

ปรัชญาสุขภาพและ การสาธารณสุขประยุกต์

(Applied Health and Public Health Philosophy)



โดย

ดร.นายแพทย์อุทัย สดสุข และคณะ

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์ (Applied Health and Public Health Philosophy)

ผู้เรียบเรียง	ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข และคณะ
คณะบรรณาธิการ	ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข และคณะ
ผู้พิมพ์ต้นฉบับ	นางสาวทัศนันทน์ ธรรมรัมย์
พิสูจน์อักษร	นางอาริยา สัพพะเลข รศ.จรรยา เสียงเสนาะ
ออกแบบปก	นายสถาพร หุ่นสุข
พิมพ์	ครั้งที่ 1 จำนวน 200 เล่ม
ลิขสิทธิ์	ลิขสิทธิ์เป็นของมูลนิธิอุทัย สุดสุข และสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ห้ามลอกเลียนแบบไม่ว่าจะส่วนใดของหนังสือเล่มนี้ นอกจากได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข และคณะ

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์ (Applied Health and Public Health Philosophy) 2563

ISBN 978-616-11-4506-4

จัดพิมพ์โดย สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย

โทรศัพท์/โทรสาร 02 590 1238, 02 590 1239

มูลนิธิอุทัย สุดสุข

โทรศัพท์/โทรสาร 02 590 2441, 02 590 2035

พิมพ์ที่ บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะ เทอร์เรส ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 525 1121, 02 525 4670 โทรสาร 02 525 1272

E-mail : thegraphicsys@gmail.com

คำนำ

หนังสือปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขประยุกต์นี้ได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสรรค์และพัฒนาปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมองค์ความรู้เชิงปรัชญาประเภทต่างๆ การนำปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขไปประยุกต์ใช้สู่การเรียนรู้ การสอน และการปฏิบัติของกลุ่มบุคคลเป้าหมาย ได้แก่ นิสิต นักศึกษา ทางกายภาพ การพยาบาล การสาธารณสุขและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งบุคลากรสายวิชาชีพต่างๆ ดังกล่าวที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ณ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนผู้มีความสนใจทั่วไป

สำหรับรูปแบบและองค์ประกอบของหนังสือเป็นลักษณะของชุดวิชาคือ ชุดวิชาปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขประยุกต์ ซึ่งประกอบด้วย 6 หน่วย แต่ละหน่วยประกอบด้วย ตอน แนวคิด วัตถุประสงค์และบรรณานุกรม

คณะผู้จัดทำประกอบด้วย ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข ประธานที่ปรึกษามูลนิธิอุทัย สุดสุข นักวิชาการเชี่ยวชาญของมูลนิธิ ผู้ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์ทั้งในอดีตและปัจจุบันของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หวังว่าหนังสือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มบุคคลเป้าหมายและผู้สนใจทั่วไปไม่มากนักน้อย และคณะผู้จัดทำยินดีรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้อ่านทุกท่าน เพื่อนำมาประกอบการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาหนังสือให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กันยายน 2563

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำหนังสือปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขประยุกต์ ขอขอบคุณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนให้ผู้บริหารและคณาจารย์ทั้งในอดีตและปัจจุบันร่วมกับผู้บริหารและนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญของมูลนิธิอุทัย สูดสุข ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ในกำกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหนังสือนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สุชุม กาญจนพิมาย) และ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ) ที่ได้จัดสรรและอนุมัติงบประมาณในการจัดพิมพ์หนังสือออกเผยแพร่และประชาสัมพันธ์สู่สถาบันการศึกษาและบุคลากรเป้าหมาย ขอขอบคุณ นางอาริยา สัพพะเลข ที่ได้ออกแบบรูปเล่ม รวมทั้งพิสูจน์อักษร และขอขอบคุณนางสาวนิตยา สุริยะพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ในการค้นหาและตรวจทานเอกสารบรรณานุกรมให้สมบูรณ์

ทั้งนี้หากปราศจากความร่วมมือและสนับสนุนจากส่วนราชการและองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น หนังสือเล่มนี้ย่อมจะไม่เกิดขึ้นและสำเร็จดังที่ปรากฏนี้ คณะผู้จัดทำจึงขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ด้วย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญภาพ	ช
สารบัญแผนภูมิและสารบัญตาราง	จ
หน่วยที่ 1 หลักปรัชญา	1
ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา	4
วิวัฒนาการของปรัชญาทั่วไป	28
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา	46
วิธีการศึกษาปรัชญา	65
ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา	76
บรรณานุกรม	89
หน่วยที่ 2 ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	93
แนวคิดและหลักการ ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	96
การบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของคร่อม	116
ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	127
การบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	144
สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข	164
การพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการสาธารณสุข	178
บรรณานุกรม	190
หน่วยที่ 3 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	195
ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของคุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	197
คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขกับศาสนาและความเชื่อ	208
คุณปรัชญากับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข	218
ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข	244
การบูรณาการปรัชญา เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน	251
บรรณานุกรม	265

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หน่วยที่ 4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	269
การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	272
หลักการ กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	288
การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ	304
การวิจัยเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย	321
บรรณานุกรม	343
หน่วยที่ 5 แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต	345
อนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข	347
ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต	355
ทิศทางอนาคตสุขภาพดีถ้วนหน้าและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	369
รวมพลังสร้างสุขภาพในอนาคตสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน	391
โลกแห่งความสุขระหว่างประเทศและสุขภาพโลกของประเทศไทยในอนาคต	401
บรรณานุกรม	414
หน่วยที่ 6 บทสรุปปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	419
สรุปหน่วยที่ 1 หลักปรัชญา	420
สรุปหน่วยที่ 2 ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	426
สรุปหน่วยที่ 3 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข	431
สรุปหน่วยที่ 4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	440
สรุปหน่วยที่ 5 แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและปรัชญาสาธารณสุขในอนาคต	448

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 ประเภท ระดับของบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพและระดับบริหารราชการ	22
ภาพที่ 1.2 ลำดับชั้นความต้องการของมาส์โลว์	49
ภาพที่ 1.3 การแบ่งโครงสร้างโลกจากการศึกษาส่วนประกอบทางเคมีของหินและสารต่างๆ	51
ภาพที่ 1.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุข	54
ภาพที่ 2.1 การบูรณาการในระบบสุขภาพ สู่ระบบบริการสุขภาพ	100
ภาพที่ 2.2 การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพทั้ง 4 ระบบ	101
ภาพที่ 2.3 ระบบบริการสุขภาพ	101
ภาพที่ 2.4 ระบบสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ	102
ภาพที่ 2.5 ระบบพัฒนาบริการสุขภาพ	102
ภาพที่ 2.6 ระบบบริหารจัดการสุขภาพ	103
ภาพที่ 2.7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพและระบบสุขภาพในมิติใหม่	108
ภาพที่ 2.8 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	115
ภาพที่ 2.9 กฎบัตรออกตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่	117
ภาพที่ 2.10 การสื่อสารเครือข่ายคอมพิวเตอร์	137
ภาพที่ 2.11 ฐานข้อมูล GIS ที่มีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่	139
ภาพที่ 2.12 เส้นอุปสงค์ (D) และ เส้นอุปทาน (S)	150
ภาพที่ 2.13 เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่	157
ภาพที่ 2.14 The WHO Health System Framework	160
ภาพที่ 2.15 ระบบบริการในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ	162
ภาพที่ 2.16 Service Plan และ DHS	162
ภาพที่ 2.17 สภาวะที่มีสุขภาพดี	174
ภาพที่ 3.1 ความเชื่อมโยงคุณธรรมและจริยธรรมของบุคคลและสังคม	202
ภาพที่ 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้ใช้บริการสุขภาพและการสาธารณสุข	205
ภาพที่ 4.1 ประเด็นของหลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข	279
ภาพที่ 4.2 ประเด็นสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกปรัชญา	281
ภาพที่ 4.3 ขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	282
ภาพที่ 4.4 กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาประยุกต์เพื่อการพัฒนาสุขภาพด้วยกระบวนการ PDCA	293
ภาพที่ 4.5 ขั้นตอนหลักในการวางแผนการนำปรัชญามาประยุกต์เพื่อการพัฒนาสุขภาพ	293
ภาพที่ 4.6 ขั้นตอนหลักในการปฏิบัติตามแผน	294
ภาพที่ 4.7 ขั้นตอนการตรวจสอบ ควบคุมและประเมินผล	294

