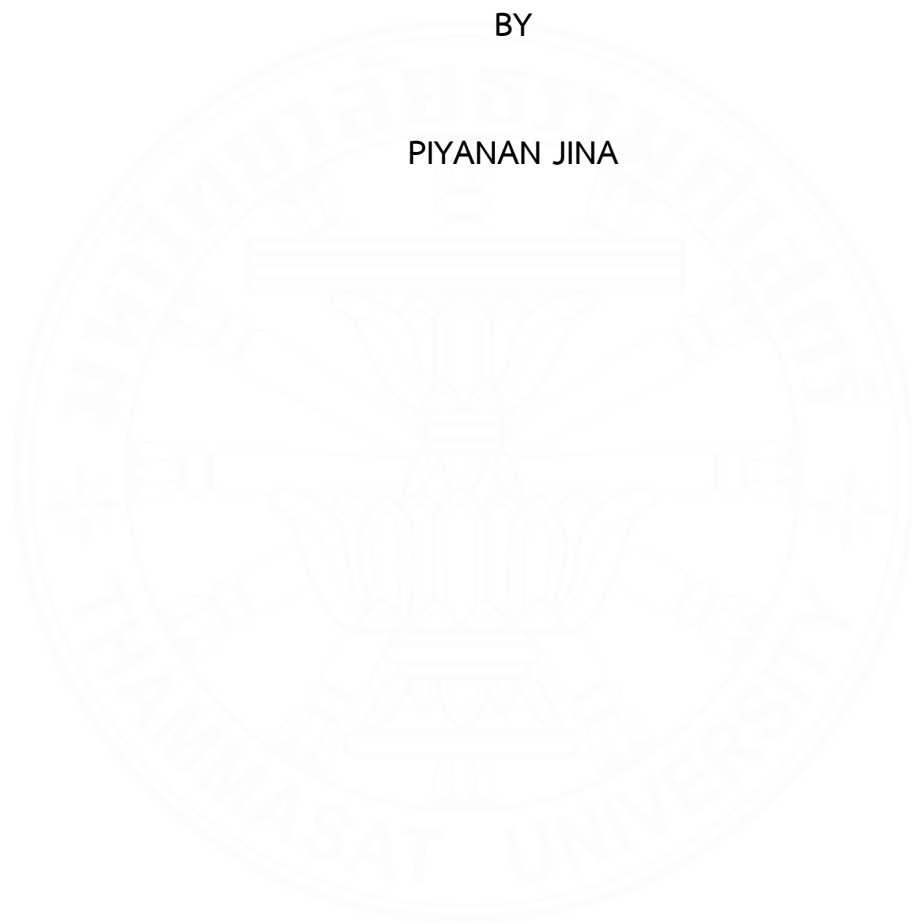
ปิยนันท์ จินา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต
สาขาวิชามานุษยวิทยา
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2567

REGULATED WORLD RENOUNCER: BIO-POWER AND
THE ADMINISTERING OF SANGHA POPULATION
AND MONK BODY IN THAILAND

BY

PIYANAN JINA



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF ARTS IN ANTHROPOLOGY
FACULTY OF SOCIOLOGY AND ANTHROPOLOGY
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2024

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

วิทยานิพนธ์

ของ

ปิยนันท์ จินา

เรื่อง

สงฆ์ไทยใกล้โลก: รัฐกับการจัดการสุขภาวะประชากรสงฆ์

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหัศจรรย์ สาขาวิชามานุษยวิทยา

เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2568

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ศาสตราจารย์ ดร.เสมอชัย พูลสุวรรณ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.สายพิณ ศุภุทธมงคล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม เพ็ญภินันท์)

คณบดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทน์ เจริญศรี)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	สงฆ์ไทยใกล้โลก: รัฐกับการจัดการสุขภาวะประชากรสงฆ์
ชื่อผู้เขียน	ปิยนันท์ จินา
ชื่อปริญญา	สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	อาจารย์ ดร.สายพิณ ศุพุทรมงคล
ปีการศึกษา	2567

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ศึกษาปรากฏการณ์ที่รัฐเข้ามาจัดการสุขภาวะพระสงฆ์ ภายใต้บริบทที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจชีวิตของพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การป้องกัน และการรักษาสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการที่พระสงฆ์กลายเป็น “ประชากร” กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และกรอบการบริหารจัดการโรคและความเสี่ยงด้านสุขภาพของรัฐไทยที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ อีกทั้งเพื่อเข้าใจสถานภาพและความสัมพันธ์ระหว่างประชากรสงฆ์กับรัฐไทย

การศึกษานี้ใช้วิธีวิทยาการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผ่านการติดตามและสังเกตการณ์ชีวิตประจำวัน การปฏิบัติศาสนกิจ และการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในวัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพระสงฆ์ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาวะ เช่น พระคิลานุปัฏฐากและพระคิลานุธรรม บุคลากรทางการแพทย์ และฆราวาสที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการวิเคราะห์เอกสารและนโยบายด้านสุขภาวะของรัฐ และใช้แนวคิดเรื่องอำนาจเหนือชีวิต (power over life) ของมิเชล 푸โกต์ เป็นกรอบในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่ทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา รัฐไทยได้ตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในประชากรและภาวะโรคที่ส่งผลกระทบต่องบประมาณของประเทศ ซึ่งรวมถึงกลุ่มพระสงฆ์ด้วย กระบวนการนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาวะที่ได้รับอิทธิพลจากกระแสสากลในระดับโลก นำไปสู่การวางกรอบให้ร่างกายพระสงฆ์อยู่ภายใต้ระบบการตรวจวัดข้อมูลชีวภาพ และการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน รัฐได้ออกนโยบายและมาตรการหลากหลาย เช่น ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 โครงการ “หนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล” การผลิตพระคิลานุปัฏฐาก ตลอดจนการรณรงค์ให้

วัดเป็น “สุขภาวะศาสนสถาน” ซึ่งสะท้อนความพยายามของรัฐในการกำกับสุขภาวะพระสงฆ์ผ่านการแพร่กระจายความรู้ นโยบาย และการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อให้พระสงฆ์กำกับตนเองได้อย่างสอดคล้องกับเป้าหมายของรัฐ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาภาคสนามแสดงให้เห็นว่า อำนาจกำกับและชี้นำสุขภาวะพระสงฆ์ของรัฐนั้นมีขีดจำกัดและยังไม่บรรลุผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ การสร้างสถาบันรองรับภาระงานด้านสุขภาพของรัฐ เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ หรือแผนกบริการสงฆ์ในโรงพยาบาลรัฐทั่วไป ยังคงประสบข้อจำกัดหลายประการ ทั้งจากปัจจัยด้านทรัพยากร วัฒนธรรม และความเชื่อ ทำให้ไม่บรรลุประสิทธิผลในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ รัฐยังมีแนวโน้มที่จะถ่ายโอนภาระการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ให้กลับไปเป็นเรื่องที่สงฆ์ดูแลกันเอง โดยผ่านการรณรงค์และโครงการต่าง ๆ ซึ่งในทางหนึ่งก็เป็น การลดทอนภาระด้านงบประมาณของรัฐในการดูแลสุขภาพเมืองกลุ่มพิเศษนี้ด้วย

งานวิจัยนี้จึงสรุปว่า การบริหารจัดการสุขภาวะพระสงฆ์ไม่ได้เป็นเพียงการสั่งการจากเบื้องบน หากแต่เป็น สนามแห่งการขับเคลื่อน รอมชอม และต่อรอง ระหว่างอำนาจรัฐ วินัยสงฆ์ และวิถีชีวิตของพระผู้ปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้พระสงฆ์กลายเป็นทั้งผู้ถูกกำกับและผู้ปฏิบัติภาระในการควบคุมสุขภาพของตนเองในสังคมไทยร่วมสมัย

คำสำคัญ: พระสงฆ์, สุขภาวะ, ชีวอำนาจ, รัฐเวชกรรม

Thesis Title	REGULATED WORLD RENOUNCER: BIO-POWER AND THE ADMINISTERING OF SANGHA POPULATION AND MONK BODY IN THAILAND
Author	Piyanan Jina
Degree	Master of Arts
Major Field/Faculty/University	Anthropology Faculty of Sociology and Anthropology Thammasat University
Thesis Advisor	Saipin Suputtamongkol, Ph.D.
Academic Year	2024

ABSTRACT

This thesis examines the phenomenon of state intervention in monastic well-being within the context where Non-Communicable Diseases (NCDs) have emerged as a significant public health challenge for Thailand. Its objective is to comprehend how the lives of Thai monks, particularly concerning illness, prevention, and health maintenance, are subjected to new forms of biopolitical management, thereby constituting them as a “population at risk.” Furthermore, the study seeks to understand the frameworks for managing disease and health risks among monks implemented by the Thai state, as well as the status and power relations between the Sangha population and the state.

This study employs an ethnographic methodology, involving participant observation and tracing the daily lives, religious practices, and health maintenance routines of monks at a specific monastery in Bangkok, as well as in Lopburi and Sukhothai provinces. Data collection involved in-depth interviews with monks engaged in healthcare roles (such as Phra Kilanupatthak and Phra Kilanatham), medical personnel, and relevant lay individuals. Document analysis of state health policies also

formed a crucial part of the research. Michel Foucault's concept of 'power over life' (biopower) serves as the primary analytical framework for this study.

The findings reveal that since the 2010s, the Thai state has recognized escalating health issues within the general population and the resulting budgetary burden, particularly concerning the monastic community. This process was driven by a transformation in health knowledge, heavily influenced by global discourses, which served to re-constitute monastic health as a governmental problem. This led to the subjectivation of monastic bodies to systems of biometric surveillance and the establishment of normative health practices encompassing diet, exercise, and rest. The state deployed various technologies of power, including policies and measures such as the National Monastic Health Charter (B.E. 2560), the "One Temple, One Hospital" project, the production of Phra Kilanupatthak monks, and campaigns to establish monasteries as "healthy religious sites." These initiatives reflect the state's efforts in governmentalizing monastic well-being through the diffusion of power/knowledge, policy formulation, and environmental management, thereby compelling monks towards self-governance aligned with state objectives.

However, the fieldwork demonstrates that the state's technologies of governance over monastic well-being exhibit inherent limitations and have not fully achieved their intended outcomes. The establishment of state-supported monastic health institutions, such as monastic hospitals or monastic sections within general state hospitals, confronts numerous constraints stemming from resource deficiencies, deeply entrenched cultural practices, and long-held beliefs, thereby impeding their practical efficacy. Furthermore, the state tends to re-allocate the burden of monastic healthcare back to the Sangha itself, through campaigns and projects, which concomitantly serves to reduce the state's fiscal responsibilities toward this particular population group.

This research thus concludes that the management of monastic well-being is not merely a top-down imposition of power, but rather a site of complex contestation, negotiation, and compromise between state power, monastic discipline, and the lived experiences of individual monks. This dynamic interplay constitutes monks as both regulated subjects and active agents in the control of their own health in contemporary Thai society.

Keywords: Monks, Sangha, Non-Communicable Diseases, Biopower, Governmentality



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้อาจเขียนขึ้นได้ด้วยตัวคนเดียว แต่มีผู้คนมากมายอยู่เบื้องหลัง และผู้เขียนคงไม่อาจสำเร็จการศึกษาปริญญาโทได้เลย หากไม่ได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้

อาจารย์สายพิณ ศุภุทธมงคล ผู้สอนการอ่านและเขียนหนังสือ ตลอดจนวิธีมองโลกแบบ นักมานุษยวิทยา และผู้เปิดโลกให้เข้าใจการทำงานของ “discipline” ด้วยข้อคิดอันลุ่มลึกเสมอ ตลอดระยะเวลาที่ร่วมอ่าน เขียน คิด หรือลงภาคสนาม แม้ผู้เขียนจะเขลาและขาดวินัยเกินกว่าจะรับ ความรู้เหล่านั้นมาได้หมด

อาจารย์เสมอชัย พูลสุวรรณ ผู้สามารถจับใจความข้อเสนอหลักของวิทยานิพนธ์ได้อย่าง ละเอียดและชัดเจน ช่วยให้ผู้เขียนเข้าใจถึงความสลับซับซ้อนของปรากฏการณ์และบทบาทของ งานชิ้นนี้ในภูมิทัศน์ทางวิชาการ

อาจารย์เกษม เพ็ญภินันท์ ซึ่งคอยให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด ทั้งในสนามฟุตบอล และสนามการศึกษา คำอธิบายอย่างใจเย็นของอาจารย์ได้เปิดโลกทางความรู้ของผู้เขียนว่า ทฤษฎี และปรัชญาการเมืองทำงานอย่างไรในชีวิตของผู้คน

อาจารย์ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ ผู้จุดประกายให้ผู้เขียนสนใจปรัชญาการเมืองตั้งแต่สมัย เรียนคณะรัฐศาสตร์ การเรียนกับอาจารย์ยังช่วยลับคมความคิดได้เสมอ ทั้งยังได้รู้ว่า บางครั้ง การตั้งคำถามที่ดีก็เป็นประโยชน์มากพอกับการแสวงหาคำตอบ ผู้เขียนเสียใจที่ไม่สามารถเขียน วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้อาจารย์ได้อ่าน

เจ้าอาวาส พระอาจารย์ พระลูกวัด และสามเณร จาก “วัดนะโม” วัดราษฎร์ข้างเคียง พระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรีและสุโขทัย พระคิลานุปัฏฐาก และกลุ่มพระคิลานธรรม พระครูสังฆรักษ์ ตลอดจนลูกศิษย์และฆราวาส ซึ่งคงไม่อาจเอ่ยนามได้ครบ สำหรับความอนุเคราะห์ที่เปิดรับนักเรียน มานุษยวิทยาผู้ห่างไกลจากศาสนา เข้าสู่พื้นที่ทางศรัทธาและวิถีชีวิตประจำวันของท่าน ผู้เขียนไม่เชื่อ เรื่องบุญหรือโลกหน้า จึงได้แต่หวังว่าผลประโยชน์ใดจากวิทยานิพนธ์นี้จะเป็นอย่างคุณต่อคุณภาพชีวิตของ ท่านในโลกนี้ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง

พี่รัช พี่หนึ่ง พี่น้อย พี่สน เจ้าหน้าที่คณะผู้คอยเตือนด้วยความห่วงใยเสมอ ติ๊ป พี่ชมพู่ พี่อังกร พี่ดาวุธ เพื่อนร่วมรุ่น ป.โท และเพื่อนร่วมคณะทุกคน ซึ่งช่วยให้เส้นทางแสวงหาความรู้ไม่ โดดเดี่ยวเกินไป

จำจิว จอน จารย์เจต พี่โก้และครอบครัว เดตพรีด้อม พี่ข้าว พี่หนูย คนรักบอล มธ. ซึ่งเป็นแรงใจให้กลับมามีแรงสู้ต่อเสมอ

กองบรรณาธิการ WAY สำหรับมิตรภาพอันดี และประสบการณ์การทำงานอันล้ำค่า นอกจากงานเขียนแล้วยังฝึกปรือให้ผู้เขียนมองประเด็นสังคมอย่างลึกซึ้งและเฉียบแหลมขึ้น และศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร สำหรับโอกาสในการทำงานในแวดวงวิชาการต่อ หาดูไม่แล้วเส้นทางชีวิตของผู้เขียนก็ไม่แน่ใจว่าจะหันเหไปทางไหน

พ่อ แม่ ตา ยาย พี่ปอ อลิช อลัน อเล็กซ์ น้ำลี น้ำสุ และคนอื่น ๆ ที่บ้านเกิด ผู้อดทนกับความไม่สำเร็จของชีวิตวัยทำงานและเส้นทางศึกษาอันยาวนานมาโดยตลอด

เธอ โรซ่า ยูสุ ผู้ให้กำลังใจและอยู่ตรงนั้นเสมอตลอดระยะเวลาอันยาวนาน เพราะผู้เขียนจัดการ “ปัจจัยเสี่ยง” ในชีวิตไม่ดีเอง

ความรับผิดชอบเป็นของผู้เขียน แต่ความสำเร็จเป็นของผู้คนทุกรายนามที่ได้กล่าวถึง

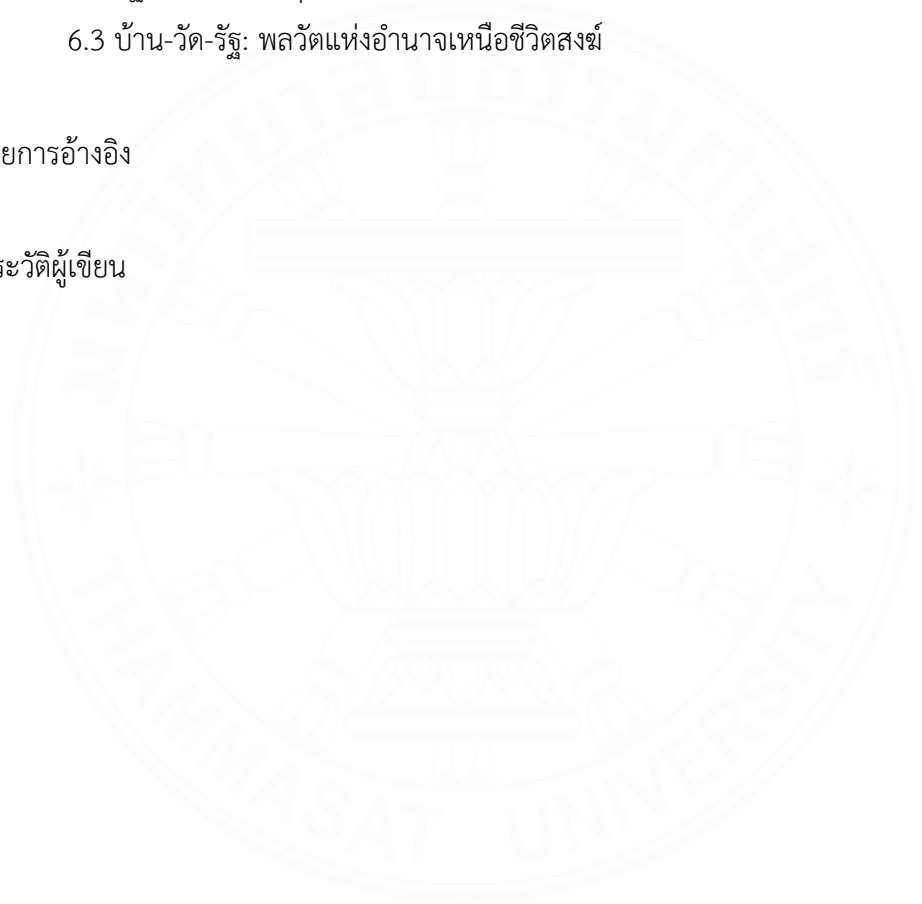
ปิยนันท์ จินา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	5
1.3 ทบทวนวรรณกรรม	5
1.3.1 รัฐไทยและกฎหมายควบคุมคณะสงฆ์	6
1.3.2 พระสงฆ์กับการมีส่วนร่วมทางการเมือง	11
1.3.3 พระสงฆ์ในสังคมทุนนิยมและบริโภคนิยม	15
1.3.4 สุขภาวะพระสงฆ์	17
1.4 กรอบการวิเคราะห์	19
1.4.1 ประชากรกับการกำกับผ่านชีวอำนาจ	19
1.5 สันนามและการเก็บข้อมูลสันนาม	34
1.6 เนื้อหาของวิทยานิพนธ์โดยสังเขป	35
บทที่ 2 วัดกับชุมชน	38
2.1 พระสังฆาธิการและลูกวัด	39

2.2	เนื่อนาบุญ: ชีวิตทางสังคมของวัด	46
2.3	วันกัตถัญญบุรพาจารย์ เครือข่ายวัดและลูกศิษย์	55
2.4	สรุปท้ายบท	62
บทที่ 3 โรงพยาบาลสงฆ์: สถาบันเวชกรรมและปฏิบัติการของชีวอำนาจ		64
3.1	โรงพยาบาลสำหรับพระสงฆ์	66
3.2	พระอาพาธกับปฏิบัติการทางการแพทย์	76
3.3	สุขภาวะสงฆ์	81
3.4	สรุปท้ายบท	83
บทที่ 4 สงฆ์ไทยไกลโรค		85
4.1	จากสุขภาพถึงสุขภาวะ	86
4.1.1	การปฏิรูประบบสุขภาพกับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข	86
4.1.2	พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาวะ	90
4.2	จัดการสุขภาวะพระสงฆ์	93
4.2.1	หนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล วัดส่งเสริมสุขภาพ กุฎิชีวาภิบาล	93
4.2.2	พระคิลานุปัฏฐาก	95
4.2.3	สมาร์ตการ์ดพระสงฆ์	100
4.3	วัด: สุขภาวะศาสนสถาน	103
4.3.1	พระสงฆ์กับบุหรี	106
4.3.2	วัดปลอดบุหรี	110
4.3.3	วัดปลอดสุรา	112
4.4	พระสงฆ์กับความตาย	115
4.5	สรุปท้ายบท	123
บทที่ 5 สงฆ์ไทยไกลโรค: พระสงฆ์ ประชากรกลุ่มเสี่ยง		124
5.1	จากโรคติดเชื้ สู่โรคไม่ติดเชื้เรื้อรัง: หนึ่งโลก หนึ่งสุขภาวะ	125
5.2	โรคไม่ติดเชื้: การประกัน ความเสี่ยง ภาระงบประมาณ	135

	(10)
5.3 สงฆ์ไทยใกล้โรค: ความรู้ ความเสี่ยง ร่างกายได้บงการ	145
5.4 สรุปร่ายบท	152
บทที่ 6 สงฆ์ไทยใกล้โลก	154
6.1 จากเนื่อนาบุญสู่ประชากรกลุ่มเสี่ยง	155
6.2 รัฐกับการกำกับสุขภาวะพระสงฆ์	156
6.3 บ้าน-วัด-รัฐ: พลวัตแห่งอำนาจเหนือชีวิตสงฆ์	160
รายการอ้างอิง	163
ประวัติผู้เขียน	173



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
5.1 สูตรคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY)	140
5.2 การปรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ขององค์การอนามัยโลก	143



สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
3.1 ป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่	82
4.1 โปสเตอร์ ภูเก็ตบุหรี่แล้ว หลวงพ่อคุณ	109



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

“อายุ วัฒน โณ สุขัง พลัง”

“สาธุ”

เสียงให้พรแก่โยมที่ใส่ถุงพะไล ข้าวสวย และขนมชั้นลงในบาตร พระอาจารย์แก้ว¹ ปิดฝาบาตร แล้วเดินมุ่งหน้ากลับวัดผ่านถนนคอนกรีตสายน้อยในชุมชนเช่นที่เคยทำเป็นประจำทุกวัน ในวัย 50 กลาง ๆ พระอาจารย์แก้วยังเดินเหินอย่างคล่องแคล่ว แม้จะออกเดินบิณฑบาตพร้อมกัน แต่ก็ไม่มีการสงฆ์หรือสามเณรรูปใดเดินตามความเร็วของท่านทัน พระอาจารย์แก้วที่มักถึงวัดก่อนเสมอจะเข้าไปพักในกุฏิ รอให้ลูกศิษย์กลับถึงวัดแล้วจึงออกมาฉันอาหารพร้อมกัน

แต่เช้าวันหนึ่ง พระอาจารย์แก้วหายเจียบเข้ากุฏิไปนานจนผิดสังเกต เมื่อลูกศิษย์ไปตาม ก็พบพระอาจารย์แก้วในสภาพกึ่งนั่งกึ่งนอน สีหน้าไม่สู้ดีนัก พระอาจารย์แก้วเล่าว่า รู้สึกหน้ามืด เวียนหัว ราวกับถูกพิษ “สงสัยเบาหวานกำเริบ”

พระอาจารย์แก้วมีโรคประจำตัวมานานกว่า 10 ปีแล้ว คือ เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน² และโรคเกาต์ วันดีคืนดีอาการกำเริบหนักจนแทบลุกจากที่นอนไม่ไหว แต่ท่านก็จะฝืนสังขาร แยกร่างไปบิณฑบาต เพราะเกรงว่าโยมที่ใส่บาตรเป็นประจำต้องรอเก้อ รวมทั้งยังต้องแบ่งอาหารส่วนหนึ่งให้คนพิการและคนไร้บ้านบริเวณวัดอีกหลายปากท้อง

พระอาจารย์แก้วเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ถนนศรีอยุธยา หมอนัดท่านไปรับยาและตรวจเช็คอาการทุกเดือน แม้จะไม่เสียค่าบริการ แต่พระอาจารย์แก้วที่จำสายรถเมล์ไม่ค่อยได้และไม่มีเงินจ่ายค่าแท็กซี่ทุกครั้ง ก็ต้องเดินจากวัดไปโรงพยาบาลตั้งแต่เช้ามืด และเดินกลับถึงวัดใน

¹ ชื่อของผู้ให้ข้อมูลที่ปรากฏในงานศึกษานี้เป็นชื่อที่ผู้เขียนสมมติขึ้น เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูล

² เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หรือเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากร่างกายผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่มักพบในเด็กหรือวัยรุ่นที่ดื่บอ่อน ซึ่งเป็นอวัยวะผลิตอินซูลิน ยังโตไม่เต็มที่ ส่วนเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ร่างกายของผู้ป่วยไม่ได้ขาดอินซูลิน แต่ดื้อ ไม่ตอบสนองต่ออินซูลินที่ผลิตออกมา ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 90 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (World Health Organization, ม.ป.ป.)

ตอนเย็น รวมระยะทางไป-กลับรวม 20 กิโลเมตร จนกระทั่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบลานจอดรถของวัดที่คิดค่าบริการรายเดือนจากชาวบ้านในชุมชน พระอาจารย์จึงมีเงินเพิ่มขึ้นเดือนละประมาณ 3,000 บาท มากพอจะใช้เป็นค่าเดินทางไปหาหมอตตามนัด

“ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ พระเณรในวัดไม่ค่อยอยากไปโรงพยาบาลสงฆ์หรอก” พระอาจารย์ชา ผู้ช่วยเจ้าอาวาส กล่าวขณะส่งเงินให้พระอาจารย์แก้ว พระอาจารย์ชาเองก็มีโรคประจำตัว ไตของท่านล้มเหลวเรื้อรังตั้งแต่มานาน หมอบอกว่าหากไม่ผ่าตัดเปลี่ยนไต ก็จะต้องฟอกไต สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาฟอกครั้งละไม่ต่ำกว่า 5 ชั่วโมง และแนะนำว่าที่โรงพยาบาลสงฆ์เปิดให้พระอาพาธฟอกไตฟรี เพราะได้รับเงินสนับสนุนจากมูลนิธิโรคไต ส่วนการผ่าตัดปลูกถ่ายไตอาจมีค่าใช้จ่ายหลักแสน และยังต้องรอไตบริจาคที่เข้ากับร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งหาไม่ได้ง่าย ๆ พระอาจารย์ชาเลือกผ่าตัดเปลี่ยนไต¹ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้ประกันสุขภาพของบริษัทเอไอเอที่ซื้อเอาไว้ปีละ 30,000 บาท และใช้ไตของโยมพ่อซึ่งเข้ากันได้กับร่างกายของท่านถึง 75 เปอร์เซ็นต์

แม้จะได้ไตใหม่และไม่ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ แต่หลังผ่าตัดเปลี่ยนไต พระอาจารย์ชาก็ต้องฉีดยากดภูมิคุ้มกัน (Azathioprine) ไปตลอดชีวิต เพื่อไม่ให้ร่างกายของท่านต่อต้านอวัยวะปลูกถ่าย ภูมิคุ้มกันร่างกายที่ลดลงกลายเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตจนไม่อาจรับกิจนิมนต์นอกวัดได้อย่างพระสงฆ์ทั่วไป คืบหนึ่งเมื่อรับกิจนิมนต์ไปสวดพระอภิธรรมในงานศพที่วัดราษฎร์ข้าง ๆ พระอาจารย์ชาน้ำมีด คลื่นไส้ คันตามเนื้อตัว และเกิดผื่นแดงทั่วใบหน้าจนต้องเข้าโรงพยาบาล หมอบอกว่าคงจะแพ้กลีโพรมาลิน นับแต่นั้นท่านจึงจำกัดกิจวัตรของตนให้อยู่ภายในบริเวณวัดในฐานะผู้ช่วยเจ้าอาวาส ไม่รับกิจนิมนต์ที่ต้องออกไปข้างนอก ยกเว้นกรณีสำคัญ เช่น เข้าวังหรือเป็นประธานงานทอดกฐินประจำปีที่วัดบ้านเกิดในจังหวัดร้อยเอ็ด

พระอาจารย์ชาเป็นเพียงพระเณรไม่กี่รูปในวัดที่มีประกันสุขภาพเอกชน พระสงฆ์และสามเณรรูปอื่นแม้จะเข้ารับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลสงฆ์ แต่ส่วนใหญ่มักไม่ยอมไป เพราะไกล แออัด และต้องรอคิวนาน เมื่ออาพาธหรือเกิดอุบัติเหตุ พระลูกวัดจะเลือกเข้าคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

¹ โรคไตวายรักษาได้ 3 วิธี ได้แก่ การล้างเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต ซึ่งในไทยมีผู้ผ่าตัดเปลี่ยนไตปีละ 300 ราย และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) ก็รอดชีวิต เนื่องจากก่อนผ่าตัด ผู้บริจาคและผู้รับบริจาคต้องตรวจกรุ๊ปเลือดและเปรียบเทียบเนื้อเยื่อ HLA (human leukocyte antigen) ให้เข้ากันได้มากที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่นั่นก็ทำให้การผ่าตัดเปลี่ยนไตไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะหากไม่มีผู้บริจาคที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดก็ต้องรอคิวจนกว่าจะเจอไตที่เข้ากัน (ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร, 2558)

ก่อน แล้วค่อยเบิกเงินค่ารักษาจากพระอาจารย์ชาในภายหลัง ไม่น่าจะบัญชีรายรับรายจ่ายของวัดที่
งอกขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พระอาจารย์ชามองว่า รัฐควรดูแล
พระสงฆ์และให้สวัสดิการรักษายาบาลที่ดีกว่านี้ เพราะพระสงฆ์เป็นบุคลากรสำคัญของรัฐไม่ต่างจาก
ข้าราชการส่วนอื่น และ “จะได้หมดห่วงแล้วช่วยเผยแผ่ศาสนาอย่างเต็มที่”

แม้ความเจ็บป่วยของพระสงฆ์อาจไม่เป็นที่รับรู้ในวงกว้างนัก แต่กรณีของพระอาจารย์
แก้วและพระอาจารย์ชาเป็นภาพสะท้อนของปัญหาใหญ่ด้านสุขภาวะที่คณะสงฆ์ไทยร่วมสมัยกำลัง
เผชิญ นั่นคือการอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เช่น
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ข้อกระดูกอักเสบ และโรคเมร็ง
ข้อมูลจากโรงพยาบาลสงฆ์ชี้ว่า จำนวนพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
(ปี 2558 จำนวน 1,488 รูป ปี 2559 จำนวน 1,599 รูป ปี 2560 จำนวน 1,779 รูป ปี 2562 จำนวน
1,622 รูป และปี 2563 จำนวน 2,133 รูป) ยิ่งไปกว่านั้น แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลสงฆ์
ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 พระสงฆ์กว่าร้อยละ 78.8 มีน้ำหนักเกิน หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย
10.4 กิโลกรัม ภายใน 5 พรรษาหลังบวช น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนลงพุงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อ
การอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในพระสงฆ์สูงวัย¹ (จงจิตร อังคทะวานิช, 2559;
โรงพยาบาลสงฆ์, 2563)

อย่างไรก็ตาม ตัวเลขข้างต้นเป็นข้อมูลที่เก็บจากโรงพยาบาลสงฆ์เท่านั้น และอาจไม่
สะท้อนภาพรวมทั้งหมด เนื่องจากหากพิจารณาคำบอกเล่าของพระอาจารย์ทั้งสอง เราอาจอนุมานได้
ว่ายังมีพระสงฆ์อีกจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่เป็นของเอกชนและคลินิก เช่น
สามแฉกรัตนะโม หรือไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบของโครงการวิจัย “สงฆ์ไทยไกลโรค”
(พ.ศ. 2554-2562) ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)
ซึ่งระบุว่าอาหารบิณฑบาตและอาหารที่ได้จากกิจกรรมตักมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ มีรสหวาน มัน
เค็มเกินไป เมื่อพระสงฆ์บริโภคแล้วก็มักจะหิวช่วงหลังเพล และต้องฉันทน้ำปานะ เช่น น้ำอัดลม
ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังที่มีน้ำตาลสูง (จงจิตร อังคทะวานิช, 2560ก, น. 8) โครงการวิจัยจึง
เสนอแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระสงฆ์ใหม่ตามหลัก “โภชนา ปานะ กายะ กิจกรรม”

¹ สถิตินี้ยังสอดคล้องกับผลการคัดกรองสุขภาพพระเณรในกรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2559 จำนวน
5,989 รูป พบว่าพระสงฆ์มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 15.9 มีภาวะอ้วนร้อยละ 41.6 และมีภาวะอ้วน
ลงพุงร้อยละ 24.9 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงขึ้นจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 (ร้อยละ 13.8, ร้อยละ 18
และร้อยละ 14 ตามลำดับ) (จงจิตร อังคทะวานิช, 2559)

เพื่อลดโอกาสในการอาพาธลง นั่นคือ การส่งเสริมให้พระสงฆ์ฉันอาหารครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกายอย่างเหมาะสมไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย (จงจิตร อังคทะวานิช, 2560; Healthy Monk Healthy Nutrition, 27 ธันวาคม 2560)

ปรากฏการณ์ข้างต้นชี้ว่า ปัจจุบันพระสงฆ์ได้กลายเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ อาทิ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ หรือผู้ป่วยติดเตียง เมื่อการอาพาธส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันและสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่ต่างจากการเจ็บป่วยของฆราวาส พระสงฆ์จึงกลายเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่ถูกรณรงค์ให้ตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตน เพื่อลดการป่วย การตาย และพิการจากโรคที่สามารถป้องกันได้ (กรมควบคุมโรค, 2560) ยิ่งไปกว่านั้น *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ* ยังคาดหวังให้พระสงฆ์เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพของชาวบ้านและชุมชนอีกด้วย¹

วิทยานิพนธ์นี้เป็นชาติพันธุ์นิพนธ์ที่ศึกษาพลวัตของคณะสงฆ์ในสังคมไทยร่วมสมัย โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับชุมชนรอบวัด ควบคู่ไปกับบทบาทของรัฐที่ยังคงกำกับดูแลเสมอมา โดยเฉพาะในปัจจุบันที่หน่วยงานด้านสุขภาพและการแพทย์ของรัฐเริ่มให้ความสนใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของพระสงฆ์มากขึ้น จุดตั้งต้นของวิทยานิพนธ์อยู่ที่ปรากฏการณ์ที่พระสงฆ์กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นทางการ เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการที่ทำให้พระสงฆ์กลายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งในฐานะบรรพชิตเพศชายที่มีข้อกำหนดทางพฤติกรรมเฉพาะ และเป็นผู้ที่อาจมีความรู้ด้านความเจ็บป่วยจากการปฏิบัติศาสนา พร้อมทั้งสำรวจปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงของรัฐที่มุ่งสร้าง “สังคมสุขภาวะ” ตั้งแต่ทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา นอกจากนี้ ยังทำความเข้าใจสวัสดิการในชีวิตพระสงฆ์ซึ่งมีสถานภาพก้ำกวม นั่นคือด้านหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หรือกลไกของรัฐ แต่อีกด้านก็เป็นประชากรที่สามารถเจ็บป่วยได้ไม่ต่างจากกลุ่มอื่น

¹ ในปี พ.ศ. 2562 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า “ถ้าพระภิกษุสงฆ์มีสุขภาพดีก็จะเป็นทั้งตัวอย่างและเป็นผู้นำทางความคิด รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคให้กับประชาชนได้อย่างกว้างขวาง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของไทย” (ประชาไท, 2562)

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน โดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การป้องกัน และการรักษาสุขภาพ

1.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการที่พระสงฆ์กลายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพและกรอบการบริหารจัดการโรคและความเสี่ยงด้านสุขภาพของรัฐไทยที่เกี่ยวกับพระสงฆ์

1.2.3 เพื่อเข้าใจสถานการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างประชากรสงฆ์กับรัฐเวชกรรมไทย

1.3 ทบทวนวรรณกรรม

การสำรวจงานศึกษาพระสงฆ์ในสังคมไทยในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา พบว่างานส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของรัฐในการวางโครงสร้างกำกับคณะสงฆ์ ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2440 เป็นต้นมา ผ่านการออกพระราชบัญญัติที่สร้างองค์กรปกครองสงฆ์ เช่น มหาเถรสมาคม เพื่อรองรับระบบราชการแบบรวมศูนย์ของรัฐสมัยใหม่ และการสร้างพลเมืองที่มีศีลธรรมตามอุดมการณ์ของรัฐ (Wyatt, 1969; Tambiah, 1976) มหาเถรสมาคมกลายเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมพระภิกษุทั้งในด้านการศึกษา การแต่งตั้งหรือถอดถอนสมณศักดิ์ และการลงโทษพระสงฆ์ที่ฝ่าฝืนแนวทางรัฐ หลายครั้งอำนาจนี้ก็ไม่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย งานวิจัยบางกลุ่มจึงศึกษาการต่อรองของพระสงฆ์ ตั้งแต่การเรียกร้องให้ปรับเปลี่ยนกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักประชาธิปไตยหลังปี พ.ศ. 2475 จนเป็นพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2484 (คณิงนิตย์ จันทบุตร, 2528) การเคลื่อนไหวของพระนักศึกษจากมหาวิทยาลัยสงฆ์ที่ขยายตัวในช่วงทศวรรษ 2540 ซึ่งแม้จะเรียกร้องการจัดสวัสดิการสงฆ์ที่ผ่านกลไกรัฐ ได้แก่ กระทรวงพุทธศาสนา การประกาศศาสนาประจำชาติ และงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องการรักษาความเป็นอิสระของคณะสงฆ์ในเรื่องการแต่งตั้งสมเด็จเจ้าพระสังฆราช สมณศักดิ์ และแต่งตั้งพระสังฆาธิการ (Prakirati Satasut, 2019)

ประเด็นที่ได้รับความสนใจรองลงมาคือ บทบาทของพระสงฆ์ในฐานะกลไกรัฐในหลากหลายช่วงเวลา ตั้งแต่เป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณที่อบรมให้พลเมืองไทยมีศีลธรรม และเป็นครูในโรงเรียนวัดในช่วงต้นรัตนโกสินทร์ (ปฐม ตาคะนานันท์, 2551) ไปจนถึงบทบาทของพระนักพัฒนาและพระธรรมทูตที่เผยแผ่ศาสนาในพื้นที่ชนบทเพื่อแย่งชิงมวลชนจากพรรคคอมมิวนิสต์ในช่วงสงครามเย็น (สมบุรณ์ สุขสำราญ, 2530; นนทวุฒิ ราชกาวิ, 2556; Ford, 2017) ในช่วงหลังสงครามเย็น ความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้พระนักเทศน์ขยายบทบาท

และใช้สื่อเหล่านี้เป็นเครื่องมือสร้างฐานผู้ศรัทธา (ภิญญพันธ์ พจนานุกรม, 2562) ขณะเดียวกันโลกแห่งวัตถุนิยมและการบริโภคนิยมยังก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการทรัพย์สินของวัดและพระสงฆ์ ปัญหาเรื่องเพศ การฝ่าฝืนพระธรรมวินัย รวมทั้งการตีความหรือบิดเบือนคำสอนของพระพุทธเจ้า เพื่อหาผลประโยชน์ และดูเหมือนว่าเรื่องล่าสุดที่นักวิจัยเริ่มให้ความสนใจก็คือ สุขภาวะของพระสงฆ์ที่เพิ่งได้รับความสนใจในช่วงทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา (พิณีจ ลากธนานนท์, 2556; วัชรินทร์ ออละอ, 2557; โรชนี อุปรา และ ทักษิภา ชัชวรัตน์, 2559)

1.3.1 รัฐไทยและกฎหมายควบคุมคณะสงฆ์

คณะสงฆ์ถูกทำให้เป็นกลไกหนึ่งในกระบวนการสร้างรัฐสมัยใหม่ของสยามตั้งแต่ทศวรรษ 2430 เป็นต้นมา (Tambiah, 1976) อาทิ ในโครงการจัดการศึกษา ร.ศ. 117 (พ.ศ. 2441) (ปฐม ตาคะนันท์, 2551) ที่ให้จัดการเรียนสอนการอ่าน-เขียนภาษาไทย การคิดเลข และขนบธรรมเนียมข้าราชการขึ้นในวัด และให้พระสงฆ์เป็นผู้สอนเนื่องจากขณะนั้นรัฐยังขาดแคลนข้าราชการครูและงบประมาณ¹ โครงการจัดการศึกษาทำให้รัฐพบว่ายังไม่อาจควบคุมพระสงฆ์ได้

¹ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส ผู้มีบทบาทสำคัญในโครงการฯ จึงปฏิรูปการศึกษาของคณะสงฆ์ให้มีมาตรฐาน อาทิ สร้างหลักสูตรพระปริยัติธรรมทั้งแผนกบาลีและแผนกนักธรรม จัดสอบบาลีสนาทลวงเป็นประจำทุกปีเพื่อเพิ่มจำนวนพระเปรียญ เปลี่ยนจากการสอบปากเปล่าต่อหน้ากรรมการเป็นการสอบข้อเขียน รวมถึงตั้งมหาวิทยาลัยสงฆ์ (มหามกุฏราชวิทยาลัย) และสำนักพิมพ์ผลิตตำราเรียน อาทิ *นวโกวาท* ที่เป็นคู่มือสำหรับพระบวชใหม่ *มานุษยวิทยา* (พ.ศ. 2441) แนวทางการบ่มเพาะและขัดเกลาตนเองให้เป็นมนุษย์ที่ดีตามแนวทางพุทธ และ *เบญจศีลและเบญจธรรม* (พ.ศ. 2445) ที่สอนข้อควรปฏิบัติ เช่น มีเมตตา ประกอบอาชีพสุจริต ซื่อสัตย์ต่อสามีภรรยา และข้อไม่ควรปฏิบัติ เช่น ห้ามฆ่าสัตว์ ห้ามลักทรัพย์ ห้ามประพฤตินอกใจ ห้ามพูดปดและห้ามดื่มสุรา “พระครู” ที่ผ่านหลักสูตรเหล่านี้ต้องอบรมเด็กให้มีศีลธรรม (ศีล 5 ข้อ) และเป็นพลเมืองดีของประเทศ คือไม่เป็นนักเลงหัวไม้ที่ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไม่ขโมย ไม่เป็นขอทาน ขยันทำมาหากินเลี้ยงตนเองและครอบครัว ประหยัดและออมเงิน เคารพกฎหมายและพระเจ้าแผ่นดิน เสียภาษี และยังต้องทำบุญบริจาคเพื่อสาธารณประโยชน์ด้วย (Tambiah, 1976, p. 221; ปฐม ตาคะนันท์, 2551, น. 50-51, น. 192-195) อย่างไรก็ตามโครงการจัดการศึกษาในวัดและให้พระสงฆ์เป็นครูไม่ประสบความสำเร็จนัก รัฐบาลสมัยรัชกาลที่ 6 จึงต้องใช้พระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2464 ที่ให้ผลิตครูอาชีพและโรงเรียนที่มีมาตรฐานขึ้น (ดูเพิ่ม ปฐม ตาคะนันท์, 2551)

จึงเป็นที่มาของ พระราชบัญญัติลักษณะปกครองคณะสงฆ์ ร.ศ. 121 (พ.ศ. 2445) ที่ใช้จัดระเบียบการบังคับบัญชาและตั้งหน่วยงานปกครองสงฆ์ขึ้นมา คือ มหาเถรสมาคม ที่ประกอบด้วย สมเด็จพระสังฆราช สมเด็จพระราชาคณะ 4 รูป และรองสมเด็จพระราชาคณะ อีก 4 รูป มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องการปกครองสงฆ์แก่กษัตริย์ ประเมินผลงานของพระสงฆ์ โดยพิจารณาจากความรู้และความประพฤติ และมีอำนาจแต่งตั้งหรือถอดถอนสมณศักดิ์ ตั้งแต่ระดับพระราชาคณะ (สมเด็จพระราชาคณะ พระราชาคณะเจ้าคณะรอง พระราชาคณะชั้นธรรม พระราชาคณะชั้นเทพ พระราชาคณะชั้นราช และพระราชาคณะชั้นสามัญ) พระครูสัญญาบัตร ซึ่งสัมพันธ์กับตำแหน่งปกครองของเจ้าคณะระดับต่าง ๆ (เจ้าคณะมณฑล เจ้าคณะเมือง เจ้าคณะแขวง รวมถึงเจ้าอาวาสทั้งพระอารามหลวงและวัดราษฎร์) พระฐานานุกรม พระเปรียญ และพระครูชั้นประทวน นอกจากนี้พระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่เพียงให้อำนาจมหาเถรสมาคมตัดสินคดีความ (อธิกรณ์) แต่ยังให้อำนาจลงโทษพระสงฆ์ได้สังกัด ซึ่งไม่ใช่อำนาจตามพระธรรมวินัย¹ เช่น การทำให้หมดสถานภาพพระสงฆ์

¹ วินัยสงฆ์แบ่งตามความรุนแรงของโทษ ดังนี้ อาบัติหนัก (ครุกาบัตติ) ได้แก่ ปาราชิก (ผู้พ่ายแพ้) พระสงฆ์ผู้ละเมิดอาบัตินี้จะสิ้นความเป็นพระทันที และกลับมาบวชอีกไม่ได้ตลอดชีวิต ปาราชิกมี 4 ประการ คือ เสพเมถุน (มีเพศสัมพันธ์) ลักขโมย ชำคน และอวดอุตริมนุสธรรม (อวดอ้างอิทธิฤทธิ์) และ สังฆาทิเสส ซึ่งเป็นอาบัติที่ต้องมีพระสงฆ์รูปอื่นช่วยแก้ เมื่อพระสงฆ์ละเมิดอาบัติสังฆาทิเสสก็ต้องแจ้งให้พระรูปอื่นทราบ และขอประพฤติดนอย่างสมณะ (มานัต) เช่น งดใช้สิทธิบางประการ ลดสถานะ ประจําตนเองเป็นเวลา 6 คิน เมื่อครบกำหนดและมีคณะสงฆ์สวดอัพทานให้ จึงถือว่าพ้นจากอาบัติ หากพระสงฆ์รูปใดต้องอาบัติสังฆาทิเสส แต่ปกปิดความผิด ก็จะต้องอยู่ปริวาสกรรมให้ครบจำนวนวันที่ปกปิดความผิด สังฆาทิเสสมิ 13 ข้อ ได้แก่ จงใจทำน้ำอสุจิเคลื่อน (ยกเว้นฝันเปียก) และต้องร่างกายสตรีด้วยความกำหนัด พุดเกี้ยวพาราสี พุดให้สตรีบำเรอกาม ทำตัวเป็นพ่อสื่อ ขอให้ฆราวาสสร้างกุฏิให้ มีเจ้าภาพพวารณาจะสร้างกุฏิให้แต่พระสงฆ์ไม่กำหนดที่ตั้งชัดเจน ใส่ความพระสงฆ์รูปอื่นว่าปาราชิก แกล้งสมมติแล้วใส่ความพระสงฆ์รูปอื่น ทำคณะสงฆ์แตกแยก (สังฆเภท) เข้าข้างพระสงฆ์ที่ทำคณะสงฆ์แตกแยก เป็นคนหัวดีอ้วนอนสอนยาก และประจบสอพลอคฤหัสถ์ ส่วนอาบัติเบา (ลหุกาบัตติ) คือ ฤษลัจจัย ปาจิตตีย์ ปาฏิเทสนียะ ทุกกฏ และ ทุพภาสิต ไม่มีโทษร้ายแรงเท่ากับปาราชิกและสังฆาทิเสส พระสงฆ์สามารถปลงอาบัติกับพระรูปอื่นได้ (สัมภษณ, สิงหาคม 2566)

ทั้งที่ไม่ได้เอาบัญญัติปาราชิก แต่เพราะขัดคำสั่งหรือระเบียบของมหาเถรสมาคม¹ (คณินนิตย์ จันทบุตร, 2528)

อย่างไรก็ดี การปกครองตนเองของสงฆ์มีปัญหาและไม่สามารถจัดการความขัดแย้งภายในได้ โดยเฉพาะความขัดแย้งระหว่างนิกาย ทำให้รัฐต้องเข้ามากำกับและจัดรูปแบบการปกครองเสียใหม่ในลักษณะที่สอดคล้องกับระบอบประชาธิปไตยในช่วงหลังปี พ.ศ. 2475 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ประกาศใช้ *พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2484* ที่ลดอำนาจของสมเด็จพระสังฆราช ยุบมหาเถรสมาคม และแบ่งอำนาจการปกครองคณะสงฆ์เป็น 3 ส่วน คือ สมเด็จพระสังฆราชทรงใช้อำนาจบริหารผ่านการแต่งตั้งคณะสังฆมนตรี อันประกอบด้วยสังฆนายกหนึ่งรูป และสังฆมนตรีอีกไม่เกิน 9 รูป ซึ่งแบ่งเป็นองค์การปกครอง องค์การศึกษา องค์การเผยแผ่ และองค์การสาธารณูปการ โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้ลงนามรับรอง² ใช้อำนาจนิติบัญญัติผ่านสังฆสภา³ และใช้อำนาจตุลาการผ่านคณะวินัยธรทำหน้าที่วินิจฉัยและตัดสินอธิกรณ์ของพระสงฆ์ (คณินนิตย์ จันทบุตร, 2528; ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์, 2562)

¹ *พ.ร.บ.ลักษณะการปกครองคณะสงฆ์* เป็นเครื่องมือที่รัฐส่วนกลางและคณะสงฆ์กรุงเทพฯ ใช้กำกับคณะสงฆ์ท้องถิ่น และลงโทษพระสงฆ์ที่ไม่ยอมอยู่ภายใต้กรอบของรัฐ ซึ่งมักถูกมองเป็น “ภัยความมั่นคง” อาทิ กรณีของครูบาศรีวิชัย (พ.ศ. 2421-2482) ซึ่งถูกกล่าวหาว่าละเมิดระเบียบการปกครองสงฆ์ เช่น ตั้งตนเป็นพระอุปถัมภ์เถื่อนและออกใบสุทธิเองโดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าคณะ ตลอดจนมีพฤติกรรมยุยงให้พระสงฆ์ล้านนาแยกตัวจากสยาม ครูบาศรีวิชัยจึงต้องอธิกรณ์ ถูกกักบริเวณ และในที่สุดต้องยอมสยบต่ออำนาจคณะสงฆ์ส่วนกลาง (“ครูบาศรีวิชัย นักบุญแห่งล้านนา”, 2565)

นักวิชาการหลายคนเห็นพ้องว่า กฎหมายคณะสงฆ์เป็นเครื่องมือทางการเมืองที่รัฐใช้แทรกแซงและกำกับโครงสร้างสงฆ์ให้ตอบสนองต่อนโยบายรัฐ เช่น ปฐม ตาคะนันท์ (2551, น. 180) เห็นว่าพระสังฆาธิการคือ “ข้าราชการในเชิงปฏิบัติ” ส่วนภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์ (2562, น. 66) เรียกสถานะของพระกลุ่มนี้ว่า “กึ่งข้าราชการ”

² คณะสังฆมนตรีที่มีวาระ 4 ปี ทำหน้าที่บริหารคณะสงฆ์ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และต้องเลือกจากสมาชิกสังฆสภาอย่างน้อย 4 รูป นอกนั้นอาจเป็นพระสงฆ์ที่ไม่ใช่สมาชิกสภา แต่มีความรู้ความสามารถพิเศษก็ได้ อย่างไรก็ดี แม้สังฆมนตรีที่ไม่ใช่สมาชิกสังฆสภามีสิทธิเข้าประชุมและแสดงความเห็น แต่ไม่มีสิทธิออกเสียง (*พระราชบัญญัติคณะสงฆ์*, 2484)

³ สมาชิกสังฆสภาที่มีจำนวนไม่เกิน 45 รูป คัดเลือกจากพระราชาคณะชั้นธรรมขึ้นไป พระคณาจารย์เอก และพระเปรียญเอก (เปรียญ 7-9) ทำหน้าที่ประชุมและมีอำนาจออกกฎของ

ช่วงทศวรรษ 2490 ที่มีกฎหมายกระจายอำนาจการปกครองสงฆ์ รัฐบาลจอมพล ป. ยังตั้งกระทรวงวัฒนธรรมและกรมศาสนา (พ.ศ. 2495) เพื่อกำกับกิจการของสงฆ์ตามแนวทางของรัฐ รวมถึงสร้างพุทธมณฑลและจัดงานฉลองกิ่งพุทธกาล ขณะเดียวกันก็เพิ่มบทบาทใหม่ให้พระสงฆ์ คือเป็นผู้อบรมนิสิตพลเมืองไทยมีให้อารยะ มีสุขภาพดี แข็งแรงและขยันทำงานเพื่อสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจตามนโยบายรัฐนิยม¹ (ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์, 2562, น. 189) แต่พ.ร.บ.สงฆ์ฉบับนี้ที่แบ่งแยกอำนาจการปกครองคณะสงฆ์และทำให้พระมหานิกายมีตำแหน่งทางปกครองมากขึ้น กลับยิ่งทำให้ความขัดแย้งระหว่างนิกายรุนแรงขึ้น ในสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ จึงประกาศใช้ *พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2505* ที่ยกเลิกระบบสังฆสภา ตำแหน่งสังฆนายก สังฆมนตรี และคณะวินัยธร แล้วคืนอำนาจการปกครองสงฆ์แก่สมเด็จพระสังฆราชและมหาเถรสมาคม ซึ่งเอื้อต่อการส่งพระสงฆ์ไปทำงานกับรัฐในช่วงที่ขบวนการคอมมิวนิสต์เป็นภัยความมั่นคงหลัก²

คณะสงฆ์ เช่น สังฆาณัติ พระบัญชาสมเด็จพระสังฆราช ข้อบังคับ และระเบียบ การเสนอญัตติเข้าที่ประชุมสังฆสภาเสนอได้ 3 ทาง คือ คณะสังฆมนตรีเป็นผู้เสนอ กระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้เสนอ หรือสมาชิกสังฆสภาที่ได้รับการรับรองจากสังฆนายกเป็นผู้เสนอ สมาชิกสังฆสภาแต่ละรูปมีหนึ่งเสียงเท่ากันและการลงมติในที่ประชุมจะใช้หลักการเสียงข้างมาก ในกรณีที่มีเสียงโหวตเท่ากัน ประธานที่ประชุมมีสิทธิชี้ขาดหรือระงับเรื่องนั้นไว้ก่อนได้ นอกจากนี้ สมาชิกสังฆสภายังสามารถตั้งคณะกรรมการวิสามัญที่นิมนต์พระสงฆ์รูปอื่น หรือเชิญผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการเข้าร่วมแสดงความเห็นในที่ประชุมได้ (ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์, 2562)

¹ เช่น โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ ที่ตั้งเป้าให้คนไทยกินอาหารครบถ้วนตามหลักโภชนาการ โดยเฉพาะโปรตีนจากเนื้อ นม ไข่ แต่ขณะนั้นคนส่วนมากเชื่อว่าเนื้อสัตว์เป็นของแสลงรวมทั้งกลัวบาปจากการฆ่าสัตว์ ไม่กล้ากินไข่ที่ถือเป็นตัวอ่อนของสัตว์ รัฐบาลจึงให้คณะกรรมการเผยแพร่ศาสนา พุทธสมาคม และพระสงฆ์ช่วยประชาสัมพันธ์ให้คนกินโปรตีน (ดู ก้องสกุล กวินรวีกุล, 2545)

² ช่วงทศวรรษ 2500-2520 ประเทศไทยเป็นพื้นที่สำคัญในยุทธศาสตร์ต่อต้านคอมมิวนิสต์ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ซึ่งไม่เพียงสนับสนุนกลุ่มผู้นำทหารและสถาบันกษัตริย์ แต่ยังช่วยจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. 2504) ตามแนวทางทุนนิยมที่สร้างระบบโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ไฟฟ้า ประปา ทางหลวง วิทยุและโทรทัศน์ รวมทั้งช่วยระดมความช่วยเหลือจากองค์การต่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก ในช่วงนี้รัฐบาลไทยจึงสามารถตั้งสำนักงบประมาณ สำนักงานสถิติ

งานศึกษาเกี่ยวกับคณะสงฆ์ในช่วงนี้จึงเน้นที่บทบาทในการต่อต้านคอมมิวนิสต์ เช่น หนังสือ *พุทธศาสนากับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคม* (2527) ของสมบุรณ์ สุขสำราญ ที่พูดถึงโครงการพระธรรมทูตและพระธรรมจาริก ที่กรมศาสนาและมหาวิทยาลัยสงฆ์ส่งพระออกไปเผยแผ่ศาสนาและอุดมการณ์รัก “ชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์” ในพื้นที่ทุรกันดารในชนบท โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคอีสาน ตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2500 วิทยานิพนธ์สาขาประวัติศาสตร์ของ นนทวุฒิ ราชกาวิ (2556) ที่เขียนถึงผลิตและปลูกเสกพระพุทธรูป (พระพุทธรูปนาราขบพิตร) พระเครื่อง (พระสมเด็จพระจิตรลดา/พระกำลังแผ่นดิน) ผ้ายันต์ ธงมหาพิชัยสงคราม หรือเครื่องรางหลายรูปแบบได้ ความร่วมมือของราชสำนักและคณะสงฆ์ แจกจ่ายเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการฝ่ายปกครอง ตำรวจตระเวนชายแดนและทหาร รวมถึงพระเกจิและพระกรรมฐานอีกหลายรูปที่เข้าร่วมยุทธการต่อต้านคอมมิวนิสต์ แจกอาหารแก่ประชาชน แจกใบปลิวปลุกระดม และเป็นวิทยากรอบรมให้กลุ่ม ลูกเสือชาวบ้าน อาทิ “หลวงพ่อกุญชีลิงดำ” หรือพระมหาวีระ ถาวโร พระกิตติวุฒโฒ วัดจิตตภาวัน และสำนักปู่สวรรค์ ขณะเดียวกันก็มี “พระนักพัฒนา” ที่เป็นผู้นำในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน เช่น โครงการส่งเสริมการเกษตร โครงการฝึกอาชีพ โครงการด้านสาธารณสุข และโครงการพัฒนา ด้านจิตใจ ร่วมกับหน่วยราชการของรัฐ (สมบุรณ์ สุขสำราญ 2530, น. 69-76)

ยูจีน ฟอร์ด (Eugene Ford) อธิบายว่า บทบาทของพระสงฆ์และกิจการ ด้านพระพุทธศาสนาที่เติบโตขึ้นในช่วงนี้ ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากองค์การระหว่างประเทศ เช่น มูลนิธิเอเชีย (Asia Foundation) และเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ต่อต้านคอมมิวนิสต์ของ รัฐบาลสหรัฐ (Ford, 2017) ส่วน Tambiah (1976) อธิบายว่า ช่วงเวลานี้มีโครงการตั้งชาวบ้าน เข้าวัดเพื่ออบรมธรรมะ สอนศิลปกรรม และนั่งสมาธิกรรมฐาน เช่น โครงการโรงเรียน พระพุทธศาสนาวันอาทิตย์ (พ.ศ. 2501) ของพระพิมลธรรม (อาจ อาสภมหาเถร) สั่งขมนตรีว่าการ องค์การปกครองและเจ้าอาวาสวัดมหาธาตุ

การปกครองสงฆ์ในยุคต่อมาแทบไม่ต่างจากทศวรรษ 2500 กระทั่งมีการแก้ไข พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ในปี พ.ศ. 2535 ที่เปลี่ยนระเบียบการแต่งตั้งสมเด็จพระสังฆราช คือเมื่อ ตำแหน่งว่างลง ให้นายกรัฐมนตรีเสนอชื่อสมเด็จพระราชาคณะที่มีอาวุโสสูงสุด (นับตามสมณศักดิ์) และได้รับความเห็นชอบจากมหาเถรสมาคม ขึ้นทูลเกล้าฯ ให้กษัตริย์แต่งตั้งเป็นสมเด็จพระสังฆราช พ.ร.บ.ฉบับแก้ไขนี้ยังกำหนดบทลงโทษสำหรับพระสงฆ์ที่ละเมิดพระธรรมวินัยร้ายแรงให้ต้องสึก ภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนพระสงฆ์ที่ไม่มีสังกัด พระสงฆ์ที่ไม่อาศัยเป็นหลักแหล่ง รวมถึงพระสงฆ์ที่เป็น

แห่งชาติ คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน และสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ (ดู ญัฐพล ใจจริง, 2563; ชนิตา ชิตบัณฑิต, 2566)

บุคคลล้มละลาย ต้องสึกภายใน 3 วัน รัฐยังมอบอำนาจให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการจับ พระสงฆ์ที่เป็นผู้ต้องหาคดีอาญาสึกได้

1.3.2 พระสงฆ์กับการมีส่วนร่วมทางการเมือง

หลังจากมีกฎหมายคณะสงฆ์ฉบับแรก พระสงฆ์กลุ่มหนึ่งที่ไม่พอใจกับ พ.ร.บ. ฉบับนี้ ก็ใช้ช่องทางการเมืองของขบวนการในการต่อสู้เรียกร้องสิทธิของตน โดยเฉพาะช่วงหลังปี พ.ศ. 2475¹ ตัวอย่างเช่นคณะปฏิสังขรณ์การพระพุทธศาสนา ที่เป็นการรวมตัวของพระหนุ่มและสามเณรฝ่ายมหานิกาย เช่น วัดมหาธาตุ วัดเบญจมบพิตร ราว 300 รูป ซึ่งนอกจากยื่นหนังสือร้องเรียนต่อสมเด็จพระสังฆราชแล้ว ยังส่งจดหมายถึงกรมธรรมการและนายกรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2477 เรียกร้องให้แก้ไขพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ที่ทำให้พระมหานิกายเสียเปรียบ เช่น กีดกันจากตำแหน่งและสมณศักดิ์ ตัดสินคดีไม่เป็นธรรม แม้กรมธรรมการและมหาเถรสมาคมจะขู่ว่าจะขับไล่จากวัด ถอดถอนตำแหน่ง และบังคับสึก แต่พระฝ่ายมหานิกายก็ได้รับการสนับสนุนจากนักการเมือง ฝ่ายคณะราษฎรและรัฐบาลที่ระแวงว่าคณะธรรมยุตจะสนับสนุนทางการเงินแก่พวกกบฏบวรเดชและฝ่ายอำนาจเดิม ในที่สุดก็มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2484 ที่ลดอำนาจสมเด็จพระสังฆราช ยุบมหาเถรสมาคม เปิดช่องให้พระมหานิกายได้ดำรงตำแหน่งและสมณศักดิ์ในระดับสูงขึ้น และวางแผนจะรวมนิกายภายใน 8 ปี (คニングนิตย์ จันทบุตร, 2528, น. 98)

อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ. ฉบับใหม่นี้ก็เกิดแรงต้านจากฝ่ายธรรมยุต ตั้งแต่ทศวรรษ 2490 โดยอ้างว่าการรวมนิกายและบังคับให้พระธรรมยุตร่วมสังฆกรรมกับพระมหานิกายที่หย่อนยานในพระธรรมวินัยกว่า ไม่เพียงละเมิดเสรีภาพในการนับถือศาสนาตามรัฐธรรมนูญ แต่ยังละเมิดพระธรรมวินัยด้วย ที่สำคัญ ระบบสังฆสภาที่ใช้ระบบหนึ่งรูปหนึ่งเสียงก็ทำให้พระหนุ่มได้เถียงและขาดความเคารพต่อพระผู้ใหญ่ ซึ่งขัดต่อธรรมเนียมการปกครองของคณะสงฆ์เถรวาทที่นับถือ

¹ ในช่วงที่บรรยากาศทางการเมืองในสังคมไทยตื่นตัวเรื่องประชาธิปไตย สิทธิ และเสรีภาพ พระสงฆ์บางกลุ่มก็ตีความพระธรรมวินัยให้สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว อาทิ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ฆัมตีเสียงข้างมากในการทำสังฆกรรม ทรงส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ทรงปฏิเสธชนชั้นวรรณะ ทรงสอนให้มนุษย์ตรึกตรองด้วยปัญญาก่อนเชื่อและปฏิบัติตาม และทรงส่งเสริมความรักใคร่ในเพื่อนมนุษย์ รวมทั้งเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิในการปกครองตนเองมากขึ้น (คunningนิตย์ จันทบุตร, 2528, น. 102)

อุปชฌาย์อาจารย์ ความขัดแย้งระหว่างนิกายเช่นนี้ทำให้รัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ที่ใกล้ชิดกับพระสายธรรมยุตประกาศใช้ *พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2505* (กัญญาพันธุ์ พจนานวลวิทย์, 2562, น. 113)

แม้จะถูกกวัดขั้นด้านกิจของสงฆ์มากขึ้น แต่ช่วงทศวรรษ 2510 นอกจากการต่อสู้ทางการเมืองของตน พระสงฆ์ยังเข้าร่วมกับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น โดยเฉพาะหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 พระสงฆ์ส่วนหนึ่งไม่เพียงร่วมแถลงการณ์ประณามรัฐบาลถนอม กิตติขจร แต่ยังตั้งองค์กรเคลื่อนไหวทางการเมืองราว 20 กลุ่ม อาทิ กลุ่มสหธรรมิก ที่เรียกร้องการปฏิรูปที่ดินและการขึ้นราคาสินค้าเกษตรร่วมกับขบวนการชาวนา กลุ่มแนวร่วมคณะสงฆ์-ประชาชน ที่เรียกร้องสวัสดิการและการขึ้นค่าแรงร่วมกับสหภาพแรงงาน คณะสงฆ์ผู้รักเอกราช ประชาธิปไตยและความเป็นธรรม ที่วิจารณ์เรื่องการตั้งฐานทัพของสหรัฐอเมริกาในไทย และสหพันธ์พุทธศาสนิกแห่งประเทศไทย ที่ชุมนุมเรียกร้องความเป็นธรรมให้พระพิมลธรรม¹ ณ ลานอโศก วัดมหาธาตุ ขณะเดียวกันก็มีพระสงฆ์ที่เข้าร่วมขบวนการฝ่ายขวา เช่น พระกิตติวุฑฺโฒ ที่อบรมกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน ปลุกระดมมวลชนผ่านรายการวิทยุ และสร้างความเกลียดชังต่อขบวนการนักศึกษาและคอมมิวนิสต์ (สมบุญ สุธำราญ, 2530)

ช่วงหลังสงครามเย็น (ปลายทศวรรษ 2520-2530) ที่เศรษฐกิจไทยโตขึ้นจากการเชื่อมต่อกับตลาดโลกและมีเทคโนโลยีสื่อสารมวลชนที่ก้าวหน้า เช่น สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ เทปบันทึกเสียง ทำให้พระสงฆ์สายวิชาการและพระนักเทศน์ รวมถึงวัดและสำนักสงฆ์ที่ตีความคำสอนหรือมีวัตรปฏิบัติเฉพาะตน เช่น สวนโมกข์ สันตอโศก วัดพระธรรมกาย สร้างชื่อเสียงระดับประเทศและมีกลุ่มผู้ติดตามจำนวนมาก (กัญญาพันธุ์ พจนานวลวิทย์, 2562, น. 149) เมื่อมี

¹ พระพิมลธรรม (อาจ อาสโภ) เจ้าอาวาสวัดมหาธาตุ เป็นตัวอย่างของพระสงฆ์มหานิกายที่ถูกกล่าวหาทำผิดพระธรรมวินัยในช่วงนี้ คือ เสพเมถุนทางเวจรรค (ร่วมเพศทางทวารหนัก) แม้ไม่มีหลักฐาน แต่ท่านก็ถูกสังฆราชและสังฆนายกส่งหนังสือให้สึกจากสมณเพศเพื่อรักษาชื่อเสียงของวัดและคณะสงฆ์ เมื่อพระพิมลธรรมไม่สึก ท่านก็ถูกถอดสมณศักดิ์ด้วยข้อหาฝ่าฝืนพระบัญชาของสมเด็จพระสังฆราช (โดยประกาศจากสำนักนายกรัฐมนตรีที่ลงนามโดยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์) ในอีกสองปีถัดมาก็มีตำรวจสันติบาลเข้าจับกุมท่านในข้อหาเป็นคอมมิวนิสต์และเป็นภัยความมั่นคงของรัฐ ในที่สุดท่านก็ถูกจับสึกและถอดจีวรออกจากร่างกายในปี พ.ศ. 2505 ท่านเขียนจดหมายยืนยันเจตนาว่า “ถึงแม้ว่าจะมีผู้ใจโหดร้ายทารุณแย่งชิงผ้ากาสาวพัสตร์ของกระผมไป กระผมก็จะนุ่งห่มผ้ากาสาวพัสตร์ชุดอื่นแทน ซึ่งกระผมมีสิทธิตามพระธรรมวินัยและกฎหมาย จึงขอให้ท่านเจ้าคุณผู้รู้เห็นอยู่ ณ ที่นี้ โปรดทราบและเป็นสักขีพยานให้แก่กระผมตามคำปฏิญาณนี้ด้วย” (ดู Tambiah, 1976; กัญญาพันธุ์ พจนานวลวิทย์, 2562)

การเคลื่อนไหวทางการเมืองของชนชั้นกลางที่ต่อต้านเผด็จการใน ปี พ.ศ. 2535 พระสงฆ์ส่วนหนึ่งก็เข้าร่วมเรียกร้อง โดยเฉพาะพระจากสันติอโศก อย่างไรก็ตาม ในอีกสามปีถัดมา มหาเถรสมาคมที่มองว่าการประพฤติเช่นนี้ไม่ใช่กิจของสงฆ์ ออกคำสั่งห้ามพระสงฆ์และสามเณรเข้าร่วมชุมนุมทางการเมือง ห้ามสนับสนุนหรือหาเสียงให้นักการเมือง/พรรคการเมือง ห้ามร่วมการอภิปรายหรือการบรรยายเกี่ยวกับการเมือง ตลอดจนกำชับให้พระสังฆาธิการระดับเจ้าอาวาสขึ้นไป ตักเตือนและลงโทษลูกวัดที่ฝ่าฝืนคำสั่งนี้ (“คำสั่งมหาเถรสมาคม”, 2538)

ช่วงทศวรรษ 2540 ที่มีการปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินหลังวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ มหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่ง คือ มหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย และมหาหมาก္ฏราชวิทยาลัย ก็ถูกยกสถานะเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ต้องตามกฎหมาย มีการขยายวิทยาเขตในหลายจังหวัดเพื่อรองรับพระสงฆ์ทั่วประเทศ รวมถึงรับฆราวาสเข้าเรียนเป็นครั้งแรก ในช่วงนี้เองที่มหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยย้ายวิทยาเขตหลักจากวัดมหาธาตุไปที่อำเภอวังน้อย จังหวัดอยุธยา ประทีติ สัตตสุข (2019) เห็นว่า ช่วงทศวรรษนี้ที่มีกระแสปฏิรูปและปกป้องพระพุทธศาสนาจากลัทธิบริโภคนิยมและ “พุทธพาณิชย์” ที่ฆราวาสมีบทบาท พระสายวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงฆ์เหล่านี้ก็เป็นกลุ่มหลักในการเคลื่อนไหวเรียกร้องการอุปถัมภ์จากรัฐ¹ อาทิ ศูนย์พิทักษ์พระพุทธศาสนาแห่งประเทศไทย ที่เรียกร้องให้มีกระทรวงพุทธศาสนาและประกาศให้เป็นพุทธศาสนาประจำชาติ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการรักษาความเป็นอิสระในการปกครองตนเองในเรื่องการแต่งตั้งสมณศักดิ์และการจัดการทรัพย์สินของวัด แม้ข้อเรียกร้องให้ตั้งกระทรวงพุทธและมีศาสนาประจำชาติจะไม่สำเร็จ เนื่องจากขัดต่อรัฐธรรมนูญและละเมิดสิทธิของผู้นับถือศาสนาอื่น แต่รัฐบาลสมัยทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีการปฏิรูประบบราชการใหม่ ก็ตั้งสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) ในปี พ.ศ. 2545 เป็นหน่วยงานใต้กำกับของสำนักนายกรัฐมนตรีที่มีหน้าที่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจการคณะสงฆ์ เช่น การบูรณะและก่อสร้างวัด การศึกษาพระปริยัติธรรม การเผยแผ่ศาสนา ตลอดจนจ่ายเงินนิตยภัต (เงินเดือน) ของพระสังฆาธิการและพระที่มีสมณศักดิ์² (เงินนิตยภัตมี

¹ ในช่วงนี้ยังมีพระสงฆ์กว่า 5,000 รูป ชุมนุมบริเวณพุทธมณฑล เรียกร้องไม่ให้รัฐก้าวล่วงคณะสงฆ์ในประเด็นเรื่องการจัดตั้งสมเด็จพระสังฆราชของคัมภีร์ใหม่ แกนนำแถลงการณ์บอกว่ารัฐมีเพียงหน้าที่บำรุงศาสนา ไม่ใช่สั่งการคณะสงฆ์ด้วยกฎหมาย หากจะบริหารก็ต้องผ่านการปรึกษากับมหาเถรสมาคม และทำงานผ่านการออกนโยบาย (สรราชัย สุภัคควนิช, 2564, น. 33-34)

² นอกจากเงินงบประมาณจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ วัดและพระสงฆ์ยังได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ เช่น กรมศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานทรัพย์สินพระมหากษัตริย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรเอกชนอีกด้วย มีงานศึกษาในปี 2555

ตั้งแต่ 1,200 บาทต่อเดือน สำหรับเจ้าอาวาส จนถึง 37,700 บาทต่อเดือน สำหรับสมเด็จพระสังฆราช และในแต่ละปี สำนักพุทธต้องจ่ายเงินนิตยภัตให้พระสงฆ์มากกว่า 1,000 ล้านบาท (Prakirati Satasut, 2019, p. 44; ประชาไท, 23 พฤศจิกายน 2562)¹

ช่วงทศวรรษ 2550 พระสงฆ์ยังรวมกลุ่มเคลื่อนไหวทางการเมืองอีกหลายครั้ง เช่น ผลักดันให้พุทธเป็นศาสนาประจำชาติ (พ.ศ. 2550) และต่อต้านการเข้าตลาดหุ้นไทยของธุรกิจสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ศ. 2551) ที่มีพระสงฆ์หลายกลุ่ม ตั้งแต่มวลชนจากวัดพระธรรมกาย สันติอโศก พระพยอม กัลยาโณ เข้าร่วม (ภิญญพันธ์, 2562) ที่สำคัญคือ พระสงฆ์จำนวนมากไม่เว้นแม้แต่พระเถระได้เข้าร่วมเคลื่อนไหวกับกลุ่มประชาชนทั้งเสื้อเหลืองและเสื้อแดง เช่น หลวงตามหาบัว วัดป่าบ้านตาด ที่วิจารณ์รัฐบาลทักษิณเป็นระยะ พระธรรมเมธาภรณ์ (พระมหาธรรมาธิปไตย) อดีตผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดบวรนิเวศ ที่มีสายสัมพันธ์กับกลุ่มคนเสื้อแดง กลุ่มสันติอโศกที่เคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ตลอดจนพระพุทธรักษา เจ้าอาวาสวัดอ้อน้อย ที่มีบทบาทสำคัญในฐานะแกนนำของคณะกรรมการประชาชนเพื่อประชาธิปไตยแบบมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข (กปปส.) ที่ต่อต้านเครือข่ายของทักษิณ โจมตีวัดพระธรรมกายและเรียกร้องให้มีการปฏิรูปมหาเถรสมาคม ตั้งแต่ช่วงหลังรัฐประหาร พ.ศ. 2557 (Prakirati Satasut, 2019, p. 189)

ช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ที่กลุ่มราษฎรและมีอบเยาวชนเคลื่อนไหวบนท้องถนน พระสงฆ์และสามเณรบางกลุ่มก็ออกมาเรียกร้องในนาม “คณะปฏิสังขรณ์การพระศาสนาใหม่” ให้มีการปรับโครงสร้างการปกครองคณะสงฆ์ใหม่ให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ลดการรวมศูนย์อำนาจและสร้างรัฐฆราวาสที่แยกศาสนาออกจากการควบคุมของรัฐ (secular state) ชื่อเรียกร้องที่สำคัญก็เช่น แก้วไข พ.ร.บ.คณะสงฆ์ พ.ศ. 2505 (รวมถึงฉบับ 2561) แล้วใช้โครงสร้างแบ่งแยกอำนาจแบบปี พ.ศ. 2484 ยิ่งกว่านั้น พระเณรกลุ่มนี้ยังเรียกร้องให้ “ไม่มีมหาเถรสมาคม ไม่มีสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ ไม่มีอำนาจกษัตริย์ (ในการแต่งตั้งหรือถอดถอนสมณศักดิ์) และคืนความเป็นพลเมืองให้แก่พระสงฆ์ (สิทธิในการเลือกตั้ง สิทธิเสนอกฎหมาย)” (“คุยกับนักวิชาการผู้สนใจพุทธศาสนาไทย”, 2564)

จากวัด 490 แห่งทั่วประเทศ พบว่า แต่ละวัดจะมีรายได้เฉลี่ย 3,200 ล้านบาทต่อปี ขณะที่มีรายจ่ายประมาณ 2,800 ล้านบาทต่อปี (Prakirati Satasut, 2019, pp. 38-39)

¹ ประกิริติ สัตสุต เห็นว่าคณะสงฆ์ไม่เพียงถูกกำกับด้วย “กฎของสงฆ์” แต่ยังต้องปฏิบัติตาม “กฎหมายบ้านเมือง” (รัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติคณะสงฆ์) และหลายครั้ง “กฎอันหลากหลาย” (legal pluralism) เหล่านี้ก็ขัดแย้งกัน (ประชาไท, 2562; Prakirati Satasut, 2019)

แต่ข้อเรียกร้องของพระสงฆ์กลุ่มนี้ก็ไม่ได้รับการตอบสนอง สมาชิกหลายคน ถูกเจ้าอาวาสไล่ออกจากวัดหรือจับสึกในข้อหาขัดคำสั่งผู้บังคับบัญชา ฝ่าฝืนคำสั่งมหาเถรสมาคมปี พ.ศ. 2538 และคำสั่งเจ้าคณะปกครองฉบับพิเศษปี 2560 ที่ห้ามพระสงฆ์ทำกิจกรรมที่กระทบกระเทือนความมั่นคงของชาติ ศาสนา และกษัตริย์ และให้อำนาจเจ้าอาวาสในการขับไล่พระเณรและคฤหัสถ์ที่ไม่อยู่ในโอวาทออกจากวัดได้ ยิ่งกว่านั้น ดูเหมือนว่าคำสั่งเหล่านี้ยังไม่พอที่จะใช้กำราบ “แก๊งแครอท” และ “เบบี้แครอท” มหาเถรสมาคมจึงมีมติอีกหลายข้อที่ห้ามพระภิกษุสามเณรยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมทางการเมือง อย่างไรก็ตาม น่าสังเกตว่าในช่วงเวลาเดียวกัน มหาเถรสมาคมกลับมีมติให้พระสงฆ์ทั่วประเทศเทศน์ให้ประชาชนรักชาติ ศาสน์ กษัตริย์ (มติมหาเถรสมาคมที่ 579/2563) สวดมนต์ถวายพระพร สวดมนต์ต่ออายุให้กับสมาชิกราชวงศ์ และเมื่อมีการประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ สงฆ์ไทยยังถูกคาดหวังให้ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพติดตัวเพื่อไปเทศนาแก่ฆราวาส โดยเฉพาะหลังการระบาดของโคโรนาไวรัสตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 พระสงฆ์ก็ต้องสวดมนต์เพื่อขจัดปัดเป่าโรคร้ายตามมติของมหาเถรสมาคมและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (“คุยกับนักวิชาการผู้สนใจพุทธศาสนาไทย”, 2564)

การทบทวนส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า นอกเหนือจากการกำกับดูแลผ่านกฎหมายและโครงสร้างคณะสงฆ์อย่างเป็นทางการแล้ว รัฐไทยยังได้ใช้ประโยชน์จากสถานะทางสังคม ความน่าเชื่อถือ และเครือข่ายของพระสงฆ์ ในการขับเคลื่อนนโยบายและธำรงรักษาความมั่นคงของประเทศ

1.3.3 พระสงฆ์ในสังคมทุนนิยมและบริโภคนิยม

นับตั้งแต่ทศวรรษ 2540 มีงานศึกษาเรื่องการทำผิดวินัยของพระสงฆ์จำนวนมาก เรื่องที่พูดถึงก็เช่นเรื่องเพศ¹ การครอบครองทรัพย์สิน และการบิดเบือนคำสอนของพระพุทธเจ้า เช่นงานวิทยานิพนธ์ของประเกียรติ สัตสุต (2019) ที่พูดถึงกระแสปฏิรูปพุทธศาสนาในช่วงหลังรัฐประหาร พ.ศ. 2557 ที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ซึ่งมีภารกิจปฏิรูปกิจการภายในประเทศหลายด้านรวมถึงด้านพุทธศาสนา นำไปสู่การตั้งคณะกรรมการปฏิรูปแนวทางและมาตรการปกป้องพิทักษ์กิจการพระพุทธศาสนา ที่เสนอการจัดการทรัพย์สินของวัดและพระสงฆ์เสียใหม่ให้โปร่งใสและตรวจสอบได้ จัดระเบียบพระสงฆ์ที่ไม่ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยด้วยการทำบัตรประชาชนของพระสงฆ์และทำฐานข้อมูลเพื่อติดตามประวัติการทำผิดวินัยและ

¹ ตัวอย่างข่าวพระมั่วสีกาก็เช่น สมี่เจี๊ยะบ (พ.ศ. 2532) พระนิกร (พ.ศ. 2534) พระยันตระ (พ.ศ. 2537) ภาวนาพุทธโธ (พ.ศ. 2538) (ภิญญพันธ์ พจนานุกรม, 2562)

คติความทางโลกของพระสงฆ์ทั่วประเทศ รวมถึงปฏิรูปองค์กร เช่น มหาเถรสมาคมและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติที่หย่อนยาน ทุจริต เอื้อประโยชน์ให้มีคนหากินกับศาสนา เนื่องจากกลุ่มปฏิรูปศาสนาเหล่านี้เห็นว่า วัดไทยในปัจจุบันถูกทำให้เป็นร้านสะดวกซื้อหรือดำเนินกิจการพุทธพาณิชย์ (Buddhist commercialization) และพระสงฆ์เป็นเพียงผู้ให้บริการด้านการดูแลดวงทำพิธีสะเดาะเคราะห์ สักยันต์ ปลุกเสกเครื่องรางของขลัง หรือไ้ห่วย ขณะเดียวกันพระระดับสังฆาธิการก็แข่งกันสร้างโบสถ์วิหารหรืออาคารต่าง ๆ ที่หรูหราใหญ่โตเพื่อแสดงความเหนือกว่าและเพื่อขอตำแหน่งในทางคณะสงฆ์ที่สูงขึ้น (Prakirati Satasut, 2019, p. 114)

