



การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงพุทธ หลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่*

CHANGING HEALTH BEHAVIORS FOR THE ELDERLY IN A BUDDHIST WAY AFTER A NEW LIFESTYLE

พระครูบวรชัยวัฒน์

Phrakrubowonchaiwat

พระปลัดฤทธิพร จารุวรรณ (ทุมสุวรรณ)

Phrapalad Ritthipporn Jaruwanno (Thumsuwan)

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย

Mahamakut Buddhist University

E-mail: wanchaiteego@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงพุทธหลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่ เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้สูงอายุหลังเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ของเชื้อไวรัสโคโรนาว่าควรมีหลักวิทยาศาสตร์และหลักพุทธศาสดรมาบูรณาการร่วมกัน ผ่านการรวบรวมทบทวนวรรณกรรมเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เนื้อหาของกรณีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ตัวชี้วัดในการวัดคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยเข้าสู่โรคประจำถิ่นและหลักธรรมนำชีวิตไตรลักษณ์ 3 ประการ สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจแม้ว่าโควิด-19 จะเป็นโรคประจำถิ่น ด้วยการยึดตามหลักสาธารณสุข 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 2 ส. คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาหนุนเสริม อาทิ หลักการนำชีวิตให้ถึงจุดหมาย (อัตถะ) 3 ชั้น ชั้นที่ 1 ทิฏฐธัมมิกัตถะ จุดหมายชั้นตาเห็นหรือประโยชน์ปัจจุบัน ชั้นที่ 2 สัมปรายิกัตถะ เป็นจุดหมายชั้นเลียดตาเห็นหรือประโยชน์เบื้องหน้า ชั้นที่ 3 ปรมัตถะ เป็นจุดหมายสูงสุดหรือประโยชน์อย่างยิ่ง และเสริมด้วยหลักธรรมนำชีวิตไตรลักษณ์ 3 ประการ 1) อนิจจัง (impermanence) คือ ความเป็นของไม่เที่ยง 2) ทุกขัง (stress and conflict) คือ ความเป็นทุกข์ 3) อนัตตา (soullessness) คือ ความไม่ใช่ตัวตนหรือความไม่มีตัวตนแท้จริงของสรรพสิ่ง

* Received April 15, 2022; Revised April 30, 2022; Accepted June 15, 2022



และไม่สามารถควบคุมให้คงอยู่ได้ตามความมุ่งหมายของตน ผู้สูงอายุจึงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, เชิงพุทธ, หลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่

Abstract

This article deals with the change of health behaviors for the elderly in a Buddhist way after living a new lifestyle. To analyze the behavior of the elderly after the outbreak of the emerging corona virus that there should be scientific principles and Buddhist principles to integrate together. Through the collection of literature reviews, it is a tool to analyze the content of the elderly health behavior change cases. by suggesting the concept of quality of life Indicators for measuring quality of life Health behavior change for the elderly Factors leading to endemic diseases and three principles of dharma leading to trilak life the situation of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic among the elderly, a large vulnerable group in Thailand There must be a change in health behaviors, both physically and mentally, despite COVID-19. will be endemic By adhering to the public health principles of the 3 districts, namely food, exercise, and mood 2 S.: refrain from smoking, refrain from drinking alcohol and bring the principles of Buddhism to support such as the principle of leading life to reach the goal (attha) 3 steps Step 1: Dittadhamikatta The goal of sight or the present benefit, the second stage, Samparayikatha It is the goal that is beyond the eyes or the benefit in front of the eyes. The third step, Paramattha, is the ultimate goal or the greatest benefit. and reinforced with three principles of dharma leading to the trinity of life: 1) Impermanence, which is impermanence; 2) Tukkhha (stress and conflict) is suffering; 3) Soullessness, which is non-self or non-existence. the true self of things and cannot be controlled to remain in accordance with their own intentions The elderly will have a good quality of life in society happily.

Keywords: health behavior modification, the elderly, buddhist, after living a new life



บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำให้ทุกประเทศกำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น ประเทศไทยสามารถชะลอการแพร่กระจายของโรคได้ดี ด้วยระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งและความร่วมมือจากทุกฝ่ายส่งผลให้พบผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการระบาดระลอกใหม่และมีโอกาสในการติดเชื้อของทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน เรียกว่า พฤติกรรมตามฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) สำนักรอนามัยผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม อีกทั้งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย ซึ่งส่งผลให้มีการกำหนดมาตรการแนวทางการปฏิบัติตัว เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) โดยเฉพาะพฤติกรรมตามฐานวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) เพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และลดความเสี่ยงในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทั่วโลกและยังมีผลต่อผู้สูงอายุในประเทศไทยที่รัฐบาลไทยต้องตระหนัก