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า	
ภาพที่ 4.8	ขั้นตอนการประเมินผล	301
ภาพที่ 4.9	องค์ประกอบของกระบวนการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ	306
ภาพที่ 4.10	การประยุกต์ปรัชญาเพื่อบูรณาการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและเป็นผู้จัดการสุขภาพตนเอง	308
ภาพที่ 4.11	เครือข่ายความเชื่อมโยงของสถานบริการสาธารณสุขและศูนย์บริการสาธารณสุข ชุมชนในแต่ละเครือข่าย	312
ภาพที่ 4.12	เครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขและการเชื่อมโยง กับระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุข	315
ภาพที่ 4.13	กระบวนการและขั้นตอนของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ในการพัฒนาความรู้	325
ภาพที่ 4.14	กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management)	327
ภาพที่ 4.15	กระบวนการดำเนินงานประชาสัมพันธ์	330
ภาพที่ 4.16	Model ปลาหู ของการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM)	339
ภาพที่ 4.17	Principle of Utilizing	340
ภาพที่ 5.1	การวิเคราะห์การทำนายเชิงสำรวจและปัทสถานตามแรงดึงของวัตถุประสงค์ กับแรงผลักดันของโอกาส (Exploratory and normative forecasting as Analysis according to the “pull” of objectives versus the “push” of opportunities.)	349
ภาพที่ 5.2	แสดงความก้าวหน้าในการป้องกันมะเร็งตั้งแต่ระดับเซลล์ด้วยสารคีโม	365
ภาพที่ 5.3	องค์ประกอบของการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยั่งยืน	400

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า	
แผนภูมิที่ 1.1	ปรัชญาอินเดียจำแนกตามกลุ่มเชื่ถือและไม่เชื่ถือคัมภีร์พระเวท	32
แผนภูมิที่ 5.1	ประวัติธรรมชาติของการเกิดโรค	358
แผนภูมิที่ 5.2	ลำดับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าสู่ประเทศไทยแข็งแรง	384

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 3.1	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ : MDGS	252
ตารางที่ 4.1	การรวบรวมปรัชญาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการคัดเลือกที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	285
ตารางที่ 4.2	ตัวอย่างแบบแสดงความเห็นต่อการคัดเลือกปรัชญาเพื่อใช้ ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข	286
ตารางที่ 5.1	ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือกับหน้าที่	353
ตารางที่ 5.2	วิวัฒนาการสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	376
ตารางที่ 5.3	วิวัฒนาการของการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ระหว่าง พ.ศ.2445-2573	405

หน่วยที่ 1

หลักปรัชญา

หน่วยที่ 1 หลักปรัชญา

ชุดวิชา ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์

หน่วยที่ 1 หลักปรัชญา

ตอนที่

- 1.1 ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา
- 1.2 วิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.4 วิธีการศึกษาปรัชญา
- 1.5 ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา

แนวคิด

1. นักปรัชญาและสำนักปรัชญาให้ความหมายของปรัชญาไว้หลากหลาย ขอบเขตของปรัชญามีพลวัตไปตามผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความเป็นจริงของเรื่องนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ปรัชญาสรุปได้เป็น 2 ประเภท คือ ปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์ ปรัชญาบริสุทธิ์ แบ่งเป็น 3 สาขา คือ อภิปรัชญา ญาณปรัชญาและคุณปรัชญา ปรัชญาที่มีความสำคัญและมีคุณประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ ช่วยให้เกิดนวัตกรรม ความรู้ใหม่ของสรรพสิ่งอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองและความก้าวหน้า ทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ

2. ปรัชญา เกิดจากความสงสัยหรือความสนใจของมนุษย์ ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งกำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ในแต่ละกลุ่มชนเผ่า ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งได้มีการบันทึกเป็นหลักฐานและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เริ่มจากปรัชญาตะวันตกและปรัชญาตะวันออก มีการศึกษาค้นคว้าคำตอบของปัญหาที่มีความสงสัย ทำให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดคุณประโยชน์และขยายผลให้กว้างขวางมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา มีทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เช่น มนุษย์ โลกจักรวาล สิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ศาสนาและศิลปะ

4. การศึกษาปรัชญาสามารถศึกษาได้หลายวิธี ได้แก่ วิธีการศึกษาของนักปรัชญา สำนักปรัชญา สำนักการศึกษาปรัชญา การศึกษาตามหลักศาสนา ตามหลักปรัชญาทางตรรกศาสตร์และตามหลักวิทยาศาสตร์

5. ประโยชน์ของปรัชญา มี 5 กลุ่ม คือ ประโยชน์ของตัวปรัชญา กระบวนการทางปรัชญา การนำปรัชญาไปใช้ การประยุกต์ใช้ปรัชญาและประโยชน์ของวิวัฒนาการของปรัชญา ทั้งด้านการศึกษา ด้านวิชาการและด้านเนื้อหาสาระของแต่ละปรัชญา เพื่อการพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม และการนำปรัชญาไปประยุกต์พัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา
2. วิวัฒนาการของปรัชญา
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
4. วิธีการศึกษาปรัชญา
5. ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้

ตอนที่ 1.1

ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 1.1 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 1.1.1 ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา
- 1.1.2 ปรัชญาบริสุทธิ์
- 1.1.3 ปรัชญาประยุกต์
- 1.1.4 ความสำคัญของปรัชญา

แนวคิด

1. ปรัชญา มีความหมายเป็น 2 นัย คือ การศึกษาว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความเป็นจริง ความถูกและความผิด หมายถึง คำสอนหรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลซึ่งเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของประชาชน

2. ขอบเขตของปรัชญา มีพลวัตไปตามผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความเป็นจริงในเรื่องนั้นๆ ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งมีทั้งแนวคิดแบบกว้างและที่เจาะจงตามเนื้อหา หากมีเนื้อหาวิชามากพอและมีคำตอบที่แน่นอนคงที่พอสมควร จึงจะแยกออกมาเป็นปรัชญาเฉพาะเรื่อง

3. ปรัชญาสรุปได้เป็น 2 ประเภท คือ ปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์ ปรัชญาบริสุทธิ์แบ่งเป็น 3 สาขา คือ อภิปรัชญา ญาณปรัชญาและคุณปรัชญา ซึ่งประกอบด้วยตรรกศาสตร์ จริยศาสตร์ และสุนทรียศาสตร์ ส่วนปรัชญาประยุกต์ หมายถึง ศาสตร์ที่นำความรู้ของปรัชญาบริสุทธิ์มาประยุกต์ใช้กับวิชาเฉพาะต่างๆ จนเกิดเป็นศาสตร์และปรัชญาต่างๆ ขึ้นมา เช่น ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ปรัชญาสังคมศาสตร์

4. ปรัชญาที่มีความสำคัญและมีคุณประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ อภิปรัชญา เปรียบเสมือนพื้นฐานหรือหัวใจของปรัชญาทั้งหลาย เป็นที่ก่อกำเนิดของปรัชญาต่างๆ ได้แก่ ญาณปรัชญา ช่วยในการแสวงหาสิ่งที่เป็นมาตรการและเครื่องมือ ในการวัดและยืนยันยืนยันความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ด้วยหลักของการแสวงหาความรู้ที่ถูกต้อง ช่วยในการแยกแยะความจริงจากความจริง คุณปรัชญา ช่วยในการระบุคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งในด้านความดี ความงาม อย่างมีเหตุผลที่ชัดเจนและสร้างสรรค์ ปรัชญาจึงป็นสิ่งช่วยให้เกิดนวัตกรรม ความรู้ใหม่ของสรรพสิ่งยิ่งขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองและความก้าวหน้า ทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของมวลมนุษยชาติ

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 1.1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมายขอบเขตประเภทและความสำคัญของปรัชญา
2. ปรัชญาบริสุทธิ์
3. ปรัชญาประยุกต์
4. ความสำคัญของปรัชญา