ประทีรดิอธิบายว่า เป้าหมายหลักของกลุ่มปฏิรูปศาสนาในช่วงนี้คือ วัดพระธรรมกายและพระธัมมชโย เจ้าอาวาส ซึ่งถูกกล่าวหาว่าซื้อที่ดินจากชาวบ้านแบบผิดกฎหมายถือครองทรัพย์สินจำนวนมาก รวมถึงตีความคำสอนและพระธรรมวินัยผิดเพี้ยนเพื่อหาผลประโยชน์เข้าวัดมาตั้งแต่ทศวรรษ 2540 แต่มหาเถรสมาคมก็มีมติว่าพระธัมมชโยไม่มีความผิด (แม้สมเด็จพระสังฆราชเขียนจดหมายแสดงความไม่เห็นด้วยกับมติดังกล่าว) แต่เรื่องของวัดพระธรรมกายถูกรื้อฟื้นอีกครั้งหลังสมเด็จพระสังฆราชสิ้นพระชนม์ในปี พ.ศ. 2556 ตาม พ.ร.บ.คณะสงฆ์ 2535 ผู้ที่น่าจะได้รับการแต่งตั้งเป็นสมเด็จพระสังฆราชองค์ต่อไปคือ “สมเด็จพระเจี้ยว” ซึ่งไม่เพียงเป็นสมเด็จพระราชาคณะที่มีอาวุโสสูงสุด แต่ยังเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนสมเด็จพระสังฆราชรูปเดิมที่ประจวบเป็นเวลานาน แต่ท่านก็มรณภาพเสียก่อน ผู้ที่อยู่ในลำดับถัดไปคือ “สมเด็จพระช่วง” หรือสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้ามิ่งมงคลจารย์ วัดปากน้ำภาษีเจริญ ก็ถูกเชื่อมโยงกับวัดพระธรรมกายที่มีคดีอื้อฉาวเรื่องเงินทองในหลายคดี เช่น คดีที่อดีตผู้บริหารสหกรณ์เครดิตยูเนียนคลองจั่นยกยอกเงินกว่า 10,000 ล้านบาท และบริจาคเงินบางส่วนให้พระธัมมชโย เมื่อกรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) ขยายผลตรวจสอบบัญชีของวัดทั่วประเทศก็กลายเป็นมหากาพย์ที่เปิดโปงการทุจริตของคณะสงฆ์ โดยเฉพาะมหานิกาย และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ที่ผู้อำนวยการต้องลาออกและหนีไปต่างประเทศ (Prakirati Satasut, 2019)

ในที่สุดรัฐก็ประกาศใช้ พ.ร.บ.คณะสงฆ์ฉบับใหม่ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งไม่เพียงให้อำนาจกษัตริย์ในการแต่งตั้งสมเด็จพระสังฆราชแต่ยังมีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอนสมณศักดิ์ในลำดับรองลงมา ขณะเดียวกันรัฐบาล คสช. ก็ประกาศแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา พ.ศ. 2560-2564 ที่มีเป้าหมายให้มหาเถรสมาคมตั้งคณะกรรมการปฏิรูปด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านปกครอง (ส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรผ่านสื่อ การवादเจริญพระพุทธรูป สวดเฉลิมพระเกียรติ การบรรพชาอุปสมบทถวายเป็นพระราชกุศล การปฏิบัติธรรม พัฒนาระบบบริหารภายในวัดตามหลักธรรมาภิบาล พัฒนาระบบสารสนเทศ พัฒนาบุคลากร เช่น พระสังฆาธิการ พระอุปัชฌาย์ พระวินยาธิการ รวมถึงไวยาวัจกร) ด้านศาสนศึกษา (การศึกษาพระปริยัติธรรม ธรรมศึกษา

บาลีศึกษา พัฒนาศักยภาพผู้บริหารศาสนาศึกษา ครูสอนพระปริยัติ) ด้านศึกษาสงเคราะห์ (สนับสนุนทุนการศึกษา ขยายโอกาสให้ฆราวาส สถานศึกษาเชิงพุทธ หลักสูตรพระพุทธรูปศาสนา วันอาทิตย์ หลักสูตรพระอภิธรรมสำหรับคฤหัสถ์) ด้านเผยแผ่ (เพิ่มช่องทางการสื่อสารเชิงรุก สถานีวิทยุโทรทัศน์ทางพุทธ กิจกรรมหมู่บ้านรักษาศีล 5 พัฒนาสถานที่ปฏิบัติธรรม พระวิปัสสนาจารย์ พระนักเผยแผ่) ด้านสาธารณูปการ (โครงการวัดเสริมสร้างความสุข) และด้านสาธารณสงเคราะห์ (กิจกรรมช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ผู้เดือดร้อนไร้ที่พึ่ง อบรมพระนักพัฒนา พระคิลานุปัฏฐาก)

การทบทวนในส่วนนี้ทำให้เห็นว่า วินัยสงฆ์ที่บัญญัติตั้งแต่สมัยพุทธกาล รวมถึงกฎหมายคณะสงฆ์ฉบับเดิม ไม่อาจตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมของโลกทุกวันนี้และบริโศคนิยมได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ประเทศไทยจึงต้องหามาตรการใหม่เพื่อกำกับควบคุมพระสงฆ์ให้อยู่ในร่องในรอย ได้แก่ การออกพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ฉบับใหม่และแผนการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา สภาพแวดล้อมของสังคมสมัยใหม่ ซึ่งมีการบริจาดเครื่องสักการะอย่างอุดมสมบูรณ์และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ได้ง่าย ได้สร้างเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการดำรงวินัยของพระสงฆ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยงที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตแบบทุนนิยมและบริโศคนิยม เช่น การฉันทัดอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary habit) ซึ่งล้วนเป็นบริบทสำคัญที่เอื้อต่อการเป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

1.3.4 สุขภาวะพระสงฆ์

แนวโน้มงานวิจัยล่าสุดที่เกี่ยวกับพระสงฆ์คือเรื่องสุขภาวะ ที่เริ่มปรากฏชัดตั้งแต่กลางทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา อาทิ สุขภาวะของพระสงฆ์ ปี ๒๕๕๕ ของพินิจ ลาภธนานนท์ (2556) ที่เก็บข้อมูลจากพระสงฆ์ 246 รูป ใน 33 วัด ในปี พ.ศ. 2553-2554 พบว่า พระสงฆ์มากกว่าครึ่งไม่เพียงมีน้ำหนักเกินและอยู่ในเกณฑ์อ้วน แต่ยังอาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการได้รับพลังงานเกินกว่าปริมาณที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ในแต่ละวันจากการฉันทอาหารที่หวานมันเค็มและเครื่องดื่มที่หวานจัด รวมถึงขาดการออกกำลังกาย

วัชรินทร์ ออระอ (2557) ศึกษาพระสงฆ์ 42 รูปจาก 3 วัด ที่อยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ และฆราวาสที่ใส่บาตร 20 คน นิคมอุตสาหกรรมแห่งนี้เริ่มสร้างตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2520 เพื่อเป็นแหล่งจ้างงานและย้ายโรงงานออกจากกรุงเทพฯ ชาวบ้านในพื้นที่บางส่วนถูกเวนคืนที่ดิน บางส่วนก็ขายที่ดินซึ่งเป็นทุ่งนาและบ่อเลี้ยงปลาสดและกุ้ง แล้วย้ายไปหางานทำในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะคนรุ่นหนุ่มสาว โรงงานจำนวนมากที่เพิ่งสร้างเสร็จจึงต้องจ้าง

แรงงานจากภาคเหนือและภาคอีสาน ประชากรกลุ่มใหม่ซึ่งมีรายได้ไม่มากนัก แล้วยังเช่าห้องพัก รายเดือนและต้องส่งเงินกลับบ้านเหล่านี้ ใส่บาตรเป็นประจำทุกวันและเป็นแหล่งที่มาหลักของ ภัตตาหารที่พระสงฆ์ได้รับ แต่คนกลุ่มนี้มักซื้ออาหารชุดที่ร้านค้าจัดไว้ขายคนใส่บาตรโดยเฉพาะ ชุดละ 20 บาท มีทั้งข้าว ของคาวที่ส่วนมากเป็นแกงกะทิใส่เนื้อสัตว์หรือผัดผักที่มีน้ำมันเยอะ ของหวานหรือขนม และน้ำเปล่า เนื่องจากหอพักส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้ทำอาหารและอาหารชุดเช่นนี้ ก็มีราคาถูกกว่าร้านข้าวแกงทั่วไปที่เฉพาะแกงอย่างเดียวก็ชุดละ 30 บาท ข้าวเปล่า 5-10 บาท เมื่อรวมน้ำ ผลไม้และขนมก็ตกประมาณ 50-60 บาท นอกจากนี้ งานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ ส่วนใหญ่นอกจากเดินบิณฑบาตประจำวันแล้วก็ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างอื่น อาทิ กวาดลานวัด ทำความสะอาด เติมน้ำมัน ยกน้ำหนัก หรือวิดพื้น ทำให้พระสงฆ์ในชุมชนแห่งนี้หลายรูปเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ

โรชนี อุปรา และทักษิภา ชัชรรัตน์ (2559) ที่พบว่า แต่ละปีมีพระสงฆ์อาพาธ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 70,000-80,000 รูป ส่วนใหญ่อาพาธเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไขมันในเลือดสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ ก่อให้เกิดโรคก็คือการฉันทอาหารที่หวานจัด มันจัด เค็มจัด และน้ำปานะที่มีน้ำตาลสูง พระสงฆ์ ส่วนใหญ่ยังออกกำลังกายน้อย คือนอกจากเดินบาตร สวดมนต์ และทำสมาธิซึ่งเป็นกิจของสงฆ์แล้วก็ไม่ออกกำลังกายแบบอื่นเลย เนื่องจากกลัวทำผิดพระธรรมวินัยและไม่รู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ที่สำคัญ พระสงฆ์หลายรูปยังสูบบุหรี่เป็นประจำ

งานวิจัยเหล่านี้ตั้งโจทย์เหมือนกันคือดูโรคที่พระสงฆ์ป่วยและอธิบายสาเหตุ/ ปัจจัยเสี่ยงของโรค ซึ่งก็เจอข้อค้นพบเหมือนกันว่า การที่พระสงฆ์ไทยอาพาธเป็นโรคไม่ติดเชื่อเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นเพราะพฤติกรรมการ ฉันทอาหารและการออกกำลังกาย โดยเฉพาะงานวิจัยของวัชรินทร์ ออละออล (2557) ซึ่งศึกษา พื้นที่เฉพาะและทำให้เราเห็นภาพชัดขึ้นว่าภัตตาหารที่ทำให้พระสงฆ์ป่วยมาจากไหน

การทบทวนวรรณกรรมทำให้เห็นว่า งานวิจัยเกี่ยวกับพระสงฆ์ที่ผ่านมาสนใจ เรื่องที่รัฐกำหนดบทบาท/สถานะของพระสงฆ์ และควบคุมคณะสงฆ์ผ่านพระธรรมวินัยและกฎหมาย ฉบับต่าง ๆ เช่น ในปัจจุบันสงฆ์ไทยก็จะอยู่ใต้การกำกับของ พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2561 ที่นำเสนอใจก็คืองานวิจัยกลุ่มสุดท้ายที่ศึกษาสุขภาพะ ซึ่งผู้เขียนให้ความสำคัญเป็นพิเศษ และเสนอว่า งานกลุ่มนี้ทำให้เราเห็นการกำกับพระสงฆ์ของรัฐเปลี่ยนไปอย่างสำคัญ นั่นคือ นับตั้งแต่ ทศวรรษ 2550 รัฐซึ่งเคยใช้อำนาจควบคุมพระสงฆ์ผ่านกฎหมายบ้านเมือง กฎหมายคณะสงฆ์ และพระธรรมวินัย รวมถึงมอบอำนาจให้สมเด็จพระสังฆราชและมหาเถรสมาคม ก็ใช้ความรู้และ

ปฏิบัติการทางการแพทย์สมัยใหม่กำกับประชากรพระสงฆ์ให้มีสุขอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ด้วย เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่รัฐ ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

1.4 กรอบการวิเคราะห์

1.4.1 ประชากรกับการกำกับผ่านชีวอำนาจ

ผู้เขียนใช้แนวทางวิเคราะห์อำนาจของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เป็นกรอบการวิเคราะห์การจัดการสุขภาวะพระสงฆ์และการสร้างสังคมสุขภาวะในประเทศไทย โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องอำนาจเหนือชีวิต (power over life) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบริหารจัดการชีวิต ความอยู่รอด และความอยู่ดีมีสุขของผู้คน ผ่านเทคโนโลยีและกลไกอำนาจหลายรูปแบบ โดยเฉพาะในคำบรรยายเรื่อง *Security, Territory, Population* (2007) ฟูโกต์สืบสาววงศาวินิจฉัยของอำนาจ และแสดงให้เห็นว่า แม้อำนาจแต่ละรูปแบบนั้นถือกำเนิดและมีกลวิธีทำงานแตกต่างกัน แต่ก็อยู่ร่วมกัน แทรกซึม ซ้อนทับ และปรับเปลี่ยนซึ่งกันและกันได้อย่างไร อำนาจรูปแบบใหม่ไม่ได้เข้ามาแทนที่อำนาจรูปแบบเดิม แต่ผสมผสาน ปรับใช้ หรือดัดแปลงเทคโนโลยีอำนาจแบบเดิมภายใต้เหตุผลใหม่

ฟูโกต์อธิบายว่า อำนาจในรูปแบบดั้งเดิมซึ่งเป็นแกนหลักของรัฐสมัยใหม่ในโลกตะวันตกตั้งแต่ยุคกลางเป็นต้นมา คืออำนาจของกษัตริย์หรือองค์อธิปัตย์ ซึ่งทรงถือครองสิทธิในการพรากชีวิต หรือปล่อยให้ชีวิตต่อ (ละเว้นการฆ่า) อำนาจนี้เรียกว่า อำนาจอธิปไตย (sovereign power) ซึ่งโยงกับการปกครองดินแดน (“พระเจ้าแผ่นดิน”) และการมีอำนาจเหนือไพร่ในอาณาเขต (“นายเหนือหัว”) ผ่านการเรียกร้องหรือแย่งยึดผลผลิต (ส่วย ภาษีอากร) ทรัพย์สิน ร่างกาย และเวลา (เช่น การเกณฑ์แรงงานในยามปกติ หรือการเกณฑ์ทหารในยามศึกสงคราม) โดยมักใช้หรือข่มขู่ว่าจะใช้ความรุนแรงเพื่อปราบผู้ที่ไม่สยบยอม ผู้ท้าทายอำนาจ หรือผู้ฝ่าฝืนกฎหมายซึ่งเปรียบเสมือนเจตนากรรมขององค์อธิปัตย์ เช่นกรณีของแดเมียงส์ ผู้พยายามลอบปลงพระชนม์กษัตริย์ ซึ่งถูกลงโทษประหารชีวิตด้วยวิธีการทรมานต่อหน้าสาธารณชน เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ละเมิดพระราชอำนาจจะต้องถูกตอบโต้ด้วยความรุนแรง การลงโทษจึงมีลักษณะเป็นการแก้แค้น (rejoinder) มากกว่าการฟื้นฟูหรือการเยียวยา (Foucault, 1975, 1978)

อย่างไรก็ดี แม้อำนาจอธิปัตย์ดูเหมือนจะมีความเบ็ดเสร็จเด็ดขาด แต่ก็ไม่ได้ปราศจากแรงต้าน โดยเฉพาะการใช้ความรุนแรงอย่างการประหารชีวิตต่อหน้าธารกำนัล ซึ่งอาจสร้างความเห็นใจต่อผู้กระทำความผิด และอาจก่อให้เกิดความไม่พอใจ การขัดขืน หรือแม้กระทั่งการลุกฮือก่อจลาจลได้ เมื่อถึงปลายศตวรรษที่ 18 และต้นศตวรรษที่ 19 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ประชากรในยุโรป

ตะวันตกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่อำนาจเดิมที่อิงกับการข่มขู่และการลงทัณฑ์เริ่มสูญเสียความชอบธรรม ผู้ปกครองรัฐจึงจำเป็นต้องหาวิธีใหม่ในการควบคุมและจัดการกับประชากรเหล่านี้

ในช่วงนี้ ฟูโกต์เสนอว่า กลไกอำนาจรูปแบบใหม่ได้ถือกำเนิดขึ้นเพื่อควบคุมและบริหารจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประชากรในเขตแดน โดยจะเน้นการผลิต ส่งเสริมศักยภาพ และพุ่มพิภพชีวิต มากกว่าจะกดปราบหรือทำลาย ซึ่งสะท้อนแนวคิดอำนาจเหนือชีวิต (power over life) ฟูโกต์ชี้ให้เห็นว่า อำนาจนี้มีพัฒนาการในสองทิศทาง ได้แก่

1) กายวิภาคการเมือง (anatomo-politics) คือแนวทางที่มุ่งจัดระเบียบ เรือนร่างทางสังคมและร่างกายของพลเมือง แม้ว่าความพยายามในการควบคุมร่างกายมนุษย์จะมีมานานแล้ว แต่ฟูโกต์เสนอว่า อำนาจสร้างวินัย (disciplinary power) มีลักษณะเฉพาะที่ต่างออกไป คือเป็นอำนาจที่ทำงานในระดับปเล็กย่อย (infinitesimal power) และใส่ใจกับรายละเอียดของร่างกายมนุษย์ ซึ่งถูกแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น แขน ขา ลำตัว และศีรษะ แล้วจึงฝึกฝนให้แต่ละส่วนทำหน้าที่เฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การเคลื่อนไหวอย่างสอดประสาน การควบคุมท่วงท่า ตลอดจนการเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ผลลัพธ์คือ ร่างกายมนุษย์กลายเป็นวัตถุที่อำนาจสามารถสำรวจ ตรวจสอบ รื้อ แล้วประกอบสร้างขึ้นมาใหม่ เพื่อให้เป็น “ร่างกายใต้บังคับการ” (docile body) ซึ่งฟูโกต์หมายถึงร่างกายที่เชื่อฟัง สบายยอม ปราศจากโรคภัย ขณะเดียวกันก็มีความรู้ ทักษะ รวมถึงศักยภาพที่จะนำไปใช้สร้างอรรถประโยชน์ทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองให้แก่รัฐ (Foucault, 1975)

ฟูโกต์เสนอว่า อำนาจวินัยทำงานผ่านเทคนิคสำคัญ ได้แก่ ศิลปะการจัดวาง (the art of distribution) ที่จำแนกมนุษย์ออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตามเกณฑ์บางประการ แล้วจัดวางให้อยู่ในพื้นที่เฉพาะ ซึ่งมักเป็นพื้นที่ปิดหรือกึ่งคุมขัง เช่น อารามสงฆ์ คุก ค่ายทหาร หรือ โรงงาน ซึ่งมีการควบคุมการเข้าออกอย่างเข้มงวด เพื่อเพิ่มอรรถประโยชน์สูงสุดและลดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ภายในพื้นที่ปิดเหล่านี้ ร่างกายมนุษย์จะถูกแบ่ง (partitioning) ตามความรู้ ทักษะ และศักยภาพของแต่ละคน อีกทั้งยังมีการจัดลำดับชั้น (rank) ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ในชั้นเรียน นักเรียนแต่ละคนถูกจัดวางตามอายุ ความรู้ความสามารถ และพฤติกรรม นอกจากนี้ สถาปัตยกรรมของอาคารยังถูกออกแบบเพื่อให้ร่างกายที่อยู่ภายในถูกมองเห็นได้ง่าย เป็นการเอื้อให้อำนาจสามารถสำรวจ ตรวจสอบ และจับจ้องได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังมีการจัดโครงสร้างทางอำนาจที่ลดหลั่นลงมา และใช้หน่วยถ่ายทอดอำนาจ (relay) เพื่อสร้างระบบการกำกับดูแล (supervision) แบบไม่ขาดช่วง ตัวอย่างเช่น ในโรงงานอุตสาหกรรม มีการจ้างบุคลากรเฉพาะทางมาทำหน้าที่สังเกต และบันทึกพฤติกรรมของพนักงาน เพื่อประเมินสมรรถนะและคัดกรอง หากใครไม่สามารถทำงานได้ตามเป้า ขาดทักษะ หรือไม่ตั้งใจทำงาน อาจถูกเลิกจ้าง ส่วนในโรงเรียน นักเรียนบางคนได้รับ

การแต่งตั้งให้เป็นผู้ช่วย ไม่เพียงช่วยสอนหรือทำงานธุรการทั่วไป แต่ยังทำหน้าที่เฝ้าสังเกตแทนครู เช่น รายงานพฤติกรรม การพูดคุยในชั้นเรียน การขาดเรียน หรือการไม่พกอุปกรณ์การเรียน เพื่อจำแนกพวก “ตัวปัญหา” ในโรงเรียน ฟูโกต์เรียกการสอดส่องเช่นนี้ว่า การเฝ้าสังเกตตามลำดับชั้น (hierarchical observation) (Foucault, 1975, pp. 141-149, 170-177)

อำนาจเชิงวินัยยังรวมถึงการควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ผ่าน “ตารางเวลา” (time-table) ซึ่งเป็นเทคนิคที่กำหนดจังหวะการใช้ชีวิตและคุณภาพของการใช้เวลาอย่างละเอียด เทคนิคนี้เห็นได้ชัดเจนในสถาบันที่เคร่งระเบียบวินัย เช่น กองทัพ โดยเฉพาะในโรงเรียนเตรียมทหาร ที่รับนักเรียนเข้าฝึกตั้งแต่เด็ก ในสถาบันเหล่านี้ เวลาในแต่ละวันจะถูกแบ่งซอยเป็นช่วง ๆ ต่อเนื่องกัน แต่ละช่วงมีจุดสิ้นสุดที่ชัดเจน เช่น เวลาเรียน เวลาฝึก เวลาทานอาหาร และเวลาพักผ่อน ตารางเวลาของนักเรียนแต่ละชั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัน สัปดาห์ หรือภาคการศึกษา กระบวนการฝึกยังถูกจัดเรียงตามลำดับความยากและความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งหลังการฝึกแต่ละช่วงอาจมีการประเมินความสามารถ ผู้ไม่ผ่านเกณฑ์จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าสู่การฝึกขั้นต่อไป เวลาในระหว่างการฝึกยังถูกแบ่งออกเป็นหน่วย ตั้งแต่ชั่วโมง นาที จนถึงวินาที เพื่อให้มั่นใจว่าทุกช่วงเวลาถูกใช้อย่างคุ้มค่าและไม่สูญเปล่า และมีระเบียบข้อบังคับที่ห้ามนักเรียนมาสาย เอ้อระเหยล่อยชา ย่ำเท้าเหลวไหล หยอกล้อกับเพื่อน หรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น เมมาสุรา กิจกรรมต่าง ๆ ถูกกำหนดจังหวะด้วยสัญญาณ เช่น เสียงกลอง ระฆัง นกหวีด หรือคำสั่งของผู้ฝึก เพื่อให้การเคลื่อนไหวของร่างกายสอดประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในการเดินแถว การสั่งหันซ้าย หันขวา การพักตามระเบียบ และการใช้งานอาวุธยุทโธปกรณ์ เช่น การทำวันทยาวิธ ซึ่งถูกแบ่งเป็นองค์ประกอบย่อย และจัดเรียงเป็นลำดับเพื่อสร้างท่วงท่าที่สมบูรณ์ ดังนั้น อำนาจวินัยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาาระบบสั่งการที่เด็ดขาด ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีการอธิบายหรือชี้แจงเหตุผล แต่เน้นผลลัพธ์คือ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร่างกายของนักเรียนจึงต้องอยู่ในภาวะพร้อมตอบสนองคำสั่งอย่างเคร่งครัด และอัตโนมัติ การฝ่าฝืนหรือปฏิบัติผิดจังหวะ แม้เพียงเล็กน้อย ก็ถือเป็นความผิดที่ต้องได้รับการแก้ไข (Foucault, 1975, pp. 149-169)

นอกจากการควบคุมผ่านตารางเวลาแล้ว ฟูโกต์ยังเสนอว่า อำนาจเชิงวินัยจำเป็นต้องอาศัยกลไกที่เรียกว่า การชี้ขาดความปกติวิสัย (normalizing judgement) ซึ่งหมายถึง การลงโทษในระดับย่อย (micro-penalty) กลไกนี้ผนวกมิติต่าง ๆ ของชีวิต ไม่ว่าจะเล็กน้อยเพียงใด เข้ามาอยู่ในโครงข่ายของอำนาจอย่างทั่วถึง เพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ถูกฝึกอยู่เสมอ จนทำให้เกือบทุกพฤติกรรมสามารถถูกตัดสินและลงโทษได้ พฤติกรรมที่อาจถูกลงโทษไม่จำกัดแค่การละเมิดกฎ เช่น การมาสาย การขาดเรียน หรือการหลีกเลี่ยงหน้าที่เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการกระทำที่ไม่ได้รับอนุญาต เช่น การใจลอย ขาดความตั้งใจ ความเฉื่อยชา ความหยาบคาย การพูดมากหรือไม่สุภาพ

ความสกปรก หรือแม้แต่พฤติกรรมหรือทัศนคติทางเพศที่ไม่พึงประสงค์ หากผู้ถูกฝึกไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบ ไม่ทำตามระดับความสามารถที่คาดหวัง ซึ่งอิงกับระยะเวลาที่ฝึก ช่วงวัย หรือสรีระร่างกาย ก็จะต้องถูกลงโทษ ซึ่งอาจมีตั้งแต่การลงโทษทางร่างกายเบา ๆ การริบสิทธิหรือยึดสิ่งของ หรือการทำให้อับอาย อย่างไรก็ตาม ฟูโกต์เห็นว่า หัวใจของการลงโทษเชิงวินัยอยู่ที่การแก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (correctional training) ผ่านการฝึกหัดและฝึกฝนซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องและเข้มข้นขึ้น บางครั้ง ผู้ฝึกสอนจะเลือกใช้รางวัลมากกว่าการลงโทษ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจเชิงบวก ตัวอย่างเช่นนักเรียนที่เรียนไม่ดีและเกียจคร้านอาจได้รับการชักจูงให้เห็นว่า หากขยันหมั่นเพียรก็จะได้รับผลลัพธ์ที่ดีและประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับผู้ที่ขยัน แทนที่จะเป็นการขู่ให้กลัวด้วยการลงโทษ ฟูโกต์ชี้ว่า เทคนิคสำคัญของการชี้ขาดความปกติทำงานผ่านการจัดประเภทบุคคล (differentiation) ออกเป็น “คนปกติ” (หรือคนดี) กับ “คนผิดปกติ” (หรือคนไม่ดี) ระหว่างสองขั้วนี้ ก็จะมีคนที่มีพฤติกรรมปกติบ้างผิดปกติบ้างในระดับที่แตกต่างกันไป พร้อมกันนี้ยังมีการจัดทำบัญชีความผิด (penal accountancy) เพื่อบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งแต่ละพฤติกรรมจะถูกให้คะแนนและตัดสินคุณค่า นักเรียนที่มีความสามารถหรือประพฤติดีอาจได้รับสิทธิพิเศษ เช่น การเว้นโทษ บางอย่างหรือให้รางวัล ซึ่งสิทธิพิเศษนี้ไม่เพียงเป็นสิ่งจูงใจ แต่ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการลงโทษ เช่น การริบคืน หรือการขู่ว่าจะไม่เลื่อนชั้นหรือปลดออกหากประพฤติไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ผู้ถูกฝึกจึงเผชิญแรงกดดันในการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับบรรทัดฐาน (norm) ซึ่งทำหน้าที่เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบและจัดจำแนก หากไม่สามารถทำตามได้ก็อาจถูกกีดกันหรือคัดออกจากระบบ (Foucault, 1975, pp. 177-183)

ฟูโกต์อธิบายว่า การจำแนกและจัดประเภทบุคคลให้อยู่ในแต่ละกลุ่มจะกระทำผ่านการตรวจสอบ ซึ่งเป็นจุดบรรจบระหว่างอำนาจแบบใหม่และองค์ความรู้ใหม่ การสอบไม่ใช่แค่เครื่องมือสำหรับประเมินระดับความสามารถ หรือการตรวจสอบว่าผู้เรียนผ่านกระบวนการฝึกตามแบบแผนเดียวกันเท่านั้น แต่ยังเป็นเทคนิคสำคัญในการแยกแยะคุณสมบัติของผู้เรียนแต่ละคนเพื่อจัดรูปแบบการฝึกที่เหมาะสมกับผู้นั้นต่อไป การตรวจสอบยังเป็นวิธีการลงโทษที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถตรวจสอบบุคคลได้อย่างละเอียด จึงมีลักษณะเป็นพิธีกรรมที่เข้มข้นและเป็นระบบ นอกจากการสอบในโรงเรียนแล้ว ฟูโกต์ยังยกตัวอย่างที่เทคนิคนี้ถูกปรับใช้ในสถาบันอื่น ๆ เช่น ในโรงพยาบาล แพทย์จะตรวจเยี่ยมไข้และจดบันทึกอาการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ยังเป็นพื้นที่สำหรับฝึกหัดแพทย์รุ่นใหม่ และเป็นแหล่งสั่งสมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาใหม่ ๆ

ประเด็นสำคัญที่ฟูโกต์เสนอคือ การสอบทำให้เห็นว่า อำนาจปฏิบัติต่อมนุษย์ไม่ต่างจากวัตถุอื่น ๆ คือบังคับให้ถูกมองเห็น (compulsory visibility) และตรวจทาน (review)

โดยเฉพาะการแปลงข้อมูลของปัจเจกบุคคลให้อยู่ในรูปของเอกสาร (documentation) ผ่านการเก็บบันทึกอย่างละเอียดและในระบบที่สามารถตรวจย้อนและสืบค้นได้ตลอดเวลา พูโกต์ชี้ว่าระบบขึ้นทะเบียน (registration) และการสั่งสมเอกสาร ซึ่งมีรากฐานจากระบบราชการ เช่น กองทัพที่ใช้บัญชีกำลังพลเพื่อติดตามผู้หนีทหาร ป้องกันการลงทะเบียนซ้ำ จัดการกับข้อมูลเท็จ ทราบตำแหน่งหน้าที่ และ “จำหน่าย” ซึ่งออกในกรณีเสียชีวิต ก็ถูกใช้ในสถาบันอื่น เช่น โรงพยาบาล ซึ่งมีการซักประวัติคนไข้ การจำแนกโรคเพื่อรักษา การพิสูจน์คนไข้ปลอม (shammer) รวมถึงการติดตามพัฒนาการของโรค ล้วนเป็นกระบวนการบันทึกข้อมูลเฉพาะบุคคลที่จะนำไปเปรียบเทียบและค้นหาความสัมพันธ์ (correlation) เพื่อการวิเคราะห์แบบแผนในระดับมหภาค โรงพยาบาลจึงกลายเป็น “ห้องปฏิบัติการสำหรับการบันทึกและรวบรวมเอกสาร” ที่ไม่ได้ทำเพียงการดูแลผู้ป่วย แต่ทำหน้าที่แยกแยะปัจเจกให้เป็น “กรณีศึกษา” (case) ซึ่งไม่เพียงเป็นทั้งวัตถุแห่งความรู้ (คือเป็นสิ่งที่ถูกอธิบาย วัด และเปรียบเทียบได้) แต่ยังเป็นวัตถุแห่งอำนาจ (คือเป็นสิ่งที่ถูกฝึกฝน แก้ไข จัดประเภท ทำให้เป็นปกติ หรือคัดแยกออกไปได้) ด้วยระบบจัดเก็บข้อมูลเชิงลึกนี้ มนุษย์จึงกลายเป็นวัตถุที่ถูกบรรยาย วิเคราะห์และจัดการได้ผ่านองค์ความรู้และฐานข้อมูล ซึ่งนำไปสู่การสร้างบรรทัดฐานและภาพรวมของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับประชากรในหลากหลายมิติ (Foucault, 1975, pp. 184-193) และจากตรงนี้เอง พูโกต์ชี้ให้เห็นว่าเกิดกลไกอำนาจอีกรูปแบบหนึ่งขึ้นมา ได้แก่

2) ชีวการเมือง (bio-politics) ซึ่งมุ่งเป้าไปที่การบริหารจัดการ แทรกแซง และกำกับชีวิตของ “ประชากร” (population)

พูโกต์อธิบายว่า ในศตวรรษที่ 18 นักบริหารรัฐกิจและผู้วางนโยบายเศรษฐกิจแห่งชาติถือว่าประชากรเป็นกำลังแรงงาน (manpower) ที่สำคัญ ไม่ว่าจะในภาคเกษตรกรรม ซึ่งหากมีจำนวนมากก็จะช่วยเพิ่มผลผลิต และส่งผลให้ราคาสินค้าเกษตรลดลง ซึ่งเอื้อให้เจ้าของกิจการสามารถจ้างงานด้วยค่าแรงต่ำได้ ประชากรยังเป็นหัวใจของภาคอุตสาหกรรมในเขตเมือง ช่วยให้ประเทศผลิตสินค้าอุปโภคบริโภคในราคาถูก ลดการพึ่งพาการนำเข้า และป้องกันการรั่วไหลของเงินทองออกนอกประเทศ นอกจากนี้ จำนวนประชากรที่มากยังหมายถึงการแข่งขันในตลาดแรงงานที่สูงขึ้น กดให้ค่าแรงอยู่ในระดับต่ำลงอีก ซึ่งยิ่งเพิ่มขีดความสามารถในการส่งออกสินค้าสู่ตลาดโลกที่สำคัญ ประชากรวัยทำงานเหล่านี้ยังเป็นผู้เสียภาษี ซึ่งเป็นแหล่งรายได้หลักของรัฐ ในแง่นี้ ประชากรจึงถือเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความมั่นคงของรัฐ ทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ ทางสังคม และทางการเมือง แม้ประชากรจะเป็นพลังทางการผลิต (productive force) ที่สำคัญ แต่รัฐจำเป็นต้องมีกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าประชากรจะทำงานอย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตอย่างถูกต้อง มิฉะนั้น ประชากรเหล่านี้้อาจกลายเป็นภัยคุกคามต่อการเติบโตและความมั่นคงของรัฐได้ ดังนั้น นอกจากใช้กลไกสอดส่องและสร้างวินัยในสถาบันต่าง ๆ แล้ว

รัฐยังจะต้องรู้จักประชากรของตน ทั้งในเชิงจำนวนและลักษณะเฉพาะ เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างเหมาะสม (Foucault, 2007, p. 105)

ตัวอย่างเช่นกรณีเยอรมนีหลังการล่มสลายของจักรวรรดิโรมันอันศักดิ์สิทธิ์ในปี ค.ศ. 1806 ที่เปิดโอกาสให้มีการพัฒนากลไกบริหารรัฐที่ซับซ้อน เยอรมนีในช่วงนั้นประกอบด้วยรัฐขนาดเล็กจำนวนมากที่มีความขัดแย้งกันทางการเมืองและแข่งขันกันทางการค้า แต่กลับขาดแคลนกองกำลังที่เข้มแข็งพอที่จะรักษาอำนาจหรือขยายอิทธิพลในภูมิภาค ชนชั้นปกครองในแต่ละรัฐจึงร่วมมือกับกลุ่มพ่อค้า เจ้าที่ดิน และนายทุนภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะกลุ่มที่เกี่ยวกับถ่านหินและเหล็ก เพื่อจัดระบบบริหารรัฐที่มีประสิทธิภาพ และได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ที่เรียกว่า “ศาสตร์แห่งรัฐ” (science of state) ซึ่งเน้นการเก็บข้อมูลทรัพยากรในเขตแดนอย่างเป็นระบบ อาทิ ความมั่งคั่งของรัฐ (ทรัพยากรธรรมชาติ เช่น แห้งแร่และป่าไม้ ดุลการค้า ภาษีและอากร ผลผลิตทางการเกษตร สินค้า หรือจำนวนโรงงาน) ไปจนถึงการจัดทำสำมะโนประชากร¹ ที่ครอบคลุมทั้งชื่อ ที่อยู่ อาชีพ รายได้ รวมถึงสุขภาพและโรคประจำตัวของพลเมืองด้วย ข้อมูลเหล่านี้เป็นรากฐานของการวางแผนด้านต่าง ๆ ของรัฐ เช่น การเกณฑ์ทหาร การจัดเก็บภาษีต่อหัว หรือการโยกย้ายแรงงานระหว่างภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม เพื่อรับมือการแข่งขันทางเศรษฐกิจและเสริมความมั่นคงทางการทหาร (Curtis, 2002)

การจัดเก็บข้อมูลนี้เรียกว่า “สถิติ” (statistics) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีสำคัญของสิ่งที่ฟูโกต์เรียกว่า “กลไกความมั่นคง” (apparatus of security) สถิติไม่ใช่แค่ตัวเลขเท่านั้น แต่เป็นทั้งเครื่องมือในการสร้างความรู้และกลไกอำนาจที่รัฐใช้ในการบริหารจัดการ และเป็นองค์ความรู้ที่ทำให้

¹ ที่ผ่านมา “ประชากร” มักมีความหมายในเชิงลบ ซึ่งสะท้อนจากการจัดทำตารางมรณะที่ไม่ต่อเนื่อง มักจะทำขึ้นเฉพาะช่วงเกิดภัยพิบัติหรือโรคระบาดครั้งใหญ่ เพื่อบันทึกจำนวนผู้เสียชีวิต สถานที่เกิดเหตุ และสาเหตุการตายเท่านั้น แต่แนวคิดนี้ได้เปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงศตวรรษที่ 19 ดูเหมือนว่ารัฐสมัยใหม่ในตะวันตกพัฒนาการเก็บข้อมูลของประชากรอย่างเป็นระบบมากขึ้น เช่น บัญชีคนตายใช้บันทึกจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดในแต่ละเมือง ช่วยให้รัฐติดตามสถานการณ์และตอบสนองวิกฤตการณ์สาธารณสุข ตารางชีพ (life table) ให้ข้อมูลจำนวนประชากรทั้งหมด และอัตราการเสียชีวิตของประชากรตามช่วงอายุในแต่ละปี ทำให้รัฐเข้าใจโครงสร้างประชากรและคาดการณ์แนวโน้มด้านประชากรศาสตร์ และสำมะโนประชากร (census) เป็นการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เช่น ที่อยู่อาศัยและอาชีพของพลเมือง ในช่วงนี้มีการสำรวจสำมะโนประชากรระดับชาติในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ (ค.ศ. 1841) เบลเยียม (ค.ศ. 1846) สหรัฐอเมริกา (ค.ศ. 1850) แคนาดา (ค.ศ. 1852) และอิตาลี (ค.ศ. 1860) (Curtis, 2002, p. 530)

รัฐเข้าใจศักยภาพและทรัพยากรของตนในแต่ละช่วงเวลา โดยเฉพาะสถิติเกี่ยวกับประชากรที่ให้ข้อมูลทางชีวภาพและทางสังคมอย่างละเอียด อาทิ จำนวนประชากร สุขภาพ การแต่งงาน การเจริญพันธุ์ การแต่งงาน อายุขัยเฉลี่ย และคุณภาพชีวิต ข้อมูลเกี่ยวกับ “ชีวิต” ของประชากรจึงกลายเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้รัฐออกแบบนโยบายที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ประชากรดูเหมือนจะเป็นเพียงผลรวมของปัจเจกที่อาศัยอยู่ในเขตแดนรัฐ แต่แท้จริงแล้วประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสลับซับซ้อน และขึ้นอยู่กับตัวแปรหลากหลายและมีพลวัตอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ ภูมิอากาศ กฎหมาย จารีตประเพณี ศาสนา หรือระบบความเชื่อ ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้การปกครองประชากรไม่อาจใช้การสั่งการหรือการบังคับใช้กฎหมายโดยตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ประชากรแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะและพฤติกรรมที่คาดเดาได้ยาก แต่ก็มีคุณสมบัติอันสอดคล้องบางอย่างที่สังเกตได้ผ่านข้อมูลทางสถิติ เช่น อัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างคงที่ในแต่ละปี สาเหตุการตายที่วนเวียนอยู่กับโรคเดิม ๆ หรือแม้แต่การฆ่าตัวตายที่ดูไม่แน่นอน ก็ยังมีสัดส่วนที่พอคาดคะเนได้ และที่สำคัญ สิ่งหนึ่งที่ประชากรมีส่วนร่วมกันคือความปรารถนา ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้แต่ละคนแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้น กลไกความมั่นคงจึงเปิดพื้นที่ให้ความปรารถนามีอิสระในการแสดงออก (free play) แต่ขณะเดียวกันก็คอยกำหนดขอบเขตให้ความปรารถนาส่วนบุคคลจะต้องสัมพันธ์กับผลประโยชน์ของสังคมและเป้าหมายของรัฐ โดยไม่จำเป็นต้องใช้มาตรการบังคับหรือห้ามปราม แต่ผ่านการออกแบบ “สภาวะแวดล้อม” (milieu) เพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ และแทรกแซงชีวิตของประชากรผ่าน “นโยบาย” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม (Foucault, 2007, pp. 35-38)

ฟูโกต์อธิบายความแตกต่างระหว่างกลไกวินัยและกลไกความมั่นคง โดยใช้กรณีการจัดการโรคเป็นตัวอย่าง คือขณะที่กลไกวินัยมุ่งควบคุมเรือนร่างของผู้ป่วย เช่น แยกผู้ป่วยโรคเรื้อน (leprosy) ออกจากคนปกติ เพื่อให้มองเห็น ควบคุม และแก้ไขได้ ผ่านการกำหนด “ความเป็นปกติ” ไว้ล่วงหน้าแล้ว (prescriptive normalization)¹ แต่กลไกความมั่นคงจัดการกับ

¹ ยกตัวอย่างเช่นกรณีของฝรั่งเศส เมื่อเมืองขนาดใหญ่อย่างกรุงปารีสขยายตัวอย่างรวดเร็ว และกลายเป็นศูนย์กลางการผลิตสินค้าและตลาดซื้อขาย แรงงานชนบทผู้ยากไร้และไร้ที่ทำกินจำนวนมากได้อพยพเข้ามาหางานทำในเมือง แต่ประชากรกลุ่มนี้ที่ค่าแรงต่ำ มีความเป็นอยู่ที่แออัด และไม่ถูกสุขลักษณะ ก็นำมาซึ่งปัญหาโรคระบาด เช่น โรคเรื้อนและอหิวาตกโรค รัฐบาลฝรั่งเศสจึงต้องใช้มาตรการกักกันโรค (quarantine) ซึ่งไม่เพียงแยกผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยออกจากคนปกติ แต่ยังจัดการสุขอนามัยของประชากรในเขตเมืองเสียใหม่ อาทิ กำจัดขยะมูลฝอยที่เป็นแหล่งเพาะโรค

โรคในระดับประชากร ผ่านการวิเคราะห์เชิงสถิติและการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ ตัวอย่างเช่นการจัดการโรคฝีดาษ (smallpox) ที่ระบาดอย่างรุนแรงในสมัยนั้น ด้วยการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ ได้แก่ การปลูกฝี และการฉีดวัคซีน ซึ่งไม่ใช่การป้องกันโรคแบบสมบูรณ์ แต่กระตุ้นให้เกิดโรคหรือภูมิคุ้มกันภายใต้การควบคุม และการคำนวณความน่าจะเป็นเพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงระหว่างผู้ที่รับการปลูกฝีกับผู้ที่ไม่ได้รับ ประเมินอัตราเสียชีวิต-รอดชีวิต เพื่อวัดความสำเร็จและความคุ้มค่าของการแทรกแซง พูโกต์ชี้ว่าแนวคิดเรื่อง “กรณี” นี้ได้บูรณาการข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลกับข้อมูลระดับประชากร ทำให้สามารถระบุ “ความเสี่ยง” ที่แต่ละคนจะได้รับเชื้อ เสียชีวิต หรือรักษาหาย โดยพิจารณาจากปัจจัย เช่น อายุ ที่อยู่ อาชีพ การมองโรคในมิติประชากรเปิดเผยว่า อัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตไม่ได้เท่ากันทั่วทั้งกลุ่ม อาทิ เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จะติดเชื้อง่ายและตายมากกว่าผู้ใหญ่ ผู้อาศัยในเขตเมืองเสี่ยงติดเชื้อมากกว่าชนบท ทำให้ระบุประชากรกลุ่มเปราะบางที่จะเผชิญ “อันตราย” มากกว่ากลุ่มอื่น ข้อมูลสถิติยังแสดงให้เห็นว่า “วิกฤต” ในแต่ละปีมีแบบแผน ซึ่งสามารถบริหารจัดการให้บรรเทาได้ ด้วยเหตุนี้ กลไกความมั่นคงจึงกำหนดความคาดหวังปกติ (normal expectation) ของจำนวนผู้ติดเชื้อและอัตราการตาย สร้าง “เส้นโค้งภาพรวม” (overall curve) แสดงการกระจายตัวของโรคตามอายุ ภูมิภาค และอาชีพ ออกแบบมาตรการลดความเปราะบางไม่เพียงประสงค์ ตัวอย่างเช่นมาตรการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กเพื่อลดอัตราป่วยและตายในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี (Foucault, 2007, pp. 55-63)

หัวใจของกลไกความมั่นคงจึงเป็นการจัดการปัญหาการไหลเวียนในพื้นที่เมืองของทั้งมนุษย์และสิ่งต่าง ๆ อย่างสอดคล้องกับ “ธรรมชาติ” และพยายามสร้างสภาวะที่ผลลัพธ์

ขยายถนนให้กว้างขึ้นเพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก และย้ายโรงฆ่าสัตว์ออกจากเขตชุมชน หรือในกรณีของอังกฤษที่รัฐบาลอังกฤษก็ให้ความสำคัญกับการควบคุมแรงงานและคนยากจนในเขตเมือง ซึ่งถูกมองว่าไม่เพียงแต่เป็นกลุ่มคนที่อาจเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อโค่นล้มรัฐบาลหรือก่อความไม่สงบ แต่ยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจของรัฐและชนชั้นกลางที่เป็นผู้เสียภาษี โดยเฉพาะเมื่อเกิดการระบาดของอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ในปี ค.ศ. 1832 รัฐจึงสร้างโรงพยาบาลเพื่อกักตัวคนเหล่านี้ ซึ่งมองว่าเป็นตัวแพร่เชื้อ ช่วงทศวรรษนี้ รัฐบาลอังกฤษยังออกกฎหมายคนจน (Poor Law) หรือกฎหมายประชาสงเคราะห์ ที่นำไปสู่การจัดตั้งเรือนงาน (workhouse) ซึ่งเป็นสถานที่ที่เจ้าหน้าที่รัฐสามารถจับตัวคนอนาถา คนไร้บ้าน และขอทาน มากักตัวไว้ได้ โดยมีวัตถุประสงค์ไม่เพียงเพื่อควบคุมตัว แต่ยังเพื่อตัดสันดาน ผิดวินัย และให้ทักษะการทำงานแก่พวกเขา แม้จะเป็นงานที่ได้รับค่าแรงต่ำก็ตาม (Curtis, 2002) และดูความเชื่อเรื่องอากาศเป็นพิษ (miasma theory) กับมาตรการจัดการความสะอาดของบ้านเมืองอย่างเป็นระบบ ใน ทวีศกดิ์ ผีอกสม (2561)

ไม่พึงประสงค์ถูกหักล้างไปเอง เนื่องจากประชากรเป็นชุดของกระบวนการที่เชื่อมโยงกันหลากหลาย ซึ่งต้องจัดการผ่านปัจจัยที่อยู่นอกเหนือร่างกายมนุษย์โดยตรง การจัดการกับประชากรจึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เทคนิควิเคราะห์ข้อมูล การคิดคำนวณ และความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความโน้มเอียงของประชากร กลไกอำนาจที่ไม่ได้กระทำต่อร่างกายโดยตรง แต่กระตุ้นผ่านตัวแปรอื่น เช่น การเงิน การค้าระหว่างประเทศ และระบบภาษี เพื่อลดทอนทางเลือกในการกระทำที่มีอยู่อย่างหลากหลายของมนุษย์ให้แคบลง จนกระทั่งต้องทำตามเป้าประสงค์ของผู้ใช้อำนาจ หรือเรียกอีกอย่างว่าเป็นการชี้นำพฤติกรรม (conduct of conduct)¹ (Foucault, 2007, p. 28; สายพิณ 2545, น. 22)

เมื่อชีวิตของประชากรสัมพันธ์กับความมั่นคงของรัฐอย่างลึกซึ้ง จึงจำเป็นที่รัฐจะต้องใส่ใจดูแลสุขภาพ สวัสดิการ และคุณภาพชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่อาจเกิดจากความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ และการเสียชีวิตของประชากร ซึ่งสะท้อนถึงความล้มเหลวในการบริหารจัดการของรัฐ พูโกต์ชี้ว่านี่เป็นที่มาของการที่อำนาจอภิบาล (pastoral power) และชีวการเมือง ชำแรกเข้าสู่ปฏิบัติการ เทคนิค และเทคโนโลยีของรัฐ ซึ่งแทรกแซงชีวิตมนุษย์ในฐานะที่เป็นสิ่งมีชีวิต สายพันธุ์หนึ่ง เป้าหมายหมายของกลไกอำนาจนี้อยู่ที่ “ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น” ของประชากร

¹ กิโยม เดอ ลา เปรรีเยร์ (Guillaume de La Perrière) กล่าวว่า “การปกครองคือการจัดวางสรรพสิ่งให้เข้าที่เข้าทางเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่เหมาะสม” (*Government is the right disposition of things arranged so as to lead to a suitable end.*) (Foucault, 2007, p. 96) จากนิยามนี้ พูโกต์อธิบายต่อว่า “ศิลปะการปกครอง” จึงหมายถึงการใช้กลวิธีต่าง ๆ ที่แยบยลเพื่อจัดวางและชี้นำ (dispose) การกระทำและความคิดของผู้ใต้ปกครองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องใช้อำนาจที่กดบังคับและความรุนแรง

เพื่ออธิบายแนวคิดนี้ให้เห็นภาพ พูโกต์ใช้อุปมาเรื่องเรือ (metaphor of the ship) ซึ่งกัปตันหรือผู้ปกครองเรือเปรียบเสมือนผู้ปกครองรัฐที่มีหน้าที่ดูแลชีวิตและความเป็นอยู่ของลูกเรือทุกคน จัดการความสัมพันธ์ระหว่างลูกเรือ รวมถึงบริหารจัดการปัจจัยและทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหาร และน้ำดื่ม กัปตันยังต้องซ่อมบำรุงเรือ และต้องคำนึงถึงอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเดินทาง เช่น สภาพอากาศที่แปรปรวน พายุ หรือโชดหินหรือแนวปะการังที่อาจทำให้เรืออับปาง เพื่อนำเรือไปถึงฝั่งได้อย่างปลอดภัย (เพราะเหตุนี้ นักวิชาการรัฐศาสตร์จึงมักเรียกแนวคิดนี้ว่า “รัฐนาวา”) และอุปลักษณ์คร้วเรือ นพคือผู้ปกครองที่ต้องจัดการสรรพสิ่งที่ข้องเกี่ยวกับสมาชิกในคร้วเรือ และบริหารจัดการทรัพยากรสมบัติของตระกูล (Foucault, 2007, p. 97)

ผ่านวิธีการแยบยลในการกำกับและส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การดูแลสุขภาพ การเพิ่มอายุขัย และการส่งเสริมเศรษฐกิจ (Foucault, 2007, chapter 12)

ปริณิณทลสำคัญที่อำนาจเข้ามาทำงานคือ “พื้นที่สาธารณะ” ซึ่งในที่นี้ครอบคลุมตั้งแต่ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม ขนบธรรมเนียม ความกลัว และความต้อการพื้นฐาน โดยอาศัยวิธีทางอ้อม เช่น การให้การศึกษา รมรงค์ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ หรือการสร้างทัศนคติ เพื่อชี้แนะให้ประชากรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่ออย่างสมัครใจ (Foucault, 2007, p. 105) การปกครองประชากรจึงเป็นการจัดการอย่างมีศิลปะและคำนวณอย่างละเอียด ฟูโกต์เรียกว่า “การปกครองชีวญาณ” (governmentality)¹ ที่พิจารณาธรรมชาติของมนุษย์ควบคู่กับเสรีภาพที่

¹ ฟูโกต์เสนอว่า “ศิลปะในการปกครอง” (art of government) ซึ่งเป็นแนวคิดและเทคนิคหลักที่รัฐสมัยใหม่ใช้ในการบริหารประชารนั้น มีรากฐานมาจากแนวคิดทางศาสนา โดยเฉพาะในประเพณีของศาสนา “ตะวันออก” ในเมโสโปเตเมีย อียิปต์ และยิว ที่พระเจ้ามอบหมายให้ “ผู้ปกครอง” เช่น กษัตริย์ นักบวช หรือผู้นำทางจิตวิญญาณ ทำหน้าที่เป็นผู้อภิบาลหรือชุมพบาล (pastor) คอยดูแลมนุษย์ซึ่งเปรียบได้กับฝูงแกะให้เดินทางไปสู่ความรอด (salvation) ชุมพบาลจะไม่ใช้อำนาจเผด็จการหรือกฎหมายบังคับ แต่จะอุทิศตนเอาใจใส่ “ฝูงแกะ” อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน ชุมพบาลที่ดีต้องรู้จักแกะแต่ละตัว เช่น พฤติกรรม การกิน การพักผ่อน รวมถึงต้องคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย และเฝ้าระวังแม้ในเวลาอนหลับ เพื่อป้องกันภัยอันตรายให้ลูกแกะ (สายพิณ ศุพุทรมงคล, 2545, น. 17)

เมื่อเข้าสู่ยุคกลาง คริสตจักรได้นำแนวคิดชุมพบาลไปพัฒนาเทคนิคการปกครองให้ซับซ้อนและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น เช่น ระบบสังฆมณฑลที่จัดลำดับชั้นของคณะสงฆ์ ตั้งแต่พระสันตะปาปาลงมาสู่สังฆราชชั้นต่าง ๆ (พระคาร์ดินัล อาร์ชบิชอป และบิชอป) ซึ่งแต่ละชั้นมีหน้าที่กำกับดูแลกิจกรรมทางศาสนาในพื้นที่รับผิดชอบ วัด (parish) แต่ละแห่งจะมีพระหรือบาทหลวงทำหน้าที่อภิบาลจิตวิญญาณของชาวคริสต์ในชุมชนโดยตรง หนึ่งในเทคนิคสำคัญคือ การสารภาพบาป ซึ่งเปิดโอกาสให้พระร้รายละเอียดส่วนลึกในชีวิตของผู้ศรัทธา ทั้งพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ซึ่งช่วยให้สามารถแนะนำและชี้แนะให้กลับสู่หลักคำสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดขบวนการปฏิรูปศาสนาและคริสตจักรสูญเสียอำนาจเดิม รัฐสมัยใหม่ที่กำลังก่อตัวขึ้นได้นำเทคนิคของอำนาจชุมพบาลนี้มาปรับใช้ในบริบทโลก การกิจของรัฐจึงเปลี่ยนจากการนำผู้คนไปสู่ความรอดทางจิตวิญญาณ สู่การดูแลประชากรให้มีชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงและความปลอดภัยในโลกนี้ (Foucault, 2007, p. 184)

พวกเขา มี ดังนั้น เสรีภาพไม่ได้ขัดแย้งกับอำนาจ หากแต่เป็นเครื่องมือหนึ่งที่อำนาจใช้ในการจัดระเบียบมนุษย์อย่างแนบเนียนและมีประสิทธิภาพ

การเผยแพร่ความรู้โดยรัฐหรือผู้มีอำนาจ เช่น ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนครอบครัว หรือการจัดการเศรษฐกิจ มักมีเป้าหมายเพื่อกำหนดทิศทางความเชื่อและพฤติกรรมประชากรให้สอดคล้องกับเป้าหมายของรัฐ โดยอาศัยการแทรกแซงผ่านการสร้างเงื่อนไขทางสังคมที่ส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ และลดทอนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เพื่อสนับสนุนกลไกอำนาจดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความรู้ชนิดใหม่ เช่น ครุศาสตร์ ประชากรศาสตร์ ทัศนวิทยา จิตเวชศาสตร์ โภชนาการ และการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนการเกิดขึ้นของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการปรับเปลี่ยนประชากรให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า (human capital) การแทรกแซงนี้อาจเกิดทั้งในระดับมหภาคหรือจำแนกประชากรเป็นกลุ่มย่อยตามเกณฑ์ต่าง ๆ อาทิ เพศ อายุ รายได้ เชื้อชาติ หรือศาสนา (Li, 2007)

ตัวอย่างหนึ่งคือ อังกฤษในศตวรรษที่ 18 เมื่อประชากรชนชั้นกลาง เช่น พ่อค้า นักวิชาการ และแพทย์ เผชิญปัญหาโรคอ้วนเรื้อรังจำนวนมาก ความรู้ทางการแพทย์ในยุคนั้นซึ่งเปรียบร่างกายกับเครื่องจักร ก็อธิบายว่า โรคอ้วนเกิดจากการบริโภคพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายใช้งาน และเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินที่มีต้นเหตุจากความรุ่งเรืองของการค้าและอาณานิคม ทำให้ “คนมีอันจะกิน” เข้าถึงอาหารที่ให้พลังงานสูงได้ง่าย อาทิ เนื้อสัตว์ ผลไม้รสหวาน น้ำตาล ชา กาแฟ ช็อคโกแลต เครื่องเทศ (ทำให้อาหารรสดีขึ้น) และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันการขยายตัวของเมืองและอุตสาหกรรมยังสร้างมลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตำราทางการแพทย์ในยุคนั้นจึงแนะนำให้ “คนอ้วน” ออกกำลังกาย กินอาหารพอเหมาะ งดแอลกอฮอล์ และพักผ่อนให้เพียงพอ พร้อมกับจำแนกอาหารตามความสามารถในการย่อย และแนะนำให้กินผัก เนื้อปลา หรือไก่ แทนอาหารที่มีไขมันสูง เหนียว รสจัด หรือกลิ่นแรง สอดคล้องกับช่วงที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ได้รับอำนาจในการตรวจร่างกาย ชักประวัติ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ความรู้ชุดนี้ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในวงการแพทย์ แต่ยังแพร่หลายผ่านองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ เช่น องค์กรการกุศล องค์กรศาสนา และกลุ่มลูกเสือ ซึ่งมีบทบาทในการรณรงค์เพื่อจัดระเบียบร่างกายของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น แรงงาน ทหาร อาชญากร และนักเรียน ให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ (Turner, 1982)

กล่าวโดยสรุป กลไกอำนาจแต่ละชนิดไม่ได้เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน แต่ทำงานเชื่อมโยงและเสริมกันในการกำกับชีวิตมนุษย์ ในทัศนะของฟูโกต์ รัฐไม่ใช่สิ่งตายตัว (state-thing) ที่ถือกำเนิดขึ้นเองเพื่อบังคับใช้กฎหมายควบคุมมนุษย์ หากแต่เป็นชุดของปฏิบัติการทางเทคนิคและวิธีคิด ซึ่งดำรงอยู่ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสภาพแวดล้อม ดังนั้น ในวิทยานิพนธ์นี้ คำว่า

“รัฐ” จะหมายถึงชุดความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของกลไกและเทคโนโลยีที่หลากหลาย ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะอำนาจแบบองค์อธิปัตย์ที่เน้นการจับกุม คุมขัง หรือการลงโทษ และไม่ใช่อำนาจสร้างวินัยที่ปรากฏในสถาบันปิดเท่านั้น ผู้ใช้กลไกและเทคโนโลยีเหล่านี้ก็ไม่ได้มีแค่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐเท่านั้น แต่ยังรวมถึงองค์กรเอกชน ภาคประชาสังคม ตลอดจนประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้การปกครอง กลไกอำนาจอาศัยชุดความรู้จากหลากหลายศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์และสาธารณสุข ประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง และสถิติ เพื่อผลิต สังคม และเผยแพร่ความรู้ไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ประชากรตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงปรารถนา เช่น การดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การสังเกตและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง โดยที่ประชากรเหล่านั้นเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควรกระทำเพื่อประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยไม่รู้สึกรู้ว่าตนถูกควบคุมหรือบีบบังคับจากอำนาจภายนอก พูโกต์เรียกอำนาจที่แนะนำ/กำกับ การกระทำและความคิดผ่านความรู้เหล่านี้ว่า “ชีวอำนาจ” (Bio-power) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการประชากรผ่านการสร้างสำนึกในตัวพวกเขาเอง (Foucault, 2003, pp. 242-244; Foucault, 2007, pp. 121-122) การนิยาม “รัฐ” ในความหมายนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เขียนสำรวจกลไกอำนาจที่กำกับชีวิตของพระสงฆ์ได้หลากหลายมิติ

ทั้งนี้ วงศาวินัยของอำนาจเหนือชีวิตของพูโกต์ยังจำกัดอยู่แต่การวิเคราะห์การทำงานของอำนาจดังกล่าวในบริบทประวัติศาสตร์โลกตะวันตก ผู้เขียนจึงเลือกทบทวนงานสังคมศาสตร์อีกจำนวนหนึ่งที่ศึกษาการทำงานของอำนาจเหนือชีวิตและเรือนร่างประชากรภายในประเทศไทย เพื่อที่จะสร้างข้อถกเถียงหรือต่อยอดทางความคิดกับงานดังกล่าว

ในงาน *คุกกักับคน: อำนาจและการต่อต้านชัดเจน* ของสายพิณ ศุพุทรมงคล (2545) แสดงให้เห็นการทำงานของกลไกสร้างวินัยเหนือเรือนร่างของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถานอย่างละเอียด ตั้งแต่การรับตัวผู้ต้องขัง การจัดตารางเวลา การแบ่งพื้นที่ภายในเรือนจำ การจำแนกผู้ต้องขังตามภูมิหลังทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และประเภทของความผิด แล้วจัดวางผู้ต้องขังตามแผนกต่าง ๆ เพื่อฝึกทักษะการทำงาน โดยมีกฎเรือนจำเป็นเกณฑ์ชี้ขาดความปกติในชีวิตประจำวัน ทั้งหมดนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนิสัยของผู้ต้องขังให้เป็น “ปกติ” อย่างไรก็ตาม แม้จะอยู่ภายใต้สถาบันปิดที่มีเงื่อนไขเคร่งครัด ผู้ถูกควบคุมก็ยังมีช่องว่างให้ต่อรอง ทำทนาย และชัดเจนต่อกลไกเหล่านี้ในหลายรูปแบบ

งานมานุษยวิทยาอีกชิ้นที่ศึกษาการต่อรองกับอำนาจเหนือเรือนร่างของผู้ต้องขังหญิงในคือ *เท่ากับเธอ: อำนาจและการต่อรองของผู้ต้องขังหญิงในทัณฑสถาน* ของรวีวรรณ รักถิ่นกำเนิด (2561) ตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า แม้เรือนจำจะถูกออกแบบให้เป็นสถาบันเบ็ดเสร็จ

พร้อมกลไกความคุมทั้งด้านการแพทย์และชีวอนามัย ทว่าโรคหรือสัตว์พาหะบางชนิด เช่น เหา กลับเล็ดรอดการตรวจตราเข้าไปอยู่ในแดนขัง และกลายเป็นจุดที่ผู้ต้องขังใช้ต่อรองความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ทั้งในแง่การต่อต้านการพรากชีวิตทางสังคม และการโต้กลับความพยายามในการควบคุมเรือนจำอย่างเข้มงวด ผู้ต้องขังหญิงจำนวนมากหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยสารเคมีทางการแพทย์ที่เรือนจำกำหนด เนื่องจากภาพลักษณ์และความไม่ไวใจในประสิทธิภาพ จึงสร้างกิจกรรมหาหาเป็นทั้งการเข้าสังคมและความบันเทิง รวมถึงคิดค้นสูตรน้ำยากำจัดเหาขึ้นเอง ซึ่งไม่ตรงกับความรู้ทางการแพทย์นัก ขณะเดียวกันผู้คุมก็ยอมให้ผู้ต้องขังบางรายเข้าไปตรวจตราเรือนจำของผู้อื่นหรือโยกย้ายตำแหน่งการนอนเพื่อควบคุมการระบาดของเหา กิจกรรมเหล่านี้สะท้อนถึงพื้นที่เล็ก ๆ ในเรือนจำที่อำนาจถูกแทรกแซงและต่อรองใหม่อย่างมีนัยสำคัญ โดยไม่มีการลงโทษทางวินัยปรากฏชัดเจน

งานทั้งสองชิ้นของสายพิณและรวีวรรณนำเสนอการทำงานของอำนาจเหนือร่างกายอย่างละเอียด โดยเฉพาะผ่านกลไกวินัยภายในสถาบันเบ็ดเสร็จ ที่สำคัญคือแสดงให้เห็นว่าแม้ในพื้นที่ที่อำนาจทำงานเข้มข้น ผู้ถูกควบคุมก็ยังมีวิธีต่อต้านและต่อรองกับอำนาจได้หลากหลาย อย่างไรก็ตาม งานของทั้งสองยังคงเน้นการวิเคราะห์อำนาจในสถาบันปิด เช่น เรือนจำ และกลุ่มคนที่รัฐจัดประเภทให้เป็นผู้ต้องขัง

เมื่อถอยออกจากบริบทของสถาบันปิดสู่ระดับรัฐ งานศึกษาของทวิศักดิ์ เผือกสม เรื่อง *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (2561)* แม้จะเป็นงานด้านประวัติศาสตร์ แต่ก็ได้ใช้อำนาจเหนือชีวิตเป็นกรอบทำความเข้าใจหลักฐานเพื่ออธิบายบทบาทของความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รัฐไทยสมัยใหม่ใช้จัดการเรือนร่างของพลเมือง ในงานชิ้นนี้เสนอว่า ความรู้ทางการแพทย์ไม่ได้เป็นเพียงศาสตร์เพื่อการรักษาโรค แต่เป็นกลไกอำนาจที่รัฐมุ่งสร้างพลเมืองที่แข็งแรง มีเหตุผล และมีอรรถประโยชน์ต่อระบบการผลิตสถาบันอย่างโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สมัยใหม่จึงเป็นกลไกสำคัญในการเผยแพร่อุดมการณ์ด้านสุขภาพ และสะท้อนให้เห็นว่า อำนาจพยายามจัดระเบียบชีวิตและเรือนร่างของประชากรให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นสิ่งที่ทวิศักดิ์เรียกว่า “รัฐเวชกรรม”

งานอีกชิ้นที่ศึกษาการจัดระเบียบเรือนร่างของพลเมืองคือ *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487* ของก้องสกล กวินรวีกุล (2545) ซึ่งวิเคราะห์นโยบาย “รัฐนิยม” ที่ไม่ได้จำกัดบทบาทรัฐไว้เพียงการรักษาความเจ็บป่วยผ่านความรู้ทางการแพทย์และการสร้างโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเผยให้เห็นการใช้วิทยาศาสตร์และความรู้ใหม่ ๆ ในการสร้างวินัยทางกายภาพและจิตใจของพลเมือง รัฐได้ผลักดันแนวปฏิบัติเพื่อสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพดี แข็งแรง และมีความอารยะ โดยส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การบริโภคอาหาร

ที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการพัฒนาจิตใจ มารยาทและการแต่งกาย ตลอดจนการควบคุม ภาวะเจริญพันธุ์ผ่านการส่งเสริมการสมรสและสถาบันครอบครัว โดยเชื่อว่า คุณภาพประชากรเป็น เงื่อนไขสำคัญในการ “สร้างชาติ” มากกว่าปริมาณเพียงอย่างเดียว แนวปฏิบัติใหม่ที่รัฐเผยแพร่ เพื่อสร้างพลเมืองในอุดมคติที่อาศัยความรู้วิทยาศาสตร์นี้ บางครั้งก็เผชิญแรงต้านจากจารีตและ ประเพณีเดิมที่ยังรากลึกในสังคมไทย ขณะเดียวกันหน่วยงานรัฐ เช่น สภาวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เป็นกลไกสำคัญในการเผยแพร่ความรู้เหล่านี้ผ่านสื่อ หลากหลายรูปแบบ ทั้งวารสาร หนังสือพิมพ์ และรายการวิทยุกระจายเสียง พร้อมทั้งทำหน้าที่ ตรวจสอบและควบคุมพฤติกรรมประชากร

งานวิจัยเรื่อง *ครรภ์แห่งชาติ: รัฐเจริญพันธุ์ ร่างกาย และเพศวิถี* ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี (2566) เสนอว่า ความกังวลต่อปริมาณและโครงสร้างประชากรที่เหมาะสม ส่งผลให้รัฐไทยพยายามควบคุม “ครรภ์” และกระบวนการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ซึ่งถูกมองว่าเป็น ทรัพยากรของรัฐในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง ปฏิบัติการของชีวอำนาจที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้รัฐเข้าไปแทรกแซงพฤติกรรมที่เคยเป็นเรื่องส่วนตัวหรืออยู่ในปริมณฑลของครอบครัว เช่น การแต่งงาน การตั้งครรภ์ และการทำแท้ง ส่งผลต่อเพศวิถีและความสัมพันธ์ทางเพศ ทั้งยังดึงอำนาจ การควบคุมครรภ์จากมือผู้หญิงไปอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ ซึ่งอาจสอดคล้องหรือสวนทางกับ ธรรมชาติและเจตจำนงเหนือเรือนร่างของผู้หญิงเอง ปิ่นแก้วยังแสดงให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของ นโยบายประชากรและเหตุผลของรัฐในแต่ละช่วงประวัติศาสตร์ เช่น นับตั้งแต่ทศวรรษ 2500–2530 ซึ่งเป็นยุคแห่งการพัฒนา ตระกูลของอำนาจที่มีเป้าในการสร้างชีวิต (to make life) ได้สลับไปเป็น การอนุญาตให้ตาย (to let die) เนื่องจากจำนวนประชากรที่มากเชื่อมโยงกับความยากจนและเป็น อุปสรรคต่อการพัฒนา รัฐจึงมีนโยบายลดจำนวนประชากรผ่านการวางแผนครอบครัว ซึ่งอนุญาตให้มีการหยุดยั้งการเจริญพันธุ์ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ โดยเฉพาะ สหรัฐอเมริกา ซึ่งผนวกยุทธศาสตร์ควบคุมประชากรกับเป้าหมายด้านความมั่นคง ควบคู่กับการผลักดันของแพทย์ นักประชากรศาสตร์ และหน่วยงานสาธารณสุข แม้การรณรงค์จะประสบ ผลสำเร็จในเชิงสถิติ แต่ผลในระยะยาวคือ การลดลงของอัตราการเกิดและประชากรวัยแรงงาน ซึ่งนำไปสู่สังคมสูงวัยในเวลาต่อมา และการหยั่งรากลึกของแนวคิด “ครอบครัวขนาดเล็ก” ซึ่งกลายเป็นกรอบความคิดและแบบแผนปฏิบัติใหม่ของผู้คนในสังคมไทย

สุภาพร คชารัตน์ (2559) วิเคราะห์ว่า การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชากรเป็นหัวใจการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรสุขภาพแนวใหม่ที่มีบทบาทเชิงรุกในส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งลดอัตรา การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ และ

สภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อคุณภาพชีวิต พร้อมลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การดำเนินงานของ สสส. ผ่าน “ภาคี” เครือข่ายทั่วประเทศ ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ผู้กำหนดนโยบาย สาธารณะ นักวิชาการ ชุมชนท้องถิ่น และคณะสงฆ์ เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ส่งเสริมให้ประชาชน รับผิดชอบสุขภาพของตนเองและสังคม สสส. ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณรายปีจำนวนมาก ได้ออกแบบและสนับสนุนโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของคนไทย พร้อมขับเคลื่อนมาตรฐานสุขภาพผ่านเครือข่าย บุคคล สื่อมวลชน และโดยเฉพาะสื่อโฆษณา ซึ่งใช้กลยุทธ์นำเสนอที่ไม่ใช่การบังคับ แต่เป็นการชักนำให้พลเมืองรู้สึกถึงความจำเป็นและประโยชน์ ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ สสส.

งานศึกษานี้ยังพบว่า วาทกรรมสุขภาพของ สสส. เชื่อมโยงกับหลัก “ชาติ ศาสนา และกษัตริย์” โดยวางบทบาทว่า พลเมืองไทยควรดูแลสุขภาพเพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาชาติ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นภาระทางงบประมาณหรือเป็นปัญหาสังคม เช่น เมมาแล้วขับ สนับสนุนการยัดมันส์ 5 การสวมหมวกกันน็อก และชี้ให้เห็นผลร้ายของการละเมิดหลักศีลธรรม โดยเฉพาะในช่วงสำคัญ เช่น วันพระ เข้าพรรษา ทอดกฐิน ตลอดจนควรดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของรัชกาลที่ 9 และแสดงออกถึงความจงรักภักดีผ่านการทำความดีถวาย ในหลวง นอกจากนี้ สื่อโฆษณาของ สสส. ยังเลือกใช้บุคคลต้นแบบที่มีอิทธิพลทางสังคม เช่น นายแพทย์ประเวศ วะสี พระสงฆ์ แม่ชี และดารานักแสดง มาเป็นพรีเซนเตอร์ เพื่อกระตุ้น การคล้อยตามและสร้างความรู้สึกลึกซึ้งในหมู่ผู้ไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสถาปนา มาตรฐานสุขภาพในชีวิตประจำวันของพลเมือง (สุภาพร คชารัตน์, 2559)

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐไทยกับประชากรสงฆ์ใน บริบทนโยบายสุขภาพในปัจจุบัน โดยใช้กลไกอำนาจที่ฟูโกต์เสนอ โดยเฉพาะอำนาจเหนือชีวิตและ การบริหารจัดการชีวิตประชากร (governmentality) เป็นกรอบเพื่อศึกษากระบวนการกำกับควบคุม ทั้งต่อร่างกายของพระสงฆ์แต่ละรูป เช่น การปรับกิจวัตร การฉันอาหาร และกิจกรรมทางกาย ไปจนถึงการจัดการประชากรสงฆ์ในภาพรวมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่รัฐต้องการ นอกจากนี้ วิทยานิพนธ์ยังต้องการอธิบายปรากฏการณ์สร้าง “สังคมสุขภาพ” ภายใต้รัฐเวชกรรม สมัยใหม่ ซึ่งมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางผ่านโครงข่ายกลไกต่าง ๆ เพื่อผลักดันให้พลเมือง รวมถึงพระสงฆ์ รับผิดชอบต่อดูแลชีวิตตนเองให้สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของรัฐ โดยอาศัยความรู้ ทางการแพทย์สมัยใหม่และข้อมูลสถิติเกี่ยวกับประชากรในการสถาปนาอำนาจผ่านนโยบายที่กระตุ้น ให้ประชากรเกิดการกำกับตนเองในระดับร่างกายและความคิด

ในกรณีของพระสงฆ์ ซึ่งถูกระบุว่าเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐไม่เพียงคาดหวังให้พระสงฆ์มีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังวาง

บทบาทให้เป็นกลไกหนึ่งในการสร้างสังคมสุขภาวะ อย่างไรก็ตาม กลไกอำนาจที่รัฐใช้ไม่อาจทำงานได้อย่างราบรื่นเสมอไป เนื่องจากพระสงฆ์ไม่ได้เป็นผู้ได้ปกครองที่เชื่อใจตามเจตนาของรัฐตลอดเวลา ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซับซ้อนและบางครั้งก็ตึงเครียดนี้ จึงเป็นประเด็นหลักที่วิทยานิพนธ์นี้ต้องการสำรวจผ่านการศึกษาศาสนามเพื่ออธิบายการต่อรองอำนาจในชีวิตจริงของประชากรสงฆ์

1.5 สนามและการเก็บข้อมูลสนาม

ผู้เขียนใช้วิธีการสังเกตการณ์และติดตามพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา เนื่องจากวัดนี้เป็นสำนักเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลีที่มีชื่อเสียง สอนโดยพระอาจารย์ที่จบเปรียญเอก (เปรียญ 7-9) และมีตำแหน่งในมหาวิทยาลัยสงฆ์ พระอาจารย์หลายรูปมีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคเกาต์ ส่วนนักเรียนที่เป็นพระสงฆ์และสามเณรในวัดก็มีสวัสดิการที่ดี อาทิ อาหารฟรีจากโรงครัวของวัด ห้องพักในกุฏิที่ไม่ต้องเสียค่าน้ำหรือค่าไฟ การเรียนพระปริยัติธรรมแบบไม่เสียค่าเทอม รวมถึงมีเงินเดือนประจำ ทั้งหมดนี้แลกมาด้วยเงื่อนไขกฎระเบียบ และตารางเวลาที่ต้องปฏิบัติตามจำนวนหนึ่ง ซึ่งจะกล่าวต่อไปในบทที่ 2 ผู้เขียนเห็น่วิถีชีวิตเช่นนี้สอดคล้องกับสมมติฐานและคำอธิบายทางการแพทย์กระแสหลัก ซึ่งมองว่าเอื้อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามมาได้ง่าย เช่น การฉันทอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ การฉันทในปริมาณมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนไม่เพียงพอ

ผู้เขียนเข้าสู่สนามในฐานะลูกศิษย์วัดที่ช่วยเหลืองานประจำวันของวัด เช่น ถือของที่ได้จากการบิณฑบาต ทำความสะอาด จัดเตรียมสถานที่ในวันพระ เป็นลูกมือใช้แรงงานซ่อมแซมสิ่งของภายในวัด ให้บริการโยมที่มาทำบุญ และขับรถถวายพระสงฆ์ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เขียนสามารถสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านสุขภาพของพระสงฆ์สามเณร ตั้งแต่ตื่นนอน บิณฑบาต ฉันทภัตตาหารเช้า-เพล เรียนหนังสือในช่วงเช้า ช่วงบ่าย และช่วงค่ำ จนถึงทำวัตรเย็น นอกจากวิถีชีวิตแล้ว ผู้เขียนยังสังเกตการณ์กระบวนการรักษาโรคในยามอาพาธของพระสงฆ์ ตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลหรือคลินิก การใช้สิทธิรักษาพยาบาล/ประกันสุขภาพ ตลอดจนการใช้ยาและการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาพระสงฆ์อาพาธก็มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลซึ่งทำได้ยาก โดยเฉพาะพระอาพาธที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งต้องขอจริยธรรมการวิจัยในคน แม้ผู้เขียนทำเรื่องขอไปแล้วก็ยังไม่ได้รับคำตอบ

สถานะลูกศิษย์วัดยังทำให้ผู้เขียนได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส และพระอาจารย์ในสำนักเรียนนี้ ในฐานะที่พวกเขาท่านล้วนเป็นพระระดับสังฆาธิการหรือมีตำแหน่งใน

ระบบการศึกษาสงฆ์ เพื่อทำความเข้าใจโครงการบริหารจัดการคณะสงฆ์ซึ่งคล้ายระบบราชการของรัฐ ที่มีลำดับชั้นการสั่งการลดหลั่นลงมาตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้เขียนยังสัมภาษณ์ฆราวาส ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ครัวของวัด อดีตลูกศิษย์ที่สึกออกไปทำงาน อุบาสิกที่มาปฏิบัติธรรม โยมอุปัฏฐาก และโยมที่ใส่บาตรเป็นประจำ เพื่อให้เห็นชีวิตทางสังคมของวัดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอกอยู่เสมอ ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปในบทที่ 2

ควรบันทึกไว้ในส่วนนี้ ด้วยว่า สถานภาพการเป็นนักศึกษาปริญญาโทของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทำให้พระเถระในวัดมักแนะนำผู้เขียนให้รู้จักกับพระสงฆ์จากวัดอื่นในเขตปกครองสงฆ์เดียวกัน รวมถึงพระสงฆ์ในพื้นที่กรุงเทพฯ สุโขทัย และลพบุรี ในบรรดาพระเหล่านี้มีพระสงฆ์ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาวะโดยตรง คือ กลุ่มพระคิลานธรรม และพระคิลานุปัฏฐาก ซึ่งได้รับการอบรมความรู้และทักษะจากกรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส.) ผู้เขียนจึงมีโอกาสติดตามสังเกตการปฏิบัติงานดูแลสุขภาวะทั้งทางกายและทางใจของพระสงฆ์กลุ่มนี้ รวมถึงเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีหน่วยงานภาครัฐ ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายศาสนา และภาคประชาสังคม เข้ามาเป็นภาคีร่วมกับคณะสงฆ์ในการร่วมสร้าง “สังคมสุขภาวะ”

นอกจากนี้ เพื่อทำความเข้าใจการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพและกระบวนการสร้างสังคมสุขภาวะในกลุ่มประชากรพระสงฆ์ของรัฐไทย ผู้เขียนศึกษาเอกสารและงานวิจัยจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560* และชุดงานวิจัยที่มาจากโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้แก่ *สื่อสงฆ์ไทยไกลโรค 4.0* สำหรับพระสงฆ์ เช่น *คู่มือโภชนาการสงฆ์ไทยไกลโรค 4.0* และ *สูตรสงฆ์ไทยไกลโรค 4.0* และสื่อสำหรับฆราวาส เช่น *บาตรไทยไกลโรค 4.0* และ *ครัวไทยไกลโรค 4.0* รวมถึงเอกสารและงานวิจัยขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะกล่าวถึงในบทที่ 4-5

1.6 เนื้อหาของวิทยานิพนธ์โดยสังเขป

บทที่ 1 บทนำ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์และคำถามหลักในการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพและบทบาทของพระสงฆ์ที่รัฐไทยกำหนด นับตั้งแต่มีกฎหมายควบคุมคณะสงฆ์ฉบับแรกในช่วงต้นพุทธศตวรรษที่ 25 จนถึงการเกิดขึ้นของ *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ* ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นมุดหมายสำคัญที่แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์ถูกดึงเข้าไปร่วมมีบทบาทในการสร้าง “สังคมสุขภาวะ” พระสงฆ์กับการมีส่วนร่วม

ทางการเมือง พระสงฆ์ในโลกทุนนิยมและบริโภคนิยม และแนวโน้มงานวิจัยเกี่ยวกับพระสงฆ์ล่าสุดคือ เรื่องสุขภาพ รวมถึงกรอบการวิเคราะห์ สนามที่ใช้ศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล

บทที่ 2 วัดกับชุมชน เป็นชาติพันธุ์นิพนธ์ที่แสดงชีวิตทางสังคมของวัดแห่งหนึ่งใน กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นสำนักเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลีที่มีชื่อเสียง เพื่อเผยให้เห็นความสัมพันธ์ ทางอำนาจหลากหลายมิติของวัดไทยในทศวรรษ 2560 ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์และ สามเณรภายในวัด ทั้งในแง่ของลำดับชั้น การปกครอง และการใช้ชีวิตร่วมกันในฐานะชุมชนสงฆ์ สถานะของวัดที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลและการปกครองของคณะสงฆ์ และในขณะเดียวกันก็อยู่ใต้ การควบคุมของรัฐด้วย บทนี้ยังแสดงให้เห็นความผูกพันและเครือข่ายของลูกศิษย์วัด ชุมชนที่อยู่ รอบข้าง และฆราวาสผู้ศรัทธาที่เข้ามาทำบุญ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงอยู่ของวัดในมิติต่าง ๆ ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ส่งผลต่อวัตรปฏิบัติ การอาพาธ และการรักษาโรคของพระสงฆ์ในอนาคต

บทที่ 3 โรงพยาบาลสงฆ์: สถาบันเวชกรรมและปฏิบัติการของชีวาณาจ กล่าวถึง สถาบันที่สร้างขึ้นเพื่อรักษาพระอาพาธโดยเฉพาะ ถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดถวายแก่คณะสงฆ์โดย ไม่คิดค่าบริการ แต่อาศัยการระดมทุนผ่านความเชื่อทางศาสนา เช่น การทำบุญ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง บทบาทของรัฐในการดูแลสุขภาพของประชากร นอกเหนือจากภารกิจหลักด้านการรักษาพยาบาล บทนี้ยังสำรวจบทบาทเชิงรุกของโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งขยายขอบเขตการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วย การจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับการอาพาธของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวางแผนและพัฒนานโยบายสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

บทที่ 4 สงฆ์ไทยใกล้โรค กล่าวถึงการกลายเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ด้านสุขภาพของ พระสงฆ์ โดยเน้นที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ เช่น การสูบบุหรี่ การฉันทอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยเฉพาะหลัง การประกาศใช้ *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ* ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ หน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ มีบทบาทและเริ่มดำเนินโครงการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อย่างเป็น ระบบและเข้มข้นขึ้น

บทที่ 5 สงฆ์ไทยใกล้โรค: พระสงฆ์ ประชากรกลุ่มเสี่ยง กล่าวถึงภูมิทัศน์ ทางสาธารณสุขไทยที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพพระสงฆ์ ท่ามกลางการปฏิรูประบบบริหารจัดการ สุขภาพของประชากรของรัฐไทย ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ดำเนินการหลักสู่การดึง ภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคมเข้ามาร่วมเป็นภาคีในการสร้างสังคมสุขภาพ รวมทั้งตั้งหน่วยงานส่งเสริม สุขภาพที่รณรงค์ให้ประชากรไทย รวมถึงพระสงฆ์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