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ นั่นคือ ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ และจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุนับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปีพ.ศ. 2574 สัดส่วน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุด้วยการออกกำลังกายหรือการวางแผนค่าใช้จ่าย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคมและครอบครัวได้ การแพทย์และเทคโนโลยี



ด้านสุขภาพรวมทั้งการมีนวัตกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต จะเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยนั้นพบว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยมีโรคประจำตัว (ไม่ติดต่อเรื้อรัง) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 75.7 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 30.2 และเมื่อไปพิจารณาถึงในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.5 มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ร้อยละ 6.6 สิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 3.7 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 3.2 สิทธิอื่น ๆ โดยในช่วงปิดเมืองหรือล็อกดาวน์ในการแพร่ระบาดระลอกแรก การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยมีส่วนลดลงร้อยละ 7.7 และมีเพียงผู้สูงอายุที่มีรายได้มีน้อยร้อยละ 3.5 ที่เข้ารับการรักษาเชื้อโควิด-19 อย่างไรก็ตามมาตรการล็อกดาวน์และให้ผู้สูงอายุอยู่แต่ในที่พักอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ และในช่วงล็อกดาวน์นี้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าในช่วงสถานการณ์ปกติ โดยรู้สึกกังวลเพิ่มขึ้นรู้สึกเครียดและมีปัญหาอนอนไม่หลับ เพราะมีสาเหตุมาจากเรื่องราวได้ของผู้สูงอายุที่ลดลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) จะมีความหมายแตกต่างกันไปตามการรับรู้และความเข้าใจของแต่ละคน แต่ก็พอจะสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตมักจะหมายถึงการกินดีอยู่ดี ซึ่งครอบคลุมถึงการมีรายได้ที่มั่นคง มีการงานที่ดี มีการศึกษาดี มีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่น มีสุขภาพแข็งแรง มีเสรีภาพและมีความปลอดภัยในการดำรงชีวิต เป็นต้น แต่ผู้คนจำนวนไม่น้อยมักจะเอาคุณภาพชีวิตไปผูกติดกับเรื่องของเงิน (มี) เงิน หลายคนเชื่อว่าเมื่อมีรายได้มากขึ้นคุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น เพราะสามารถจับจ่ายใช้สอยได้มากขึ้น ทำให้ชีวิตมีความสะดวกสบายขึ้นมีความสุขมากขึ้นและได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น ในขณะที่อีกหลายคนมองว่าการมีรายได้ดีต้องแลกกับงานที่หนักขึ้นเครียดขึ้น ทำให้เวลาที่อยู่กับครอบครัวน้อยลงอันเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตลดลง

ความหมายของการมีคุณภาพชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต พ.ศ. 2540 ว่า คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ องค์ประกอบของความจำเป็นพื้นฐานที่เหมาะสม อย่างน้อยก็น่าจะมีอาหารที่เพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีสุขภาพกายและจิตใจดี ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งได้รับการบริการพื้นฐานที่จำเป็นทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประกอบ



ดำรงชีพอย่างยุติธรรม ส่วน UNESCO ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเมื่อ ค.ศ. 1981 ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล”

สรุปแล้วคุณภาพชีวิตหมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคมให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข คุณภาพชีวิต สามารถแยกได้เป็น 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ คุณภาพชีวิต (ภายใน) อันเกี่ยวกับการดำรงชีวิตส่วนบุคคลและครอบครัว ส่วนลักษณะที่สอง คือ คุณภาพชีวิต (ภายนอก) อันเกี่ยวกับการทำงาน (Quality of Work Life) และการดำรงชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตส่วนบุคคล เกิดจากการเลือกและการตัดสินใจของเราเองที่เป็นเจ้าของชีวิต ส่วนคุณภาพชีวิตในการทำงานและสังคม มักจะเกิดจากการจัดสรรให้ หรือการบริหารจัดการให้เกิดขึ้นโดยเจ้าของกิจการหรือผู้บริหารจัดการโรงงาน (สำนักงาน) ทุกวันนี้แม้เราจะสามารถกำหนดคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลได้ แต่เรื่องของคุณภาพชีวิตในการทำงานและสังคม (ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล) นั้น เราคงจะกำหนดเองไม่ได้ง่าย ๆ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2564)

ตัวชี้วัดในการวัดคุณภาพชีวิต

จากนิยามและแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเพื่อจะเชื่อมโยงคุณภาพชีวิตกับการวัดเข้าด้วยกัน พบว่า การวัดคุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบของดัชนีคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางสังคมที่สำคัญจำแนกเป็นสองประเภทหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย (Objective Well - being) และตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัย (Subjective Well - being) (Newman, S., 1975)

1. ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย (Objective Well - being) เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจ มุ่งไปที่วัดดูรายได้ของชาติหรือครัวเรือนและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ โดยรายได้ของชาติและข้อมูลทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ โดยทั่วไปและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง (Baster, N., 1985) ในการทำความเข้าใจตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยไม่ใช่เรื่องซับซ้อน ตัวอย่างของตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัย ได้แก่ อัตราการอ่านออกเขียนได้ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ประเภทของที่อยู่อาศัยและค่าครองชีพ ผู้วางนโยบายมักใช้ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงภาวะวิสัยวัดคุณภาพชีวิตของระดับครัวเรือน ชุมชน เมือง และประเทศ (Rogerson et al., 1989)

2. ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัย (Subjective Well - being) เกี่ยวข้องกับการวัดความพึงพอใจ ความรู้สึก ทศนคติและความเข้าใจในระดับบุคคล ซึ่งดูเหมือนเป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เนื่องจากมีความยากในการกำหนดและวัด ตัวชี้วัดนี้ถูกออกแบบมาเพื่อวัดความสุขและความ



พึงพอใจของมนุษย์ แนวคิดของตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัยสัมพันธ์กับความเข้าใจและทัศนคติในเรื่องของชีวิตที่เป็นสุขทั้งด้านครอบครัวด้านเพื่อนและมาตรฐานความเป็นอยู่ ตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัยที่สมบูรณ์ได้แก่ ตัวชี้วัดในเรื่องของการประสบความสำเร็จ ความปลอดภัยและความสนุกสนาน รวมถึงชีวิตการทำงานและครอบครัว นอกจากนี้แคมป์เบล (Campbell, 1980) ชี้ให้เห็นว่า การประเมินเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) อยู่บนพื้นฐานของการรายงานความเข้าใจ ความรู้สึกและการตอบสนองของบุคคล โดยทั่วไปตัวชี้วัดทางสังคมเชิงอัตวิสัย ได้แก่ ความรู้สึกที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีและความรู้สึกผาสุกเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ และขึ้นอยู่กับว่าผู้วิจัยต้องการศึกษาอะไร ดังนั้นตัวชี้วัดเชิงอัตวิสัยอยู่บนพื้นฐานของแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของการให้คะแนนความพึงพอใจ การประเมินความพึงพอใจและสภาพชีวิต (Cullen, 1978); (ชลธิชา มะลิพรม, 2561)

ผลพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ยุค New Normal ในสถานการณ์โรคโควิด-19

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) รายงานผลสำรวจเฝ้าระวังสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 2 ส. คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา แนววิถีชีวิตใหม่ New Normal ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบประชาชนสวมหน้ากากขณะออกกำลังกาย ดื่มสุราสังสรรค์และหลังออกกำลังกายไม่อาบน้ำเมื่อถึงบ้าน ดังนี้ อ.ที่ 1 คือ อาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ทุกครั้ง รับประทานอาหารที่มีความหลากหลายมีผักและผลไม้ทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดและไขมันสูง ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เลือกรับประทานอาหารสะอาดและล้างทำความสะอาดก่อนนำมาปรุงอาหารทุกครั้ง อ. ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย เช่น ไม่ควรสวมหน้ากากขณะออกกำลังกาย ควรเว้นระยะห่างขณะออกกำลังกายจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร รักษาความสะอาดอุปกรณ์กีฬาและของใช้ส่วนตัว และหลังออกกำลังกายควรอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน อ. ที่ 3 คือ อารมณ์ เข้าใจกับสถานการณ์ตามความเป็นจริง มีเวลาพักผ่อนฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและใช้ชีวิตไม่เครียด 2 ส. คือ การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา พฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2 ส. เป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้โดยทั่วไปที่ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ในช่วงของสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ตามแนววิถีชีวิตใหม่ New Normal

นายชาญยุทธ พรหมประพัฒน์ ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาจากการสำรวจรายงาน ผลการเฝ้าระวังสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. แนววิถีชีวิตใหม่ (New normal) ของประชาชน (ข้อมูลวันที่ 19 มิถุนายน - 3 กรกฎาคม 2563) จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 473 คน พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับดี ด้านพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติตัว 3 อ. 2 ส. ได้ดีสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เข้าใจสถานการณ์ตามความเป็นจริงมองเห็นโอกาสดีที่เกิดขึ้น เช่น มีเวลาพักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพ ได้อยู่กับครอบครัวมากขึ้น ร้อยละ 100 รองลงมา คือ