เรื่องที่ 1.1.1 ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา

ความหมายของปรัชญา

ผู้รู้ได้ให้ความหมายและความสำคัญของคำว่า “ปรัชญา” หลายประการ ผู้เขียนขอนำมากล่าวในที่นี้พอเป็นสังเขป 5 แห่ง คือ

แหล่งที่ 1. “ปรัชญา” เป็นศัพท์บัญญัติ ของพระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนครธิพงศประพันธ์ เพื่อแปลคำว่า Philosophy ในภาษาอังกฤษ มีความหมายตามรากศัพท์ของคำ 2 คำ นี้ แตกต่างกัน คือ

คำว่า “Philosophy” ที่มาจากรากศัพท์ภาษากรีกโบราณ Philos แปลว่า ความรักหรือความสนใจ และ Sophia แปลว่า ความรู้ ปัญญา (wisdom) หรือความปราดเปรื่อง

Philosophy จึงมีความหมายว่า ความรัก ความใฝ่เรียน เพื่อให้เกิดความรู้ ปัญญา ความปราดเปรื่อง

คำว่า “ปรัชญา” ที่มาจากรากศัพท์ภาษาสันสกฤต 2 คำ คือ ปฺร แปลว่ารอบหรือประเสริฐหรือความรู้ อันประเสริฐ ชญา แปลว่า รู้ เข้าใจ เป็น ปฺรชญา แปลว่า ความปราดเปรื่องหรือความรอบรู้ **ปรัชญา** จึงแปลว่า ความปราดเปรื่อง ความรอบรู้ ในความรู้อันประเสริฐ

Philosophy เป็นภาษาทางตะวันตก เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศกรีซ ผู้ใช้คำนี้เป็นครั้งแรก คือ พิธากอรัส Pythagoras ใช้หลักการทางคณิตศาสตร์พิสูจน์ความจริง ส่วนปรัชญาเป็นภาษาทางตะวันออก ซึ่งนำมาใช้ครั้งแรกในประเทศอินเดีย

Philosophy แปลว่า รัก หรือความสนใจในความรู้หรือในปัญญา สมัยนั้นความหมายเทียบเท่ากับ “วิชาการ” ในสมัยนี้ คือ ความรู้ทั้งปวงล้วนเป็นปรัชญา อริสโตเติล ได้ให้เหตุผลว่าสนองความอยากรู้อยากเห็นอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ คำนี้มาก่อนที่จะรับเรื่องพระเจ้าในสมัยกลาง ทั้งนี้เพราะความรู้หรือปัญญาเป็นของพระเจ้าแต่ผู้เดียว ส่วนปรัชญา แปลว่า ความรู้อันประเสริฐ ความรู้รอบ มนุษย์เราสามารถรู้รอบหรือมีความรู้ประเสริฐได้

แหล่งที่ 2 Philosophy จาก Webster’s Intermediate Dictionary มีความหมาย 4 ประการ คือ

2.1 The study of the basic ideas about knowledge, truth, right and wrong, God, and the nature and meaning of life.

2.2 The philosophical teachings or principle of a person or group (Greek philosophy)

2.3 The general principles of a field of study or activity (philosophy of history, philosophy of cooking)

2.4 Someone’s basic beliefs about the way people should live.

สรุปความหมายของ Philosophy ดังกล่าวข้างต้น แบ่งเป็น 2 นัย คือ

1. การศึกษาว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความจริง ความถูกต้องและความผิด พระเจ้า ธรรมชาติ และความหมายของชีวิตและหลักการทั่วไปของการศึกษาวิชาหนึ่ง หรือกิจกรรมสาขาหนึ่ง เช่น ปรัชญา ประวัติศาสตร์ ปรัชญาการประกอบอาหาร เป็นต้น

2. คำสอนหรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญา ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง เช่น ปรัชญากรีก เป็นต้น และความเชื่อพื้นฐานของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของประชาชน

ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยย่อเพื่อความเข้าใจง่ายเป็นเบื้องต้นว่า ปรัชญามี 2 ด้าน คือ ด้านการศึกษาหลักแห่งความรู้และความจริงและด้านเนื้อหาสาระความรู้และความคิดเกี่ยวกับความจริงของบุคคล เช่น นักปรัชญา คณະนักปราชญ์ สำนักปรัชญาหรือสำนักคิด สถาบันการศึกษา เป็นต้น

แหล่งที่ 3 ปรัชญา คือ แนวความคิดที่ตั้งอยู่บนฐานของความเชื่อที่ได้จากการใช้เหตุผลเพื่อหาคำตอบ ปัญหาเกี่ยวกับโลกและมนุษย์ เช่น หาคำตอบที่ว่าอะไรคือความเป็นจริง โลกเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อะไรคือธาตุแท้ของมนุษย์ นอกจากนี้ วิชาปรัชญายังกล่าวถึงวิธีแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโลกและความคิดของมนุษย์ โลกกับประสาทสัมผัส โลกกับความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อศาสนาหรือศิลปะ เป็นต้น

ความเชื่อเป็นปรากฏการณ์ทางจิตของมนุษย์ที่เกิดจากความอยากรู้ อยากรู้อยากเห็น ซึ่งเป็นสัญชาตญาณดั้งเดิม เริ่มต้นตั้งแต่เกิดมาเป็นทารกและมีพัฒนาการกลายเป็นความใคร่รู้ในวัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ **มนุษย์มีความเชื่ออยู่ 3 แบบ** คือ

1. **ความเชื่อแบบศรัทธา สาทะ (Faith)** เช่น ความเชื่อในศาสนา ในลัทธิ ในพระเจ้า ศรัทธาในตัวบุคคล เป็นความเชื่อจากอารมณ์ เป็นสภาพจิตที่ไม่ใช้เหตุผล (Subjective)

2. **ความเชื่อที่เกิดจากการยอมรับว่าสิ่งหนึ่งมีอยู่หรือเป็นอยู่จริง (Belief)** โดยอาศัยพยานหลักฐานและข้อมูลสนับสนุน อาศัยเหตุผลแต่เป็นเหตุผลที่ยังแฝงอยู่กับอารมณ์ความรู้สึก (Subjective & Objective)

3. **ความเชื่อที่เกิดจากองค์ความรู้ (Knowledge)** เป็นความเชื่อโดยอาศัยการมีพยานหลักฐานที่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือด้วยประสบการณ์เห็นว่าเป็นจริง (Objective)

แหล่งที่ 4 ความหมายของปรัชญาตามพจนานุกรม คือ วิชาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริง นักปรัชญาหรือนักปราชญ์ หมายความว่าผู้รู้ ผู้มีปัญญา ปราชญา หมายความว่า ปัญญา

แหล่งที่ 5 สาทิต จันทรชา แซตเตอร์จี (Satish Chandra Chatterjee) นำความหมายต่างๆ ของปรัชญาซึ่งกล่าวโดยผู้รู้มารวบรวมไว้ ดังนี้

เพลโต (Plato) กล่าวว่าปรัชญา คือ ความรู้เกี่ยวกับความจริง สำหรับคำนิยามของเพลโต เช่น มีคำถามว่าจริงแท้เป็นเช่นไร คำตอบสั้นๆ คือ ความจริงแท้เป็นภาวะสากล ความจริงแท้มีภาวะไม่เปลี่ยนแปลงและความจริงแท้ เป็นสิ่งนิรันดร์ ความรู้ของเราเชื่อมเกี่ยวข้องกับสิ่ง 2 สิ่ง คือ สิ่งปรากฏ กับสิ่งที่ไม่ปรากฏหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง สิ่งที่เราไม่สามารถใช้ประสาทสัมผัส เพื่อเข้าถึงหรือรู้จักสิ่งที่อยู่เหนือปรากฏการณ์ เป็นกระบวนการของการใช้เหตุผล เพื่อให้เรารู้จักความเป็นจริงที่อยู่เบื้องหลังของปรากฏการณ์

ออกุสต์ คองต์ (August Comte) กล่าวว่า ปรัชญาคือ ศาสตร์แห่งศาสตร์ทั้งหลาย มีความหมายอย่างน้อยสองประการ คือ ปรัชญาเป็นบ่อเกิดของวิทยาการหลากหลายสาขา หรือศาสตร์ทั้งหลายก่อกำเนิดมาจากปรัชญา เป็นความหมายประการแรก ส่วนประการที่สอง หมายความว่า ปรัชญาเป็นศาสตร์ที่ยิ่งใหญ่หรือมีความสำคัญมากกว่าศาสตร์อื่นๆ หรือเป็นจุดศูนย์รวมของบรรดาศาสตร์ทั้งหมด