บทที่ 6 เป็นบทสรุปที่ร้อยเรียงให้เห็นความสัมพันธ์อันซับซ้อนของรัฐ (ทั้งหน่วยงาน ด้านปกครอง หน่วยงานด้านศาสนา และหน่วยงานด้านสุขภาพ) คณะสงฆ์ และชาวบ้าน ในทศวรรษ

2560 ซึ่งกลไกของอำนาจได้ขยายเข้าไปกำกับสุขภาวะ จัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และชี้นำพฤติกรรมของพระสงฆ์ โดยใช้วิธีการที่ไม่ใช่พระธรรมวินัยหรืออำนาจตามกฎหมายดังที่เคยใช้มาโดยตลอด และกระบวนการทำให้สงฆ์ไทยไกลโรครันี้กลับทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวเข้าใกล้ทางโลกมากขึ้น



บทที่ 2

วัดกับชุมชน

ต้นเดือนสิงหาคม ปี 2566 ท่ามกลางเมื่อดฝนที่โปรยปรายลงมาตลอดช่วงค่ำ ฆราวาสหญิงชายราวสิบกว่าคนในมือถือดอกบัวตูม รูป และเทียน ทอยยเดินเข้าประตูพระอุโบสถชั้นนอก แล้วนั่งลงบนเก้าอี้พลาสติกสีขาวที่ถูกจัดเรียงเป็นแถวราว 200 ตัว รอสวดมนต์ ฟังธรรม และเวียนเทียนเนื่องในวันอาสาฬหบูชา ในกำหนดการของวัดนะโม พระสงฆ์จะเริ่มทำวัตรเย็นตั้งแต่เวลา 19.00 น. แต่แม้จะเลยเวลามาแล้วร่วมสิบนาที ผู้ร่วมงานก็ยังบางตา อาจเพราะวันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษาปีนี้ติดกับวันเฉลิมพระชนมพรรษาของรัชกาลที่ 10 และรัฐบาลประกาศให้หยุดยาว 6 วัน ทำให้ลูกศิษย์วัดและคนในชุมชนจำนวนมากเดินทางไปเที่ยวต่างจังหวัด เสียงพระอาจารย์แดงเจ้าอาวาสรูปปัจจุบัน ดังก้องผ่านลำโพงสีดำที่ห้อยอยู่บนหลังคา ประกาศชวนโยมด้านนอกให้เข้าไปร่วมประกอบพิธีภายในพระอุโบสถ

“ไปกันเถอะ ถือว่าช่วยวัด” อุบาสิกาหญิงสูงวัยลุกขึ้น แล้วชวนเพื่อนในกลุ่มอีก 4-5 คน แต่เพื่อนคนหนึ่งยังลังเลไม่ยอมลุกจากเก้าอี้ เนื่องจากกลัวว่าหลานชายวันทขวบที่เธอพามาด้วยจะเล่นชนส่งเสียงดังในพระอุโบสถขณะทำพิธี เพื่อนโน้มน้าวว่าหากพวกเขาไม่เข้าไปนั่งข้างในก็อาจไม่มีใครนั่งเลย เมื่อสามเณรถ่ายรูปลงเพจเฟซบุ๊กของวัดแล้วเห็นเก้าอี้ว่างก็จะดูไม่สวยและไม่น่าภูมิใจ ได้ยินดังนั้น อุบาสิกาทั้งกลุ่มก็ยอมเข้าร่วมพิธีกรรมในพระอุโบสถในเวลาไล่เลี่ยกับที่เสียงพระสวดมนต์ดังขึ้น

พระวัดนะโมสวดมนต์ประมาณ 20 นาที จากนั้นก็มีพระมหารูปหนึ่งที่เพิ่งสอบได้เปรียญธรรม 9 ประโยค เป็นผู้เทศนาถ้อยพิเศษ เริ่มแสดงอรรถาธิบายประโยชน์ของการฟังธรรมะว่าเป็นการ “ฟังเรื่องใหม่ วิจัยเรื่องเก่า บรรเทาหนี้” ก่อนจะอ่านนิทานชาดกเรื่องพุทธบัญญัติห้ามภิกษุณีฉันกระเทียม ความเป็นมาของวันอาสาฬหบูชาและวันเข้าพรรษา และความสำคัญของศีล 227 ข้อในพระธรรมวินัย จากนั้น คณะสงฆ์วัดนะโมจะเดินลงจากพระอุโบสถ จุดเทียนพรรษาเล่มใหญ่ แล้วถือรูปเทียนคนละชุด ประกอบด้วยเทียนเล่มเล็ก 1 เล่ม รูป 3 ดอก และดอกบัวเดินวนรอบพระอุโบสถ 3 รอบ พร้อมสวดบทอธิปิโส โดยมีฆราวาสเดินตามราว 100 คน

พิธีกรรมจบลงเมื่อพระอาจารย์แดงประกาศผ่านไมโครโฟนว่าเข้าพรรษาปีนี้ วัดนะโมมีบุคลากรทั้งสิ้น 59 รูป (พระสงฆ์ 35 รูป สามเณร 24 รูป)¹ และพระสงฆ์เหล่านี้ขอวารณาตน

¹ เนื่องจากช่วงเข้าพรรษาของทุกปี จำนวนบุคลากรพระสงฆ์ของแต่ละวัดค่อนข้างนิ่ง (ไม่เพิ่มหรือลด) จึงเป็นช่วงที่สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติจะเก็บสถิติจำนวนพระสงฆ์ในปีนั้น ๆ

เข้าพรรษาตลอดระยะเวลา 3 เดือน ก่อนแยกย้ายชาวบ้านจะช่วยกันเก็บขยะ ระบุเทียน และซ้อนเก้าอี้ พลาสติกเรียงเป็นชั้น

บทนี้ผู้เขียนต้องการอธิบายโครงสร้างการบริหารวัดนะโมที่เป็นพระอารามหลวงและ เป็นสำนักเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลี ความสัมพันธ์ระหว่างพระอาจารย์และลูกศิษย์ ความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์สามเณรที่เป็นศิษย์ร่วมสำนัก ความผูกพันและเครือข่ายอดีตลูกศิษย์ที่ ลีอกออกไปหาความก้าวหน้าในระบบราชการหรือวงการธุรกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชน รอบข้าง เพื่อแสดงให้เห็นถึงชีวิตทางสังคมที่ซับซ้อนของวัดและการที่พระสงฆ์พึ่งพาอาศัยฆราวาส ด้านวัตถุ เช่น อาหาร เงินบริจาค ซึ่งส่งผลต่อวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์จนอาจเกิดอาพาธในอนาคต

2.1 พระสังฆาธิการและลูกวัด

เจ้าอาวาสวัดนะโมรูปปัจจุบัน คือ พระอาจารย์แดง¹ ้วยหกสิบปลาย ๆ ท่านมีตำแหน่ง สำคัญในคณะสงฆ์ อาทิ เจ้าคณะแขวง คณะกรรมการโรงพยาบาลสงฆ์ และผู้อำนวยการห้องสมุดแห่ง มหาวิทยาลัยสงฆ์ ทำให้ท่านต้องออกไปทำงานนอกวัดแทบทุกวัน โดยเฉพาะงานบริหารห้องสมุด พระอาจารย์แดงพยายามรื้อระบบยืม-คืนหนังสือ เปลี่ยนจากระบบเขียนบัตรเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่เคยไปดูงานจากจุฬาลงกรณ์และธรรมศาสตร์ แต่ระบบไฮเทคเช่นนั้นใช้งบประมาณสูง ท่านจึงต้อง เข้าพบผู้หลักผู้ใหญ่ในรัฐบาลเพื่อขอการสนับสนุน ด้วยภาระงานที่รัดตัวเหล่านี้ พระอาจารย์แดงจึง แพบไม่ได้อยู่วัดเลยในช่วงกลางวัน

เมื่อพระอาจารย์เฉย รองเจ้าอาวาส เปรียญธรรม 9 ประโยค เป็นพระสังฆาธิการอีกรูป ที่มีภาระหน้าที่ในมหาวิทยาลัยสงฆ์ ในฐานะผู้ช่วยอธิการบดีที่ดูแลงานประกันคุณภาพการศึกษา การบริหารจัดการภายในวัดจึงต้องแจกจ่ายผ่านกลุ่มพระผู้ช่วยเจ้าอาวาส 4 รูป ได้แก่ พระอาจารย์โพธิ์ (ปร. 9) พระอาจารย์ยิ่ง (ปร. 8) พระอาจารย์ชา (ปร. 7) และพระอาจารย์ตัน (ปร. 5) ซึ่งล้วนมีพรรษาไล่เลี่ยกันคืออายุ 50-60 ปี โดยแบ่งบทบาทตามความเชี่ยวชาญ

¹ พระอาจารย์แดงจากบ้านเกิดในอยุธยา มาบวชเณรที่วัดนะโม ตั้งแต่อายุ 15 ปี (พ.ศ. 2514) และบวชพระในอีก 5 ปีถัดมา โดยมีหลวงปู่ดำเป็นพระอุปชฌาย์ ท่านสอบได้เปรียญธรรม 5 ประโยค และทำงานเป็นครูสอนพระปริยัติธรรมในสำนักเรียนเมื่อปี พ.ศ. 2524 พระอาจารย์แดงเข้าเรียนใน มหาวิทยาลัยสงฆ์จนจบปริญญาโท หลวงปู่ดำแต่งตั้งท่านเป็นผู้ช่วยเจ้าอาวาสในปี พ.ศ. 2530 และได้เป็นเจ้าอาวาสในปี พ.ศ. 2556

เนื่องจากพระอาจารย์โพธิ์เป็นอาจารย์ใหญ่ ส่วนพระอาจารย์ยิ่งและพระอาจารย์ตันก็ เป็นพระครูในสำนักเรียนที่ไม่ค่อยมีเวลานัก พระอาจารย์ชาจึงเป็นผู้รับหน้าที่หลักในการดูแลกิจการ ภายในวัด ตั้งแต่การจัดคิวกิจกรรม การจัดการอาหารและที่พัก ค่าเล่าเรียน ไปจนถึง ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของลูกวัด รวมถึงจ้างชาวบ้านในชุมชนใกล้เคียงมาช่วยงานวัด การบริหารกิจการภายในวัดยังทำให้พระอาจารย์ชาทำหน้าที่ควบคุมการใช้จ่ายเงินของวัดที่ได้จาก งบประมาณประจำปีและเงินทำบุญ ตัวอย่างของรายจ่าย ได้แก่ ค่าภัตตาหาร 5,000 บาทต่อวัน ค่าน้ำค่าไฟประมาณ 7,000 บาทต่อเดือน ค่าศึกษาเล่าเรียนของพระเณรประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน ค่าแรงเจ้าหน้าที่ดูแลวัดประมาณ 70,000 บาทต่อเดือน และรายรับของวัดที่ ส่วนหนึ่งมาจากชุมชน เช่น ผู้บริจาคราว 20,000-30,000 บาทต่อเดือน และค่าจอดรถในพื้นที่วัด ประมาณ 20,000-30,000 บาทต่อเดือน บัญชีรายรับรายจ่ายเหล่านี้ไม่เพียงติดประกาศบนบอร์ดหน้า เรือนรับรองให้ชาวบ้านได้เห็น แต่ยังจัดทำเป็นรายงานประจำปีส่งให้สำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติ (พศ.) ช่วงเข้าพรรษาในเดือนสิงหาคม ซึ่งตรงกับช่วงปิดปีงบประมาณของระบบราชการ ทำให้ในช่วงต้นทศวรรษ 2560 วัดนะโมได้รับเลือกให้เป็นวัดต้นแบบในการจัดทำบัญชีโปร่งใส¹

ไม่บ่อยนักที่พระระดับบริหารจะอยู่กันพร้อมหน้าในพื้นที่วัด ซึ่งมักเกิดขึ้นเฉพาะในช่วง วันสำคัญทางศาสนา หรือในวันที่มีผู้ตรวจการคณะสงฆ์เข้ามาประเมินผลดำเนินงานของวัด ตัวอย่างเช่นในงานตรวจการคณะสงฆ์ประจำเขต เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งเจ้าคณะกรุงเทพฯ เป็น ผู้แทนมหาเถรสมาคมในการตรวจเยี่ยมวัดต่าง ๆ ภายใต้งานปกครอง เพื่อประเมินว่าวัดแต่ละแห่งได้ ดำเนินการตามนโยบายที่ได้รับมอบหมายจากส่วนกลางหรือไม่ งานนี้จัดขึ้นที่วัดนะโมเนื่องจาก

¹ การทำบัญชีวัดและจัดการทรัพย์สินของพระสงฆ์ในช่วงนี้ เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ ปฏิรูปกิจการด้านศาสนาของรัฐบาลคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่มีภารกิจตั้งแต่ ด้านปกครอง (เช่น พัฒนาบุคลากรพระสังฆาธิการ พระอุปัชฌาย์ พระวินยาธิการ ทำบัญชีวัด สวดเจริญพระพุทธมนต์ สวดเฉลิมพระเกียรติ จัดงานบรรพชา-อุปสมบทถวายเป็นพระราชกุศล) ด้านศาสนศึกษา (พัฒนาและควบคุมคุณภาพหลักสูตรพระปริยัติธรรม รวมทั้งพัฒนาผู้บริหารและครู สอนปริยัติ) ด้านศึกษาสงเคราะห์ (สนับสนุนทุนการศึกษา เพิ่มสถานศึกษาเชิงพุทธและหลักสูตร ศาสนาสำหรับคฤหัสถ์) ด้านสาธารณูปการ (โครงการวัดเสริมสร้างความสุข) และด้านสาธารณสงเคราะห์ (ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติและคนยากไร้ อบรมพระนักพัฒนาและ พระคิลานุปัฏฐาก) และภารกิจที่เพิ่มขึ้นมานี้ก็มีตัวชี้วัด/เกณฑ์ที่มหาเถรสมาคมและ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติกำกับให้แต่ละวัดต้องทำ (“แผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการ พระพุทธศาสนา”, 2560)

พระอาจารย์แดงเป็นเจ้าของเขตนี้ และมีเจ้าอาวาสทุกรูปในเขตเข้าร่วม พระอาจารย์แดงเป็นผู้ถวายรายงานเกี่ยวกับจำนวนพระสงฆ์ในเขตปกครอง และรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามมติของมหาเถรสมาคม อาทิ “โครงการหมู่บ้านรักษาศีลห้า” ที่ให้วัดจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรมและสวดเจริญพระพุทธมนต์ในวันสำคัญทางศาสนาและวันเฉลิมพระชนมพรรษา การทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของวัด การสำรวจและจัดทำบัญชีทรัพย์สินของวัด การมอบทุนการศึกษาแก่พระและสามเณร การแจกสิ่งของที่เป็นแก่ผู้ประสบภัย เช่น ในช่วงอุทกภัยและการระบาดของโควิด-19 การเผาศพไร้ญาติหรือผู้เสียชีวิตจากโควิด

ในการประชุม พระอาจารย์แดงยังนำเสนอข้อร้องเรียนที่ได้รับผ่านทางสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในระหว่างบิณฑบาตของพระบางรูป เช่น ยืนบิณฑบาตอยู่ ณ โดยไม่เคลื่อนที่ โดยเฉพาะหน้าศูนย์การค้า ตลาด หรือบ้านของนักธุรกิจและนักการเมือง ซึ่งมักทำบุญด้วยเงินหลักร้อยถึงพันบาท การนำถุงอาหารที่โยมใส่บาตรแล้วมาเวียนขายอีกครั้งร่วมกับแม่ค้าท้องถิ่น หรือการบิณฑบาตนอกเวลาที่กำหนด (ก่อน 6.00 น. หรือหลัง 9.00 น.) เมื่อผู้ตรวจการคณะสงฆ์รับฟังจบก็ได้ออกคำสั่งให้เจ้าอาวาสทุกวัดเข้มงวดต่อการกำกับดูแลพระในสังกัดให้ปฏิบัติตามพระวินัย และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ชาวบ้านติเตียน (โลกวัชชะ) และได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เข้าร่วมประชุม อาทิ ขอให้เจ้าอาวาสและพระวินยาธิการร่วมมือกับตำรวจท้องที่เข้าจับกุมและไต่สวนพระสงฆ์ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม รวมถึงสอดส่องปัญหาในชุมชน เช่น การพนัน ยาเสพติด สุรา และบุหรี โดยตำรวจให้หมายเลขโทรศัพท์แก่พระสงฆ์และรับปากว่าจะส่งสายตรวจเข้าวัด และส่งสายสืบลงชุมชนตามความจำเป็น (เนื่องจากที่ผ่านมา ตำรวจได้พึ่งพาวัดหลายเรื่อง เช่น ใช้เป็นแหล่งอบรมและบำบัดผู้เสพยาเสพติด หรือเป็นแหล่งที่พักของตำรวจควบคุมฝูงชนที่เข้ามาสลายม็อบช่วงปี พ.ศ. 2563-2564) ร่วมมือกับประธานชุมชนและสำนักงานเขตและเทศกิจตรวจสอบสุขอนามัยและจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดให้เหมาะสม

นอกจากพระระดับบริหาร ในบรรดาพระสงฆ์ทั้งหมด 35 รูป มีพระเถระรูปหนึ่งที่ไม่เพียงได้รับความเคารพจากหมู่สงฆ์ แต่ยังเป็นที่รักของชาวบ้านในชุมชนโดยรอบ นั่นคือพระอาจารย์แก้ว วัย 58 พรรษา (ปธ. 6) และเป็นพระอาจารย์คนสำคัญในสำนักเรียนวัดนี้มาหลายปี ในวันว่างจากการสอน พระอาจารย์แก้วมักนั่งอยู่ที่ร้านอาหารตามสั่งหรือหน้าร้านขายของชำในชุมชนอุโมงค์ ซึ่งตั้งเรียงรายอยู่ริมรั้ววัด สถานที่เหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงจุดพักผ่อน แต่ยังเป็นพื้นที่ที่พระอาจารย์แก้วแลกเปลี่ยนข่าวสารบ้านเมืองหรือเรื่องซุบซิบในชุมชนกับแม่ค้าและคนที่สัญจรไปมาอย่างออกรส รวมถึงบรรดาผู้ชายในชุมชนที่มารอการถ่ายทอดสดมวยคู่โปรดผ่านโทรทัศน์รุ่นเก่าที่ตั้งอยู่หน้าร้านทุกวันเสาร์และอาทิตย์ในช่วงบ่าย เสียงเชียร์มวยจะดังแว่วออกมาเป็นระยะ ปะปนกับเสียงหัวเราะ

และหยอกล้อของผู้ชม ผู้ชายบางคนวางเดิมพันเล็กน้อยพอให้คึกคัก และพระอาจารย์แก้วก็มักนั่งอยู่ในกลุ่มนั้น

พระอาจารย์แก้วเคยเป็นผู้สอนบาลีและนักธรรมให้กับสามเณรและพระนวกะ แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นและร่างกายเริ่มโรยรา ท่านจึงถอยบทบาทจากการสอนบาลี ซึ่งต้องใช้สมาธิและกำลังมาก แล้วมอบหมายให้พระมหาเชียว พระหนุ่มวัยสามสิบกว่า รับหน้าที่แทน ปัจจุบันท่านกลายเป็นผู้ถือกุญแจคนสำคัญของวัดที่สามารถไขกุญแจอาคารหลักทุกหลัง ได้แก่ ศาลาการเปรียญ ห้องรับแขก พระอุโบสถ และประตูเหล็กที่เชื่อมเขตกุฏิพระกับชุมชนด้านนอก เวลา 23.00 น. ทุกคืน ท่านจะเดินไปล็อคประตูเหล็กทางเข้าวัดเพื่อป้องกันการบุกรุกจากบุคคลภายนอกในยามวิกาล และจะกลับมาไขกุญแจอีกครั้งในเวลา 05.00 น. เพื่อให้พระเณรออกเดินบิณฑบาตรในยามรุ่งสาง บริเวณหน้าพระอุโบสถยังมีลานจอดรถ พระอาจารย์แก้วเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบการเก็บค่าบริการแบบรายเดือนจากชาวบ้านในชุมชน และเนื่องจากท่านเป็นหนึ่งในไม่กี่รูปของวัดนะโมที่สามารถสวดปาติโมกข์¹ ได้ถูกต้องในทุกสังฆกรรม คนในชุมชนเล่าลือกันว่า ท่านมีญาณหยั่งรู้อัจฉริยะได้เด็ดจากพระอาจารย์แก้วในช่วงกลางเดือนและสิ้นเดือน แม้มีคนเคยถูกหวยจากเลขของท่านหลายงวด แต่พระอาจารย์แก้วก็กล่าวติดตลกว่า “ไม่มีพลังวิเศษหรือโยม อาตมาก็ได้เลขมาจากกลุ่มไลน์เหมือนกัน”

ช่วงต้นทศวรรษ 2560 ที่ผู้เขียนเก็บข้อมูล พระสงฆ์อีกรูปที่สร้างชื่อเสียงให้วัดนะโม คือพระมหาอาคม ที่แม้จะมีพรรษาไม่มากนัก คือ 25 ปี แต่ก็ได้รับการยอมรับทั้งด้านวิชาการและพิธีกรรม ท่านสอบได้เปรียญธรรม 6 ประโยค จบปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยสงฆ์ และเป็นผู้สืบทอดวิชาโหราศาสตร์ สักยันต์ ลงเส้นท์ และการปลุกเสกเครื่องรางจากพระเกจิชื่อดังในอยุธยา เครื่องราง

¹ ทุกครึ่งเดือน พระสงฆ์จะถูกย่ำเดือนถึงศีล 227 ข้อ ผ่านการสวดหรือฟังปาติโมกข์ในพระอุโบสถ ในวันพระจันทร์เพ็ญ (ขึ้น 15 ค่ำ เดือนเต็ม) และวันพระจันทร์ดับ (แรม 15 ค่ำ เดือนเต็ม หรือแรม 14 ค่ำ ในเดือนขาด) ซึ่งนับเป็นสังฆกรรมสำคัญที่หากพระสงฆ์รูปใดขาดก็จะถูกปรับเป็นอาบัติ รวมทั้งยังห้ามฆราวาสและสามเณรเข้าร่วมด้วย เมื่อเริ่มแล้วก็ต้องสวดจนจบ ห้ามหยุดกลางคัน และหากพระสงฆ์รูปใดสวดผิดก็ต้องเริ่มสวดกันใหม่ตั้งแต่ข้อแรก พระธรรมวินัยอนุญาตให้หยุดสวดได้ก็ต่อเมื่อเกิดเหตุคับขัน เช่น โจรปล้น ไฟไหม้ น้ำหลาก พระราชาเสด็จ คนแห่เข้าวัดจำนวนมาก ผีเข้าพระสงฆ์ พระอาพาธหนัก หรือมีสัตว์ร้ายปรากฏตัวในพิธี ไม่เพียงเท่านั้น บทสวดปาติโมกข์ยังกลายเป็นบทศักดิ์สิทธิ์ที่พระสงฆ์จะหัดสวดได้ก็ต่อเมื่อมีพระอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญคอยกำกับดูแล มิฉะนั้นอาจเสียสติหรือวิกลจริตได้ ผลคือพระสงฆ์ที่สวดปาติโมกข์ได้ในแต่ละวัดมีเพียงไม่กี่รูป บางวัดอาจไม่มีเลย (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2563)

ของท่านมีหลากหลาย อาทิ พระปิดตา ตะกรุด รูปปั้นเสื่อ และผ้ายันต์ ซึ่งได้รับความนิยมในหมู่ผู้มีจิตศรัทธา ในแต่ละวันจึงมีผู้คนที่ทั้งลูกศิษย์และผู้สนใจแวะเวียนมาสักการะและทำบุญอย่างไม่ขาดสาย โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับรู้พุทธคุณของท่านผ่านช่องทางออนไลน์อย่างเฟซบุ๊กและติ๊กต็อก ซึ่งมีลูกศิษย์เป็นแอดมิน

ด้วยเหตุนี้ เจ้าอาวาสจึงจัดกุฏิส่วนตัวและห้องใต้อาคารเรียนให้เป็นห้องรับรองของพระมหาอาคม ภายในห้องมีการตกแต่งด้วยพระพุทธรูป รูปปั้นเทพอินทวงศ์หนึ่ง แทนดอกไม้กระถางรูปเทียน ผนังไม้สักเคลือบเงาซึ่งได้รับการดูแลโดยลูกศิษย์ที่ขี้ดุกพื้นทุกวัน บนพื้นไม้ยังมีพระพุทธรูปทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็ก พร้อมวัตถุมงคลจากคติจีนและฮินดู เช่น หนุมาน ช้างเอราวัณ พระปิดตา และรูปหลวงปู่ทวด รวมถึงพานบายศรีสำหรับบูชา บรรายาคาศิในห้องรับแขกนี้เย็นสบายด้วยเครื่องปรับอากาศขนาดใหญ่ที่เปิดตลอดทั้งวัน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ทั้งญาติโยมและหมาพันธุ์ไซบีเรียนฮัสกีสีเทาขาวที่ท่านเลี้ยงไว้เฝ้ากุฏิ ผู้ศรัทธามักนำอาหาร ขนม และเครื่องดื่มรสหวานมาถวายเสมอ ไม่ว่าจะเป็นโอวัลติน ชาเย็น ไม้โล หรือกาแฟเย็นใส่นมข้นหวาน โดยเฉพาะในช่วงหลังเพลที่พระสงฆ์ไม่ฉันอาหาร พระมหาอาคมจึงมักมอบน้ำปานะที่เหลือให้สามเณรนำไปแจกจ่ายแก่เพื่อนร่วมสำนัก

เมื่อชื่อเสียงของพระอาคมเริ่มเป็นที่ประจักษ์ ท่านได้รับนิมนต์เข้าร่วมพิธีสำคัญต่าง ๆ อยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นพิธีพุทธาภิเษก งานฉลองพระอุโบสถ หรือกิจกรรมมงคลของพระเถระทั่วกรุงเทพฯ และภาคกลาง ต่อมา เพื่อระดมทุนสนับสนุนกิจกรรมและการศึกษาของวัดพระมหาอาคมได้จัดสร้างและปลูกเสกเครื่องราง เช่น หนุมาน พระปิดตา และเทพอินทวงศ์ และเชิญพระเกจิชื่อดังและเครือข่ายลูกศิษย์จากหลายวัดมาร่วมประกอบพิธีปลูกเสกอย่างยิ่งใหญ่ ด้วยเงินบริจาคจำนวนมหาศาลที่ได้รับจากการจัดสร้างวัดถุยมงคล ซึ่งมีมูลค่ารวมกว่าสิบล้านบาท พระมหาอาคมจึงได้จัดตั้งมูลนิธิเทพอินทวงศ์ขึ้นเพื่อดูแลจัดการเงินก้อนนี้ และต่อมาได้ดำเนินการก่อสร้างอาคารสำหรับบูชาเทพอินทวงศ์ที่ท่านเคารพนับถือ ซึ่งได้กลายเป็นแหล่งทำบุญใหม่ของฆราวาส “สายมู” ในกรุงเทพฯ

นอกจากพระเถระที่ติดภารกิจทั้งภายในและภายนอกวัดแล้ว พระลูกวัดส่วนใหญ่จะคร่ำเคร่งกับการเรียน แม้สำนักเรียนวัดนะโมจะขึ้นชื่อด้านการสอนบาลี แต่ก็มีครูที่สอนถึงระดับเปรียญธรรม 1-5 เท่านั้น หากจะเรียนในระดับที่สูงขึ้น (ปธ. 7-9) พระวัดนะโมจะต้องข้ามฟากไปเรียนที่สำนักเรียนวัดสามพระยา ซึ่งตั้งอยู่ฝั่งพระนคร นอกจากนี้ พระสงฆ์หลายรูปยังลงทะเบียนเรียนในระดับปริญญาตรีที่มหาวิทยาลัยสงฆ์แห่งหนึ่ง ทำให้แต่ละวันต้องใช้เวลาเดินทางโดยรถเมล์จากสนามหลวงเป็นเวลาหลายชั่วโมง ในช่วงเวลากลางวัน วัดนะโมจึงมักมีเพียงสามเณรที่กำลังเรียนบาลีขั้นต้นและพระอาจารย์ผู้สอนไม่กี่รูปเท่านั้น

ในแต่ละปี สำนักเรียนวัดนะโมจะเปิดรับสมัครสามเณรใหม่ในช่วงเดือนเมษายน ผู้สมัครต้องมีอายุ 12-15 ปี จบการศึกษาชั้น ป.6 ขึ้นไป และต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม สามเณรบางรูปอาจไม่ได้เข้ามาตามช่วงเวลาสมัครนี้ แต่มีพ่อแม่หรือผู้ปกครองนำมาฝากฝังโดยตรงกับพระอาจารย์ที่เป็นญาติ หรือผู้ที่คุ้นเคยกับวัด นอกจากนี้ พระสงฆ์บางรูปที่มีพื้นเพครอบครัวไม่ยากจน แต่มีความเบื่อหน่ายทางโลก ก็อาจเลือกเข้ามาบวชที่สำนักเรียนวัดนะโมได้ แต่มีเงื่อนไขสำคัญคือ ต้องตั้งใจเรียนบาลีและสอบให้ผ่าน ตัวอย่างเช่นพระมหาเขียวซึ่งมีพ่อแม่เป็นข้าราชการระดับผู้บริหารโรงเรียนในภาคใต้ ท่านเพิ่งบวชเมื่ออายุ 27 ปี ด้วยความที่เป็นผู้มีความสามารถและขยันหมั่นเพียร ท่านจึงสอบบาลีผ่าน 8 ปีรวด และได้รับการแต่งตั้งเป็นอาจารย์สอนบาลีในสำนักเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานของอาจารย์ท่านอื่น

ภาคการศึกษาของวัดนะโมแบ่งออกเป็น 3 เทอม เทอมแรกเปิดเรียนต้นเดือนพฤษภาคม และปิดก่อนเข้าพรรษาประมาณ 7 วัน (ปลายเดือนกรกฎาคมหรือต้นเดือนสิงหาคม) เพื่อให้พระเณรได้มีโอกาสกลับไปเยี่ยมครอบครัว เทอมสองจะเปิดหลังเข้าพรรษา 7 วัน ไปจนถึงต้นเดือนตุลาคม และเทอมสามเปิดเรียนปลายเดือนตุลาคมจนถึงต้นเดือนมกราคม ในช่วงเปิดเทอมจะมีการเรียนการสอนทุกวัน ยกเว้นวันอาทิตย์และวันพระ คาบเรียนจะแบ่งออกเป็นช่วงเช้า (8.30-10.30 น.) และช่วงบ่าย (13.00-15.00 น.) สำหรับวิชาบาลี ได้แก่ ไวยากรณ์ แผลมคธเป็นไทย และแปลไทยเป็นมคธ ส่วนช่วงค่ำ (19.00-20.00 น.) จะเป็นวิชาธรรมศึกษา ซึ่งครอบคลุมวิชาเรียงความแก้กระทู้ธรรม พระวินัย พุทธประวัติ และประวัติพระสาวก พระอาจารย์จะจัดสอบวัดผลวิชาบาลีช่วงปลายเดือนของทุกเดือน เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักเรียนสำหรับ “การสอบบาลีสนามหลวง” ซึ่งจะจัดสอบรอบแรกช่วงกลางเดือนมกราคม สำหรับเปรียญเอก (ประโยค 6-9) และรอบสองช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคมสำหรับเปรียญธรรมประโยค 1-5 นักเรียนที่สอบบาลีขั้นต้นไม่ผ่านยังมีโอกาสสอบซ่อมในช่วงกลางเดือนเมษายน ส่วนนักเรียนที่สอบเปรียญเอกไม่ผ่านก็จะถือว่าสอบตกและต้องรอสอบใหม่ในปีถัดไป

“บาลีเรียนยาก จะเรียนได้ต้องขยัน” พระอาจารย์ชาอธิบายความท้าทายของการศึกษาพระธรรมวินัย ก่อนจะร่ายภูมิหลังของพระสงฆ์ส่วนใหญ่ในวัด ซึ่งมีพื้นเพมาจากต่างจังหวัด โดยเฉพาะภาคอีสานและจังหวัดอยุธยา แม้จะมีคนกรุงเทพฯ เข้ามาบวชบ้าง แต่มักจะอยู่ได้ไม่นานก็ต้องสึกออกไป ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลอย่างมากต่อเส้นทางสมณเพศ ไม่ว่าจะเป็นแรงกดดันทางเศรษฐกิจที่ทำให้พระสงฆ์จากครอบครัวยากจนต้องส่งเงินจากกิจนิมนต์กลับไปจุนเจือที่บ้าน บางรูปยังมีญาติพี่น้องมาเยี่ยมเยียนบ่อยจนไม่เป็นอันเรียน หรือในทางกลับกัน พระสงฆ์ที่ฐานะดีก็ไม่ได้หมายความว่า จะบวชชาน เนื่องจากมักถูกครอบครัวเรียกให้กลับไปสืบทอดกิจการ หรือไปเรียนต่อต่างประเทศ นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคทางสังคมและค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ปกครอง

บางรายเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยความทะนุถนอม มักเกรงว่าการบวชจะทำให้ลูกหลานเผชิญความลำบาก ขณะที่ผู้ปกครองบางคนอยากให้บวช แต่บุตรหลานเองกลับติดเพื่อน ติดเล่น ติดเกม จนไม่อยากบวช ในบางกรณี แม่เด็กอยากบวชและผู้ปกครองเห็นด้วย แต่ครูหรือโรงเรียนกลับไม่อนุญาต อ้างว่าเด็กจะต้องเรียนให้จบเกณฑ์บังคับถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ก่อน มิฉะนั้นจะผิดกฎหมาย อาจเพราะปัจจัยเหล่านี้ การรักษาจำนวนและคุณภาพของผู้เรียนบาลีจึงเป็นความท้าทายและทวีความสำคัญในสายตาพระอาจารย์ชา

วัดมีหน้าที่ส่งรายงานประจำปีให้สำนักพุทธฯ ซึ่งระบุจำนวนนักเรียนและผลการสอบ เนื่องจากงบประมาณอุดหนุนด้านการเรียนพระปริยัติธรรมได้รับจากรัฐจะคิดเป็นรายหัว คือ หากมีจำนวนนักเรียนมากก็ได้มากก็จะได้รับงบประมาณมาก และหากมีจำนวนผู้สอบผ่านเยอะก็จะยิ่งได้รับงบมากขึ้นอีก แต่เจ้าอาวาสเล่าว่า งบที่ได้รับจากรัฐก็ยังไม่มากพอ วัดต้องอาศัยเงินบริจาคและเงินทำบุญมาสมทบเพื่อจ่ายเงินเดือนครู เงินเดือนนักเรียน รวมถึงค่าอบรมที่ต้องจ่ายให้นักเรียนเปรียญเอกซึ่งต้องไปเรียนที่สำนักอื่น โดยเฉลี่ยแล้ว ในแต่ละเทอม วัดมีค่าใช้จ่ายส่วนนี้รวมประมาณ 300,000 บาท

แม้พระลูกวัดส่วนใหญ่จะต้องตั้งใจเรียนอย่างเคร่งครัด แต่ในบางกรณีก็มีพระที่ไม่จำเป็นต้องมุ่งในสายการศึกษานัก โดยเฉพาะพระนวกะที่มีภูมิหลังครอบครัวมั่งคั่ง และเป็นผู้มีศรัทธาต่อวัดมายาวนานผ่านการอุปฐากด้วยทรัพย์ก้อนโต เช่น กรณีของพระแฉม วัย 50 ปี ซึ่งเข้ามาขอบวช ณ วัดนะโม พร้อมกับแม่ในเช้าวันหนึ่งของเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 แฉมเติบโตในสหรัฐอเมริกา หลังจากพ่อถูกทำเสน่ห์แล้วทอดทิ้งครอบครัวไปใช้ชีวิตกับหญิงอื่น ทำให้โยมแม่ตัดสินใจออกจากบ้านในชุมชนอูโมงค์ พาแฉมไปอยู่กับญาติที่เมืองซานฟรานซิสโก ที่นั่น แฉมค่อย ๆ ซึมซับความเป็นชาวพุทธผ่านการเข้าวัดร่วมกับแม่ในทุกวันอาทิตย์และวันพระใหญ่ จนมีโอกาสรู้จักพระธรรมทูตหลายรูปที่จำพรรษาในวัดพุทธที่เมืองนั้น¹ เมื่อทราบข่าวว่าพระเถระที่ครอบครัวนับถือเกิดอาพาธหนัก และต้องกลับมารักษาตัวที่ไทย โยมแม่ก็เกิดความกังวลอย่างหนักถึงขั้นนอนไม่หลับ จึงขอให้แฉมบวชเป็นกุศลถวายพระสงฆ์รูปนั้น แฉมซึ่งในขณะนั้นเป็นพนักงานไปรษณีย์ของรัฐ ได้ขอลากิจเป็นเวลา 1 เดือน แล้วเดินทางกลับไทย เพื่อเข้าพิธีบวชตามที่แม่ปรารถนา หลังจากตกลงฤกษ์บวชและจัดเตรียมของใช้จำเป็น แฉมก็จัดพิธีบวชอย่างเรียบง่ายในอีกไม่กี่วันถัดมา โดยมีญาติพี่น้องเพียงไม่กี่สิบคนร่วมพิธี แต่จัดเลี้ยงภัตตาหารพระเณรมื้อใหญ่ พร้อมถวายเงินบริจาค

¹ วัดพุทธในเมืองซานฟรานซิสโกแห่งนี้ออกตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2526 (ค.ศ. 1983) และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพระธรรมทูต เจ้าอาวาสรูปปัจจุบันคือลูกศิษย์วัดนะโม

ในวันอุปสมบท พระอุปัชฌาย์ให้โอวาทว่าต้องปฏิบัติกิจของสงฆ์เป็นประจำ และย้ำว่า “มีบาตรต้องโปรด มีโบสถ์ต้องลง มีอาบัติต้องปลง จึงจะได้ชื่อว่าเป็นพระสงฆ์สาวกของพระผู้มีพระภาคเจ้า” แม้แชนจะเคยเข้าวัดเป็นประจำ แต่ชีวิตในสมณเพศกลับไม่ง่ายอย่างที่คิด โดยเฉพาะเรื่องการนุ่งจีวร¹ ซึ่งกลายเป็นปัญหาทวนใจในช่วงแรกของการบวช วันแรกหลังกลับจากการบิณฑบาต จีวรของหลวงพี่แชนหลุดลุ่ยเสียหายจนดูราวกับนำผ้าเหลืองมาห่มตัวเฉย ๆ วันต่อมาลุงขามที่เคยบวชมาแล้วหลายพรรษา ได้แนะนำให้ใช้หนังยางสีแดงที่รัดถุงแกงเมื่อวาน มาผูกมัดชายจีวรไว้เพื่อป้องกันผ้าหลุด เคล็ดลับนี้ช่วยให้หลวงพี่แชนเดินเหินได้มั่นใจขึ้น

ไม่ทันครบหนึ่งสัปดาห์ หลวงพี่แชนก็ต้องรับกนิมนต์ไปร่วมพิธีสวดศพที่วัดราษฎร์ในชุมชนสะพาน เนื่องด้วยพระรุ่นพี่หากไม่ติดเรียนช่วงค่ำก็ติดกนิมนต์ที่อื่น พระอาจารย์ซาซึ่งไม่สามารถไปร่วมงานได้อยู่แล้ว จึงมอบหมายหน้าที่แก่หลวงพี่แชน พร้อมชี้แจงเส้นทางและย้ำเตือนให้ปฏิบัติตัวด้วยความสำรวม เจอญาติหรือคนรู้จักก็ห้ามทักทายเสียงดัง พร้อมกล่าวให้กำลังใจว่า แม้ยังสวดมนต์ไม่คล่องก็ไม่ต้องกังวล ขอเพียงไปร่วมพิธีและนั่งให้ครบองค์สงฆ์ก็เพียงพอแล้ว เพราะมีตาลปัตรบังหน้าอยู่

2.2 เนื้อนาบุญ: ชีวิตทางสังคมของวัด

วัดนะโมถูกห้อมล้อมด้วย 4 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนนะโม ชุมชนอุโมงค์ ชุมชนสะพาน² และชุมชนใหม่ แต่ละชุมชนประกอบด้วยผู้คนราว 100-200 หลังคาเรือน ในสายตาพระอาจารย์แดง

¹ การห่มผ้าจีวรมีหลายแบบ ได้แก่ *การห่มดอง* เป็นวิธีห่มแบบทางการ ใช้เมื่อพระสงฆ์เข้าร่วมสังฆกรรมในโบสถ์ เช่น ทำวัตรเช้า-เย็น สวดปาติโมกข์ เริ่มจากม้วนผ้าจีวรให้คล้ายลูกบวบ แล้วสะบัดพาดไหล่ซ้าย ปล่อยให้ไหล่ขวาเปลือย จากนั้นพับผ้าสังฆาฏิตามแนวยาวเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า วางพาดบ่าซ้าย แล้วคาดอกด้วยผ้าผืนเล็ก เพื่อไม่ให้ผ้าสังฆาฏิหลุด

การห่มเฉียง ห่มผ้าเฉียงบ่าคล้ายการห่มดอง แต่ไม่ต้องใช้สังฆาฏิพาด

การห่มคลุม เป็นการคลุมจีวรปิดไหล่ทั้งสองข้างไม่ให้เปลือย ใช้ในกรณีที่พระสงฆ์ต้องเดินทางออกนอกบริเวณวัด

² ชุมชนสะพานตั้งอยู่ด้านหลังพระอุโบสถ มีคลองเชื่อมกับแม่น้ำเจ้าพระยากันกลาง เมื่อข้ามสะพานไปจะพบวัดราษฎร์สองแห่ง วัดแรกเป็นวัดนิกายจีนขนาดเล็ก มีเพียงพระสงฆ์และกุฏิ ไม่มีอุโบสถ จึงไม่มีกิจกรรมทางศาสนาที่สำคัญมากนัก แตกต่างจากอีกวัดหนึ่งซึ่งมีขนาดใหญ่กว่าและมีพระสงฆ์จำวัดหลายสิบลรูป ภายในวัดแห่งนี้มีทั้งศาลาการเปรียญ ลานจอตระกูล อุโบสถ และที่สำคัญ

วัดไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว แต่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและต้องพึ่งพาอาศัยกันดังที่ท่านกล่าวว่า “พระสงฆ์เป็นเนื้อนาบุญของชาวบ้าน”¹ ซึ่งหมายถึงพระสงฆ์พึ่งฆราวาสด้านวัตถุ (อาหาร ยารักษาโรค แรงงาน เงิน) ในขณะที่ฆราวาสก็พึ่งพาพระสงฆ์ทางด้านจิตใจ

ในวันที่ไม่ใช่วันพระ พระสงฆ์และสามเณรจะออกเดินบิณฑบาตตั้งแต่ 6 โมงเช้า เป็นกลุ่มเล็ก กลุ่มละไม่เกิน 3-4 รูป พระเถระบางรูปอาจเดินคนเดียว เส้นทางบิณฑบาตเริ่มจากถนนคอนกรีตเล็ก ๆ หน้าวัด เข้าสู่ชุมชนอุโมงค์ ซึ่งอยู่ทางด้านซ้ายของวัด ทางสายนี้ค่อนข้างแคบ พระเณรจึงต้องหยุดข้างทาง หลบให้รถมอเตอร์ไซด์ที่สัญจรไปมาเป็นระยะ สองข้างทางถนนสายเล็ก ความยาวประมาณหนึ่งกิโลเมตรนี้มีตึกแถวสองชั้นเรียงรายอยู่ มีทั้งที่เป็นบ้านเรือนและร้านค้า เช่น ร้านอาหารตามสั่ง ร้านตัดเย็บเครื่องแบบนักเรียนและข้าราชการ ร้านซักรีด หรือร้านขายของชำ บางบ้านถูกดัดแปลงเป็นห้องเช่าสำหรับแรงงานรับจ้างรายวันที่ทำงานในห้างสรรพสินค้าและร้านอาหารย่านปิ่นเกล้า ฝั่งพระนคร รวมถึงถนนข้าวสาร โยมที่รอใส่บาตรในชุมชนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงสูงวัย อายุราว 60-70 ปี พวกเขาจะตั้งโต๊ะขนาดเล็ก วางโถทองเหลืองใส่ข้าวสุก ถูงแวงจืดแวงเผ็ด ของทอด น้ำดื่มทั้งแบบขวดและแก้ว รวมถึงดอกไม้สด เพื่อรอใส่บาตรพระสงฆ์

ก่อนสุดถนนเล็กที่จะไปบรรจบกับถนนสายใหญ่ คือ ถนนจรัญสนิทวงศ์ พระสงฆ์และสามเณรจะเลี้ยวซ้ายเข้าสู่ถนนลาดยางมะตอยขนาดสองเลน ในช่วงกิโลเมตรแรก มีบ้านเรือนอยู่ไม่มากนัก พระเณรจึงเร่งฝีเท้าให้เร็วขึ้นจนถึงย่านที่มีหอพักและอพาร์ทเมนต์ขนาดใหญ่หลายหลัง

คือ เมรุเผาศพ ซึ่งวัดขณะโมไม่มี ดังนั้น เมื่อชาวบ้านในชุมชนละแวกนี้จัดพิธีเผาศพ ก็จะไปจัดที่วัดแห่งนี้ และบ่อยครั้งที่พระจากวัดขณะโมได้รับนิมนต์ไปประกอบพิธี เนื่องจากวัดราชบุรณมีพระสงฆ์ไม่เพียงพอในทางกลับกัน สำนักเรียนวัดขณะโมยังเป็นสถานที่อบรมพระนวกะให้แก่วัดราชบุรณในละแวกใกล้เคียง โดยเฉพาะในช่วงเข้าพรรษา (เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม)

¹ แนวคิดเรื่อง “เนื้อนาบุญ” สะท้อนผ่านการอุปถัมภ์ของฆราวาสในหลายรูปแบบ นักวิชาการอย่าง Tambiah (1976, p. 295) ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมหลายอย่างของวัดต้องอาศัยฆราวาส อาทิ จัดงานเทศกาล งานรื่นเริง หรือแม้แต่การสร้างเครื่องรางของขลังเพื่อหารายได้เข้าวัด โดยมีบุคคลสำคัญอย่างมัคนายก ซึ่งเป็นฆราวาสที่คอยดูแลพิธีกรรมต่าง ๆ และไวยาวัจกร ที่ดูแลบัญชีรายรับรายจ่ายของวัด ซึ่งมักเป็นผู้ใหญ่ในชุมชนหรือลูกศิษย์วัด ส่วนเจน บุนนาค (1973, p. 59) ยังได้ขยายความรายละเอียดของ “เนื้อนาบุญ” ในแง่ที่พระสงฆ์ไม่เพียงต้องออกบิณฑบาตหรือประกอบศาสนกิจเท่านั้น แต่บางครั้งยังเป็นที่พักพิงในมิติอื่น ๆ เช่น การดูดวง การใช้ไสยศาสตร์ การรักษาโรค หรือกระทั่งการให้ชาวบ้านยืมเงิน

ซึ่งผู้เช่าส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา พนักงานบริษัทเอกชน และข้าราชการที่ทำงานอยู่ฝั่งพระนคร¹ รวมทั้งยังมีสถานตำราวจนครบและศูนย์ปฐมภูมิของโรงพยาบาลรัฐตั้งอยู่ไม่ไกล ในย่านนี้ ผู้พักอาศัยที่ประสงค์จะใส่บาตร สามารถหาซื้ออาหารได้จากรถเข็นขนาดใหญ่ที่จอดอยู่หน้าร้านสะดวกซื้อ เนื่องจากรีบเร่งจะไปทำงานในตรงเวลา ส่วนมากจะเป็นชุดอาหารสำเร็จรูป ราคาประมาณ 40-60 บาท ซึ่งประกอบด้วยแกงถุง เช่น หมูพะโล้ ไข่ต้ม แกงเขียวหวาน ผัดกะเพรา ปลาทอด พร้อมข้าวสวยและน้ำดื่ม ถัดจากย่านนี้ไปเป็นชุมชนนะโม ซึ่งเป็นทางเดินแคบขนานด้วยตึกแถวสองข้างทางเช่นเดียวกับชุมชนอุโมงค์ โยมในชุมชนนี้ก็มักจะตั้งโต๊ะรอใส่บาตรเช่นกัน ชุมชนนะโมอยู่ติดวัด และเป็นชุมชนสุดท้ายของการบิณฑบาตในแต่ละวัน

เมื่อกลับถึงวัด พระเณรพร้อมบาตรและย่ามที่เต็มไปด้วยภัตตาหารและน้ำดื่มจะไปที่โรงฉัน ซึ่งอยู่หลังศาลาการเปรียญ ลุงขาม วัย 65 ปี และลุงพร วัย 70 ปี ซึ่งเป็นลูกศิษย์วัด จะออกมาช่วยรับบาตรและย่าม ทั้งสองจะช่วยกันเทข้าวสวยจากบาตรใส่หม้อสแตนเลสใบใหญ่ และนำถุงอาหารออกจากย่าม ก่อนจะคืนบาตรและย่ามให้พระสงฆ์และเณร จากนั้นทั้งคู่ก็จะแกะถุงพลาสติกเทอาหารใส่จานพลาสติกสีฟ้าและสีชมพู หากเป็นแกงก็จะใส่ถ้วยกระเบื้องสีขาว ก่อนจะนำจานอาหาร 4-5 จาน ใส่ถาดยกไปประเคนพระเณรที่นั่งรออยู่ตามโต๊ะไม้อัดพับได้ประมาณ 10 ตัว แต่ละโต๊ะมีเก้าอี้พลาสติกสีฟ้า 5-6 ตัว พระเณรฉันมือเช้าประมาณ 8 โมงเช้า บรรยากาศในโรงฉันจะค่อนข้างเงียบ เนื่องจากมีพระเณรมาฉันที่นี่ไม่ถึงสิบลูก สำหรับพระที่ไม่ได้มาฉันที่โรงฉัน หากฉันที่วัดลุงพรจะเป็นผู้จัดถาดอาหารนำไปประเคนที่กุฏิ พระที่ไม่ได้ออกบิณฑบาตมักเป็นพระที่มีโยมอุปัฏฐากนำอาหารมาถวายทุกวัน พระสงฆ์บางรูปไม่ฉันอาหารเช้า แต่จะฉันกาแฟและขนมปังเพียงชิ้นสองชิ้น

หลังฉันมือเช้า พระสงฆ์กับเณรจะแยกย้ายกลับกุฏิ และนำบาตรไปล้างตากเตรียมไว้สำหรับบิณฑบาตในวันรุ่งขึ้น พระที่มีกิจนอกวัด เช่น เจ้าอาวาส ก็จะเตรียมตัวเดินทางไปมหาวิทยาลัยสงฆ์ ส่วนพระบางรูปที่มีกิจสอนก็เตรียมตัวไปสอน ขณะที่เณรจะรวมกลุ่มกันทบทวนบทเรียนที่ตึกเรียน แต่ก็มีบางส่วนที่เก็บตัวอยู่ในกุฏิ ในวันที่มีโยมจองคิวทำบุญวันเกิด พระเถระ 9 รูปจะได้รับนิมนต์มาประกอบพิธีสงฆ์ในห้องรับรองที่ปรับอากาศเย็นฉ่ำ เมื่อสวดถึงบทชะยันโต (เจริญชัยมงคลคาถา) ซึ่งมักใช้สวดอวยพรหรือสวดมนต์ข้ามปี เจ้าอาวาสจะลุกขึ้นจากอาสนะ แล้วถือ

¹ ย่านนี้เริ่มคึกคักตั้งแต่หลังการก่อสร้างสะพานปิ่นเกล้าในปี พ.ศ. 2516 และกลายเป็นศูนย์รวมสถานบันเทิงของฝั่งธน มีทั้งผับ บาร์ ร้านเหล้า คาเฟ่ และอาบ อบ นวด อพาร์ทเมนต์และห้องเช่าจึงผุดขึ้นเพื่อรองรับพนักงานที่ทำงานในสถานบันเทิงเหล่านี้ ลุงชัย อดีตพระมหาเปรียญของสำนักวัดนะโม เล่าว่า ในช่วงทศวรรษ 2520-2540 กลุ่มคนที่ใส่บาตรเป็นประจำทุกวันคือหมอนวดหญิงที่เพิ่งเลิกงานและกำลังจะกลับห้องไปพักผ่อน (สัมภาษณ์, สิงหาคม 2566)

ไม่มีพรมน้ำมนต์เดินปะพรมให้พรโยมจนครบทุกคน โดยมีสุนทรถือขันน้ำมนต์เดินตาม จากนั้นโยมก็จะถวายสังฆทาน ซึ่งมักประกอบด้วยน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นแพ็ค นมจืดเป็นลัง ข้าวสารหลายกระสอบ และของปัจจัยที่ใส่เงินหลักร้อยถึงหลักพันบาท

ลูกขามกับลูกพรกินอาหารเข้าในช่วงนี้ ส่วนกบซึ่งมาถึงโรงฉันตั้งแต่หกโมงเช้าเนื่องจากเธอมีหน้าที่ซื้อของสดของแห้งจากตลาดสดย่านพรานนกเพื่อปรุงอาหารมือเพล จะช่วยป่าแป้นกับญาติอีก 4-5 คน ล้าง หั่นเนื้อหั่นผัก และเตรียมกับข้าวมือเพลไปพร้อมๆ กับที่พระเถรฉันมือเข้าเจ้าหน้าที่ครัวเหล่านี้จะเริ่มหุงข้าวด้วยหม้อหุงข้าวแก๊สขนาด 10 ลิตร จำนวน 2 หม้อ พระอาจารย์ชาจ่างคนในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่ครัวด้วยค่าแรงวันละ 100-200 บาท และมีค่าวัตถุดิบวันละ 5,000 บาท

พระเถรมาฉันเพลที่โรงฉันในเวลา 11 โมง มากกว่ามือเข้าอย่างเห็นได้ชัด โดยทั่วไปมือเพลจะมีอาหาร 3-4 อย่าง อาหารที่ทำบ่อย ๆ ก็เช่น ลาบหมู ลาบเป็ด ลาบปลาตุก หลนปลาร้า น้ำพริกปลาทุ ปลาทอด แกงเขียวหวาน แกงจืดหมูสับเต้าหู้ผักกาดขาว พะโล้ที่มีเนื้อหมูและไข่ ผัดเผ็ดหมูสามชั้น ของหวานของทางวัดมักเป็นผลไม้ตามฤดูกาล ส่วนไอศกรีม รวมมิตร ลอดช่อง หรือเฉาก๊วย หากมีก็เป็นเพราะญาติโยมจัดมาถวาย หากเป็นวันพระใหญ่ (วันมาฆบูชา อาสาฬหบูชา วิสาขบูชา วันเข้าพรรษา และออกพรรษา) วันหยุดราชการที่เกี่ยวข้องกับสถาบันกษัตริย์ วันปีใหม่ หรือสงกรานต์ โรงฉันซึ่งจุคนได้ราว 200 คน ก็จะแน่นขนัดไปด้วยศิษย์วัดและฆราวาสที่มาทำบุญ และพระเถระที่มีงานนอกวัดก็จะอยู่พร้อมหน้า เจ้าหน้าที่จึงต้องเพิ่มปริมาณอาหารจากสำหรับ 40-50 คน ให้พอเลี้ยงคนหลักร้อย

เมื่อทำอาหารเสร็จ เจ้าหน้าที่ครัวจะกดกริ่งเป็นสัญญาณให้สามเณรผู้มีเวรประจำวัน ตีกลองเพล ซึ่งมักจะดังขึ้นราว 10.50 น. ผู้ช่วยเจ้าอาวาสจะให้เงิน 100 บาทต่อวันแก่ผู้ตีกลองเพล เจ้าอาวาสและผู้ช่วยเจ้าอาวาสจะนั่งประจำโต๊ะหินอ่อนในโถงทางเข้า ด้านหลังโต๊ะเป็นกระดานไวท์บอร์ดสูงประมาณ 190 เซนติเมตร ที่พระอาจารย์ชาเขียนชื่อเจ้าภาพประจำวันพร้อมยอดบริจาคไว้ด้วยลายมือสวยงาม พระเถรรูปอื่นจะกระจายกันนั่งที่โต๊ะไม้อัดสีแดงและสีขาวจนครบ ส่วนญาติโยมนั่งรอบบนม้านั่งไม้ขัดเงาและเก้าอี้พลาสติกสีขาวและเขียวอ่อน เจ้าหน้าที่ครัวจะเริ่มนำอาหารมาประเคนที่โต๊ะก่อนเวลา 11 โมงเล็กน้อย จากนั้น เจ้าอาวาสก็จะนำสวดบทพิจารณาอาหาร (ปะฏิสังขา โยนิโส ปิณฑะปาตัง ปะฏิเสวามิ) ก่อนที่พระเถรทั้งวัดจะฉันพร้อมกัน โดยมีลูกพรไก่ (สามีของกบ) และเจ้าหน้าที่อีก 2 คน รอเติมแกงและข้าวให้กับพระเถรที่ต้องการเพิ่ม โดยปกติพระวัดคณะโมใช้เวลาฉันอาหารประมาณ 20-30 นาที เจ้าอาวาสจะสังเกตว่าลูกวัดฉันเสร็จทุกรูปแล้ว จึงกระแอมขึ้นและนำสวดบทกรวดน้ำ (ยถา-สัพพี) ที่พระสงฆ์มักใช้ให้พรแก่โยมที่ใส่บาตร โยมที่กำลังนั่งคุยนั่งเล่นข้างโรงฉันก็จะพนมมือขึ้นรับพร จากนั้นพระเถรก็จะแยกย้ายไปปฏิบัติกิจของตนต่อ

ในช่วงบ่าย ส่วนฆราวาสและลูกศิษย์วัดจะล้อมวงกันกินข้าวและพูดคุยสารทุกข์สุขดิบกันที่โรงฉัน ก่อนจะแยกย้ายกลับบ้าน

พระสงฆ์วัดนะโมยังมีโอกาสได้ฉันอาหารมื้อพิเศษในเวลาเพล หากได้รับกิจนิมนต์ไป สวดพระอภิธรรมศพ เจ้าภาพโดยทั่วไปจะไม่ถวายภัตตาหารหลังพิธี เนื่องจากผิดหลักพระธรรมวินัยที่ห้ามพระสงฆ์ฉันอาหารหลังเที่ยง จะถวายก็แค่ของปัจจัย ลูกอม หมากพลู หรือน้ำปานะร้อน ๆ เท่านั้น เจ้าภาพจะนิมนต์พระที่สวดในคืนก่อน มาฉันภัตตาหารในมื้อเพลของวันรุ่งขึ้นแทน ซึ่งหลายกรณีอาหารที่เตรียมถวายมักจะ “จัดเต็ม” พระแซมที่เริ่มได้รับนิมนต์มากขึ้นแล้วว่า บางครั้งเจ้าภาพที่มีฐานะพอสมควรก็เลือกใช้บริการโต๊ะจีนสำเร็จรูปที่มีเมนูหลากหลาย ตั้งแต่อาหารเรียกน้ำย่อย เช่น ข้าวเกรียบ ถั่วทอด ขนมจีบ สะเก๋ หรือทอดมันปลา ต่อด้วยอาหารหลักอย่างหมูแดงหมูกรอบเคลือบซอสมัน ๆ มีรสหวานนำ เค็มตาม ยำปลาตุ๋นฟูกรอบ ๆ น้ำจิ้มเปรี้ยวหวาน น้ำจิ้มบัวหมีหยกผัดซีอิ๊วโรยกากหอมเจียว ขาหมูเจ้าดังจากนครปฐม พร้อมซาลาเปาหรือหมั่นโถว และข้าวผัดรวมมิตร ก่อนจะตบท้ายด้วยอาหารหวานหลากชนิดที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ

เจ้าภาพขาประจำคือ คุณหญิง ซึ่งเป็นภรรยาของนายพลคนสำคัญในเครือข่ายของ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้รับมรดกก้อนโตจากสามีผู้ล่วงลับ ทำให้เธอและลูกหลานมีฐานะมั่งคั่ง คุณหญิงมักทำบุญกับพระสงฆ์ระดับราชาคณะและพระสมเด็จที่มีชื่อเสียง และบริจาคเงินจำนวนมาก แก้ววัดวาอารามในกรุงเทพฯ เพื่ออุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้สามีและมารดาผู้ล่วงลับ โดยเฉพาะวัดนะโม ซึ่งได้เงินบริจาคจากคุณหญิงปีละหลายล้านบาท ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงบทบาทผู้อุปถัมภ์หลักของคุณหญิงคือ ในปี พ.ศ. 2562 เมื่อหลานชายวัยยี่สิบต้น ๆ ซึ่งเพิ่งเรียนจบปริญญาตรี ต้องการบวชที่วัดนะโม คุณหญิงและญาติได้ยกขบวนกันมาเลี้ยงภัตตาหารพระเณรแทบทุกวัน และยังได้จ้างช่างมาติดตั้งเครื่องปรับอากาศขนาดใหญ่ถึง 8 เครื่อง ในเรือนรับรองและกุฏิที่หลานชายจะจำวัด ซึ่งมีมูลค่าหลายแสนบาท

คุณหญิงมักให้กบทำอาหารโปรดของแม่และสามีที่ล่วงลับ “คุณหญิงต้องมีแกงกะทิเสมอ ไม่เคยขาด บางทีก็ให้ทำขนมหวานที่มีกะทิด้วย” กบแล้วว่า ในวันทำบุญวันเกิดแม่ของคุณหญิงบางปี มีทั้งแกงเขียวหวาน แกงกะทิปลาเค็ม น้ำพริก ทอดมัน และข้าวเหนียวทุเรียน ซึ่งล้วนเป็นอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จัดจ้าน แม่สามเณรส่วนใหญ่จะชอบอาหารประเภทนี้ แต่พระเถระที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเกาต์ เช่น พระอาจารย์แก้ว มักหลีกเลี่ยงหากทำได้ แต่บ่อยครั้งก็จำต้องฉันเพื่อไม่ให้โยมน้อยใจ พระอาจารย์แก้วเล่าว่า หมอสั่งห้ามกินแกงกะทิและอาหารที่มีกรดยูริกสูง แต่วันไหนที่โยมคุณหญิงเป็นเจ้าภาพก็มักจะต้องฉันแกงกะทิ ข้าวเหนียวทุเรียน แกงเขียวหวานไก่ ไก่ทอด ไก่ตุ๋น และข้าวมันไก่ เพราะ “กลัวโยมไม่ได้

บุญ” แล้วค่อยตามด้วยยาลดกรดยกริกหลังมื้ออาหาร เจ้าอาวาสเองก็เห็นว่าพระลูกวัดมักปฏิเสธอาหารที่โยมถวายไม่ได้ เพราะอาหารเหล่านี้ “มีประวัติ” ในขณะที่พระกำลังฉัน โยมมักบรรยายถึงอาหารที่ตนถวายอย่างละเอียด ไม่ว่าจะป็น “งานโปรดของใคร ใช้วัตถุดิบพิเศษอะไร มีความพิถีพิถันในการปรุงอย่างไร มีรสชาติพิสดารเพียงใด” ซึ่งการบรรยายเช่นนี้ยิ่งทำให้พระสงฆ์รู้สึกเกรงใจและยากที่จะปฏิเสธ

เช่นเดียวกับอาหารที่บิณฑบาตมือเช้า ซึ่งแม้จะมีคนไร้บ้าน 2-3 คนมาขอหรือเจ้าหน้าที่ครัวเก็บใส่ถุงกลับไปกินหรือแจกเพื่อนบ้านได้ ก็ยังเหลือทิ้งจำนวนมาก อาหารตามใจเจ้าภาพเช่นนี้ยิ่งเหลือเยอะจะต้องนำไปทิ้งถังขยะของเขตซึ่งตั้งอยู่ใกล้ลานจอดรถ อาจเพราะอย่างนี้ในวันที่ไม่มีเจ้าภาพมือเพล กบและเจ้าหน้าที่ครัวจึงทำอาหารที่ถูกปากพระเณรส่วนใหญ่ซึ่งมีพื้นเพจากภาคอีสาน อาทิ ส้มตำ ลาบ หลน หรือแจ่วปลาร้า เนื่องจากงานครัวเป็นงานหนักที่ไม่เพียงต้องจัดเตรียมอาหาร แต่ยังต้องคอยเก็บกวาดเช็ดล้าง เจ้าหน้าที่ครัวจะมีวันหยุดประจำเดือนและมักหยุดพร้อมกัน หากมีสมาชิกไม่ครบทีมก็จะทำไม่ไหว กบจะเป็นผู้แจ้งพระอาจารย์ชาหากมีใครในครอบครัวต้องไปธุระหรือไปเที่ยว ในวันที่ไม่มีเลี้ยงเพล พระสงฆ์สามเณรจะไปสั่งอาหารจากร้านของชาวบ้านในชุมชนนะโมและชุมชนอุโมงค์ แล้วเบิกเงินจากพระอาจารย์ชา พระสงฆ์ที่ทำงานแล้วและพอมีเงินเหลือใช้ ก็จะสั่งอาหารผ่านแอปพลิเคชัน เช่น Grab, Foodpanda หรือ LINE MAN) ให้มาส่งที่กุฏิหรือให้ลูกศิษย์วัดขับรถออกไปซื้อจากร้านอาหาร

สมาชิกครอบครัวของกบช่วยงานวัดทุกคน ใกล้เคียงกันคนขับรถพากันไปซื้อวัตถุดิบช่วยเสิร์ฟอาหาร เต็มข้าวเต็มแกง รวมถึงเก็บงานและทำงานใช้แรงภายในครัว กระต่าย ลูกสาวคนโตที่กำลังเรียนมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง ก็เป็นลูกมือช่วยจัดเตรียมของสด ล้างผัก ปรุงอาหาร ทำของหวาน ตักอาหารใส่ภาชนะ และดูแลความสะอาดด้วยการกวาดถูพื้นห้องครัว ส่วนกระรอก ลูกสาวคนเล็กวัยเพียงสิบขวบ แม้จะยังหยิบจับงานครัวไม่ได้ แต่ก็มาช่วยเช็ดถูเก้าอี้และโต๊ะในโรงฉันทุกวัน

แม้จะช่วยงานโรงครัววัดอย่างเต็มที่ แต่รายได้ก็ยังไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งค่าเช่าบ้าน ค่าเทอมลูกสาว และค่างวดรถกระบะสี่ประตูป้ายแดง ไก่จึงต้องหารายได้เสริมด้วยการขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างรับส่งคนจากต้นซอยไปยังท้ายซอย ส่วนกบก็จะรับจ้างทำความสะอาดห้องน้ำในเรือนรับรอง อาคารเรียน และศาลาการเปรียญ โดยมีลูกสาวทั้งสองคนเป็นผู้ช่วย ในช่วงเย็นสองสามีภรรยาจึงเปิดร้านขายน้ำหวาน ชา กาแฟ หน้าบ้านที่อยู่ในชุมชนอุโมงค์ ลูกค้าจำนวนหนึ่งของที่ร้านก็คือโยมที่มาทำบุญ ช่วงเปิดภาคการศึกษาของสำนักเรียน เมื่อพระอาจารย์ชาหรือโยมเจ้าภาพต้องการน้ำปานะสำหรับเลี้ยงสามเณรในช่วง 4-5 โมงเย็น หลังทำวัตร เพื่อให้มีแรงเรียนหนังสือในภาคค่ำ รวมถึงถวายแด่พระอาจารย์ที่เพิ่งกลับจากทำงานหรือเรียนนอกวัด ก็จะสั่งชาเย็น

โอวัลติน น้ำลำไย หรือเก๊กฮวย จากร้านของกบไสโถแก้วขนาดใหญ่ 2-3 โถ และในบางโอกาส หากมีโยมบริจาคเครื่องดื่มสำเร็จรูปยกถัง อาทิ ชาเขียว น้ำผึ้งมะนาว น้ำส้ม นมจืด หรือนมช็อคโกแลต ก็จะจ้างครอบครัวของกบเป็นคนประเคนถึงมือพระเณร

ฆราวาสกลุ่มอื่นที่ยังอยู่ในวัดช่วงกลางวันคือ ลูกศิษย์วัด เช่น ลุงขาม นายทหาร วิทยเกษียณผู้มีญาติอาศัยอยู่ในชุมชนอุโมงค์ นอกจากช่วยรับบาตรและจัดเตรียมอาหารให้พระในตอนเช้า ลุงขามจะถวายข้าวพระพุทธรูปในมณฑปเล็ก ๆ ที่อยู่ระหว่างศาลาการเปรียญกับอาคารเรียน จากนั้นจึงเริ่มทำความสะอาดพื้นที่ต่าง ๆ ในวัด ตั้งแต่กวาดถูพื้น เช็ดเก้าอี้เครื่องเรือน และดูดฝุ่นภายในเรือนรับรอง ศาลาการเปรียญ ไปจนถึงกุฏิของพระอาจารย์ชา รวมทั้งพับจีวรเข้าตู้ เก็บหนังสือ และเติมน้ำสะอาดใส่ชุดกรวดน้ำทองเหลืองและกระเบื้องลายเบญจรงค์ ทุกวันพระ ลุงขามจะใช้ผ้าขาวสะอาดชุบน้ำ บิดหมาด ๆ เช็ดพระพุทธรูปและหุ่นขี้ผึ้งจำลองของหลวงปู่ดำในห้องรับรอง ก่อนเช็ดทุกครั้งเขาจะยกมือประนมไว้เหนือหัวด้วยความเคารพ นอกจากงานภายในอาคารแล้ว ในช่วงบ่าย ลุงขามจะหยิบไม้กวาดทางมะพร้าวไปกวาดใบไม้ ดอกไม้ที่ร่วงจากต้นสาละ และเศษขยะบริเวณลานวัดที่ปูด้วยอิฐตัวหนอนระหว่างตึกเรียนและกุฏิ และเอามือล้างถุงขนม กล่องนม และขวดพลาสติกที่ตกอยู่ในคูน้ำรอบอาคารไปทิ้งถังขยะ เมื่อทำความสะอาดเสร็จ ลุงขามจะนั่งพักดื่มน้ำเย็นจากตู้เย็นที่คุณหญิงบริจาคในเรือนรับรอง ช่วงเวลานี้ก็อาจจะคุยกับพระอาจารย์ชาเรื่องข่าวสารบ้านเมือง แวดวงคณะสงฆ์ หลักธรรมทางศาสนา หรือแม้แต่เรื่องซุบซิบของคนในชุมชน หรือบางวันก็อาจปลีกตัวไปจับในมุมที่เงียบสงบในเรือนรับรองที่เปิดแอร์เย็นฉ่ำจนถึงเวลา 6 โมงเย็น เพื่อรอน้ำสาว วย 80 ปี ที่มาถือศีลปฏิบัติธรรมในช่วงกลางวัน

กลุ่มอุบาสิกขาประจำนอกจากน้ำสาวของลุงขามแล้วยังมีเพื่อนวัยเดียวกันอีก 5-7 คน ซึ่งเป็นชาวบ้านจากชุมชนอุโมงค์ อุบาสิกากลุ่มนี้จะนั่งข่าวท่มข่าวมาวัดตั้งแต่ 7 โมงเช้า หลังทำวัตรเช้า แม่เมตตา และนั่งสมาธิแล้ว พวกเธอก็จะช่วยกันปิดกวาดอาสนะสงฆ์ที่มีพนักงานสีแดง 9 ที่นั่ง โต๊ะหมู่บูชา และพรมปูพื้นขนาดใหญ่สีแดงและน้ำตาลในศาลาการเปรียญ เมื่อเห็นพระเณรเดินผ่านศาลาการเปรียญไปโรงฉันในช่วงเพล กลุ่มอุบาสิกาจะหยุดกิจกรรมทุกอย่าง แล้วเดินตามพระสงฆ์ไปนั่งที่ม้านั่งไม้หรือเก้าอี้พลาสติกข้างโรงฉัน เพื่อรอรับพรและกินมือเที่ยงต่อจากพระสงฆ์ พร้อมกับลูกศิษย์วัดและฆราวาสกลุ่มอื่น ช่วงบ่ายก็จะจับกลุ่มพูดคุยตั้งแต่เรื่องธรรมะ เรื่องราวภายในครอบครัว ไปจนถึงความเจ็บป่วยของสมาชิกแต่ละคน เมื่อได้เวลาที่จะชวนกันนั่งสมาธิและสวดมนต์ร่วมกันก่อนแยกย้ายกลับบ้าน บางวันพระอาจารย์ก็จะให้สามเณรเปรียญธรรม 3-4 ประโยค มาเทศน์ให้กลุ่มอุบาสิกาฟังราวครึ่งชั่วโมง ซึ่งนอกจากจะเป็นการทำให้พวกเธอได้ฟังธรรมแล้ว ยังเป็นการฝึกซ้อมและ “เก็บชั่วโมงบิน” ให้นักเรียนในสำนัก และอุบาสิกากลุ่มนี้ก็จะร่วมทำบุญคนละ 20-100 บาท เพื่อเป็นทุนการศึกษาของสามเณรรูปนั้น

ยายสำอางซึ่งดูจะมีอายุมากที่สุดในกลุ่ม ตั้งข้อสังเกตว่า คนที่เช่าบ้านหรือห้องใน ตึกแถวมาทำบุญตอนเช้าแล้วกลับไปทำงาน ไม่ได้มาถือศีล แต่กลุ่มที่มาถือศีลคือคนดั้งเดิมในชุมชนที่ เห็นหน้าค่าตากันมานาน อุบาสิกากลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีลูกที่ทำงานราชการและเอกชนที่ค่อนข้างมั่นคง นอกชุมชน และอาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยวที่มีรั้วล้อมรอบแยกต่างหากจากตึกแถว แต่พวกเขามักถูกทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน จึงรวมกลุ่มกันเข้าวัดในช่วงบั้นปลายชีวิต เพื่อหาที่พึ่งทางใจ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

อาจมีเพียงยายแพง วัย 80 ผู้แต่งกายด้วยผ้าขาวทุกวัน ที่เป็นข้อยกเว้น เธออยู่ตัวคนเดียว ไม่มีลูกหลานหรือญาติในชุมชน และมักจะขับจักรยานไฟฟ้าเรียไรเงินบริจาคในทุกชุมชนเพื่อมาทำบุญในทุกวันพระ ครั้งหนึ่ง ยายแพงหายหน้าไปเกือบ 2 สัปดาห์ ทำให้เพื่อน ๆ ต่างเป็นห่วงว่าอาจเกิดอะไรขึ้นกับเธอ นางสาวจึงให้ลุงขามตามไปดูที่บ้านก็พบว่า ยายแพงเจ็บบริเวณ หัวเข่าจนแทบจะเดินไม่ไหว แต่เธอไม่ยอมไปหาหมอ กลับใช้น้ำมนต์และยาขี้ผึ้งสมุนไพรทาเพื่อบรรเทา จนกระทั่งทุเลาแล้วจึงกลับมาขับจักรยานเรียไรและมาปฏิบัติธรรมที่วัดอีกครั้ง ยายแพงบอกว่า “ต้องเตรียมบุญเอาไว้ก่อนจะลาโลกนี้”

บ่ายวันหนึ่ง ขณะที่เหล่าอุบาสิกากำลังนั่งสมาธิอย่างสงบ เสียงโหวกเหวกของเด็กวัยประถม 3-4 คน ก็ดังขึ้นจากห้องน้ำในศาลาการเปรียญ ทำให้ลุงขามที่กำลังผล็อยหลับอยู่ไม่ไกล ต้องตื่นขึ้นมามีเสียง เมื่อเห็นว่าเด็ก ๆ เล่นสาดน้ำ และโยนชิ้นพลาสติกที่ทางวัดแจกจ่ายกันเพื่อกัน การขโมยอย่างสนุกสนานจนพื้นห้องน้ำที่แกเช็ดถูอย่างดีเปียกนอง แฉมน้ำยังกระเซ็นไปโดนพระพุทธรูปสี่แดงจนชุ่ม ลุงขามจึงไล่ตะเพิดเด็กกลุ่มนั้นด้วยถ้อยคำที่รุนแรง เด็ก ๆ ถอยกลับไปเล่นที่ลานจอดรถหน้าพระอุโบสถ ซึ่งพวกเขาใช้เป็นสนามเด็กเล่นในวันหยุดและช่วงปิดเทอม วิ่งไล่จับ เตะฟุตบอลหนังเล็ก ๆ ที่ใกล้ขาด หรือนั่งคุยเรื่อยเปื่อยตลอดวันจนถึงช่วงเย็น บางวันก็อาจถึงคำมีด

ครั้งหนึ่ง เมื่อลุงขามถือไม้กวาดทางมะพร้าวพุ่งไปหากกลุ่มเด็ก พระอาจารย์ชาซึ่งกำลังทำงานอยู่ในห้องรับรองก็ได้ปรามว่า “จะไล่พวกมันไปไหนอีก กลับบ้านก็ไม่เจอใคร พ่อแม่ติดคุกหมดแล้ว” พระอาจารย์ชาพูดเช่นนี้เพราะเข้าใจภูมิหลังของเด็กเหล่านี้ แม่ของเด็กหลายคนท้องตั้งแต่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ จึงต้องออกจากโรงเรียนและไม่มีวุฒิการศึกษาไปสมัครงานในบริษัทเอกชนหรือ สอบราชการ ชีวิตของพวกเขาจึงวนเวียนอยู่กับการรับจ้างรายวันในร้านอาหารย่านปิ่นเกล้า พระนคร หรือถนนข้าวสาร บางคนที่มีทุนทรัพย์พอจะเข็นรถขายอาหารและเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวาน ลูกชิ้นทอด ลูกชิ้นปิ้ง ปลาหมึกย่าง ผัดกระเพรา หรือไก่ย่าง อย่างไรก็ตาม อีกหลายคนก็เลือกข้องเกี่ยวกับ “ทางเทา” กลายเป็นเด็กเดินยาที่ขี่จักรยานหรือมอเตอร์ไซค์ปล่อย “ของ” ให้กับผู้ค้ารายใหญ่ตามตรอกซอกซอยของทั้งสี่ชุมชน เมื่อถูกตำรวจจับและต้องเข้าออกเรือนจำเป็นประจำ เล่น ลูก ๆ ก็ต้องอยู่กับปู่ย่าตายายหรือเครือญาติ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีญาติในชุมชน พระสงฆ์ก็อาจต้องรับเด็กไว้ดูแล

พระอาจารย์ชาเห็นว่า “คนจนน่าสงสาร คนจนแล้วทำเรื่องไม่ดียิ่งน่าสงสาร พระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงโปรดแต่คนดี ท่านช่วยกระทั้งโจร นับประสาอะไรกับคนจน” ท่านมองว่า ความยากจนอาจส่งผลข้ามรุ่นและลูกหลานไปยังคนอื่น ๆ ในชุมชนไม่ต่างจากปลาเน่าในชาม อาจเพราะอย่างนี้ ท่านจึงพยายามดึงเด็กเหล่านี้เข้าวัด กลวิธีหนึ่งที่พระอาจารย์ชาใช้คือ การให้เงินค่าขนมแก่เด็กที่ท่องบทสวดมนต์ให้ฟัง ช่วงบ่ายหลังเพล แก้ม เด็กหญิงชั้น ป.4 ซึ่งเป็นหัวใจในกลุ่ม จะเดินนำน้อง ๆ ไปยังห้องรับรองหรือศาลาการเปรียญ เพื่อท่องศีล 5 ข้อ บทแผ่เมตตา หรือบทอิติปิโส ซึ่งเป็นบทสวดที่สั้น กระชับ และจำง่าย ให้พระอาจารย์ชาฟัง บางวัน ท่านจะให้เด็ก ๆ ร้องเพลง “เด็กเอ๋ยเด็กดี” ท่องคำขวัญวันเด็ก และค่านิยม 12 ประการ¹ หลังจากนั้น จะสั่งสอนเด็กกลุ่มนี้ให้ “อยู่ในศีลธรรม ไม่คือ ไม่ชน เป็นผู้ที่รู้จักการให้และการแบ่งปัน จะทำอะไรก็ต้องทำด้วยความรักและความเมตตาเหมือนรัชกาลที่ 9” แล้วจึงเรียกแก้มมารับเงินค่าขนม 100-200 บาท ไปแบ่งกับน้อง ๆ

การช่วยเหลือชาวบ้านเพราะ “พระต้องช่วยชาวบ้าน ถ้าคนมีรายได้ มีงาน ไม่อดอยาก เขาก็จะไม่ไปทำเรื่องไม่ดี ไม่ลักขโมยหรือขยาบยา” ยังทำให้พระอาจารย์ชาได้รับชื่อขนมทองม้วน ซึ่งเป็น

¹ หลังรายการ “คืนความสุขให้คนในชาติ” เมื่อคืนวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายให้โรงเรียนในสังกัดเผยแพร่ค่านิยม 12 ประการ กองดุริยางค์ทหารบก แต่งเพลงให้นักเรียนท่องจำ มีเนื้อร้องว่า

หนึ่ง รักชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์
สอง ซื่อสัตย์ เสียสละ อดทนได้
สาม กตัญญูพ่อแม่สุดหัวใจ
สี่ มุ่งใฝ่เล่าเรียน เพียรวิชา
ห้า รักษาวัฒนธรรมประจำชาติ
หก ไม่ขาดศีลธรรมศาสนา
เจ็ด เรียนรู้ธรรมาปฏิบัติของประชา
แปด รักชาตินิยม กฎหมายไทย
เก้า ปฏิบัติตามพระราชดำรัส
สิบ ไม่ขาด พอเพียง เลี้ยงชีพได้
สิบเอ็ด ต้องเข้มแข็ง ทั้งกายใจ
สิบสอง ไซ้รู้ คิดอะไรให้ส่วนรวม

(“ค่านิยม 12 ประการ”, 2562)

สินค้า OTOP ระดับ 4 ดาว จากชาวบ้านในชุมชนอุโมงค์ ครั้งละ 100-150 ถุง ในราคาถุงละ 30 บาท (รวมเป็นเงิน 3,000-4,500 บาท) ไว้สำหรับเวลาที่มีขบวนรถมาทำบุญ ท่านก็จะให้ขนมแทนวัตถุมงคล แต่ในระยะหลังเปลี่ยนเป็นขนมดอกจอก ซึ่งแม่ค้าในชุมชนรับซื้อมาจากแหล่งอื่นในราคา 13 บาท เนื่องจากยายยุพิน เมื่อทำขนมทองม้วนในชุมชนที่เป็นแม่สะใภ้ของกบ ย้ายกลับไปใช้ชีวิตบั้นปลายที่ต่างจังหวัดแล้ว

นอกจากนี้ พระอาจารย์ชายังจ้างชายฉกรรจ์ในชุมชนอีก 3-4 คน วันละ 100-200 บาท มาช่วยงานพัฒนาวัด อาทิ ทาสีรั้ว ตัดแต่งกิ่งไม้ และกวาดขยะ เพื่อแบ่งเบาภาระของพระเณรที่ต้องเรียนหนังสือเป็นหลัก เป็นที่รู้กันในชุมชนว่าชายเหล่านี้หลายคนมีประวัติติดเหล้าเมายา ครั้งหนึ่งมีชายสองคนในกลุ่มนี้เดินโซเซพร้อมขวดสาโทเข้ามาขอเงิน พระอาจารย์ชาไม่ได้ปฏิเสธทันที แต่ใช้ให้พวกเขาไปกวาดขยะทั่ววัดก่อนจะให้เงิน พร้อมกล่าวตักเตือนว่า “เลิกมาได้ก็เลิกนะโยม ทำงานทำการบ้าง” แม้จะรู้ว่าบางคนอาจเอาเงินที่ท่านให้ไปซื้อเหล้าหรือยาเสพติดอีก พระอาจารย์ชาอธิบายอย่างเข้าใจว่า “สำหรับคนจน เงินซื้อข้าวมือเดียวก็กินหมด แต่ถ้าซื้อกามาดื่มได้เป็นอาทิตย์” ท่านยอมรับว่า วัดช่วยชีวิตคนได้เพียงระยะสั้น แต่ในระยะยาวต้องเป็นหน้าที่ของรัฐบาล ซึ่งจะต้องจัดหาที่อยู่อาศัย ที่ทำกิน หรือหาอาชีพให้ประชาชน รวมถึงจัดให้เรียนฟรีอย่างเสมอภาค การรักษาพยาบาลก็ต้องฟรี โดยใช้เงินภาษีจากผู้ที่มีแรงงานมาช่วยพยุงผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้ชาวบ้านมีแรงงานหาเงิน และจ่ายภาษีคืนรัฐไปเรื่อย ๆ ไม่ใช่ปล่อยให้วัดจัดการกันตามยถากรรม