เลือกซื้ออาหารสดสะอาดและล้างทำความสะอาดก่อนนำมาปรุงอาหารทุกครั้งร้อยละ 98.9 และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าไม่เครียด ร้อยละ 98.5 ส่วนพฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ขณะออกกำลังกาย มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ ร่วมสังสรรค์ดื่มสุรา มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 19 และหลังออกกำลังกายเมื่อกลับถึงบ้านไม่อาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที มีผู้ปฏิบัติร้อยละ 14 ดังนั้นจึงขอเน้นย้ำให้ประชาชนดูแลตัวเอง ไม่ควรสวมหน้ากากขณะออกกำลังกาย ไม่สังสรรค์ด้วยการดื่มสุราร่วมกันเพราะมีความใกล้ชิดและอาจใช้แก้วเดียวกันในการดื่ม รวมถึงเมื่อถึงบ้านควรอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโรคของท่านและครอบครัว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.), 2563)

ปัจจัยเข้าสู่โรคประจำถิ่นเพราะเชื้ออ่อนลงคนมีภูมิมากขึ้น

โดยมติดณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้เห็นชอบปรับโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น เริ่มตั้งแต่ 1 ก.ค.นี้ มีการแบ่งออกเป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ

ระยะที่ 1 (12 มี.ค. - ต้น เม.ย. 65) เรียกว่า Combatting ต้องออกแรงกดตัวเลขไม่ให้สูงกว่านี้ เป็นระยะต่อสู้เพื่อลดการระบาดลดความรุนแรง จะมีมาตรการต่าง ๆ ออกไป การดำเนินการให้กักตัวลดลง

ระยะที่ 2 (เม.ย. - พ.ค. 65) เรียกว่า Plateau คือ การคงระดับผู้ติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้นให้เป็นระนาบจนลดลงเรื่อย ๆ

ระยะที่ 3 (ปลาย พ.ค.- 30 มิ.ย. 65) เรียกว่า Declining การลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงให้เหลือ 1,000 - 2,000 คน

ระยะที่ 4 ตั้งแต่ 1 ก.ค. 65 เป็นต้นไป เรียกว่า Post pandemic คือ ออกจากโรคระบาดเข้าสู่โรคประจำถิ่นเดือนกรกฎาคม 2565 นี้

นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ หัวหน้าที่ปรึกษาระดับกระทรวงและโฆษกกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยกับไทยรัฐออนไลน์ว่า การเข้าสู่โรคประจำถิ่น ได้ดูลย้อนกลับไปในการระบาด ทั้ง 4 ระลอก พบว่าเกณฑ์การประเมินของไทยอยู่ในระดับที่ดีมากในการรับมือกับโรค แต่ยังมีสิ่งที่ต้องปรับปรุง เช่น เขตเมืองขนาดใหญ่ อย่างกรุงเทพมหานครเนื่องจากยังมีปัญหาเรื่องระบบสาธารณสุข โดยต้องปรับให้มีระบบปฐมภูมิเพิ่มขึ้น รวมถึงรัฐบาลต้องมีการลงทุนทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์และวัคซีนเพื่อสำรองไว้ในกรณีฉุกเฉิน เพราะหากเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินเหมือนระลอกแรกจะทำให้การซื้อจากภายนอกทำไม่ได้



ปัจจัยสำคัญที่จะเข้า Endemic (โรคประจำถิ่น) มี 3 อย่างด้วยกัน คือ

1. ตัวเชื้อ โดยขณะนี้ทั่วโลกตัวเชื้อมีสภาพอ่อนลงแล้ว
2. เรื่องระบบภูมิคุ้มกัน โดยของไทยต้องการให้ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3 เพราะลดการป่วยหนักและการเสียชีวิตได้มากถึง 50%
3. ระบบสาธารณสุขรองรับ ซึ่งปัจจุบันไทยยังมีความพร้อมซึ่งดูได้จากอัตราการครองเตียง ที่ปัจจุบันมีผู้ติดเชื่อจำนวนมากแต่ใช้เตียงไปไม่เกิน 30% (ไทยรัฐออนไลน์, 2565)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขแนะแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” สำหรับผู้สูงอายุถือปฏิบัติเพื่อให้มีอายุยืนยาวสุขภาพดียอดเยี่ยม นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ รองอธิบดีกรมอนามัยกล่าวว่า จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553 - 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของประชากรทั้งสิ้นจำนวน 66.3 ล้านคน และจากรายงานมิเตอร์ประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วันที่ 26 มีนาคม 2562 ประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.36 ซึ่งจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 โดยในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 6.8 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 9.2 และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้นด้วย เทียบเท่าผู้สูงอายุวัยเกิน 60 ปี ทุก ๆ 12 คนจะพบเป็นโรคสมองเสื่อม 1 คน ซึ่งที่ผ่านมารวมอนามัยมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมเบื้องต้น การพัฒนาและจัดทำฐานข้อมูล การอบรมอาสาสมัคร การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมการจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง เช่น การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (ตำบล Long Term Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงระบบบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม

นอกจากนี้ ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่ 1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรงไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 - 60 นาที ด้วยการบริหารร่างกายท่าต่างๆ การเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 6,000 - 8,000 ก้าวในผู้สูงอายุที่ปกติ สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงอาจจะเริ่มต้นที่