เอฟ เฮช บรัดเลย์ (F.H. Bradler) กล่าวว่า ปรัชญา คือ ความพยายามที่จะรู้ความจริงในฐานะ

ขัดแย้งกับปรากฏการณ์ บรัดเลย์แสดงให้เห็นว่า ปรัชญานั้นมิใช่ความรู้ระดับพื้นๆ แต่เป็นความรู้ที่พยายามที่จะรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ เป็น หรือมิใช่เป็นอย่างเดียวกับสิ่งปรากฏ โดยนัยนี้ย่อมมีสิ่งที่ เป็นคู่กัน เช่น สิ่ง ที่มองเห็นกับ สิ่ง ที่มองไม่เห็น สิ่งจำกัดกับสิ่งที่ไม่จำกัด สิ่งที่เป็นอมตะกับสิ่งที่ไม่เป็นอมตะ สิ่งที่เป็นบุคคลกับสิ่งที่มีใจบุคคล สิ่ง ที่เปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น คู่เหล่านี้เราจะเห็นว่าในขณะที่ฝ่ายแรกเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับ ฝ่ายที่สอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ศาสตร์อื่นๆ ทำหน้าที่ศึกษาสิ่งที่ เป็นปรากฏการณ์ ในขณะที่ปรัชญาพยายาม ศึกษาสิ่งที่ขัดแย้งกับปรากฏการณ์

อิมมานูเอล คานต์ (Immanuel Kant) กล่าวว่า ปรัชญา คือศาสตร์ที่ว่าด้วยความรู้และวิจารณ์ ความรู้ คานต์พยายามนิยามให้เห็นว่าปรัชญานั้นทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้และการได้มาซึ่งความรู้ นั้น ปรัชญา ต้องกล่าววิจารณ์ความคิด แม้ว่าความคิดนั้นมาจากบรรพบุรุษของมนุษย์เอง อะไรถูกอะไรผิด ปรัชญาต้องกล่าว วิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา เพื่อชี้ถูกชี้ผิด

ฟิชเต (Fichte) กล่าวว่า ปรัชญา คือ ลัทธิหรือศาสตร์เกี่ยวกับความรู้ เป็นการนิยามปรัชญาในเชิง ความหมายของอภิปรัชญา โดยถือว่าปรัชญานั้นให้ความคิดที่รอบด้าน เป็นการศึกษาทุกเรื่องเพื่อให้เกิดความรู้ ที่สมบูรณ์เพียบพร้อม ปรัชญามีใช่เป็นการศึกษาความรู้แบบฉาบฉวย แต่ต้องศึกษาความรู้ที่เพียบพร้อมด้วย เหตุผลที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน

สรุปความหมายของปรัชญาทั่วไป หรือปรัชญาพื้นฐานจากการประมวลและวิเคราะห์ค่านิยมของ ปรัชญาจากแหล่งอ้างอิงต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นได้ว่า ปรัชญา หมายถึง การศึกษาว่าด้วยหลักแห่งความรู้ และความจริง เกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวง หรือความสนใจของมนุษย์ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลก และสิ่งแวดล้อม และ หมายถึง ความคิด ทฤษฎี กฎเกณฑ์ หลักการ ของนักปรัชญาหรือของสำนักปรัชญา ตลอดจนความเชื่อและคำสอนของบุคคลใดบุคคลหนึ่งบนพื้นฐานของการใช้เหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการ ดำเนินชีวิตมนุษย์

ขอบเขตของปรัชญา

จากความหมายของปรัชญาที่หมายถึงแนวคิดในการค้นหาคำตอบในปัญหาเกี่ยวกับโลก มนุษย์และ ปรากฏการณ์ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งมีทั้งแนวคิดประเภทกว้างๆ และแนวคิดที่เจาะจงตามเนื้อหาวิชาเฉพาะ ทั้งนี้ เนื้อหาวิชาปรัชญามีการเปลี่ยนแปลงตามลัทธิ ความเชื่อ ในแต่ละยุค แต่ละสมัย แต่ละท้องถิ่น ขึ้นอยู่กับ นักปรัชญา นักวิชาการ ที่จะสนใจศึกษาค้นคว้าประเด็นปัญหาใด ในความรู้หรือคำตอบใด บางเรื่องที่มีคนนิยม กล่าวถึงสืบต่อกันมา ก็จะมีการค้นคว้าให้รู้จริงและละเอียดยิ่งขึ้น หากมีเนื้อหาวิชามากพอและมีคำตอบที่แน่นอน คงที่พอสมควร ก็จะแยกออกมาเป็นปรัชญาเฉพาะเรื่องได้ สำหรับความรู้หรือคำตอบบางเรื่องที่คนไม่นิยมก็ ลืมเลือนสูญหายไป อาจกล่าวได้ว่า ขอบเขตของปรัชญา มีความเป็นไปตามผลของการเปลี่ยนแปลง ตามผล ของการศึกษา การแสวงหาความรู้ ความเป็นจริงในเรื่องนั้นๆ ดังนั้น ขอบเขตของปรัชญาจึงมีความชัดเจนใน แขนงใดแขนงหนึ่ง ในช่วงเวลาต่อมาอาจมีการเปลี่ยนแปลงในขอบเขตและเนื้อหาสาระที่เกิดจากการพัฒนา ปรัชญาแต่ละแขนงในภายหลัง

ประเภทของปรัชญา

ในปัจจุบัน ปรัชญาสรุปได้เป็น 2 ประเภท คือ ปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์

1. **ปรัชญาบริสุทธิ์ (Pure Philosophy)** คือ การศึกษาว่าด้วยความเป็นจริง เดิมแบ่งออกเป็น 2 สาขา คือ **อภิปรัชญา (Metaphysics)** และ **ญาณปรัชญา (Epistemology)** สมบูรณ์ บุญโท ได้เพิ่มอีก 1 สาขา คือ **คุณปรัชญา (Axiology)** บางครั้งรวมตรรกศาสตร์ไว้ด้วย

2. **ปรัชญาประยุกต์ (Applied Philosophy)** คือวิชาและเนื้อหาของวิชาปรัชญาบริสุทธิ์ ส่วนใดส่วนหนึ่งที่เป็นที่สนใจ อยากรู้ อยากรู้เห็นและมีความต้องการของมนุษย์ในการแสวงหาคำตอบและแนวความคิด ในปัญหาเชิงปรัชญาที่เกี่ยวกับโลกมนุษย์และปรากฏการณ์ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งมีทั้งคำตอบและแนวความคิด ประเภทกว้างๆหรือที่เจาะจงตามเนื้อหาวิชาเฉพาะ ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามลัทธิ ความเชื่อ ในแต่ละยุคแต่ละสมัย รวมทั้งความสนใจศึกษาค้นคว้า แสวงหาคำตอบของปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้นๆ ของนักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา เพื่อให้มีความรู้ ความเป็นจริงละเอียดมากยิ่งขึ้น หากเรื่องใดมีเนื้อหาวิชามากพอและมีคำตอบที่แน่นอนคงที่พอสมควร ก็จะแยกการศึกษาวิชา หรือเนื้อหาวิชาออกมาเป็นปรัชญาเฉพาะเรื่อง ปรัชญาเฉพาะเรื่องที่แยกออกมานั้นเรียกว่า ปรัชญาประยุกต์ ตัวอย่างเช่น ปรัชญาศาสนา ปรัชญาคณิตศาสตร์ ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นต้น

ความสำคัญของปรัชญา

ปรัชญามีความสำคัญทั้งในด้านการศึกษา แนวคิด ความรู้และความเป็นจริงทั้งด้านเนื้อหาสาระของปรัชญาแต่ละประเภทในการศึกษาปรัชญามีคุณประโยชน์จากกระบวนการศึกษาทางปรัชญาและองค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรมที่เกิดขึ้น ในด้านเนื้อหาสาระของปรัชญามีประโยชน์จากการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสนับสนุนความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์เชิงตรรกวิทยาในการศึกษาและพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์และสังคม โดยรวมถึงการศึกษาและพัฒนาสุขภาพ สาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของมวลมนุษยชาติด้วย

สำหรับรายละเอียดของปรัชญาประเภทต่างๆ และความสำคัญของปรัชญาจะได้กล่าวในหัวเรื่องที่ 1.1.2, 1.1.3 และ 1.1.4 ต่อไป

เรื่องที่ 1.1.2 ปรัชญาบริสุทธิ์

ปรัชญาบริสุทธิ์ คือ การศึกษาว่าด้วยความความเป็นจริงเดิม แบ่งออกเป็น 2 สาขา คือ อภิปรัชญา (Metaphysics) และญาณปรัชญา สมบูรณ บัญโท ได้เพิ่มอีก 1 สาขา คือ คุณวิทยา ปัจจุบันมี 3 สาขา ดังนี้

1. อภิปรัชญา (Metaphysics) เป็นการศึกษาที่กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่าความจริงคืออะไร (What is reality?) เมื่อศึกษาปรัชญาจนรู้ปัญหาแล้ว จะต้องพยายามมองหาคำตอบปัญหานี้ได้อย่างไรบ้าง คำตอบที่เป็นไปได้จะต้องมีเหตุผลสนับสนุน นั่นคือ จะต้องใช้วิชาตรรกศาสตร์ ซึ่งเป็นวิชาที่ว่าด้วยเหตุผล ตรรกศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือของปรัชญา

1.1 อภิปรัชญา เป็นการศึกษาความจริงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ถ้าปรัชญาเป็น “ศาสตร์แห่งศาสตร์ทั้งหลาย” อภิปรัชญาก็เปรียบเสมือนพื้นฐานหรือหัวใจของปรัชญาทั้งหลาย อริสโตเติล (Aristotle) เรียกอภิปรัชญาว่า ปรัชญาเริ่มต้น (First Philosophy)

สิ่งที่ “อภิปรัชญา” สนใจ คือ ความเป็นอยู่จริง (Being) หมายถึง สิ่งที่สนใจศึกษานั้นคืออะไร ในแง่ของความเป็นจริง (Reality) ไม่ใช่แค่ข้อเท็จจริง (Fact) จึงใช้คำว่า เมตาฟิสิกส์ Metaphysics อภิปรัชญาสนใจศึกษาความจริงทั้งหมด (All reality) เนื่องจากสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มียุ่จริง (That is) และสิ่งนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่มียุ่เหนือขอบเขตของข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น (Beyond physics) หรือ เป็นการศึกษาธรรมชาติลักษณะของสิ่งที่มียุ่ (Existence) เราจึงเรียกอภิปรัชญาได้อีกอย่างหนึ่งว่า “ภววิทยา” (Ontology)

สิ่งที่มียุ่ (Being) นั้น ต้องมียุ่ (Existence) ตามลักษณะ/รูปแบบ (Essence) ของสิ่งนั้น ยกเว้นพระเจ้าในศาสนาต่างๆ เพราะแม้ท่านจะทรงมียุ่ แต่ไม่มีรูปแบบ เนื่องจากถ้าพระเจ้ามียุ่หรือมีลักษณะของพระเจ้า พระเจ้าก็ไม่ใช่พระเจ้า เพราะจะทำให้พระเจ้าถูกกำหนดให้เป็นสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือมีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น พระเจ้าจึงมีแต่ความมียุ่ แต่ไม่มีเนื้อหาใจความหรือแก่นสารของพระเจ้า เมื่อเป็นเช่นนี้อภิปรัชญาจึงศึกษาพระเจ้าในฐานะที่เป็นสาเหตุแรกของสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่

อภิปรัชญาทำให้ปรัชญาเชิงความเป็นจริงทั้ง 3 สาขา เป็น “เอกภาพ” เนื่องจากการอธิบายความจริงตามแนวปรัชญานั้นมีหลายคำตอบ แต่อภิปรัชญาเป็นการศึกษา “ความจริงคืออะไร” แม้คำตอบจะมีหลากหลาย แต่คำตอบเหล่านั้น มาจากปัญหาหรือโจทย์ เดียวกัน

อภิปรัชญาเป็นศาสตร์แห่งภวันต์ (Being) หมายถึงในฐานะที่เป็นจริงอย่างนั้น จึงเป็นการศึกษาภวันต์หรือภาวะของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยสนใจทั้งความหมาย องค์ประกอบ หลักการ สาเหตุและความเป็นมาเป็นไปของสรรพสิ่ง ที่ทำให้สิ่งนั้นเป็นอย่างที่มันเป็นอยู่

1.2 ชนิดของอภิปรัชญา แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

(1) **อภิปรัชญาเกี่ยวกับสิ่งมียุ่ทั่วไป** คือ การศึกษาภวันต์ (Being) ของสิ่งนั้น ในฐานะที่เป็นภวันต์ (Being as being) หรือศึกษาลักษณะและองค์ประกอบของภวันต์ของสิ่งต่างๆ ที่มีและเป็นอยู่

(2) **อภิปรัชญาเชิงเทววิทยา** เป็นการศึกษาพระเจ้าในฐานะสิ่งที่มีอยู่จริงๆ และเป็นสาเหตุแรกของสิ่งต่างๆ หรือเรียกว่าเทววิทยาธรรมชาติ (Natural Theology) เป็นภาวะที่เกินขอบเขตโลกแห่งผัสสะ (Transcendent)

1.3 คำตอบสำหรับปัญหา “ความเป็นจริงคืออะไร” ได้มีผู้ให้คำตอบไว้มากมาย ในที่นี้จะขอกกล่าวถึง 6 คำตอบโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 2 คำตอบ ดังนี้

(1) **กลุ่มจิตนิยม (Idealism)** มี 2 คำตอบ คือ ลัทธิเอกนิยม (Monism) กับลัทธิเพลโต (Platonism) ซึ่งตอบเหมือนกันว่า ความเป็นจริง เป็นจิตอย่างเดียว สสารไม่มีความเป็นจริง ต่างกันที่ว่า ลัทธิเอกนิยมถือว่าสสารเป็นมายา เป็นการแสดงออกของจิต ส่วนลัทธิเพลโต ถือว่าสสารไม่ใช่มายา สสารมีอยู่จริง แต่ไม่มีความเป็นจริงของตนเอง ต้องอาศัยความเป็นจริงของจิต นั่นคือ อาศัยความเป็นจริงของสิ่งสากล (Universals) ในโลกแห่งมโนคติ (World of ideas) ตัวอย่างคำตอบ ได้แก่ ความเชื่อว่าพระเจ้ามีองค์เดียว เป็นต้น

(2) **กลุ่มสสารนิยม (Materialism)** มี 2 คำตอบ คือ ปริมาณนิยม (Atomism) กับพลังงานนิยม (Energetism) ตอบเหมือนกันว่าความเป็นจริงเป็นสสารอย่างเดียว จิตไม่มีจริง สสารมีพลังงานบางอย่าง ซึ่งคนเราไม่เข้าใจ คำตอบ 2 คำนี้ต่างกันตรงที่ว่า ปริมาณนิยมถือว่าสสารเป็นสิ่งที่แบ่งออกได้ถึงหน่วยย่อยที่สุด เรียกว่า ปริมาณ (Atom) ปริมาณเป็นสสารที่มีภาวะตัวไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพลังงานนิยมถือว่าสสารเป็นเพียงปรากฏการณ์ภายนอกของพลังงานซึ่งมีหน่วยย่อยที่สุด เป็น Quantum ซึ่งไม่คงตัว อาจเปลี่ยนแปลงได้ ตัวอย่างคำตอบของพลังงานต่างๆ ในธรรมชาติ ได้แก่ พลังแม่เหล็ก พลังไฟฟ้า เป็นต้น