2.3 วันกตัญญูบูรพาจารย์ เครือข่ายวัดและลูกศิษย์

ก่อนพระมหากษัตริย์จะมีชื่อเสียง วัดนะโมแทบไม่สนใจสร้างวัตถุมงคลเลย เนื่องจากเป็นวัดที่เน้นการเรียนการสอนปริยัติธรรมแผนกบาลี ซึ่งเป็นชนบทที่เริ่มขึ้นตั้งแต่สมัยของหลวงปู่ดำเป็นเจ้าอาวาสช่วงต้นทศวรรษ 2500

หลวงปู่ดำเดิมเป็นเด็กอยุธยา ได้เข้ามาบรรพชาเป็นสามเณรที่วัดนะโมตั้งแต่อายุ 16 ปี ในปี พ.ศ. 2473 โดยมีพระครูขาว¹ ซึ่งเป็นเจ้าอาวาสในขณะนั้นเป็นพระอุปัชฌาย์ เมื่ออายุครบเกณฑ์

¹ พระครูขาวเป็นนักเทศน์ผู้มีชื่อเสียง ท่านได้ฝึกฝนทักษะการเทศน์มาตั้งแต่สมัยเป็นเณรอยู่ที่อยุธยา ก่อนจะเดินทางเข้ากรุงเทพฯ เพื่อเรียนบาลีที่สำนักเรียนวัดมหาธาตุในปี พ.ศ. 2448 ระหว่างนั้น พระครูขาวได้พัฒนาลีลาการเทศน์จนเป็นที่นิยมของชาวบ้าน และเมื่อได้รับการแต่งตั้งเป็นเจ้าอาวาสวัดนะโม ท่านก็แทบไม่ได้อยู่วัด เพราะได้รับกิจนิมนต์ไปเทศน์ทั่วกรุงเทพฯ และภาคกลาง (อยุธยา อ่างทอง นครปฐม) แม้การเดินทางจะยากลำบาก บางคืนต้องจำวัดบนเรือ

ท่านได้กลับไปอุปสมบทเป็นพระที่วัดแถวบ้านเกิด เมื่อครองผ้าเหลืองได้ประมาณ 10 พรรษา ก็สึกออกไปรับราชการในกรมราชทัณฑ์ แต่ใช้ชีวิตแบบฆราวาสได้เพียง 6 ปี ท่านก็กลับไปบวชอีกครั้งที่อยุธยา และตั้งปณิธานว่าจะไม่สึกอีกแล้ว เมื่อถึงปลายทศวรรษ 2490 หลวงปู่ดำได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ในช่วงนี้ ท่านสานต่อการก่อสร้างโบสถ์ที่เจ้าอาวาสรูปก่อนสร้างค้างไว้จนแล้วเสร็จ และยังสร้างอาคารหลังอื่น ๆ เพิ่มเติม รวมทั้งตั้งสำนักเรียนบาลีเพื่อสอนพระเณรลูกวัด แม้แทบจะไม่มีนักเรียนเลย แต่ก็กลายเป็นแนวทางให้หลวงปู่ดำเอามาใช้ตั้งสำนักเรียนขึ้นที่วัดชนะโม เมื่อท่านเข้ารับตำแหน่งเจ้าอาวาสในปี พ.ศ. 2503 หลังพระครูชวามรณภาพ

หลวงปู่ดำตั้งโรงเรียนอบรมพระนวกะที่สอนเรื่องพระธรรมวินัยและข้อควรปฏิบัติของพระใหม่ในช่วงเข้าพรรษา เมื่อมีพระสงฆ์และสามเณรจากวัดอื่นในชุมชนใกล้เคียงเข้ามาสมัครเรียนจำนวน 70-100 รูปต่อปี หลวงปู่ดำจึงเพิ่มวิชานักธรรมและเปรียญธรรม (ภาษาบาลี) ในหลักสูตรและได้รับอนุมัติจากกรมศาสนาให้เป็นสำนักเรียนพระปริยัติธรรมแผนกบาลีในปี พ.ศ. 2518 การมีสำนักเรียนภายในวัดทำให้พระเณรไม่ต้องเดินย่ำดินโคลนผ่านสวนเงาะ สวนทุเรียน สวนมังคุด และสวนมะพร้าวของชาวบ้านในช่วงฤดูฝน เพื่อไปเรียนที่สำนักเรียนอื่น ๆ ในฝั่งธน หรือต้องเดินผ่านชุมชนชนะโม ขึ้นเรือข้ามฟากไปลงฝั่งพระนคร แล้วต่อรถแท็กซี่ราคา 15-20 บาท เพื่อไปเรียนที่สำนักวัดสระเกศ

เมื่อครั้งที่ออกไปเทศน์ร่วมกับพระอาจารย์รูปอื่นที่มีภูมิความรู้สูง เช่น พระเปรียญธรรม 9 ประโยค หรือพระสงฆ์ระดับตีกเตอร์ หลวงปู่ดำตระหนักได้ว่าตนเองก็จำเป็นต้องมีวิชาติดตัวบ้าง ประสบการณ์นี้จุดประกายให้หลวงปู่เห็นถึงความสำคัญของการศึกษา และเล็งเห็นว่าการเรียนการสอนในสำนักเรียนต้องมีระบบการดูแลที่เข้มแข็ง สำนักเรียนวัดชนะโมสอนภาษาบาลีด้วย “การต่อแบบ”¹ ซึ่งเป็นระบบที่เน้นท่องจำศัพท์และกฎเกณฑ์ไวยากรณ์จากแบบเรียนภาษาบาลีทั้ง 4 เล่ม แต่ละเล่มหนาประมาณ 80-100 หน้า นักเรียนทุกคนจะต้องท่องจำให้ขึ้นใจ และมา “ท่องแบบ” ให้หลวงปู่ดำหรือผู้ช่วยเจ้าอาวาสฟังทีละคน หลวงปู่จะมีการบันทึกความคืบหน้าของ

และแทบไม่มีเวลาพักผ่อน จนทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง อาหารบ่อยขึ้น ฉันทานอาหารไม่ได้ จำวัดไม่ลง เหนื่อยง่าย และหายใจลำบาก เมื่อลูกศิษย์นิมนต์ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลสงฆ์ จึงพบว่าปอดมะเร็งปอด

¹ แบบ หมายถึงแบบเรียนภาษาบาลีที่ปรับมาจากหนังสือ *บาลีไวยากรณ์* ที่สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส เป็นผู้แต่ง แบ่งเป็น 4 เล่ม ได้แก่ นามและอักษศัพท์ อาชยาตและกิตก์ สมาสและตัทธิต และสมัญญาภิธานและสนธิ (สัมภาษณ์, สิงหาคม 2566)

แต่ละรูปว่าใครท่องได้ก็หน้ากั้วรรค หากท่องจำได้ครบทั้งเล่มก็จะถือว่าสอบผ่าน และสามารถไปท่องเล่มต่อไปได้จนครบทั้ง 4 เล่ม แม้จะท่องผ่านแล้ว นักเรียนก็ยังคงอาจถูกเรียกมา “ทวนแบบ” ให้หลวงปู่ฟังเป็นประจำ เดือนละ 1-2 ครั้ง เพื่อกันลืม สำหรับผู้ที่สอบได้เปรียญธรรม 1-2 ประโยคแล้ว ก็ยังต้องทบทวนแบบปีละ 2 ครั้ง ในช่วงใกล้สอบ และบางครั้งรวมถึงช่วงเข้าพรรษาและออกพรรษาด้วย นอกจากนี้ หลวงปู่ดำยังมีการสุ่มเรียกมาทวนแบบอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งช่วยให้นักเรียนในสำนักมีความตื่นตัวและพยายามท่องจำบาลีอยู่เสมอ เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ หลวงปู่จะให้เงินค่าขนมเป็นประจำทุกเดือน และหากสามเณรรูปใดขยันท่องแบบก็จะได้รับเงินรางวัลเพิ่มเติม พระอาจารย์ชา ซึ่งเป็นอดีตลูกศิษย์และปัจจุบันทำหน้าที่ดูแลพระเณรในวัด เล่าว่า “หลวงปู่ให้เงินเดือนคนละ 30 บาท จ้างอ่านหนังสือเล่มละ 100 บาท”¹ ในทางกลับกัน สามเณรรูปใดที่เรียนไม่ไหว สอบไม่ผ่านหรือไม่ตั้งใจเรียน ก็จะถูกสั่งให้ย้ายไปอยู่วัดอื่นชั่วคราว หากผลการเรียนดีขึ้นก็อาจรับกลับเข้าสำนักอีกครั้ง แต่ในกรณีที่ไม้อาไหนจริง ๆ สามเณรรูปนั้นจะต้องสึกและถูกส่งตัวกลับบ้าน ดังที่หลวงปู่เคยกล่าวว่า “ท่องบ้างไม่ท่องบ้างก็เสร็จกัน ไปไม่รอด” ในแต่ละวัน หลังทำวัตรเช้า หากไม่มีกิจนิมนต์ หลวงปู่จะเอาจีวรพาดไหล่ มือไขว้หลัง เดินตรวจดูการเรียนการสอนตามห้องเรียนชั้นต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง

อาจกล่าวได้ว่ายุคทองของสำนักเรียนวัดนะโม เริ่มในช่วงทศวรรษ 2520 ที่มีสามเณรสอบได้เปรียญธรรม 9 ประโยคพร้อมกัน 2 รูป ซึ่งจะได้รับการอุปสมบทเป็น “สามเณรนาคหลวง” ในพระอุโบสถของวัดพระแก้ว โดยมีกษัตริย์เป็นเจ้าภาพ และสำนักเรียนวัดนะโมได้รางวัลนักเรียนตัวอย่างจากกรมศาสนา รวมถึงการที่หลวงปู่ดำได้รับเลือกเป็นผู้ทำคุณประโยชน์แก่พระพุทธศาสนาดีเด่น ด้านการส่งเสริมการศึกษาพระปริยัติธรรม และยิ่งดังมากขึ้นในช่วงทศวรรษ 2530 ที่มีสามเณรสอบได้เปรียญ 9 พร้อมกันอีก 3 รูปในช่วงต้นทศวรรษ และอีก 2 รูป ในช่วงกลางทศวรรษ ส่วนหลวงปู่ดำก็ได้รับโล่เกียรติยศ “ผู้จัดการศึกษาดีเด่น” จากเจ้าคณะกรุงเทพมหานคร และในช่วงนี้ หลวงปู่ดำที่สืบทอดชั้นเชิงในการเทศน์มาจากพระครูขาว ก็รับกิจนิมนต์ไปเทศน์ทั่วภาคกลาง โดยเฉพาะบ้านเกิดในอยุธยา หลังเทศน์ท่านจะบอกกับชาวบ้านในชนบทเหล่านั้นให้ส่งลูกหลานมา

¹ ปัจจุบัน พระอาจารย์ชาให้เงินรางวัลนักเรียนที่ผ่านการท่องแบบ เล่มละ 1,000 บาท ผู้ท่องได้เงิน 500 บาท ส่วนที่เหลือจะได้อีก 500 บาท แต่ส่วนใหญ่พระหรือเณรรุ่นพี่จะยกเงินก้อนนี้ให้รุ่นน้อง

บวชที่วัดนะโม ซึ่งจะส่งเสียให้เรียนต่อทั้งทางธรรมและทางโลกโดยไม่มีค่าใช้จ่าย¹ ทำให้ท่านมีลูกศิษย์จำนวนมาก ตัวอย่างเช่นสุนทร อติตพระมหาเปรียญและศิษย์วัดวัย 60 ปี

“ครั้งแรกที่ผมมาถึงวัด นุ่งกางเกงตัวเดียว เสื้อก็ไม่ใช่” สุนทรย้อนความถึงสมัยยังเป็นเด็กเลี้ยงควายในทุ่งนาแห่งหนึ่งในอยุธยา พ่อแม่ของสุนทรต้องหาเลี้ยงลูก 8 คน จากเงินที่ได้จากการทำนาเพียงปีละ 2 ครั้ง ซึ่งต้องลงทุนทั้งค่าปุ๋ย ค่าเมล็ดพันธุ์ และค่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช บางเดือนไม่มีเงินแม้แต่จะซื้อข้าว ต้องยืมเงินคนจีนในตลาดที่คิดดอกเบี้ยสูง แต่ละมือแปดพี่น้องจึงต้องแบ่งอาหารกันกินและต้องเสียสละให้บางคนไปเรียนในโรงเรียนวัดที่อยู่ห่างจากบ้าน 7-8 กิโลเมตร ส่วนคนที่เหลือก็ต้องทำงานช่วยแบ่งเบาภาระหนี้สิน สุนทรต้องตอนควายไปกินหญ้าเผื่อระวังโจร และเอาลูกควายไปขายให้พ่อค้าคนกลางจากโคราชที่จะเอาไปปล่อยต่อให้นายฮ้อยจากภาคอีสานอีกที สุนทรแทบไม่มีโอกาสเรียนเลยหากแม่ไม่ฝากฝังเข้ากับหลวงปู่ดำหลังจากพึ่งเทศน์ช่วงหลังสงครามในปี พ.ศ. 2521

ที่สำนักเรียนวัดนะโม สุนทรต้องท่องหนังสือและสอบบาลีร่วมกับเพื่อนสามเณรที่มีพื้นเพจากครอบครัวชาวนายากจนในอยุธยาไม่ต่างกัน เขาสอบได้เปรียญธรรมประโยค 5 เป็นพระมหาเปรียญในเวลาไม่นานนัก อาจเพราะสำนักเรียนวัดนะโมเน้นการท่องจำอย่างเข้มข้นเมื่อเพื่อนร่วมสำนักเริ่มทยอยลาสิกขาไปเรียนต่อหรือทำงาน² สุนทรก็สึกไปเรียนด้านกฎหมายที่

¹ Stanley J. Tambiah (1976) เสนอว่าการบวชเป็นช่องทางเลื่อนระดับทางสังคม (social mobility) ของเด็กชายจากครอบครัวชาวนายากจนในชนบทจำนวนมากไม่น้อย เนื่องจากสถานะพระและเณรเปิดโอกาสให้พวกเขาได้เรียนหนังสือในระดับสูง ทั้งทางธรรมและทางโลก โดยมีพระครูพระอุปชฌาย์ หรือฆราวาส เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย ช่องทางเลื่อนระดับจะยิ่งเปิดกว้างขึ้นเมื่อพระเณรย้ายเข้าสังกัดสำนักเรียนชื่อดังที่มีกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ เพื่อเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น พระหนุ่มเณรน้อยเหล่านี้จะมีโอกาสสานสัมพันธ์กับพระเถระที่มีตำแหน่งในคณะสงฆ์ ฆราวาสที่เป็นข้าราชการระดับสูง และคหบดีที่ร่ำรวยในเมืองหลวง ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาเข้าไปในเครือข่ายระบบอุปถัมภ์ที่จะช่วยหางานที่มั่นคงหลังจากสึก อาชีพที่ “ทิด” เหล่านี้มักสอบเข้าทำงานคือ อนุศาสนาจารย์ในกรมการศาสนา ส่วนกลุ่มที่ยังบวชเรียนต่อก็ไปต่อต่างประเทศ อาทิ อินเดีย แล้วกลับมาเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยสงฆ์หรือเป็นพระครูในสำนักเรียนพระปริยัติที่กระจายตัวทั่วประเทศ พระสงฆ์จำนวนหนึ่งอาจเลือกทำงานร่วมกับรัฐ เช่น โครงการพระธรรมทูต ดู Stanley J. Tambiah (1976) บทที่ 14, 15

² นับตั้งแต่ทศวรรษ 2500-2510 ผู้สอบผ่านนักธรรมเอกจะเทียบเท่ากับวุฒิมัธยมศึกษาของฆราวาส ผู้สอบได้เปรียญธรรม 5 ประโยคจะเทียบเท่าคนจบมัธยมปลาย และผู้สอบได้เปรียญธรรม

มหาวิทยาลัยรามคำแหง หลังเรียนจบปริญญาตรี เขาไม่ได้เรียนต่อเนติบัณฑิต สอบตัวทนาย หรือ สอบตำรวจเหมือนเพื่อนร่วมรุ่น แต่ใช้ความรู้ด้านกฎหมายเบนเข็มไปทำธุรกิจขนส่งสินค้าทางเรือ จนร่ำรวย แม้จะมาวัดในวันพระใหญ่บ่อย ๆ ไม่ได้ เนื่องจากมีบ้านและครอบครัวที่นนทบุรี แต่สุนทรที่ “เติบโตที่นี่ ได้ดีก็เพราะที่นี่” ก็ส่งของทำบุญมาครั้งละไม่เคยต่ำกว่า 10,000 บาท และมาร่วมงานรำลึกแทบทุกปี เพราะสำนึกในบุญคุณของหลวงปู่

ดูเหมือนว่าการ “หาวัด” ในกรุงเทพฯ ไม่ใช่เรื่องง่ายเลยสำหรับพระเถรหลายรูปที่มา จากชนบท บางรูปต้องใช้เวลาเดินทางและขอความเมตตาจากวัดต่าง ๆ อยู่ยาวนานกว่าจะได้ที่พัก ดั้งที่พระเถระรูปหนึ่งเล่าประสบการณ์ว่า “เวลาเข้ากรุงเทพฯ ก็ต้องอาศัยเพื่อนเณรบ้าง เพื่อนพระบ้าง อาศัยเดินหาวัด เข้าไปกราบขอวัดใดท่านเมตตา บางที่คุยนานเหมือนกัน แต่สรุปแล้วที่ท่านไม่ว่าง ไม่มีที่ให้อยู่ เราก็ต้องกราบลาท่านออกมา” บางรูปเมื่อเดินทางมาถึงแล้วกลับพบว่า หลวงพ่อเจ้าอาวาสไม่อยู่วัด เนื่องจากออกไปรับกิจนิมนต์ ต้องนอนรออยู่หลายคืน การรับพระเถร เข้าวัดจึงไม่ได้เป็นไปโดยพลการ หลวงพ่อจะพิจารณาอย่างรอบคอบ และ “ดูคน” จากที่มาที่ไป ลักษณะนิสัย และประเมินว่าบุคคลนั้นเหมาะสมกับการจำพรรษาที่วัดหรือไม่ จะเจริญก้าวหน้าและ ปฏิบัติกิจหน้าที่ของตนเองได้ดีเพียงใด

สุนทรเล่าว่า สำหรับเด็กอายุประมาณ 11-13 ปี ที่ต้องจากพ่อแม่และบ้านไร่ปลายนา มาไกล เพื่อเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เป็นตึกสูงและผู้คนที่แปลกหน้าในเมืองหลวง การปรับตัวไม่ใช่ เรื่องง่ายเลย แม้จะคิดว่าการมาอยู่วัดหมายถึงการมีที่อยู่ มีอาหาร ฉ้นเสรีจก็สบาย อยากจะนั่งเล่น นอนเล่น หรือกระทั่งทำตัวเสเพลตามใจปรารถนา แต่เมื่อมาถึงแล้ว หลายคนกลับพบว่า สถานการณ์ ไม่เป็นไปตามที่วาดฝันไว้ และเหมือนกับ “ตกกระไดพลอยโจน” ที่ทำอะไรไม่ได้แล้วนอกจากต้องสู้ เต็มที่ ในสภาพแวดล้อมเช่นนี้ หลวงพ่อจึงเปรียบเสมือนทั้งพ่อและแม่ เป็นผู้ปกครองที่ให้ทั้ง ความอบอุ่น ความรัก ความหวังใย ส่งเสริมให้ลูกศิษย์เจริญก้าวหน้า แม้ท่านจะดุบ้าง แต่ความดุนั้นก็ แผงด้วยความเมตตา ท่านจะคอยให้คำแนะนำ ตักเตือน พยายาม รักษา ปกป้อง และคุ้มครอง ลูกศิษย์อยู่เสมอ นอกจากการดูแลด้านความเป็นอยู่แล้ว หลวงพ่อยังมุ่งมั่นส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ ด้านการเผยแผ่ธรรมของลูกศิษย์อยู่ตลอด ท่านมักจะรับกิจนิมนต์งานเทศนาแล้วส่งลูกศิษย์ไปเทศน์ แทน เพื่อให้ได้มีโอกาสพบปะกับนักเทศน์อาวุโส และฝึกฝนปฏิภาณไหวพริบอยู่เสมอ

9 ประโยค ก็จะทำให้เทียบเท่ากับวุฒินุปริญญา พระเถรส่วนมากจึงสามารถสอบเทียบวุฒิเข้า มหาวิทยาลัยของฆราวาส หรือสมัครสอบราชการในกรมการศาสนา กองอนุศาสนาจารย์ หรือกรมตำรวจ (Tambiah, 1976, p. 294)

นับตั้งแต่หลวงปู่ดำมรณภาพในปี พ.ศ. 2546 บรรดาลูกศิษย์วัดนะโมก็จัดงานรำลึกถึงท่านเป็นประจำในช่วงกลางเดือนมิถุนายนของทุกปี ซึ่งตรงกับวันคล้ายวันเกิดของหลวงปู่ดำ (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “วันกตัญญูบูรพาจารย์” เพื่อรำลึกถึงอดีตเจ้าอาวาสและพระครูคนสำคัญรูปอื่นด้วย) ในปี พ.ศ. 2562 ประธานในพิธี คือ เจ้าคุณทองคำ¹ ลูกศิษย์หลวงปู่ดำที่เคยเป็นเจ้าอาวาสวัดนะโมช่วงสั้น ๆ ก่อนจะย้ายไปเป็นเจ้าอาวาสพระอารามหลวงชั้นโท และรองเจ้าคณะกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ใหญ่ขึ้น ตั้งแต่กลางทศวรรษ 2550

เจ้าคุณทองคำนั่งรถตู้ประจำตัวมาถึงวัดนะโมแต่เช้าตรู่ ทักทายพระอาจารย์แดง พระอาจารย์ชา และพระสงฆ์รุ่นน้องรูปอื่น ๆ พิธีจัดขึ้นภายในศาลาการเปรียญที่ลูกศิษย์วัดช่วยกันบูรณะซ่อมแซม จัดโพนเป็ญม อาสนะสงฆ์สี่แดง ตาลปัตรสีทอง ธรรมสาสน์ และเก้าอี้ไม้สักปูเบาะรองสำหรับประธานและพระเถระ เจ้าคุณทองคำเริ่มจุดเทียนและธูปหน้าพระพุทธรูปและกราบหุ่นขี้ผึ้งจำลองของหลวงปู่ดำตอน 9.00 น. จากนั้นก็นั่งลงที่เก้าอี้ประธานแล้วเริ่มพิธีสวดร่วมกับพระเถระของวัดนะโมและพระสงฆ์จากพระอารามหลวงแห่งอื่นที่ต้องนิมนต์ล่วงหน้าหลายเดือน ด้านหลังเก้าอี้พระประธานมีลูกศิษย์วัดและชาวบ้านจากทั้ง 4 ชุมชน นั่งพนมมือสวดมนต์บนเก้าอี้พลาสติกสีขาว

¹ เจ้าคุณทองคำ เดิมเป็นเด็กชายชาวปทุมธานี ได้เข้าสู่ร่มกาสาวพัสตร์ที่วัดนะโมในปี พ.ศ. 2520 โดยบรรพชาเป็นสามเณรและมีหลวงปู่ดำเป็นพระอุปัชฌาย์ ท่านสอบผ่านเปรียญธรรมได้ถึง 8 ปีรวด แม้จะเคยสอบประโยค 9 แต่ก็ยังไม่สำเร็จ ประกอบกับมีเวลาจำกัดเนื่องจากต้องช่วยงานวัดมากขึ้น เช่น การสอนหนังสือ และการเป็นพระธรรมทูตที่สหรัฐอเมริกาถึง 7 ปี ด้วยความไว้วางใจจากหลวงปู่ดำ เจ้าคุณทองคำได้รับมอบหมายให้เป็นอาจารย์ในสำนักและช่วยงานบริหารวัด ต่อมาเมื่อหลวงปู่ดำชราภาพมาก ท่านได้เรียกเจ้าคุณทองคำกลับมาช่วยงานที่วัด และก่อนมรณภาพเพียง 9 วัน หลวงปู่ดำได้ลงนามขอพระราชทานสมณศักดิ์พระราชทานคุณะให้ทำให้สิ้นปีนั้นเจ้าคุณทองคำได้รับทั้งสมณศักดิ์และได้รับการแต่งตั้งเป็นเจ้าอาวาส

ในฐานะเจ้าอาวาสวัดนะโมถึง 10 ปี เจ้าคุณทองคำสานต่องานด้านการศึกษาอย่างแข็งขัน ทำให้จำนวนนักเรียนเพิ่มขึ้นเกือบร้อยรูป จนกระทั่งเสนาสนะและพื้นที่เรียนไม่เพียงพอ จึงสร้างอาคาร 4 ชั้นขึ้น เพื่อเป็นที่พักสำหรับพระอาจารย์ พระสงฆ์ และสามเณรที่เป็นนักเรียน ชั้นล่างเป็นห้องอเนกประสงค์และห้องเรียนธรรมบาลี อาคารนี้ใช้งบประมาณราว 15 ล้านบาท และเปิดใช้อย่างเป็นทางการในวันบูรพาจารย์ปี 2553 หลังจากนั้น เจ้าคุณทองคำได้รับสมณศักดิ์เป็นพระราชคุณะชั้นสามัญ และได้ย้ายไปเป็นเจ้าอาวาสวัดหนึ่ง โดยมีขบวนแห่เรือทางแม่น้ำเจ้าพระยาเพื่อส่งท่านอย่างสมเกียรติ จากนั้นท่านก็เจริญก้าวหน้าในคณะสงฆ์เรื่อยมา จนได้เลื่อนเป็นพระราชคุณะชั้นเทพ และรับตำแหน่งรองเจ้าคณะกรุงเทพฯ

จำนวน 200-300 ตัว ที่ลุงขาม ลุงพร และศิษย์วัดคนอื่น ๆ ช่วยกันจัดเรียงไว้เมื่อคืนก่อน จากนั้น อำนาจ มัคคานายกวัด วัย 70 ปี ก็จะเชิญศิษย์วัดในชุดข้าราชการและคหบดีในชุดผ้าไหมลายไทยมา ถวายสังฆทาน ที่มีผ้าไตร สบู่ ยาสีฟัน แป้ง กระจาดขำระ ไม้ถูพื้นและซองปัจจัยแด่พระสงฆ์ที่นั่งบน อาสนะสีแดง

งานรำลึกบูรพาจารย์เป็นงานคืนสู่เหย้าที่บรรดาศิษย์เก่าของสำนักเรียนจะมารวมตัวกัน และเป็นโอกาสที่สามเณรที่สอบได้เปรียญในปีการศึกษานั้นจะได้รับมอบทุนการศึกษาจากรุ่นพี่ โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นข้าราชการระดับสูงและคหบดี ซึ่งจะถูกเชิญมากล่าวคำรำลึกถึงหลวงปู่ และให้อโวาทแก่รุ่นน้องที่กำลังเรียน

“หลวงปู่เปรียบเทียบกับตัวเองเหมือนต้นไม้ใหญ่ที่ฝูงนกกาต่างพากันมาอาศัยร่มเงา เพื่ออยู่อาศัยหรือหลบภัย ขณะที่อยู่อาศัย พวกมันต่างก็กินอยู่ ฉีรดีรดต้นไม้ พอถึงคราวอยากไปก็จะ พากันบินหนีไป ไม่คิดห่วงใยต้นไม้ต้นนั้นเลย แต่ต้นไม้ก็ไม่เคยแสดงความน้อยใจหรือไม่พอใจออกมา” มงคล อดีตศิษย์วัดในชุดข้าราชการทหาร กล่าวบนโพเดียม

มงคลเป็นเด็กจากชนบทที่เข้ามาบวชเรียนในวัดมหานิกายแห่งหนึ่งแถวบางลำพู และย้ายเข้าสำนักวัดมะโมเพื่อเรียนบาลีช่วงปลายทศวรรษ 2510 สอบผ่านเปรียญ 9 เป็นสามเณร นาคหลวงพร้อมศิริ เพื่อนร่วมสำนัก เมื่อต้นทศวรรษ 2520 จนทำให้ชื่อเสียงของสำนักเรียนดัง ทั่ววงการสงฆ์ หลังลาสิกขา มงคลสอบเข้ารับราชการทหารและได้เต้าจันเป็นนายพล (ผู้อำนวยการ กองอนุศาสนาจารย์)¹ วัดมะโมเชิญมงคลซึ่งเป็นประธานลูกศิษย์มาร่วมงานและพิธีกรรมของวัด อยู่เสมอ รวมถึงลูกศิษย์ที่เป็นนายพลในกองทัพบกและกองทัพอากาศอีก 2 คน ซึ่งจะช่วยกันระดม เงินบริจาคมาทำบุญที่วัดในวันสำคัญ เช่น วันกตัญญูบูรพาจารย์ วันเข้าพรรษา และวันพระราชทาน กฐิน ลูกศิษย์วัดที่เป็นข้าราชการเหล่านี้มักถูกยกเป็นต้นแบบให้รุ่นน้อง เพื่อจะได้บันไดทางสังคมไปถึง ระดับนั้น ชั้นแรกรุ่นน้องจะต้องสอบข้าราชการตำแหน่งอนุศาสนาจารย์ในกองทัพเหล่าใดเหล่าหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่สอนศาสนาและศีลธรรมและเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาให้กับทหารในกองทัพ

¹ เส้นทางอาชีพของมงคลคล้ายกับ “นักรบผู้ปกป้องพุทธศาสนา” หรือพันเอกปิ่น มุกข์นิตย์ อดีตอธิบดีกรมการศาสนา ที่สนับสนุนแนวทางพัฒนาเศรษฐกิจของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ด้วยการตีความพระคัมภีร์ *มงคลสูตร* *สิงคาลกสูตร* และ *กาลามสูตร* สอนให้พุทธศาสนิกชนประหยัด ขยันทำมาหากิน คบแต่มิตรที่ดี ปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองให้ดีขึ้น ให้เท่าทันกับยุคสมัยแห่ง การพัฒนา น่าสนใจว่าเจ้าหน้าที่ระดับสูงของกรมการศาสนาเกือบทุกคนก็มีพื้นเพจากเด็กวัด (Tambiah, 1976, pp. 303-305)

ศิษย์วัดนะโมที่เคยผ่านเปรียญธรรมชั้นสูง คือไม่ต่ำกว่าเปรียญประโยค 3 จึงได้เปรียบและเข้าทำงานได้ไม่ยาก

อดีตศิษย์วัดที่มีบทบาทมากอีกคนหนึ่งคือ เดชา อดีตดาราระดับพระเอก แต่ปีนี้เขาไม่ได้มาร่วมงานเพราะติดธุระ เดชาเป็นลูกหลานชาวมอญจากอยุธยาที่อยู่ในชุมชนนะโม เติบโตมากับวัด และเข้าเรียนเป็นเณรในสำนักตั้งแต่เด็ก เขาสึกออกไปเป็นเด็กยกของในกองถ่ายและไต่เต้าจนได้เป็นนักแสดงชื่อดัง เดชามักกลับมาเยี่ยมหลวงปู่เสมอเมื่อครั้งที่ท่านยังมีชีวิต ทุกครั้งเขาจะทำบุญด้วยเงินก้อนใหญ่ อาทิ ในปี พ.ศ. 2555 เดชามอบทุนการศึกษาให้สามเณรหลายสิบลูปร เพื่อฉลองที่เขาเรียนจบปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เขากล่าวโอวาทให้กำลังใจรุ่นน้องว่า หากตั้งใจเรียนก็อาจจะมีชีวิตที่ดีและมีความก้าวหน้าได้อย่างเขา และเตือนว่าเมื่อประสบความสำเร็จก็อย่าลืมนบุญคุณของวัด ในพิธีพระราชทานกฐินซึ่งมักตรงกับเดือนตุลาคม เดชาจะมาร่วมพิธีพร้อมเชิญคนในแวดวงบันเทิงและวงการศาสนาที่เขารู้จักเข้าร่วม ทำให้ในแต่ละปีวัดนะโมได้รับเงินกฐินหลายล้านบาท

2.4 สรุปท้ายบท

ในบทนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอภาพความสัมพันธ์ระหว่างวัดในเขตเมืองกับชุมชนยากจนที่อยู่รายรอบ ซึ่งมักเผชิญปัญหาทางสังคม อาทิ การพนันและยาเสพติด และชี้ให้เห็นถึงบทบาทหลักของพระสงฆ์สองด้านที่ดำเนินไปพร้อมกัน คือ ประการแรก พระสงฆ์ในฐานะ “เนือนาบุญ” นอกเหนือจากการเป็นผู้ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยแล้ว ยังต้องเป็นที่พึ่งของชาวบ้านที่เดือดร้อนทั้งในด้านวัตถุและด้านจิตใจ รวมถึงเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา โดยมีแกนหลักคือการสร้างบุญกุศลที่เชื่อมโยงวัดกับชุมชน

ประการที่สอง พระสงฆ์ในฐานะ “กลไกของรัฐ” ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อวัดกลายเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจในการกล่อมเกล่าชาวบ้านให้เป็นพลเมืองที่พึงปรารถนาของรัฐ เช่น การส่งเสริมค่านิยมของชาติ การจัดระเบียบสังคม หรือการรณรงค์นโยบายภาครัฐ บทบาทที่ซ้อนทับกันนี้เองที่อาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนตึงเครียด และความตึงเครียดนี้ก็อาจมาจากการที่วัดถูกกำกับด้วยกฎระเบียบและแนวปฏิบัติที่มาจากรัฐมากขึ้น แทนที่จะเป็นหลักศาสนาเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ บทนี้ยังแสดงให้เห็นถึงการทำงานของอำนาจวินัยที่เข้ามาควบคุมพระสงฆ์และสามเณรภายในวัดผ่านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีกฎระเบียบและตารางเวลาที่ต้องปฏิบัติตามจำนวนหนึ่ง เช่น ตารางเรียนบาลี ระบบท่องแบบที่มีการชี้ขาดความปกติผ่านการสอบและให้รางวัลหรือ

ลงโทษ ซึ่งเป็นการฝึกฝนร่างกายและจิตใจให้เป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ กระทั่งการสั่งให้สามเณรที่เรียนไม่ไหวย้ายไปอยู่ที่อื่นชั่วคราว หรือสึกและส่งตัวกลับบ้านก็เป็นตัวอย่างของกลไกการคัดออก ที่สำคัญ วัดและสำนักเรียนก็อยู่ภายใต้กำกับของคณะสงฆ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชีวิตของพระสงฆ์ไม่ได้เป็นอิสระจากกลไกควบคุมของรัฐ

เรื่องราวของพระสงฆ์วัดนะโมยังแสดงให้เห็นความเสี่ยงด้านสุขภาพที่แฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวันของพวกเขาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านโภชนาการและรูปแบบการดำรงชีวิต คืออาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตและอาหารที่โยมนำมาถวาย มักเป็นไปตามความศรัทธา ความนิยม และความสะดวกของโยม ซึ่งบ่อยครั้งเป็นอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะสำหรับพระเถระที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และไม่สามารถเลือกฉันได้อย่างอิสระ อีกทั้งปริมาณอาหารในแต่ละวันก็มาก แต่พระสงฆ์ฉันเพียงมือเดียวหรือสองมือ ในอีกด้านหนึ่งกิจวัตรประจำวันที่เน้นการศึกษา การปฏิบัติธรรม และการประกอบศาสนกิจ ก็อาจจำกัดโอกาสในการออกกำลังกายเพียงพอ แม้จะมีการเคลื่อนไหวอยู่บ้าง เช่น เดินบิณฑบาต แต่ก็ไม่อาจทดแทนการเคลื่อนไหวทางกายอย่างต่อเนื่องได้ และพระสงฆ์บางรูปก็ไม่ได้ออกบิณฑบาต รวมถึงยังมีการว่าจ้างโยมให้ทำงานใช้แรงแทนอีกด้วย

ในบทต่อไป ผู้เขียนจะนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่รัฐไทยสร้างขึ้นสำหรับพระสงฆ์อาหาร

บทที่ 3

โรงพยาบาลสงฆ์: สถาบันเวชกรรมและปฏิบัติการของชี้อำนาจ

เมื่อดวงอาทิตย์หายลับไปหลังตึกสูงริมแม่น้ำ แสงแดดร้อนระอุตลอดช่วงบ่ายเดือนเมษายนก็ค่อย ๆ อ่อนลง พระอาจารย์แก้วตื่นจากการจำวัดกลางวัน ล้างหน้า ล้างตา นุ่งจีวรแบบห่มคลุม สะพายย่าม แล้วออกเดินตามถนนคอนกรีตที่รุ่มเย็นด้วยเงาของแมกไม้และตึกแถวในชุมชนอุโมงค์ ฝีเท้าท่านเร่งรีบจนทิ้งระยะห่างจากผู้เขียนหลายสิบก้าว เมื่อถึงปลายถนนมีร้านก๋วยเตี๋ยวเรือและข้าวมันไก่ ท่านเลี้ยวขวาเข้าประตูวัดราษฎร์แห่งหนึ่ง ซึ่งมีศาลาการเปรียญยกใต้ถุนสูง สร้างจากเงินบริจาคหลายล้านบาท และส่วนหนึ่งก็มาจากเงินของคุณหญิง บริเวณด้านบนใช้เป็นห้องประชุม สถานจัดงาน และเมรุเผาศพ พระอาจารย์แก้วชะลอฝีเท้าเมื่อเข้าสู่เขตสังฆาวาส อาคารกุฏิที่พักเป็นตึกสูงสี่ชั้นคล้ายอาคารคล้ายอาคารเรียน แต่ละชั้นมีห้องขนาดประมาณ 26-28 ตารางเมตร 4-5 ห้องต่อชั้น ภายในห้องมีเพียงเสื่อ ผ้าปูสีซีดจาง หมอนสี่เหลี่ยมแข็ง ๆ ผ้าห่มลายสก๊อต พัดลมขนาดเล็ก มุ้ง หนังสือสวดมนต์นวโกวาท และของจำเป็นสองสามชิ้น ไม่มีเครื่องปรับอากาศหรือเตียง

ตึกนี้ไม่มีลิฟต์ พระอาจารย์แก้วจึงต้องใช้บันไดที่แคบพอให้เดินขึ้นหรือลงได้ที่ละคน เมื่อถึงชั้นบนสุดก็พบหลวงตาชม พระเถระวัย 70 ปี ที่เพิ่งตื่น ยืนสะบัดจีวรและล้างหน้าด้วยน้ำจากขวดพลาสติก พระอาจารย์แก้วยกมือไหว้ สนทนาไม่นานก็เข้าสู่ธุระหลัก คือขอยาลดกรดยूरิกและยาต้านอักเสบที่จำเป็นสำหรับอาการเกาต์ที่กำเริบหนัก แต่เพราะเป็นฤดูร้อน ท่านจึงเดินไปโรงพยาบาลสงฆ์ตามนัดไม่ไหว หลวงตาชมซึ่งเป็นพระคิลานุปัฏฐากเพียงไม่กี่รูปในย่านนี้ เข้าไปหยิบยาออกมาให้สองซอง ซึ่งหนึ่งเป็นยาลดกรดยूरิก อีกซองเป็นยาต้านอักเสบ

“หมอเคยให้ฉันทันที บอกต้องฉันทันทีทุกวันหลังอาหาร แต่บางวันก็ลืม เพราะกิจมันเยอะ” พระอาจารย์แก้วรับซองยาแล้วยกมือไหว้อีกครั้ง ก่อนลากลับวัดไปฉันทันที

ในช่วงเดือนเดียวกันนั้น โยมแม่ของพระแฉมและแฟนสาวนิมนต์ท่านไปเยี่ยมพระเถระอาพาธที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี พระอาจารย์ชาจึงให้ผู้เขียนติดรถไปด้วย เพราะการที่พระสงฆ์นั่งรถกับผู้หญิงล้วน เป็นภาพที่ดูไม่เหมาะสมนัก เมื่อถึงโรงพยาบาล หลวงพี่แฉมเดินอย่างทุลักทุเลตลอดทาง ระวังไม่ให้หนังยางรัดจีวรหลุด โดยเฉพาะช่วงโค้งทางเดินแคบ ๆ ท่านจะหยุดรอให้โยมผู้หญิงและพยาบาลเดินผ่านก่อน ช่วงแรกที่พระอาพาธในห้องพิเศษเห็นจีวรของหลวงพี่แฉม ซึ่งเห็นหน้าค่าตามาตั้งแต่ยังเป็นเด็ก สีหน้าท่านเปลี่ยนจากโรยแรงเป็นยิ้มออกทันที หลังปรับสารทุกข์สุกดิบในห้องผู้ป่วยพิเศษเกือบหนึ่งชั่วโมง แม่ก็ร้องไห้ออกมาด้วยความดีใจ พระแฉมเอื้อมมือจะจับน้ำตา แต่หลวงพ่อบรามเอาไว้

ขณะนั่งรถกลับวัด หลวงพี่แซมพูดว่า “พระแก่ ๆ ในวัดเราเป็นเบาหวานและความดัน ทั้งนี้ เพราะคุมอาหารไม่ได้ ตอนผมอยู่อเมริกาไม่ค่อยกินอาหารไทย พอบวชถึงได้รู้ว่าอาหารของที่นี่ เค็มมากและมันมากด้วย ถ้าบวชนานกว่านี้ น่ากลัวจะเป็นโรค” พระเถระเหล่านี้ หมายถึง พระอาจารย์แดง พระอาจารย์ชา (โรคเบาหวาน โรคไต และความดันสูง) และพระอาจารย์แก้ว (โรคเบาหวาน โรคเกาต์ และความดันสูง)

พระอาวุโสในวัดจำนวนไม่น้อยซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อรับบริการจากโรงพยาบาลชั้นนำ เช่น ศิริราช หรือคลินิกที่ตั้งอยู่ใกล้วัด แทบไม่มีรูปใบไปโรงพยาบาลสงฆ์เลย ยกเว้น พระอาจารย์แก้ว ซึ่งอธิบายว่า ท่านมีรายได้เพียงไม่กี่พันบาทต่อเดือน จึงไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพ หรือเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเหมือนเจ้าอาวาสที่มีเงินเดือนประมาณ 40,000-50,000 บาท หรือผู้ช่วยซึ่งมีรายได้รองลงมาไม่มากนัก อีกทั้งท่านยังขาดโยมหรือลูกศิษย์คอยอุปถัมภ์ จึงจำต้องใช้บริการของโรงพยาบาลสงฆ์

ก่อนหน้านี้ก็มีพระธรรมทูตวัดนะโม ซึ่งเคยจำวัดที่ลอสแอนเจลิสเป็นเวลาหลายปี อาพาธหนักด้วยอาการเส้นเลือดในสมองแตกและภาวะกล้ามเนื้อสลาย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สหรัฐอเมริกาจนถึง 6 เดือน ด้วยค่ารักษาหลักล้านบาท เมื่อแบกรับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหว ท่านจึงต้องกลับไทยและถูกส่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสงฆ์ในปี 2562 และจำวัดอยู่ที่ตึกอาพาธมาจนถึงปัจจุบัน เมื่อสอบถามเจ้าอาวาสว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะสัมภาษณ์พระรูปนี้ ท่านตอบเพียงว่าไม่มีใครไปเยี่ยมมานานแล้ว และพระรูปนี้ก็ไม่ค่อยทำกายภาพบำบัด เหมือนคนหมดกำลังใจที่จะหายจากโรค และปรารถนาจะสึกออกไปอยู่กับแม่วัย 70 ปี ในต่างจังหวัด แต่เจ้าอาวาสคัดค้าน เพราะเชื่อว่าจะเป็นภาระต่อครอบครัว พระสงฆ์ในวัดแม้จะทราบว่ามีพระรูปนี้ รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลสงฆ์ แต่ก็ไม่มีใครเอ่ยถึง

ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล ผู้เขียนสังเกตว่า พระอาวุโสมักไม่ต้องการให้ติดตามไปโรงพยาบาล แม้แต่พระอาจารย์ชา ซึ่งต้องรับยากดภูมิคุ้มกันทุก 3 เดือน ก็ยังมอบหมายให้ลุงขามไปจัดการแทน มีเพียงพระอาจารย์บางรูป พระใหม่ และสามเณรเท่านั้นที่ยอมให้ไปด้วย

บทนี้จะกล่าวถึงโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งเป็นสถาบันเวชกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อรักษาพระอาพาธโดยเฉพาะ และเป็นสวัสดิการที่รัฐมอบให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ อย่างไรก็ตาม โครงการอภิบาลสุขภาพของรัฐก็ต้องแบกรับต้นทุนสูง โรงพยาบาลจึงต้องพึ่งพาเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาในการดำเนินการ นอกจากภารกิจในการรักษาความเจ็บป่วย โรงพยาบาลสงฆ์ยังมีบทบาทเชิงรุก ได้แก่ การสำรวจและรวบรวมสถิติพระอาพาธ และจัดอบรมให้ความรู้ทางสุขภาพแก่พระสงฆ์

3.1 โรงพยาบาลสำหรับพระสงฆ์

ในปี พ.ศ. 2484 จอมพล ป. พิบูลสงคราม มีดำริที่จะสร้างโรงพยาบาลสำหรับพระสงฆ์ โดยเฉพาะ¹ และมอบหมายให้กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เป็นผู้ดำเนินการ แต่โครงการต้องชะงักไปในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2492 จึงมีการรื้อฟื้นโครงการโดยคณะ “กรรมการพิจารณาการก่อสร้างโรงพยาบาลสำหรับสงฆ์”²

สถานที่ก่อสร้างตั้งอยู่บนพื้นที่กว่า 15 ไร่ บริเวณตำบลทุ่งพญาไท ซึ่งสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์คิดค่าเช่าปีละ 112 บาท กรมโยธาเทศบาลได้รับมอบหมายให้วางผังและออกแบบอาคาร ตั้งแต่ตึกอำนวยการ³ ตึกภิกษุอาพาธ ตึกผ่าตัด ตึกคนไข้พิเศษ ตึกเก็บศพ ศาลาพักผ่อน ครุฑ เรือนซักฟอก ตึกฟักแพทย์ เรือนบุรุษพยาบาล เรือนคนงาน โรงเก็บรถ รั้ว รวมถึง

¹ ทศวรรษ 2490 เป็นยุคของการสร้างโรงพยาบาลเฉพาะกลุ่ม อาทิ โรงพยาบาลหญิงที่รัฐบาลของจอมพล ป. ใช้พื้นที่ของสำนักงานสำนักทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์บริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ถนนราชวิถี เป็นสถานที่ก่อสร้างด้วยงบประมาณเริ่มต้น 3 ล้านบาท เริ่มเปิดใช้งานเมื่อปี พ.ศ. 2494 ซึ่งหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นช่วงที่อัตราการตายของแม่และเด็กแรกเกิดจากโรคติดเชื้อ อาทิ โรคไอกรน ปอดบวม บาดทะยัก ท้องร่วง คอตีบ โรคหลอดลม และไข้จับสั่นอยู่ในระดับสูง แม้เด็กส่วนหนึ่งจะรอดชีวิตแต่ก็อาจเป็นโรคขาดสารอาหารได้ โรงพยาบาลหญิงจึงถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ “แม่ของชาติ” เหล่านี้ผลิตประชากรรุ่นใหม่ที่ไม่ป่วยและตายง่าย เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยแผนกโรคเด็กของโรงพยาบาลหญิงเพิ่มจำนวนขึ้น รัฐบาลจอมพล ป. จึงอนุมัติงบประมาณให้สร้างโรงพยาบาลเด็กในอีกสองปีถัดมา (วิชณี คำน้ำปาด, 2547, น. 10; สันติสุข โสภณสิริ, 2555, น. 108-124)

² คณะกรรมการฯ มี 13 คน ดังนี้ พลเอกมังกร พรหมโยธี (ประธาน) พระศาสนโสภณ (ที่ปรึกษา) พระยาบริรักษ์เวชชการ (ที่ปรึกษา) พันตรีหลวงบุรกรรมโกวิท พันตรีหลวงนิธย์เวชวิศิษฐ์ พระประชากรบริรักษ์ พลตรีสรวง โรจนวงศ์ หลวงชำนาญอักษร พระยารามราชภักดิ์ พันโทหลวงรณสีธิพิชัย พระสาครบุรานุรักษ์ พลตรีวิบูลชีพ บุญ-หลง และนายฟุ้ง ศรีวิจารณ์ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562, น. 23)

³ อาคารสองชั้นนี้ครอบคลุมทั้งการคัดกรองผู้ป่วย การตรวจรักษา และการจัดการด้านสถิติและความรู้ทางสุขภาพ ชั้นล่างเป็นศูนย์รวมของห้องตรวจโรค ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องฉีดยา ห้องล้างแผล และจุดบริการเบื้องต้นอย่างห้องบัตร ห้องจ่ายยา ชั้นบนมีห้องชันสูตร ห้องสถิติ ห้องประชุมวิชาการ และห้องฟักแพทย์เวร

ระบบไฟฟ้าและน้ำประปา โดยประมาณบก่อสร้างไว้ที่ 5 ล้านบาท คณะกรรมการฯ ได้ขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในรูปแบบงบประมาณและการบริจาค โดยกรมโฆษณาการ และหนังสือพิมพ์รายวันหลายฉบับช่วยประชาสัมพันธ์เชิญชวนพุทธศาสนิกชนร่วมลงขันทำบุญ เมื่อได้เงินบริจาคราวล้านกว่าบาทภายในระยะเวลา 8 เดือน จึงจัดพิธีวางศิลาฤกษ์ในวันวิสาขบูชา (ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 6) ปี พ.ศ. 2492 โดยมีสมเด็จพระวชิรญาณวงศ์ สมเด็จพระสังฆราช เป็นประธาน และตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า “โรงพยาบาลสงฆ์” (โรงพยาบาลสงฆ์, 2563) โรงพยาบาลสงฆ์เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2494 ซึ่งตรงกับวันมาฆบูชา (ขึ้น 15 ค่ำ เดือน 3) พร้อมจัดพิธีทำบุญครั้งใหญ่ แต่สมเด็จพระสังฆราชทรงพระประชวร จึงมอบให้สมเด็จพระวันรัต (ปลด กิตฺติโสภโณ) สังฆนายกและเจ้าอาวาสวัดเบญจมบพิตร เป็นประธานในพิธี โดยมีพระเถระข้าราชการ คหบดี และประชาชนมาร่วมพิธีอย่างเนืองแน่น (วิรัช มรรคดวงแก้ว, 2537, น. 70)

ความแตกต่างอย่างสำคัญระหว่างโรงพยาบาลสงฆ์กับโรงพยาบาลทั่วไป อาจอยู่ตรงความกังวลของพระสงฆ์ผู้ใช้บริการเพราะเกรงว่าการรักษาอาจขัดต่อพระธรรมวินัย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ส่วนมากถือตนว่าเป็นข้าราชการ และมักปฏิบัติต่อพระสงฆ์อาพาธเช่นเดียวกับคนไข้ทั่วไป ทั้งที่พระสงฆ์มีข้อจำกัดเฉพาะทางศาสนาหลายประการ เช่น รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลก็มักไม่มีความรู้เรื่องวินัยสงฆ์ เช่น พระต้องออกบิณฑบาตทุกวัน แต่หากต้องไปโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาแต่เช้าตรู่ อาจทำให้ต้องอดฉันเช้า หรือต้องซื้ออาหารด้วยเงินส่วนตัว ซึ่งขัดต่อวินัยในสายตาของพระที่เคร่ง หรือในช่วงเข้าพรรษา การออกจากเขตวัดก่อนพระอาทิตย์ขึ้นอาจทำให้พรรษาขาด พระสงฆ์ที่ไม่มีโยมอุปฐากหรือมีภรรยาจะต้องโดยสารรถประจำทางร่วมกับฆราวาสในช่วงเร่งรีบ หากจะเลี่ยงไปใช้รถแท็กซี่หรือมอเตอร์ไซค์รับจ้างก็มีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อถึงโรงพยาบาล ที่นั่งสำหรับรถตรวจของพระสงฆ์จะต้องไม่สูงหรือหูลุ่หรากินไป พระที่มีพรรษาห่างกันเกินกว่า 2 พรรษา ก็ไม่ควรนั่งร่วมเก้าอี้ตัวเดียวกัน และไม่นั่งเก้าอี้ร่วมกับสตรี การตรวจร่างกายโดยแพทย์หญิงหรือพยาบาลอาจนำไปสู่การอาบัติได้หลายกรณี เช่น เมื่อสัมผัสร่างกายหรืออยู่สองต่อสองในสถานที่ลับหูลับตา ส่วนเรื่องเครื่องแต่งกายต้องประกอบด้วยจีวร สบง และสังฆาฏิ หรือ “ผ้าไตร” ครบชุด ซึ่งพระสงฆ์จะต้องพกติดตัวเมื่อค้างแรมนอกวัด พระสงฆ์สามารถถือครองผ้าไตรจีวร ได้แก่ เพียงรูปละ 1 ชุด ซึ่งจะต้องนำติดตัวเมื่อไปค้างแรมนอกวัด หากพบว่าผ้าสามผืนนี้ไม่อยู่ใกล้ตัวในระยะที่เอื้อมถึง พระสงฆ์ก็ต้องอาบัติ (นิสสัยคดียาจิตตีย์) เช่น เจ้าหน้าที่พยาบาลนำไปซักให้แต่เอามาคืนไม่ทัน และพระสงฆ์ยังไม่ควรสวมชุดคนไข้แบบฆราวาส (พระวิชิต ธรรมชิต, 2560, น. 27-31)

เพื่อให้การรักษาดำเนินไปอย่างเหมาะสมโดยไม่กระทบต่อพระธรรมวินัย โรงพยาบาลสงฆ์จึงได้วางแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่อดทน ละเว้นการพูด

หรือพฤติกรรมที่อาจกระทบจิตใจพระสงฆ์อาพาธ โดยยึดหลัก “พระว่าเราได้ แต่เราว่าพระไม่ได้” บุคลากรที่รู้ว่าตนไม่สามารถปฏิบัติงานในบริบทสงฆ์ได้สามารถขอย้ายหน่วยงานเพื่อความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลยังต้องมีมาตรการที่เข้มงวดกับพระสงฆ์ที่เข้ารับบริการบ้าง เนื่องจากพระบางรูปเข้าใจว่า การอาพาธเปิดโอกาสให้เข้ารับการรักษาได้ทุกเมื่อ และพักรักษาได้ตามอัธยาศัยโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา บางช่วงถึงกับเคยมีผู้หลบหนีคดีอาญาอ้างการบวชเข้ามารับสิทธิการรักษา ด้วยข้อจำกัดตามพระธรรมวินัยเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องมี “คณะกรรมการสงฆ์โรงพยาบาลสงฆ์” ในปี พ.ศ. 2496 ประกอบด้วยคณะผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าอาวาสจากวัดในกรุงเทพฯ 31 รูป เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่แพทย์และพยาบาลในการดูแลพระอาพาธ และเพื่อช่วยเหลือพระที่ยังกังวลใจหรือไม่มั่นใจในการเข้ารับบริการ โดยในแต่ละเดือน กรรมการฯ จะผลัดกันประจำการที่โรงพยาบาล วันละ 1 รูป เพื่อควบคุม ดูแล แนะนำ และอำนวยความสะดวกแก่พระอาพาธ

คณะกรรมการฝ่ายสงฆ์ชุดนี้ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับพระภิกษุสามเณร ที่มารับบริการทางการแพทย์ โดยมีหลักเกณฑ์เบื้องต้น ดังนี้ พระสงฆ์สามเณรที่ต้องการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในจะต้องมีหนังสือสุทธิ หรือหนังสือรับรองจากเจ้าคณะหรือเจ้าอาวาสที่ตนสังกัด เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจะต้องจดทะเบียน ณ ห้องทะเบียน เพื่อออกบัตรรับบริการ หลังจากได้รับบัตรแล้วจะต้องไปนั่งรอในพื้นที่ที่โรงพยาบาลจัดไว้โดยเฉพาะ เพื่อรอเจ้าหน้าที่เรียกตรวจตามลำดับ หลังการตรวจ จะต้องกลับมานั่งรอยาในพื้นที่เดิมจนกว่าจะถึงคิวจ่ายยา ตลอดกระบวนการนี้ พระสงฆ์สามเณรพึงสำรวมกาย วาจา และรักษาความเรียบร้อย รวมทั้งปฏิบัติตามระเบียบและคำแนะนำของฝ่ายสงฆ์และนายแพทย์

นอกจากการกำกับดูแลความเรียบร้อยแล้ว คณะกรรมการสงฆ์ยังมีบทบาทในเชิงพิธีกรรมและการอุปถัมภ์กิจกรรมของโรงพยาบาล เช่น กรณีพระอาจารย์แดง เจ้าอาวาสวัดชนะโม ซึ่งดำรงตำแหน่งกรรมการโรงพยาบาลสงฆ์ตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2550 ได้รับนิมนต์ไปฉันภัตตาหารที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกวันที่ 23 ของเดือน โดยมีพระลูกวัดร่วมติดตามอีก 8 รูป พระสงฆ์จากวัดชนะโมจะออกเดินทางโดยรถตู้รับจ้างไปโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 โมงเช้า เมื่อเลี้ยวซ้ายจากถนนใหญ่เข้าสู่โรงพยาบาล ดึกแรกที่พบคือหอนอนหรือตึกพิธีสงฆ์ รถตู้จะจอดให้พระสงฆ์เดินเข้าหอนอนผ่านทางประตูหลังที่ใช้สำหรับพระภิกษุเท่านั้น พระสงฆ์ที่เข้าเวรในวันนั้นจะฉันเช้าที่นี้ พร้อมกับพระอาพาธทั้งที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เวลาประมาณ 7.00 น. เจ้าภาพจะทยอยถวายภัตตาหารที่ปรุงโดยเจ้าหน้าที่โรงครัว มือเข้่ามักเป็นข้าวต้ม ปาท่องโก๋ หรือกับข้าวอย่างง่าย 1-2 อย่าง เณรวัดชนะโมรูปหนึ่งที่เคยมารักษาไข้หวัดใหญ่นาน 5 คีน เคยบ่นว่าข้าวต้มหมูที่โรงพยาบาลสงฆ์ปรุงนั้น “จืด ไม่อร่อยเหมือนอาหารที่วัดชนะโม”

โดยทั่วไป พระอาพาธจะได้รับการถวายภัตตาหารเพียงสองมื้อหลัก คือ มื้อเช้าและมื้อเพล หลังจากเวลา 12.00 น. ไปแล้วก็จะถวายเพียงน้ำปานะ ซึ่งมีหลากหลายประเภท เช่น น้ำหวานที่ผ่านการเจือจางแล้วอย่างเฮลบลูบอยน้ำแดง น้ำลำไย น้ำมะตูม น้ำใบเตย น้ำขิง น้ำผลไม้สำเร็จรูป นม หรือเครื่องดื่มจากธัญพืช แต่สำหรับพระสงฆ์อาพาธบางรูป ซึ่งได้รับการอนุญาตจากแพทย์ให้ฉันยาในช่วงหลังเพล จึงจะมีการจัดภัตตาหารเพิ่มเติมในเวลาประมาณ 14.30 น. ซึ่งส่วนมากจะเป็นกรณีพระสงฆ์อาพาธที่มีภาวะทุพโภชนาการ หรือเป็นโรคถุงลมโป่งพอง โดยอาหารมื้อนี้จะคล้ายอาหารเหลว เช่น “ไอศกรีม” สูตรพิเศษที่ไม่ใช้กะทิเป็นส่วนผสม แต่ใช้กล้วยน้ำว้า ฟักทอง ไข่ไก่ น้ำมันพืช และน้ำตาล บันรวมกัน เพื่อให้เหมาะสมกับการย่อยและการดูดซึม และไม่เกิดการขบเคี้ยวซึ่งขัดต่อพระธรรมวินัย

หอดฉันเป็นอาคารสองชั้นที่สร้างขึ้นปลายทศวรรษ 2490 ชั้นล่างเป็นห้องโถงขนาดใหญ่ มีโต๊ะไม้ประมาณ 30 ตัว พร้อมเก้าอี้ไม้และเก้าอี้พลาสติกสีฟ้า รองรับพระสงฆ์และฆราวาสได้ราว 200-300 คน ด้านในสุดของห้องมีพื้นยกสูงประมาณหนึ่งเมตร ปูพรมสีแดง มีพระพุทธรูปขนาดกลาง โต๊ะหมู่บูชา และชุดรูปเทียน ตั้งอยู่ตรงกลาง หน้าพระพุทธรูปมีอาสนะสีแดง 9 ผืน กับตาลปัตรสีทองอีก 9 ชุด สำหรับพระสงฆ์ประกอบพิธีเจริญพระพุทธมนต์ ด้านล่างฝั่งซ้ายมือเป็นส่วนทำครัว อีกฝั่งหนึ่งมีห้องน้ำและทางขึ้นชั้นสองซึ่งเป็นห้องใหญ่ รองรับผู้ให้บริการได้ประมาณ 500 คน ในช่วงแรกเคยเปิดให้หน่วยงานราชการหรือบริษัทเอกชนเช่าเป็นสถานที่จัดประชุมหรือทำบุญ และใช้เป็นลานแสดงธรรมเทศนาในวันพระใหญ่ และเวทีบรรยายความรู้ด้านสุขภาพทุกวันเสาร์¹ ปัจจุบันหอดฉันยังใช้เป็นสถานที่จัดพิธีสมรส โดยมีบริการ ดังนี้ พิธีสมรสเดี่ยว จัดในช่วงเพล คิดค่าบริการ 16,599 บาท ในวันธรรมดา และ 17,599 บาท ในวันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งรวมบริการค่าสถานที่ ค่าภัตตาหารพระสงฆ์ ค่าเครื่องสังฆทาน ค่ารถรับ-ส่งพระในพิธี และค่าอุปกรณ์รดน้ำสังข์เอาไว้แล้ว แต่เจ้าภาพอาจถวายของปัจจัยเพิ่มอีกก็ได้ และพิธีมงคลสมรสหมู่ จัดช่วงเช้า พร้อมพิธีสวดเจริญพระพุทธมนต์และถวายภัตตาหาร แต่จะเพิ่มพิธีรดน้ำสังข์ รองรับได้ไม่เกิน 20 คู่ต่อวัน คิดค่าบริการ คู่ละ 6,000 บาท รายได้ส่วนนี้นำไปใช้ดูแลพระภิกษุอาพาธ

พระอาจารย์แดงอธิบายว่า “หอดฉันโรงพยาบาลสงฆ์เป็นสถานที่จัดอีเวนต์ แต่จะเอาพระป่วยมาสวดก็ไม่เหมาะ บางรูปนั่งปักหลักคอบัพ จึงต้องนิมนต์พระจากวัดที่มีเวรประจำ”

¹ ในปี พ.ศ. 2502 โรงพยาบาลสงฆ์จัดพระธรรมเทศนาทุกวันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 14.00 น. เป็นต้นไป เสาร์แรกของเดือนเป็นปาฐกถาธรรม เสาร์ที่สองเป็นปาฐกถาชุดความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เสาร์ที่สามเป็นการอภิปรายปัญหาธรรม และเสาร์สุดท้ายเป็นการบรรยายเรื่องสุขภาพ (โรงพยาบาลสงฆ์, ม.ป.ป.)

หลังจากฉันเสร็จ พระพิธีสงฆ์จำนวน 5 รูป จะนั่งประจำอาสนะภายในหอนั้น เพื่อรับสังฆทานและเงินทำบุญจากฆราวาส ขณะเดียวกัน พระพิธีสงฆ์อีกหนึ่งรูปจะแยกไปนั่งประจำการในพระวิหารโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งตั้งอยู่ถัดจากสวนไม้หอมด้านหลังหอนั้น ติดกับทางเดินที่มีหลังคาคลุมเชื่อมระหว่างตึกกัลยาณีวัฒนา¹ พระวิหาร อาคารจอดรถ และอาคาร 90 ปี สมเด็จพระบรมราชชนนี² พระวิหารนี้เป็นจุดรับสังฆทานที่ฆราวาสสามารถซื้อจากร้านค้าสวัสดิการบริเวณด้านหน้า ซึ่งจัดเป็นชุดสำเร็จรูปในหีบห่อสี่เหลี่ยมบรรจุสิ่งของจำเป็นสำหรับพระอาพาธ เช่น สบู่ ยาสีฟัน ยาระดมและมิดโกน ของใช้ที่โยมนิยมถวายกันมากคือ ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ นม และอาหารทางการแพทย์ เพราะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพระอาพาธติดเตียง ก่อนถึงบันไดทางขึ้นพระวิหารจะพบกระถางรูปรางเทียน ตุ่มน้ำมนต์ และป้ายสแตนเลสที่เขียนบทสวดบูชาพระพุทธสัมปทานนิโรคาพาธ³ พระประธานในวิหาร อายุ 900 ปี วิหารของโรงพยาบาลสงฆ์ยังใช้เป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาสำหรับพระอาพาธทุกวันพระ ไม่ต่างจากอุโบสถของวัดทั่วไป

ระหว่างเดินผ่านบริเวณนั้น สุนทรที่ติดตามมาช่วยถือของ ถ้ามพระอาจารย์แดงว่า “โรงพยาบาลสงฆ์ถือเป็นวัดไหม?”

พระอาจารย์แดงตอบว่า “ไม่เป็น โรงพยาบาลสงฆ์ก็ยังคงเป็นโรงพยาบาล แต่อาจเรียกว่าเป็น ‘เขตของสงฆ์’ เพราะพระสามารถนั่งห่มเฉียงได้ ไม่ต้องห่มคลุมเหมือนอยู่ข้างนอก”

เจ้าอาวาสอาจอยู่ประจำในหอนั้นเพื่อปฏิบัติศาสนกิจ หรือไปพักที่ห้องพระวินยาธิการในอาคาร 90 ปี ซึ่งมีทั้งแผนกตรวจคัดกรอง วินิจฉัยอาการ และแจกจ่ายยา พร้อมพระลูกวัดอีก 1-2 รูป เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านพระธรรมวินัยแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ท่านจะ

¹ ตึกกัลยาณีวัฒนาสร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2537 ใช้เงินทั้งหมด 208 ล้านบาท จากงบประมาณของรัฐ 148 ล้านบาท ส่วนอีก 60 ล้านบาทที่เหลือ มูลนิธิโรคไตและโรงพยาบาลสงฆ์ร่วมกันเรียไจจากฆราวาสและหน่วยงานเอกชน (โรงพยาบาลสงฆ์, ม.ป.ป.)

² ตึก 90 ปี สมเด็จพระบรมราชชนนี สร้างในปี 2535 ในสมัยที่นายแพทย์ยุทธ โพธารามิก เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ ใช้งบก่อสร้างทั้งหมด 139 ล้านบาท เป็นงบประมาณ 84.4 ล้านบาท และโรงพยาบาลสงฆ์จัดหาเองอีก 55.6 ล้านบาท (โรงพยาบาลสงฆ์, ม.ป.ป.)

³ พระพุทธรูปปางสมาธิสมัยเชียงแสน สูง 123 เซนติเมตร กว้าง 75 เซนติเมตร เคยประดิษฐานอยู่รอบพระอุโบสถวัดเบญจมบพิตร เมื่อมีพระเถระรูปหนึ่งอาพาธแล้วเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์จนหาย ท่านจึงให้อัญเชิญพระพุทธรูปดังกล่าวมาประดิษฐาน ณ โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อให้พระสงฆ์และฆราวาสที่มาทำบุญได้สักการะ พิธีอัญเชิญมีจอมพล ป. พิบูลสงคราม และสมเด็จพระวันรัต สังฆนายก เป็นประธาน (โรงพยาบาลสงฆ์, ม.ป.ป.)

ประสานงานกับวินยาศึกษาจากวัดเบญจมบพิตรฯ ซึ่งอยู่ห่างออกไปเพียงสองแยกไฟแดง เพื่อร่วมกันตรวจสอบพระที่เข้ารับการรักษา โดยเฉพาะการคัดกรอง “พระปลอม” ที่ไม่มีหนังสือสุทธิ หรือพระที่พฤติกรรม “ประหลาดพระ” เช่น มีใบสุทธิก็จริง แต่เมื่อพระอาจารย์แดงสืบค้นประวัติ และสอบถามไปยังวัดต้นสังกัดก็พบว่า เพิ่งบวชได้ไม่นาน หรือบวชนานแล้ว แต่ที่ผ่านมาไม่ได้ศึกษาพระธรรมอย่างแท้จริง ในกรณีที่พบพระอาพาธเข้าข่ายการบวชเพื่อรักษาพระหรือประพฤติไม่เรียบร้อย กรรมการสงฆ์ฯ จะว่ากล่าว ตักเตือน และชี้แจงระเบียบปฏิบัติ บางรายแม้รักษาหายและได้รับคำแนะนำให้กลับวัดแล้ว แต่ยังคงพำนักอยู่ในโรงพยาบาลต่อ ไม่ยอมกลับวัดต้นสังกัด แม้โรงพยาบาลจะต้องรับพระอาพาธรูปอื่นเข้ารับรักษา กรรมการสงฆ์ฯ จึงต้องใช้ดุลพินิจว่าจะส่งกลับหรือไม่

เวลา 10.30 น. พระที่มีเวรประจำจะกลับมานั่งบนอาสนะในหอนอนจนครบทุกรูป เพื่อร่วมสวดมนต์ก่อนมื้อเพล ส่วนพระอาพาธรูปอื่นจะเดินเข้ามาทางประตูหน้า แล้วนั่งประจำโต๊ะไม้บริเวณด้านล่าง โยมจะนั่งบนเก้าอี้พลาสติกสีฟ้า มื้อเพลมักจะเป็นมื้อใหญ่ บางวันอาจเป็นบุฟเฟต์ มีอาหารคาว 2-3 อย่าง เช่น ต้มข่าไก่ พะโล้ แกงเขียวหวาน ผัดผักรวมมิตร ผัดหมี่ ผัดซีอิ้ว รวมถึงของหวาน 1-2 อย่าง เช่น ลอดช่อง ขนมปัง ผลไม้ เช่น ส้ม แอปเปิล ฝรั่ง และน้ำปานะ เช่น น้ำผลไม้กล่อง นมจืด หรือนมเปรี้ยว ผู้ที่สนใจถวายภัตตาหารจะติดต่อเจ้าหน้าที่ที่โต๊ะด้านซ้ายถัดจากส่วนทำครัว โรงพยาบาลกำหนดค่าภัตตาหารขั้นต่ำที่ 60 บาทต่อพระอาพาธหนึ่งรูป และสามารถจ่ายเป็นรายรูป รายเหมา หรือแล้วแต่จิตศรัทธาก็ได้ นอกจากนี้ ยังสามารถขอใบอนุโมทนาบัตรหรือ “ใบเสร็จ” เพื่อใช้ลดหย่อนภาษีจากกรมสรรพากรได้ น่าสนใจว่าผู้ทำบุญในโรงพยาบาลสงฆ์บางส่วนมักนำใบเสร็จนี้ไปเผด็จกระถางรูปเทียนหน้าพระวิหารหลังจากทำบุญเสร็จ สุนทรอธิบายว่า คล้ายกับการกรวดน้ำที่ต้องเอาน้ำไปเททิ้งที่โคนต้นไม้เพื่ออุทิศส่วนบุญและเป็นการจบพิธี

การรับบริจาคค่าภัตตาหารของโรงพยาบาลสงฆ์มีจุดประสงค์สำคัญคือ เพื่อควบคุมโภชนาการที่เหมาะสมกับสภาพอาพาธของพระสงฆ์ และป้องกันไม่ให้อาพาธถวายภัตตาหารหรือยามตามใจชอบ ไม่ว่าจะยาแผนปัจจุบัน แผนโบราณ หรือยาสมุนไพร ซึ่งอาจเป็นของแสลงต่อโรคและก่อผลเสียทางสุขภาพ ภาษาแพทย์เรียกว่า “ความคลาดเคลื่อนทางยา” รวมทั้งลดความเสี่ยงจากการวางยาเพื่อขโมยสิ่งของมีค่าของพระสงฆ์ ตัวอย่างเช่นคดี “โจรใจบาป” เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่มีชายผู้หนึ่งแฝงตัวมาในคราบผู้ใจบุญ เข้าไปตีสนิทพระสงฆ์ พร้อมถวายชูปักสกัดโดยอ้างว่าเป็นเครื่องดีมบำรุงสุขภาพ แต่เบื้องหลังแอบผสมยานอนหลับลงไป เมื่อพระสงฆ์ฉันเข้าไปก็หมดสติ คนร้ายจึงฉวยโอกาสพาท่านออกจากโรงพยาบาล แล้วนำไปทิ้งไว้ที่สถานีขนส่งหมอชิต ก่อนจะขโมยเงินในย่ามกว่า 3,000 บาท แล้วหนีไปอย่างไร้ร่องรอย เวลาผ่านไปไม่นาน คนร้ายก็กลับมาก่อเหตุในลักษณะเดิมอีกครั้ง คราวนี้กล้องวงจรปิดบันทึกภาพเหตุการณ์ไว้ได้ ทำให้ตำรวจนครบาลตามจับตัวคนร้ายได้ในที่สุด จากการสอบสวนพบว่า ผู้ต้องหาเคยก่อเหตุในหลายพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาล

สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง และเลือกเหยื่อเป็นคนแก่หรือพระสงฆ์ที่มากคนเดียว เขาจะมอบเครื่องดื่มที่ผสมยาสลบสุขร่วมกับยาแก้แพ้และยาแก้ปวด แล้วฉวยโอกาสปล้นทรัพย์ หลังจากได้เงินก็จะเอาไปเล่นการพนันและเที่ยวเตร่ (“รวบแล้วโจรใจบาป”, 2556)

เมื่อฉันเสร็จ พระสงฆ์จะสวดให้พรแก่ฆราวาสที่มากรวดน้ำ โดยใช้ภาษาชนะทองเหลืองที่โรงพยาบาลเตรียมไว้หรือของที่นำมาเอง น้ำที่ผ่านพิธีจะนำไปเทรดโคนต้นไม้ใหญ่ในสวนไม้หอม ซึ่งเป็นพื้นที่ผ่อนคลายที่เต็มไปด้วยไม้ยืนต้น สมุนไพรร และศาลาพักผ่อน จากนั้น พระอาพาธผู้ป่วยในจะกลับไปอาคารพักฟื้น ส่วนผู้ป่วยนอกจะกลับวัด ขณะที่พระเวรประจำยังคงปฏิบัติหน้าที่ตามจุดที่ได้รับมอบหมายต่อจนถึงช่วงบ่าย เมื่อมีพระในโรงพยาบาลมารับช่วงต่อจึงจะขึ้นรถตู้กลับพร้อมของปัจจัยและเครื่องสังฆทาน พระจากวัดนะโมที่มาทำหน้าที่ในโรงพยาบาลสงฆ์จะผลัดเปลี่ยนกันตามความสะดวกของแต่ละเดือน โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะวันที่เจ้าอาวาสมีเวรประจำ แต่ยังได้รับนิมนต์ประจำในวันที่ 6 และ 9 ของเดือน

โรงพยาบาลสงฆ์ยังเป็นแหล่งทำบุญที่ผู้คนเชื่อว่า การสงเคราะห์พระอาพาธให้ผลบุญสูง¹ ในแต่ละวัน มีฆราวาสจำนวนมากมาถวายสังฆทาน ทำบุญวันเกิด หรือสะเดาะเคราะห์ บางส่วนก็มาทั้งครอบครัว บ้างเซ็นผู้สูงอายุมา บ้างนำรูปญาติผู้ล่วงลับมาทอดผ้าบังสุกุล บรรยากาศช่วงบ่ายยิ่งคึกคักกว่าช่วงเช้าและเพล ไกล่หอนั้นทางด้านซ้ายเป็นอาคารเล็ก ๆ ที่มีรูปปั้นของหมอชีวกโกมารภัจจ์ นายแพทย์ประจำพระองค์ของพระพุทธเจ้า ภายในอาคารยังมีกระถางรูปเทียนแท่นวางดอกไม้ และเชียมซี จุดนี้เป็นจุดสักการะยอดนิยม เนื่องจากเชื่อกันว่าจะเสริมสุขภาพและปิดเป่าโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ทำบุญคนหนึ่งเล่าว่า เคล็ดลับของการทำบุญที่นี่คือจะต้องถวายภัตตาหารพระก่อนแล้วมาราบไหว้หลวงปู่ชีวก ก่อนไปถวายสังฆทานที่พระวิหารแล้วเผาใบเสร็จก็เป็นอันจบ “ทริบบุญ” อยากรู้ก็ตาม เธอย้ำว่า “ก็ไม่ได้หมายความว่ามาทำครั้งเดียวแล้วจะสำเร็จ” เชื่อกันว่า จะต้องทำบุญเลี้ยงพระอย่างน้อย 30-60 รูป และที่สำคัญ ไม่ใช่ทำรวดเดียวแล้วจบ ต้องหาเวลามาทำบุญอย่างต่อเนื่อง จึงจะบรรลุผล

นอกจากหอนั้นและพระวิหารที่มีจุดรับบริจาค โรงพยาบาลสงฆ์ยังตั้งตู้บริจาคอีกเกือบสิบตู้ในห้องกระจกชั้นล่างสุดของอาคารจอดรถ 6 ชั้น เพื่อรับเงินสมทบค่ารักษา ค่าเวชภัณฑ์

¹ พระธรรมวโรดม สังฆมนตรีว่าการองค์การสาธารณูปการ วัดพระเชตุพน (วัดโพธิ์) และประธานคณะกรรมการสงฆ์ กล่าวว่าโรงพยาบาลสงฆ์เป็น “บุญสถาน” ที่ผู้มีจิตศรัทธาควรบำรุงอุปถัมภ์และช่วยสนับสนุนกิจการ เพราะนอกจากจะได้บุญเหมือนการดูแลพระพุทธเจ้าแล้ว ยังช่วยให้พระสงฆ์หายจากการอาพาธ กลับไปเป็นกำลังหลักของศาสนาในฐานะสาวกของศาสดาและทำประโยชน์แก่บ้านเมืองในฐานะพลเมือง (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562, น. 49)

ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโลหิต ค่าบำรุง และช่วยเหลือพระสงฆ์ที่ประสบภัยทั่วประเทศ รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่รับบริจาค ผ่านเงินสดและโอนทุกวัน เวลา 9.00-16.00 น. “การตั้งทุน” ซึ่งผู้บริจาคให้เงินก้อนแก่โรงพยาบาลเอาไปใช้ลงทุน เริ่มต้นที่ 1,000 บาทขึ้นไป พร้อมมีตู้เย็นแช่น้ำดื่มฟรีให้ผู้มาเยือน ด้านหน้าห้องกระจกยังมีร้านสวัสดิการที่ขายกาแฟ ขนมปัง และซาลาเปา ผู้บริจาคเงินจะได้รับใบเสร็จและสิทธิจอดรถฟรี 2 ชั่วโมงแรก ส่วนชั่วโมงถัดไปมีค่าบริการเพิ่มเติมชั่วโมงละ 100 บาท และหากจอดค้างคืนจะมีค่าปรับ 300 บาท

โรงพยาบาลสงฆ์มีช่องทางรับบริจาคหลากหลาย จึงสามารถรวบรวมเงินได้จำนวนมากในแต่ละปีนับตั้งแต่เปิดให้บริการ เช่น ในปี พ.ศ. 2507 มีเงินบริจาคสะสมถึง 37 ล้านบาท (เหลือ 15 ล้านบาท หลังหักค่าใช้จ่าย) พร้อมทั้งดินอีก 2,384 ไร่ แต่ในขณะนั้น เนื่องจากเป็นหน่วยงานของรัฐ เงินต้องส่งเข้ากระทรวงการคลังเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นราชพัสดุก่อน จึงจะได้รับงบประมาณประจำปีกลับมา กลไกนี้สร้างความล่าช้าและไม่คล่องตัวในการการงบประมาณ เช่น การส่งพระสงฆ์ที่หายอาพาธกลับวัด หรือการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น เพื่อแก้ปัญหาหนี้ยาแพทย์วิรัช มรรคดวงแก้ว¹ ผู้อำนวยการในขณะนั้น จึงเสนอให้ตั้ง “มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์” ขึ้นในปีถัดมา เพื่อให้การบริหารเงินบริจาคมีความคล่องตัวและเป็นอิสระจากระบบราชการ มูลนิธิฯ จะทำหน้าที่ออกใบอนุโมทนาและประกาศรายชื่อผู้บริจาค ทั้งรายใหญ่และรายย่อย ในวารสารประจำปี (โรงพยาบาลสงฆ์, ม.ป.ป.)