3,000 ก้าว หรือเดินแบบสะสมเฉลี่ยวันละประมาณ 3 กิโลเมตร 2) Smart Brain คือ การดูแลฝึกฝนทักษะทางสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม และยังมีคำแนะนำให้ผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการเล่นเกมต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รมรงค์เรื่องไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ 3) Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7 - 8 ชั่วโมง โดยนอนหลับในช่วงหัวค่ำและตื่นแต่เช้า หลีกเลี่ยงการกินอาหารและการออกกำลังกายก่อนนอน เพราะจะทำให้ให้นอนไม่หลับและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมาได้ รวมทั้งการทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง 4) Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่ ลดหวานมันเค็ม เน้นผักผลไม้เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลาทะเล ซึ่งมีกรดโอเมก้า 3 สูง ช่วยบำรุงประสาทสายตาและสมอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีเพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ ตลอดจนการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความรอบรู้สำหรับประชาชน ผ่านแอปพลิเคชันสูงวัยสมองดี สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันสำหรับ Android จาก Play store และ iOS จาก App store เพื่อให้ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม อายุยืนยาว สุขภาพดียอดเยี่ยม (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเชิงพุทธหลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่

ผู้สูงอายุซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเปราะบางเป็นอย่างมากเพราะผู้สูงอายุคือปูชนียบุคคล เป็นผู้ผ่านประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้คนรุ่นหลังทั้งด้านความก้าวหน้าและความล้มเหลว การนำหลักธรรมนำชีวิตมาใช้เสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อเกิดวิกฤติการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงปัจจุบันสามปีกว่าแล้ว ผู้สูงอายุควรใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข ดังเช่นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ชมรมนักวิชาการสิ่งแวดล้อมไทย กล่าวว่า ยามมีความสุขก็ควรสุขแต่พอดี ยามมีความสุขทุกข์ก็ทุกข์พอประมาณเพราะไม่มีอะไรอยู่กับเรานาน โควิดทำให้ติดและฆ่าชีวิตคนไทยตายยังกับใบไม้ร่วงทุกวัน หลายท่านอยู่ตามลำพังกลายเป็นโรคซึมเศร้า หลายท่านตายแล้วด้วยพิษเศรษฐกิจและหลายท่านป่วยต้องกักตัวอยู่ในบ้านสุดท้ายในชีวิตจริงจะมีเพียงครอบครัวหรือญาติพี่น้องหรือเพื่อนสนิทเท่านั้นที่จะอยู่เคียงข้างดูแลและให้ความช่วยเหลือ การจะมีความสุขได้ในยุคชีวิตปกติใหม่จึงต้องปรับความคิด “ชีวิตไม่ยากถ้าตั้งใจง่าย” (สนธิ คชวัฒน์, 2564) การจะมีความสุขได้ต้องปรับความคิดจึงสอดคล้องในเรื่องการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตซึ่ง พระไพศาล วิสาโล ท่านได้เขียนไว้ในหนังสือธรรมานุญชีวิตว่า เมื่อเราสงสัยว่า “มีชีวิตอยู่เพื่ออะไร” หรือ “อยู่ไปทำไม” ท่านชี้ให้เห็นว่าคุณค่าของชีวิตคนเราไม่ได้อยู่ที่ความยืนยาวของชีวิต แต่มีสิ่งที่สำคัญกว่า คือ “ความกว้าง” และ “ความลึก” อันได้แก่ การมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ บำเพ็ญ



ประโยชน์แก่ส่วนรวม มีความเมตตากรุณาแก่เพื่อนมนุษย์ จิตใจไม่คับแคบ พร้อมกันนั้นก็ยังมีปัญญาที่ลุ่มลึกหยั่งถึงสัจธรรม ทำให้จิตใจเป็นอิสระไม่ถูกครอบงำด้วยกิเลสตัณหา รู้สึกปลอดโปร่งโล่งเบา (พระไพศาล วิสาโล, 2555)

สำหรับแนวทางปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อความก้าวหน้า ประสบความสำเร็จและมีชีวิตที่เป็นสุข ด้วยการนำชีวิตให้ถึงจุดหมาย (อรรถะ) 3 ชั้นคือ ชั้นที่ 1 ทิฏฐธัมมิกัตถะ จุดหมายชั้นตาเห็นหรือประโยชน์ปัจจุบัน อาทิ มีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรงไร้โรคอายุยืน มีงานมีเงินมีอาชีพสุจริตพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ มีสถานภาพดีเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม และมีความรอบคระ้วฉลาดทำวงศ์ตระกูลให้เป็นที่นับถือ ทั้ง 4 ข้อนี้พึงให้เกิดมีโดยธรรมและใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนและผู้อื่น ชั้นที่ 2 สัมปรายิกัตถะ เป็นจุดหมายชั้นเลยตาเห็นหรือประโยชน์เบื้องต้น อาทิ มีความอบอุ่นสบายซึ่งสุขใจไม่อ้างว้างเลื่อนลอย มีหลักยึดเหนี่ยวใจให้เข้มแข็งด้วยศรัทธา มีความภูมิใจในชีวิตสะอาดที่ได้ประพฤติแต่การอันดีงามด้วยความสุจริต มีความภูมิใจในชีวิตมีคุณค่าที่ได้ทำประโยชน์ตลอดมาด้วยน้ำใจเสียสละ มีความกล้าเชื่อมั่นใจที่จะแก้ไขปัญหา นำชีวิตและภารกิจไปได้ด้วยปัญญา และมีความโล่งจิตมีทุนประกันภพใหม่ด้วยได้ทำไว้แต่กรรมที่ดี ชั้นที่ 3 ปรมัตถะ เป็นจุดหมายสูงสุดหรือประโยชน์อย่างยิ่ง อาทิ ถึงถูกโลกธรรมมากระทบถึงจะพบความผันผวนปรวนแปรก็ไม่หวั่นไหวมีใจเกษมศานต์มั่นคง ไม่ถูกความยึดติดถือมั่นบิบบคั่นจิตไม่ผิดหวังโศกเศร้ามีจิตโล่งโปร่งเบาเป็นอิสระ สดชื่นเบิกบานใจไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง ผ่องใสไร้ทุกข์มีความสุขที่แท้ และรู้เท่าทันและทำการตรงตามเหตุปัจจัย ชีวิตหมดจดสดใสนิ่งอยู่ด้วยปัญญา ถ้าบรรลุจุดหมายถึงชั้นที่ 2 ขึ้นไปเรียกว่าเป็น “บัณฑิต” จุดหมายทั้ง 3 ชั้นนี้ พึงปฏิบัติให้สำเร็จครบทั้ง 3 ด้านกล่าวคือ ในด้านที่ 1 อัตตัตถะ จุดหมายเพื่อตนหรือประโยชน์เพื่อตน คือ ประโยชน์ 3 ชั้นข้างต้นซึ่งพึงทำให้เกิดขึ้นแก่ตนเองหรือพัฒนาชีวิตของตนขึ้นไปให้ได้ให้ถึง ด้านที่ 2 ปรัตถะ จุดหมายเพื่อผู้อื่นหรือประโยชน์ผู้อื่น คือ ประโยชน์ 3 ชั้นข้างต้นซึ่งพึงช่วยเหลือผู้อื่น ให้ได้ให้ถึงด้วยการชักนำสนับสนุนให้เขาพัฒนาชีวิตของตนขึ้นไปตามลำดับ และด้านที่ 3 อุภยัตถะ เป็นจุดหมายร่วมกันหรือประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือ ประโยชน์สุขและความดีงามร่วมกันของชุมชนหรือสังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งพึงช่วยกันสร้างสรรค์บำรุงรักษา เพื่อเกื้อหนุนให้ทั้งตนและผู้อื่นก้าวไปสู่จุดหมาย 3 ชั้นข้างต้น (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2555) การนำชีวิตให้ถึงจุดหมายทั้ง 3 ชั้นนี้ สามารถนำไปปรับใช้ได้กับคนทุกวัยไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่ในยุคโควิด ไม่เชื่องซึมไม่เศร้าหมอง ยอมรับความเป็นจริงว่าเป็นวิกฤตการณ์ที่ไม่รู้ว่าในอนาคตจะจบลงเมื่อใด