(3) **กลุ่มทวินิยม (Dualism)** มีคำตอบ 2 คำ คือ รังสรรค์นิยม (Creationism) และชีวสสารนิยม (Hylozoism) ตอบเหมือนกันว่าความเป็นจริงมีอยู่สองอย่างคือ จิตและสสาร ต่างกันตรงที่ว่าจิตเป็นผู้สร้างสสาร เมื่อสร้างแล้วก็ให้มีความจริงของตนเอง ไม่ใช่ไร้ความเป็นจริงอย่างสสารในลัทธิเพลโต ส่วนชีวสสารนิยมถือว่าจิตและสสารต่างก็มีมาเอง ไม่มีส่วนใดสร้างส่วนใด และจิตอาจควบคุมสสารได้โดยรู้กฎเกณฑ์ของสสาร ตัวอย่างของทวินิยม เช่น ปรัชญาของโปรติโนส ซึ่งผสมผสานปรัชญาอินเดียและปรัชญาของเพลโตกับศาสนาซาราตุสตราของเปอร์เซีย หลักใหญ่ของศาสนานี้สอนว่า พระเจ้ามีสององค์ คือ พระเจ้าแห่งความดีและพระเจ้าแห่งความชั่ว เป็นต้น

ในเวลาต่อมา มีนักปราชญ์อีกกลุ่มหนึ่ง คือ กลุ่มพหุนิยม กลุ่มนี้ ตอบคำถามความจริงคืออะไร ว่า ความจริงของสรรพสิ่งมีมากกว่าจิตและกาย หรือสสาร เช่น เชื่อว่าความจริงคือธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ เป็นต้น กลุ่มพหุนิยมมองว่าความจริงมีได้หลากหลายไม่จำกัด อาจเป็นหนึ่งเดียวคือจิตหรือเป็นสองคือจิตและกายหรือสสาร เช่น อาจตอบว่าความจริงของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ หรือตอบว่าประกอบด้วยชั้นห้า ในทำนองเดียวกันก็ตอบว่าความจริงของสรรพสิ่งมิใช่เป็นเพียงสสารและพลังงานเท่านั้น เช่น ก้อนหินมิใช่เป็นเพียงสสารและพลังงาน หากแต่ยังมีมุมอื่นๆ ที่มีคุณลักษณะหรือคุณสมบัติเฉพาะตัวของหิน ซึ่งสิ่งอื่นไม่มี เช่น ความแข็งแรง ความงาม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป คำถามที่ว่าความจริงคืออะไรนั้น ตอบได้หลายแง่มุม ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของนักปรัชญา สำนักปรัชญาหรือนักคิด (School of thought) ด้วยเหตุนี้ คำตอบที่ว่าอะไรคือความจริง ก็คือ “ความจริงคือสิ่งที่เชื่อว่าจริง ที่ได้มาจากการใช้เหตุผลที่ถูกต้อง”

ตัวอย่างอภิปราย ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระปรัชญา ดังนี้

1. “ชีวิต คือ การต่อสู้ ศัตรู คือ ยากำลัง อุปสรรค คือ หนทางแห่งความสำเร็จ ขอให้เราทั้งหลายพึงพอใจในการต่อสู้อันดี เผชิญหน้ากับศัตรู และกล้าฝ่าฟันอุปสรรค”

ที่มา : ปรัชญาเซน

ความหมาย : มนุษย์ยอมดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดปลอดภัยตามความต้องการของตน ซึ่งมักมีปัญหาและอุปสรรคเสมอ มนุษย์ต้องไม่ท้อถอย ไม่หมดกำลังใจ ต้องฟันฝ่าอุปสรรคและปัญหา ทำวิกฤติเหล่านั้นให้เป็นโอกาสแห่งความสำเร็จ

2. “ขุนเขาต้องพังทลาย ชื่อคนแข็งแกร่งปานใด สุดท้ายก็ต้องพังลงมา เหมือนเช่นบัณฑิตที่สุดท้ายต้องร่วงโรย”

ที่มา : ปรัชญาขงจื้อ กล่าวก่อนสิ้นใจ

ความหมาย : ชีวิตมนุษย์เป็นสังขารที่สุดท้ายต้องตาย เช่นเดียวกับภูเขาคือต้องพังทลาย ชื่อคนบ้านเรือนสุดท้ายต้องพังลงมา

3. “มนุษย์ชนมีสิทธิเสรีภาพโดยกำเนิด ในการมีชีวิตอยู่ในโลกอย่างยืนยาวและมั่นคง”

ที่มา : 1.) กฎบัตรสหประชาชาติ (Charter of the United Nations)

2.) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ความหมาย : มนุษย์ทุกคนได้รับการรับรองหลักประกันสิทธิเสรีภาพพื้นฐานโดยกำเนิด ในการมีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวและมั่นคง

2. **ญาณปรัชญา** คือ วิชาว่าด้วยความเป็นจริงที่กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่า **เรารู้ความเป็นจริงได้อย่างไร (How to know reality?)** จึงมีชื่อเรียกว่าญาณวิทยาหรืออาจเรียกว่าทฤษฎีแห่งความรู้ (Theory of Knowledge) อีกนัยหนึ่ง **ญาณปรัชญาหรือญาณวิทยา** กล่าวถึง อะไรเป็นมาตรการชี้ขาดว่า **ความรู้ของเราข้อไหนจริง ข้อไหนเท็จ** มีคำถามว่า จิตของเราสามารถรู้ว่าจะจริงได้หรือไม่ ซึ่งมีคำตอบที่เป็นไปได้อยู่เพียง 2 คำตอบคือ “ไม่สามารถ” และ “สามารถ” คำตอบว่า “ไม่สามารถ” หมายความว่า จะมีมาตรการหรือไม่ ผลก็เท่ากัน เพราะเราไม่สามารถจะรู้ได้ การตัดสินใจจริงจะกลายเป็นเรื่องของแต่ละคน ลัทธิที่ถือว่าแต่ละคนมีมาตรการของตนเอง เช่นนี้ ได้ชื่อว่า ลัทธิอัตนัยนิยม (Subjectivism) ส่วนอีกคำตอบหนึ่งที่ว่า “สามารถ” ต้องการยืนยันว่ามีมาตรการตายตัวสำหรับทุกคนในการตัดสินใจว่า ความรู้ใดจริง ที่ตัดสินใจผิดพลาดไปก็เพราะยังไม่รู้ถึงขั้นมาตรฐาน คำตอบ เช่นนี้ ได้ชื่อว่า ลัทธิปรนัยนิยม (Objectivism)

2.1 วิธีแสวงหาความรู้ของจิต มี 4 วิธี ดังนี้

1) รู้โดยประสาทสัมผัส (Senses) จากผัสสะ (Sensation) โดยใช้เครื่องรับรู้ภายใน คือ อายตนะภายใน 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จากการสัมผัสสิ่งที่ถูกรู้ และ อายตนะภายนอก 6 ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส สิ่งที่มาต่อกาย สิ่งที่จิตรู้

2) รู้โดยการอนุมาน (Inference) จากความเข้าใจ (Understanding) ได้แก่ ความรู้และปัญญาที่อาศัยเหตุผลโดยการคำนวณจากสิ่งที่เห็นและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ไปยังสิ่งที่เรามิได้เห็นจนได้ข้อสรุปที่ชัดเจน เช่น เราเห็นการปรากฏตัวของควันทันทีใด เราก็จะอนุมานว่าที่นั่นย่อมมีไฟ

3) รู้โดยสามัญสำนึก (Common Sense) รู้จากอหิมตติกญาณ (Intuition) หมายถึง ความรู้ และปัญญาที่เกิดขึ้นและมีอยู่ภายในมนุษย์แต่ละคน ซึ่งเกิดจากการสะสมจากการฝึกอบรม ประสบการณ์จากการปฏิบัติตน หรือเกิดจากสัญชาตญาณ เช่น การไม่จับเปลวไฟ เพราะรู้ว่าจะร้อนและจะทำให้ผิวที่สัมผัสไหม้ เป็นต้น

4) รู้โดยญาณวิเศษ (Transcendental Intuition) จากการตรัสรู้ (Enlightenment) หมายถึง การบำเพ็ญจิต มีสมาธิ การฝึกอบรมปัญญาให้เกิดความเห็นแจ้ง เห็นตรง ต่อความเป็นจริงของสภาวะธรรม เช่น การปฏิบัติวิปัสสนา ฝึกอบรมปัญญาให้เกิดความเห็นแจ้ง รู้ชัดในสภาวะของสิ่งทั้งหลายตามที่มันเป็นรู้โดยการเปิดเผยของสิ่งเหนือธรรมชาติ (Super Natural Manifestation) จากวิเวก (Revelation) หมายถึง การเกิดบางสิ่งบางอย่างขึ้นโดยมนุษย์ไม่มีปัญญาเห็นในสิ่งนั้นและหาเหตุผลมาอธิบายไม่ได้ เช่น อานุภาพของพระเจ้า เวทมนต์คาถา โขกลาง เป็นต้น