“แม้โรงพยาบาลสงฆ์จะสังกัดกรมการแพทย์ และมีงบจากรัฐสำหรับใช้จ่ายเงินเดือนบุคลากร แต่ก็ยังไม่พอ ต้องเรียกรายจากเงินบริจาค ได้ปีละประมาณ 4-5 ล้านบาท”² พระอาจารย์แดง ผู้เคยร่วมประชุมกับโรงพยาบาลสงฆ์อธิบาย

¹ นายแพทย์วิรัชรับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตรุ่นแรกเมื่อปี พ.ศ. 2471 และเข้ารับราชการเป็นแพทย์ประจำบ้าน แผนกอายุรกรรม ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2494 ก่อนจะย้ายไปเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลวชิระ อีก 21 ปี และเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลสงฆ์ เขาเคยได้รับทุน M.S.A (Mutual Security Agency) ไปดูงานโรคทางยาและการจัดการโรงพยาบาลที่สหรัฐอเมริกา (วิรัช มรรคดวงแก้ว, 2537)

² ข้อมูลปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลสงฆ์มีรายรับ 570 ล้านบาท มาจากงบประมาณประจำปี 180 ล้านบาท มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์ 36 ล้านบาท และเงินบริจาคและกำไรจากการลงทุน 340 ล้านบาท ในขณะที่มีรายจ่ายรวม 500 ล้านบาท แบ่งเป็นงบดำเนินงาน 250 ล้านบาท งบบุคลากร 190 ล้านบาท งบลงทุน 43 ล้านบาท งบอุดหนุน 8 ล้านบาท และรายจ่ายอื่น ๆ อีก 84 ล้านบาท (โรงพยาบาลสงฆ์, 2563)

ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปมีรายได้จากผู้ป่วย เช่น ค่ายาและค่าห้องพักรักษาพิเศษ โรงพยาบาลสงฆ์กลับไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากพระอาพาธเลยแม้แต่รายการเดียว ทั้งภัตตาหารทุกมื้อ และการรักษาต้องจัดถวายโดยไม่มีค่าบริการ ทำให้งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอและก่อความกังวลด้านการบริหาร จึงมีการนำเสนอปัญหาต่อคณะสังฆมนตรี และกำหนดให้ “วันสงเคราะห์โรงพยาบาลสงฆ์” ซึ่งตรงกับวันขึ้น 8 ค่ำ เดือน 11 ของทุกปี เป็นวันระดมทุนจากวัดทั่วประเทศ ซึ่งต้องจัดแสดงพระธรรมเทศนาพิเศษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2494 จนถึง 2505 ก่อนปรับรูปแบบให้วัดส่งเงินบำรุงเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรืออำเภอ ซึ่งได้สร้างตึกสงฆ์อาพาธขึ้นแล้วในช่วงเวลานั้น แต่เงินจากวัดในกรุงเทพฯ ก็ยังไหลเข้าโรงพยาบาลสงฆ์อยู่ ช่วงห้าปีแรกของการจัดงานสามารถรวบรวมเงินได้กว่า 1 ล้านบาท มูลนิธิฯ จึงนำไปลงทุนเพื่อให้เกิดผลตอบแทนปีละประมาณ 100,000 บาท และส่งไปช่วยเหลืออาคารสงฆ์อาพาธทั่วประเทศ นอกจากวันสงเคราะห์ในเดือน 11 โรงพยาบาลสงฆ์ยังได้รับเงินบริจาคก้อนใหญ่ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นวันก่อตั้งโรงพยาบาล โดยมีการจัดพิธีทำบุญและกิจกรรมพิเศษเป็นประจำทุกปี (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562, น. 84)

เงินบริจาคที่ไหลเข้าสู่มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์ได้ถูกนำไปใช้สร้างอาคารและปรับปรุงพื้นที่ใช้งานของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อาคารแรกที่สร้างขึ้นจากเงินบริจาคของภาคเอกชนคือ “อาคารเอี่ยมอุทิศ” ในปี 2494 โดยพระยาภะรตราชาบริจาคเงิน 43,000 บาท เพื่อเป็นอนุสรณ์แก่มารดาผู้ล่วงลับ หลังจากนั้นก็มีผู้บริจาคจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยมักจะตั้งเป็นทุนในนามของตนเองหรือในนามของบุคคลที่ล่วงลับไปแล้วเพื่ออุทิศส่วนกุศล ตัวอย่างเช่นในปี 2498 “อาคารอาพาธมูลบริรักษ์จัดตั้ง” ที่สร้างจากเงินบริจาค 500,000 บาท ของคุณหญิงลมุล เพื่ออุทิศแด่สามีผู้ถึงแก่อนิจกรรมแล้ว นอกจากการก่อสร้างอาคารแล้ว ยังมีผู้ศรัทธาบริจาคเงินสำหรับติดตั้งระบบไฟฟ้า ประปา และจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เตียง ตู้ โต๊ะ โดยโรงพยาบาลได้จารึกนามของผู้บริจาคแต่ละท่านไว้ที่ห้องพักรักษาทุกห้อง อาคารนี้ถูกใช้เป็นที่พักรักษาพระที่มีสมณศักดิ์ตั้งแต่นั้นมา อย่างไรก็ตาม การสร้างตึกพิเศษเช่นนี้ได้ก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์เรื่องความเหลื่อมล้ำในหมู่พระอาพาธ ผู้ไม่เห็นด้วยมองว่าเป็นการแบ่งแยกพระสงฆ์ออกเป็นชั้นธรรมดาและชั้นพิเศษ ทั้งที่ทุกรูปล้วนเป็นพระภิกษุสงฆ์ที่ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยเดียวกัน เมื่ออาพาธแล้วก็ควรได้รับการดูแลรักษาและพักผ่อนอย่างเท่าเทียม แต่ทางโรงพยาบาลได้ชี้แจงความจำเป็นว่า พระทุกรูปแม้จะอยู่ในสมณเพศเหมือนกัน แต่ภาระหน้าที่ในการปฏิบัติศาสนกิจและความรู้ความสามารถแตกต่างกัน บางรูปได้ทำประโยชน์แก่ศาสนาไว้มากและมีคุณงามความดีปรากฏชัดผ่านการได้รับพระราชทานสมณศักดิ์ ดังนั้น เมื่อพระสงฆ์กลุ่มนี้อาพาธก็สมควรได้รับการบำบัดรักษาและพักผ่อนในสถานที่พิเศษ เพื่อให้สามารถกลับไปปฏิบัติศาสนกิจได้โดยเร็ว อีกทั้งจำนวนพระที่มีสมณศักดิ์ก็มีไม่มาก จึงไม่น่าเป็นการสร้างความเหลื่อมล้ำแต่อย่างใด โรงพยาบาลได้มอบอำนาจให้ประธาน

และรองประธานฝ่ายคณะสงฆ์เป็นผู้พิจารณาจัดสรรความเหมาะสมในการใช้สถานที่นี้ ตัวอย่างเช่น เคยใช้เป็นที่รองรับสมเด็จพระราชาคณะจากประเทศลาว

เมื่อจำนวนผู้มารับบริการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้สถานที่พักรับการตรวจโรคและรับยา รวมถึงห้องเอกซเรย์เก่าที่อยู่ติดกัน ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน โรงพยาบาลสงฆ์จึงต้องสร้างตึกเอกซเรย์ใหม่ พร้อมจัดหาเครื่องเอกซเรย์และเครื่องตรวจหัวใจที่ทันสมัยยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรค ส่วนห้องเอกซเรย์เดิมก็ถูกดัดแปลงให้เป็นพื้นที่พักรับการตรวจที่กว้างขวางขึ้น ตึกเอกซเรย์แห่งใหม่นี้สร้างขึ้นจากเงินบริจาคกว่า 600,000 บาท ของคหบดีชื่อนายกวี เหวียนระวี ในปี พ.ศ. 2502 หลังจากที่ทราบข่าวว่า โรงพยาบาลสงฆ์จะจัดซื้อเครื่องเอกซเรย์ใหม่ขนาด 100 มิลลิแอมแปร์ เพื่อทดแทนเครื่องเดิมที่มีขนาดเพียง 25 มิลลิแอมแปร์

อีกหนึ่งอาคารสำคัญที่สร้างขึ้นจากเงินบริจาคคือ “ตึกคิลานเภสัช” ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากนายประยงค์ ตั้งตรงจิตร เจ้าของห้างขายยาตราใบโพธิ์ ตลาดท่าเตียน จำนวน 500,000 บาท และคุณนายพริ้ง นิลวัชระ อีก 500,000 บาท ผู้ซึ่งเกิดศรัทธาขณะมาเยี่ยมพระเถระที่นับถือ จึงแสดงความจำนงบริจาคเงินให้อำนาจการ โดยมีเงินงบประมาณจากรัฐสมทบในปี พ.ศ. 2503 ตึกคิลานเภสัชเป็นอาคาร 4 ชั้น ชั้นล่าง เดิมเป็นที่จอดรถยนต์และห้องเก็บของ แต่ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นห้องรับรองและสำนักงานของมูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์ ชั้น 2 ใช้เป็นคลังเวชภัณฑ์ ห้องทำงานเภสัชกร และพื้นที่สำหรับการปรุงหรือผลิตยาบางชนิด เช่น การกลั่นน้ำ น้ำเกลือ และยาฉีด ชั้น 3 ด้านหนึ่งจัดแสดงเป็นพิพิธภัณฑ์ที่นำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ และตาย อีกด้านเป็นคลังโลหิตและแผนกชีวเคมีปฏิบัติ และชั้น 4 ใช้เป็นห้องประชุมและห้องพักสำหรับแพทย์ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังได้สร้างตึกสงฆ์อาพาธอีกหลังหนึ่งจากเงินบริจาคของมูลนิธิฯ จำนวน 32.9 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2528

การก่อสร้างอาคารและปรับปรุงสถานที่เหล่านี้ยังได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุก่อสร้างจากการบริจาคอีกมาก เช่น เมื่อสถาปนิกคำนวณว่าต้องใช้อิฐมอญราว 200,000 แผ่น ประธานคณะกรรมการอำนาจการฝ่ายสงฆ์ได้ขอбинขบาตอิฐจากวัดต่าง ๆ ผ่านเจ้าคณะจังหวัดปทุมธานี สำหรับเสาะห่ม เจ้าคณะตรวจการภาค 2 ได้ “บอกบุญ” ในจังหวัดชลบุรีและจังหวัดตราด ทำให้แทบไม่ต้องจัดซื้อเลยแม้แต่ต้นเดียว เมื่อต้องการหินก็ติดต่อผู้ว่าราชการจังหวัดราชบุรี ซึ่งได้บอกบุญให้บรรดาพ่อค้าหินในจังหวัดร่วมบริจาคหรือขายให้ในราคาต่ำกว่าตลาด ขนาดแก้วอิฐในโรงพยาบาลก็มีผู้บริจาคจนครบทุกตัว และจารีกรายนามผู้บริจาคไว้ด้านหลังแก้วอิฐ แม้กระทั่งคาทาสีจอมพล ป. ยังได้ออมมัดเงินจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลมาช่วยเหลือ

โรงพยาบาลสงฆ์กลายเป็นโมเดลให้โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ต้องการจะอุปถัมภ์พระสงฆ์ อาพาธ อาทิ “ตึกวชิรญาณวงศ์” ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย¹ “ตึกอาพาธสุจิตโต”² จังหวัดเชียงใหม่ หออภิบาลสงฆ์หลวงปู่มั่น ภูริทัตโต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และตึกสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาลอีก 64 แห่งทั่วประเทศ อาทิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลยะลา (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

3.2 พระอาพาธกับปฏิบัติการทางการแพทย์

เช้าตรู่วันหนึ่ง เมื่อรถแท็กซี่จอดเทียบหน้าอาคาร 90 ปี สมเด็จพระราชชนนีของโรงพยาบาลสงฆ์ กลิ่นยาฆ่าเชื้อผสมกับกลิ่นดอกไม้ธูปเทียนจาง ๆ ลอยมาปะทะจมูก

¹ ในช่วงแรกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังไม่มีอาคารเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถูกจัดให้เข้ารับบริการและพักรักษาตามอาคารต่าง ๆ ปนกับฆราวาส ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6 กระทรวงพระคลังมหาสมบัติมอบเงิน 5,000 บาท แก่สภากาชาดไทย เพื่อสร้างตึกสำหรับพระอาพาธ สภากาชาดจึงสร้างตึก “วชิรญาณ” ซึ่งเปิดให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2466 เมื่อเวลาผ่านไป มีเงินบริจาคเพิ่มเติมจากสาธารณชน ทำให้สามารถสร้างตึกเพิ่มคือ “สามัคคีพยาบาล” ซึ่งแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2496 แต่อาคารสองหลังก็ยังรองรับพระอาพาธไม่พอ สภากาชาดไทยจึงร่วมมือกับวัดบวรนิเวศ สร้างอาคารหลังใหม่คือ “ตึกวชิรญาณวงศ์” ซึ่งเป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็กทรงไทยประยุกต์ 4 ชั้น เพื่อเป็นอนุสรณ์รำลึกถึงสมเด็จพระสังฆราชเจ้า กรมหลวงวชิรญาณวงศ์ (ชื่น นพวงศ์) ซึ่งทรงเป็นพระราชอุปัชยาจารย์ของรัชกาลที่ 9 ที่ทรงเสด็จร่วมพิธีเปิดโดยพระองค์เอง (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562, น. 18)

² สร้างขึ้นในปี พ.ศ. 2547 จากเงินบริจาคของพระครูจิตตวิโสธนาจารย์ (หนู สุจิตโต) เจ้าอาวาสวัดดอยแม่ปิง และคณะศิษย์ จำนวน 45 ล้านบาท มอบให้แก่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แต่อาคารเริ่มทรุดโทรมลง หลังคารั่ว ห้องพักรักษาเสื่อมสภาพ เครื่องไม้เครื่องมือก็มีจำกัดและไม่ทันสมัย และพระสงฆ์ยังต้องไปต่อคิวรับการตรวจที่ตึกอื่นร่วมกับฆราวาส ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์และคณะสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่จึงบูรณะและยกสถานะตึกขึ้นเป็นโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2561 ด้วยงบประมาณจากการบริจาค 91 ล้านบาท (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

พระอาจารย์แก้วค่อย ๆ ก้าวลงจากรถอย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาการปวดข้อเท้าที่บวมแดงจากโรคเกาต์ บรูซพยาบาลที่ประจำการอยู่ใกล้จุดคัดกรองเดินเข้ามาจะพุงท่าน แต่พระอาจารย์ปฏิเสธ ท่านเดินมุ่งตรงไปยังศูนย์คัดกรองด้วยตนเอง

หากเป็นผู้ป่วยใหม่ จะต้องเตรียมเอกสารสำคัญเพื่อทำบัตรผู้ป่วย ประกอบด้วยหนังสือสุทธิ บัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือราชการอื่น ๆ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) และสมุดประจำตัวผู้พิการ หากเคยเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล ก็ต้องแนบหลักฐานการเปลี่ยนไปด้วย อย่างไรก็ตาม พระอาจารย์แก้วซึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าที่มีประวัติเก็บไว้ในเวชระเบียนอยู่แล้ว จึงข้ามขั้นตอนยุ่งยากเหล่านี้ได้เพียงยื่นบัตรนัดและหนังสือสุทธิ พยาบาลสาวทำหน้าที่ซักประวัติเบื้องต้น สอบถามอาการอาหาร วัตความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดอุณหภูมิ และเจาะเลือดจากปลายนิ้วของท่านอย่างคล่องแคล่ว

หลังจากยื่นเอกสารและใบคัดกรองให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตรแล้ว พระอาจารย์แก้วก็เดินไปนั่งรอคิวที่เก้าอี้แถวยาวที่มีพนักพิงสีส้ม เหลือง และแดง ในโถงอาคารชั้นหนึ่ง ท่ามกลางพระเถระอีกหลายสิบลูกที่นั่งรออยู่ก่อนแล้ว บรรยากาศเงียบสงบลง มีเพียงเสียงพยาบาลเรียกชื่อพระสงฆ์ รูปอื่นเป็นระยะผ่านลำโพงที่ค่อนข้างเบา จนเวลาผ่านไปนานเกือบชั่วโมง พยาบาลหญิงในชุดขาวเรียกชื่อท่านผ่านลำโพงนั้น ซึ่งอาจมีเสียงเบาเกินไปสำหรับพระสงฆ์วัย 65 ปี ทำให้ท่านไม่ได้ยิน ผู้เขียนจึงต้องสะกิดเตือน พระอาจารย์แก้วลุกขึ้นไปปรับบัตรคิว พยาบาลแจ้งว่าท่านต้องไปรอที่หน้าห้องตรวจแผนกอายุรกรรม (ซึ่งเปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น.) พระอาจารย์จะต้องนั่งรอคิวอีกรอบ เป็นเวลาครู่ใหญ่กว่าจะได้เข้าพบแพทย์

ภายในห้องตรวจ อายุรแพทย์ชายซึ่งน่าจะมีอายุคร่าวหลานของพระอาจารย์ ลูกขึ้นยืนแล้วพนมมือไหว้ ก่อนเชิญพระอาจารย์ลงนั่งแล้วตนเองจึงนั่งตาม หมอทบทวนประวัติที่พยาบาลซักมา “ค่าความดันของพระอาจารย์วันนี้ 159/91 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลอยู่ที่ 145 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าเกินเกณฑ์นะครับ” แม้ว่าพระอาจารย์แก้วจะงดอาหารมาเกิน 8 ชั่วโมงแล้วก็ตาม

ก่อนจะเริ่มตรวจร่างกาย หมอพนมมืออีกครั้งเป็นเชิงขออนุญาต สัมผัสข้อเท้าที่บวมแดง และขอให้พระอาจารย์แก้วเลิกขยจิวรขึ้นเพื่อตรวจฟังเสียงหัวใจ หมอก้มดูเวชระเบียนอีกครั้ง บอกผลเลือดล่าสุดว่ามีกรดยูริกสูงถึง 9.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) 7.9 เปอร์เซ็นต์ แล้วจึงถามพระอาจารย์ว่า “อาการเกาต์ที่กำเริบช่วงนี้เป็นยังไงบ้างครับ”

“ปวดมาก แต่ยังเดินบิณฑบาตได้อยู่” พระอาจารย์แก้วตอบ มือก็จัดแจงจิวรให้เข้าที่ และสำรวจข้อเท้า

ดูเหมือนว่าหมอจะได้ข้อมูลที่จำเป็นครบแล้ว จึงเริ่มเข้าสู่ช่วงให้คำแนะนำ “พระอาจารย์ควรลดอาหารจำพวกกะทิและของทอดครับ พวกที่มีพิวรีนสูงก็ต้องงด อย่างเครื่องใน

สัตว์นี้ไม่ได้ ยอดผักบางชนิดก็ต้องงดนะครับ ของหวานตัวดีเลย ถ้าคุมได้ทั้งยูริกกับน้ำตาล ก็จะลด การกำเริบของเกาต์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตด้วยครับ”

พระอาจารย์แก้วถอนหายใจเล็กน้อย “โยมชอบถวายขนมหวาน แกงกะทิกันบ่อย ไม่ฉันทักใจเขา อาตมาจะเลือกฉันท่พอดีก็แล้วกัน”

“ยังงี้ก็ต้องลดนะครับ ฉันทักคำสองคำก็เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลพุ่งอยู่ดี” หมอย้ำเสียงนุ่ม แต่มีความหนักแน่น และหยิบใบสั่งยามาจด บอกว่าจะให้ยาเบาหวานตัวเดิม ยาต้านอักเสบ (NSAIDs) และยาลดกรดยูริกสำหรับเกาต์ พร้อมนัดเจาะเลือดในอีกสองเดือนเพื่อประเมินระดับน้ำตาลและ ค่ายูริกอีกครั้ง ระหว่างนั้นหมอยกแนะนำให้พระอาจารย์ออกกำลังกายมากขึ้น

“เดินรอบวัดหรือโยคะวันละนิดก็ช่วยให้ควบคุมน้ำหนักและลดน้ำตาลครับ”

“อาตมาเดินรอบพระอุโบสถประจำ แต่พักหลังไม่ค่อยว่างเท่าไร ต้องจัดการกิจหลาย อย่าง ปวดเมื่อยตามข้อด้วย แต่ก็ยังเดินบิณฑบาตกับทำโนนนี่บ้าง ก็ถือว่าได้ออกกำลังกายอยู่นะ”

พระอาจารย์แก้วออกจากห้องตรวจ ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยาในตึกเดียวกันและ ได้บัตรนัดรอบตรวจครั้งหน้า ระหว่างรอรับยา พระอาจารย์ซึ่งงัดมือเข้าตามคำแนะนำเพื่อเตรียมเจาะ เลือดและวัดความดัน ก็เดินออกทางประตูด้านข้างห้องยาช่อง 3 และ 4 ผ่านสวนไม้หอม และไป ฉันทเพลที่หอนฉันท หลังจากฉันทเพลเรียบร้อย ท่านจึงเดินกลับมารับยาและรับคำแนะนำจากเภสัชกร ด้วยนโยบายลดค่าใช้จ่ายพลาสติกของโรงพยาบาล เภสัชกรนำซองยาใส่ในตะกร้าพลาสติกประเคนให้ พระอาจารย์แก้วรับไปใส่ย่ามที่ท่านพกติดตัว กรณีพระสงฆ์ที่ไม่มีย่าม โรงพยาบาลก็จะมีถุงผ้าสีเหลือง ถวาย ก่อนกลับวัด พระอาจารย์แก้วยังได้รับปัจจัยค่าเดินทางมาหนึ่งซอง โรงพยาบาลสงฆ์จะพิจารณา ตามระยะทาง พระที่อยู่ในกรุงเทพฯ เช่น พระณรวัดนะโมจะได้รับปัจจัย 300 บาท ส่วนพระที่ต้อง กลับต่างจังหวัดจะได้รับ 500 บาท

ดูเหมือนว่า การเดินทางไปโรงพยาบาลและการรอรับบริการตรวจรักษาโรคเป็น เวลานาน จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ยอมไปโรงพยาบาลของรัฐ ตัวอย่างเช่น พระทองใบ พระศิลาณุปฏิฐากรูปหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องไปพบแพทย์และรับยาทุก 1-3 เดือน เล่าประสบการณ์ที่สะท้อนความลำบากใจ แม้โรงพยาบาล อำเภोजัดเตรียมที่นั่งเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ แต่ท่านกลับพบว่าสถานการณ์จริงไม่เป็นไปตามนั้น ที่นั่งสงวนถูกแย่งโดยฆราวาส ซึ่งบางครั้งก็ไม่ยอมลุกให้ แม้จะเห็นว่ามิพระสงฆ์มายืนรอตรวจ “หลวงพี่ยืนกุมมืออยู่ตรงหน้า เขาเงยหน้ามองแล้วก้มกลับไปเล่นมือถือต่อ” โดยไม่มีผู้ใดเข้ามาจัดการ แม้แต่เจ้าหน้าที่บริเวณนั้นก็ไม่ได้ยื่นมือเข้าช่วยเหลือ ระยะเวลาการรอคอยก็ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ของพระสงฆ์ที่มีกรอบเวลาในการฉันทเพล พระทองใบเคยต้องนั่งรอจนเลยเวลา 11:30 น. แต่ก็ไม่กล้า

ลูกไปฉันทอาหาร เพราะโรงพยาบาลจะตัดคิวทันที ท่านจึงบ่นว่า “ทุกคนรู้ว่าพระฉันเพลก็โง่งม มีแต่หมอที่ไม่รู้”

ความเหลื่อมล้ำยังปรากฏในกลุ่มพระสงฆ์เองซึ่งถูกเลือกปฏิบัติจากโยม พระระดับ “วีไอพี” (เจ้าคณะอำเภอขึ้นไป) ได้รับสิทธิพิเศษ เช่น ไม่ต้องต่อคิว และสามารถขอห้องพิเศษได้ ขณะที่พระระดับล่าง ๆ แม้จะเป็นถึงเจ้าคณะตำบลแบบพระทองใบเองก็ตาม ก็ไม่เป็นที่รู้จักของเจ้าหน้าที่ “เราไม่มีเครื่องหมายบอกตำแหน่ง ไม่ได้ถือพัดยศไปด้วย มีเพียงชุดเดียวคือจีวร” จึงตกอยู่ในสถานะไม่อาจอ้างสิทธิพิเศษได้ ท่านบอกว่า “เขาให้เกียรติ แต่ไม่ดูแล เหมือนพระที่ยกไว้บนหิ้ง แล้วนานทีปีหนถึงจะหยิบมาทำความสะอาด เอาผ้าปิด ๆ พอเป็นพิธี สุดท้ายก็ยกไปวางที่เดิม” เพราะอย่างนี้พระสงฆ์ “ร้อยละ 90 ไม่มีใครอยากไปโรงพยาบาล”

แม้พระสงฆ์จะมีบทบาทช่วยเหลือหน่วยงานรัฐผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสนับสนุน “กองบุญ” ให้กระทรวงมหาดไทยรวบรวมข้าวของเครื่องใช้จากสังฆทานไปใช้ใน งานสาธารณสงเคราะห์ แต่ในยามอาพาธกลับไม่ได้รับการดูแลตามที่คาดหวัง จนท่านกล่าวว่า “เราต้องการมากกว่าการจับข้อมือแล้วถามว่าอาการดีขึ้นหรือยัง” อาจเพราะอย่างนี้ พระรูปนี้จึงอยากเห็นสิทธิพิเศษของพระสงฆ์ในการเข้ารับบริการมากขึ้น อาทิ “โครงการพระนัมเบอร์วัน” ที่จัด โชนเฉพาะและห้องรักษาไม่ปะปนกับโยม

ปัจจุบัน โรงพยาบาลสงฆ์รับตรวจรักษาทุกโรคไม่ต่างจากโรงพยาบาลทั่วไป มีแผนก ศัลยกรรมทั่วไป แผนกจักษุแพทย์ แผนกทันตกรรม แผนกรังสีวิทยา แผนกโสต ศอ นาสิก และคลินิก โรคเท้าเบาหวาน ในแต่ละปีจึงมีพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคผิวหนัง อุบัติเหตุ และไขหวัด เข้ารับบริการจำนวนมาก

ห้องตรวจทันตกรรมเปิดบริการวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. เช่นกัน แต่พระสงฆ์ที่จะเข้ารับการตรวจทำฟันต้องนัดหมายล่วงหน้า โดยยื่นบัตรคิวและรับใบนัดที่ชั้น 2 อาคาร 90 ปี สมเด็จพระบรมราชชนนี ผู้ใช้บริการจะต้องยื่นใบนัดให้เจ้าหน้าที่ก่อนเวลานัดอย่างน้อย 10 นาที หลังจากคัดกรองและซักประวัติความเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่จะถวายแปรงและยาสีฟันให้ พระสงฆ์แปรงฟันก่อนเข้าห้องตรวจ เพื่อถ่ายภาพรังสีช่องปากและตรวจประเมินเบื้องต้น จากนั้นก็ เข้าพบแพทย์ตามคิวนัดหมาย นอกจากนี้ คลินิกทันตกรรมยังเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปใน วันอังคารและวันหยุดหสบัติ หลังเวลาราชการ (16.00 – 20.00 น.)

ห้องเอกซเรย์อยู่บนชั้น 2 ของอาคาร 90 ปีฯ พระสงฆ์ที่จะเข้ารับการตรวจทางรังสีต้อง ยื่นบัตรและใบนัดหมายที่จุดคัดกรอง หากมีฟิล์มเอกซเรย์จากโรงพยาบาลอื่นก็ต้องยื่นให้พยาบาล พร้อมใบส่งตรวจ จากนั้นก็รอเรียกเข้าห้องตรวจรังสี โดยปกติผลการตรวจจะออกมาภายในวันนั้นเลย มิฉะนั้น พระสงฆ์ก็จะได้รับใบนัดให้มารับผลตรวจภายหลัง

สำหรับพระสงฆ์ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะให้ติดต่อศูนย์รับใหม่ที่ชั้น 1 หน้าห้องหมายเลข 14 ซึ่งจะรับแอดมิตเป็นผู้ป่วยในโดยไม่คิดค่าบริการ เนื่องจากใช้เงินบริจาคจากมูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์ ตึกอาหารจะอยู่ใกล้กับอาคารกัลยานิวัฒนา มีทั้งห้องพิเศษติดเครื่องปรับอากาศและมีห้องน้ำในตัว สำหรับพระชั้นผู้ใหญ่ระดับเจ้าคณะและเจ้าอาวาส และห้องรวมที่มีเตียงอาหารประมาณ 15-20 เตียงต่อหนึ่งห้อง พระที่เป็นคณะกรรมการสงฆ์ฯ เช่น พระอาจารย์แดง ก็มีสิทธิเข้ารับการรักษาในห้องพิเศษ ไม่ต้องจองคิวหรือยื่นบัตรที่จุดคัดกรองเหมือนพระสงฆ์ทั่วไป และยังอาจช่วยหาห้องพิเศษหรือหาเตียงว่างให้แก่พระลูกวัดและพระรูปอื่นที่สนิทได้ไม่ยาก

ห้องอุบัติเหตุและห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงฆ์ที่อยู่ด้านหน้าชั้น 1 อาคาร 90 ปีฯ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดราชการ ประตุทางเข้ามีลานกว้างสำหรับจอดรถรับส่งหรือรถฉุกเฉินได้ 2-3 คันพร้อมกัน โรงพยาบาลสงฆ์ทำข้อตกลงกับหน่วยกู้ภัยและหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นผู้จัดการพยาบาลไว้รับตัวพระอาพาธถึงวัด ศูนย์เฮอร์วอร์ดจะให้บริการพระในเขตกรุงเทพฯ ส่วนพื้นที่อื่นนอกกรุงเทพฯ เป็นความรับผิดชอบของศูนย์กู้ชีพเรนเจอร์ และจัดเวรหมอและพยาบาลประจำไว้ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ต้องทำแผล เย็บแผล ผ่าตัด เข้าเฝือก หรือฉีดยา ในกรณีที่พระอาพาธผู้ป่วยในมีอาการหนักเกินกว่าอุปกรณ์การแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลสงฆ์จะรักษาไหว ก็จะส่งตัว (รีเฟอร์) ไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีความพร้อมมากกว่าและทำข้อตกลงร่วมกันไว้ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี

โรงพยาบาลสงฆ์ยังมีคลินิกรักษาโรคเบาหวานโดยเฉพาะ เนื่องจากในแต่ละปีมีพระอาพาธเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี เช่น ปี พ.ศ. 2558 มีพระสงฆ์เข้ารับการรักษาเบาหวาน 1,400 รูป พ.ศ. 2559 มีจำนวน 1,519 รูป พ.ศ. 2560 มีจำนวน 1,677 รูป และปี พ.ศ. 2561 มีพระสงฆ์อาพาธเบาหวานเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ 1,911 รูป และพระสงฆ์เหล่านี้มีระดับน้ำตาลได้ต่ำน้อยมากเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น ท่านจึงเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนเบาหวานบริเวณตา ไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หรือระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะเท้า ผู้ป่วยเบาหวานอาจเกิดอาการเท้าชา ความไวต่อการรับรู้ของผิวหนังลดลงหรือหายไป เมื่อเดินสะดุดของแข็งหรือของมีคมจึงไม่รู้สึกรู้ตัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นพระสงฆ์ที่ต้องเดินบาตรโดยไม่ใส่รองเท้าเป็นประจำ เมื่อเป็นแผลก็มักหายช้า บางรูปแผลเน่าจนต้องตัดขา เช่น ในปี พ.ศ. 2558 พระอาพาธเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์มีแผลที่เท้า 53 รูป ต้องตัดนิ้วหรือเท้า 3 รูป ปี พ.ศ. 2559 พระอาพาธเบาหวานมีแผลที่เท้า 55 รูป ต้องตัดนิ้วหรือเท้า 1 รูป ปี พ.ศ. 2560 พระอาพาธเบาหวานมีแผลที่เท้า 44 รูป ต้องตัดนิ้วหรือเท้า 2 รูป (เฟซบุ๊กกรมการแพทย์, 14 พฤศจิกายน 2561) คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสงฆ์จึงจัดทีมแพทย์สหวิชาชีพเพื่อรักษาและดูแลอาการเบาหวานของพระสงฆ์

ประกอบด้วยอายุแพทย์ จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ผลิตรองเท้า เปิดให้บริการทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี

3.3 สุขภาวะพระสงฆ์

ระหว่างเดินทอดน่องอยู่ในสวนไม้หอมเพื่อรอพระอาจารย์แดงปฏิบัติกิจ พระสงฆ์รูปหนึ่งเดินเข้ามาขอไฟแช็กด้วยน้ำเสียงสุภาพ ผู้เขียนไม่ได้สูบบุหรี่จึงไม่มีให้ยืม แต่บทสนทนาที่ไม่ได้สิ้นสุดเพียงแค่นั้น ท่านบ่นถึงอาหารที่จัดถวายในโรงพยาบาล “บางมื้อยังคงมีของทอด แกงกะทิ และขนมหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง” ท่านคาดเดาว่า อาจเป็นอาหารที่เจ้าภาพนำมาถวายเอง ไม่ใช่อาหารหลักที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมให้

เสียงสะท้อนเรื่องอาหารนี้นอกจากจะสอดคล้องกับเสียงบ่นของสามเณรในวัดนะโมแล้ว ยังได้รับการยืนยันจากพระอาจารย์รูปหนึ่งซึ่งนั่งรถไฟราคา 3 บาท จากปทุมธานีมาลงสถานีสามเสน แล้วเดินต่ออีก 2 กิโลเมตร เพื่อมารับยาที่โรงพยาบาลสงฆ์ทุกสัปดาห์ และฉันทพลเป็นประจำ ท่านกล่าวว่า “เพราะอาหารจำพวกนี้แหละโยม พระถึงได้อาพาธกันมาก ไม่เชื่อก็ไปถามพระอาจารย์ที่นั่งรถตรวจโรคได้เลย ร้อยทั้งร้อยเป็นเบาหวานกับความดันทั้งนั้น”

อาจเพราะแบบนี้ โรงพยาบาลสงฆ์จึงจัดการสภาพแวดล้อมใหม่ที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคของพระสงฆ์ นอกจากจะควบคุมโภชนาการในหอฉัน ยังมีการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ด้วย สวนไม้หอมและจุดนั่งพักทั่วโรงพยาบาลเต็มไปด้วยป้ายและสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นม้านั่งหินอ่อน หน้าหอฉัน อาคารหมอชีวก อาคารจอตระตึง ตึกอาหาร หรือแม้กระทั่งกระถางรูปหน้าพระวิหาร บนผนังกำแพงของอาคารยังติดป้ายพลาสติกสีขาวขนาดใหญ่ มีภาพบุหรี่ในวงกลมสีแดงที่ถูกขีดทับ พร้อมข้อความ “โรงพยาบาลปลอดบุหรี่” ด้านล่างมีตราของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมควบคุมโรค และมูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ป้ายให้ความรู้ด้านสุขภาพและอันตรายของพฤติกรรมเสี่ยงยังปรากฏตลอดทางเดิน โคฟเวอร์เวย์ที่เชื่อมระหว่างตึกต่าง ๆ แทรกตัวอยู่กับป้ายพุทธสุภาษิต ทั้งภาษาบาลีและภาษาไทย เช่น “ผู้ใดปรารถนาอุปัฏฐากเราตถาคต ผู้นั้นพึงอุปัฏฐากภิกษุไข้เถิด” หรือ “ความไม่เบียดเบียนเป็นสุขในโลก” ทั้งยังมีสัญลักษณ์ของโรงพยาบาลสงฆ์พร้อมคิวอาร์โค้ดบัญชีธนาคารสำหรับผู้ต้องการทำบุญเป็นระยะ นอกจากป้ายความรู้สุขภาพยังมีป้ายบอกวัฒนธรรมองค์กร “มาทำงานคือ

การทำบุญ” เป้าประสงค์ของโรงพยาบาล “พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี เจ้าหน้าที่มีความสุข พระพุทธศาสนายั่งยืน” และค่านิยมองค์กร¹

ภาพที่ 3.1

ป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่



หมายเหตุ. ภาพถ่ายโดยผู้เขียนเมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2566

ภูมิทัศน์ที่เปลี่ยนไปของโรงพยาบาลอาจเป็นผลมาจากการขยายบทบาทจากพื้นที่แห่งการรักษาสู่การทำงานเชิงรุกอย่างเป็นระบบ จุดเริ่มต้นสำคัญคือในปี พ.ศ. 2549 เมื่อมีการสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรในเขตกรุงเทพฯ ครั้งแรก เพื่อประเมินสถานการณ์เบื้องต้นและวางแผนการดูแลสุขภาพเชิงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในอีกสองปีต่อมา สถิติของพระอาพาธทำให้โรงพยาบาลสงฆ์พบข้อมูลสำคัญว่า ราวร้อยละ 30 ของพระอาพาธที่เข้ารับการรักษาใน

¹ ค่านิยมองค์กรของโรงพยาบาลสงฆ์ คือ มืออาชีพ เชี่ยวชาญ (Professional) ทำงานอย่างให้เกียรติ (Respect) ละเมียดด้วยคุณธรรม (Integrity) เลิศล้ำอุปปุญญา (Excellence) ฝังรากเรื่องปลอดภัย (Safety) เชื่อใจให้ศรัทธา (Trust) เมื่อนำอักษรตัวแรกสุดมาเรียงกันก็จะได้ว่า PRIEST ซึ่งแปลว่า พระสงฆ์

โรงพยาบาลมีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็นจำนวนถึง 18,000 รูป จากทั้งหมด 59,000 รูป และเนื่องจากการสูบบุหรี่อาจเป็นสาเหตุของโรคร้าย เช่น มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง วัณโรค และเส้นเลือดในสมองตีบ โรงพยาบาลสงฆ์จึงตั้งโครงการ “คลินิกเลิกสูบบุหรี่” ในปีเดียวกัน เพื่อให้การรักษาและแนะนำแก่พระสงฆ์ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ขาดความรู้และแนวทางที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังจัดหน่วยแพทย์และพยาบาลเคลื่อนที่ออกจัดนิทรรศการรณรงค์ตามวัดและสำนักเรียนพระปริยัติธรรมทั่วกรุงเทพฯ รวมทั้งเปิดรับพระเณรเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

โรงพยาบาลสงฆ์ทำงานเชิงรุกต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 ได้สำรวจสุขภาพพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพฯ อีกครั้ง และในปีถัดมา ก็ได้ร่วมมือกับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พัฒนาหลักสูตรอบรมพระสงฆ์ที่จะออกทำงานพร้อมหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้หลักธรรมของพุทธศาสนาในการบำบัดจิตใจผ่านโครงการ “พระคิลานธรรม” ซึ่งมีคำขวัญว่า “หมอให้ยาจริง พระให้ยาใจ” ส่วนในระดับภูมิภาค โรงพยาบาลสงฆ์ได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลระดับจังหวัดต่าง ๆ ดำเนินโครงการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ทั้ง 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีบริการครอบคลุมหลายด้าน ตั้งแต่การตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจห้องปฏิบัติการ ตรวจตา ทันตกรรม สุขภาพเท้า คลื่นหัวใจ เอกซเรย์ทรวงอก ไปจนถึงฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและถวายยาสามัญประจำวัด เช่น แชมพู น้ำมัน ยาหม่อง และยาต้ม (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562)

3.4 สรุปท้ายบท

บทนี้แสดงให้เห็นการที่รัฐสมัยใหม่ดูแลชีวิตพระสงฆ์อาพาธผ่านการสร้างโรงพยาบาลสงฆ์ที่ไม่ได้เป็นเพียงพื้นที่การรักษา แต่เป็นสถาบันที่สะท้อนการทำงานของชีวิตอำนาจซึ่งเข้ามากำกับควบคุมร่างกายพระสงฆ์อาพาธที่มีข้อจำกัดด้านพระธรรมวินัย จึงต้องการวิธีการดูแลอุปถัมภ์ที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็ต้องสอดคล้องกับความรู้และปฏิบัติการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่จัดโดยรัฐ

จากเรื่องราวการเข้าโรงพยาบาลของพระอาจารย์แก้วและบริบทของโรงพยาบาลสงฆ์ที่นำเสนอในบทนี้ เผยให้เห็นถึงกระบวนการคัดกรองและจัดระเบียบร่างกายพระสงฆ์อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การยืนยันตัวตนผ่านเอกสารที่ราชการออกให้ การซักประวัติสุขภาพ การวินิจฉัยโรคตามหลักการแพทย์สมัยใหม่ ไปจนถึงการแนะนำพฤติกรรมกรบริโภคและการดูแลร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการผลิต “ความรู้” และ “ความปกติ” ของร่างกายพระสงฆ์ที่รัฐสามารถนำไปใช้ในการควบคุม

และวางแผนนโยบายสุขภาพเฉพาะกลุ่ม โรงพยาบาลสงฆ์จึงเป็นพื้นที่ที่รัฐแทรกเข้ามาจัดการกับร่างกายพระผ่านเครื่องมือด้านข้อมูล การจัดเก็บสถิติ และการอบรมความรู้ อีกทั้งยังมี “คณะกรรมการสงฆ์โรงพยาบาลสงฆ์” ร่วมทำหน้าที่ตรวจสอบ “พระปลอม” หรือพระที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งตอกย้ำถึงความพยายามในการจัดระเบียบและทำให้ร่างกายเป็นไปตามบรรทัดฐานที่พึงประสงค์

แม้โรงพยาบาลสงฆ์จะพยายามออกแบบบริการให้สอดคล้องกับข้อจำกัดตามพระธรรมวินัยของพระสงฆ์ อาทิ การจัดพื้นที่เฉพาะ การจัดเตรียมภัตตาหารและน้ำปานะที่เหมาะสม หรือการอบรมแนวปฏิบัติต่อพระสงฆ์แก่เจ้าหน้าที่ แต่พระสงฆ์จำนวนหนึ่งก็ยังเผชิญกับข้อจำกัดเชิงปฏิบัติ เช่น การงดฉันเช้าเพื่อเข้ารับการตรวจ หรือการปรับพฤติกรรมการฉันอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งขัดแย้งกับวิถีชีวิตที่ต้องพึ่งพาการถวายจากญาติโยม เรื่องราวเหล่านี้สะท้อนถึงความไม่ลงรอยระหว่างความเชื่อทางศาสนากับความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งต่างพยายามจะเข้ามาควบคุมร่างกายของพระสงฆ์

บทนี้ยังฉายภาพความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพภายในสังฆะ พระชั้นผู้ใหญ่หรือพระที่มีสมณศักดิ์สูงมักได้รับสิทธิพิเศษ ส่วนพระสงฆ์ที่มีฐานะด้อยกว่ากลับต้องพึ่งพิงบริการสาธารณะอย่างโรงพยาบาลสงฆ์หรือโรงพยาบาลรัฐ ปรากฏการณ์นี้สะท้อนว่า ชีวิตอำนาจไม่ได้ทำงานอย่างเท่าเทียมต่อพระสงฆ์ทุกระดับชั้น แต่ได้รับอิทธิพลจากสถานภาพของพระสงฆ์อันเกิดจากโครงสร้างการปกครองในคณะสงฆ์เอง อีกทั้งโรงพยาบาลสงฆ์อาศัยการพึ่งพิงเงินบริจาคจำนวนมากจากพุทธศาสนิกชน ซึ่งเปลี่ยนสถานพยาบาลให้เป็น “บุญสถาน” ที่ใช้ความเชื่อทางศาสนาเข้ามาสนับสนุนปฏิบัติการดูแลพระอาพาธ

กล่าวโดยสรุป ปฏิบัติการในโรงพยาบาลสงฆ์จึงสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของชีวิตอำนาจ ความรู้ทางการแพทย์ ระบบราชการ และพระธรรมวินัยในจุดเดียวกัน เพื่อจัดการร่างกายของพระสงฆ์ให้สอดคล้องกับอุดมการณ์ของรัฐและศาสนา ผ่านกระบวนการทางการแพทย์ และเมื่อถึงยุคที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โรงพยาบาลสงฆ์ที่รักษาโรคเรื้อยมาก็ได้ขยายบทบาทด้วย คือนอกจากรักษาแล้ว ยังทำงานเชิงรุกด้วยการตรวจสุขภาพ เก็บสถิติของพระอาพาธเพื่อประมวลให้เป็นภาพกว้างว่าพระสงฆ์ในสังคมไทยเป็นอย่างไร รวมทั้งเป็นผู้รณรงค์ให้พระสงฆ์สร้างเสริมสุขภาพก่อนป่วย ซึ่งจะกล่าวถึงในบทต่อไป

บทที่ 4 สงฆ์ไทยไกลโรค

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการ “1 วัด 1 โรงพยาบาล” ให้แต่ละโรงพยาบาลมีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ของวัดในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยมองว่าการจับคู่วัดกับโรงพยาบาลจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถถวายความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ได้สะดวก รวมทั้งถวายข้าวของเครื่องใช้ที่ช่วยลดมลภาวะภายในวัด เช่น ฐูปเทียนไร้ควัน จัดหน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคให้พระสงฆ์ พระสงฆ์ในวัดที่เป็นพาร์ตเนอร์ก็จะถูกขอให้ช่วยนำความรู้ในการดูแลสุขภาพเหล่านี้ไปแนะนำแก่ประชาชนที่มาทำบุญที่วัดอีกที

ในช่วงนี้ โรงพยาบาลสงฆ์ได้จับคู่กับวัดเบญจมบพิตรที่อยู่ละแวกเดียวกัน ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพ และจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพสำหรับพระสงฆ์แต่ละรูป สมุดบันทึกมีข้อมูลตั้งแต่ ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และโรคประจำตัว ส่วนวัดนะโมก็เป็นพาร์ตเนอร์กับโรงพยาบาลศิริราช การร่วมงานกันเริ่มจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลติดต่อพระอาจารย์แดง เจ้าอาวาส ขอให้พระลูกวัดทำแบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ อาทิ ฉันทาอาหารครบ 5 หมู่ไหม ฉันทาอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม บ่อยไหม ฉันทาอาหารประเภทไหนเป็นประจำ มีโรคประจำตัวหรือไม่ เป็นโรคอะไรบ้าง สามวันหลังจากนั้นจึงมาขอรับแบบสอบถามคืนเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และส่งหน่วยพยาบาลมาตั้งโต๊ะตรวจสุขภาพฟรีที่วัด โดยเริ่มให้ลงทะเบียนตั้งแต่ 6 โมงเช้า ก่อนพระทันฉันอาหาร เพื่อให้วัดความดันและเจาะเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการตรวจวัดคลื่นหัวใจ ตรวจปัสสาวะ และอุจจาระ วัดสมรรถนะร่างกาย เช่น การหยิบจับสิ่งของ การเดิน การลุก การนั่ง และการทำงาน ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

อย่างไรก็ดี แม้จะมีหน่วยมาตรวจสุขภาพให้ฟรีถึงวัดแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2561 และปี พ.ศ. 2566 แต่พระลูกวัดกลับไม่ค่อยตรวจสุขภาพกันนัก มีเพียงพระเถระราว 10 รูป อาทิ พระอาจารย์แดง เจ้าอาวาสที่ตรวจเป็นคนท้าย ๆ พบว่าค่าความดันโลหิต ค่าไขมัน และค่าไตอยู่ในระดับปกติ ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูงแต่ยังไม่เกินเกณฑ์ปกติ แค่ “ปริ่ม ๆ จะเป็นเบาหวาน คนไทยไม่ใช่คนอ่อนหวาน อาหารที่ถวายอาตมาหวานน้อยเสียทีไหน” แต่ระบบย่อยอาหารที่รวมทั้งกระเพาะและลำไส้ของท่านกลับทำงานเหมือนคนอายุ 80 ปี ทั้งที่มีอายุเพียง 60 กว่าเท่านั้น หลังตรวจเสร็จ และไม่มีพระลูกวัดรูปใดมาต่อคิวอีก ท่านก็กล่าวว่าพระหนุ่ม และสามเณรยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ เนื่องจากยังไม่เคยอาพาธหนัก ๆ เข้าทำนอง “ไม่เห็นโลงศพ ไม่หลั่งน้ำตา”

ในบทนี้ ผู้เขียนกล่าวถึงการกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาวะของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นประชากรถูกระงับและรณรงค์จากหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะหลังการประกาศใช้ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” ในปี พ.ศ. 2560 ที่สนับสนุนให้มีโครงการจัดการสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้ อาทิ โครงการหนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล วัดรอบรู้สุขภาพ วัดส่งเสริมสุขภาพ และโครงการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก ที่นอกจากดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ภายในวัดแล้ว ยังจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะของคนในสังคมและเทศนาความรู้ด้านสุขภาพนอกเหนือจากความรู้ด้านศาสนาอีกด้วย

4.1 จากสุขภาพถึงสุขภาวะ

4.1.1 การปฏิรูประบบสุขภาพกับการกระจายอำนาจทางสาธารณสุข

การจับคู่วัดนะโมกับโรงพยาบาลศิริราชที่พระอาจารย์แดงมองว่าพระลูกวัดไม่ค่อยเห็นความสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรอง ป้องกัน ควบคุม และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มพระสงฆ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเกิดขึ้นหลัง พ.ศ. 2560 ที่มีการประกาศใช้ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ฉบับแรก ธรรมนูญฉบับนี้กล่าวถึง 3 ประเด็น คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัยและดูแลพระสงฆ์ด้วยกัน ชุมชนและสังคมกับการดูแลอุปัฏฐากพระสงฆ์ และบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของสังคม โดยยึดหลัก “ทางธรรมนำทางโลก” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เป็นกรอบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่เกิดขึ้นหลังการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในสมัยรัฐบาล พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ พระราชบัญญัติสุขภาพฉบับนี้มีเป้าหมายที่จะปฏิรูประบบสุขภาพของไทยให้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการรักษาโรค แต่ครอบคลุมถึงการป้องกันและการเสริมสร้างสุขภาพก่อนเจ็บป่วยด้วย เนื่องจากสถิติขณะนั้นชี้ว่า ภัยคุกคามทางสุขภาพของประชากรไทยเริ่มเปลี่ยนจากโรคติดต่อ อาทิ มาลาเรีย เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาและใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงรัฐด้วย กลุ่มปฏิรูประบบสุขภาพจึงเสนอให้เปลี่ยนจากการซ่อมแซมร่างกายที่เสียหาย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนดูแลตัวเองตั้งแต่ก่อนป่วยมากขึ้น เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและออกกำลังกาย นอกจากนี้

พ.ร.บ.ดังกล่าวยังนิยามว่า การมีสุขภาพดีไม่ได้หมายถึงแค่ด้านร่างกาย แต่เป็น “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม”¹

¹ อาจกล่าวได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยเริ่มตั้งแต่การก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในปี พ.ศ. 2535 เป็นหน่วยงานวิจัยและปรับปรุงระบบสุขภาพเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนผ่านจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง ในช่วงเวลาเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกปรับนิยามของสุขภาพให้ครอบคลุมมิติด้านสังคมและจิตวิญญาณ และนิยามระบบสุขภาพให้หมายถึงกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ฟื้นฟู และบำรุงสุขภาพ ไม่ใช่แค่การรักษาเท่านั้น สวรส. จัดงานประชุมวิชาการที่ระดมผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขามาเสนองานวิจัยเป็นประจำทุกปี เช่น ในปี พ.ศ. 2539 ที่หมอประเวศ วะสี เสนอว่า สุขภาพไม่ใช่เรื่องของหมอ ยา และโรงพยาบาลเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วม (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 190; วรรณุญ เสนาสุ, 2559, น. 65)

การปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มชัดเจนขึ้นหลังวิกฤตเศรษฐกิจเอเชียปี พ.ศ. 2540 ที่รัฐบาลไทยต้องปฏิรูประบบการคลังและระบบบริหารราชการแผ่นดิน เช่น รัดเข็มขัดทางการเงิน ลดปริมาณบุคลากรที่เป็นข้าราชการ จ้างพนักงานสัญญาจ้างมากขึ้น และลดงบประมาณภาครัฐในหลายด้าน รวมถึงด้านสุขภาพ ตามเงื่อนไขเงินกู้ของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) เมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 คณะกรรมการสาธารณสุขของวุฒิสภาเขียน “รายงานสุขภาพประชาชาติ” ที่มีข้อเสนอต่อระบบสุขภาพในแนวทางเดียวกับ สวรส. คือ เน้นการสร้างมากกว่าการซ่อม และส่งเสริมให้พลเมืองไทยทุกคนมีหน้าที่ดูแลสุขภาพของตน รัฐบาลชวน หลีกภัย จึงออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เพื่อจัดทำ *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ* เป็นกรอบหลักในการนิยาม ปรับเปลี่ยน และกำหนดบทบาทหน้าที่ของระบบดูแลสุขภาพของไทยเสียใหม่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

ในระยะแรก นอกจากจัดประชุมวิชาการและผลิตงานวิจัยแล้ว หน่วยงานแม่อย่าง สปรส. และ สวรส. ยังลงพื้นที่จัดเวทีสาธารณะรับฟังปัญหาและความคิดเห็นจากภาคประชาสังคม ทั้งในระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับชาติ กว่า 550 เวที ตัวอย่างเช่นงานมหกรรมสุขภาพในปี พ.ศ. 2544 ที่เปิด “ตลาดนัดสุขภาพ” ให้เครือข่ายภาคประชาชนจัดแสดงความรู้และวิถีดูแลสุขภาพตามแนวทางตน ตั้งแต่หมอพื้นบ้าน นักเรียน นักศึกษา สื่อมวลชน พระสงฆ์ และนักบวช (เช่น แม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุด) กว่า 3,000 องค์กร และในปีถัดมา สปรส. ยังจัดงานวิ่งและปั่นจักรยานเพื่อรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนร่างกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ แม้จะได้ราว 4 ล้านรายชื่อ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)¹ ซึ่งจะต้องจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพ และธรรมนูญว่าด้วยการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มทั่วประเทศ การนิยามเป้าหมายด้านสาธารณสุขเสียใหม่เช่นนี้ทำให้ไม่เพียงภาครัฐคือกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้นที่รับผิดชอบความเป็นดีอยู่ดีทางด้านสุขภาพ แต่ยังเรียกร้องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ชุมชน องค์กรสาธารณะ และธุรกิจเอกชน ในการดูแล สร้างเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค สืบเสาะ ควบคุม และ/หรือกำจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เครื่องมือที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานลูก ใช้เพื่อดึงประชาชนกลุ่มอื่นเข้ามามีส่วน คือ การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นเวทีเสนอปัญหาด้านสุขภาพและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสุขภาพ ที่มีทั้งหน่วยงานรัฐ หน่วยงานวิชาการ และภาคประชาสังคมเข้าร่วม และเนื่องจาก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กำหนดว่า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะเกิดขึ้นได้ ต้องจัดให้มีสมัชชาสุขภาพท้องถิ่น² อันประกอบด้วย

แต่กว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จะถูกประกาศใช้ ก็ต้องรอหลังจากที่สมาชิกในเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทหลายคนได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในองค์กรปฏิรูปประเทศของรัฐบาลจากการรัฐประหาร ปี พ.ศ. 2549 อาทิ คณะกรรมการปฏิรูปการเมืองและสมานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 193-195)

¹ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีวาระ 4 ปี ประกอบด้วยนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ส่วนคณะกรรมการก็มีรัฐมนตรีกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่กระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข (แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด สภาการแพทย์แผนไทย สภาการสาธารณสุขชุมชน) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ 6 คน และผู้แทนองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงผลกำไร 13 คน (“คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ”, 2566)

² สมัชชาสุขภาพท้องถิ่นเป็นเวทีนำเสนอปัญหาด้านสุขภาพ การจัดการและการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพของตัวแทนประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม อสม. กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มพระสงฆ์ โดยมีสาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นที่ปรึกษา ส่วนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพอำเภอ และสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อสรุปข้อตกลงร่วมกันในระดับต่าง ๆ ให้ได้ก่อนนำเสนอในสมัชชาระดับชาติ

ตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก จัดขึ้นในปี พ.ศ. 2551 ที่นอกจากจะมีมติเห็นชอบร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก ซึ่งประกาศใช้ในปีถัดมา ยังมีมติในเรื่องนโยบายสาธารณะด้านสุขภาวะที่สำคัญของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในทุกภูมิภาค อาทิ การพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ที่พัฒนามาในจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (ศอ.บต.) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ คณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา สถาบันรัฐศาสตร์ภาคใต้ และเครือข่ายภาคประชาชนช่วยกันรวบรวมข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพในพื้นที่สามจังหวัด การเข้าถึงยาล้วนหน้าของประชากรไทย ที่เสนอโดยสภาเภสัชกรรมและภาคีเครือข่าย เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ กลุ่มศึกษาปัญหายา เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) ตลอดจนปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบของสื่อสมัยใหม่ต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

จะเห็นว่า การประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ขยายนิยามสุขภาวะให้กว้างขึ้น ได้ทำให้อะไรต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ตั้งแต่กลไกรัฐที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ กลไกของ “องค์กรตระกูล ส.” ตลอดจนกฎหมายที่เกิดจากการปฏิรูปสุขภาพในช่วงนี้ ผสานตัวเข้าหากัน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของรัฐสามารถดึงภาคประชาชนเข้าร่วมกระบวนการคิดนโยบาย แจกจ่ายหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาจัดการปัญหาสุขภาวะในประเด็นและพื้นที่ที่ไม่ใช่ภารกิจหลักแต่เดิมของกระทรวงสาธารณสุข

แห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่เขียนรายงานเสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในกรณีที่สมัชชาสุขภาพท้องถิ่นมีข้อเสนอเชิงนโยบายถึงหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง และเรียบเรียงประเด็นจากสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โดยใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นแม่บท กระบวนการจัดทำธรรมนูญระดับท้องถิ่นนี้จะไล่ระดับไปตั้งแต่สมัชชาสุขภาพระดับตำบล สมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ และสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อให้ตัวแทนจากภาคประชาสังคม เข้าร่วมถกเถียง เสนอแนะ แก้ไข และลงมติเห็นชอบ และเมื่อประกาศใช้เป็นธรรมนูญสุขภาพท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนจากชาวบ้าน จะร่วมกันลงนามในบันทึกความเข้าใจ (MOU) เพื่อผลักดันให้เกิดกิจกรรมดูแลสุขภาวะตามธรรมนูญต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)

ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงมิติทางสังคม เศรษฐกิจ กระทบ การเมือง เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ “สุขภาวะ” ก็คือ สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2563 ประเด็นปัญหาที่นำเสนอเป็นมติจังหวัดตอนนั้นก็คือ เรื่องจัดการระบบนิเวศอ่าวบ้านดอน ซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญในพื้นที่ เนื่องจากทะเลสาธารณะถูกรุกล้ำและยึดครองจากผู้ประกอบการในธุรกิจฟาร์มหอยที่สร้างคอกหอยด้วยรั้วไม้ไผ่เป็นแนวยาวและปลูกขนำกลางทะเล กว่า 200,000 ไร่ ซึ่งเคยเป็นที่ทำกินของชาวประมงพื้นบ้าน จนเกิดเป็นข้อพิพาทที่ชาวประมงนำเรือ กว่า 200 ลำปิดปากอ่าว ส่วนฝ่ายนายทุนก็จ้างคนมายิงปืนขู่ชาวบ้าน สาธารณสุขจังหวัดจึงใช้ สมัชชาสุขภาพเป็นเวทีกลางเชิญตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมหาทางออก ตั้งแต่ ชาวประมงพื้นบ้าน ผู้ประกอบการ กรมเจ้าท่า กรมประมงชายฝั่ง ทหารเรือ ตำรวจน้ำ และผู้ว่าราชการจังหวัด ข้อเสนอจากสมัชชาฯ ที่ส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็เช่น การรื้อถอนรั้วไม้ และขนำขนาดเล็กในร่องน้ำที่เรือประมงของชาวบ้านวิ่งผ่าน ส่วนขนำขนาดใหญ่ที่ลงทุน หลายล้านบาทก็จะยกให้หน่วยงานเจ้าท่าหรือศูนย์วิจัยชายฝั่งใช้ประโยชน์ (“สมัชชาสุราษฎร์ฯ” , 2563)

4.1.2 พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพ

สุขภาพพระสงฆ์กลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและนำไปสู่การเกิดขึ้นของ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งนอกจากมีผู้เสนอเรื่องการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน การป้องกัน และลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ การจัดการปัญหาหมอกควัน ความปลอดภัยทางอาหารและสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก 24 ชั่วโมง และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการแล้ว เครือข่ายพุทธชนตี-สังฆะเพื่อสังคม 4 ภาค¹ ยังเสนอให้มีการพิจารณาเรื่องสุขภาวะของพระสงฆ์ด้วย

¹ เครือข่ายพุทธชนตี-สังฆะเพื่อสังคม เป็นการรวมกลุ่มพระนักพัฒนาจากหลายจังหวัด เช่น นครราชสีมา สระบุรี เชียงใหม่ สงขลา ในปี พ.ศ. 2554 ในโอกาสครบรอบ 2,600 ปีที่พระพุทธเจ้า ตรัสรู้ (ซึ่งตรงกับวันวิสาขบูชาปีถัดไป) เพื่อสร้างเครือข่ายด้านการพัฒนาสังคมระหว่างพระสงฆ์ด้วยกัน พัฒนาการทำงาน สื่อสารและประชาสัมพันธ์ผลงานของพระสงฆ์ นอกจากกลุ่มพระนักพัฒนาแล้ว เครือข่ายฯ ยังได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ศูนย์คุณธรรม สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการสำคัญของเครือข่ายฯ ก็อาทิ สมัชชาคุณธรรมแห่งชาติ เวทีสมัชชาคุณธรรม 4 ภาค และ

เนื่องจากเห็นว่าพระสงฆ์ถูกปล่อยให้อุบัติสุขภาพตามลำพัง และนโยบายรัฐไม่ได้ส่งเสริมและแก้ไข ปัญหาของพระสงฆ์อย่างรอบด้านและเพียงพอ ทำให้ในแต่ละปี มีพระสงฆ์ไทยจำนวนมากป่วยด้วย โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและ หลอดเลือด รวมทั้งมีภาวะน้ำหนักเกิน ปัญหาเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะการฉันอาหาร หวาน มัน เค็ม ฉะนั้นน้ำปานะหวานจัด การสูบบุหรี่ และออกกำลังกายไม่เพียงพอ จนเป็นภาระให้รัฐ ต้องเสียค่ารักษาเป็นจำนวนมาก เช่น ในปี พ.ศ. 2549 ที่โรงพยาบาลสงฆ์เพียงแห่งเดียวก็มี ค่ารักษาพยาบาลสูงถึง 56 ล้านบาท นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ค่อยรับการตรวจ สุขภาพประจำปี เช่น ในปี พ.ศ. 2554 มีพระสงฆ์ 264 รูปจาก 11 จังหวัด ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ประจำปี ในจำนวนนี้ ร้อยละ 21 ได้รับการตรวจเป็นประจำทุกปี ในขณะที่ ร้อยละ 31 เข้ารับ การตรวจเมื่อมีปัญหาสุขภาพ นี่อาจคือเหตุผลว่าทำไมรัฐจึงมีข้อมูลทางสุขภาพของพระสงฆ์เพียง 50,000 รูป ในขณะที่พระสงฆ์ทั่วประเทศมีมากกว่า 300,000 รูป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ, 2556)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 จึงมีมติให้การจัดการสุขภาพพระสงฆ์เป็น วาระแห่งชาติด้วย และมีการตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนและติดตามมติ โดยมีสำนักงานพระพุทธศาสนา แห่งชาติเป็นผู้ประสานให้มหาเถรสมาคมบรรจุโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพและการจัดทำ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ไว้ในแผนงานสาธารณสุขสงเคราะห์ ชี้นทะเบียน จัดทำฐานข้อมูล และออก บัตรสมาร์ตการ์ดที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก กับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อให้พระสงฆ์เข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล จัดทำแผนยุทธศาสตร์โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพร่วมกับ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ซึ่งนอกจากจะต้องเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ แล้ว ยังต้องดูแลสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนาจิตใจ เช่น สอนทำสมาธิ เดินจงกรม รวมทั้ง สนับสนุนให้พระสงฆ์เรียนแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น นอกจากนี้ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติต้องสนับสนุนให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพ ในหลักสูตรอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

คณะทำงานขับเคลื่อนฯ ยังมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบบริการด้าน สุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลสุขภาพ ที่ป่วยโรคเรื้อรัง ทูพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง รมรณรงค์ให้ประชาชนเข้าใจว่าอาหารและ

โครงการพอเพียง เคียงธรรม เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง (เครือข่ายพุทธชนต้นตี่สังฆะเพื่อสังคม, 2554)

เครื่องตีฆนิตได้อาเป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และควรหลีกเลี่ยงการถวายสิ่งที่เป็นโทษ โดยเฉพาะบุหรื และให้กระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ และสถาบันการศึกษาในสังกัดทำวิจัย สร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพ และพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ คณะทำงานขับเคลื่อนฯ ยังมีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปรับปรุงเกณฑ์การให้บริการ เพื่อให้พระสงฆ์สามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ใกล้วัดได้ง่ายขึ้น และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับเปิดโอกาสให้พระสงฆ์เข้าร่วม คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะในสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

ที่สำคัญก็คือมติที่ให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทำงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คือ คณะกรรมการด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย (มจร.) มหามกุฏราชวิทยาลัย (มมร.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีเครือข่าย ร่วมกันร่างธรรมนูญฯ ในช่วงเข้าพรรษาปี พ.ศ. 2560 (เดือนสิงหาคม-กันยายน) ระหว่างนั้นก็มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากพระสงฆ์ทั่วประเทศ รวมถึงคณะสงฆ์ธรรมยุต และถูกประกาศใช้อย่างเป็นทางการในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2560 (“ทำความรู้จักธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์”, 2561)

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฉบับนี้เองที่เป็นที่มาของโครงการหนึ่งวัด หนึ่งโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 ที่โรงพยาบาลได้สังกัดออกตรวจสุขภาพ และคัดกรองโรคให้พระสงฆ์ทั่วประเทศ โครงการจัดทำบัตรประชาชนพระสงฆ์ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การขยายเกณฑ์ให้บริการในสถานพยาบาลใกล้วัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ที่ร่วมกับ สสส. สช. และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา จัดการความสะอาดภายในวัด คัดแยกขยะ ลดมลภาวะทางอากาศ และควบคุมอาหารในโรงครัวของวัด โครงการวัดรอบรู้สุขภาพ ที่ถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ เรื่องการฉันทอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม ฉันทข้าวกล้อง เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือเนื้อปลา ฉันทผลไม้รสไม่หวาน ฉันทผักสด หรือผักลวกกับน้ำพริกสดไม่จัด) และการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย ตั้งแต่เดินบิณฑบาต เดินจงกรม ทำความสะอาดโบสถ์วิหาร กวาดลานวัด ทำงานก่อสร้างและจัดสวน ใช้ทำบริหารกายแบบออกแรงต้าน เช่น ดันฝาผนัง นอนแล้วงอตัวขึ้น ย่อเข้าลุก-นั่ง และใช้ทำบริหารกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น ก้มตัวใช้มือแตะปลายเท้า รวมถึงจัดการขยะและควบคุมสัตว์ที่อาจเป็นพาหะของเชื้อโรค เช่น โรคพิษสุนัขบ้า (หมาและแมว) โรคไขเลือดออก (ยุงลาย) และโครงการ

อบรมพระคิลานุปัฏฐากของกรมอนามัย ซึ่งเป็นการผลิตบุคลากรที่ดูแลพระอาพาธเรื้อรัง เฝ้าระวัง และลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค และมีส่วนสร้างสุขภาวะของชุมชนข้างวัด (“สร. ให้ทุก รพ.จัดกิจกรรม”, 2561; “สร. ชุมนโยบายพระสงฆ์สุขภาพดี”, 2561; “เร่งเคลื่อน ธรรมบุญสุขภาพสงฆ์”, 2561; “ทำความรู้จักธรรมบุญสุขภาพพระสงฆ์”, 2561)

4.2 จัดการสุขภาวะพระสงฆ์

4.2.1 หนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล วัดส่งเสริมสุขภาพ กุฎีชีวาภิบาล

แม้กระทรวงสาธารณสุขจะประกาศให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศเข้าร่วม โครงการหนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล แต่ในระยะแรกมีโรงพยาบาลเข้าร่วมเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้น ส่วนใหญ่ เป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและด้านงบประมาณในการออกตรวจคัดกรอง จัดเก็บข้อมูล และถวาย ความรู้แก่พระสงฆ์ โรงพยาบาลบางแห่งจึงต้องจับคู่และดูแลมากกว่า 1 วัด ในปีถัดมา (พ.ศ. 2562) กระทรวงสาธารณสุขจึงขยายโครงการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็น ศูนย์บริการขนาดเล็กแต่มีอยู่ทุกชุมชนทั่วประเทศ เข้าร่วมโครงการ¹ และถึงภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพของพระ และตั้งเป้าว่าจะมีวัดเข้าร่วมโครงการกว่า 16,660 วัด ทั่วประเทศ (“ขยายโครงการ 1 วัด 1 รพ.”, 2562)

ขณะเดียวกัน บางวัดได้รับคัดเลือกเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ที่ต้องจัดการ ความสะอาดเรียบร้อยของอาคารต่าง ๆ ภายในบริเวณวัด แบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน กุฎีไม่เหม็นอับ มีช่องหรือหน้าต่างระบายอากาศ มีแสงสว่างเพียงพอ โรงอาหารและห้องครัวของวัดถูกสุขลักษณะ มีโต๊ะและเก้าอี้ให้นั่ง ไม่วางอาหารบนพื้น ใช้ช้อนกลาง มีท่อและรางระบายน้ำ คัดแยกขยะมูลฝอย และจัดการน้ำเสียอย่างเป็นระบบ ไม่มีน้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย รวมถึงหามาและแมว ในวัดทุกตัวต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและทำหมัน (สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2561) นอกจากนี้ วัดส่งเสริมสุขภาพต้องมีห้องสุขภาพ (Health Station) ที่มีผู้ยาสามัญประจำบ้าน ยาสมุนไพร และอุปกรณ์ตรวจวัดสุขภาพของพระสงฆ์ อาทิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก

¹ กระทรวงสาธารณสุขอธิบายว่า การขยายโครงการหนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาลให้ครอบคลุม พื้นที่ชนบทมากขึ้น ก็เพื่อจะถวายเป็นพระราชกุศลรัชกาลที่ 10 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคนหนึ่งให้ข้อมูลว่า มีองคมนตรีที่รับผิดชอบโครงการนี้และจะลงพื้นที่ตรวจงานเป็นประจำ (สัมภาษณ์, กันยายน 2566)

สายวัดรอบเอว ที่วัดส่วนสูง เครื่องเจาะน้ำตาล (DTX) เครื่องวัดมวลร่างกาย (Body composition) เครื่องวัดออกซิเจน

วัดส่งเสริมสุขภาพบางแห่งอาจมีห้องพักฟื้นสำหรับดูแลพระสงฆ์อาพาธเรื้อรัง หรือ “กุฏิชีวาภิบาล”¹ ตัวอย่างเช่นวัดพระเชตุพน (วัดโพธิ์) ที่จัดห้องพยาบาลขนาดราว 30 ตารางวา มีเตียงพยาบาล 2 เตียง และจ้างพยาบาลวิชาชีพ วันละ 1-2 คน ประจําการตั้งแต่เวลาเปิด (8.00 น.) จนถึงเวลาปิด (19.30 น.) (สมัยก่อนปิดเวลา 17.00 น. เพราะยังไม่มีตู้ขายตัวอัตโนมัติ) ระยะเวลาจากโรงพยาบาลสงฆ์ แต่ช่วงหลังมีพยาบาลจากที่อื่นซึ่งหารายได้พิเศษด้วย พระสงฆ์ที่เป็นเบาหวาน และต้องตรวจน้ำตาลทุกวันเพื่อบันทึกอาการส่งหมอก็จะแหวะที่นี้หลังทำวัตรเช้า บางรูปก็มาให้พยาบาลฉีดยาอินซูลิน ส่วนพระสงฆ์ที่อาพาธติดเตียง พระรักษซึ่งเป็นพระคิลานุปัฏฐากประจําวัดก็จะ จัดตารางการฉีดยาของพระแต่ละรูปให้พยาบาลถวายทั้งมือเช้า มือเพล และมือเย็น พยาบาลยังช่วย ทำแผล เช็ดตัวและเปลี่ยนผ้าอ้อมแก่พระสงฆ์บางรูป เช่น พระรูปหนึ่งเพิ่งผ่าตัดฝีบริเวณขาหนีบและ ต้องล้างแผลทุกวัน พระรักษเห็นว่า การมีห้องพยาบาลช่วยลดค่าเดินทางไปโรงพยาบาลของพระสงฆ์ ลงมาก และพระผู้ใหญ่ของวัด ตั้งแต่อดีตเจ้าอาวาส จนถึงเจ้าอาวาสปัจจุบัน (สมเด็จพระมหาธีราจารย์) สนับสนุนเรื่องการรักษาเป็นอย่างดี พระลูกวัดนำบิดมาเบิกค่ารักษาได้ (แต่ค่าเดินทางต้องจ่ายเอง) นอกจากนี้ ห้องพยาบาลของวัดโพธิ์ไม่เพียงดูแลพระสงฆ์สามเณร แต่ยัง รวมถึงพนักงานของวัด พนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) ซึ่งจ้างจากบริษัทเอกชน ผู้ปฏิบัติธรรม² และนักท่องเที่ยวทั้งไทยและต่างชาติ อาการส่วนใหญ่คือ เป็นลมแดด รongเท้ากัด แผลถลอกและ ฟกช้ำจากการหกล้ม

¹ พระคิลานุปัฏฐากรูปหนึ่งบอกว่า โครงการหนึ่งวัดหนึ่งกุฏิชีวาภิบาลนี้ต่อยอดจาก โครงการหนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล และยังเป็นนโยบายโดยตรงจากสมเด็จพระสังฆราชองค์ปัจจุบัน

² แม้ไม่ใช่วัดที่ตั้งเรื่องการวิปัสสนากรรมฐานและเพิ่งเปิดคอร์สได้เพียง 8 ปี แต่โยมที่มา ปฏิบัติธรรมก็บอกว่า วัดโพธิ์ “คู่มือพลังบางอย่าง” อาจเพราะเป็น “วัดคู่วัง” ตั้งแต่รัชกาลที่ 1 แม้จะมีการบูรณะ แต่ก็ห้ามสร้างตึกใหม่ ๆ คอร์สปฏิบัติธรรมของที่นี่จัดสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ตรงกับวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ และเป็นแบบออนไลน์ตั้งแต่ช่วงโควิด ผู้สนใจเข้าร่วมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ต้อง กดลงทะเบียนให้ทัน เพราะรับผู้ปฏิบัติธรรมราว 50 คนต่อครั้ง ยกเว้นคนที่อายุ 80 ปีขึ้นไป และ พระสงฆ์สามเณร ซึ่งเข้าร่วมได้เลยโดยไม่ต้องจอง (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

4.2.2 พระคิลานุปัฏฐาก

“ไปหาหมอเป็นยังงัยบ้าง” พระทองใบ¹ อายุราว 40 ปลาย ถ้ามขณะกำลังใช้
ช้อนตักแกงเขียวหวานหมูสามชั้นมาราดข้าวสวยในงานสแตนเลส

โยมผู้หญิงอายุเกือบ 70 ปี ตอบว่า “หมอบอกว่าความดันยังสูง ค่าไขมันกับ
ค่าน้ำตาลก็เกิน นั่นก็กินไม่ได้ (ชี้ไปที่แกงเขียวหวานหมูสามชั้น) นี่ก็กินไม่ได้ (ชี้ไปที่หมูพะโล้)”
และถามกลับว่า “แล้วหลวงพี่เป็นอะไรบ้าง เบาหวานเป็นไหม”

“จะเหลือหรือ โยมดูสิบอบบางร่างน้อยขนาดนี้ ความดัน 130-140
ไขมันก็เกิน” พระทองใบซึ่งชาวบ้านเรียกว่า “หลวงพี่อ้วน” เพราะมีน้ำหนักตัวหนึ่งร้อยกว่ากิโลกรัม
กล่าวที่เล่นที่จริง

“อย่างนี้ฉันอะไรต้องระวัง” โยมเตือน

“ระวังยังงัย โยมใส่บาตรมายังงัย อาตมาก็ฉันอย่างนั้น” พระทองใบตอบ
และสลับน้ำเสียงเป็นจริงจังมากขึ้นว่า “ถ้ารักพระ อยากฟังหลวงพี่เทศน์ไปอีกนานก็ดูแลให้มากขึ้น”

บทสนทนานี้เป็นกุศโลบายหนึ่งที่พระทองใบ ซึ่งทำงานคิลานุปัฏฐากในจังหวัด
สุโขทัย ใช้เพื่อ “เสริมพลังตื่นรู้ทางสุขภาพ” แก่ญาติโยมในวันพระใหญ่ ซึ่งมีโยมเข้าวัดราว
200-300 คน โดยเฉพาะคนที่หัดใส่บาตรและฟังเทศน์ทุกวัน แม้ใส่บาตรเป็นประจำ แต่โยมกลุ่มนี้ก็
ไปจ่ายตลาดและทำอาหารเองไม่ไหว เมื่อสั่งลูกหลานให้ซื้ออาหารถวายพระก็จะได้เป็น
อาหารสำเร็จรูปที่หวาน มัน เค็ม และเนื้อสัตว์ติดมัน นอกจากนี้ โยมศรัทธาวัดที่ส่วนใหญ่มีเชื้อสายจีน
ยังถวายอาหารแบบนี้ถึงคนตายเป็นหลัก (ปรารถนาดีต่อผี แต่ไม่ปรารถนาดีต่อพระ) จนพระทองใบ

¹ พระทองใบเป็นโฆษกประจำวัดและผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดแห่งหนึ่งริมฝั่งแม่น้ำยมที่มี
ถนนหลวงลาดยางมะตอยตัดผ่าน แยกพื้นที่วัดซึ่งเคยเป็นผืนเดียวออกเป็นสองฝั่ง ฝากหนึ่งกลายเป็น
เขตพุทธาวาสที่มีพระอุโบสถ พระพุทธรูป ศาลาประชุม เมรุเผาศพ และป่าช้า และอยู่ใกล้ตลาดและ
ชุมชนชาวจีน ซึ่งก่อตั้งโดยพ่อค้าที่ล่องเรือท่องลิทวนน้ำขึ้นมาจากปากน้ำโพธิ์เพื่อรับผลผลิต
การเกษตรไปขายที่เมืองหลวง และเอาข้าวของเครื่องใช้มาขายที่นี่ นานหลายทศวรรษแล้ว
ส่วนอีกฝากที่แต่เดิมเคยเป็นท่าอาบน้ำของทั้งฆราวาสและพระสงฆ์ ปัจจุบันกลายเป็นเขตสังฆาวาสที่
มีลานคอนกรีตและถนนเชื่อมสู่ศาลาการเปรียญติดแอร์หลังเล็ก ด้านหลังมีกุฏิแถวสภาพทรุดโทรม
สร้างจากไม้ที่ได้รับบริจาคจากคนจีน ซึ่งสร้างฐานะจนร่ำรวย เมื่อสร้างบ้านจากปูนก็รื้อไม้ถวายเป็น
กุฏิสงฆ์ (วัดแห่งนี้จึงมีชื่อเรียกว่า วัดกุฏิจีน กระทั่งถูกเปลี่ยนชื่อเป็นวัดต้นไทร ตามนโยบาย
“ปฏิวัติวัฒนธรรม” ของรัฐบาลจอมพลแปลกที่ให้อาวุธและสถานที่ราชการที่มีชื่อต่างชาติเปลี่ยนเป็น
ชื่อไทย) (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

ต้องเตือนว่า “ตกลงพระเป็นร่างทรงผีพ่อผีแม่ของโยมเธอ เวลาถวายอาหารถึงต้องเป็นอาหารที่โยมชอบ”

“สิ่งสำคัญสำหรับทำบุญอุทิศให้ญาติคือ จิตที่คิดให้ทาน (เจตนา) ไม่ใช่ตัวอาหาร การถวายอาหารชนิดใดแบบจำเพาะเจาะจงเป็นสิ่งสืบทอดจากศาสนาผี เพราะผีแต่ละตนมีอาหารโปรด เช่น หมูดิบ ไก่ดิบ เลือด หรือเมนูอื่นที่ญาติของโยมชอบ แต่การให้ทานแบบพุทธหรือทักษิณานุทานไม่เจาะจง ไม่ต้องมีอาหารก็ได้ เนื่องจากญาติที่ล่วงลับไม่ได้กินอาหาร แต่กินบุญ และไม่ได้กินด้วยการเคี้ยว แต่รับรู้ทางจิต” นอกจากเทศน์แบบพุทธเพื่อเปลี่ยนทัศนคติของโยมเช่นนี้ พระทองใบยังใช้โครงการ “ปิ่นโตบุญ” หรือ “ปิ่นโตสุขภาพ” ที่มอบปิ่นโตทองเหลือง 5 ชั้น ให้โยมรับผิดชอบครอบครัวละหนึ่งเถา สัปดาห์ละหนึ่งวัน และกำหนดว่าต้องเป็นอาหารคลีน คือลดแป้งขัดสี ลดน้ำตาล ลดไขมัน เน้นเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ ช่วงแรกโยมเรียกอาหารเหล่านี้ว่า “อาหารอนาถา” ก็ไม่กล้าใส่ อีกทั้งการถวายข้าวกล้องหรือข้าวไรซ์เบอร์รี่ยังขัดกับความเคยชินของชาวบ้านที่กินแต่ข้าวขาว และท่องบท “จบชั้นข้าว” หลังใส่บาตรว่า “ข้าวของข้าพเจ้าชาวดังดอกบัว ขอลถวายแต่พระพุทธ ขอลถวายแต่พระธรรม ขอลถวายแต่พระสงฆ์ ตั้งจิตจำนงตรงต่อพระนิพพาน ขอให้พบดวงแก้ว ขอให้แคล้วหม่มาร ขอให้ทันพระศรีอารียะในกาลเบ็องหน้า เทอญ” พระทองใบจึงต้องโน้มน้าวด้วยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ว่า แม้ข้าวขาวจะดูสวยงามากิน แต่เปลี่ยนเป็นแป้งและน้ำตาลเร็วที่สุดในบรรดาข้าว ทั้งยังมีกากใยน้อยและแทบไม่มีสารอาหารอื่นเลย ทำให้พระสงฆ์อ้วนง่าย

แม้พระทองใบเห็นว่า อาหารในปีนโตมีแกงกะทิและไขมันลดลง รสจัดจ้านน้อยลง และขนมหวานเปลี่ยนเป็นผลไม้สดมากขึ้น แต่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงทีละน้อย เนื่องจากความเชื่อที่ฝังแน่นของชาวบ้านเปรียบเสมือน “คราบสกปรกติดฝาผนัง ต่อให้ทาสีทับใหม่ก็ครั้งนานไปสีก็จาง รอยเก่าก็กลับมา”

นอกจากเรื่องคุมอาหารที่ต้องอาศัยแรงโยม สิ่งที่พระสงฆ์ควบคุมเองได้ก็คือการออกกำลังกาย แต่พระส่วนใหญ่มักบอกว่า การออกกำลังกายในยิมหรือสนามกีฬาเหมือนโยมไม่เหมาะกับสมณสาธูปที่ต้องสำรวม จึงทำเพียงศาสนกิจในชีวิตประจำวัน เช่น เดินบิณฑบาตกวาดวิหารลานเจดีย์ ซึ่งพระทองใบเห็นว่ายังไม่พอ “ทั้งที่อุปสงค์กับอุปทานของพลังงานที่เราใช้ไม่สอดคล้องกัน เรากินไปวันละตั้งเท่าไร แต่ใช้ไปน้อยมาก” ท่านพยายามใช้ความรู้ที่ได้จากกรมอนามัยแนะนำเพื่อนพระว่า การออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายทางโลดโผน (active) ขนาดนั้น เพียงแค่ยืดเหยียดร่างกาย ทำโยคะ แกว่งแขนขา เดินออกกำลังกาย ทำความสะอาดวัดจัดเตรียมพิธีสงฆ์ รวมถึงเกร็งกล้ามเนื้อ (วิดพื้น ย่อเข่า ยกขวดน้ำ ถูทราย หรือดัมเบล) ซึ่งเป็นกิจกรรมกายบริหารที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย ก็ช่วยเผาผลาญพลังงานส่วนเกิน และช่วยให้ระบบ

หัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง ไม่เหนื่อยง่าย และไม่อ้วนแล้ว แต่ดูเหมือนว่าจะมีพระสงฆ์ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพียงไม่กี่รูป

พระทองใบเข้าอบรมพระคิลานุปัฏฐากรุ่นที่ 2 ในปี พ.ศ. 2562 ที่โรงแรมไพลิน จังหวัดสุโขทัย ซึ่งถือเป็นจังหวัดนำร่องแห่งแรก ต่อจากการอบรมพระคิลานุปัฏฐากรุ่นแรกในกรุงเทพฯ ที่ “หลวงพ่อเจ้าประคุณสมเด็จ” สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า ประธานฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม เป็นแม่งานจัดขึ้นที่วัดยานนาวา ซึ่งท่านเป็นเจ้าอาวาสขณะนั้น¹ ต่อมามหาเถรสมาคมก็ขอ (สั่ง) ให้คณะสงฆ์แต่ละจังหวัด ส่งพระ 2 รูป เข้าอบรม ใช้หลักสูตรที่กรมอนามัย

¹ กรณีที่เป็นข้อยกเว้นไม่ต้องเข้าอบรมก็เช่น พระรักรักษ์ วัดโพธิ์ ซึ่งไม่เคยรู้เลยว่าคณะสงฆ์ส่วนกลางจัดอบรมพระคิลานุปัฏฐาก แต่ก็ได้รับแต่งตั้งจากสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า ซึ่งย้ายมาเป็นเจ้าอาวาสวัดโพธิ์ ให้เป็นพระคิลานุปัฏฐากประจำวัด เพราะ “เห็นศักยภาพ” เนื่องจากพระรักรักษ์เคยมีประสบการณ์ดูแลปรณิบัติพระธรรมรัตนกร อดีตเจ้าอาวาส ซึ่งจำวัดในกุฏิเดียวกัน (หรือวัดใหญ่เรียกว่า คณะ) และอาพาธด้วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่โรคเบาหวาน ความดันโลหิต โรคหัวใจ และข้อเข่าเสื่อม เมื่ออาการหนักและต้องรับการผ่าตัดหัวใจ ทำ “บายพาส” ต่อท่อเลือด เอาเนื้อเยื่อบริเวณอื่นมาใส่ จนต้องพักฟื้นที่ศิริราช ปีละ 2-3 เดือน พระรักรักษ์ก็ตามไปดูดูแล ทำให้ได้เรียนรู้งานดูแลพระอาพาธจากพยาบาลของที่นั่น โดยเฉพาะการรับมือกับอารมณ์ผู้ป่วยที่มักฉุนเฉียวและมีอาการหลงลืม พระรักรักษ์บอกว่า ต่อให้จะรู้ว่า คณะสงฆ์กรุงเทพฯ จัดอบรมพระคิลานุปัฏฐาก ท่านก็คงเข้าร่วมไม่ได้ เนื่องจากต้องจัดการพิธีศพของอดีตเจ้าอาวาส ซึ่งตั้งศพในวัดให้คนมาสักการะ และมีการถวายอาหารเข้าอาหารเพล จนท่าน “ไม่ได้ไปไหนเลยหนึ่งปีเต็ม กระทั่งในหลวงฯ อนุญาตให้เฝ้าปรณิกิจ”