หลักธรรมนำชีวิตด้วยไตรลักษณ์ 3 ประการ

ไตรลักษณ์ (three characteristics of existence) หมายถึง สภาพที่เป็นปกติวิสัย หรือเป็นไปตามธรรมชาติ หรืออาจเรียกว่าเป็นทฤษฎีแห่งความเหมาะสมเหมือน (the law of identity) เพราะทุกสิ่งบนโลกจะอยู่ในกฎหรือภาวะเช่นนี้เหมือนกันทั้งหมด ไตรลักษณ์จึงเป็นหลักสัจธรรมทางพระพุทธศาสนาที่มุ่งสอนให้เข้าใจชีวิตที่เป็นไปตามธรรมดาตามความเป็นจริง ทำให้ตระหนักรู้และเกิดความเข้าใจว่าชีวิตเป็นอย่างไร เกิดความรู้เท่าทันและรับรู้ต่อทุกอาการของการปฏิบัติตน ในพระพุทธศาสนามีหลักสัจธรรมหรือคำสอนที่สำคัญสำหรับพุทธศาสนิกชน อยู่เป็นจำนวนมาก โดยไตรลักษณ์เป็นหลักคำสอนที่สำคัญประการหนึ่งที่มุ่งให้ระลึกถึงความ เป็นปกติธรรมดาของสรรพสิ่งบนโลก สอดรับกับคำว่าเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป เป็นอาการ สามัญของทุกสรรพสิ่งทั้งนามธรรมและรูปธรรม ไตรลักษณ์จึงเป็นธรรมที่มีลักษณะเสมอกันใน สิ่งทั้งปวงสามประการ ไตรลักษณ์แก้ปัญหาชีวิตได้ สอนให้เรารู้เท่าทันยอมรับความจริง เป็น วิธีการวางท่าทีต่อสิ่งทั้งหลายให้สอดคล้องกับความจริงของธรรมชาติ เป็นท่าทีแห่งปัญญา เป็นการปฏิบัติด้วยปัญญาไตรลักษณ์สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ใช้เตือนสติตนเองอยู่ เสมอเมื่อรู้ว่าสิ่งที่แน่นอนก็คือความไม่แน่นอน ความไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้เสมอโดยเราไม่สามารถควบคุมบังคับบัญชาให้เป็นไปตามใจหวังจึงเป็นการเตือนตนเองไม่ให้ประมาทในการใช้ ชีวิต และใช้เป็นหลักในการฝึกอบรมขัดเกลาจิตใจของตนเอง (พระอริการบรรมง ปิยธโร (ทุม ชันธ), 2561)

1. อนิจจตา (อนิจจลักษณะ) อาการไม่เที่ยง อาการไม่คงที่ อาการไม่ยั่งยืน อาการที่ เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป อาการที่แสดงถึงความเป็นสิ่งไม่เที่ยงของขันธ์
2. ทุกขตา (ทุกขลักษณะ) อาการเป็นทุกข์ อาการที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและ สลายตัว อาการ ที่กอดัน อาการฝืนและขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพเป็นอย่างนั้น เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้คงอยู่ในสภาพนั้นไม่ได้ เป็นอาการที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่องอยู่ใน ตัวหรืออาการที่แสดงถึงความเป็นทุกข์ของขันธ์
3. อนัตตตา (อนัตตลักษณะ) อาการของอนัตตา เป็นอาการของสิ่งที่ไม่ใช่ตัวตน เป็น อาการที่ไม่มีตัวตน เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่ใช่ใคร ไม่ใช่ของใคร ไม่อยู่ในอำนาจควบคุม ของใคร เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมันเอง เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่ มีอำนาจแท้จริงในตัวเลย เป็นอาการที่แสดงถึงความด้อยสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง ไม่มีอำนาจ กำลังอะไร ต้องอาศัยพึ่งพิงสิ่งอื่น ๆ มากมายจึงมีขึ้นได้ (กองทุนลักษณะ ลีมหาชีวะ, 2562)



สรุป

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นเรื่องของคนทั้งโลก องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ต้องกำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น อีกทั้งประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงพุทธหลังการใช้ชีวิตวิถีใหม่ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งกายและใจจึงเป็นเรื่องสำคัญ อาทิ การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยขณะนี้นับว่าลดความรุนแรงลง จากการที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ลงมติเห็นชอบปรับเป็นโรคประจำถิ่นเริ่มตั้งแต่ 1 ก.ค. นี้ การปฏิบัติตนเองตามหลักสาธารณสุข 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 2 ส. คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุราตามแนววิถีชีวิตใหม่ New Normal อีกทั้งกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขแนะนำแนวคิด “ไม่ลืมน ไม่ลืม ไม่ลืมเศร้า กินข้าวอร่อย” สำหรับผู้สูงอายุถือปฏิบัติเพื่อให้มีอายุยืนยาวสุขภาพดียอดเยี่ยม ด้วย 4 Smart ได้แก่ 1) Smart Walk คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรงไม่หกล้ม 2) Smart Brain คือ การดูแลฝึกฝนทักษะทางสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม 3) Smart Sleep & Emotional คือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ และ 4) Smart Eat คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ ผู้สูงอายุควรนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาหนุนเสริม อาทิ หลักการนำชีวิตให้ถึงจุดหมาย (อัตถะ) 3 ชั้นคือขั้นแรก ที่ภูธรมมีกัตถะ คือการทำให้มีสุขภาพดีร่างกายแข็งแรงไร้โรคอายุยืน ขั้นที่ 2 สัมปรายิกัตถะ คือหลักยึดเหนี่ยวใจให้เข้มแข็งด้วยความศรัทธา และขั้นที่ 3 ปรมัตถะเป็นจุดหมายสูงสุด เมื่อถูกโลกธรรมมากระทบจะไม่ผิดหวังใคร่ครวญมีความสุขและรู้เท่าทันด้วยปัญญา และเสริมด้วยหลักธรรมนำชีวิตไตรลักษณ์ 3 ประการคือ 1) อนิจจังทุกสิ่งเป็นของไม่เที่ยงแท้แน่นอน 2) ทุกขังคือความเป็นทุกข์ 3) อนัตตาคือความไม่มีตัวตนแท้จริงของสรรพสิ่ง ผู้สูงอายุจึงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขในชีวิตวิถีใหม่ ด้วยการบริหารกายและจิตให้เข้มแข็งตามกำลังสติและปัญญา ข้อเสนอแนะ ในศตวรรษที่ 21 สังคมมีลักษณะเป็นสังคมยุคใหม่ที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารแพร่ผ่านเทคโนโลยี ข้อมูลสามารถกระจายไปได้อย่างรวดเร็วทั่วโลก เกิดการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ นำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ได้หลายด้าน โรคอุบัติใหม่มีการพัฒนาเช่นกันจากเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่มีการกลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ จนถึงปัจจุบันโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มพอกซ์ไวรัส (Poxviridae) ที่ติดต่อ