2.2 หลักที่ใช้ในการแสวงหาความจริงของญาณปรัชญา/ญาณวิทยา

ปัญหาหรือโจทย์ของญาณวิทยา ได้แก่ อะไรเป็นมาตรการความจริง จะใช้อะไรมาวัดว่า นี่คือความจริงและจะยืนยันว่าเป็นความจริงได้อย่างไร แบ่งกว้างๆ ได้ 3 ประเด็น ได้แก่

1) หลักการแสวงหาความจริง (Epistemology) หมายถึง หลักในการแสวงหาความรู้ที่ตรงกับความจริงว่าสิ่งที่เรารู้ เป็นความรู้ที่ถูกต้อง/สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นหลักของการแสวงหาความรู้ที่ถูกต้อง

2) หลักการแยกแยะความจริง (Criteriology) หมายถึง หลักการแสวงหามาตรการและวิธีการในการแยกความจริงจากความเท็จ

3) หลักการตรวจสอบความรู้ (Gnoseology) หมายถึง หลักการตรวจสอบว่าความรู้นั้นสอดคล้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้มั่นใจว่าสิ่งที่เรารู้ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง

2.3 เนื้อหา/เป้าหมาย ของญาณวิทยา

1) ความจริง เป็นสิ่งที่มนุษย์รู้ได้ นำสู่การตอบโจทย์ที่ว่า “รู้ได้อย่างไร” และเอาอะไรมาตัดสิน/พิสูจน์ ว่าสิ่งนั้นเป็นความจริง ไม่ใช่เป็นเพียงแค่ความคิดเห็น เท่านั้น

2) ความรู้ ที่ได้สอดคล้องกับ “ความเป็นจริง” มีลักษณะเป็นสากล ได้แก่

2.1 ความรู้ที่ได้ ไม่ใช่แค่เป็นผลจากกระบวนการทางพิสิคส์ หรือจักรกลที่สนใจเฉพาะสิ่งที่ปรากฏหรือพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทดลองค้นคว้าระดับประสาทสัมผัสของมนุษย์

2.2 ความรู้ที่ได้ ไม่ใช่แค่ “ความรู้สึก” (Sensation) จากประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงได้ แต่เป็น “ความรู้สำนึก” (Intuitive หรือ Insight) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของมนุษย์ ที่รู้ถึงสิ่งต่างๆ ในฐานะที่สิ่งนั้นเป็นเช่นนั้น ไม่ใช่ยึดตัวผู้รู้เป็นเกณฑ์ ที่มักจะรู้เฉพาะสิ่งที่ผู้นั้นอยากรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อจะเอาไปใช้ประโยชน์เพื่อตัวเอง แบบวิทยาศาสตร์

3) ความรู้ที่ได้ เป็นความรู้ในสิ่งที่ เป็นสากล คือ แน่นนอนไม่เปลี่ยนแปลง

2.4 ความจริงและความเท็จ (Truth and False)

เป้าหมายหลักของญาณวิทยา คือ การได้ความจริงกับความเท็จ ญาณวิทยาพยายามศึกษาว่าอะไรเป็นความจริง อะไรเป็นความเท็จ รวมทั้งเรื่องปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เราเข้าใจผิดเกี่ยวกับความจริง

1) ความจริง คือ ลักษณะที่ตรงกันของความคิด (มโนภาพ) กับสิ่งนั้น เช่น นี้อะโตะ และสิ่งนั้นเป็นโตะจริงๆ ไม่ใช่แก้ว หรือต้นไม้ ฯลฯ เป็นความสัมพันธ์และสอดคล้องกัน ระหว่างความเข้าใจต่อสิ่งนั้น ที่สอดคล้องกับภาวะที่สิ่งนั้นเป็น เช่น นาย ข. มีความเข้าใจว่า คนๆ นั้น คือ นาย ก. และในความเป็นจริง คนๆ นั้นคือนาย ก. ดังนั้น ความจริงจึงเป็นความรู้และความเข้าใจที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ที่ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งนั้น

2) ความเท็จ คือ ลักษณะที่ไม่ตรงกันระหว่างความคิดความเข้าใจ (ตามมโนภาพของสิ่งนั้น) กับสิ่งนั้น เช่น นาย ข. มีความเข้าใจว่า คนๆ นั้น คือ นาย ก. แต่ในความเป็นจริงคนๆ นั้น คือ นาย ค. ไม่ใช่ นาย ก.

2.5 การพิสูจน์ความรู้/ความจริง ขึ้นอยู่กับหลักการ 2 อย่าง คือ

1) หลักฐาน/ข้อมูลหรือของความจริง คือ ต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งนั้นและมีหลักฐานหรือข้อมูลที่แสดงว่ามีสิ่งหรือสถานการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นจริง เช่น มีการกล่าวว่า “นาย ก. เป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล” การกล่าวอ้างดังกล่าวเป็นความจริงหรือไม่ พิจารณาจากหลักฐานว่านาย ก. มีตัวตนจริงหรือไม่และมีหลักฐานหรือข้อมูลที่เป็นทางการของมหาวิทยาลัย มหิดล ที่ระบุว่านาย ก. เป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยมหิดล หรือไม่

2) การตัดสินความจริง เป็นกระบวนการในการตัดสินผลการพิสูจน์ความจริงหลังจากที่ได้ศึกษาหลักฐาน/ข้อมูล ของความจริง (Evidence) ซึ่งไม่ใช่ความคิดเห็น ไม่ใช่ความเชื่อหรือทัศนคติ แต่เป็นการตัดสินตามหลักฐานที่มี

2.6 คำตอบจากญาณวิทยา

สืบเนื่องจากคำตอบที่ได้จากอภิปราย เป็น 3 แนวกว้างๆ คือ จิตนิยม สสารนิยม และทวินิยม ทำให้ญาณวิทยาได้คำตอบเป็น 3 แนวกว้างๆ เช่นกัน คือ

1) เหตุผลนิยม มีแนวคิดที่ว่า ในเมื่อความเป็นจริง คือ จิต ดังนั้น การรู้ความจริง ซึ่งมีลักษณะสากล ต้องรู้โดยอาศัยจิต ด้วยการหยั่งรู้ การระลึกได้ และใช้วิธีการแบบนิรนัย (Deduction) คือเป็นการนำความรู้พื้นฐาน ความเชื่อ ข้อตกลง กฎเกณฑ์ บทนิยาม หรือทฤษฎี ซึ่งเป็นสิ่งที่รู้มาก่อนแล้วและยอมรับว่าเป็นจริง เพื่อหาเหตุนำไปสู่ข้อสรุปของคำตอบ โดยพิจารณาจากข้อมูลทั้งหมด แล้วสรุปเป็นความจริงเกี่ยวกับสิ่งนั้น

2) ประสบการณ์นิยม มีแนวคิดที่ว่า ในเมื่อความเป็นจริง เป็นวัตถุหรือสสาร ดังนั้น การรู้ความจริงจึงต้องอาศัยประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและใช้วิธีการอุปนัย (Induction) คือ วิธีการสรุปในการค้นคว้าความจริงจากการสังเกตหรือทดลอง “หลายครั้ง” จากกรณีย่อยๆ แล้วนำมาสรุปเป็นความรู้แบบทั่วไป เป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับประชากรส่วนย่อย เพื่อเป็นข้อสรุปของประชากรส่วนใหญ่ เป็นการค้นคว้าทดลองด้วยระดับประสาทสัมผัสจากบางส่วนและนำไปสรุปว่า ทั้งหมดเป็นความเป็นจริง โดยในประเภทเดียวกันจะต้องเป็นอย่างนั้น ซึ่งเป็นพื้นฐานและที่มาของวิธีการทางวิทยาศาสตร์

3) ทวินิยม มีแนวคิดที่เห็นว่า การรู้ความเป็นจริง ควรพิจารณาความเป็นจริงทั้ง 2 สองด้าน คือ ทั้งการใช้เหตุผล และการใช้ประสบการณ์