การปฏิบัติงานคิลานุปัฏฐากของพระรักรักษ์ไม่ใช่ว่าการปฐมพยาบาล ฉีดยา หรือป้อนยาด้วยตัวเอง แต่ท่านเป็นผู้จัดตารางฉันทยาของพระสงฆ์แต่ละรูปให้พยาบาลที่จ้างมาเป็นพิเศษ และจัดตารางพบแพทย์ของพระลูกวัด นอกจากนี้ พระรักรักษ์ยังดูแลพระเถระที่อาพาธติดเตียงบางรูปด้วยการถวายของเยี่ยมไข้ น้ำดื่ม นม ผลไม้ หรือของปัจจัยที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือญาติโยมฝากมา ทุกเช้าพระรักรักษ์จะบิณฑบาตสองรอบ รอบแรกไปทางปากคลองตลาดแล้วกลับมา “ดริบป” อาหารให้ รพ. เอาไปถวายพระอาพาธ จากนั้นก็เดินไปทางชุมชนท่าเตียน แล้วเอาอาหารถวายพระอาจารย์อีก 3-4 รูป บางครั้งสิ่งของที่โยมขาประจำซึ่งเคยใส่บาตรกับพระอาพาธมา 30-40 ปี ก็เป็นของปัจจัยที่ใช้เป็นค่ารถไปโรงพยาบาล ค่าของเยี่ยมไข้ และค่าจ้างคนเฝ้าไข้ (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

พัฒนาขึ้น¹ พระคิลานุปัฏฐากจะได้รับการอบรมให้เข้าใจปัญหาสุขภาพที่คณะสงฆ์ไทยกำลังเผชิญ รู้จักอาการและพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่พบบ่อยในกลุ่มพระสงฆ์ เข้าใจเรื่องสิทธิของผู้ป่วยตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและให้คำแนะนำแก่พระสงฆ์ร่วมวัด² ดูแลพระอาพาธเรื้อรัง พระพิการ/ทุพพลภาพ ป่วยติดเตียง และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น นวดหัวใจ (CPR) ทำแผล ห้ามเลือด ตามกระดูก ช่วยพระสงฆ์หรือโยมที่หมดสติ เป็นลม หรือหกล้ม ตลอดจนส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่จับคู่กับวัด³ พระคิลานุปัฏฐากยังต้องตรวจร่างกายให้พระลูกวัดเป็นประจำ เช่น วัดความดันโลหิต วัดชีพจร เจาะน้ำตาลในเลือด และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งเกณฑ์ปกติจะอยู่ที่ 18.5-22.9 หากพบว่าพระสงฆ์รูปใดมีค่าดัชนีมวลกายเกินหรืออ้วนก็ต้องเตือนให้ออกกำลังกายหรือคุมอาหาร (สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2561) งานเหล่านี้ทำให้บางคนก็

¹ กรมอนามัยร่วมมือกับ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา มูลนิธิสังฆะเพื่อสังคม และ สสส. หลักสูตรอบรมมี 2 ระดับ คือ 35 ชั่วโมง และ 70 ชั่วโมง (ต้องฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนหรือในวัด ไม่น้อยกว่า 10 ชั่วโมง) กลุ่มเป้าหมายคือ พระระดับสังฆาธิการ ตั้งแต่เจ้าอาวาส เจ้าคณะตำบล เจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะจังหวัด พระนักพัฒนา พระนักศึกษาในมหาวิทยาลัยสงฆ์ หรือมิฉะนั้นก็เป็นพระที่บวชมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 พรรษา มีความรู้พื้นฐานระดับบัณฑิตธรรมตรี และมีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคร้ายแรง กรมอนามัยรายงานว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2562 มีพระสงฆ์เข้าอบรมในหลักสูตร 1,250 รูป (กรมอนามัย, 2561)

² เช่น ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิจะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่เลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุและลักษณะความเจ็บป่วย และมีสิทธิรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยอมให้รักษา เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือเร่งด่วนหรือจำเป็น ผู้ป่วยในสถานะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือ โดยไม่คำนึงว่าจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ มีสิทธิที่จะรับทราบชื่อ-สกุลของผู้ให้บริการ ขอความเห็นจากหมอคนอื่น เปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ ปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองอย่างเคร่งครัด รวมถึงสิทธิที่จะทราบข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในงานวิจัย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

³ เนื่องจากพระคิลานุปัฏฐากภาคเหนือ ทั้ง 18 จังหวัด สร้างเครือข่ายการทำงาน ศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างเหนียวแน่น พระทองใบเล่าว่า ไม่กี่เดือนก่อน ท่านไปดูงานของพระคิลานุปัฏฐากในจังหวัดตาก ซึ่งไม่ได้ดูแลเฉพาะพระสงฆ์ในพื้นที่ แต่ยังรับตัวพระสงฆ์ที่หนีสงครามกลางเมืองมาจากเมียนมาผ่านทางแม่สอด ปฐมพยาบาล “พระบางรูปโดนยิงมา ท่านจะหนีไปไหนได้ถ้าไม่ใช่วัด” และส่งต่อโรงพยาบาลในกรณีที่บาดเจ็บร้ายแรง (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

เรียกพระคิลานุปัฏฐากว่า พระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.) นอกจากนี้ พระคิลานุปัฏฐากยังถูกขอให้เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณด้านสุขภาวะของชุมชน ที่นอกจากเทศน์เรื่องการกินอาหารที่มีประโยชน์และการออกกำลังกายแก่กลุ่มผู้สูงอายุและแม่บ้านเหมือนพระทองใบแล้ว ยังต้องบรรยายเรื่องโทษภัยของเหล้า บุหรี่ และยาเสพติด และช่วยเจ้าอาวาสติดเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณประตูเข้า-ออกและภายในบริเวณวัด (แต่ที่วัดนะโมยังไม่มีพระคิลานุปัฏฐาก เนื่องจากเป็นการอบรมที่เน้นความสมัครใจและพระส่วนใหญ่ของวัดนะโมก็มีภาระด้านการเรียนการสอนบาลีแทบทุกวัน¹)

พระคิลานุปัฏฐากที่ผ่านการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวขนาดพกพา พระทองใบความหาในยามอยู่นานแต่ก็ไม่พบ เนื่องจากตอนนี้ทำงานกับโรงพยาบาลจนจำหน้าค่าตากันได้ ไม่ต้องพกบัตรแล้ว เมื่อผู้เขียนบอกว่าไม่ดูก็ได้ ท่านยืนยันว่า “ต้องดู เพราะเป็นความภาคภูมิใจ” และโทรศัพท์ให้ลูกศิษย์ช่วยหาบนกูเกิ้ล สักพักเด็กหนุ่มวัย 15-16 ถือบัตรสีส้มกรอบสีเทามีสายคล้องคอสีเขียวมาให้ เมื่อพลิกด้านหลังจะเห็นลายเซ็นของอธิบดีกรมอนามัย พระทองใบบอกว่า บัตรนี้ออกให้เฉพาะพระคิลานุปัฏฐากรุ่นแรก ๆ ที่ผ่านการอบรมจากกรมอนามัย ซึ่งเป็น “การทำงานจากเบื้องบนลงมา” ส่วนพระคิลานุปัฏฐากรุ่นหลังที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแล และโยนลงมาให้งานอนามัยผู้สูงอายุของแต่ละศูนย์เขตอนามัยอบรมกันเอง ยังไม่มีบัตรเนื่องจากมีงบประมาณน้อยกว่า² นอกจากนี้ ไม่กี่ปีมานี้สมเด็จพระสังฆราชองค์ปัจจุบันยังมอบนโยบายให้จัดโครงการที่คล้ายกัน แต่เป็นของพระธรรมยุต ชื่อ “พระบริบาล”³ และใช้หลักสูตรอบรม

¹ พระคิลานุปัฏฐากที่อยู่ใกล้วัดนะโมที่สุดคือ หลวงตาชม

² หลังการอบรม พระคิลานุปัฏฐากน่าจะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐไม่มากพอ จนอาจทำงานได้ไม่สะดวก ดังที่พระทองใบกล่าวว่า “วัดหนึ่งมีพระคิลานุปัฏฐากไม่กี่รูป วัดนี้มีหลวงพี่รูปเดียว บางวัดไม่มีเลย เสียงของเราจึงไม่ดัง และยังมีเครื่องขยาย” และ “อย่าเป็นนกกาเหว่า ไช้ทิ้ง ฝากคนอื่นเลี้ยง แล้วย้ายไปไช้ที่อื่นต่อ ตอนนี้ฝึกเราทำงานแล้ว ตัดความรู้ให้แล้ว แต่ไม่ให้อุปกรณ์และไม่หนุนเสริมเลย เหมือนเราอยากจะทำน้ำ แต่มีแค่สองมือเท่านั้น เราต้องการถังอ่าง และอุปกรณ์ช่วยเหลือ” (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

³ อีกสาเหตุเพราะเห็นว่า เมื่อมหานิกายมีพระคิลานุปัฏฐากแล้ว ธรรมยุตก็น่าจะมีบ้าง เหมือนมหาวิทยาลัยสงฆ์ที่มี 2 แห่ง อย่างไรก็ตาม พระทองใบบอกว่า พระคิลานุปัฏฐากและพระบริบาลดูแลพระสงฆ์โดยไม่คำนึงถึงนิกาย และทำสังฆกรรมร่วมกันมากกว่าในอดีต และดูเหมือนว่าความขัดแย้งระหว่างนิกายจะไม่แรงเหมือนสมัยก่อน เนื่องจาก “ปัจจุบันศาสนาอื่นมี

และครูฝึกชุดเดียวกับพระศิลาณุปฏิฐาก เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลพระอาพาธเรื้อรังภายในวัดและ
ตอบสนองโครงการหนึ่งวัดหนึ่งกุฏิชีวาภิบาล

ในบางพื้นที่แทบไม่มีพระคิณุปฏิฐากที่ผ่านการอบรมเลย โดยเฉพาะละแวก
วัดนะโม ซึ่งน่าจะจะมีเพียงหลวงตาชมรูปเดียว ก็สะท้อนถึงความขาดแคลนและการคัดเลือกพระสงฆ์ที่
ไม่มีภาระงานอื่นมาทำหน้าที่นี้ หลวงตาชมบวชเมื่อชราภาพ หลังชีวิตที่เต็มไปด้วยความท้าทายและ
โรคร้าย¹ ท่านไม่ถนัดการเรียนพระปริยัติธรรมเช่นพระหนุ่ม หลังทำกิจประจำวันแล้ว
ท่านก็ว่างพอที่จะเข้าอบรมพระศิลาณุธรรมในโอกาสครบรอบ 80 พรรษาของรัชกาลที่ 9
ช่วงต้นทศวรรษ 2550 ต่อมา เมื่อเกิดธรรมานุสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในช่วงทศวรรษ 2560 ท่านก็
เข้าร่วมการอบรมพระศิลาณุปฏิฐากอีก และน่าจะเป็นพระศิลาณุปฏิฐากเพียงรูปเดียวในละแวกนี้
จึงทำให้มักมีพระสงฆ์สามเณรเข้ามาขออายุจากท่านอยู่เนือง ๆ

4.2.3 สมาร์ตการ์ดพระสงฆ์

หลัง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2545
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
จะคุ้มครองค่าใช้จ่ายด้านการตรวจรักษาโรคทั่วไป เช่น ไข้หวัด โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ไตวายเรื้อรัง รวมถึงค่าคลอดบุตร บริการทันตกรรม ค่ายาและเวชภัณฑ์ตาม

บทบาทในสังคมไทยมากขึ้น ถ้าพระสงฆ์ขัดแย้งกันเองก็ทำงานลำบาก อย่าลืมน่ากรุงศรีอยุธยา
ไม่ได้แตกเพราะข้าศึก แต่แตกเพราะพวกเดียวกัน” (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

¹ ในช่วงสัมภาษณ์ หลวงตาชมเล่าให้ฟังว่า อาการเดินกะเผลกของท่านเกิดจาก
โรคเส้นเลือดตีบ อันเป็นผลสะสมของ “กรรม” ในวัยหนุ่ม ขณะยังทำงานเป็นพนักงานไปรษณีย์ใน
นครปฐม กรอกข้อมูล ขั้บรถส่งพัสดุ และสอบบรรจุข้าราชการหลายปี แต่ไม่ผ่าน ขณะที่ภรรยาซึ่งเป็น
ครูก้าวหน้าเป็นหัวหน้าภาคและรองผู้อำนวยการตามลำดับ เมื่อไม่เห็นความก้าวหน้าทางอาชีพ
จึงตีแม่เหล็กเป็นกิจวัตร ในวัยห้าสิบ ท่านหมดสติค้างเกล้า ถูกห้ามส่งโรงพยาบาลกลางดึก
หมอตรวจพบโรคความดันสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการที่เส้นเลือดในสมองจะแตกและยังเสี่ยงต่อดับแข็งด้วย
จึงสั่งให้เลิกเหล้าเด็ดขาด แต่ท่านก็ยังนั่งสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเหมือนเดิม กระทั่งถูกห้ามส่งโรงพยาบาล
อีกครั้ง คราวนี้หมอพบว่าดับเป็นโรคแล้ว ในที่สุดท่านจึงเลิกเหล้า แม้จะรักษาตัวอย่างต่อเนื่องโดยใช้
สิทธิข้าราชการของภรรยา ความสัมพันธ์ก็ราวจวนฝ้ายหญิงขับไล่เขาออกจากบ้าน เขาหอบเสื้อผ้า
ไปอาศัยกับพี่สาวย่านฝั่งธนบุรี หลังจากนอนไม่หลับอยู่หลายคืน เขามีวันหนึ่งเขาจึงเดินตามพระที่
บิณฑบาตหน้าบ้านไปวัดและขอบวชในที่สุด

บัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสิทธิสุขภาพอื่นที่ใช้งบประมาณของรัฐ ได้แก่ สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ ผู้ที่จะใช้สิทธิสามารถลงทะเบียนรับบัตรทอง และเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านได้ ประชาชนในต่างจังหวัดลงทะเบียนได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 1-12 ส่วนในกรุงเทพฯ ลงทะเบียนได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13 สำนักงานเขต กทม. ทั้ง 19 แห่ง หรือจุดรับลงทะเบียนพิเศษ เช่น สถานีรถไฟฟ้าหัวลำโพง ธนาคารออมสิน สาขาราชดำเนิน และธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

พระสงฆ์ซึ่งเคยได้รับสิทธิรักษาฟรีในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ กลับถูกจำกัดสิทธิเข้าถึงเมื่อระบบหลักประกันสุขภาพกำหนดให้ต้องขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการของ สปสช. แม้พระสงฆ์บางรูปมีสิทธิข้าราชการหรือสิทธิประกันสังคมจากการทำงานก่อนบวช แต่สัดส่วนดังกล่าวมีน้อย โดยเฉพาะพระเถรที่บวชตั้งแต่เด็กแทบจะไม่มีสิทธิใดเลย แม้ช่วงแรก สปสช. จะพยายามลงทะเบียนให้พระสงฆ์ในเขตกรุงเทพฯ แต่ก็พบว่า พระสงฆ์สามเณรจำนวนมากไม่มีบัตรประชาชน ซึ่งเป็นผลจากการได้รับยกเว้นตามกฎหมาย พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีเพียงหนังสือสุทธิแบบเก่าที่ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก (มีเพียงชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด วันเดือนปีที่บวช ต้นสังกัด ชื่อพระอุปชฌาย์ และประวัติการย้ายสังกัด) จึงไม่สามารถออกบัตรทองได้ กระทั่งในปี พ.ศ. 2546 มหาเถรสมาคมมีมติให้เปลี่ยนหนังสือสุทธิเป็นแบบใหม่ที่เพิ่มช่องเลขประจำตัว¹

ต้นทศวรรษ 2550 กรมการปกครองเริ่มใช้บัตรประชาชนเอนกประสงค์หรือ “สมาร์ทการ์ด” ซึ่งมีชิพเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถือบัตร เช่น อาชีพ การศึกษา ประวัติการย้ายที่อยู่อาศัย และที่สำคัญคือเชื่อมโยงฐานข้อมูลประชากรเข้ากับระบบของ สปสช. ทำให้สามารถใช้บัตรประชาชนแทนบัตรทองได้ ในช่วงนี้เองที่พระสงฆ์บางส่วนก็อยากมีบัตรประชาชนบ้าง กรมการปกครองจึงส่งหนังสือหรือกัมมาเถรสมาคม และมีมติว่าการขอบัตรประชาชนของพระสงฆ์ต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของวัด และใช้คำนำหน้านามว่า “พระ” หรือ “สามเณร” รวมถึงสมณศักดิ์ก็ต้องตรงกับในหนังสือสุทธิ

¹ มหาเถรสมาคมยังกำหนดให้โรงพิมพ์สำหรับจำหน่ายหนังสือสุทธิแห่งเดียวเท่านั้น จากที่เคยหาซื้อได้ตามร้านหนังสือและร้านเครื่องเขียนทั่วไป และจำกัดสิทธิการสั่งซื้อเฉพาะเจ้าคณะภาค เจ้าคณะจังหวัด เจ้าคณะอำเภอ และพระอุปชฌาย์เท่านั้น รวมถึงระบบรหัสหน้าปกของหนังสือสุทธิทุกเล่ม เพื่อป้องกันการปลอมแปลง

การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผูกติดกับเลขประจำตัว 13 หลักมากขึ้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศในปี พ.ศ. 2555 ให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ (เกิน 60 ปี) เด็ก (ไม่เกิน 12 ปี) คนพิการ ทหารผ่านศึก และพระสงฆ์ที่มีหนังสือสุทธิรับรอง ไม่ต้องจ่ายค่าบริการสมทบ 30 บาท เมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐ พร้อมกันนั้น สปสช. ก็ปรับระเบียบให้สามารถเปลี่ยนหน่วยบริการได้ปีละ 4 ครั้ง ทำให้พระที่มีหนังสือสุทธิ บัตรประชาชน และมีชื่อในทะเบียนบ้านของวัด ใช้บริการสะดวกขึ้น

พระอาจารย์แดงที่เพิ่งรับตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดนะโมในช่วงกลางทศวรรษ 2550 นี้ ก็ได้รับหนังสือจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ขอความร่วมมือให้พระลูกวัดทำบัตรประชาชน แต่ก็ได้รับความร่วมมืออย่างจำกัด เนื่องจากพระอาจารย์ผู้มีใบสุทธิฉบับใหม่อยู่แล้ว มักไม่มีเวลาว่างหรือไม่สะดวกเดินทางไปสำนักงานเขต เพราะยังต้องสอนหนังสือแทบทุกวัน พระรูปอื่นหากไม่ไปทำงานก็ไปเรียนที่มหาวิทยาลัยสงฆ์ ส่วนบางรูปก็ไม่ต้องการเข้าพื้นที่ราชการที่รู้สึกน่ากลัว

การย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้านของวัดก็เป็นอีกอุปสรรคหนึ่ง โดยเฉพาะวัดที่มีสำนักเรียนพระปริยัติธรรมในกรุงเทพฯ แบบวัดนะโม พระเณรส่วนมากแม้จะพำนักอยู่ในวัดเป็นเวลานาน กลับยังไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านของวัด เนื่องจากเจ้าอาวาสใช้ “ตุลยพินิจ” เช่น กรณีของพระชิต วัย 30 เด็กกำพร้าจากร้อยเอ็ดที่เข้าสำนักเรียนตั้งแต่ยังเด็กมาก แม้จะสอบได้เพียงประโยค 3 ขณะที่เพื่อนรุ่นเดียวกับไป ปช. 6-7 และเป็นอาจารย์ในสำนักกันแล้ว ก็ยังไม่ถูกขบไล่ เนื่องจากพระชิตช่วยงานวัดมาก เจ้าอาวาสจึงเอาชื่อเข้าทะเบียนวัด ทำให้พระชิตมีบัตรประชาชน แม้จะสึกในเวลาต่อมา ส่วนพระรูปอื่นที่ไม่สนิทกับเจ้าอาวาส แม้จะปฏิบัติดี ไม่สร้างปัญหา ก็อาจไม่ได้สิทธิย้ายทะเบียน พระอาจารย์แดงให้เหตุผลว่าเพราะบางรูป “เห็นว่าน่าจะบวชไม่นาน บางรูปเรียนไม่เอาไหนเลย เรามีกฎว่าสอบไม่ผ่านเกิน 3 ปี ก็ต้องออก ถ้าจะเอาชื่อเข้าทะเบียนบ้านก็ต้องมาเสียเวลาคัดออกอีก”

แม้จะกล่าวเช่นนั้น แต่พระอาจารย์แดงก็สนับสนุนให้พระสงฆ์วัดนะโมอีกสิบกว่ารูปทำบัตรประชาชนในช่วงที่มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติในปี 2560 ซึ่งเป็นจุดสำคัญของการขับเคลื่อนเชิงระบบเพื่อให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพ สปสช. และกรมการปกครองร่วมมือกับมหาเถรสมาคมในการส่งหนังสือแจ้งเจ้าคณะจังหวัดให้สั่งการเจ้าคณะแขวง เจ้าคณะเขต และเจ้าอาวาสตามลำดับ เพื่อรณรงค์ให้พระสงฆ์ในสังกัดทำบัตรสมาร์ตการ์ด ซึ่งมีลักษณะเหมือนบัตรประชาชนทั่วไป เพียงแต่ระบุคำนำหน้าเป็นสมณเพศ

และมีลายเซ็นเจ้าอาวาสในฐานะเจ้าบ้าน นอกจากนี้ สปสช. ยังจัดทำคู่มือการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับพระภิกษุสามเณร¹ แจกจ่ายให้พระสงฆ์ทั่วประเทศ

4.3 วัด: สุขภาวะศาสนสถาน

สีโอมงเย็นของวันที่ค่าฝุ่น PM 2.5 อยู่ในระดับสูง สามเณรสามรูปปั่นล้อมวงใต้ต้นสาละ หลังกุฏิแถว 6 ชั้น ห่างจากอาคารเรียนบาลีราว 200-300 เมตร สามเณรรูปหนึ่งหยิบซองกรงทิพย์สีแดงจากย่ามใส่หนังสือเรียน ดึงบุหรือออกมาจุดไฟสูบแล้วส่งซองต่อให้เพื่อนจนครบวง ขณะที่อดีตวันเข้าปอด สามเณรกลุ่มนี้นัดหมายกันไปเยี่ยมเพื่อนเณรที่กำลังรักษาอาการปอดทะลุในห้องพิเศษของโรงพยาบาลศิริราชราวสองทุ่ม หลังเลิกเรียนบาลีภาคค่ำ ปลายเดือนธันวาคมเป็นช่วงที่สามเณรอ่านหนังสือและเรียนหนัก เพราะต้องเตรียมตัวสอบเปรียญธรรมประจำปีในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า การแอบสูบบุหรี่คล้ายเครียดในที่ลับตาลับจุมุกของพระอาจารย์ระหว่างคาบเรียนจึงเกิดขึ้นเนื่อง ๆ แม้เจ้าอาวาสสั่งห้ามสูบบุหรี่ภายในวัดนานหลายปีแล้ว รวมทั้งสั่งให้พระครูในสำนักสอนว่า บุหรี่เป็นอบายมุขที่ควรเลี่ยง และจับตาดูสามเณรที่น่าจะสูบบุหรี่ หากถูกจับได้ สามเณรอาจถูกว่ากล่าวตักเตือน ตี หรือตัดเงินค่าขนม ส่วนพระสงฆ์ที่บวชตอนแก่หรือพระอาวุโส แต่ยังไม่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เจ้าอาวาสเตือนให้ลดปริมาณลง จากวันละซองเป็นครึ่งซองจนกว่าจะเลิกขาด ไม่สั่งห้ามทันที เนื่องจากการหักดิบอาจส่งผลเสียต่อร่างกาย

เจ้าอาวาสบอกว่า “เห็นพระเณรสูบบุหรี่เหมือนเห็นหมาคาบกระดุก” และเคยได้รับหนังสือจากมหาเถรสมาคมที่ส่งผ่านสำนักงานพระพุทธศาสนา ให้เจ้าอาวาสเปลี่ยนวัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ติดป้ายและสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่และอาคารของวัด รวมถึงหนังสือจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ “ขอความร่วมมือ” ให้พระสงฆ์สอดแทรกโทษของการติดเหล้า บุหรี่ รวมถึงยาเสพติด ในการเทศน์ในวันพระใหญ่ ซึ่งมีคนเข้าวัดมากกว่าปกติ พระวัดนะโมที่ส่วนใหญ่เป็นพระครูหรือพระนิสิตและเทศน์เก่งหลายรูป เมื่อได้รับนิมนต์ไปเป็นพระธรรมวิยากร (ของกรรมศาสนา) หรือโครงการอบรมศีลธรรมจริยธรรมในค่าย “พุทธบุตร” ก็ใช้โอกาสนี้สอนเยาวชนในโรงเรียน

ก่อนเข้าเรียนบาลีภาคค่ำ สามเณรจะต่อคิวรับน้ำปานะที่กบและลูกสาวตักใส่แก้วพลาสติกวางไว้บนโต๊ะสีขาวหน้าห้องเรียน เช่น โอเลี้ยง ชาเย็น โอวัลติน น้ำกระเจียบ แก้วฮวย

¹ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังเข้าถึงบริการ ซึ่งพระสงฆ์ก็รวมอยู่ในกลุ่มนี้

บางวันก็เป็นนมเปรี้ยว นมกล่อง หรือชาเขียวสำเร็จรูปที่โยมเอามาถวาย แต่หลังจากรัฐบาลขึ้นค่าไฟกลางปี 2566 ทำให้แต่ละเดือน วัดต้องจ่ายค่าไฟเกือบหนึ่งแสนบาท พระอาจารย์ชาที่ดูแลบิณฑบาตก็ต้องตัดงบหลายส่วน รวมถึงค่าน้ำปานะช่วงเย็นด้วย พระอาจารย์แดงเห็นด้วยกับการงดน้ำปานะ เพราะไม่เพียงประหยัดเงิน แต่ยังเป็นห่วงสุขภาพของสามเณรที่นับวันยิ่งอ้วนขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พระอาจารย์ชายยังเสนอให้ติดตั้งมิเตอร์ไฟฟ้าหน้ากุฏิของพระเณรแต่ละรูปแทนการใช้มิเตอร์รวมรูปใดใช้เท่าไรก็จ่ายค่าไฟเท่านั้น เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของวัด “ใครพร้อมจ่ายก็ใช้ไฟใช้แอร์ได้ ใครไม่พร้อมจ่ายก็ให้ใช้พัดลม หรือไม่ก็ออกมากวาดลานวัดทำความสะอาดโบสถ์ ถือเป็น การออกกำลังกาย” แต่นโยบายนี้ก็ยังไม่เริ่ม เพราะทางวัดยังรอเงินค่าติดตั้งมิเตอร์จากโยมอุปัฏฐากอยู่

ดูเหมือนพระสงฆ์กับบุหรีจะอยู่คู่กันในสังคมไทย สมัยยังเป็นสามเณร พระอาจารย์แดงก็เห็นว่า โยมที่นิมนต์พระสงฆ์ไปสวดงานบุญหรืองานศพต้องเตรียมเชี่ยนที่ใส่หมาก พลู ฐูป เทียน และบุหรีของ ไว้ถวายแทบทุกบ้าน ส่วนคนชนบทมักถวายใบจากยาเส้นหรือบุหรีมวนตราไก่ (สมัยนั้นมีคำกล่าวว่ กระทบเรือนชานต้องการมีการต้อนรับ) ทำให้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ติดบุหรี¹ พระเถระบางรูปอาจจุดธูปบนชานเรือนของฆราวาสหรือในศาลาการเปรียญเลย แต่พระหนุ่มและสามเณรที่มักถูกปราม ก็ต้องเลี่ยงไปสูบในที่ห่างจากคน แต่ในภาพรวมพระเณรก็สูบบุหรีกันจนเป็นเรื่องปกติ และสามเณรแดงในขณะนั้น “ยังมองไม่ออกว่าเป็นเรื่องที่ร้ายแรงยังไง”

ในบางพื้นที่ ยาสูบยังกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่นและส่งผลกระทบต่อพระสงฆ์ เช่น เรื่องเล่าของพระทองใบ ซึ่งจำวัดอยู่ในอำเภอที่เป็นแหล่งผลิตใบยาสูบที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นหุบเขาที่ถูกโอบล้อมด้วยทิวเขาหลวง เมื่อลมมรสุมพัดผ่านเมฆฝนจะถูกพัดออกไป

¹ แม้กระทั่งสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (วาสน์) อดีตสมเด็จพระสังฆราช และพระราชอุปัธยาจารย์ของรัชกาลที่ 10 ก็หัดสูบบุหรีตั้งแต่เป็นพระนวกะ ช่วงทศวรรษ 2460 ที่ “ชายไทยสูบบุหรีแทบทุกคน” ยกเว้นเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ที่ถูกห้ามสูบ เพราะเชื่อว่าบุหรีทำให้ตับดำ สมัยนั้นพระเถระจะพกกล่องใส่ยาเส้นส่วนตัวที่มีลายสวยงามและดูเท่ เมื่อสามเณรและพระหนุ่มเห็นก็อยากมีบ้าง เมื่อได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการมหาเถรสมาคมในทศวรรษ 2490 และต้องเข้าประชุมเดือนละ 2 ครั้ง ท่านก็ได้รับการประเคนอาหารคาวหวาน รวมถึงบุหรีนอกมวนด้วยกระดาศี่ห่อการิก (Garrick) เป็นประจำ แม้เมื่อกลับวัด ลูกศิษย์ที่เห็นท่านสูบบุหรีห่อนี้ยังเอามาถวายให้อีก สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณจึงติดบุหรีเรื่อยมา ฉันทานอาหารน้อยลง จนน้ำหนักตัวลดเหลือเพียง 45 กิโลกรัม แม้เคยลองเลิกสูบหลายหน แต่เพื่อบพระกับลูกศิษย์ก็ชวนให้สูบอีก (มูลนิธิธรรมดเพื่อการไม่สูบบุหรี, ม.ป.ป.)

อากาศแห่งของที่นี่จึงเหมาะสำหรับปลูกยาสูบสายพันธุ์นำเข้าจากเม็กซิโก ซึ่งจะเริ่มปลูกในหน้าหนาว และเก็บเกี่ยวช่วงหน้าร้อนคือตั้งแต่เมษายน พฤษภาคม ถึงมิถุนายน เกษตรกรที่นี่ซึ่ง “บนบานเทวดาฟ้าดินขอให้แล้ง ขณะที่คนอื่นขอฝน” เมื่อเก็บเกี่ยวไบบายก็เอาไปตากในร่มจนแห้งก่อนส่งขายโรงงานแปรรูป ไม่ตากแดดเพราะทำให้เสียคุณภาพ หน้าร้อนจึงเป็นช่วงที่ขึ้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจในอำเภออยู่ในช่วงขาขึ้น (มียอดขายมอเตอร์ไซค์หลายร้อยคัน) ชาวบ้านยังนำไปยาสูบที่เหลือจากการส่งขายโรงงานมาขายเป็นยาเส้นหรือยาฉุนใช้เองในครัวเรือน ตระกูลของพระทองใบเองก็มีสูตรบ่มยาเส้นเฉพาะตน ซึ่งปู่ได้มาตอนบวชพระ (ใช้น้ำผึ้งทาขอบและผนังไห ฉีกไบบายเส้นที่ตากแห้งแล้วอัดลงไป ผสมดอกปีบและเกสรดอกบัว) เนื่องจากชาวบ้านเชื่อว่า พระสงฆ์เป็นสื่อกลางที่ส่งสิ่งของ เช่น อาหาร หมากพลู บุหรี่ ยานัตถ์ ให้ญาติที่ล่องลับในภพภูมิอื่น “หลวงพ่อดีตเจ้าอาวาสและพระอุปัชฌาย์ของพระทองใบ ที่มีรณภาพด้วยโรคมะเร็งปอดเมื่อไม่กี่ปีก่อนก็สูบบุหรี่เพราะกลัวเสียน้ำใจโยม¹

การสำรวจของมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2530 พบว่า พระสงฆ์สูบบุหรี่จัด มากกว่าครูและหมอเสียอีก² ทั้งที่เป็นกลุ่มคนที่ชาวบ้านนับถือและควรเป็นแบบอย่างที่ดี รวมถึงพระสงฆ์อาพาธที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ก็มีประวัติสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 90 สถิติและเรื่องเล่าเหล่านี้อาจพอทำให้เข้าใจได้ว่า เหตุใดพระสงฆ์จึงเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายของโครงการของมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เรื่อยมา

¹ พระทองใบบอกว่า “ไม่มีมนุษย์ผู้ใดที่สูบบุหรี่แล้วจะจบที่หนึ่งมวนต่อวันไปตลอดชีพ” ความอยากจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อสมองเสพติดสารนิโคติน อีกทั้งเมื่อสารต่าง ๆ ในบุหรี่เข้าไปเกาะที่เนื้อเยื่อหุ้มปอดหนาขึ้นเท่าไร ร่างกายก็จะดูดซึมสารเหล่านั้นได้น้อยลง สมองที่ยังต้องการเท่าเดิมจึงสั่งให้เพิ่มปริมาณสาร นั่นคือเพิ่มจำนวนมวนบุหรี่ จากเคยสูบบวันละ 1-3 มวน เป็นวันละซอง เมื่อสมองเสพติดและร่างกายมีปัญหา ก็เลิกสูบไม่ได้

² สัดส่วนผู้มีประวัติสูบบุหรี่ในแต่ละกลุ่มประชากรมี ดังนี้ พระสงฆ์ ร้อยละ 54.5 แพทย์ ร้อยละ 23.3 และครู ร้อยละ 23.3 มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่สำรวจอีกครั้งในปี พ.ศ. 2547 พบว่า แม้พระสงฆ์ที่สูบบุหรี่จะเหลือเพียงร้อยละ 37.5 แต่ก็ยังลดลงช้ากว่ากลุ่มครู (เหลือร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2552) และหมอ (ร้อยละ 3 ใน พ.ศ. 2555) ในปีเดียวกันนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พระสงฆ์และสามเณรจำนวน 6,213 รูป สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 24.4 โดยเฉพาะพระสงฆ์ในภาคตะวันออกและภาคกลาง และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อ่อนบวช แม้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) พยายามเลิกบุหรี่ แต่ก็เลิกไม่ได้ (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

4.3.1 พระสงฆ์กับบุหรี

ทศวรรษ 2530 หลวงพ่อคุณหรือพระเทพวิทยาคม เจ้าอาวาสวัดบ้านไร่ เป็นพระเกจิชื่อดังระดับประเทศที่มีผู้ศรัทธามากที่สุดรูปหนึ่ง แต่ละวันจะมีโยมเข้าวัด กราบขอพรจาก ท่านตั้งแต่เช้าจรดค่ำ หลวงพ่อคุณมักใช้กระดาษหนังสือพิมพ์หรือผ้าจีวรที่ผ่านการปลุกเสกแล้ว ม้วนเป็นแท่ง เคาะหัวโยมแต่ละคนพร้อมท่องคาถา “สัจจะ สัจจัง อธิภูฐานิ” เป็นการให้พร ไล่สิ่งอัปมงคล รวมถึงปัดเป่าโรคร้าย เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพาต หรือหอบหืด แทนการพรมน้ำมนต์ ซึ่งหากพรมให้ทุกคนก็อาจทำให้พื้นที่กุฏิของท่านมีน้ำนอง บางครั้งโยมก็จะเอาโหนดที่ดินมาให้ หลวงพ่อคุณเหยียบ เนื่องจากเชื่อว่าจะช่วยให้ราคาขายในตลาดอสังหาริมทรัพย์สูงขึ้นในยุค “เศรษฐกิจฟองสบู่” (“หลวงพ่อกุณเฏาะลักษณ์เคาะหัว”, 2562)

“กูไม่ได้มีอะไรวิเศษดอกมึงเอ๊ย พวกมันมาเอง ไม่ได้มาแต่ตัว เขาเอาเงินมาถวาย กูถือว่าเขาเอามาฝากกู” หลวงพ่อคุณใช้เงินบริจาคเหล่านี้ในงานสาธารณสงเคราะห์¹ ตั้งแต่ สร้างโรงเรียน โรงพยาบาล สถานีอนามัย ตัดถนน รวมถึงซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ อาทิ รถพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ แต่ผู้มีจิตศรัทธาไม่เพียงถวายเงินกับหลวงพ่อกุณ แต่ยังเอาบุหรีมวนใบจากประเคน ใส่มือท่านตลอดวัน สูดได้ไม่กี่คำก็จะมีคนขอกันยาสูบไปใส่กรอบห้อยคอเป็นเครื่องราง² ทำให้ท่าน สูบบุหรีหลายสิบบวนในแต่ละวัน ช่วงเวลานี้เองที่ภาพนิ่งของสูบบุหรีของหลวงพ่อกุณกลายเป็น ภาพจำในสังคมไทย

ตัวอย่างเช่นในรายการ Nation News Talk ที่ออกอากาศเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2538 พิธีกรถามว่า หลวงพ่อซึ่งสูบบุหรีวันละหลายมวนจะปรับตัวอย่างไรในช่วงที่ กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรีกำลังรณรงค์ให้พระสงฆ์และวัดเป็น เขตปลอดบุหรี หลวงพ่อกุณตอบว่า รัฐบาลควรยุบโรงงานยาสูบและเลิกนำเข้าบุหรีนอก และ “ถ้าอยากได้เงินพัฒนาชาติก็ไม่ยาก ใครจะสูบต้องมีบัตรสูบบุหรี เสียภาษีสูบยาวันละ 500 ใครมันจะ

¹ ตลอดชีวิตของท่าน (พ.ศ. 2466 - 2558) ตั้งแต่เริ่มรับตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดบ้านไร่ช่วง ทศวรรษ 2500 ประเมินกันว่าหลวงพ่อกุณน่าจะบริจาคเงินเพื่องานสาธารณสงเคราะห์ราว 4,000 ล้านบาท (“ประวัติหลวงพ่อกุณ ปริสุทฺโธ”, 2562)

² พระพิมพ์และกันบูหรีของหลวงพ่อกุณกลายเป็นเครื่องรางยอดนิยมในตลาดพระเครื่องไทย ตัวอย่างเช่นเหรียญหลวงพ่อกุณ รุ่นเพื่อชีวิต ที่จัดสร้างโดยยีนยง โอภากุล (แอด คาราบาว) นักร้อง ชื่อดัง และพยัพ คำพันธุ์ เขียนพระเครื่อง ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นคนแต่งเพลง “หลวงพ่อกุณ” ในปี พ.ศ. 2537 นอกจากนี้ แม้กระทั่งภาพโปสเตอร์ของหลวงพ่อกุณสูบบุหรีก็ยังคงกลายเป็นสินค้าที่ขายดี (“เพลงหลวงพ่อกุณและเหรียญรุ่นเพื่อชีวิต”, 2562)

สูบ นี่เป็นแต่เขียนรูปเสือให้วัวกลัว ไม่เอาจริง เอาให้จริง เกอะ กูจะได้ช่วยชาติมาก ๆ” และในวันที่ 31 พฤษภาคม ปีเดียวกัน มุลินีธีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จัดงานเดินขบวนในวันงดสูบบุหรี่โลก¹ มีคน

¹ ช่วงทศวรรษ 2530 องค์การอนามัยโลกตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมบุหรี่ (Expert Committee on Smoking Control) และจัดประชุมนานาชาติเรื่องโทษของบุหรี่ ที่กลายเป็นสินค้าทำลายสุขภาพ เพราะมีสารอันตรายและสารก่อมะเร็งหลายชนิด (carcinogen) เช่น นิโคติน ที่เข้าไปเกาะบริเวณเยื่อหุ้มปอดและริมฝีปาก หรืออาจถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดไปอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง ต่อมหมวกไต ทำให้ปริมาณไขมันในเส้นเลือดสูงขึ้น หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น และหัวใจเต้นเร็วขึ้นเพราะต้องทำงานหนัก ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanine) ที่ทำให้เม็ดเลือดแดงรับออกซิเจนได้น้อยลง เกิดอาการปวดหัว คลื่นไส้ กล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ไนโตรเจนไดออกไซด์ ที่จะทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม แอมโมเนีย ที่มีทำให้เนื้อเยื่อระคายเคือง แสบตาและแสบจมูก และสารกัมมันตรังสีอีกหลายชนิด (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544, น. 104 – 107; มุลินีธีรณรงค์เพื่อสุขภาพเพื่อสังคม, 2558, น. 2)

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยรับความรู้และแนวทางต่อต้านบุหรี่ในช่วงนี้เอง โดยเฉพาะกลุ่มหมอชนบทและหมอชาวบ้าน ที่นอกจากเผยแพร่ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่แล้ว ยังตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ผลักดันให้มีหน่วยงานรัฐที่ควบคุมบุหรี่ เช่น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) และสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ และกฎหมายควบคุมบุหรี่ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่ห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามขายบุหรี่ผ่านเครื่องอัตโนมัติ ห้ามส่งเสริมการขายแบบลด แลก แจก แถมบุหรี่กับสินค้าหรือบริการอื่น ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ ชื่อหรือเครื่องหมาย ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของบุหรี่แก่กระทรวงสาธารณสุข และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่จัดพื้นที่ปลอดบุหรี่ (smoking-free zone) แบ่งเป็นสถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่เด็ดขาด (รถโดยสารสาธารณะ รถไฟปรับอากาศ เรือ เครื่องบิน ลิฟต์ และห้องชมมหรสพ) เขตปลอดบุหรี่เฉพาะเวลาเปิดทำการ (โรงเรียน อาคารจัดแสดงศิลปะวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์ หอศิลป์ และห้องสมุด) สถานที่ปลอดบุหรี่ ยกเว้นเขตที่จัดให้สูบบุหรี่โดยเฉพาะ (สถานพยาบาล มหาวิทยาลัย ศูนย์การค้า สนามกีฬาในร่ม สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ธนาคาร) และสถานที่สาธารณะที่แบ่งส่วนหนึ่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งหมด (รถไฟผู้ธรรมดา ร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศ) (วิศิษฐ์ ศิลปะสุวรรณชัย, 2544, น. 110-114; ชูชัย ศุภวงศ์, 2550)

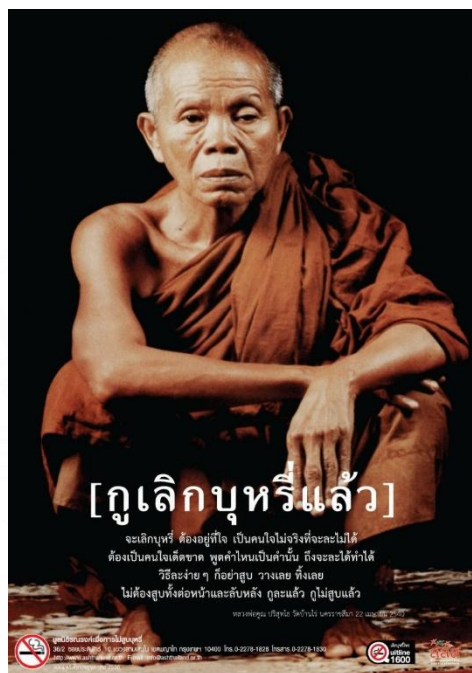
เข้าร่วมมากกว่า 4,000 คน คณะผู้จัดงานทาบตามหลวงพ่อกุณในฐานะบุคคลมีชื่อเสียงให้เข้าร่วม รณรงค์ แต่เมื่อถึงวัดบ้านไร่ก็ได้คำตอบว่า “กุแก่แล้ว อีก 2 ปี ก็จะอายุ 75 กุจะละสังขารแล้ว มึงปล่อยกุไปเถอะ ไปบอกเด็ก ๆ ดีกว่า” ทางมูลนิธิฯ จึงขออนุญาตถ่ายรูปหลวงพ่อกุไปทำโปสเตอร์ รณรงค์เล็กบุหรี (แต่ก็ไม่ได้เผยแพร่ เนื่องจากเห็นว่าคนที่ยังเล็กสูบไม่ได้ไม่เหมาะกับการเป็น พิธีเซนเตอร์เตือนสติผู้อื่น)

แต่ในปีถัดมา (พ.ศ. 2539) หลวงพ่อกุณหมดสติและถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล รามาธิบดีจากอาการเส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์ที่ตรวจร่างกายของท่านแล้วพบโรคถุงลมโป่งพอง ด้วย อธิบายว่า เส้นเลือดตีบเกิดจากการสูบบุหรี่และแนะนำให้เลิกสูบ และแนะนำบรรดาลูกศิษย์ให้ จัดการติดป้าย “วัดบ้านไร่ห้ามสูบบุหรี่” รวมทั้งไม่ให้ใครสูบบุหรี่ต่อหน้าหลวงพ่อกุ วันที่หลวงพ่อกุณ ออกจากโรงพยาบาลก็ได้ประกาศต่อหน้าสื่อมวลชนและหนังสือพิมพ์ว่า “กุเลิกบุหรีแล้ว” และคำวิจารณ์ของท่านนี้ก็ไปปรากฏบนโปสเตอร์ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปีถัดมา

เครือข่ายต่อต้านบุหรียังเสนอให้ขึ้นภาษีบุหรีเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง และทำให้รัฐมีรายได้ เพิ่มขึ้น โดยใช้ความรู้และงานวิจัยขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก ตัวอย่างเช่น รายงานประจำปีของธนาคารโลก (*World Development Report 1993*) ที่อ้างว่า ในแต่ละปี ผลกระทบที่บุหรีที่มีจำนวน 7.3 ล้านต้น สร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจโลกประมาณ 5 ล้านล้านบาท และงานสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2536 เสนอว่า หากขึ้นราคาบุหรีในไทยเพียง 10 เปอร์เซ็นต์ จะทำให้วัยรุ่น (15-19 ปี) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 10 ซึ่งจะป้องกันพวกเขาจากโรคต่าง ๆ ในอนาคต รัฐบาลไทยจึงประกาศขึ้นภาษีบุหรีจาก 65 เปอร์เซ็นต์ของราคาขาย เป็น 60 เปอร์เซ็นต์ (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 16-21) รวมถึงมีการรณรงค์และสร้างเครือข่ายต่อต้านบุหรีในกลุ่ม ประชากรต่าง ๆ ตั้งแต่คนวัยทำงาน ทั้งภาคราชการ (สถานที่ราชการปลอดบุหรี) และภาคเอกชน (“โครงการสำนักงานปลอดบุหรี” และ “ร้านอาหารปลอดบุหรี”) นักกีฬา ดารา นักร้อง สื่อมวลชน เด็กและเยาวชน (“เด็กคือดวงใจ” “บ้านหนูสุขสันต์ ปลอดควันบุหรี” “ควันบุหรีเป็นอันตรายต่อ เด็ก” และ “โครงการพี่สอนน้อง”) ผู้หญิง (“โครงการหญิงไทยไม่สูบบุหรี”) และพระสงฆ์ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี, 2551)

ภาพที่ 4.1

โปสเตอร์ ฎุเล็กบุหรีแล้ว หลวงพ่อคุณ



หมายเหตุ. จาก *สื่อธรรมะเล็กบุหรี*, โดย มูลนิธิธรรมะเพื่อการไม่สูบบุหรี, 2558.

พระสงฆ์ที่เป็นแนวร่วมของเครือข่ายธรรมะต่อต้านบุหรีตั้งแต่ต้นมีหลายรูป เช่น พระธรรมโกศาจารย์ (ปัญญานันทะภิกขุ)¹ เจ้าอาวาสวัดชลประทานรังสฤษฎ์ จังหวัดนนทบุรี พระราชาธรรมนิเทศ (พระพยอม กัลยาโณ)² เจ้าอาวาสวัดสวนแก้ว จังหวัดนนทบุรี

¹ หลวงพ่อปัญญาเคยเทศน์ว่า บุหรีเป็นยาเสพติดที่ไม่ควรถวายพระ เนื่องจากจัดอยู่ในหมวด “มัชชะ” หรือสิ่งเสพติดประเภทอื่นนอกจากสุราและเมรัย ไม่ต่างจากหมาก กัญชา ฝิ่น เฮโรอีน หรือ ยาบ้า ตามศีลข้อที่ห้า (สุราเมรัย มัชชะปะมาทัฏฐานา เวระมณี สิกขาปะทัง สมาธิยามิ) พระสงฆ์ที่เป็นแบบอย่างของชาวบ้านจึงควรเลิกบุหรี และวัดชลประทานของท่านก็เป็นเขตห้ามสูบบุหรีเด็ดขาด (มูลนิธิธรรมะเพื่อการไม่สูบบุหรี, 2551, น. 84)

² พระพยอมก็เช่นเดียวกับหลวงพ่อบุญญาที่เคยจำพรรษาที่สวนโมกข์ และเอาแนวทางวัดปลอดภัยของพุทธทาสภิกขุมาใช้ที่วัดสวนแก้ว หากจับได้ว่าพระรูปใดสูบบุหรี ท่านจะให้สึกทันที เนื่องจากพระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้สอนศีลธรรมควรเป็นต้นแบบที่ดีของการลด ละ เลิก การเสพติดทั้งปวง “ถ้าปากยังคาบบุหรีอยู่ จะพูดสอนอะไรก็ไม่เต็มปากเต็มคำ” ลานวัดสวนแก้วจึงไม่มีก้นบุหรีเลย

และพระราชกฤษฎีกา (ธัมมชโย)¹ เจ้าอาวาสวัดพระธรรมกาย ปทุมธานี พระอาจารย์ทั้งสามรูป เห็นตรงกันว่า การสวดมนต์ไม่เพียงฝึกสติแต่ยังจัดเป็นยาเสพติดประเภทหนึ่งด้วย ชาวบ้านจึงไม่ควร ถวายบูชาแต่พระสงฆ์และไม่สวดมนต์ในเขตวัด ส่วนพระสงฆ์ก็ควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้วยการไม่สวดมนต์ และเทศน์ให้โยมลด ละ เลิกการบริโภคสิ่งเสพติดให้โทษชนิดนี้ อาจเพราะเหตุนี้ หลวงพ่อปัญญาและ พระพยอมจึงได้รับเหรียญจากองค์การอนามัยโลกในฐานะที่เป็นผู้รณรงค์ต่อต้านบุหรี่ดีเด่น ในปี พ.ศ. 2538² (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

4.3.2 วัดปลอดบุหรี่

การทำให้วัดเป็นเขตปลอดบุหรี่และพระสงฆ์งดสูบบุหรี่กลายเป็นนโยบายที่วัด ทุกแห่งในประเทศไทยต้องปฏิบัติตามในปี พ.ศ. 2548 เมื่อมหาเถรสมาคมประชุมกับ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และ สสส. จนได้ข้อสรุปเป็นมติเรื่อง “ทำอย่างไรพระไทยจึงไม่สูบบุหรี่” สั่งให้เจ้าอาวาสทั่วประเทศจัดระเบียบควบคุมบุหรี่ภายในวัด และเพิ่มความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ ในหลักสูตรอบรมพระสังฆาธิการ³ ในปีถัดมา กระทรวงสาธารณสุขก็อาศัยอำนาจตาม

พระพยอมเห็นว่า “การถวายบูชาแต่พระสงฆ์ไม่ได้นิพพาน ไม่ได้บุญ แต่ได้มะเร็งปอด” (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

¹ พระธัมมชโยออกกระเปียบห้ามพระสงฆ์และประชาชนนำบุหรี่ และสิ่งเสพติดเข้า วัดพระธรรมกาย ตั้งแต่ช่วงสร้างวัดในปี พ.ศ. 2513 เมื่อมีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในช่วง ทศวรรษ 2530 พระธัมมชโยก็เทศน์ให้พระสงฆ์และฆราวาสที่มาปฏิบัติธรรมทุกวันอาทิตย์ และวันพระใหญ่ ลด ละ เลิกบุหรี่ รวมทั้งรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ ของวัดพระธรรมกาย เช่น วารสาร *กัลยาณมิตร* วารสาร *ตะวันธรรม* เอกสารแผ่นพับ วิดีโอแสดงธรรม รายการวิทยุ เว็บไซต์ และช่องโทรทัศน์ระบบดาวเทียมที่ออกอากาศ 24 ชั่วโมง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

² หลังการรณรงค์ พระอาพาที่โรงพยาบาลสงฆ์สูบบุหรี่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง เช่น ปี พ.ศ. 2540 พระอาพาสูบบุหรี่ร้อยละ 50 และในปี พ.ศ. 2546–2547 พระอาพามีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 30 (18,000 รูป จาก 59,000 รูป) (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

³ ในที่ประชุม นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เสนอว่า วัดไม่ควรบวชให้คนที่ยังสูบบุหรี่ แต่มหาเถรสมาคมเห็นว่า เป็นมาตรการที่รุนแรงเกินไปและ อาจทำให้ไม่มีใครผ่านเกณฑ์บวชเลย จึงเสนอมาตรการที่เบากว่านั้น เช่น ให้เจ้าอาวาส พระวินยาธิการ และพระฝ่ายปกครอง กวดขันและเป็นแบบอย่างในการลด ละ เลิกบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ออกประกาศกระทรวง ฉบับที่ 17 ให้วัดและศาสนสถานเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด โดยเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ เช่น ศาลาการเปรียญ อุโบสถ ศาลาสวดอภิธรรม ลานวัด ยกเว้นส่วนที่เป็นกุฏิและบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่โดยเฉพาะ (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

เมื่อถึงปี พ.ศ. 2550 มหาเถรสมาคมก็สั่งให้เจ้าคณะจังหวัดทั่วประเทศเปลี่ยนวัดให้เป็น “วัดปลอดบุหรี่” และ สสส. ก็ให้ทุนจัดทำ *คู่มือวัดปลอดบุหรี่* เป็นแนวทางให้เจ้าอาวาสจัดการและควบคุมบุหรี่ภายในวัด ติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ขนาดไม่น้อยกว่า 60x100 เซนติเมตร ที่มีตัวอักษรว่า “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับตามกฎหมาย” ติดสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 100 มิลลิเมตร และห้ามจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น กระจะบะทราย ที่ทิ้งหรือที่เขี่ยบุหรี่ (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, มปป.) ช่วงนี้เองที่พระอาจารย์แดงได้รับหนังสือจากทั้งเจ้าคณะกรุงเทพฯ และ สสส. ซึ่งกำหนดโทษสำหรับเจ้าอาวาสที่ไม่สนองนโยบายเอาไว้ เช่น ไม่ติดป้ายเตือน (ปรับเงิน ไม่เกิน 50,000 บาท) ไม่ห้ามปรามเมื่อเห็นคนสูบบุหรี่ในวัด (ปรับไม่เกิน 5,000 บาท) ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตวัดก็จะถูกปรับไม่เกิน 3,000 บาท¹

นอกจากวัด พื้นที่ของการรณรงค์ขยายไปในมหาวิทยาลัยสงฆ์ที่ผลิตบุคลากรไปประจำในสำนักเรียนและวัดทั่วประเทศด้วย ตัวอย่างเช่น สสส. มอบป้าย “วิทยาลัยสงฆ์เป็นเขตปลอดบุหรี่” แก่มหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่ง และสนับสนุนเงินในโครงการเลิกบุหรี่ เช่น “โครงการพระเห็นพระ” ที่พระนิสิตซึ่งผ่านการอบรมเรื่องโทษบุหรี่ เดินบรรยายในชั้นเรียน เตือนเมื่อเห็นเพื่อนสูบบุหรี่ ให้คำแนะนำพระที่ต้องการเลิกสูบ รวมถึงติดป้ายและสติ๊กเกอร์ในตึกอาคารและห้องน้ำ

มาตรการเปลี่ยนวัดเป็นพื้นที่สุขภาวะเข้มแข็งขึ้นหลังมี *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ* ในปี พ.ศ. 2560 นอกจากพระสังฆาธิการต้องติดเครื่องหมายเขตปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ และสั่งห้ามโยมที่ใช้สถานที่ของวัดจัดพิธีกรรมทางศาสนา ไม่ให้มีบุหรี่หรือเหล้าแล้ว ยังมีพระคิลานุปัฏฐากเป็นกำลังหลักในการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ สามเณร และชาวบ้าน หากพบการฝ่าฝืนก็แจ้งเจ้าอาวาสหรือฝ่ายปกครอง พระคิลานุปัฏฐากต้องทำโครงการรณรงค์ เช่น โครงการอิชฺฐานจิตเล็ก

¹ กรณีที่เป็นข่าวดังก็เช่นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 เจ้าอาวาสวัดพระสิงห์วรมหาวิหาร จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับหมายเรียกจากพนักงานสอบสวนในข้อหาไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 17 เนื่องจากมีผู้ร้องเรียนว่าท่านไม่ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ และยังปล่อยให้พนักงานท่องเที่ยวสูบบุหรี่ในบริเวณวัด ทำให้ท่านต้องเสียค่าปรับ 100 บาท และต้องติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ที่ประตูวัด (สัมภาษณ์, สิงหาคม 2566)

เหล่าเล็กบุหรี ชาวผู้ที่ต้องการเลิกอบายมุขเหล่านี้มาลงชื่อแล้วส่งต่อให้สายด่วน 1600 (ศูนย์บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์แห่งชาติ)¹

4.3.3 วัดปลอดภัย

เช้าวันหนึ่งพระวัดนะโมออกบิณฑบาตโดยมีสมพร หนุ่มสุรินทร์วัย 40 ปี ที่ยังหน้าแดงก่ำและมีกลิ่นเหล้าติดตัว ช่วยถือถุงภัตตาหารและน้ำดื่มมาให้ถึงวัด เขาขอข้าวกินในโรงครัว และบอกพระอาจารย์ว่า เพิ่งถูกหัวหน้าที่เป็นผู้รับเหมางานบูรณะวัดแห่งหนึ่งแฉพระนครปลดออกพร้อมคนงานชุดใหญ่ช่วงโควิด-19 คุณหญิงที่เป็นเจ้าภาพเลี้ยงอาหารในวันนั้นได้ยินเข้าจึงรับ สมพรเป็นคนงานทาสี และให้พักในห้องเล็ก ๆ ในเรือนไม้สองชั้นในชุมชนอุโมงค์โดยไม่คิดเงิน เธอให้สมพรช่วยงานวัดเมื่อมีเวลว่าง และจะต้องไม่เมาเหล้า

วันแรกสมพรเดินตามพระเณรออกบิณฑบาตแต่เช้า หลังกินข้าวเขาจะปิด กวาด เช็ด ถู ภายในบริเวณวัดอย่างขยันขันแข็ง ตกเย็นก็เดินกลับห้องเช่า แต่หลังจากนั้นไม่กี่วัน สมพรแวะ

¹ พระศิลาณุปฏิฐากจังหวัดสุโขทัยทำโครงการ “No smoking idol เพราะบุหรีเลิกได้” ให้พระสงฆ์ต้นแบบที่เลิกบุหรีเด็ดขาดอัศวินไอชวณพระรูปอื่นลงใน YouTube ตัวอย่างพระต้นแบบก็เช่นพระอานันท์ เลขาณุกการเจ้าคณะตำบลแห่งหนึ่ง ที่เริ่มรวมกลุ่มสูบบุหรี่กับเพื่อนหลังห้องน้ำโรงเรียน ตั้งแต่ยังเป็นเด็กชาย (อายุ 14 ปี) ใครไม่มีบุหรีเพื่อก็กส่งให้ ใครที่ไม่สูบบุหรี่จะถูกล้อว่าเป็นคนเซย และเพิ่มจำนวนจากวันละ 2-3 มวนก็เพิ่มเป็นซอง การติดบุหรีนานกว่าสิบปีทำให้ท่านมีอาการไอแห้งเรื้อรัง หายใจไม่สะดวก จึงโทรหา “โยมป้า” ในวันพ่อแห่งชาติ เพื่อบอกรักและบวระณาดนว่าจะไม่สูบบุหรี่อีก เจ้าอาวาสรูปหนึ่งเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 18 ช่วงที่ทำงานในโรงงานแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ วันละ 5-10 มวน ง่วงเมื่อไรก็คว่ำบุหรีสูบ เมื่อบวชเป็นพระและมีสามเณรมาปรึกษาเรื่องเรียนพระปริยัติที่กุฎิ เณรที่ได้กลิ่นบุหรีไม่เพียงแสดงออกทางสีหน้าว่ารังเกียจ แต่ยังพูดว่าเหม็น คุยจบก็รีบเดินหนีไป ทั้งที่สมัยเป็นฆราวาสไม่เคยมีใครแสดงอาการรังเกียจบุหรีในมือท่านขนาดนี้ ต่อมาเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทั่วท้อง และมีเสลดติดคอ เจ้าอาวาสรูปนี้ก็เริ่มลดจำนวนบุหรีราวหนึ่งเดือนก็เลิกขาด และพระหนุ่มวัย 21 ปี ที่เพิ่งบวชได้พรรษาเดียว เริ่มสูบตั้งแต่อายุ 15 เพราะเพื่อนชวนสูบ และคิดว่าสารจากบุหรีช่วยคลายความเครียด เมื่อว่าพระร่วมวัดเลิกบุหรีได้ พระหนุ่มที่มีอาการเหนื่อยง่าย หอบบ่อย จึงบวระณาดนในช่วงเข้าพรรษาว่าจะเลิกบุหรีแบบหักดิบ

พระสงฆ์ต้นแบบเหล่านี้บอกว่า ช่วงแรกที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอาการหงุดหงิด ก็ให้ใช้ลูกอมหรือมะนาวลดความอยาก และพยายามหลบเลี่ยงสถานที่เสี่ยง เช่น ห้องน้ำรวม ทั้งยังกระตุ้นเพื่อนพระสงฆ์ว่า บุหรีเลิกยาก แต่ใช้ใจที่หนักแน่น (ฉันทะ) ก็เลิกได้

ร้านขายของชำข้างทางแล้วซื้อเหล้าขากกับเครื่องยาตองไปผสมใส่กระตักสีฟ้าที่พระอาจารย์ให้ไว้ใส่น้ำดื่ม ช่วงแรกสมพรกินเหล้าแค่วันหนึ่งแล้วกลับไป แต่ต่อมาเขาดื่มหนักขึ้น บางวันก็นั่งดื่มได้ร่วมไม้ที่ลานวัด พอเมาสมพรจะเหยียบรูปเมียบูที่ทิ้งไปมีสามฝรังขึ้นมาดูแล้วตัดพ้อเสียงดัง บางครั้งเขายืนถือไม้กวาดทำตาขวางใส่คนที่เดินไปมาในวัด พระอาจารย์ชาเตือนให้ลดเหล้า แต่เขาก็ไม่หยุด คุณหญิงจึงเลิกจ้างและไม่ให้เขาอยู่ที่ห้องเช่า ไม่กี่วันหลังจากนั้นสมพรก็หายไป ไม่มีใครได้ข่าวจากเขาอีก

อาจเป็นโชคไม่ดีของสมพรที่เขามาพึ่งวัดในช่วงนี้ ซึ่งวัดนะโมมีป้ายห้ามดื่มเหล้าติดอยู่ตรงทางเข้าตามมติมหาเถรสมาคม ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2550 ผู้ที่ดื่มเหล้าในวัดทำผิดกฎหมายตาม พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹ จากนั้นก็มีโครงการวัดปลอดเหล้าทั่วประเทศ² ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งทำให้ออกจากห้ามดื่มหรือขายเหล้าในเขตวัดแล้ว เจ้าอาวาสยังต้องขอความร่วมมือจากร้านค้าที่อยู่ใกล้วัดให้งดขายเหล้าและบุหรี่ (“ประกาศ พ.ร.บ.วัดปลอดเหล้าทั่วประเทศ”, 2552)

ในวันที่มีงานบวช พระอาจารย์ชาจะเป็นคนบอกเจ้าภาพว่าไม่ให้เลี้ยงเหล้าภายในงาน เนื่องจากเจ้าอาวาสจะโดนปรับเงิน 3,000-5,000 บาท หากปล่อยให้มีคนกินเหล้าในวัด พระอาจารย์แดงเล่าว่าที่วัดนะโมยังไม่เคยโดนปรับ เพราะถ้าเห็นใครกิน ท่านก็จะเข้าไปตักน้ำที่ส่วนกรณีที่มาจากบ้านหรือแอบกิน ท่านก็ยอม “หรีตข้างหนึ่ง” แล้วใช้โอกาสในวันพระใหญ่ คือมาฆบูชา วิสาขบูชา อาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา เทศน์เรื่องโทษของเหล้า บุหรี่ และยาเสพติด เช่น ในวันเข้าพรรษาท่านจะชวนให้ชาวบ้านที่มาถวายเทียน งดเหล้าตลอด 3 เดือน และช่วงปลาย

¹ โทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ หากพระสงฆ์ดื่มเหล้าเอง แม้ไม่ใช่อาบัติปาราชิกก็จะถูกจับสึกทันทีและต้องรับโทษทางกฎหมายเหมือนฆราวาส

² โครงการวัดปลอดเหล้าเริ่มนำร่องในจังหวัดนครราชสีมาเมื่อปี พ.ศ. 2548 โดยมีเครือข่ายสังฆพัฒนาเป็นภาคี หลังจากทดลองได้ 2 ปี มีวัดที่ผ่านการรับรอง 2,564 แห่ง จึงขยายโครงการไปจังหวัดใกล้เคียง เช่น สุรินทร์ หนองคาย รวมถึงเขตคลองเตยและบางรักของกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงมหาดไทยตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการวัดปลอดเหล้าเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราช และมีนโยบายให้ผู้ว่าราชการฯ ทุกจังหวัดดำเนินโครงการวัดปลอดเหล้า (ThaiHealth Official, “ดื่มเหล้าในวัด โทษคุก 6 เดือน”, 2551)

ปี พ.ศ. 2552 มีงานแถลงข่าวครั้งใหญ่ที่วัดสวนแก้ว พระพยอมซึ่งเห็นการนำน้ำเมาเข้าวัดบ่อยครั้ง บอกว่า “ถึงเวลาแล้วที่ควรมีนโยบายควบคุม การที่รัฐบาลเป็นเจ้าภาพร่วมกันขจัดความเสื่อม (ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเหล้า) กับข้าราชการด้านสาธารณสุขถือเป็นเรื่องดี เพราะรัฐใดที่ไม่ขจัดความเสื่อม ถือเป็นรัฐอันตราย”

เดือนธันวาคมที่วัดนะโมจัดพิธีสวดมนต์ข้ามปีเหมือนวัดอื่น¹ พระที่เป็นผู้เทศน์ก็จะขอให้ชาวบ้านเปลี่ยนแปลงตัวเองในปีหน้าด้วยการเลิกเหล้าและเลิกบุหรี่

¹ “โครงการสวดมนต์ข้ามปี” เป็นตัวอย่างสำคัญของทำงานของเครือข่ายสร้างสังคมสุขภาวะระหว่างคณะสงฆ์กับรัฐไทยที่เริ่มตั้งแต่กลางทศวรรษ 2540 สสส. ประกาศว่า สุราเป็นสินค้าทำลายสุขภาพ ที่ไม่เพียงก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง (มะเร็ง ตับแข็ง) แต่ยังเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการเมาแล้วขับที่คร่าชีวิตคนไทยปีละ 500-600 คน และบาดเจ็บพิการอีกมาก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่หรือสงกรานต์ สสส. จึงประสานพลังกับภาคเครือข่ายรณรงค์ให้พลเมืองไทยลด ละ เลิกสุรา ตั้งแต่โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา (ปี 2546) และในปีถัดมาก็สร้างเครือข่ายงดเหล้า (ที่มีศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เครือข่ายนักวิชาการเพื่อเฝ้าระวังปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มูลนิธิเมาไม่ขับ และองค์กรอื่นอีกกว่า 200 องค์กร) เรียกร้องให้รัฐบาลทักษิณประกาศให้วันเข้าพรรษาของทุกปีเป็นวันงดเหล้าแห่งชาติ แต่ไม่สำเร็จ เครือข่ายงดเหล้าผลักดันข้อเสนออย่างต่อเนื่อง จนในปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลสมัคร สุนทรเวช ได้ออกมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้วันเข้าพรรษาเป็น “วันงดดื่มสุราแห่งชาติ” ที่สำคัญ สสส. ผลักดันให้มีการห้ามโฆษณาเหล้าและห้ามบริษัทเหล้าสนับสนุนการแข่งขันกีฬา (ยกเว้นกีฬาอาชีพ) จนสำเร็จ (“เข้าพรรษาทุกปี คือวันงดดื่มสุราแห่งชาติ”, 2552)

ในช่วงนี้เองที่โครงการรณรงค์ต่อต้านเหล้าอาศัยพลังของพุทธศาสนามากขึ้น เช่น ทอดกฐินปลอดเหล้า งดเหล้าในงานบุญ และโดยเฉพาะโครงการสวดมนต์ข้ามปี ที่จัดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 ในส่วนกลางคือวัดราชนันทดา ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประมาณ 3,000 คน และวัดอีก 220 แห่งทั่วประเทศ จากความร่วมมือกันของ สสส. มหาเถรสมาคม สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มูลนิธิศึกษาธิการ มูลนิธิวัดปัญญา สำนักงานเครือข่ายงดเหล้า และองค์การยูวพุทธศาสนิกสัมพันธ์แห่งโลก ฝ่ายจัดงานอธิบายว่า โครงการนี้จัดขึ้นในคืนเทศกาล เพราะต้องการดึงคนออกจากร้านเหล้าและกระตุ้นให้เข้าวัดสวดมนต์ ซึ่งเป็นการใช้เวลาอย่างเป็นประโยชน์มากกว่า รวมถึงลดการเกิดอุบัติเหตุหรือการทะเลาะวิวาท ปีถัดมา โครงการสวดมนต์ข้ามปีก็มีดาราดาราและคนดังเข้าร่วมและช่วยรณรงค์ โดยเฉพาะพระสงฆ์ อาทิ พระพยอม หลวงตามหาบัว พระมหาภูมิจัย วชิรเมธี (สุภาพร คชารักษ์, 2559, น. 59)

4.4 พระสงฆ์กับความตาย

ปลายทศวรรษ 2550 มีข่าวพระสงฆ์วัย 87 ปี รูปหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ต้องสึกเนื่องจากมีสังขารที่ร่วงโรยจนปฏิบัติศาสนกิจไม่ไหว ทุกครั้งที่ได้รับนิมนต์ไปประกอบพิธีสวด ท่านซึ่งเป็นพระที่มีอาวุโสสูงสุดต้องนั่งหัวแถวและเป็นผู้สวดนำ แต่บ่อยครั้งที่เกิดอาการหลงลืม จำบทสวดไม่ได้จนต้องนั่งพนมมือเงียบ ๆ อีกทั้งหูของท่านยังมีปัญหา ไม่ได้ยินเสียงของพระรูปอื่น บางครั้งจึงทำให้พิธีกรรมเสียจังหวะ แม้บวชมาแล้วกว่า 35 พรรษา และคิดจะมรณภาพในร่มผ้ากาสาวพัสตร์ แต่ท่านก็เห็นว่าขึ้นบวชต่อไปก็เป็นบาป เมื่อปรึกษากับครอบครัวและตัดสินใจลาสิกขา ลูกชายจึงมารับตัวกลับบ้านไปดูแลในยามบั้นปลาย พระสงฆ์อีกรูปเป็นคนขอนแก่น อายุราว 60 ปี และเป็นพระนักพัฒนาที่ย้ายวัดเป็นระยะ เมื่อช่วยงานพัฒนาวัดของพระเพื่อน 1-2 พรรษา จนพอใจก็จะย้ายไปทำงานที่วัดอื่นต่อ ท่านทำเช่นนี้อยู่ราว 20 ปี กระทั่งช่วงที่จำพรรษาที่วัดแห่งหนึ่งในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งมีเจ้าอาวาสชรามากแล้วเพียงรูปเดียว ท่านก็เกิดอาพาธเป็นมะเร็งถุงน้ำดี หมอส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านเกิดตามสิทธิ แต่รักษาได้ไม่นาน หมอที่นั่นก็บอกว่าโรครของท่านอยู่ในระยะท้ายและคงมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน เมื่อหมอไม่รักษาและบอกให้ออกจากโรงพยาบาล แต่จะกลับวัดที่ประจวบฯ ก็ไม่ได้ เพราะเจ้าอาวาสดูแลไม่ไหว ไปวัดอื่นก็ไม่มีที่เฝ้ารับ อีกทั้งบวชนานจนไม่เหลือบ้านหรือญาติให้กลับไปหา พระสงฆ์รูปนี้จึงหมดหนทางไปและอาจต้องสึกเพื่อเข้ารับบริการของสังคมสงเคราะห์

เรื่องราวของพระอาพาธเหล่านี้เกี่ยวข้องกับสันติภาวัน ซึ่งเป็นสถานพักฟื้น (hospice)¹ หรือหน่วยดูแลประคับประคองพระอาพาธระยะท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พระวิชิต ธรรมชิต ผู้ก่อตั้งซึ่งเคยดูแลพระอุปฌาย์ที่อาพาธเรื้อรังนอนติดเตียงนานหลายปีที่วัดป่าสุคะโต เห็นว่าพระสงฆ์หลายรูปอาจโชคไม่ดีแบบหลวงพ่อกองของท่าน ไม่มีลูกศิษย์ดูแล และถูกทอดทิ้งจากวัดต้นสังกัดที่รับภาระงานดูแลแบบประคับประคองไม่ไหว เมื่อเกิดอาพาธก็ต้องสึกจากสมณเพศ บางส่วนกลับไปอยู่บ้านกับสมาชิกในครอบครัว บางส่วนไม่มีครอบครัวก็ต้องสึกไปใช้บริการหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ของรัฐที่ยังไม่เปิดรับพระสงฆ์ หลังจากปรึกษากับพระไพศาล วิสาโล เจ้าอาวาส พระวิชิตก็ปรับปรุง

¹ ที่สันติภาวัน การดูแลพระอาพาธระยะท้ายถือเป็นการปฏิบัติธรรมและการฝึกฝนจิตใจของผู้ดูแลด้วย เพราะต้องเจอทั้งความเจ็บป่วย อารมณ์ลบ ความผิดหวัง กระทั่งความไร้เหตุผลของพระสงฆ์ในยามที่ร่างกายกำลังเสื่อมสลาย ตัวอย่างเช่นพระอาพาธรูปหนึ่งที่ยังทำใจยอมรับความตายไม่ได้ ไม่ยอมฉันทันข้าว ไม่จำวัด เมื่อผู้ดูแลป้อนข้าว ท่านก็พนัสน้ำหน้าทันที พระที่ดูแลแม้จะโกรธแต่ก็เลือกถอยออกมาเพื่อสำรวจสภาพจิตใจของตน หลังจากใช้สติระงับโทสะแล้วก็เดินกลับไปป้อนต่อ (“เมื่ออาพาธ ฆราวาสจับสึก”, 2562)

กฎบางส่วนเป็นสถานที่ดูแลพระอาพาธ มีเตียงรับรองที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย ในปี พ.ศ. 2562 ปีถัดมามีโยมถวายที่ดิน 15 ไร่ ในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี พระวิจิตจึงย้ายไปตั้งศูนย์รองรับพระอาพาธระยะท้ายที่นั่น มีเงื่อนไขว่า พระที่จะเข้าพักต้องยุติการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว (“ที่นี่ไม่ใช่สถานพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์”) และรับจิตอาสาทั้งพระสงฆ์และฆราวาส เป็นผู้ดูแลพระอาพาธ แต่ยังไม่รับโยมผู้หญิง เนื่องจากเป็นการดูแลแบบใกล้ชิด

ตัวอย่างผู้ป่วยที่สันติภาวันรับอุปฐากก็เช่นพระสงฆ์รูปหนึ่งจากอีสาน บวชได้ 9 พรรษา ก็ตรวจพบโรคเบาหวาน หมอให้ตรวจระดับน้ำตาลและนอนรักษาอาการแทรกซ้อนที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ครั้งละ 1-2 วัน ช่วงแรกเจ้าอาวาสสั่งให้พระลูกวัดไปนอนเฝ้าไข้ ต่อมาอาการของท่านหนักขึ้น และมีโรคเรื้อรังชนิดอื่นเพิ่มด้วย คือความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคไต อัมพฤกษ์ รวมทั้งมีหนองในโพรงกระดูกสันหลัง เมื่อไตวายเฉียบพลันและต้องฟอกไตสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ซึ่งต้องจ่ายค่ารักษานอกสิทธิบัตรทอง วัดต้นสังกัดมีเงินไม่มากพอ จึงติดต่อญาติของท่านที่เหลือเพียงคนเดียวคือ พี่สาว ให้จ่ายค่ารักษาและเฝ้าไข้แทนพระลูกวัด พี่สาวไม่เคยดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นพระสงฆ์ เมื่อจะเปลี่ยนผ้าอ้อมหรือฉีกรก็ยุ่งยาก ง่าย ๆ ที่จะแตงเนื้อต้องตัวน้อง จนพยาบาลให้คำแนะนำว่า ผู้ดูแลสัมผัสได้ ไม่ถือเป็นอาบัติ ปัญหาอีกประการคือโยมพี่สาวร่างเล็กกว่าต้องพยุงพระน้อง ซึ่งหนักเกือบร้อยกิโลกรัมจากโรคอ้วนและอาการบวมน้ำที่เกิดจากโรคไตและเบาหวาน เพื่อทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เข้าห้องน้ำ ฉันทานอาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนฉีกรวมถึงไปฟอกไตที่ตึกอื่น สัปดาห์ละ 3 วัน (จันทร์ พุธ ศุกร์) ภาระงานดูแลของโยมพี่ถูกซ้ำเติมหลังการระบาดของโควิด-19 จากมาตรการควบคุมโรคของรัฐ โรงพยาบาลไม่อนุญาตให้เธอเข้า-ออกตึกผู้ป่วยได้ตามสะดวกเหมือนเคย และต้องนอนเฝ้าไข้ข้างเตียงตลอด 24 ชั่วโมง นานเกือบ 4 เดือน ทำให้เธอต้องออกจากงานประจำ และหารายได้ด้วยการขายของออนไลน์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ก็ไม่สะดวกนัก เพราะรับ-ส่งพัสดุลำบาก กระทั่งเธอติดต่อสันติภาวันให้รับอุปฐากพระน้องในที่สุด สุดท้ายจึงเข้าสันติภาวัน

อย่างไรก็ตาม พระวิจิตเห็นว่า สันติภาวันเพียงแห่งเดียวไม่อาจรองรับพระอาพาธระยะท้ายทุกรูปทั่วประเทศ และวัดแห่งอื่นควรมีระบบดูแลพระอาพาธเป็นของตนให้สอดคล้องกับพุทธบัญญัติซึ่งให้สังฆะดูแลกันและกันในยามอาพาธ

อาจเป็นโชคดีของพระวิจิตที่ช่วงทศวรรษ 2550-2560 เป็นช่วงเวลาที่งานดูแลประคับประคองผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย (palliative care) กลายเป็นพันธกิจหนึ่งของ

รัฐเวชกรรมไทย¹ สันติภาวันจึงมีเครือข่ายที่พร้อมส่งเสริมสุขภาวะของพระสงฆ์ที่อยู่ในห้วงสุดท้ายของชีวิต ตั้งแต่โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ (ตั้งโดยพระไพศาล วิสาโล เครือข่ายพุทธิกา เสมสิกขาลัย)² สวณโมกข์กรุงเทพฯ โครงการสงฆ์ไทยไกลโรค และรวมถึง สสส. โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังการประกาศใช้ *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ* ปี 2560 ทั้งงานดูแลแบบประคับประคองและงานเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องบุคคลอันเป็นที่รัก ก็ถูกกำหนดให้อยู่ได้ร่วมงาน

¹ หลังการประกาศใช้ *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* หน่วยงานด้านสาธารณสุขหลายหน่วยก็สนับสนุนการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่กำหนดให้งานดูแลประคับประคองเป็นหนึ่งในมาตรฐานของโรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (โครงการความตายพูดได้ พ.ศ. 2555) นอกจากนี้ พ.ร.บ.ฉบับนี้ยังมีมาตรา 12 ที่กำหนดว่า ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาได้ (“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”)

² โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ (Peaceful death) เป็นหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติที่สอนให้ผู้ป่วยระยะท้ายทำจิตใจให้สงบโดยใช้ธรรมะจากศาสนาพุทธ โดยเฉพาะแนวคิดเรื่องการตายดี ซึ่งหมายถึงละสังขารตาม “ธรรมชาติ” ไม่ใช่เครื่องมือทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีสมัยใหม่ยื้อชีวิต แต่ก็ไม่ได้เร่งให้ตายหรือทำการุณยฆาต แต่ใช้หลักธรรมของพุทธมาทำความเข้าใจห้วงสุดท้ายของชีวิต (living will) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558, น. 263) โครงการนี้ยังรวบรวมกรณีศึกษาในไทย ผลิตสื่อ จัดเวทีสาธารณะและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลแบบประคับประคองขึ้น ต่อมาก็ทำงานด้านสุขภาวะของพระสงฆ์ที่อาพาธระยะท้ายมากขึ้น และเปลี่ยนวัดเป็นพื้นที่เผยแผ่ธรรมะเกี่ยวกับชีวิตและความตาย

เครือข่ายพุทธิกาเกิดจากการรวมตัวของมูลนิธิโกลคิมทอง มูลนิธิเด็ก มูลนิธิพุทธธรรม มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิสถานแสงอรุณ มูลนิธิสายใยแผ่นดิน มูลนิธิเมตตาธรรมรักษ์ เสมสิกขาลัย และกลุ่มเสขิชธรรม (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2553, น. 208) เพื่อฟื้นฟูบทบาทของพระพุทธศาสนาในสังคมไทย เครือข่ายนี้เชื่อว่า การรักษาศาสนาให้ยั่งยืนไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ และยิ่งไม่ใช่หน้าที่ของรัฐ แต่เป็นหน้าที่ของชาวพุทธทุกคน เครือข่ายพุทธิกายังพัฒนาจิตอาสาที่ไม่ใช่บุคลากรการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มพระสงฆ์และแม่ชี (เช่น โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ให้ร่วมมือกับโรงพยาบาลและชุมชนในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้าย ปี พ.ศ. 2554)

ด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ซึ่งขยายกรอบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่รวมถึงมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้วย

ช่วงนี้เองที่คณะสงฆ์ส่วนกลางอบรมพระสงฆ์นักเฝ้าระวังจิตใจ เช่น กลุ่มคิลานธรรม¹ ควบคู่ไปกับการอบรมพระคิลานุปัฏฐากที่ดูแลรักษาด้านร่างกาย กลุ่มคิลานธรรมเห็นว่า ขณะที่

¹ เกิดจากการรวมตัวของนิสิตหลักสูตรชีวิตและความตาย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ช่วงทศวรรษ 2550 ซึ่งต้องฝึกงานภาคสนามที่โรงพยาบาลในเทอมสุดท้าย 3-4 เดือน ตัวอย่างเช่น พระสุเทพและพระสามารถที่ฝึกงานในแผนกอายุรกรรมของศิริราช ช่วงปี 2550 ประสบการณ์เดินตามแพทย์พยาบาลไป “ราวต์เตียง” ผู้ป่วยใน ทำให้พระนิสิตเห็นว่า ความเจ็บไข้ก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจ และแม้เคยศึกษาระบบผ่านระบบพระปริยัตินานหลายปี ก็ยังไม่เคยสัมผัสความทุกข์ของฆราวาสมากเท่านี้ เมื่อเรียนจบก็อยากทำงานงานบำบัดทุกข์ซึ่งเป็นกิจของสงฆ์ อย่างไรก็ตาม แม้งานจิตอาสาดูแลผู้ป่วยเป็นกระแสในช่วงที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่เส้นทางจิตอาสาของพระสงฆ์กลับไม่ง่ายอย่างที่คิด คนส่วนใหญ่ยังติดภาพว่า พระสงฆ์เป็นผู้นำส่งวิญญาณมากกว่าผู้บำบัดหรือผู้ดูแล เมื่อปรากฏภายในตึกผู้ป่วยหนักก็อาจสร้างความตื่นตระหนกแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่วนแพทย์และพยาบาลบางส่วนยังมองว่า พระสงฆ์อาจกีดขวางปฏิบัติการรักษาร่างกายผู้ป่วยหรือร้ายกว่านั้นอาจเป็น “พระปลอม” หรือมีฉ้อโกงที่ใช้ผ้าเหลืองบังหน้าเข้ามาเรียกรับเงินทำบุญขายเครื่องรางของขลัง หรือสะเดาะเคราะห์ “เพราะกลุ่มคนไข้ที่กำลังสูญเสีย ด้านจิตวิญญาณค่อนข้างอ่อนแอ ของบางอย่างไม่เคยเชื่อมาทั้งชีวิต แต่พอป่วยก็อาจเชื่อก็ได้”