และลูกหลานไปได้ทั่วโลก ไม่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะต้องมีการปรับตัวและใช้ กลยุทธ์ในการอยู่รอดด้วยการใช้วิธีแบบ ใหม่ ๆ จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายและน่าติดตามเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.). (2563). เปิดผลพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ยุค New Normal. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2565 จาก <https://www.hfocus.org> > content > 2020/08
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก <http://164.115.41.179> > sites > default > files > คู่มือ
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบฐานวิถีชีวิตใหม่. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2565 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th> > filecenter
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). หลักรู้อย่างไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย. เรียกใช้เมื่อ 20 มีนาคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th> > Content > 48282-หลักสูตร
- กองทุนลักษณะ ลิขหาชีวะ. (2562). ธรรมะเพื่อชีวิตพันทุกข์ 4 (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัท ธรรมสภา บันลือธรรม จำกัด. เรียกใช้เมื่อ 4 มิถุนายน 2565 จาก <https://www.dhammabylf.com> > document-project-9
- ชลธิชา มะลิพรม. (2561). คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการศึกษา. เรียกใช้เมื่อ 31 มีนาคม 2565 จาก <https://so05.tci-thaijo.org> > article > Download
- ไทยรัฐออนไลน์. (2565). โรคประจำถิ่นโควิดเหมือนไข้หวัดใหญ่ไม่รุนแรงแต่แพร่เชื้อง่าย ยอมรับ. เรียกใช้เมื่อ 31 มีนาคม 2565 จาก <https://www.thairath.co.th> > ข่าว > การเมือง
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2555). ธรรมนุญชีวิตฉบับปรับปรุงใหม่. (พิมพ์ครั้งที่ 190). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- พระไพศาล วิสาโล. (2555). ธรรมนุญชีวิตฉบับปรับปรุงใหม่. (พิมพ์ครั้งที่ 190). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).



- พระอธิการบรรรยง ปิยธโร (ทุมขันธุ์). (2561). หลักไตรลักษณ์ในพระพุทธศาสนาเถรวาท. เรียกใช้เมื่อ 4 มิถุนายน 2565 จาก <https://yongyutp.files.wordpress.com> > 2018/07
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สุขภาพกาย-จิตใจอย่าแยกกันที่ผู้สูงอายุ ต้องเผชิญในยุคโควิด19. เรียกใช้เมื่อ 20 เมษายน 2565 จาก <https://thaitgri.org> > วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2564). คุณภาพคือความอยู่รอดตอน คุณภาพชีวิต...อยู่ที่ใคร? เรียกใช้เมื่อ 31 มีนาคม 2565 จาก <https://www.matichon.co.th> > คอลัมน์นิสต์
- สนธิ คชวัฒน์. (2564). ชีวิตนิวนอร์มอล ถึงวันวัยเกษียณ-ไทยรัฐออนไลน์. เรียกใช้เมื่อ 22 มีนาคม 2565 จาก <https://www.thairath.co.th> > news > politic
- Baster, N. (1985). Social indicator research: some issues and debates. In J. G. M. Hilhorst and M. Klatter (eds.), *Social Development in the Third World: Level of Living Indicators and Social Planning*. London: Croom Helm for the Institute of Social Studies.
- Campbell. (1980). The Demand for Life Insurance: An Application of the Economics of Uncertainty. *The Journal of Finance*, 35(5), 1155-117.
- Cullen. (1978). Measuring the impact of social policies. Paper presented at the Ninth World Congress of Sociology. Uppsala, Sweden: unpublished.
- Newman, S. (1975). Objective and subjective determinants of prospective residential mobility. *Social Indicator Research*, 2(2), 53-63.
- Rogerson et al. (1989). Indicators of quality of life: some methodological issues. *Environment Planning*, 21(2), 1655 - 1662.