เมื่อศิริราชเปิดรับสมัครจิตอาสาดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พระสุเทพและเพื่อนก็ยื่นใบสมัครและเข้าอบรมความรู้เบื้องต้น 1 วัน โรงพยาบาลบอกว่า หากมีผู้ป่วยแจ้งความต้องการมาก็จะรีบติดต่อกลับ แต่พระนิสิตรอนานหลายเดือนก็ยังไม่มีความเคลื่อนไหว ขณะที่เห็นเพื่อนที่เป็นฆราวาสถูกเรียกไปทำงานรายได้รายแล้วรายเล่า จนเกือบล้มเลิกความตั้งใจ กระทั่งเสียงโทรศัพท์ดังขึ้นหลังส่งใบสมัครไปแล้วหนึ่งปี พระนิสิตราว 7-8 รูป ก็ได้รับนิมนต์จากโรงพยาบาลไปพูดคุยหาแนวทางการทำงาน ในที่สุดเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 พระสุเทพกับพระสามารถก็ได้ทดลองงานเฝ้าระวังจิตใจคนไข้ที่ผ่านการประเมินและสอบถามความยินยอม (consent) แล้ว 2-3 ราย ในห้องประชุมของโรงพยาบาลศิริราช ขณะที่ผู้บริหารระดับสูง อาจารย์แพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลอีก 50 ชีวิต นั่งสังเกตการณ์จนล้นห้อง นาน 2 ชั่วโมง และล้อมวงสรุปบทเรียนร่วมกันอีกเกือบ 3 ชั่วโมง เมื่อเห็นว่าคลินิกของพระสงฆ์สอดคล้องกับงานดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลและไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อการรักษา ผู้บริหารก็อนุมัติพระนิสิตใช้พื้นที่จัด “คลินิกพระคุณเจ้า” ทุกวันพุธ

ศาสนาพุทธและพระสงฆ์มีบทบาทลดลงในสังคมไทยสมัยใหม่ พระสงฆ์ไทยส่วนใหญ่กลับเล่นบทบาทตั้งรับเพียงอย่างเดียว นั่นคือเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมแบบเดิม ๆ ที่สืบทอดจากสมัยพุทธกาล เช่น ทำบุญ ตักบาตร ถวายสังฆทาน เทศนาในวันพระหรือวันสำคัญเพียงไม่กี่วันในรอบปฏิทิน พิธีกรรมเหล่านี้แม้อาจดึงดูดชาวสาธุชนเข้าวัดเจอพระสงฆ์ แต่ก็ไม่ค่อยยั่งยืน ๆ เมื่อกลับสู่ชีวิตประจำวัน คนกับพระก็ห่างไกลกันอีก และยังไม่รวมถึง “คนรุ่นใหม่ ซึ่งแทบไม่เข้าวัดแล้ว ยกเว้นถูกห้ามเข้ามาตอนเป็นศพ” นอกจากนี้ บทบาทด้านการดูแลและเยียวยาจิตใจของพระสงฆ์ก็แทบถูกจิตแพทย์แย่งไปหมดแล้ว¹

ช่วง 3-4 ปีแรก กลุ่มพระจิตอาสาที่มีพระนิสิต พระวัดเดียวกัน และพระวัดข้างเคียง เข้าร่วมเป็นสมาชิกอย่างต่อเนื่อง จนในปี พ.ศ. 2555 ก็ตั้งกลุ่มที่มีประธาน รองประธาน กรรมการ และเลขานุการ และใช้ชื่อว่า “กลุ่มอาสาชิลานธรรม” ซึ่งแปลว่า ธรรมะสำหรับผู้ป่วย (จากคัมภีร์พระคิลานสูตรซึ่งอธิบายว่า มนุษย์เป็นได้ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ และแปลงจากคำว่า คิลานเภสัช ซึ่งหมายถึงยารักษาคนไข้) รวมถึงขยายพื้นที่ฝึกงานไปโรงพยาบาลอื่น ตั้งแต่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลชลประทาน และโรงพยาบาลเลิดสิน (สัมภาษณ์, กุมภาพันธ์ 2567)

¹ นอกจากพระคิลานธรรม พระคิลานปัญญากร เช่น พระทองใบ ก็เห็นว่า พระสงฆ์ไม่ควรทิ้งการดูแลจิตใจซึ่งเป็น “งานของเรา” มาตั้งแต่ไหนแต่ไร แม้ตระหนักดีว่า พระสงฆ์ไม่ชำนาญเท่าจิตแพทย์ แต่ก็เสริมมิติทางอารมณ์และทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นส่วนที่แพทย์ยังขาดได้ เช่น บางครั้งโยมที่มีปัญหาชีวิตหรือความเครียด ไม่อยากพบจิตแพทย์ เนื่องจากการตีตราทางสังคม “ไม่ไปหรอกเดี๋ยวหาว่ากูบ้า ไปหาพระดีกว่าคุยแล้วสบายใจ” ขณะที่จีวรของพระสงฆ์ “ยังเป็นโลโก้ที่ขายได้” กระทั่งแพทย์เองบางครั้งก็ยังคงอาศัยพระในการสั่งให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกินยา ออกกำลังกาย กินหรืองดอาหารบางประเภท โดยเฉพาะคนแก่ที่ “ดื้อกับหมอ ดื้อกับหลาน แต่อ่อนกับพระ”

พระทองใบยังเห็นว่า ปัญหาสุขภาพของชุมชนชนบท (และอาจรวมถึงในเมือง) ในปัจจุบันคือ ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากคนแก่เหมือนคนที่ย้อนกลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง และ “ใจเหลือนิดเดียว เสียงดังหน่อยใจก็ไปแล้ว” ทำให้บางครั้งอาจกระทบกระทั่งกับลูกหลาน เช่น ครอบครัวหนึ่งลูกออกจากบ้านไปทำงานในไร่ยาสูบตั้งแต่เข้ายันเย็น กลับบ้านเหนื่อยกันยังไม่ทันกระทบปากแม่ที่เป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีกก็ใช้งานแล้ว หรือบางบ้านลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ นาน ๆ ทีถึงจะกลับ คนแก่หลายคนจึงตายไปพร้อมความเหงาและจบชีวิตด้วยความเศร้า บางคนกว่าลูกหลานจะเจอศพก็นอนซนอืดหลายวัน “ทำไมเราต้องปล่อยให้โยมที่รักเราอยู่ในสภาพเช่นนั้น ทำไมเราต้องนั่งรอให้โยมมาหา หรือรอเขาจูงศพเข้าวัด”

ดังนั้น คณะสงฆ์จึงต้องปรับตัวเพื่อฟื้นฟูบทบาทของพระสงฆ์ในสังคมไทย ในปี พ.ศ. 2557 กลุ่มศิลาธรรมจึงเข้ากราบสมเด็จพระพุทธชินวงศ์ วัดพิชัยญาติ ซึ่งเป็นพระเถระในคณะสงฆ์และผู้ตั้งกองทุนอุปถัมภ์ภิกษุสามเณรอาพาธโรคไต ในวันปาติโมกข์ เพื่อขอรับการสนับสนุนสมเด็จพระพุทธชินวงศ์เห็นว่า งานดูแลจิตใจเป็นกิจของสงฆ์ ไม่ขัดกับพระธรรมวินัย อีกทั้งยังกู้คืนภาพลักษณ์ของพระสงฆ์ที่ถูกรังแกอย่างดุเดือดในสังคมไทยขณะนั้น พร้อมยกหลัก “อวาสีกรรม” (ธรรมของภิกษุผู้อยู่ประจำวัด) ที่ว่า เมื่ออุบาสกและอุบาสิกาเจ็บไข้ พระสงฆ์ควรดูแลตามสมควรเพื่อตอบแทนที่คนเหล่านี้ช่วยเหลือพระสงฆ์ทางวัตถุ จากนั้นก็เข้ากราบพระเทพสุวรรณเมธี รองเจ้าคณะกรุงเทพฯ ฝ่ายเผยแผ่ ขอให้เป็นที่ปรึกษาของกลุ่ม

กลุ่มพระศิลาธรรมจัดโครงการ “พระเยียวยาใจด้วยธรรมะ” รุ่นแรกได้ก็เพราะพระเทพสุวรรณเมธีสั่งการให้เจ้าคณะเขตและเจ้าคณะแขวงทั่วกรุงเทพฯ ส่งรายชื่อผู้เข้าอบรม 150 รูป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพระระดับสังฆาธิการ ระยะเวลาแรกเป็นการเปิดบ้าน (open house) ทำความรู้จักกับบทบาทของผู้เยียวยา เพียง 1-2 วัน แต่เนื่องจากระยะต่อไปเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติ

และอีกประการคือ การป่วยติดเตียง ซึ่งทำให้โยมที่เคยเข้าวัดเป็นประจำหลายคนหายหน้าไป พระทองใบจึงเอาสังฆทานที่โยมถวายมาแยกประเภทเป็นเครื่องใช้ น้ำยาทำความสะอาด สบู่ ยาสระผม ข้าวสารอาหารแห้ง และโดยเฉพาะที่ซู่และผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบ้านที่มีผู้ป่วยติดเตียง แล้วพาพระลูกวัดออกตระเวนเยี่ยมบ้านของโยมขาประจำ ไม่ใช่อยู่ที่ใด ๆ ก็เดินสู่มื้อสู่มื้อเข้าบ้านใครก็ไม่รู้ เนื่องจากชาวบ้านที่นี่เชื่อว่า “ผ้าเหลืองเยี่ยมผ้าลายตายสถานเดียว” หลายบ้านจึงไม่ยอมให้พระสงฆ์เข้าบ้านโดยไม่จำเป็น แม้การเยี่ยมบ้านไม่ใช่กิจบังคับของสงฆ์ แต่พระทองใบก็เห็นว่า ไม่ขัดต่อพระวินัยและทำไปเพื่อประโยชน์ของโยม ไม่ใช่ของพระ อีกทั้งการเยี่ยมบ้านคนเพื่อเผยแผ่ศาสนาก็มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาลแล้ว (“ที่พระสงฆ์ต้องจำพรรษาช่วงหน้าฝน เพราะเดินเหยียบต้นกล้าของชาวบ้านเสียหายขณะจาริกไปเพื่อสอนธรรม”) พระทองใบยังตระหนักว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่กับศรัทธาที่ตั้งมั่นแล้ว ยึดติดกับบุญเก่า และไม่ออกนอก “คอมฟอร์ตโซน” ทำให้มองไม่เห็นว่ คณะสงฆ์ไทยกำลังเผชิญอุปสรรคและปัญหาอะไร ขณะที่คนรุ่นใหม่ ๆ ถอยห่างจากศาสนามากขึ้นทุกวัน หากพระสงฆ์ไม่บุกเบิกพื้นที่ใหม่ บทบาทในสังคมของพระก็จะลดลง จึงต้องมีพระที่เป็น “ทัพหน้า” กู้คืนศรัทธาที่นับวันยิ่งเลือนหาย “หลวงพี่มีชีวิตทุกวันนี้เพราะอาศัยข้าวโยม เราได้อาหารจากความศรัทธา ไม่ใช่ได้มาเพราะความสงสาร นี่คือการต่างระหว่างพระภิกษุกับขอทาน” นี่อาจเป็นสาเหตุที่ผลักดันให้พระทองใบทำงานพระศิลาธรรม ซึ่งจัดอยู่ในงานสาธารณสงเคราะห์ และมีผลต่อการพิจารณาเลื่อนสมณศักดิ์และตำแหน่งทางปกครอง

ระยะยาวที่ขาดไม่ได้ ในระยะที่สองซึ่งเป็นการฝึกทักษะพื้นฐาน 5-7 วัน จึงเหลือผู้เข้าร่วมเพียง 80 รูป ระยะที่ 3 ซึ่งฝึกปฏิบัติงานจริงในวอร์ดของโรงพยาบาล และมีพระพี่เลี้ยงประกบ (supervision) 7 เดือน ก็เหลือเพียง 60 รูป และเมื่อถึงระยะสุดท้ายที่เป็นการสรุปทเรียนก่อนส่งไปทำงานจริงก็เหลือผู้ผ่านการอบรมเพียง 30 รูปเท่านั้น พระสงฆ์ต้องผ่านการอบรมครบทุกระยะจึงได้รับประกาศนียบัตร ทั้งเพื่อยืนยันความสมัครใจและเพื่อให้กลุ่มศิลาธรรมกลั่นกรองคุณสมบัติคัดพระที่ไม่พึงประสงค์ออก (เช่น พระบางรูปติดเชื้อง่าย ไม่เหมาะกับงานดูแลผู้ป่วย พระบางรูปมีพฤติกรรมและทัศนคติไม่สอดคล้องกับงานดูแลจิตใจของกลุ่ม คือบอกรุณญ แจกวัตถุมงคล หรือดูดวง) อาจเพราะต้องใช้ “ฉันทะ” สูง พระที่ผ่านการอบรมจึงมีไม่มาก (ต่อมาพัฒนาหลักสูตรจนเหลือ 3 เดือน และมีพระที่ผ่านการอบรมราว 3-4 รุ่น) ต่อมาขยายพื้นที่สู่ภาคอื่น ๆ เช่น เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ และนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะเมื่อมีการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาช่วงปี 2559-2560 คณะสงฆ์ระดับจังหวัดก็ส่งพระในสังกัดเข้าอบรมกับกลุ่มศิลาธรรม (สัมภาษณ์, พฤษภาคม 2567)

งานดูแลจิตใจที่สำคัญก็เช่น จิตอาสาข้างเตียงของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากเชื่อกันว่า ความตายของปุถุชนที่ยังไม่นิพพานเปรียบได้กับการเดินทางจากสถานีหนึ่งสู่อีกสถานี (ภพ) ซึ่งโอกาสที่จะเกิดเป็นมนุษย์และมีโอกาสปฏิบัติธรรมอีกชาติมีไม่มากนัก (“เหมือนโยนกิ่งไม้ขึ้นฟ้าให้ตกลงมาปักพื้นดิน”) ดวงจิตสุดท้ายขณะกำลังจะละชั้นธไปหาอัตภาพอื่น ๆ เป็นตัวตัดสินว่า คนนั้นจะไปสู่สุคติหรือทุคติ การมีพระสงฆ์คอยชี้แนะในห้วงเวลานี้จึงสำคัญ อย่างไรก็ตาม พระศิลาธรรมยอมรับว่า ไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าจิตจะไปไหน กระนั้นการดูแลระยะท้ายก็ยิ่งสำคัญต่อจิตใจของญาติและ “เป็นอนุสาวรีย์ความทรงจำระหว่างผู้ป่วยกับญาติในโลกนี้” ดังนั้น พระศิลาธรรมจึงขยายบทบาทดูแลจิตใจของญาติผู้ป่วย และรวมถึงผู้ที่สูญเสียทางกายภาพ ผู้ที่อาการทรุดฉับพลัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยมิได้คาดหมาย กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง กลุ่มผู้ป่วยสูญเสียฉับพลัน กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการพบพระ¹ ด้วย ดังที่พระสุเทพบอกว่า “คนทั่วไปเมื่อป่วยกาย ใจก็จะป่วยด้วย เพราะใจที่ยังอยากจะ

¹ เวลาบ่ายโมงตรง พระสงฆ์สองรูปห่มจีวรแบบคลุมเดินฝ่าแดดของเดือนเมษายนที่ร้อนระอุ จนถึงตึกหอจดหมายเหตุที่ตั้งอยู่ด้านหลังศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ (ชื่อเดิมคือโรงพยาบาลชลประทาน) เปิดประตูกระจกเข้าไปในห้องโถงกว้างที่เปิดแอร์จนเย็นฉ่ำ ด้านซ้ายเป็นโซนอาหารว่างที่มีกระติกน้ำร้อน ซากาแฟสำเร็จรูป น้ำตาล ถ้วยกระเบื้องและอ่างล้างจาน ด้านขวามีเก้าอี้พลาสติกสีขาววางซ้อนกันเป็นชั้นสูง ราว 3-4 แถว ตั้งอยู่หน้าบานหน้าต่างที่ทำจากกระจกใส มุมด้านไกลของห้องมีพระประธานกับโต๊ะหมู่บูชา ส่วนอีกด้านก็มีกระดานขาวและจอสมาร์ตทีวีที่เชื่อมกับ

ทำหลายอย่างยังไม่อยากป่วย แต่ก็พาสังขารไปทำตามความอยากไม่ได้ เมื่อไม่อยู่กับความเป็นจริงว่าร่างกายป่วยแล้ว เขาก็เกิดทุกข์ หน้าทีของพระศิลานธรรมคือทำให้ใจของพวกเราเหล่านี้คลายความอยากลง ทำให้ภาวะปัจจุบันขณะไม่ทุกข์ ในกรณีที่เป็นโรคร้ายแรง ทางการแพทย์มีคำเรียกว่าผู้ป่วยสิ้นหวัง เพราะท่านเหล่านี้ไม่อาจวางใจในชีวิตของตนได้แล้ว ง่ายที่สุดคือบอกกับเขาว่า “ไม่สิ้นหวังหรอกโยม”

แอปพลิเคชันมือถือ พระทั้งสองรูปนั่งลงบนเก้าอี้ไม้สักที่ปูเบาะนวมสีแดงเข้ากับโต๊ะขนาดเล็กที่ใช้วางยาม

พยาบาลสาวร่างใหญ่ในชุดสีขาวใส่หน้ากากอนามัยก้มลงกราบ และเริ่ม “ถวายเคส” คือการรายงานข้อมูลของผู้ป่วยที่ผ่านการซักประวัติและประเมินแล้วว่า ต้องการพบพระ เคสวันนี้เป็นหญิงสาววัย 24 ปี ที่มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ดวงตา และมือทั้งสองข้าง เธอถูกอดีตสามีสาธยายน้ำกรดใส่เพราะความหึงหวง เธอมีลูกวัย 7 ขวบกับสามีคนแรก เมื่อเขาเสียชีวิตก็พบรักกับคนใหม่ แต่อยู่กินกันได้ไม่นานก็มีปากเสียงถึงขั้นลงมือทำร้ายร่างกายและขู่ฆ่า เธอชอบเสื้อผ้าหนีมาทำงานทำเป็นลูกจ้างร้านอาหารกลางคืน วันหนึ่งเขาสืบทราบก็ตามมาสาธยายน้ำกรดจนตาข้างซ้ายมองไม่เห็นและเสียโฉม พยาบาลบอกว่าคนไข้ยังขวัญเสียและไม่พร้อมให้ชายฉกรรจ์ขึ้นไปเจอ ตอนแรกเธอแค่จะขอถวายสังฆทานแล้วก็จบ แต่พระถวรถออยู่คุยด้วยสักพัก เมื่อถามไปเรื่อย ๆ เธอก็น้ำตาแตกออกมา (พระสงฆ์ไม่สามารถเข้าไปรดคนไข้เตียงไหนก็ได้) ขณะที่พระถวรถไป “คลินิกพระคุณเจ้า” พระภิกษุพลก็เปิด “คลินิกรักใจ” อาทิตย์ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 9 เดือน ก็สามารถอบรมพยาบาลทั้งหมดราว 900 กว่าคน วันละ 2 รอบ รอบเช้ากับรอบบ่าย กลุ่มละประมาณ 10 คน ใช้เวลาขั้นต่ำราว 2 ชั่วโมง วางเบาะรองนั่งสีน้ำตาลและผ้าสีเนื้อไว้ปิดตา เป็นรูปวงกลมราว 10 ที่นั่ง รัวหว่างนั้นก็ต้มน้ำร้อนและเตรียมถ้วยชา พระภิกษุพลลงมือรินน้ำร้อนใส่เหยือกชาสีใสอย่างประณีต หัวข้อสนทนาคือปัญหาและความทุกข์ที่เกิดจากภาระงานที่หนักอยู่แล้ว การทำงานดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานและรวมถึงคนในครอบครัว

พยาบาลเป็นกลุ่มคนที่มีภาระงานหนักจากการเข้าเวรหลายชั่วโมง ต้องดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นงานที่หนัก และบางคนไม่ได้รับการบรรจุเป็นพยาบาลประจำด้วยซ้ำ สภาพจิตใจเช่นนี้ส่งผลให้พยาบาลหลายคนให้บริการไม่ดี หน้าบึ้ง พุดห้วน คลินิกนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการเยียวยาใจของบุคลากรการแพทย์ (healing the healer) และรับฟังปัญหาความทุกข์จากการทำงาน (hearing the hearer) กิจกรรมที่เป็นธรรมะนันทนาการ นอกจากน้ำชาภาวนาแล้วยังมีเดินภาวนาและผีเสื้อขยับปีก (ให้ผู้เข้าอบรมฝึกคิดว่าการทำงานของตนเชื่อมโยงกับใครบ้าง พฤติกรรมบางอย่างส่งผลต่อใครบ้าง)

พระสงฆ์กลุ่มนี้ถือว่า การดูแลสุขภาพด้านจิตใจผู้อื่นเป็นการพัฒนาภายในของตนเองไปพร้อม ๆ กัน¹ สอดคล้องกับการปฏิบัติกิจของสงฆ์ รวมทั้งยังดึงคุณสมบัติพื้นฐานของพระสงฆ์คือ เมตตา กรุณา และเสียสละ มาทำงานบรรเทาทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ พระสุเทพบอกว่า “อันที่จริงถ้าถอดคำว่าคิลานธรรมออก สิ่งที่เราทำคือความเป็นพระ”

4.5 สรุปท้ายบท

ในบทนี้ ผู้เขียนแสดงให้เห็นการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทยจากการเน้นเรื่องการรักษาโรค สู่แนวคิด “สุขภาพะ” ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม และกำจัดปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อรับมือกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กลายเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพและภาระงบประมาณของรัฐ

รัฐได้ปรับบทบาทและขยายขอบเขตการกำกับดูแล โดยตั้งหน่วยงานราชการ องค์การมหาชน และภาคประชาสังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งมีกลไกเชิงสถาบัน เช่น สมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพ ที่เปลี่ยนวัดให้กลายเป็น “สุขภาพะศาสนสถาน” กระบวนการแทรกแซงของรัฐยังปรากฏผ่านการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพอย่างละเอียด การกำหนดมาตรฐานสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการผลิตบุคลากรเฉพาะทางอย่างพระคิลานุปัฏฐากและพระคิลานธรรม

ทั้งหมดนี้ทำให้พระสงฆ์กลายเป็นร่างกายที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ ในฐานะประชากรรัฐต้องจัดการสุขภาพ เพื่อการลดงบประมาณและการสนับสนุนการพัฒนาประเทศ โดยขณะเดียวกันก็วางบทบาทให้พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ถ่ายทอดความรู้ผ่านพระธรรมเทศนา ซึ่งสะท้อนการขยายอำนาจเหนือชีวิตผ่านกลไกทางศาสนา

บทต่อไป ผู้เขียนจะสืบสาวให้เห็นชุดของความรู้ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง รวมถึงเครื่องมือ และตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่ร่วมกันประกอบสร้างให้พระสงฆ์กลายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่รัฐต้องบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

¹ “จิตมนุษย์ถ้าฝึกมาดีก็พร้อมสำหรับการจากลา ฝึกไม่ดีก็หวาดหวั่นเป็นธรรมดา ห่วงบ้าน ห่วงหมาแมว ห่วงครอบครัว ห่วงชีวิต ไม่อยากตาย ความไม่อยากนั้นแหละคือความทุกข์ เราต้องปลดปล่อยเขาจากบ่วงนี้” พระคิลานธรรมรูปหนึ่งกล่าว

บทที่ 5

สงฆ์ไทยใกล้โรค: พระสงฆ์ ประชากรกลุ่มเสี่ยง

เวลาเช้าตรู่ของเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โต๊ะยาวสีขาวในห้องประชุมของวัดแห่งหนึ่งกลางชุมชนเกษตรกรรมในจังหวัดลพบุรี ถูกจัดเรียงเป็นแถวโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4-5 คน ซึ่งค่อย ๆ วางอุปกรณ์ตรวจสุขภาพทีละชิ้น ตั้งแต่เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องฟังชีพจร และชุดเจาะเลือดปลายนิ้วสำหรับวัดระดับน้ำตาล ในเวลาไม่นาน พระสงฆ์ 40-50 รูป ก็ทยอยเดินทางมาถึงจุดตรวจ และเริ่มเข้ารับการตรวจทีละรูป

พระคิลานุปัฏฐากระดับแกนนำรูปหนึ่งปฏิบัติงานร่วมกับ อสม. เมื่อพระสงฆ์วัย 60 ปี ซึ่งมีโรคประจำตัวหลายชนิด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ และเบาหวาน ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ผลปรากฏว่าค่าสูงถึง 177 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐาน พระคิลานุปัฏฐากได้ให้คำแนะนำเรื่องการคุมอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล พร้อมเตือนให้หลีกเลี่ยงการฉันทอาหารที่อาจกระตุ้นระดับน้ำตาล พระรูปนี้บอกว่าปกติก็พยายามคุมอาหารอยู่แล้ว แต่ในเช้าวันนั้นระหว่างออกบิณฑบาต ชาวบ้านแถบนี้ซึ่งทำไร่อ้อย ได้ถวายน้ำอ้อยให้ท่าน จึงรู้สึกลำบากใจ หากไม่ฉัน พระอีกรูปอายุราว 30 ปี พบว่ามีค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 160/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือดก็เกินเกณฑ์เช่นกัน ท่านจึงได้รับคำแนะนำให้ลดการฉันทน้ำปานะหวาน ๆ เช่น น้ำส้มสแปลช เป๊ปซี่ และกาแฟกระป๋อง ในขณะที่พระรูปหนึ่งซึ่งมีอายุ 69 ปี กลับมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ถือว่าควบคุมได้ดีสำหรับวัยของท่าน คือ 168/45.5 มิลลิเมตรปรอท อีกทั้งยังออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 วัน พระคิลานุปัฏฐากจึงกล่าวชมว่า ดูแลร่างกายดี ส่วนพระสงฆ์รูปอื่นที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ “เสี่ยง” จะได้รับคำแนะนำให้งดอาหารที่ส่งผลต่อร่างกาย และเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น บางครั้งพระคิลานุปัฏฐากยังตั้งคำถามกับพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจร่างกายว่า “รักชีวิตหรือรักโยมมากกว่ากัน?” และยังทิ้งท้ายแบบติดอารมณ์ขันว่า “ถ้าดูแลร่างกายได้ดี หุ่นสมารต์ โรคภัยไม่มีแล้ว ระวังสีกาจะตามมาหาถึงวัดนะ”

เหตุการณ์นี้ไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมตรวจร่างกาย แต่คือส่วนหนึ่งของโครงการ “พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ระดับปฏิบัติงาน” ซึ่งดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 9 จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี พิษณุโลก ตรัง อุบลราชธานี นครราชสีมา ศรีสะเกษ กรุงเทพฯ นนทบุรี และฉะเชิงเทรา จังหวัดละ 40 รูป รวมทั้งสิ้น 360 รูป พระสงฆ์ที่เข้าร่วมในครั้งนี้ได้รับการคัดเลือกจากสามกลุ่มหลัก คือ พระสาธารณสงเคราะห์ พระคิลานุปัฏฐาก และพระคิลานุธรรม เพื่อพัฒนาให้เป็น “คีย์แมน” ในการสร้างสังคมสุขภาวะระดับจังหวัด นอกจากเสริมศักยภาพเฉพาะบุคคลแล้ว ยังรวมถึงการจัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับจังหวัดที่มีภารกิจในการจัดการปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งเผชิญปัญหา

ความเจ็บป่วย สูงวัย และขาดการดูแล กิจกรรมนี้ยังถือเป็นกลไกหนึ่งของการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ระยะที่ 3 ของฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560* ที่สนใจ ความเปราะบางทางสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในทศวรรษ 2560 สะท้อนว่า ในช่วงสองทศวรรษ ที่ผ่านมา แนวทางการจัดการสุขภาพของรัฐไทยได้เปลี่ยนจากบทบาทผู้ให้บริการทางการแพทย์สู่ การเป็นผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ ที่ประสานพลังกับภาคีส่วนต่าง ๆ ในสังคมไทยเพื่อสร้าง “สังคมสุขภาพ” อย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติและแนวทางระดับโลกจากองค์การอนามัยโลก ธรรมนูญสุขภาพ พระสงฆ์แห่งชาติคือหลักฐานยืนยันว่า การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในพื้นที่โรงพยาบาลหรือใน ชีวิตของประชากรทั่วไป แต่ยังสามารถขยายเข้าสู่อารมและชีวิตพระสงฆ์ ซึ่งเคยมีบทบาททางศาสนาและ เป็นกลไกของรัฐ ก็มีอีกสถานภาพคือเป็น “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” ด้านสุขภาพที่รัฐจำเป็นต้องจัดการ โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศไทยเผชิญแรงกดดันจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย อัตราการเกิดลดต่ำลง และจำนวนผู้ป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น จนนำไปสู่การผลักดันแนวทางส่งเสริมให้ทุกคนมี ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (all for health) ซึ่งเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ และ หน่วยงานอย่าง สสส. เข้ามามีบทบาทร่วมกันจัดการสุขภาพของประชากร รวมถึงพระสงฆ์

ในบทนี้ ผู้เขียนต้องการศึกษาพลวัตของชุดความรู้ที่ประกอบสร้างให้พระสงฆ์กลายเป็น “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน โดยพิจารณาว่า ตัวชี้วัด โรค สถิติ และวิธีการตรวจ ประเมินต่าง ๆ กลายเป็น “ปัจจัยเสี่ยง” ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเข้ามามีอิทธิพลต่อการอบ การจัดการสุขภาพยุคใหม่อย่างไร รวมถึงวิธีที่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ส่งผลต่อบทบาท วัตรปฏิบัติ และสถานะของพระสงฆ์ในสังคมไทย

5.1 จากโรคติดต่อ สูโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: หนึ่งโลก หนึ่งสุขภาพะ

ย้อนกลับไปในช่วงแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขไทย คือ ฉบับที่ 1-3 (พ.ศ. 2504-2519) โรคที่รัฐให้ความสำคัญคือโรคติดต่อ เช่น วัณโรค มาลาเรีย โรคเรื้อน และ คุชชิตโรค รวมถึงเร่งสร้างโรงพยาบาลและสถานอนามัย ผลิตบุคคลากรทางการแพทย์ และกระจาย กำลังคนไปพื้นที่ชนบท ควบคู่ไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในช่วงเดียวกัน ความเจ็บป่วยของพระสงฆ์ก็มักเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อรุนแรง ดังที่สถิติ ในช่วงเปิดทำการ 2 ปีแรกของโรงพยาบาลสงฆ์ สะท้อนว่า พระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อาพาธ

ด้วยวิธโรค บางรูปมีอาการรุนแรงถึงขั้นอาเจียนเป็นเลือด แม้โรงพยาบาลไม่อาจปฏิเสธการรักษา แต่การดูแลผู้ป่วยวิธโรคต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงและระยะเวลาานาน ส่งผลให้เตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลเหลือน้อยลง และจำเป็นต้องแยกพื้นที่ดูแลเฉพาะเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ จึงจำกัดโอกาสในการรักษา พระอาพาธด้วยโรคอื่น พระสงฆ์อาพาธวิธโรคที่ต้องพำนักระยะยาวยังสร้างปัญหามากกว่ากลุ่มอื่นที่มารับบริการแบบชั่วคราว เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจึงจำแนกพระสงฆ์อาพาธวิธโรคออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ที่อาพาธหลังบวชเนื่องจากขาดการระมัดระวังสุขภาพ และผู้ที่ป่วยตั้งแต่ยังเป็นฆราวาสแล้วบวชเพื่อหวังได้รับการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มหลังนี้ ซึ่งมักจะยังไม่ผ่านการอบรมในพระธรรมวินัย บางรูปถึงขั้นขอบวชแล้วเข้ารับการรักษาในวันรุ่งขึ้นทันที จึงยังมี “นิสัยฆราวาส” ติดอยู่และสร้างความยุ่งยากแก่โรงพยาบาลเป็นพิเศษ

เมื่อโรงพยาบาลสงฆ์ขาดแคลนพื้นที่รองรับ จึงประสานกับกรมอนามัยเพื่อจัดตั้งตึกพระอาพาธวิธโรคโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลวิธโรคกลาง จังหวัดนนทบุรี จากนั้นจึงย้ายพระอาพาธวิธโรคจากโรงพยาบาลสงฆ์ไปพักที่นั่น พร้อมจัดสรรสิ่งของและค่าใช้จ่ายเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี ตึกดังกล่าวก็เต็มอีกครั้ง คณะกรรมการโรงพยาบาลสงฆ์จึงประชุมร่วมกับกองควบคุมโรค กรมอนามัย และดำเนินการสร้างกุฏิพักพื้น 5 หลัง ที่วัดลานนาบุญ ซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลวิธโรคประมาณ 3 กิโลเมตร กุฏิแต่ละหลังมี 2 ห้อง พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐาน เช่น ห้องน้ำ ระบบไฟฟ้า และถังน้ำดื่มน้ำใช้ประจำกุฏิ เพื่อให้การรักษาโรคติดต่อดังนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในช่วงต้นทศวรรษ 2500 ความกังวลของรัฐบาลไทยเริ่มขยายไปสู่ประเด็นด้านประชากร โดยเฉพาะอัตราการเพิ่มของประชากรที่สูงขึ้น ตามคำแนะนำของธนาคารโลก และองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID)¹ ที่มองว่า การมีจำนวนประชากรมากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาความยากจน การขาดแคลนที่อยู่อาศัยและที่ดินทำกิน รวมถึงการเคลื่อนย้ายของแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองจนความแออัด รัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ จึง

¹ นับตั้งแต่ทศวรรษ 2500 องค์กรบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Operations Mission: USOM) สนับสนุนการวางแผนและพัฒนาระบบสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทไทยหลายโครงการ เช่น โครงการลำปาง โครงการบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โครงการสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มแพทย์ที่บุกเบิกการทำงานในชนบทในช่วงนี้ เช่น นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์กำธร สุวรรณกิจ นายแพทย์สมบุญ วัชรโรทัย นายแพทย์อมร นนทสุด นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ยังไม่มีการรวมกลุ่ม และใช้ความสามารถเฉพาะตัวแก้ไขปัญหา (สันติสุข โสภณสิริ, 2549, น. 36; วรรณฤย เสนาสู, 2559, น. 35-36)

กำหนดนโยบายประชากรเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) รณรงค์ให้มีการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดประชากร¹ และตั้งเป้าจะลดอัตราการเกิดลงจากร้อยละ 3.1 ให้เหลือร้อยละ 2.5

แม้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะต้นทั้งสามฉบับจะมุ่งสร้างสถานพยาบาล พัฒนาบุคคลากร และยกระดับเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขและการแพทย์ เพื่อลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคติดต่อร้ายแรง เช่น กาฬโรค ฝีดาษ และอหิวาตกโรค แต่ในทางปฏิบัติ ประชากรไทยในชนบทส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะการป้องกันและรักษาโรคที่ควบคุมได้ เช่น โรคอุจจาระร่วงจากการดื่มน้ำไม่สะอาด ภาวะทุพโภชนาการจากการขาดโปรตีนและวิตามิน รวมถึงขาดพลังงาน โรคคอพอกจากการขาดไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคในแม่และเด็ก โรคบาดทะยัก โรคช่องปากและฟัน

¹ นับตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1947 สหประชาชาติได้ตั้ง “คณะกรรมการประชากร” ขึ้นโดยมีเป้าหมายหลักคือการควบคุมอัตราการขยายตัวของประชากรในประเทศโลกที่สาม เมื่อถึงทศวรรษ 1960 ก็มีผู้เสนอแนวคิดการระเบิดของประชากร (population explosion) ที่อธิบายว่าการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วจนเกินควรนี้จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และทำให้ประเทศยากจนลง ในช่วงเวลาเดียวกัน รัฐบาลสหรัฐอเมริกาตั้งสภาประชากร (Population Council) ซึ่งร่วมมือกับสหประชาชาติ มูลนิธิฟอร์ด มูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ และสหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation: IPPF) เพื่อสนับสนุนเงินทุน ความรู้ และบุคลากรแก่ประเทศกำลังพัฒนาในพื้นที่ยุทธศาสตร์ เช่น อินเดีย บังคลาเทศ ปากีสถาน ไนจีเรีย เม็กซิโก ฟิลิปปินส์ บราซิล และไทย โดยมีเป้าหมายทั้งควบคุมประชากรและต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ (ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, 2566)

ในกรณีของประเทศไทย ได้รับเงินจากหลายแหล่ง ได้แก่ โครงการวางแผนครอบครัวของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UN Population Fund: UNPFA) ธนาคารโลก IPPF และ USAID ตั้งแต่ปี 1965 (พ.ศ. 2508) เพื่อดำเนินโครงการคุมกำเนิดโดยสมัครใจ จัดงานสัมมนาวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากร ตั้งศูนย์วิจัยประชากรและสังคม ในคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2509) ตั้งศูนย์วางแผนครอบครัวในคณะแพทยศาสตร์ของศิริราชจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และรามธิบดี (พ.ศ. 2507-2508) นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนงานวิจัยภาคสนาม เช่น โครงการโพธาราม (พ.ศ. 2507-2510) ของสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่า หญิงไทยในชนบทมีความต้องการคุมกำเนิด แต่ยังเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข ดังนั้น รัฐจึงต้องช่วยเหลือ (ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี, 2566)

ตลอดจนความเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุและยาเสพติด เพื่อลดช่องว่างดังกล่าว รัฐบาลพลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ จึงประกาศ “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” ในแผนพัฒนาฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อพัฒนาสุขภาพกับองค์การอนามัยโลก โดยมีเป้าหมายสร้างระบบสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วม และครอบคลุมการป้องกันโรค รัฐบาลตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติเป็นกลไกกลางในการฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความนับถือในชุมชน เช่น ผู้นำหมู่บ้าน ผู้อาวุโส และพระสงฆ์ เพื่ออบรมความรู้เกี่ยวกับโรคท้องถิ่น การดูแลบ้านเรือนให้สะอาด การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มแม่และเด็ก อสม. ยังได้รับการฝึกให้ปฐมพยาบาล ฉีดวัคซีนป้องกันโรค อาทิ โปлио บาดทะยัก วัณโรค (วัคซีนบีซีจี) และปลุกผี รวมทั้งยังต้องวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ติดตามพัฒนาการของเด็กแรกเกิด และแจกยาคุมกำเนิดด้วย แม้ไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน รัฐและองค์การระหว่างประเทศก็ให้การสนับสนุนการฝึกอบรมและมอบอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แบบเรียน คู่มือการทำงาน และกระเป๋า นอกจากนี้ รัฐยังผลักดันให้ตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี อสม. ทำหน้าที่จัดซื้อและแจกจ่ายยาสามัญประจำบ้าน พร้อมทั้งส่งเสริมโครงการจัดหาน้ำสะอาด เช่น ขุดบ่อบาดาล สร้างระบบประปา และถังเก็บน้ำประจำสถานที่สำคัญของชุมชน อาทิ วัด มัสยิด โรงเรียน โรงพยาบาล และบ้านเรือน โครงการสาธารณสุขมูลฐานไม่เพียงออกแบบให้คนในชุมชนบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้ทรัพยากรท้องถิ่น เช่น ยาสมุนไพร แพทย์แผนไทย-แผนจีน แต่ยังพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่อาการหนักและต้องรักษาด้วยอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีระดับสูงไปยังโรงพยาบาลระดับอำเภอและจังหวัด โดยมี อสม. เป็นผู้ประสานการรักษากับเจ้าหน้าที่ของรัฐ¹ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2562; พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553; สันติสุข โสภณสิริ, 2555)

¹ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานระหว่างรัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) กับชุมชน (อสม.) คือ กลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนในโรงพยาบาลประจำอำเภอ แพทย์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาแพทย์ที่เซ็นสัญญาใช้ทุนระยะ 3 ปี ตามระเบียบกระทรวงฯ ที่ออกมาในช่วงทศวรรษ 2510 เพื่อแก้ปัญหาสมองไหล เมื่อนักเรียนแพทย์จำนวนมากไม่ยอมทำงานในไทย เนื่องจากค่าตอบแทนต่ำและสภาพแวดล้อมการทำงานหนัก หลายคนจึงหนีไปเรียนต่อและทำงานในสหรัฐอเมริกา ซึ่งในขณะนั้นต้องการแพทย์ไปประจำการในสมรภูมิทั่วโลกในช่วงสงครามเย็น (วรัญญู เสนาสุ, 2559, น. 35)

เมื่อแพทย์ชนบทต้องทำงานในสภาพแวดล้อมทุรกันดาร ขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร พวกเขาจึงรวมกลุ่มเป็น “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ในปี พ.ศ. 2519 เพื่อแลกเปลี่ยนปัญหา

โครงการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากแนวทาง Primary Health Care (PHC) ขององค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ที่ตั้งเป้าจะทำให้ประชากรทั่วโลกเข้าถึงบริการด้านสุขภาพถ้วนหน้า ตามแนวคิด “Health for All” ในคำประกาศอัลมา อาตา (Alma-Ata Declaration) ปี พ.ศ. 2521 (ค.ศ. 1978) องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้รัฐบาลสมาชิกจัดบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุม ประหยัด และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมร่วมมือกับหน่วยงานนอกภาครัฐ เช่น องค์การระหว่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) นโยบายนี้วางเป้าหมายให้ประชากรโลกมีสุขภาพภายในปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000)¹ ในปีเดียวกัน

และแนวทางการทำงาน แต่ก็ต้องสลายตัวหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม ต่อมาในปี พ.ศ. 2521 ก็ได้รวมกันอีกครั้งในนาม “ชมรมแพทย์ชนบท” เพื่อสรุปอุปสรรคในปฏิบัติงาน ส่งต่อข้อเสนอไปยังกระทรวงฯ จัดทำคู่มือ ฝึกอบรม และเป็นพี่เลี้ยงให้แพทย์รุ่นน้องที่ต้องรับตำแหน่งบริหารในโรงพยาบาลอำเภอ เพื่อยกระดับการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน มีกลุ่ม “มูลนิธิหมอชาวบ้าน” เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2522 โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านกิจกรรมสี่อรรถรงค์ เช่น นิตยสาร *หมอชาวบ้าน* วารสาร *คลินิก* ซึ่งให้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ประยุกต์ง่ายสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ รวมถึงจัดทำโปสเตอร์เผยแพร่ความรู้ ขณะเดียวกันก็มีการจัดตั้ง “มูลนิธิแพทย์ชนบท” ในปี พ.ศ. 2525 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2559, น. 151-153, น. 210; วรัญญู เสนาสู, 2559, น. 36)

¹ อย่างไรก็ตาม โครงการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกถูกวิจารณ์ว่า เป็นแนวคิดที่อุดมคติเกินไป ขาดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และไม่น่าจะทำได้ตามที่กำหนด ในปีถัดมา (ค.ศ. 1979) มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์จึงสนับสนุนการประชุมที่เมืองเบลลาจีโอ ประเทศอิตาลี โดยมีผู้เข้าร่วม เช่น ธนาคารโลก มูลนิธิฟอร์ด USAID และ UNICEF ภายในงานประชุมครั้งนี้ มีผู้เสนอโครงการสาธารณสุขมูลฐานแบบเลือกทำ (selective primary health care) ซึ่งเน้นการควบคุมโรคในประเทศกำลังพัฒนาด้วยวิธีการที่เรียบง่าย ต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิภาพและสามารถวัดผลได้ โดยเฉพาะโรคในเด็กแรกเกิด โรคขาดสารอาหาร และโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ต่อมา มีการเสนอเครื่องมือจัดการโรคในประเทศกำลังพัฒนาที่เรียกว่า GOBI ซึ่งประกอบด้วย การติดตามพัฒนาการของเด็ก (Growth monitoring) การให้เกลือแร่ทางปาก (Oral rehydration) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breast-feeding) และการสร้างภูมิคุ้มกัน (Immunization) ภายหลังแนวทางนี้ได้ขยายเป็น GOBI-FFF โดยเพิ่มการให้อาหารเสริม (Food supplementation) การส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้าถึงการศึกษาศึกษา (Female literacy) และการวางแผนครอบครัว (Family planning) ดูเพิ่ม (Cueto, 2004)

ธนาคารโลกจัดทำ *รายงานการพัฒนาโลก (World Development Report)* ซึ่งเป็นบทวิเคราะห์แนวทางการเปลี่ยนผ่านสู่เศรษฐกิจแบบตลาดสำหรับประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศในแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชียที่เคยเป็นอาณานิคม รวมถึงยุโรปตะวันออกที่เคยอยู่ภายใต้เศรษฐกิจแบบวางแผนของคอมมิวนิสต์ พร้อมตั้งแผนก “ประชากร สุขภาพ และโภชนาการ” (Population, Health, and Nutrition Department) เพื่อให้เงินกู้สำหรับนโยบายสุขภาพในปีถัดมา (Farmer et al., 2013, p. 77)

แม้ประเทศไทยจะเผชิญกับวิกฤตน้ำมันและภาวะเศรษฐกิจตกต่ำที่ทำให้เงินเฟ้อและสินค้าแพงขึ้น ในปี พ.ศ. 2523 (ค.ศ. 1980) รัฐบาลยังคงสานต่อโครงการสาธารณสุขมูลฐานเรื่อยมา เช่น สร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอครบทุกแห่ง ยกกระดับสำนักงานผดุงครรภ์เป็นสถานอนามัย และเพิ่มจำนวน ซึ่งถูกผนวกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชนบทในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ในยุครัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ยังมีโครงการสร้างงานในชนบท (กสช.) พ.ศ. 2523 และคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) พ.ศ. 2526 เพื่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานในช่วงฤดูแล้ง เช่น ถนน สะพาน ฝาย พังกั้นน้ำ สระเก็บน้ำ บ่อบาดาล น้ำประปาหมู่บ้าน ยุ้งฉาง และคอกสัตว์ เพื่อป้องกันการอพยพเข้าสู่เมืองใหญ่ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาสังคม การขาดแคลนสาธารณสุขโรค และการจราจร เมื่อแต่ละหมู่บ้านผลิตอาหารที่จำเป็น เช่น ข้าว ปลา ไข่ไก่ ได้มากขึ้น ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 อัตราการขาดสารอาหารในเด็กก็ลดลงอย่างชัดเจน

ในทศวรรษ 2520-2530 ความรู้ทางระบาดวิทยาเริ่มหันเหจากโรคติดเชื้อไปสู่โรคไร้เชื้อเรื้อรัง ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคและการลดลงของกิจกรรมทางกายภาพ ตามทฤษฎี “การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา” (epidemiologic transition) ซึ่งอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่ประเทศกำลังพัฒนาเผชิญกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการระบาดของโรคอ้วน (obesity epidemics) องค์การอนามัยโลกจึงส่งเสริมให้ประเทศสมาชิก พัฒนาแนวทาง Primary Health Care (PHC) ที่เน้นกิจกรรมสุขภาพพื้นฐาน เช่น โภชนาการที่เหมาะสม การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การให้ภูมิคุ้มกัน รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชน ในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ธนาคารโลกจัดทำรายงาน *ภาระโรคในระดับโลก (Global Burden of Disease; GBD)* ซึ่งชี้ให้เห็นผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องรับมือกับโรคติดเชื้อและภาวะโภชนาการบกพร่อง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพร้อม ๆ กัน ส่งผลต่อทรัพยากรและงบประมาณของรัฐอย่างมาก

ในปี พ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) การประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขประเทศสมาชิกเข้าร่วม ก็ได้มี

มติให้ประกาศใช้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) สนับสนุนการสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health) ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยครอบคลุมมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมคู่กับสุขภาพทางกาย¹ พร้อมเสนอให้รัฐกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อาทิ นโยบายควบคุมบุหรี่และสุรา ส่งเสริมเกษตรปลอดสารพิษ การวางผังเมืองที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน สร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนสุขภาพ เช่น สถานที่ปลอดบุหรี่ รวมถึงปรับโครงสร้างบริการสาธารณสุขจากระบบรักษาเป็นระบบป้องกัน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขของรัฐทำหน้าที่สนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ตั้งองค์การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ (health promotion agency) (World Health Organisation, 1986; วรรณุญ เสนาสุ, 2559, น. 64)

ในกรณีของไทยตอนต้นทศวรรษ 2530 รัฐเริ่มลดบทบาทลง และส่งเสริมภาคเอกชนในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้น โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมผลิตเพื่อส่งออกและการท่องเที่ยว มีการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมและท่าเรือน้ำลึกในพื้นที่ชายฝั่งตะวันออก เช่น ชลบุรีและระยอง ซึ่งอยู่ใกล้แหล่งแรงงานราคาถูกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงธุรกิจสุขภาพของเอกชนเมื่อถึงช่วงปลายทศวรรษ ไทยเข้าสู่ยุคเปลี่ยนผ่านสู่ประเทศกำลังพัฒนา จากการขยายโอกาสทางการค้าและการลงทุนระดับโลกที่ทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโต² ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6-7 รัฐไทยเริ่มเน้นการลงทุนใน “ทรัพยากรมนุษย์” เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลก เช่น ขยายการศึกษาขั้นพื้นฐานจาก 6 ปี เป็น 9 ปี ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีอัตราเจริญพันธุ์สูง (กลุ่มชาวเขา กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม) และจัดการโรคสมัยใหม่ที่คุกคามแรงงาน เช่น โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ มะเร็ง อุบัติเหตุบนถนน และยาเสพติด พร้อมกับรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา นอกจากนี้ รัฐยังออกกฎหมายประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานจำนวนมากสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ และในปี พ.ศ. 2535 ได้ออก

¹ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinant of health: SDH) ตามกฎบัตรออตตาวา ได้แก่ ที่พักอาศัย อาหาร รายได้ การศึกษา ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ สังคมที่ยุติธรรมและเท่าเทียม และสันติภาพ (วรรณุญ เสนาสุ, 2559, น. 64)

² สหภาพยุโรปรวมประชาคมเศรษฐกิจเป็นตลาดเดียวกันในปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) มีประเทศยุโรปตะวันออกที่เคยใช้ระบบสังคมนิยมเข้าร่วม และมีข้อตกลงการค้าเสรีอเมริกาเหนือ (NAFTA) ในปี พ.ศ. 2537 (ค.ศ. 1994)

พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนถึงการผลักดันนโยบายส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง

เมื่อถึงทศวรรษ 2540 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการนิยามใหม่ในฐานะ “ภาระ” ด้านสาธารณสุขที่สำคัญของไทย ร่วมกับโรคเอดส์ อุบัติเหตุทางถนน และปัญหายาเสพติด โดยในปี พ.ศ. 2542 ประเทศไทยสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) รวมกว่า 9.5 ล้านปี (เพศชาย 5.6 ล้านปี เพศหญิง 3.9 ล้านปี) ซึ่งมีสัดส่วนมาจากโรคติดต่อ ร้อยละ 28 โรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 58 และการบาดเจ็บ ร้อยละ 14 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

สถานการณ์นี้สะท้อนความกังวลของรัฐต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากโลกาภิวัตน์ วัตุนิยม และบริโภคนิยม ซึ่งปรากฏชัดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) อย่างไรก็ตาม วิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทำให้รัฐบาลไทยต้องกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund: IMF) และดำเนินมาตรการรัดเข็มขัดทางการเงิน ลดขนาดระบบราชการ และงบประมาณหลายด้าน รวมถึงด้านสุขภาพ การปฏิรูปสุขภาพในช่วงนี้จึงเน้นการระดมพลังจากภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมภายใต้แนวคิด “All for Health” มากกว่าจะพึ่งระบบราชการ ซึ่งนอกจากไม่มิงงบประมาณแล้วยังรวมศูนย์อำนาจขาดประสิทธิภาพ และมีการทุจริต เริ่มตั้งแต่การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การส่งเสริมบทบาทชุมชน (เศรษฐกิจฐานราก/เศรษฐกิจชุมชน) สถาบันครอบครัว โรงเรียน และองค์กรทางศาสนา ตามที่ระบุในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 การผ่อนคลายกฎระเบียบให้ภาคธุรกิจ ตลอดจนการสนับสนุนให้พลเมืองไทยทุกคนดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ คนพิการ และผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต พื้นฟูประเทศจากสภาวะวิกฤต และทำให้สังคมไทยพึ่งตนเองได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

อาจกล่าวได้ว่า การปฏิรูปเหล่านี้ส่งผลให้ภูมิทัศน์สาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) และฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เปลี่ยนไป รัฐทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดทิศทาง และกระตุ้นภาคธุรกิจและภาคประชาสังคมเข้าร่วมสร้างสังคมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรณรงค์ลดการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม การควบคุมเหล้าและบุหรี่ มีการตั้งหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)¹ เพื่อขับเคลื่อนการวิจัยและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิรูปสุขภาพตลอดช่วง

¹ สสส. ก่อตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มีภารกิจหลักในการผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และให้ทุนแก่หน่วยงานต่าง ๆ และภาคประชาสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ ปรับสภาพแวดล้อมให้

ทศวรรษ 2540 บรรลุผลเมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งตรงกับ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ถึงตอนนี้รัฐไทยสามารถสร้าง หลักประกันสุขภาพให้ประชากรไทยร้อยละ 96.3 ครอบคลุมทั้งสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และ บัตรทอง

อย่างไรก็ตาม การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ส่งผลให้ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้น จาก 127,534 ล้านบาท เป็น 388,939 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 และยัง ทำให้รัฐหันมากังวลกับโรคไร้เชื้อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะอ้วนและ น้ำหนักเกินในทุกช่วงวัย พฤติกรรมบริโภคน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมเกินมาตรฐาน รวมถึงการเคลื่อน สู่สังคมผู้สูงวัย ซึ่งนอกจากจะยิ่งซ้ำเติมปัญหาโรคไร้เชื้อเรื้อรังแล้ว ยังสร้างภาระพึ่งพิงแก่ประชากร วัยทำงานและบริการทางสังคมของรัฐ¹

เมื่อต่อคุณภาพชีวิต อันเป็นกลไกในการลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การจัดตั้ง สสส. สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งตลอดทศวรรษ 2530 ได้สนับสนุนให้สมาชิก ตั้งหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิคตอเรีย (VicHealth) ซึ่งเป็น องค์การอิสระภายใต้กำกับของรัฐที่มุ่งควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นต้นแบบสำคัญ สสส. ดำเนิน โครงการต่าง ๆ โดยใช้งบประมาณก้อนโตจาก “ภาษีบาป” (sin tax) ซึ่งจัดเก็บจากสินค้าและบริการ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือศีลธรรม เช่น เหล้าและบุหรี่ ตัวอย่างเช่นในปี พ.ศ. 2564 สสส. มี รายได้จากแหล่งนี้ประมาณ 4,000 ล้านบาท องค์กรนี้ยังใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาหรือ “ไตรพลัง” ที่ผสมความรู้จากงานวิจัย การผลักดันนโยบายสาธารณะ และความร่วมมือกับภาคี เครือข่ายจากภาคประชาสังคมและชุมชน เพื่อร่วมกันสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 2-3; มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551, น. 92; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2564, น. 6-10)

¹ นอกจากนี้ ภัยคุกคามสุขภาพประชากรไทยยังมาจากโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ อาทิ ไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) และไข้หวัดใหญ่ ที่มาพร้อมการเคลื่อนย้าย ของคน สินค้า และเงินทุนอย่างเสรี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจึงถูกออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ เหล่านี้ โดยอาศัยทุนทางสังคมและการสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพชุมชนผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพ และสมัชชาสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่เน้นสร้างแกนนำสุขภาพในระดับชุมชน โดยเฉพาะบุคลากรทาง ศาสนาที่นอกจากถูกเรียกร้องให้ร่วมสร้างสังคมสุขภาวะแล้วยังต้องสร้างประชากรไทยให้เป็นคนดี มีศีลธรรม รู้เท่าทันวัฒนธรรมตะวันตก และมีจิตสำนึกรักสถาบันหลักของชาติด้วย

ในทศวรรษ 2550 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นฆาตกรรายใหญ่ที่สุดของโลก เฉพาะในปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) โรคเหล่านี้คร่าชีวิตประชากรโลกร้อยละ 63 และส่วนใหญ่ก็เป็นประชากรของประเทศกำลังพัฒนา ในกรณีของไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังราว 320,000 คนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า “โรควิถีชีวิต” เหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การกินอาหารหวานมันเค็ม ไม่ออกกำลังกาย และความเครียด จึงประกาศ Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2008-2013 เป็นแนวทางป้องกันและควบคุมโรคที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อม (กรมควบคุมโรค, 2560; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ม.ป.ป.)

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะและสร้างภาระทางการคลังแก่ระบบสาธารณสุขไทย รัฐบาลจึงประกาศใช้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งจัดทำตามแนวทาง Global Action Plan 2013-2020 ขององค์การอนามัยโลก และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ (คสช.) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) ของสหประชาชาติ แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งพัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สร้างเครือข่ายถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคและการลดปัจจัยเสี่ยง พัฒนาแกนนำด้านสุขภาพ (health leader) ในชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น การรณรงค์ให้รู้เท่าทันสุขภาพ การคัดกรองโรค การเฝ้าระวังระดับท้องถิ่น และการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบด้านสุขภาพในสถานที่ราชการ สำนักงาน สถานศึกษา สถานประกอบการ และศาสนสถาน เพื่อปรับพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพิ่มช่องทางสื่อสารหลายรูปแบบ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต เฟซบุ๊ก และไลน์ พร้อมพัฒนาสื่อที่ย่อข้อมูลวิชาการเป็นภาพ (infographic) ให้เข้าใจตามกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงจัดระบบข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ สำหรับเฝ้าระวังเฉพาะจุด (sentinel surveillance) และระบุประชากรกลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยง และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ในระดับบริการ ยังมีการจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรงพยาบาล พร้อมจัดทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแล ฟื้นฟู และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น คลินิกบำบัดรักษาผู้ติดสุรา/ยาสูบ คลินิกรักษาภาวะอ้วน และคลินิกคลายเครียด (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

อาจกล่าวได้ว่า เมื่อถึงทศวรรษ 2560 ภายใต้ภาวะสังคมสูงวัยและการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยคาดหวังให้ประชากรมีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายเหมาะสมตามช่วงวัย บริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และอยู่อาศัยในพื้นที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนมีความปลอดภัยในการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ เช่น ถนนและชุมชน และธรรมนุญสุขภาพของพระสงฆ์ก็เกิดขึ้นท่ามกลางบริบทเช่นนี้เอง

5.2 โรคไม่ติดต่อ: การประกัน ความเสี่ยง ภาระงบประมาณ

ช่วงสายของทุกวันในห้องรับรองของวัดชนะโม พระอาจารย์ชาและพระลูกวัดที่ท่านมอบหมายจะคอยรับสั่งขานและของทำบุญจากญาติโยม ก่อนประกอบพิธีเจริญพระพุทธมนต์ให้พร หากพระอาจารย์แดงอยู่ท่านก็จะเดินประพรมน้ำมนต์ให้ด้วย เมื่อเสร็จสิ้นพิธี ผู้เขียนจะเสิร์ฟน้ำเย็นหรือชากาแฟร้อนให้แขกดื่ม ระหว่างที่โยมกราบลาท่านเพื่อกลับบ้าน

เมื่อเสร็จกิจ หากไม่กลับไปพักที่กุฏิ พระอาจารย์ชาก็จะพักผ่อนบนเก้าอี้ไม้ใกล้ประตูทางเข้า ได้เครื่องปรับอากาศตัวใหม่ ข้างกายมีกาน้ำร้อนทำจากกระเบื้องเคลือบและผงชา และแก้วพลาสติกใสที่ใส่น้ำแข็ง และเสลบลูบอยน้ำแดงหนึ่งช้อนโต๊ะผสมน้ำร้อน ซึ่งผู้เขียนขงถวายเป็นประจำตามคำขอของท่าน ในช่วงแรก ผู้เขียนอดสงสัยไม่ได้ว่า เหตุใดพระอาจารย์จึงยังฉันน้ำหวานเป็นประจำ ทั้งที่ท่านก็มีโรคเบาหวาน แต่ภายหลังจึงเข้าใจว่า พระอาจารย์ชาต้องฉันน้ำปานะนี้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้ลดต่ำลงมากเกินไป (ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำนี้หมอเรียกว่า hypoglycemia) หลังจากออกแรง อันเป็นผลข้างเคียงจากยาเบาหวานที่ท่านได้รับ

แม้หมอจะแนะนำให้พระสงฆ์ออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเป็นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อกระตุ้นการใช้ออกซิเจนและน้ำตาลในเลือดให้เปลี่ยนเป็นพลังงาน เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และส่งเสริมการเผาผลาญพลังงาน แต่พระอาจารย์ชากลับไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ การเคลื่อนไหวที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การเดินเร็ว เดินรอบวัด หรือแม้แต่การเดินบิณฑบาต จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของท่านลดฮวบจนเกิดอาการหน้ามืดและวิงเวียน บางวันถึงขั้นไม่สามารถทำกิจวัตรได้ตามปกติ อันที่จริง คำแนะนำด้านการออกกำลังกายแบบนี้ ไม่ว่าจะแบบแอโรบิก การใช้แรงต้านเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ หรือการยืดเหยียด ก็ไม่อาจนำมาใช้กับท่านได้เช่นกัน ต่างจากพระอาจารย์แก้ว ซึ่งยังคงเดินบิณฑบาตทุกเช้า เดินรอบโบสถ์ หรือเดินไปนอกวัดบ้างในบางช่วง

เรื่องของพระอาจารย์ชาสะท่อนภาพรวมที่สอดคล้องกับสถิติจากโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งระบุว่า เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ในหมู่พระสงฆ์ ในปี 2561 มีพระเข้ารับการรักษาทันที 1,919 รูป แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงประมาณ 44 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น การคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ถือเป็นความเสี่ยงที่มักนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

การวินิจฉัยโรคเบาหวานในปัจจุบันอาศัยเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจน โดยพิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนานอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar: FBS) ซึ่งต้องมีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือจากระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ตั้งแต่ 6.5 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป สำหรับการคัดกรองความเสี่ยง มักพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ คือค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรสำหรับคนเอเชีย หรือมีเส้นรอบพุงตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป นอกจากนี้ ปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ได้แก่ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง (ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) ระดับไขมัน HDL ต่ำกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ Triglyceride มากกว่า 250 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตลอดจนการไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพระอาจารย์ชาเข้าข่ายแทบทุกข้อ

การคัดกรองและจำแนกบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังโดยรัฐ เริ่มมีบทบาทเด่นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง เมื่อประเทศพัฒนาแล้วเริ่มเผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่แพร่กระจายในประชากรวัยทำงาน หน่วยงานอย่างกรมอนามัยในสหรัฐอเมริกา สนับสนุนการเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรม การบริโภค และสุขภาพ ผ่านการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (national health survey) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสถิติกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease)¹ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงทศวรรษ 1950 ผลปรากฏว่า โรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการ

¹ รัฐบาลสหรัฐฯ เห็นปัญหาของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคมะเร็ง ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1900 เช่น ในสมัยรัฐบาลธีโอดอร์ รูสเวลต์ (Theodore Roosevelt) มี รายงานเรื่องพลังกำลังของชาติ (*Report on National Vitality*) ในปี ค.ศ. 1908 ที่ประเมินว่า การตายของประชากรวัยแรงงานจากโรคที่ป้องกันได้ (preventable disease) เหล่านี้ทำให้รัฐบาลเสียหายกว่า 1,000 ล้านเหรียญต่อปี โดยคำนวณจากรายได้ที่คาดว่าผู้เสียชีวิตควรได้รับในปีนั้น รายงานฉบับนี้เสนอให้รัฐบาลเร่งจัดการโรคเหล่านี้ โดยใช้มาตรการ อาทิ รมณรงค์ให้คนออกกำลังกาย ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และตรวจสุขภาพของพลเมืองเป็นประจำ แต่ขณะนั้นการตรวจคัดกรองสุขภาพยังไม่แพร่หลายนัก (Rothstein, 2003)

บริโภคน้ำมัน ระดับคอเลสเตอรอลในเลือด และภาวะอ้วน แพทย์อธิบายว่า สาเหตุหลักเกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งคราบไขมันที่สะสมบนผนังหลอดเลือดจะก่อให้เกิดการตีบหรืออุดตันของระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้เลือดไม่สามารถหล่อเลี้ยงอวัยวะสำคัญได้อย่างเพียงพอ อาการที่ตามมาคือโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย หรือแม้แต่อาการเส้นเลือดในสมองแตก ในเวลานี้ แพทย์ยังเสนอว่า วิธีรับมือกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการป้องกันตั้งแต่นั้น ๆ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการลดการบริโภคน้ำมันและการเพิ่มกิจกรรมทางกายภาพ¹

เมื่อแนวทางการรักษาหันมาเน้นการป้องกันเชิงพฤติกรรม กรมอนามัยจึงกำหนดกลุ่ม “บุคคลที่เสี่ยงต่อโรค” (disease-prone individual) เพื่อเฝ้าระวังเชิงรุก โดยอาศัยแนวคิด “ปัจจัยเสี่ยง” (risk factor) จากธุรกิจประกันภัยและประกันชีวิต² ซึ่งต่อมาถูกนำไปประยุกต์ใช้ใน

¹ ก่อนหน้านั้น โดยเฉพาะในทศวรรษ 1930 แพทย์ที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีลิ่มเลือด (coronary thrombosis theory) อธิบายว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากลิ่มเลือดที่ก่อตัวขึ้นในผนังหลอดเลือด แล้วหลุดเข้ากระแสเลือดไปอุดตันหรือขัดขวางการไหลเวียนเลือดจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจวายในที่สุด แพทย์ขณะนั้นจึงใช้วิธีการรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (ยาละลายลิ่มเลือด) เช่น Heparin หรือ Dicumerol อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในทศวรรษต่อมา ทั้งที่เป็นโครงการศึกษาระยะยาวในชุมชนและการชันสูตรศพทหารในสงครามเกาหลี แย้งว่าลิ่มเลือดอาจไม่ใช่สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากไม่เคยตรวจพบลิ่มเลือดในทางกลับกันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการหลอดเลือดแข็งตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทฤษฎีหลอดเลือดแข็งตัวจึงเริ่มมีบทบาทมากขึ้น ตั้งแต่ทศวรรษ 1960 (Rothstein, 2003)

² ช่วงต้นศตวรรษที่ 19 ที่รัฐสมัยใหม่ในตะวันตกพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลของประชากรอย่างเป็นระบบ บริษัทประกันชีวิตเอกชนที่กำลังเติบโตก็ใช้เทคนิคเหล่านี้ และข้อมูลอัตราการเกิดป่วย และตายที่ได้จากลูกค้าจำนวนมาก พัฒนาวិชาคณิตศาสตร์ประกันภัย (actuary) เพื่อลดความเสี่ยงในการขาดทุนอาจเกิดจากการรับประกันให้ลูกค้าบางกลุ่ม เช่น ผู้มีปัญหาสุขภาพและผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง ที่มีอัตราการตายมากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อมีสถิติว่าลูกค้ากลุ่มใดมีอัตราเสียชีวิตเท่าไรต่อปี บริษัทประกันจึงปรับเงื่อนไขกรมธรรม์ให้ยืดหยุ่นขึ้น และขายให้ลูกค้ากลุ่มเสี่ยงที่มักเป็นพนักงานในโรงงานหรือแรงงานในเมือง กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบอุตสาหกรรม (industrial life insurance) เช่นนี้ทำให้บริษัทประกัน อาทิ Prudential, John Hancock และ Metropolitan โดดได้ในเมืองใหญ่ของอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1860-1870

การศึกษาทางสาธารณสุข เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางชีวภาพ พฤติกรรม และความชุกของโรคในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

เมื่อถึงทศวรรษ 1960¹ สาขาภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้รับอิทธิพลจากระบบสาธารณสุขอเมริกา ก็จัดสัมมนาและโครงการสำรวจความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน

แต่ระบบตัวแทนเก็บเบี้ยประกันที่บริษัทจ้างคนเดินเก็บเงินที่บ้านของลูกค้า โดยมีค่านายหน้าเป็นแรงจูงใจ ก็ทำให้บริษัทขาดทุนจากการเลือกที่ขัดประโยชน์ (adverse selection) เนื่องจากตัวแทนไม่เพียงเป็นคนเชื้อชาติเดียวกับลูกค้าที่เป็นแรงงานอพยพ แต่ยังต้องการขายประกันให้ได้มากที่สุด จึงเมินเกณฑ์สุขภาพของบริษัทแล้วรับลูกค้าที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้บริษัทประกันต้องจ่ายเงินชดเชยจำนวนมากในแต่ละปี ในทศวรรษ 1910 บริษัทในนิวยอร์ก เช่น Metropolitan และ Mutual Life จึงจ้างแพทย์ตรวจสอบสุขภาพของลูกค้าด้วยเกณฑ์ที่เข้มงวดขึ้น เช่น วัดความดันโลหิต และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiograph) เพื่อหาแนวโน้มที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ตรวจปัสสาวะ (urinalysis) เพื่อหาแนวโน้มที่จะเป็นโรคไตและโรคเบาหวาน วัดน้ำหนักและส่วนสูง เนื่องจากงานวิจัยขณะนั้นพบว่า ผู้มีน้ำหนักเกินมีอัตราการตายสูงกว่าคนทั่วไป และฉายรังสีทรวงอกเพื่อตรวจหาวัณโรค ช่วงนี้เองที่บริษัท Metropolitan สร้างตารางน้ำหนักและส่วนสูงมาตรฐานที่ใช้เลือกลูกค้าที่พึงปรารถนา ขณะเดียวกันก็เกิดสถาบันยืดอายุ (Life Extension Institute: LEI) ที่รับตรวจสุขภาพและสำรวจสุขภาพชุมชน โดยมีบริษัทประกันเป็นลูกค้าหลัก ในช่วงทศวรรษ 1930

บริษัทประกันชีวิตที่ถูกละเลยว่าเป็นธุรกิจนายทุนชุดริตคนจนและทำให้อัตราการฆ่าเด็กเอาเบี้ยประกันสูงขึ้น ยังใช้โครงการเยี่ยมบ้านเพื่อปรับภาพลักษณ์ให้ดีขึ้น โครงการนี้จ้างตัวแทนและพยาบาลไปให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ลูกค้าที่เจ็บป่วย และโน้มน้าวให้ดูแลสุขอนามัยของบ้าน เช่น มีอากาศถ่ายเท มีแดดส่อง และทำความสะอาดเป็นประจำ กลุ่มเป้าหมายมักจะเป็นแม่และลูกสาว เมื่อเห็นว่าโครงการเยี่ยมบ้านของบริษัทประกันทำให้อัตราการตายของเด็กแรกเกิดลดลงหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐจึงหันมารณรงค์ให้คนตรวจสุขภาพเป็นประจำ รวมทั้งส่งเจ้าหน้าที่ไปสอนความรู้ด้านสุขอนามัย แจกใบปลิวและจุลสาร และตีพิมพ์บทความด้านสุขภาพในหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น (Rothstein, 2003)

¹ ตั้งแต่ทศวรรษ 1960 เป็นต้นมา ขณะที่วงการแพทย์และสาธารณสุขรณรงค์ว่าโรคไร้เชื้อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งจัดการ คำว่าความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง (factor of risk) ที่เริ่มปรากฏในวารสารทางการแพทย์ งานวิจัย หรือรายงานฉบับอื่นก็แพร่สู่สาธารณะมากขึ้น เช่น *แนวทางการบริโภคอาหาร (dietary guideline)* ของสมาคมหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association) ที่แนะนำให้ประชาชนลดการบริโภคไขมันและลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย

ประชากรยุโรป แม้หน่วยงานภูมิภาคของ WHO จะตั้งแผนกเฉพาะทางและริเริ่มงานวิจัย อาทิ MONICA Project, INTERHEALTH, CINDI, North Karelia Project แต่ขณะนั้นผู้บริหารและสำนักงานใหญ่กลับยังมุ่งความสนใจไปที่โรคติดเชื้อและภาวะโภชนาการบกพร่องในประเทศกำลังพัฒนา (James, 2008) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลายเป็นประเด็นเร่งด่วนคือ ธนาคารโลก ซึ่งเริ่มจัดทำ *รายงานการพัฒนาโลก* ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 และให้เงินกู้แก่ประเทศกำลังพัฒนาเพื่อดำเนินนโยบายสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เงินทุนดังกล่าวมาพร้อมกับนโยบายปรับโครงสร้าง (structural adjustment) ซึ่งเรียกร้องให้ระบบสาธารณสุขของรัฐพิจารณาค่าคุ้มค่า และเปิดให้มีการแข่งขันกับภาคเอกชน ในช่วงทศวรรษ 1990 ผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกและนักเศรษฐศาสตร์ด้านสุขภาพจากสหรัฐอเมริกา ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับเศรษฐกิจของประเทศด้วยวิธีการทางสถิติ (econometric) ซึ่งนำไปสู่การจัดทำ *รายงานภาระโรคในระดับโลก (Global Burden of Disease; GBD)* ในปี ค.ศ. 1990

รายงานนี้ชี้ให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสร้างภาระงบประมาณและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนา มากกว่าโรคติดเชื้อและภาวะโภชนาการบกพร่องของเด็ก และได้กลายเป็นฐานข้อมูลหลักของ *รายงานการพัฒนาโลก* ปี 1993 ซึ่งนอกจากย้ำว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่ต้องเร่งจัดการแล้ว ยังเสนอเครื่องมือวัดภาระของโรคที่มีชื่อว่า DALY (Disability-adjusted Life Years) หรือ “ปีสุขภาพที่สูญเสีย” ซึ่งใช้ประเมินความสูญเสียทางสุขภาพทั้งในแง่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost; YLL) และชีวิตที่อยู่ร่วมกับภาวะพิการหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Years Lost due to Disability; YLD) DALY จึงกลายเป็นกรอบวิเคราะห์สำคัญที่ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขของแต่ละประเทศ สามารถเห็นภาพรวมความเสียหายทางเศรษฐกิจจากภาระสุขภาพ และประเมินประสิทธิภาพของนโยบายด้านสุขภาพ (health outcome) ดังนั้น ธนาคารโลกจึงเสนอให้แต่ละประเทศจัดทำรายงานภาระโรคของตนเอง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558)

เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แพทย์และนักสาธารณสุขที่เห็นว่าวิถีชีวิตและการบริโภคสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังบางชนิดยังของบประมาณจากรัฐ ทำวิจัยด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น โครงการ MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) ในปี ค.ศ. 1972 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด อาทิ ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอล และการสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันภาคส่วนอื่นในสังคม โดยเฉพาะขบวนการของผู้บริโภคก็เริ่มเคลื่อนไหวเพื่อปกป้องสิทธิในสุขภาพของตน และโจมตีผลิตภัณฑ์ของอุตสาหกรรมอาหารที่มองว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Rothstein, 2003)

ตารางที่ 5.1

สูตรคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY)

$$\text{DALY} = \text{YLL} + \text{YLD}$$

หมายเหตุ. จาก World Bank, (1993).

รายงานภาวะโรคระดับโลก และดัชนีชี้วัดสุขภาพอย่าง DALY ชี้ว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะถึงร้อยละ 49.6 ของประชากรโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวส่งผลต่อทั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขและการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบ แม้เดิมองค์การอนามัยโลกจะเน้นโรคติดต่อ แต่หลังจากที่งานวิจัยหลายชิ้นในสหรัฐอเมริกาพบว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด องค์การอนามัยโลกจึงหันมาให้ความสนใจกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในที่สุด และตั้งหน่วยเฉพาะกิจโรคอ้วนนานาชาติ (International Obesity Task Force: IOTF) ในปี ค.ศ. 1995 และในอีกสองปีต่อมา ก็ได้ประกาศให้ “โรคอ้วน” เป็นโรคระบาดทั่วโลก (global epidemic) พร้อมรณรงค์ให้ประชากรโลกลดการบริโภคและออกกำลังกายมากขึ้น ต่อมา องค์การอนามัยโลกยังตั้งกองภาวะโรค (Disease Burden Unit) เพื่อรับช่วงจัดทำ รายงานภาวะโรค จากธนาคารโลก (ค.ศ. 1998) และสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกตั้งหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Agency) เพื่อผลักดันงานป้องกันโรคระดับชาติ

เครื่องมือวัดความอ้วนที่องค์การอนามัยโลกใช้ คือ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งคำนวณจากการเอาน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (ตารางเมตร) พร้อมแบ่งระดับประชากรตามค่า BMI ได้แก่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) คือ มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สมส่วน (average) คือ มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักเกิน (overweight) คือ มีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และอ้วน (obese) คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป สูตรคำนวณที่เรียบง่ายนี้กลายเป็นเครื่องมือที่หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐสมาชิก

ใช้จัดประเภทประชากร ซึ่งผู้ที่มีค่า BMI เกินมาตรฐานจะถูกจัดว่า “อ้วน” และตกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะถูกควบคุมหรือต้องรณรงค์ให้ลดความอ้วน¹

อย่างไรก็ตาม ค่าดัชนีมวลกายถูกวิจารณ์ว่าเป็นตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนสัดส่วนไขมันและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีน้ำหนักต่างกัน ปริมาณมวลเท่ากัน และไม่แสดงสัดส่วนของไขมันสะสมในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง (visceral fat) ซึ่งสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และภาวะพร่อง/ดื้ออินซูลิน อีกทั้งยังละเลยมิติด้านเพศ อายุ และชาติพันธุ์ โดยเฉพาะกลุ่มชาวเอเชียที่โครงสร้างร่างกายเล็กกว่าผู้ชายผิวขาวชาวตะวันตก

ในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ที่ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคอ้วนขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขของ 192 ประเทศ จึงเสนอให้ปรับเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายสำหรับประชากรเอเชียใหม่ คือ ค่าปกติอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักเกินจะอยู่ที่ 23-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และหากมีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จะถูกจัดว่าอ้วน ที่สำคัญที่ประชุมยังแนะนำให้ใช้การวัดเส้นรอบเอว (waist circumference) ควบคู่กับค่าดัชนีมวลกาย เนื่องจากผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติอาจมีรอบเอวหนาหรือชั้นไขมันแทรกในกล้ามเนื้อจำนวนมาก เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะ “อ้วนลงพุง” (abdominal obesity)² ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มอาการที่ระบบการเผาผลาญของร่างกาย

¹ รูปร่าง (body build) หรือความอ้วน (fatness) เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพประชากรของบริษัทประกันชีวิตในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ก่อนทศวรรษ 1900 เพียงไม่นาน เนื่องจากสถิติของลูกค้าที่ซื้อประกันชี้ให้เห็นว่าน้ำหนักตัวสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ย บริษัทประกันชีวิตชื่อ Metropolitan สร้างตารางวัดความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักในทศวรรษ 1910 ในส่วนสูงเท่านี้ควรมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่าไร ค่าน้ำหนักในอุดมคติ (ideal weight) ต่อมาก็เปลี่ยนเป็นค่าน้ำหนักที่พึงปรารถนา (desirable weight) ซึ่งคิดจากอัตราการตายน้อยที่สุด หากมีน้ำหนักน้อยกว่าค่าเฉลี่ยนี้ 20 เปอร์เซ็นต์ จะถือว่าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และหากมีน้ำหนักมากกว่าค่าเฉลี่ย 20 เปอร์เซ็นต์ จะถือว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์ บริษัทจะไม่รับลูกค้าเหล่านี้ ใช้ข้อมูลจากลูกค้าที่เป็นคนตะวันตกผิวขาวผู้ชายวัยผู้ใหญ่กว่า 4 ล้านคน สร้างตารางน้ำหนักต่อส่วนสูงโดยเฉลี่ยของแต่ละเพศ แต่ละช่วงอายุ ในปี 1959 และพบว่าค่าน้ำหนักมาตรฐานนี้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐและแพทย์ก็เห็นความสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ไม่พอใจกับตารางน้ำหนักส่วนสูงของบริษัทประกัน (Rothstein, 2003)

² (สำหรับผู้ชายเอเชีย เส้นรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตรขึ้นไป และสำหรับผู้หญิงเส้นรอบเอวมมากกว่า 80 เซนติเมตร)

ทำงานผิดปกติ (metabolic syndrome) เช่น ความดันโลหิตสูง (ตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ตั้งแต่ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง (ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป) และระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีต่ำ (HDL Cholesterol) (ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับผู้ชาย หรือต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับผู้หญิง)

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หน่วยงานสาธารณสุขของแต่ละประเทศดำเนินการคัดกรองภาวะเสี่ยงของประชากรด้วยการตรวจร่างกายอย่างรอบด้าน (holistic screening) ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (FBS) วัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) วัดระดับไขมันคอเลสเตอรอล วัดระดับกรดยูริก ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ทรวงอก และตรวจค่าความหนาแน่นกระดูก เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพรอบด้าน



ตารางที่ 5.2

การปรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ขององค์การอนามัยโลก

ดัชนีมวลกาย		
	เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1998)	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย (2004)
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 – 24.9	18.5 – 22.9
น้ำหนักเกิน	25 – 29.9	23 – 24.9
อ้วนระดับ 1	30 – 34.9	25 – 29.9
อ้วนระดับ 2	35 – 39.9	≥ 30
อ้วนระดับ 3	≥ 40	

หมายเหตุ. ข้อมูลจาก WHO recognition of the global obesity epidemic (WPT, 2008) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19136980/>)

ในปีเดียวกัน (พ.ศ. 2545) องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่รายงาน *Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (2002) ที่เสนอการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (Comparative Risk Assessment) และชี้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่ควรถูกจัดการเร่งด่วน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ระดับความดันโลหิตและคอเลสเตอรอลสูง การกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การขาดกิจกรรมทางกาย และการเสพติด และในงานประชุมสมัชชาโลกในอีกสองปีถัดมา องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ *ยุทธศาสตร์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และสุขภาพของโลก (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health)* ที่เสนอให้รัฐบาลใช้ไม้แข็ง (bold policy) ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่ น้ำตาล น้ำมัน และเกลือ การออกกฎหมายบังคับให้อุตสาหกรรมปรับสูตรอาหาร และการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และประกาศแผนปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง (NCDs Action Plan 2008-2013) ในปี พ.ศ. 2551

ในกรณีของไทย การศึกษาภาระโรคของประชากร¹ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ประเทศไทยสูญเสียปีสุขภาวะรวม 18.5 ล้าน DALY โดยเพศชายมีส่วนอย่างชัดเจน (11.1 ล้าน DALY) เทียบกับหญิง (7.4 ล้าน DALY) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประชากร โดยเฉพาะในชายไทยอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งครองสัดส่วนถึงร้อยละ 73 ของภาระโรคทั้งหมด ขณะที่โรคติดต่อมีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 9 และการบาดเจ็บ ร้อยละ 18 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566, น. 35)

ภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง (burden attributable to risk factors) ชี้ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด โดยสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุบนถนน และโรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือด ตามด้วยความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการผิดปกติ ทั้งจากน้ำหนักต่ำและน้ำหนักเกิน รวมถึงระดับคอเลสเตอรอลสูง ข้อมูลนี้กลายเป็นฐานในการกำหนดทิศทางนโยบายด้านสุขภาพของของรัฐ โดยหน่วยงานสำคัญ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สสส. ศูนย์วิจัยสุรา ศูนย์วิจัยการบริโภคยาสูบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

หากนำกรอบประเมินภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงมาพิจารณาในบริบทพระสงฆ์ จะพบว่า ประชากรกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะด้านอายุ แบบแผนการบริโภค และกิจกรรมทางกาย ซึ่งอาจเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม เช่น การฉันทาอาหารที่ได้รับจากบิณฑบาต การจำกัดกิจกรรมทางกาย หรือความเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขเชิงป้องกัน ดังนั้น การตรวจสุขภาพร่างกายผ่าน และวัดค่าต่าง ๆ จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่รัฐใช้ในการจัดประเภท “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” ของพระสงฆ์

¹ กระทรวงสาธารณสุขตั้งคณะทำงานเพื่อสำรวจภาระโรคและการบาดเจ็บอันเกิดจากโรคและอุบัติเหตุ โดยใช้รายงานขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกเป็นแนวทาง ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 และสำรวจซ้ำทุก 5 ปี (2547, 2552, 2557) คณะทำงานใช้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนประชากร อัตราและสาเหตุของการตายจากใบมรณบัตรของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย แต่เนื่องจากใบมรณบัตรเหล่านี้จำนวนมากบันทึกสาเหตุการตายไม่แน่ชัด คณะทำงานจึงใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นประกอบ เช่น ข้อมูลการตายของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลผู้ป่วยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566, น. 9)

5.3 สงฆ์ไทยใกล้โรค: ความรู้ ความเสี่ยง ร่างกายใต้บงการ

“นมัสการพระคุณเจ้า ปกติล้วนแต่เป็นครูบาอาจารย์ แต่วันนี้มันตมมาเป็นลูกศิษย์นะ ครับ” คำกล่าวเปิดของวิทยากรในห้องประชุมสะท้อนเจตนารมณ์ของโครงการพัฒนาศักยภาพ “สามพระ” ในจังหวัดลพบุรี ที่จัดขึ้นโดยหน่วยงานรัฐในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ท่ามกลาง พระสงฆ์ร่วมอบรมกว่ารูป พร้อมเจ้าหน้าที่จากฝ่ายมหาดไทย สาธารณสุข และวัฒนธรรม

การประชุมครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการ พระพุทธศาสนาของฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ มหาเถรสมาคม ซึ่งในระยะแรก (พ.ศ. 2562-2564) ได้มี การจัดทำฐานข้อมูลของพระสงฆ์สาธารณสงเคราะห์ใน 77 จังหวัด และคัดเลือกพระสงฆ์ต้นแบบ 26 รูป เป็นตัวแทนของสังฆมณฑลทั้ง 18 ภาค สมเด็จพระสังฆราชทรงเป็นประธานมอบประธาน รางวัล “เพชรงามสาธารณสงเคราะห์” เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งยังมอบหมายนโยบาย แก่พระสังฆาธิการให้ทำงานร่วมกับพระนักพัฒนาที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ในระยะที่ 2 ฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ร่วมกับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา ได้ขอรับ งบประมาณจาก สสส. เพื่อพัฒนากลไกทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรสงฆ์กับภาคีเครือข่ายภาครัฐและ ภาคเอกชน ผ่านบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) ระดับชาติ ภูมิภาค จังหวัด และพื้นที่ ตลอดจนจัดทำสื่อ เผยแพร่ผลงาน เช่น วิดีทัศน์ สารคดี และหนังสือ

ในพิธีเปิด เจ้าคณะอำเภอในฐานะประธานฝ่ายสงฆ์ นำสวดเจริญพระพุทธมนต์ และ กราบพระพุทธรูปด้านซ้ายของเวที ก่อนที่รองผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประธาน ฝ่ายฆราวาสแทนผู้ว่าฯ ที่ติดภารกิจอื่น จะจุดเทียนถวายพระพรหน้าพระบรมฉายาลักษณ์ของ รัชกาลที่ 10 ด้านขวาของเวที

“สมเด็จพระวัดโพธิ์” หรือสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า ประธานฝ่ายสาธารณสงเคราะห์ มอบหมายให้เจ้าคณะจังหวัดลพบุรีดูแลประชาชนในพื้นที่ แต่เนื่องจากมีภารกิจที่ต้องบริหารแน่นแล้ว เจ้าคณะจังหวัดจึงมอบหมายให้เจ้าคณะอำเภอรูปหนึ่งรับผิดชอบงานด้านสาธารณสงเคราะห์แทน โดยมีโครงการเด่นอย่าง “โครงการ 100 ร้อยดวงใจ” ที่เปิดรับบริจาคครอบครัวละ 100 บาท (หรือมากกว่านั้นในบางกรณี ตั้งแต่ 1,000-100,000 บาท) เพื่อนำเงินเข้าสมทบในบัญชีกลางของ คณะสงฆ์ลพบุรี เพื่อใช้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย เช่น อัคคีภัย อุทกภัย หรือภัยพิบัติอื่น คณะสงฆ์จะลง พื้นที่เยี่ยมและมอบเงินเยียวยาให้รายละ 100,000 บาท โครงการนี้จึงมีชื่อเล่นว่า “ร้อยแลกแสน” และเป็นที่ยอมรับจากญาติโยมซึ่งทำบุญสมทบทุนเข้ามาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องประชาสัมพันธ์

เจ้าคณะอำเภอรูปนี้ ซึ่งเป็นหนึ่งในพระสงฆ์ต้นแบบและได้รับรางวัลเพชรงามสาธารณ สงเคราะห์ เห็นว่า การทำงานของคณะสงฆ์ไม่ใช่เรื่องง่าย หากปราศจากความช่วยเหลือจาก

ส่วนราชการและผู้นำชุมชน และตระหนักดีว่า แม้ความสัมพันธ์ระหว่างทางโลกกับทางธรรมจะห่างเหินกว่าในอดีต แต่วัดกับพระก็ยังคงเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของคน ดังนั้น พระสงฆ์ที่อาศัยข่าวจากชาวบ้านประทังชีวิตทุกวันก็ต้องช่วยเหลือสังคมทางโลก โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส

ในช่วงท้าย มีการถ่ายภาพหมู่¹ โดยจัดแถวตามพรรษา คือ พระพรรษา 1-5 ยืนแถวหน้า พรรษา 6-10 ยืนแถวกลาง และ 10 พรรษาขึ้นไปยืนแถวหลัง ส่วนพระที่มีสมณศักดิ์หรือตำแหน่งในฝ่ายสาธารณสงเคราะห์จะนั่งเก้าอี้ตรงกลางภาพ โดยมีหลวงตาแฮร์ พระปลัดทองถม² รวมอยู่ในภาพด้วย

วิทยากรสำคัญรูปหนึ่งคือ “หลวงตาแฮร์” หรือพระครูอมรชัยคุณ ซึ่งเริ่มต้นทำงานพัฒนาชุมชนตั้งแต่ช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ผ่านโครงการสาธารณสงเคราะห์ที่เน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ช่วยเหลือผู้ตกงาน คนยากจน และคนด้อยโอกาส โดยใช้งบจากกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (Social Investment Fund: SIF) ที่กระทรวงการคลังกู้จากธนาคารโลกและรัฐบาลญี่ปุ่น ต่อมาก็ได้ร่วมงานกับ สสส. ในโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาเมื่อปี พ.ศ. 2546 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ภายหลัง หลวงตาแฮร์ได้รับการสนับสนุนจากรัฐในหลายระดับ ทั้งด้านงบประมาณและโครงสร้างการทำงาน ส่งผลให้บทบาทของท่านขยายสู่ระดับผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะในทศวรรษ 2550 ที่ได้ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติของ สปสช. เขต 9 ท่านก็เริ่มโครงการตรวจสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ “นครชัยบุรินทร์” (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) จำนวนมากกว่า 3,000 รูป โดยใช้งบประมาณราว 3 ล้านบาท ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559) และสร้างเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาในพื้นที่นี้เรื่อยมา จนกระทั่งในปี 2559 มีการตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ซึ่งหลวงตาแฮร์รับผิดชอบโดยตรง และนำคณะเข้าเฝ้าสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า ขอคำริเพื่อจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฉบับแรก ช่วงปี 2561-2562 หลวงตาแฮร์ยังเป็นผู้ประสานงานหลักในการผลักดันให้เกิดบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานรัฐและเอกชน โดยกราบขอให้เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่ผู้ว่าราชการจังหวัดร่วมลงนามเพื่อสร้าง

¹ อีกคนที่น่าสนใจคือ ผู้อำนวยการสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานกึ่งสังคมกึ่งเศรษฐกิจที่มีภารกิจดูแลด้านซอฟต์แวร์ (soft power) และทุนทางวัฒนธรรม (cultural capital) รักษาสถาบันหลักของชาติ ซึ่งเป็นรากของคนไทย พิธีพระราชทานเพลิงศพ ปลูกฝังค่านิยมเชิงบวก คุณธรรม จริยธรรม รวมถึงจัดระเบียบสังคม เช่น ร้านคาราโอเกะ ร้านเกม ร้านขายซีดี

² อดีตพลขับของหลวงตาแฮร์และเคยทำงานสาธารณสุขในพื้นที่โคราช

พันธะผูกพัน ระดมงบประมาณผ่านมูลนิธิที่ก่อตั้งขึ้นโดยเฉพาะ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่มีงบประมาณส่วนตัว และงบที่ได้จากสำนักพุทธฯ ก็ “หยุมหยิม” และมักถูกจำกัดด้วยข้อกำหนดที่เข้มงวด

การทำงานสาธารณสุขสงเคราะห์ของหลวงตาแชร้เกิดขึ้นท่ามกลางบริบทของประเทศไทย หลังการปฏิรูประบบสุขภาพ หน่วยงานรัฐได้เริ่มเก็บข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่นกรมการแพทย์ที่ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ 90,250 รูป ในปี พ.ศ. 2549-2550 พบปัญหาสุขภาพ เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และมีภาวะน้ำหนักเกินจำนวนมาก โรงพยาบาลสงฆ์เผยแพร่สถิติพระอาพาธ ซึ่งสะท้อนว่าโรคเรื้อรังในพระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ในปี 2552 ก็มีงานวิจัยสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์และอุบลราชธานี พบว่าปัญหาสุขภาพเกี่ยวข้องกับอาหารจากการบิณฑบาต ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ และกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ (พระสงฆ์จำวัดเฉลี่ย 7 ชั่วโมงต่อวัน) การสูบบุหรี่ (เฉลี่ยวันละ 5-6 มวน) และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงทุกวัน พระสงฆ์กลุ่มสูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) และผู้บริหารวัด (ตั้งแต่รองเจ้าอาวาสขึ้นไป) มักออกกำลังกายได้น้อยกว่า และมีแนวโน้มได้รับภัยพิบัติมากกว่าพระทั่วไป ทั้งยังไม่มีเวลาออกกำลังกายเนื่องจากติดภาระในการบริหาร ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน และไขมันในเลือดสูง ส่วนพระลูกวัดนอกจากเดินบิณฑบาตและกวาดวัดแล้วก็ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างอื่นเช่นกัน (พิณิจ ลาภธนานนท์, 2556) ปัญหานี้ทวีความรุนแรงขึ้นในช่วงปี 2559-2560 จากการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรในกรุงเทพฯ จาก 456 วัด รวมทั้งสิ้น 5,989 รูป พบภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.8 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 15.9 ขณะที่ภาวะอ้วนพุ่งขึ้นจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 41.6 และภาวะอ้วนลงพุงก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 24.9

ข้อมูลสุขภาพที่สะสมโดยรัฐได้กลายเป็นฐานให้แก่งการวิจัย (ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจาก สสส.) ชื่อ *สุขภาพของพระสงฆ์ ปี ๒๕๕๕* ของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาพระสงฆ์ 246 รูป ใน 33 วัด จาก 11 จังหวัดทั่วประเทศ¹ ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงค่าดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือ พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงเฉลี่ย 168.25 เซนติเมตร และน้ำหนักเฉลี่ย 66.76 กิโลกรัม แต่กลับมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 46.8 และต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 8.1 ส่วนพระสงฆ์ที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 15.5 อ้วน

¹ ได้แก่ เชียงใหม่ กำแพงเพชร อุตรธานี ร้อยเอ็ด อัญญา ชลบุรี กรุงเทพฯ สมุทรสาคร เพชรบุรี ชุมพร และสงขลา ในแต่ละจังหวัดเก็บข้อมูลจาก 3 วัด คือวัดในเขตเมือง วัดกึ่งเมืองกึ่งชนบท และวัดในชนบท และพระสงฆ์ร้อยละ 52 มีอายุ 20-35 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 37.8 มีอายุ 36-59 ปี และพระสงฆ์ร้อยละ 10.2 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ร้อยละ 21.1 และอ้วนมาก ร้อยละ 8.5 โดยเฉพาะพระสงฆ์อายุ 36-59 ปี ซึ่งมีค่า BMI เฉลี่ย 24.57 และมีโรคประจำตัวเกินกว่าครึ่ง

ทีมวิจัยได้ติดตามกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์กลุ่มนี้ และวิเคราะห์พลังงานที่ใช้ต่อวัน พบว่า พระลูกวัดซึ่งมีอายุเฉลี่ย 36.5 ปี (ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 79 ปี) มีตารางกิจวัตรเริ่มตั้งแต่ตื่นนอน ช่วง 03.30-05.30 น. แล้วแปรงฟัน ล้างหน้า อาบน้ำ และทำความสะอาดที่นอนและกุฏิ ก่อนเข้าสู่การทำวัตรเช้าระหว่าง 05.00-06.00 น. ลักษณะการทำวัตรแตกต่างกันไปในแต่ละวัด บางแห่งกำหนดให้ทำวัตรร่วมกันบนพระอุโบสถ บางแห่งให้แต่ละรูปทำวัตรในกุฏิตนเอง หรือบางกรณีที่วัดไม่เคร่งนักก็อาจไม่มีการทำวัตรเลย กิจสำคัญในช่วงเช้าคือการออกเดินบิณฑบาตช่วง 06.00-07.00 น. โดยมีระยะทางเฉลี่ย 2-5 กิโลเมตร ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ยกเว้นพระในเขตชนบทบางพื้นที่ อาจต้องเดินเกิน 5 กิโลเมตร และใช้เวลานานกว่า 2 ชั่วโมง หลังกลับจากบิณฑบาตจะมีช่วงเวลาสั้น ๆ สำหรับการเข้าห้องน้ำ พักผ่อน และจัดเตรียมอาหาร จากนั้นจึงร่วมฉันเช้าที่หอฉัน ซึ่งพระส่วนใหญ่ใช้เวลาฉันประมาณ 30 นาที อย่างไรก็ตาม พระบางรูปในเขตเมืองอาจฉันอาหารในกุฏิของตน หลังฉันเช้า พระสงฆ์อาจร่วมกันทำความสะอาดพื้นที่ เช่น หอฉัน ศาลาการเปรียญ และอาคารต่าง ๆ รวมถึงการล้างบาตรและภาชนะ ภายในเวลา 8.00-8.30 น. จากนั้นเป็นช่วงเวลาว่างที่แต่ละรูปอาจเลือกเรียน อ่านหนังสือ ท่องบทสวด ดูโทรทัศน์ หรือจำวัด จนถึงมือเพลในเวลาประมาณ 11.00 น. ซึ่งส่วนใหญ่ฉันร่วมกันที่หอฉัน ภายหลัมือเพล กิจกรรมกลับเข้าสู่ช่วงพักผ่อน อ่านหนังสือ จำวัด หรือออกไปทำธุระภายนอกวัด จนถึงราว 15.00-16.00 น. ซึ่งหลายวัดกำหนดให้เป็นช่วงทำความสะอาดวัดร่วมกัน และตามด้วยการทำวัตรเย็นราว 18.00 น. ทั้งนี้ในวัดที่ไม่เคร่งเรื่องทำวัตรเย็น พระบางรูปอาจใช้เวลาช่วงนี้ในการพักผ่อนหรือสนทนากับญาติโยมหรือพระร่วมวัด เวลานอนของพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21.00-23.00 น. ทีมวิจัยได้จัดทำตารางกิจวัตรรายวันเพื่อแจกแจงการใช้พลังงานแต่ละกิจกรรม ซึ่งพบว่า พระลูกวัดใช้พลังงานเฉลี่ยวันละประมาณ 2,060 กิโลแคลอรี¹

¹ ทีมวิจัยคำนวณพลังงานที่พระสงฆ์ต้องใช้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรก ใช้วิธีคำนวณพลังงานที่พระสงฆ์ต้องใช้ต่อวันในภาวะร่างกายปกติ (Basal Energy Expenditure: BEE) ที่หมายถึงสภาวะปกติที่พระสงฆ์พักผ่อนหรือไม่ทำกิจกรรมอะไรเป็นพิเศษ เพื่อหาพลังงานที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต เช่น การหายใจ การไหลเวียนโลหิต การผลิตสารที่จำเป็น และการรักษาอุณหภูมิร่างกาย พลังงานที่จำเป็นต่อร่างกายหรืออัตราเผาผลาญพื้นฐาน (Basal Metabolism Rate: BMR) นี้ ขึ้นอยู่กับน้ำหนัก ส่วนสูง อายุ เพศ และมีสูตรคำนวณคือ $BMR = 66 + (13.7 \times \text{น้ำหนักตัว}) + (5 \times \text{ส่วนสูง}) - (6.8 \times \text{อายุ})$ ทีมวิจัยพบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสูงเฉลี่ย 168.25 เซนติเมตร และน้ำหนักเฉลี่ย 66.76 กิโลกรัม จะต้องการพลังงาน BMR 1,565.1 กิโลแคลอรีต่อวัน ขั้นต่อมา

แต่ไม่รวมพระสังฆาธิการและพระนักศึกษา ซึ่งมีภารกิจนอกวัดเป็นประจำ มักนอนดึกและตื่นสายกว่า พระลูกวัดทั่วไป อีกทั้งไม่ค่อยบิณฑบาต แต่รับอาหารจากโยมอุปัฏฐากที่มาถวายถึงวัด ทำให้พระสงฆ์ กลุ่มหลังอาจใช้พลังงานน้อยกว่าพระทั่วไป (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

ทีมวิจัยยังบันทึกรายการอาหารและปริมาณพลังงานที่พระสงฆ์ฉันในแต่ละวัน พบว่า พระสังฆาธิการที่ฉันวันละมือ ได้รับพลังงานเฉลี่ย 1,433 กิโลแคลอรี ส่วนพระสังฆาธิการที่ฉันสองมือ ได้รับประมาณ 1,605 กิโลแคลอรี ซึ่งน้อยกว่าพระลูกวัดทั่วไปที่ฉันวันละมือและสองมือ ซึ่งได้รับพลังงานประมาณ 1,529 และ 1,691 กิโลแคลอรีตามลำดับ นอกจากนี้ พระสงฆ์ที่ฉันรูปเดียวมักได้รับพลังงานมากกว่าพระที่ฉันร่วมกัน เนื่องจากการฉันรวมอาจเกิดจังหวะเกรงใจ ทำให้พระสงฆ์บางรูป เลือกฉันให้พออิ่ม และไม่เสียดายอาหารที่เหลือ ซึ่งมักนำไปแจกจ่ายต่อให้เด็กวัดและญาติโยม ในขณะที่พระที่แยกฉันมักฉันจนหมดเนื่องจากรู้สึกเสียดาย

แม้พลังงานจากอาหารในแต่ละวันจะต่ำกว่าความต้องการทางร่างกายประมาณ 400-500 กิโลแคลอรี แต่ไม่ได้หมายความว่าพระสงฆ์กลุ่มนี้ จะมีโภชนาการบกพร่อง เนื่องจากส่วนใหญ่ยังฉันน้ำปานะที่มีพลังงานสูงอย่างต่อเนื่อง เช่น ชาเขียว (220 กิโลแคลอรี/ขวด) กาแฟทรินวัน (80 กิโลแคลอรี/ซอง) กาแฟกระป๋อง (25 กิโลแคลอรี/กระป๋อง) โอวัลติน (170 กิโลแคลอรี/กล่อง) นมพร้อมไขมัน (150 กิโลแคลอรี/กล่อง) นมถั่วเหลือง (180 กิโลแคลอรี/กล่อง) น้ำผลไม้ (100 กิโลแคลอรี/กล่อง) โค้ก (140 กิโลแคลอรี/กระป๋อง) และเครื่องดื่มชูกำลัง (120 กิโลแคลอรี/ขวด) ตัวอย่างเช่นหากพระรูปหนึ่งฉันนมหนึ่งกล่องก่อนบิณฑบาต ตามด้วยกาแฟหลังฉันเช้า น้ำผลไม้หลังมือเพล และโอวัลตินอีกกล่องในช่วงค่ำ ท่านจะได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีกวันละ 515 กิโลแคลอรี ซึ่งข้อมูลภาคสนามชี้ว่า พระสงฆ์หลายรูปฉันเครื่องดื่มเหล่านี้มากกว่าที่ยกตัวอย่าง โดยเฉพาะพระสังฆาธิการและพระนักศึกษา ซึ่งมักทำงานช่วงดึกและตีมากาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

ทีมวิจัยจึงสรุปว่า แม้พระสงฆ์จะได้รับพลังงานส่วนเกินจากอาหารและเครื่องดื่ม แต่พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายน้อยและพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้

ทีมวิจัยคำนวณพลังงานที่ร่างกายต้องใช้ทำกิจกรรมทางกายอื่น ๆ เช่น เดินบิณฑบาต กวาดวัด เรียนหนังสือ แล้วจึงคำนวณหา “ดุลพลังงาน” จากสูตร พลังงานที่ได้รับ - พลังงานที่ใช้ = พลังงานสะสม/พลังงานที่ขาด เพื่อดูสถานการณ์โภชนาการของพระสงฆ์ เนื่องจากพระสงฆ์หากได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินความจำเป็นในแต่ละวัน ร่างกายจะเก็บพลังงานเหล่านั้นไว้ในรูปของไกลโคเจน (Glycogen) และไขมัน และหากได้รับพลังงานมากกว่าที่ร่างกายต้องการเป็นเวลานาน ปริมาณไขมันในร่างกายจะเพิ่มขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มและเป็นโรคอ้วน (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

เกิดการสะสมของไขมันส่วนเกินและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมถึงขาดการตรวจสุขภาพประจำปี¹ จึงทำให้สถานการณ์สุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ค่อนข้างน่ากังวล (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

โครงการ “สงฆ์ไทยไกลโรค” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สสส. ในช่วงเดียวกัน ก็ชี้ให้เห็นจากการสำรวจสถานการณ์โภชนาการของพระสงฆ์ 96 รูป จาก 4 วัด ในพื้นที่กรุงเทพฯ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554-เมษายน พ.ศ. 2556 พบว่า พระสงฆ์ในกรุงเทพฯ มีภาวะอ้วน (ร้อยละ 47.92) ลงพุง (ร้อยละ 20.83) เบาหวาน (ร้อยละ 10.42) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.67) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.92) ซึ่งมากกว่าประชากรชายทั่วไปและพระจากภูมิภาคอื่น (มีภาวะอ้วน ร้อยละ 38.76 และ 28.40 ตามลำดับ) (จงจิตร อังคทะวานิช, 2559, น. 5)

ทีมวิจัยเปรียบเทียบสภาวะนี้ว่าเป็น “ระเบิดที่รอเวลา” เนื่องจากแม้พระสงฆ์ในกรุงเทพฯ จะได้รับพลังงานไม่ต่างจากประชากรชายกลุ่มอื่นนัก (1,341 กิโลแคลอรี/วัน) แต่อาหารเหล่านี้มีคุณภาพต่ำ โปรตีนและใยอาหารไม่เพียงพอ ขณะที่น้ำตาลมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 21.89 ของพลังงานทั้งหมด เมื่อการเก็บข้อมูลเพิ่มจากพระสงฆ์ 163 รูป ใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ ก็พบว่า

¹ งานวิจัยเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยเน้นการฉันทอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย เพิ่มการฉันทผักสดและผลไม้ ลดอาหารที่มีไขมันสูง รสหวานหรือเค็มจัด หลีกเลี่ยงการฉันทาใจปาก ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมไขมันส่วนเกิน และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ขณะเดียวกัน พุทธศาสนิกชนควรเลือกถวายอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ แทนที่จะถวายอาหารตามความชอบส่วนตัวหรือของญาติที่ล่วงลับ ผู้จำหน่ายอาหารควรหลีกเลี่ยงการจัดอาหารชุดที่ด้อยคุณภาพ เช่น อาหารค้างคืน นอกจากนี้ พระสงฆ์ควรออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเครียด กิจกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ บิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เดินจงกรม หรือเดินรอบวัดเป็นเวลา 20-30 นาทีต่อวัน รวมถึงการทำสวน ตัดหญ้า และรดน้ำต้นไม้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ พร้อมหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ตลอดจนนอนหลับให้เพียงพอ (6-8 ชั่วโมงต่อวัน) และจัดสภาพแวดล้อมของวัดให้เอื้อต่อสุขภาพ ที่สำคัญ สสส. ควรให้การสนับสนุนงานวิจัยเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์เพิ่มเติม เช่น การถวายสังฆทานอย่างมีคุณภาพ และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ โดยแนะนำให้แต่ละวัดสอดแทรกประเด็นเรื่องโภชนาการและพฤติกรรมเสี่ยงในบทเทศน์ตามวาระสำคัญ เช่น งานบุญประเพณี พิธีกรรม หรือวันสำคัญทางศาสนา อีกทั้งเสนอให้มีโครงการ “วัดสร้างเสริมสุขภาพ” เพื่อถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน รมรงศ์ให้พระสงฆ์มีบทบาทเชิงรุก (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556)

สถานการณ์ด้านโภชนาการไม่ต่างกันนัก โดยเฉพาะการบริโภคแกงกะทิ ของทอด และขนมหวานจากการбинฑบาต รวมถึงเครื่องดื่มหวานเป็นประจำ¹ (จงจิตร อังคทะวานิช, 2559)

ในช่วงทศวรรษ 2560 พระสงฆ์จึงถูกจัดให้เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการ พร้อมการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พร้อมการดำเนินการของหน่วยงาน



¹ โครงการวิจัยสงฆ์ไทยไกลโรคในระยะต่อมาจึงผลิต “สื่อสงฆ์ไทยไกลโรค” เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการแก่พระสงฆ์ สามเณร ฆราวาส และผู้ปรุงอาหารถวาย อาทิ สูตรสงฆ์ไทยไกลโรค 4.0 (พ.ศ. 2555) บาตรไทยไกลโรค 4.0 (พ.ศ. 2557) คู่มือโภชนาการสงฆ์ไทยไกลโรค 4.0 (พ.ศ. 2559) และ ครีวไทยไกลโรค (พ.ศ. 2562) รวมทั้งโปสเตอร์และแผ่นพับ เช่น สูตรน้ำปานะหวานน้อย (สงฆ์ไทยไกลโรค, ม.ป.ป.; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข ที่พยายามควบคุมปัจจัยเสี่ยงตามหลัก “โภชนา¹ ปานะ² กายะ³ กิจกรรม⁴”

5.4 สรุปท้ายบท

ในบทนี้ เผยให้เห็นการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้างในการจัดการสุขภาพพระสงฆ์ในสังคมไทย ผ่านการบรรจบกันระหว่างความรู้ทางสุขภาพ สถิติ ปัจจัยเสี่ยง และเครื่องมือทางนโยบายของรัฐที่แทรกซึมเข้าสู่วัดและชีวิตของพระสงฆ์ นอกจากนี้จะมีหน่วยงานรัฐและกฎหมายที่คอยกำกับควบคุมพระสงฆ์แล้ว รัฐยังมีเครื่องมือจัดการสุขภาพใหม่ ๆ ที่ทำให้มองเห็นพระสงฆ์ ทั้งในระดับ

¹ พระสงฆ์ถูกเรียกร้องให้ฉันโภชนาที่ “คลีน” มากขึ้น และผู้ปรุงอาหารถวายพระสงฆ์ควรใช้ส่วนผสมที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ เนื้อปลา และเลี่ยงการปรุงอาหารรสจัดที่หวานมันเค็มเกินไป นอกจากนี้ ตัวการทำลายสุขภาพพระสงฆ์อีกช่องทางหนึ่งคือ ชุดสังฆทานสำเร็จรูป ที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัวสูง ไขมันทรานส์สูง ไขมันอิ่มตัวสูง โซเดียมสูงเกินไป ทำให้พระสงฆ์ที่ฉันอาหารเหล่านี้เป็นประจำเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต และหลายร้านก็มักใส่อาหารร่วมกับผงซักฟอกหรือน้ำยาล้างจาน จนอาจเกิดการปนเปื้อนสารเคมีและเป็นอันตรายแก่พระสงฆ์ สงฆ์ไทยไกลโรคจึงเสนอ “ชุดบุญคุณภาพ”

² พระสงฆ์ต้องลดน้ำปานะที่มีน้ำตาลสูง (แก้วละ 3-8 ช้อนชา) เช่น ชาเย็น กาแฟ โอวัลติน เครื่องดื่มชูกำลัง และฉันน้ำปานะสูตรหวานน้อย คือ มีน้ำตาลเพียงแก้วละ 1 - 2 ช้อนชา และเน้นโปรตีน เช่น นมถั่วเหลือง หรือฉันเพียงน้ำเปล่าก็จะยิ่งดีต่อสุขภาพ

³ โครงการสงฆ์ไทยไกลโรคเสนออุปกรณ์ตรวจวัดและกำกับร่างกายของพระสงฆ์ อาทิ “สายประคดเอวรอบรู้” ที่ใช้สายรัดประคดซึ่งพระสงฆ์ทุกรูปมีอยู่แล้วมาพับครึ่งแล้วใช้ปากกาวาดจุดตรงกลาง จากนั้น ใช้สายประคดนี้ทาบเอวพระสงฆ์ วัดระยะห่างจากจุดดังกล่าวกับปลายด้านซ้ายและด้านขวา แล้วคำนวณด้วยสูตร “ส่วนสูงหารสอง” เช่น พระสงฆ์ที่สูง 170 เซนติเมตร ควรมีค่าระยะห่างจากจุดกลางไปยังจุดปลาย 85 เซนติเมตร จึงจะถือว่ามีการสวมส่วน แต่หากวัดระยะห่างแล้วมากกว่า 85 เซนติเมตร ท่านก็จะถูกจัดอยู่ในเกณฑ์อ้วนและต้องเริ่มออกกำลังกายมากขึ้น และ “สมุดบันทึกสุขภาพ” ที่ให้พระสงฆ์ใช้จดน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าอื่น ๆ ในร่างกายที่เสี่ยงต่อโรคไร้เชื้อเรื้อรัง

⁴ พระสงฆ์ต้องออกกำลังกายที่ไม่ขัดกับพระวินัยและไม่ถูกตีเตียนจากชาวบ้าน เช่น บินชบาต กวาดลานวัด เดินจงกรม

ร่างกายเช่นดัชนีชี้วัดชีวภาพต่าง ๆ เพื่อกำกับพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมประจำวัน และระดับประชากร เช่น DALY เพื่อประเมินความเสี่ยงและภาระจากโรคเรื้อรังในพระสงฆ์

กระบวนการตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่นำเสนอในบท สะท้อนให้เห็นพิธีกรรมแห่งการจัดประเภทที่แปรสภาพของพระสงฆ์จากบุคลากรศีลธรรมของรัฐ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งรัฐจำเป็นต้องเข้ามาจัดระเบียบและบริหารผ่านตัวชี้วัดทางชีวภาพด้วย อีกทั้งยังมีอำนาจในการแนะนำกำกับกิจกรรมประจำวันของพระสงฆ์ผ่านการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับค่าต่าง ๆ ที่วัดได้ เช่น ลดน้ำปานะ ฉันทานอาหารน้อยลง และออกกำลังกายมากขึ้น บางครั้งคำแนะนำทางการแพทย์เหล่านี้ก็ปะทะกับพระธรรมวินัยและวิถีชีวิตอันเนื่องจากการปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์

บทนี้ยังแสดงให้เห็นกระบวนการกลายเป็น “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” ทางสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เป็นผลจากการสะสมความรู้และข้อมูลที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบผ่านโครงการตรวจสอบสุขภาพและงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากรัฐ และภาคีเครือข่าย เช่น สสส. และกรมการแพทย์ ความรู้เหล่านี้เป็นฐานสำคัญที่นำไปสู่การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายจัดระเบียบสุขภาพของพระ ทั้งในระดับบุคคลและในฐานะประชากร ผ่านกลไกการรณรงค์ส่งเสริม และสร้างสำนึกชนิดใหม่ให้พระมีวินัยในการจัดการสุขภาพของตนเองควบคู่กับวินัยทางศาสนา เพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นภาระงบประมาณของรัฐ

ในบริบทนี้ ความรู้ทางสุขภาพทำหน้าที่เป็นอำนาจเหนือชีวิต ที่มุ่งกำกับทั้งร่างกายของพระสงฆ์และประชากรคณะสงฆ์โดยรวม ไม่ใช่แค่การสร้างศีลธรรมผ่านคำสอน พระวินัย หรือกฎหมาย แต่รัฐยังแทรกซึมเข้าสู่ชีวิตพระสงฆ์ผ่านดัชนีชีวภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถวัดผลเปรียบเทียบ และควบคุมได้ กล่าวได้ว่า กลไกการวัด ไม่ว่าจะเป็นตัวเลขาจากการตรวจสอบสุขภาพหรือค่าทางชีวสถิติ ไม่ได้ทำหน้าที่เชิงเทคนิคเท่านั้น แต่เป็นเครื่องมือทางอำนาจที่จัดประเภท และวางกรอบให้พระสงฆ์ต้องตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ได้รับ และปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำจากรัฐหรือภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อำนาจเหนือชีวิตพระสงฆ์นี้ไม่ได้ปรากฏในรูปของการบังคับเท่านั้น แต่ยังฝังอยู่ในกิจกรรมประจำวันผ่านการรณรงค์ การเฝ้าระวัง และการสร้างวินัยสุขภาพใหม่ที่ควบคู่กับวินัยทางศาสนา สถานะ “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” จึงไม่ใช่แค่ผลจากการวินิจฉัยทางสุขภาพ แต่เป็นการสร้างความจริงใหม่ที่รัฐใช้อำนาจเพื่อจัดระเบียบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดภาระทางงบประมาณจากโรคเรื้อรังในประชากรกลุ่มนี้ พระสงฆ์จึงไม่ได้อยู่เหนือโลกแห่งความเสี่ยงหรือเครือข่ายอำนาจอีกแล้ว หากกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่รัฐต้องดูแล จัดการ และทำงานรณรงค์เพื่อควบคุมอย่างเป็นระบบ ร่างกายของพระสงฆ์จึงกลายเป็นสนามต่อรองของอำนาจที่เคลื่อนจากมิติศีลธรรมสู่มิติสุขภาพภายใต้โครงสร้างรัฐสมัยใหม่

บทที่ 6

บทสรุป: สงฆ์ไทยใกล้โลก

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาชีวิตพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน โดยเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพ เช่น ความเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการเข้าถึงการรักษา ตลอดจนกระบวนการที่ทำให้พระสงฆ์กลายเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบริหารจัดการโดยรัฐ ขณะเดียวกันก็ให้ความสนใจกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างประชากรสงฆ์กับรัฐเวทกรรมไทย

บทที่สองเป็นงานชาติพันธุ์นิพนธ์เกี่ยวกับชีวิตพระสงฆ์ในชุมชนเมืองร่วมสมัย ซึ่งไม่เพียงต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัยหรือศึกษาพระปริยัติธรรมอยู่ในอารามเท่านั้น หากยังสัมพันธ์กับชุมชนฆราวาสผ่านการประกอบศาสนกิจ พิธีกรรม และการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ขณะเดียวกันพระสงฆ์ยังพึ่งพาอาศัยฆราวาสในด้านวัตถุ โดยเฉพาะอาหาร วิถีชีวิตอันเกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงพึ่งพาอาศัยนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ บทนี้ยังแสดงให้เห็นการที่อำนาจรัฐแทรกเข้าไปเปลี่ยนวัดเป็นพื้นที่ราชการ พร้อมจัดโครงสร้างคณะสงฆ์และวางกฎระเบียบชุดอื่นที่ไม่ใช่ศาสนา เพื่อกำกับพระสงฆ์ให้ทำหน้าที่เป็นกลไกในการอบรมและหล่อหลอมพลเมืองตามอุดมคติของรัฐ

บทที่สาม สืบสาวสถาบันที่รัฐสร้างขึ้นเพื่อรักษาพระอาพาธโดยเฉพาะ ถือเป็นสวัสดิการที่จัดถวายแก่บุคลากรของรัฐกลุ่มนี้โดยไม่คิดค่าบริการ แต่อาศัยการระดมทุนผ่านความศรัทธา บทบาทของโรงพยาบาลสงฆ์ยังขยายจากการรักษาอาการอาพาธสู่การตรวจวัดคัดกรองสุขภาพ เก็บข้อมูลเชิงสถิติอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์และสนับสนุนการจัดทำนโยบายจัดการสุขภาพพระสงฆ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บทที่สี่ ศึกษาวิธีที่รัฐออกมาตรการและกลไกหลากหลายประเภทเพื่อจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ นโยบายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นบทบาทใหม่ของวัดในฐานะ “สุขภาวะศาสนสถาน” ที่ไม่เพียงดูแลสุขภาพพระสงฆ์ แต่ยังเผยแพร่ความรู้และแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพไปยังชุมชนโดยรอบ

บทที่ห้า สืบสาวชุดความรู้ทางสุขภาพและการจัดการความเสี่ยงที่ผลิตและเผยแพร่ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ครอบคลุมตั้งแต่สถิติการเจ็บป่วยไปจนถึงตัวชี้วัดและเครื่องมือประเมินสุขภาพ เช่น น้ำหนัก เส้นรอบเอว ค่าความดัน และคอเลสเตอรอล ซึ่งกลายเป็นกรอบอ้างอิงหลักในการวิเคราะห์สุขภาพประชากรไทยของรัฐ ทำให้พระสงฆ์กลายเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ด้านสุขภาพที่รัฐต้องเข้าไปจัดการ กำกับ และสร้าง “สำนักสุขภาพ” ใหม่ที่เน้นวินัยด้านสุขภาพควบคู่กับวินัยทางศาสนา

ในบทสุดท้ายซึ่งเป็นบทสรุปของวิทยานิพนธ์นี้ ร้อยเรียงให้เห็นภาพชีวิตของวัดและพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้พระธรรมวินัย กฎหมายสงฆ์ และมหาเถรสมาคมเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงอยู่ภายใต้การแนะนำและกำกับในฐานะประชากรกลุ่มหนึ่งของรัฐในมิติด้านสุขภาพ ทั้งหมดนี้จะช่วยเปิดเผยพลวัตความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับคณะสงฆ์ไทยในมุมที่แตกต่างอย่างชัดเจนจากงานศึกษาก่อนหน้า

6.1 จากเนื่อนาบุญสู่ประชากรกลุ่มเสี่ยง

ชีวิตทางสังคมของวัดนะโมแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับชุมชนรอบข้างและฆราวาสที่เข้ามาทำบุญ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบสองทางคือ ชาวบ้านมีบทบาทสำคัญในการอุปถัมภ์พระสงฆ์ด้านวัตถุ ตั้งแต่อาหารการกิน ค่าเล่าเรียน ค่าน้ำค่าไฟ ค่าก่อสร้าง ซ่อมแซม และบำรุงรักษาวัด ขณะเดียวกันพระสงฆ์ก็ต้องปฏิบัติตนให้เป็น “เนื่อนาบุญ” ที่ชาวบ้านสามารถเข้ามาพึ่งพิงในทางจิตใจได้ ผ่านกิจกรรมทางศาสนาทั้งในชีวิตประจำวันและวันสำคัญทางศาสนา

ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ในหลายมิติ โดยเฉพาะในมิติสุขภาพ การบรรยายกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ที่วัดนะโมอย่างละเอียดสะท้อนว่า พระสงฆ์ในสังคมเมืองที่ห้อมล้อมด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบของฆราวาส มักได้รับภัยพิบัติจากการบิณฑบาตและกิจนิมนต์ที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ด้วยวินัยสงฆ์บางข้อและพันธะของการเป็นเนื่อนาบุญที่ต้องรักษาความสัมพันธ์กับโยม ทำให้พระสงฆ์มักเลือกฉันอาหารไม่ได้ แม้บางวัดจะมีสวัสดิการโรงอาหารหรือหอฉัน อาหารที่จัดเตรียมก็ยังคงต้องเป็นไปตามความต้องการของเจ้าภาพหรือโยมผู้ถวายเป็นประจำ ซึ่งทำให้การควบคุมคุณภาพอาหารเป็นไปได้ยาก ทั้งยังไม่แน่ว่าวัดอีกจำนวนมากไม่มีสวัสดิการนี้

นอกจากนี้ แม้พระสงฆ์จะฉันอาหารเพียงสองมือ แต่คุณภาพของอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงโอกาสในการฉันน้ำปานะรสหวานหลากหลายชนิดในหลายโอกาสช่วงหลังเพล ยิ่งซ้ำเติมปัญหาสุขภาพ เมื่อรวมกับข้อจำกัดในการออกกำลังกายของพระสงฆ์ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างโลดโผนแบบฆราวาส เพราะอาจถูกตีเตือน (โลกวัชชะ) หรือเป็นที่เสื่อมศรัทธาในสายตาชาวบ้าน รวมถึงพฤติกรรมเนือยนิ่งอันเกิดจากการปฏิบัติศาสนกิจและการศึกษาพระปริยัติธรรม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้พระสงฆ์ตกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากยังไม่อาพาธแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาความเครียดที่เกิดจากการเรียนหรือการรวมกลุ่มแบบ “พวกมากลากไป” ภายในสำนักเรียน ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้พระสงฆ์และสามเณรบางรูปหันไปสูบบุหรี่

สถานการณ์อาพาธและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้จึงสอดคล้องกับสถิติภาพรวมที่น่าเป็นห่วงของประชากรสงฆ์ในสายตาของรัฐ

เมื่อพระสงฆ์เกิดอาพาธ ช่องทางการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลมีความหลากหลาย ทั้งในสถาบันที่รัฐจัดตั้งขึ้นโดยเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ และการพึ่งพาการอุปถัมภ์จากฆราวาสและชุมชนโดยรอบ โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีทั้งบุคลากรทางการแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก และการจัดการที่พยายามปรับให้เหมาะสมกับวิถีสมณเพศ รวมถึงให้บริการฟรีแก่พระสงฆ์ที่มีเอกสารยืนยันสิทธิ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากภาคสนามสะท้อนข้อจำกัดในทางปฏิบัติหลายประการที่ทำให้พระสงฆ์บางรูปไม่สามารถเข้าถึงหรือเลือกที่จะไม่ใช้บริการ ทั้งในด้านระยะทางและการเดินทาง เช่น กรณีพระอาจารย์แก้วที่ต้องเดินเท้าไกลกว่า 20 กิโลเมตรเพื่อรับการรักษา เนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางได้ ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐที่มีผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก และความยากในการเข้าถึงบริการที่สะดวกและทันเวลา

แม้โรงพยาบาลจะพยายามขยายขีดความสามารถอยู่เสมอ แต่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในวัดที่มีสวัสดิการหรือเงินวัดรองรับ กลับเลือกใช้ช่องทางอื่น เช่น การรักษาผ่านโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแทน พระบางรูปถึงขั้นซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อเข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพสูงขึ้น ดังเช่นกรณีการปลูกถ่ายไตของพระอาจารย์ชา ส่วนพระลูกวัดอาจเข้ารับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนก่อน แล้วค่อยนำไปเสริมใจไปเบิกจากพระอาจารย์ผู้ดูแลบัญชีวัดในภายหลัง

การพึ่งพาการสนับสนุนจากฆราวาสและชุมชนยังคงมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะในการบริหารจัดการทรัพยากรและค่าใช้จ่าย เช่น เงินบริจาคที่ไหลเข้าสู่โรงพยาบาลสงฆ์และตักสงฆ์อาพาธ ซึ่งถูกนำไปใช้ในการสร้างอาคาร ซื่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าดำเนินงานอื่น ๆ อีกทั้งยังมีการบริจาคสิ่งของและอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยประชาชนและหน่วยงานภายนอก นอกจากนี้ การอุปถัมภ์ในรูปแบบส่วนบุคคลก็ยังมีพบได้ เช่น การที่ฆราวาสรับเป็นโยมอุปฐาก ดูแลจัดหาค่ารักษาพยาบาลหรือจัดเตรียมห้องพักรักษาให้พระเถระที่ตนเลื่อมใส รวมถึงการรับเป็นโยมอุปฐากแก่สามเณรหรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายเป็นครั้งคราวผ่านเงินบริจาคเข้าวัด

6.2 รัฐกับการกำกับสุขภาพพระสงฆ์

ตั้งแต่ทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา ประเทศไทยเริ่มตระหนักถึงภาวะความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นของประชากร โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด และภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งส่งผลต่อทั้งงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน สถานการณ์นี้

สะท้อนผ่านสถิติที่ชี้ถึงภาระโรคและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของรัฐ และไม่ได้จำกัดเฉพาะประชากรทั่วไป แต่ยักรวมถึงพระสงฆ์ซึ่งมีแนวโน้มจะอาพาธจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นทุกปี อ้างอิงจากข้อมูลของรัฐได้จากโรงพยาบาลสงฆ์

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรทางศาสนาของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญ จนนำไปสู่การจัดประเภทใหม่ให้พระสงฆ์เป็น “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกิดจากกระบวนการผลิตความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของรัฐ ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยได้รับอิทธิพลจากความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการประชากรจากกระแสระดับโลก และเมื่อรัฐมีทิศทางในการบริหารจัดการสุขภาพผ่านการสร้าง “สร้างสังคมสุขภาพ” ซึ่งเน้นให้ประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงพระสงฆ์ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลของการจัดให้เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงคือการจัดวางร่างกายพระสงฆ์ไว้ในระบบการตรวจวัดข้อมูลชีวภาพ อาทิ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในร่างกาย เส้นรอบเอว และน้ำหนักตัว ซึ่งกลายเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพของพระสงฆ์แต่ละรูป และประชากรสงฆ์ในภาพรวม ตัวเลขเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงข้อมูลทางสถิติ แต่เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรู้ใหม่เกี่ยวกับประชากรที่รัฐสามารถนำไปใช้กำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ การจัดการสุขภาพพระสงฆ์จึงไม่ได้หยุดอยู่แค่การรักษาทางการแพทย์ เช่น การฉีดยาหรือไปรับบริการในโรงพยาบาล แต่ยักรวมถึงการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การออกกำลังกายที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ รวมถึงการจัดเวลาสำหรับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเหมาะสม

เพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ รัฐได้ดำเนินการผ่านมาตรการหลากหลาย โดยเฉพาะเครื่องมือเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดกรอบความร่วมมือระหว่างคณะสงฆ์กับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงบูรณาการ โครงการหนึ่งวัดหนึ่งโรงพยาบาล ซึ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาและการตรวจสุขภาพพระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ สมาร์ตการ์ดพระสงฆ์ ซึ่งขึ้นทะเบียนและจัดทำข้อมูลประชากรสงฆ์อย่างเป็นระบบ การเปลี่ยนให้เป็น “สุขภาพศาสนสถาน” ซึ่งลดปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่และสุรา ทั้งยังจัดให้มีสถานที่ดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น กุฏิชีวาภิบาล โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการจัดการสภาวะแวดล้อมภายในวัด โครงการวัดรอบรู้สุขภาพ ซึ่งจัดอบรมเรื่องโภชนาการและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับบริบทพระสงฆ์ พร้อมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผู้ใส่บาตร นอกจากนี้ ยังมีการผลิตและฝึกอบรมพระสงฆ์ให้มีบทบาทเป็นผู้ดูแลสุขภาพเรื้อรัง ตลอดจนทำหน้าที่เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และเป็น “ผู้นำด้านสุขภาพ” ที่เชื่อมโยงความรู้สุขภาพกับชุมชน โดยมีโมเดลพระคิลานุปัฏฐากเป็นตัวอย่างสำคัญ

ปฏิบัติการทั้งหมดนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนว่าพระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังดึงพระสงฆ์ให้เข้าร่วมเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ต้องร่วมมือกับภาครัฐ ภายใต้กรอบธรรมนูญสุขภาพอย่างเป็นระบบ และยังสะท้อนถึงความพยายามของรัฐในการกำกับสุขภาวะพระสงฆ์ผ่านการออกแบบนโยบายและสภาวะแวดล้อมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมิเชล ฟูก็อดต์ เรื่องอำนาจเหนือชีวิต ซึ่งรัฐไม่ได้ควบคุมประชากรผ่านการบังคับเท่านั้น แต่ยังทำผ่านการแพร่กระจายความรู้ นโยบาย แนวปฏิบัติ และการจัดการสภาพแวดล้อม เพื่อให้ประชากร รวมถึงพระสงฆ์ สามารถกำกับชีวิตตนเองอย่างสอดคล้องกับเป้าหมายที่รัฐประสงค์ได้ พระสงฆ์จึงกลายเป็นทั้งผู้ถูกกำกับและผู้ปฏิบัติการในการควบคุมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรค ลดความเสี่ยง และหลีกเลี่ยงการใช้ทรัพยากรของรัฐอย่างสิ้นเปลือง กิจกรรมตรวจสุขภาพ การพบแพทย์ และการปรับพฤติกรรม จึงกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ของคณะสงฆ์ ในช่วงทศวรรษ 2560 เป็นต้นมา

อย่างไรก็ดี อำนาจกำกับและชี้นำชีวิตประชากรสงฆ์ของรัฐไทยแม้จะทำงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็มีขีดจำกัดและยังไม่บรรลุผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการทำงานภาคสนามได้แสดงให้เห็นในหลายลักษณะ ได้แก่

ข้อจำกัดด้านทรัพยากร แม้รัฐจะมีความพยายามในการสร้างกลไกกำกับดูแลสุขภาวะพระสงฆ์ผ่านโครงการต่าง ๆ เช่น การฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐากและการจัดตั้งวัดต้นแบบด้านสุขภาวะ แต่การดำเนินงานเหล่านี้ก็ยังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร ปัญหาหลักที่ปรากฏชัดคือจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ปัจจุบันมีพระคิลานุปัฏฐากที่ผ่านการอบรมแล้วเพียงประมาณ 4,000 รูป ซึ่งต้องดูแลพระสงฆ์ทั่วประเทศเกือบ 300,000 รูป ขณะที่กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถอบรมได้ไม่ถึง 100 รูปต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่น้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการที่แท้จริง นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาวะยังจำกัดอยู่ในวงแคบ วัดส่วนใหญ่ โดยเฉพาะวัดที่ไม่ได้เป็นพื้นที่นำร่อง ยังไม่มีพระคิลานุปัฏฐากประจำ และสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นสำหรับพระสงฆ์โดยเฉพาะก็ยังมีจำนวนน้อย แออัด และเข้าถึงยากในทางปฏิบัติ ความไม่สะดวกและความรู้สึกไม่คุ้นชินส่งผลให้พระสงฆ์สามเณรจำนวนมากเลือกหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลสงฆ์ และมองหาทางเลือกอื่น เช่น คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ที่สำคัญคือการสนับสนุนจากภาครัฐยังขาดความต่อเนื่องและเป็นระบบ แม้แต่วัดที่ได้รับการคัดเลือกหรือบุคลากร เช่น พระทองใบ ซึ่งเป็นพระคิลานุปัฏฐากที่ผ่านการอบรมมาแล้ว ก็ยังประสบปัญหาขาดแคลนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การจัดการสุขภาวะพระสงฆ์ไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและยั่งยืน และสะท้อนว่ากลไกกำกับดูแลที่สร้างขึ้นยังขาดความพร้อมอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงสุขภาพในบริบทที่ประเพณีการทำบุญตักบาตรฝังรากลึกเป็นเรื่องยาก พระสงฆ์หลายรูปยังอยู่ในภาวะ “กลัวโยมไม่ได้บุญ” เหมือนพระอาจารย์แก้ว ทำให้ต้องรับอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ แม้จะตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพก็ตาม ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงข้อจำกัดของ “การปกครองชีวิตญาณ” ที่ไม่สามารถแทรกแซงหรือกำกับปฏิบัติการทางวัฒนธรรมที่มีความซับซ้อนได้โดยง่าย แม้รัฐจะผลักดันแนวนโยบายผ่านการรณรงค์ เช่น วัดปลอดบุหรี่ วัดปลอดสุรา หรือการเทศนาเพื่อบ่มนิสัยพลเมือง แต่ในทางปฏิบัติ กลไกการกำกับยังดำเนินไปอย่างอ้อม ๆ และไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ โดยเฉพาะเมื่อวัดและพระสงฆ์ยังต้องพึ่งพาชุมชนอย่างใกล้ชิด กฎระเบียบต่าง ๆ จึงมักใช้ได้กับบุคคลแปลกหน้าหรือผู้ไม่มีหลักแหล่ง ในขณะที่ผู้มีฐานะและความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับวัดมักได้รับการผ่อนปรนจากเจ้าอาวาส

ยิ่งกว่านั้น ร่างกายของพระสงฆ์ก็ไม่ได้มีวินัยทางสุขภาพมากขึ้น จากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์และโครงการวิจัยต่าง ๆ พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังมีน้ำหนักเกินและมีความเสี่ยงที่ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้บางรูปจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเข้ารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ยังมีพฤติกรรมที่ขัดต่อคำแนะนำทางการแพทย์ ขณะที่พระหนุ่มและสามเณรจำนวนมากที่ยังไม่อาพาธเรื้อรัง ก็มักละเลยการตรวจสุขภาพ แม้รัฐจะจัดสวัสดิการและโครงการตรวจสุขภาพฟรี เนื่องจากมองว่าโรคภัยยังเป็นสิ่งไกลตัว และไม่กระทบต่อกิจวัตรในปัจจุบัน ส่วนพระเถระที่มีสถานภาพสูงกว่ากลับสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพในระดับที่ต่างออกไป ด้วยการอาศัยลูกศิษย์อุปัชฌาภช่วยจัดการด้านการเดินทาง รวมถึงมีปัจจัยในการซื้อประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับบริการทางการแพทย์ที่สะดวกและมีคุณภาพมากกว่าที่รัฐจัดหาให้

กล่าวโดยสรุป การศึกษาภาคสนามได้แสดงให้เห็นว่า การสร้างสถาบันจัดการด้านสุขภาพพระสงฆ์ของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลสงฆ์ หรือตึกสงฆ์อาพาธในโรงพยาบาลรัฐทั่วไป ยังคงประสบข้อจำกัดหลายประการ และยังไม่บรรลุประสิทธิผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร ทั้งจากปัจจัยทางฝั่งรัฐและข้อจำกัดในวิถีปฏิบัติของคณะสงฆ์เอง นอกจากนี้ รัฐยังมีแนวโน้มที่จะถ่ายโอนภาระการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ให้กลับไปเป็นเรื่องที่สงฆ์ดูแลกันเอง โดยผ่านการรณรงค์และโครงการต่าง ๆ ซึ่งในทางหนึ่งก็เป็นการลดทอนภาระด้านงบประมาณของรัฐในการดูแลสุขภาพเมืองกลุ่มพิเศษนี้ด้วย

กล่าวได้ว่า โครงการ “สงฆ์ไทยไกลโรค” ของรัฐที่อาศัยกลไกอำนาจและความรู้ นานัปการ ส่งผลให้พระสงฆ์ “ไกลโรค” มากขึ้นในแง่ของการเป็นประชากรที่ตกอยู่ใต้การกำกับดูแลของรัฐสมัยใหม่ กระนั้นการชี้หน้าของรัฐก็ไม่อาจดำเนินไปอย่างราบรื่น แม้รัฐจะพยายามควบคุมติดตาม และจัดการสุขภาพพระสงฆ์ผ่านเครื่องมือทางสถิติ ความรู้ และการรณรงค์สร้างจิตสำนึก แต่ก็ไม่อาจกำกับทั้งความคิดและการกระทำของพระสงฆ์ได้อย่างหมดจด เมื่อปรากฏว่าพระสงฆ์

ต่อต้าน ต่อรอง และปรับตัว (counter-conduct) ในหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การไม่ปฏิบัติตามอย่างเจียบ ๆ เช่น พระสงฆ์บางรูปยังคงสูบบุหรี่หรือฉันทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ แม้จะมีโครงการวัดปลอดบุหรี่หรือคำแนะนำด้านโภชนาการจากรัฐ พระสงฆ์บางรูปเลือกตีความและปรับตัวต่อคำแนะนำด้านสุขภาพโดยไม่ขัดกับวินัยสงฆ์โดยตรง ตัวอย่างเช่นพระทองใบธรรรงค์แนวทาง “ปิ่นโตบุญ” ที่มีเป้าหมายชี้นำฆราวาสให้จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมแก่สงฆ์ แทนการปฏิเสธอาหารจากการบิณฑบาตโดยตรง ขณะเดียวกัน การนำนโยบายรัฐไปปฏิบัติในระดับวัดยังขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของเจ้าอาวาสและพระผู้ใหญ่ในแต่ละวัด ซึ่งมีความเข้มงวดต่างกันออกไป นอกจากนี้ พระสงฆ์จำนวนหนึ่งยังฉวยใช้ช่องทางจากรัฐ ตั้งงบประมาณไปจนถึงโครงการสุขภาพ เพื่อสร้างตัวตน สังสมความรู้ และยืนยันสถานะของตนในระบบปกครองคณะสงฆ์ พระสงฆ์จำนวนไม่น้อยยังใช้สถานะทางสังคมและต้นทุนที่สังสมระหว่างบวชเป็นการเตรียมโอกาสในชีวิตภายหลังการสึก บางรูปถึงขั้นตั้งคำถามต่อความชอบธรรมของรัฐที่แม้จะมีอำนาจและทรัพยากรมากมาย กลับไม่สามารถดูแลประชากรได้อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม

ดังนั้น การบริหารจัดการสุขภาพพระสงฆ์จึงไม่ได้เป็นเพียงการสั่งการจากเบื้องบน แต่เป็นสนามแห่งการขบเคี้ยว รอมชอม และต่อรองระหว่างอำนาจรัฐ วินัยสงฆ์ และวิถีชีวิตของพระผู้ปฏิบัติ

6.3 บ้าน-วัด-รัฐ: พลวัตแห่งอำนาจเหนือชีวิตสงฆ์

วิทยานิพนธ์นี้ได้ฉายภาพความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ ชุมชน และคณะสงฆ์ ซึ่งไม่ใช่ความสัมพันธ์แบบเรียบง่าย แต่มีพลวัตที่ปรับเปลี่ยนตามบริบทอยู่เสมอ ที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างพระสงฆ์กับฆราวาสยึดโยงกันผ่านการอุปถัมภ์ ซึ่งฆราวาสจะให้ความช่วยเหลือทางวัตถุ แลกกับการที่พระสงฆ์ประพาศิตนเป็นเนื่อนาบุญและปฏิบัติตามพระธรรมวินัยอย่างเคร่งครัด หากพบความประพาศิตที่เบี่ยงเบน เช่น มีเรื่องชู้สาว ทุจริตหรือยกยอกเงินวัด หรือยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ฆราวาสก็มีสิทธิที่จะตัดความช่วยเหลือได้ ด้วยเหตุนี้ พระสงฆ์จึงต้องประพาศิตนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความคาดหวังของชุมชน

อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เกิดความเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ความสัมพันธ์นี้มีลักษณะซับซ้อนขึ้นคือ “บ้าน-วัด-รัฐ” (บวร.) ที่รัฐได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการกำกับดูแลคณะสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญ วัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ รวมถึงวัดนะโม ซึ่งอยู่ใต้กำกับของมหาเถรสมาคม และรับงบประมาณจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ได้รับมอบหมายภารกิจเพิ่มเติมที่ขยายขอบเขตเกินกว่าหน้าที่ด้านการเผยแผ่พุทธศาสนาแบบเดิม ภารกิจเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่

การควบคุมและปกครองพระสงฆ์ที่เบี่ยงเบนจากระเบียบและไม่อยู่ในร่องในรอย การจัดทำบัญชีทรัพย์สินของวัดให้โปร่งใส การเผยแพร่อุดมการณ์ของรัฐและสถาบันกษัตริย์ การสาธารณสงเคราะห์ การพัฒนาวัดผ่านการก่อสร้างและปรับปรุงศาสนาสถาน รวมถึงการสร้างพลเมืองให้เป็นไปตามแบบแผนที่รัฐกำหนด สถานะของวัดจึงสะท้อนการเป็น “กลไก” หนึ่งของรัฐอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงต้นทศวรรษ 2560 ที่รัฐดำเนินนโยบายปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาอย่างเข้มข้น พร้อมขยายอำนาจควบคุมพระสงฆ์ที่สะท้อนผ่านการการออกบัตรประจำตัวประชาชนสำหรับพระสงฆ์ หรือเป็นการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์อย่างถูกต้อง ซึ่งไม่เพียงทำให้พระสงฆ์มีสถานภาพทางกฎหมายที่ชัดเจนขึ้น และเข้าถึงสวัสดิการของรัฐได้ แต่ยังทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์แต่ละรูป รวมถึงสังกัดก็ถูกแปลงให้อยู่ในฐานระบบที่รัฐสามารถมองเห็นความเป็นไป และเข้ามาบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งไปกว่านั้น พระสังฆาธิการผู้ปกครองวัดก็มีหน้าที่บันทึกและจัดส่งข้อมูลของพระลูกวัด รวมถึงบัญชีการเงินของวัดให้ตรวจสอบ ทั้งยังต้องถูกประเมินภารกิจตามเกณฑ์ชี้วัดอย่างต่อเนื่องในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อแลกกับการสนับสนุนจากรัฐ

ภารกิจหลักของพระสงฆ์สามเณร เช่น ที่วัดนะโม ยังคงเป็นการประกอบศาสนกิจและพิธีกรรมตามประเพณีพุทธ ซึ่งทวีความสำคัญขึ้นเนื่องจากมีตัวชี้วัด เช่น การสอบพระปริยัติธรรมมากำกับ ทว่าข้อค้นพบที่สำคัญคือ การที่รัฐปรับวิธีการทำความเข้าใจสุขภาพพระสงฆ์ โดยนำข้อมูลเชิงสถิติมาใช้เพื่อจำแนกพระสงฆ์เป็น “ประชากรกลุ่มเสี่ยง” อย่างเป็นระบบ

การปรับเปลี่ยนภูมิทัศน์ทางสาธารณสุขของไทยตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษ 2550 ได้สร้างหน่วยงาน ชุดความรู้ กลไก และเครื่องมือใหม่ เช่น สมัชชาสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพ ที่เปิดพื้นที่ให้พระสงฆ์มีบทบาทในการร่วมสร้าง “สังคมสุขภาวะ” กับหน่วยงานรัฐในระดับต่าง ๆ ภารกิจใหม่นี้ทำให้พระสงฆ์ต้องปรับตัวทั้งด้านกิจวัตรและองค์ความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น เช่น การปฐมพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการเทศนาสั่งสอนชุมชนให้ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ กิจกรรมสุขภาวะเหล่านี้มักได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกด้านการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาวะโดยไม่ใช้อำนาจบังคับ แต่ผ่านการชี้แนะที่ทำให้พลเมืองรู้สึกถึงความจำเป็นและเห็นถึงข้อดีของแนวปฏิบัตินี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สะท้อนถึงการทำงานของชีวอำนาจอย่างชัดเจน

ทั้งหมดนี้สะท้อนว่า วิถีชีวิตของพระสงฆ์ไม่ได้เป็นอิสระจากโครงสร้างอำนาจรัฐ แต่อยู่ภายใต้การกำกับของอำนาจหลายรูปแบบที่ทำงานซ้อนทับและผสมผสานกันอย่างแยกไม่ออก ไม่ว่าจะเป็น **อำนาจองค์อธิปัตย์** ซึ่งปรากฏในกฎหมายคณะสงฆ์ทุกฉบับที่จัดระเบียบโครงสร้างการปกครองสงฆ์ และให้อำนาจมหาเถรสมาคมในการลงโทษพระสงฆ์ หรือระงับการกระทำที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึง

การทำให้หมดสถานภาพพระสงฆ์แม้ไม่ได้อาบัติปาราชิก หากขัดคำสั่ง และยังคงปรากฏผ่านการแต่งตั้งหรือถอดถอนสมณศักดิ์ อำนาจนี้จึงเป็นรากฐานทางกฎหมายที่รองรับอำนาจรูปแบบอื่น **อำนาจสร้างวินัย** ซึ่งทำงานผ่านการจัดระเบียบร่างกาย เวลา และพื้นที่ เพื่อสร้างความเป็นระเบียบเรียบร้อยและประสิทธิภาพในกิจวัตรของพระสงฆ์ โดยเฉพาะในสำนักเรียนพระปริยัติธรรม รวมถึงการจัดทำทะเบียนพระสงฆ์และวัดอย่างเป็นระบบ ตลอดจนจนปฏิบัติการต่อเรือนร่างพระสงฆ์ในโรงพยาบาล และ **ชีวอำนาจ** ซึ่งเป็นรูปแบบอำนาจล่าสุดที่ทำงานผ่านการจัดการประชากรในภาพรวม มุ่งเน้นไปที่การควบคุมและส่งเสริมชีวิตประชากรสงฆ์ พร้อมทั้งใช้กลไก เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์ การให้คำแนะนำ การให้สวัสดิการด้านสุขภาพ และการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้พระสงฆ์และชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป วิทยานิพนธ์ฉบับนี้พยายามเปิดมุมมองให้เห็นว่า สุขภาวะของพระสงฆ์เป็นมิติสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐสมัยใหม่กับประชากร รัฐพยายามเข้ามาบริหารจัดการและรักษาความมั่นคงผ่านชุดความรู้ กฎหมาย เครื่องมือ กลวิธี และนโยบายต่าง ๆ โดยร่วมมือกับหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง แต่ในขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์นี้ไม่ได้ดำเนินไปอย่างเบ็ดเสร็จและราบรื่นจนรัฐสามารถกำกับควบคุมชีวิตและสำนักของประชากรได้ทั้งหมด แม้พระสงฆ์จะได้รับการดูแลรักษาและสวัสดิการด้วยความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ อีกทั้งยังได้รับการแนะนำ กำกับ และรณรงค์ให้ปรับเปลี่ยนกิจวัตรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แต่พระสงฆ์ไม่ได้เป็นเพียงประชากรที่ปฏิบัติตามคำกำกับเหล่านั้นเสมอไป และยังคงสามารถท้าทายหรือวิพากษ์อำนาจของรัฐได้ในหลายกรณี เช่น การเรียกร้องสวัสดิการเพิ่มเติมจากรัฐเพื่อตนเองและชาวบ้านที่เดือดร้อน หรือการไม่เข้าร่วมโครงการสุขภาพของรัฐ โดยอ้างเหตุผลด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ภารกิจสงฆ์ หรือการศึกษาพระปริยัติธรรม รวมถึงการไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการเก็บข้อมูลพระสงฆ์อาพาธ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จึงยังไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการต่อต้านชัดเจนต่ออำนาจได้อย่างสลับซับซ้อนเท่าที่ควร

รายการอ้างอิง

หนังสือและบทความในหนังสือ

- กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี* (พ.ศ. 2560-2564). อีโมชั่น อาร์ต.
- คณินนิตย์ จันทบุตร. (2528). *การเคลื่อนไหวของยุวสงฆ์ไทยรุ่นแรก พ.ศ. 2477-2484*. มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- คำสั่งมหาเถรสมาคม เรื่อง ห้ามพระภิกษุสามเณรเกี่ยวข้องกับการเมือง พ.ศ. 2535. (2535, 2 มกราคม). แดงการณคณสงฆ์ เล่ม 83 ตอนที่ 1 : 25 มกราคม 2538.
- เครือข่ายพุทธชนตีสังฆะเพื่อสังคม. (2555). *พุทธชนตี ๒,๖๐๐ ปี แห่งการตรัสรู้ของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า*. ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2559). *สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในพระสงฆ์จากโครงการ “สงฆ์ไทยไกลโรค”*. ศึกษานิพนธ์การพิมพ์.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2560ก). *คู่มือโภชนาการสงฆ์ไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศึกษานิพนธ์การพิมพ์.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2560ข). *บาตรไทยไกลโรค 1 ภูมิภาค*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2562). *สูตรสงฆ์ไทยไกลโรค ๔.๐ ข้อเสนอเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสู่โภชนาการและสุขภาพดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ศึกษานิพนธ์การพิมพ์.
- ชนิดา ชิตบัณฑิต. (2566). *โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ: การสถาปนาพระราชอำนาจนำในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว*. สมมติ.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2550). *2 ทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ญาณนันท์ รัตนธีรวิเชียร. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)*. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐพล ใจจริง. (2563). *ขุนศึก ศักดินา และพญาอินทรี : การเมืองไทยภายใต้ระเบียบโลกของสหรัฐอเมริกา 2491-2500*. ฟ้าเดียวกัน.

- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. Illumination Editions.
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2555). *ท่านอาจารย์พุทธทาส คนใช้ที่ผมรู้จัก*. ชุมของอุตสาหกรรมและการพิมพ์.
- ปฐม ตาคะนันท์. (2551). *คณะสงฆ์สร้างชาติ สมัยรัชกาลที่ 5*. มติชน.
- ปาริชาติ ศิวรักษ์. (2546). *กำเนิดกองทุน สสส. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*.
- ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. (2566). *ครุฑแห่งชาติ: รัฐเจริญพันธุ์ ร่างกาย และเพศวินิ*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- พงศธร พอกเพิ่มดี. (2553). *หลังประติมาศาสตร์ความสุข 20 ปีเบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย*. เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.).
- พระวิชิต ธรรมชิต. (2560). *การดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล*. ญาณภาวัน.
- พินิจ ลาภานานนท์. (2556). *สุขภาพของพระสงฆ์ ปี ๒๕๕๕*. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิพัฒน์ พสุธารชาติ. (2561). อ่าน “การสอดส่องดูแลเด็กกับครอบครัวจิตกรรม” จากมุมมองด้าน Governmentality ของฟูโกต์. ใน ธเนศ วงศ์ยานนาวา และเพื่อน, *ครอบครัวจิตกรรม บทวิพากษ์ว่าด้วยชุมชนการปกครองและรัฐ* (หน้า 83-122). ภาพพิมพ์.
- ภิญญพันธ์ พจนะลาวัณย์. (2562). *ไทยปฏิภพ: ประวัติศาสตร์การเมืองสังคมร่วมสมัยของพุทธศาสนาไทย*. Illuminations Editions.
- มูลนิธิเครือข่ายศาสนาเพื่อสังคม. (2558). *10 กลวิธี ลดบุหรีในพระสงฆ์*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี. (2551). *2 ทศวรรษ การธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี*. มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2562). *การอุปฐากพระสงฆ์อาพาธภายใต้หลักพระธรรมวินัย*. อาร์ต ควอลิไฟท์.
- วิรัช มรรคดวงแก้ว. (2537). *90 ปีนายแพทย์วิรัช มรรคดวงแก้ว*. ประชาชน.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). *แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมบูรณ์ สุขสำราญ. (2527). *พุทธศาสนากับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคม*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมบูรณ์ สุขสำราญ. (2530). *การพัฒนาตามแนวพุทธศาสนา กรณีศึกษาพระสงฆ์นักพัฒนา*. สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย.

- สมบูรณ์ สุขสำราญ. (2530). *การพัฒนาตามแนวพุทธศาสนา*. พิมพ์สวย.
- สันติสุข โสภณสิริ. (2555). *เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง ชีวิตและผลงานของ ศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว*. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐*. โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- สายพิณ ศุภทรมงคล. (2545). *คุกกับคน: อำนาจและการต่อต้านชัดเจน*. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). *20 Years 20 Big Changes ภารกิจ 20 ปี เปลี่ยนประเทศไทยสู่สังคมสุขภาวะ*. พรินท์ ซิตี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *สังฆะเพื่อสังคม: บทเรียนบทบาทพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะชุมชนและสังคม*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542*. สำนักพิมพ์ Bask Digital Co.,Ltd.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2561). *คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด - อสว.)*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บทความวารสาร

- โรชนี อุปรา, และ ทักษิภา ชัชรรัตน์. (2559). โรคเรื้อรัง : ผลกระทบต่อสุขภาพพระสงฆ์ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ. *Journal of Nursing and Health Research*, 17(3), 17-23.
- วัชรินทร์ ออละอ. (2557). สุขภาพพระสงฆ์ในบริบทชุมชนอุตสาหกรรม. *วารสารวิจัยสังคม*, 37(2), 89-124.

วิทยานิพนธ์

- ก้องสกล กวินรวีกุล. (2545). *การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:116506
- นนทวุฒิ ราชกาวิ. (2556). *ความเชื่อแบบพุทธไทยในการต่อต้านคอมมิวนิสต์ ช่วง พ.ศ. 2508-2519*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:102966
- วรัญญู เสนาสุ. (2559). *เส้นทางกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ: จากรัฐบาลทักษิณถึงรัฐบาลสุรยุทธ์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:90354
- วัชนี คำน้ำปาด. (2547). *เด็กกับความคาดหวังของรัฐบาล พ.ศ. 2502-2519*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. <https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:55785>
- วิศิษฐ์ ศิลปสุวรรณชัย. (2544). *บุหรี: การเปิดขั้วสู่ภาวะต้องห้าม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:117037
- สุภาพร คชารัตน์. (2559). *การสถาปนารัฐเวชกรรมผ่านโฆษณาชุดเสริมสร้างสุขภาพในประเด็นชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังทรัพยากรสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:90300

ราชกิจจานุเบกษา

- พระราชบัญญัติลักษณะปกครองคณะสงฆ์ ร.ศ. 121. (29 มิถุนายน 2445). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 19 ตอนที่ 13, หน้า 214–223
- พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2484. (14 ตุลาคม 2484). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 58 ตอนที่ 0 ก. หน้า 1391–1410
- พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2505. (31 ธันวาคม 2505). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 79 ตอนที่ 115 ก ฉบับพิเศษ. หน้า 29–44
- พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2535. (4 มีนาคม 2535). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 109 ตอนที่ 106 ก. หน้า 5–11
- พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2560. (6 มกราคม 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 134 ตอนที่ 2 ก. หน้า 1–2
- พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2561. (17 กรกฎาคม 2561). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 135 ตอนที่ 50 ก. หน้า 1–4

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- กรมการแพทย์. (14 พฤศจิกายน 2561). *กระทรวงสาธารณสุขประสานความร่วมมือสำนักงานกฯ พัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ครบทุกมิติตามหลักพระธรรมวินัย* [โพสต์]. Facebook. https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=pfbid02wy7ThtAzrWt2VXdiPrk9omAKoYwdvdwhoHw26LY56TUQDzPQRauFjirqzvdxyEYNI&id=100069182200543
- ไทยรัฐออนไลน์. (24 มกราคม 2562). “หลวงพ่อกุณ” เอกลักษณ์ เคาะหัว ไม่ธรรมดา เพราะท่านว่า *คาถากำกับทุกครั้ง*. <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1478490>
- ประชาไท. (23 สิงหาคม 2562). *บอร์ดกรรมการสุขภาพเห็นชอบตั้ง ‘หมอประทีป’ นั่งเลขาฯ กรรมการสุขภาพแห่งชาติคนใหม่*. <https://prachatai.com/journal/2019/08/84002>
- ประชาไท. (28 สิงหาคม 2564). *คุยกับนักวิชาการผู้สนใจพุทธศาสนาไทย ว่าด้วยคณะสงฆ์ไทยในมือ กษัตริย์ การย้อนกลับสู่สมบูรณาญาสิทธิราชย์?*. <https://prachatai.com/journal/2021/08/94692>

ผู้จัดการออนไลน์. (19 ตุลาคม 2556). *รวบแล้วโจรใจบาป! มอมยารุทธทรัพย์ “พระสงฆ์-คนแก่” ตามโรงพยาบาล*. <https://mgronline.com/crime/detail/9560000131186>

พระราชวรเมธี และคณะ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา 2560-2564*. <http://www.buddhism4.com/web/download/book%201.pdf>

มูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์. (ม.ป.ป.). *ความเป็นมาของมูลนิธิโรงพยาบาลสงฆ์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2563, จาก <http://xn--62cba0eei1aunhth9dyfbyb9fyili.com/index.php>

โรงพยาบาลสงฆ์. (2563). *รายงานประจำปี 2563* <https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2563/mobile/index.html>

โรงพยาบาลสงฆ์. (ม.ป.ป.). *ประวัติโรงพยาบาลสงฆ์* สืบค้นเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2563, จาก <https://www.priest-hospital.go.th/About/History>

สงฆ์ไทยไกลโรค. (ม.ป.ป.). *ความเป็นมาโครงการ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2563, จาก <http://sonkthaiqlairok.com/%e0%b8%84%e0%b8%a7%e0%b8%b2%e0%b8%a1%e0%b9%80%e0%b8%9b%e0%b9%87%e0%b8%99%e0%b8%a1%e0%b8%b2%e0%b9%82%e0%b8%84%e0%b8%a3%e0%b8%87%e0%b8%81%e0%b8%b2%e0%b8%a3/>

สถาบันพระปกเกล้า. (2562). *ค่านิยม 12 ประการ*. http://wiki.kpi.ac.th/index.php?title=%E0%B8%84%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%A2%E0%B8%A1_12_%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3

สันติภาวัน. (7 กรกฎาคม 2562). *เมื่ออาพาธ ฆราวาสจับปลีก*. <https://santibhavan.or.th/%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%B2%E0%B8%98-%E0%B8%86%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%B6%E0%B8%81/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (17 สิงหาคม 2561). *ทำความรู้จัก “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์”*.

<https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%97%E0%B8%B3%E0%B8%84%E0%B8>

%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%81-
%E0%B8%98%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B9%E0%B8%8D%E0%B8%AA%E0%B8%B8/

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (20 พฤษภาคม 2552). *ประกาศ พ.ร.บ. “วัดปลอดเหล้า” ทั่วประเทศ.*

<https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A8-%E0%B8%9E-%E0%B8%A3-%E0%B8%9A-%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B9%89/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (6 พฤษภาคม 2551). *ดื่มเหล้าในวัด โทษคุก 6 เดือน ระวังมี กม. แล้ว พระโดน 2 เต็ง.*

<https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94-%E0%B9%82%E0%B8%97%E0%B8%A9%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%81-6-%E0%B9%80/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (6 มิถุนายน 2561). *สธ. ชูนโยบายพระสงฆ์สุขภาพดี ‘1 วัด 1 โรงพยาบาล’.*

<https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%AA%E0%B8%98-%E0%B8%8A%E0%B8%B9%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%87%E0%B8%86%E0%B9%8C%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (9 กรกฎาคม 2552). *เข้าพรรษาทุกปี คือวันงดดื่มสุราแห่งชาติ.*

<https://www.thaihealth.or.th/%E0%B9%80%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2/>

8%97%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%9B%E0%B8%B5-

%E0%B8%84%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%9

9%E0%B8%87%E0%B8%94/

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1.*

<https://main.samatcha.org/node/63>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5.*

<https://main.samatcha.org/node/67>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *'สมัชชาสุขภาพสุราษฎร์ฯ' ร่วมวางปัญหาาระบบ
นิเวศ 'อ่าวบ้านดอน'.* <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/1402>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.*

<https://www.nationalhealth.or.th/th/node/2791>

Healthy Monk Healthy Nutrition. (27 ธันวาคม 2560). *วิธีผลิตประคดเอวง่ายนิดเดียว.*

<https://www.youtube.com/watch?v=aRzxyfPnWs>

HFfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (18 พฤษภาคม 2561). *สธ. ให้อุทก รพ. จัดกิจกรรม 1 วัด 1 รพ. ดูแล
สุขภาพพระสงฆ์.* <https://www.hffocus.org/content/2018/05/15873>

HFfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (23 กรกฎาคม 2561). *เร่งเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพสงฆ์ '1 วัด 1
รพ.' ขยายสู่ รพ.สต. สร้างสุขภาพะสงฆ์ชุมชน.*

<https://www.hffocus.org/content/2018/07/16111>

HFfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (26 มกราคม 2562). *สธ.-ภาคี่ ขยายโครงการ "1 วัด 1 รพ."
ครอบคลุม รพ.-วัด 16,660 แห่งทั่วประเทศ.*

<https://www.hffocus.org/content/2019/01/16783>

WAY Magazine. (10 สิงหาคม 2565). *'ครูบาศรีวิชัย' นักบุญแห่งล้านนา ภัยความมั่นคงต่อ
กระบวนการสร้างรัฐชาติสมัยใหม่.* <https://waymagazine.org/khruba-srivichai/>

Workpoint Today. (21 มกราคม 2562). *ประวัติ "หลวงพ่อกุณ ปรสิทุโธ" ปราชญ์แห่งที่ราบสูง.*

<https://workpointtoday.com/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B8%93->

[%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%BA%E0%B9%82%E0%B8%98-%E0%B8%9B%E0%B8%A3/](https://workpointtoday.com/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%BA%E0%B9%82%E0%B8%98-%E0%B8%9B%E0%B8%A3/)

Books and Book Articles

- Ford, E. (2017). *Cold War Monks: Buddhism and America's Secret Strategy in Southeast Asia*. Yale University Press.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Allen Lane.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (2003). *Society Must Be Defended: Lectures at the College de France, 1975-76*. Allen Lane.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the College de France, 1977-78*. Palgrave Macmillan.
- Jane Bunnag (1973). *Buddhist Monk, Buddhist Layman: A Study of Urban Monastic Organization in Central Thailand*. Cambridge University Press.
- Paul Farmer, et.al. (2013). *Reimagining Global Health: An Introduction*. University of California Press.
- Raynes, H. E. (1983). *A History of British Insurance*. Sir Isaac Pitman.
- Rothstein, W. G. (2003). *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*. The University of Rochester Press.
- Somboon Suksamran. (1976). *Political Buddhism in Southeast Asia: The Role of the Sangha in the Modernization of Thailand*. St. Martin's Press.
- Tambiah, S. J. (1976). *World Conqueror and World Renouncer: a study of Buddhism and polity in Thailand against a historical background*. Cambridge University Press.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization.
- Wyatt, D. K. (1969). *The Politics of Reform in Thailand Education in the Reign of King Chulalongkorn*. Thai Wattana Panich.

Articles

- Cueto, M. (2004). The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, November 2004, 94(11), 1864-1874.
- Curtis, B. (2002). Foucault on Governmentality and Population: The Impossible Discovery. *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, 27(4), 505-533.
- Li, T. M. (2007). Governmentality. *Anthropologica*, 49(2), 275-281.
- James, WPT. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 32, s120-s126.
- Turner, B. S. (1982). The Government of the Body: Medical Regimens and the Rationalization of Diet. *The British Journal of Sociology*, 33(2), 254-269.
- World Health Organization. (1994). The Global Burden of Disease in 1990: Summary Results, Sensitivity Analysis and Future Directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(3), 495-509.

Online Sources

- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*. Retrieved October 14, 2023 from https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf.
- World Health Organization. (n.d.). *Diabetes*. Retrieved October 14, 2023 from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

Thesis

- Prakirati Satasut. (2019). *Monastic Activism and State-Sangha Relations in Post-2014 Coup Thailand*. [Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison.] ProQuest Dissertations and Theses database.
<https://asset.library.wisc.edu/1711.dl/HX4CD6ZOD2F2586/R/file-74bf5.pdf>

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ

ปิยนันท์ จินา

วุฒิการศึกษา

ปีการศึกษา 2559: รัฐศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลงานทางวิชาการ

ปิยนันท์ จินา. (6-7 สิงหาคม 2563). สงฆ์ไทยใกล้โลก: ประชากรสงฆ์ในรัฐเวชกรรมไทย. ใน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสังคมศาสตร์, งานสัมมนาวิชาการเครือข่ายนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ครั้งที่ 19 ปีการศึกษา 2563 “อยู่ กลืน กลาย” วันที่ 6-7 สิงหาคม พ.ศ. 2563 (น. 228-241). คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.