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ญาณวิทยา คือ วิชาปรัชญาที่ตอบปัญหาที่ว่า เรารู้ความเป็นจริงได้อย่างไร หรือเรียกว่าทฤษฎีแห่งความรู้ และญาณวิทยากล่าวถึง “อะไรเป็นมาตรการตัดสินความรู้ว่าจริงหรือไม่จริง การรู้ความเป็นจริงนั้น เกิดขึ้นได้สืบเนื่องจากคำตอบที่ได้จากอภิปรัชญา เป็น 3 แนวทางหลัก คือ จิตนิยม สสารนิยม และทวินิยม และ อีกทางหนึ่งในเวลาต่อมา คือ พหุนิยม ที่นอกเหนือจาก 3 แนวทางหลักเดิม สำหรับมาตรการตัดสินหรือวัดความรู้และความจริงมี 2 มาตรการหลัก คือ หลักฐานและข้อมูลของความเป็นจริง (Evidence) และการตัดสินความจริง (Certitude) ซึ่งเป็นกระบวนการในการตัดสินผลการพิจารณาความจริง หลังจากที่ได้ศึกษาหลักฐานและข้อมูลของความจริง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องค้นคว้าทางญาณวิทยา อีกมาก トラบโดที่ยังมีความเห็นไม่ตรงกัน トラบนั้นความเห็นแต่ละความเห็นก็จะเป็นมูลบทของแต่ละลัทธิหรือสำนัก ซึ่งควรร่วมมือกันพัฒนาปรัชญาให้ก้าวหน้าและอำนวยความสะดวกต่อมนุษยชาติมากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างญาณปรัชญา ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระ ดังนี้

1) ความรู้จะต้องเกิดหลังประสบการณ์และความรู้จะเกิดขึ้นโดยอาศัยการสัมผัส เมื่อมนุษย์ได้สัมผัส จะมีความรู้สึก และความรู้สึกจะทำให้มนุษย์คิด และความคิดนี้ คือ แหล่งกำเนิดความรู้ หากปราศจากการสัมผัส มนุษย์ก็จะไม่คิด เพราะจิตโดยธรรมชาติจะมีสภาพอยู่เฉย

ที่มา : จอห์น ล็อก (John Locke) ชาวอังกฤษ เป็นทฤษฎีของความรู้ และแนวคิดด้านญาณวิทยาของ จอห์น ล็อก ที่มีอิทธิพลสำคัญไปจนถึงช่วงของยุคแสงสว่าง

ความหมาย : แหล่งกำเนิดความรู้ของมนุษย์ เกิดจากความคิด จากประสบการณ์สัมผัสทั้ง 6 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ

2) การคิดให้ตื้นนั้น หมายถึง การคิดด้วยความมีสติตั้งมั่น เป็นกลางไม่ถูกเหนี่ยวนำด้วยอคติ หากอาศัย ความถูกต้องด้วยหลักวิชา เหตุผลความเป็นจริง และศีลธรรม จริยธรรม เป็นพื้นฐานเครื่องวินิจฉัย เพื่อให้ความคิดนั้นปราศจากพิษภัย เป็นคุณเป็นประโยชน์แท้จริง

ที่มา : พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรแก่บัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12 กรกฎาคม 2511

ความหมาย : ความคิดที่ดีมีคุณประโยชน์แท้จริงต่อการวินิจฉัยตัดสินใจที่ถูกต้องตรงความเป็นจริงนั้น คือ ความคิดที่มีสติตั้งมั่น เป็นกลาง ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีเหตุผลความเป็นจริง และศีลธรรม จริยธรรม

3. **คุณปรัชญาหรือคุณวิทยาหรือธรรมวิทยา (Axiology)** หมายถึง **ทฤษฎีคุณค่า (Theory of Value)** เป็นสาขาหนึ่งของปรัชญาบริสุทธิ์ เป็นการกล่าวถึงคุณค่าด้านต่างๆ ที่สำคัญ 3 สาขา ที่เป็นสาขาย่อยของคุณปรัชญา ดังนี้

ตรรกศาสตร์ (Logic) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงเหตุผลความจริงความเท็จ

จริยศาสตร์ (Ethics) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความประพฤติ

สุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความงาม

3.1 ตรรกศาสตร์ หรือตรรกวิทยา

ตรรกศาสตร์ เป็นระบบวิชาที่เป็นเครื่องมือของปรัชญาในการแสวงหาความรู้และความเป็นจริง รวมทั้งเป็นเครื่องมือของญาณวิทยาหรือทฤษฎีความรู้ เป็นการให้เหตุผลที่มีรูปแบบ นักปราชญ์นิยมตรรกศาสตร์ ไว้แตกต่างกันออกไป ขอยกตัวอย่างคำนิยาม ดังต่อไปนี้

แอลดริช (Aldrich) นิยามว่า ตรรกศาสตร์ คือ ศิลปะแห่งการใช้เหตุผล

ว็อดเลย์ (Whateley) นิยามว่า ตรรกศาสตร์ คือ ศิลปะและศาสตร์แห่งการให้เหตุผล

ทอมสัน (Thomson) นิยามว่า ตรรกศาสตร์ คือ ศาสตร์ว่าด้วยกฎของความคิด

ขุนประเสริฐ ศุภมาตรา นิยามว่า ตรรกศาสตร์ คือ วิชาว่าด้วยเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งต้องใช้ในการคิด หรือในการตรึงตรองหาเหตุผลอย่างถูกต้อง

คำนิยามของปราชญ์ข้างต้น จะเห็นว่าทุกท่านล้วนให้คำนิยามในทำนองที่ว่าตรรกศาสตร์ เป็นศาสตร์ที่ต้องใช้ความคิดที่มีเหตุผลและมีกฎเกณฑ์ มิใช่ความคิดที่ไม่มีกฎเกณฑ์ เป็นความคิดที่มีกระบวนการของการพิสูจน์เชิงเหตุผลว่า มีความสมเหตุสมผลมากน้อยเพียงไร ความหมายตามรูปศัพท์ ตรรกศาสตร์แปลมาจากภาษาละติน คือ Logos และภาษากรีกว่า Logika ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Logic แปลว่า การใช้เหตุผล (Reasoning) ดังนั้น ตรรกศาสตร์ จึงหมายถึงศาสตร์หรือวิชาที่ว่าด้วยวิธีการให้เหตุผลหรือการอ้างเหตุผล หรือศิลปะของการใช้เหตุผล (Science of Reasoning) ซึ่งมีการใช้เหตุผล 2 แบบคือ การให้เหตุผลแบบอุปนัย หมายถึงการให้เหตุผลจากข้อมูลที่เราระสบไปยังสิ่งที่เรามิได้ประสบ เป็นการสรุปเกินข้ออ้างที่เรามี และการให้เหตุผลแบบนิรนัย หมายถึงการให้เหตุผลจากกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป จากนั้นมีการนำข้อมูลใหม่เข้ามาเพื่อหาข้อสรุปว่าสามารถได้ตรงกับกฎที่กำหนดไว้แล้วหรือไม่ ถ้าข้อสรุปนั้นสามารถเข้ากันได้ โดยไม่ผิดกฎ และความรู้ใหม่ไม่เกินข้ออ้าง ความรู้นั้นจึงเป็นความรู้สมเหตุ สมผล ตรรกศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ของนักปราชญ์มาทุกยุคทุกสมัย

ตัวอย่างเชิงตรรกศาสตร์ ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระ ดังนี้

(1) การทำความดีนั้นทำยากและเห็นผลช้า แต่ก็จำเป็นต้องทำเพราะหาไม่ความชั่วซึ่งทำได้ง่าย จะเข้ามาแทนที่ และจะพอกพูนขึ้นอย่างรวดเร็วโดยไม่ทันรู้ตัว แต่ละคนจึงต้องตั้งใจและเพียรพยายามให้สูงสุด กาลังในการสร้างเสริมและสะสมความดี

ที่มา : พระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพระราชทานแก่ผู้สำเร็จการศึกษา จากโรงเรียนนายร้อยตำรวจ 14 สิงหาคม 2523

ความหมาย : เป็นศิลปะแห่งการใช้เหตุผล 2 ประการ ได้แก่ 1. การทำความดี ทำได้ยาก เห็นผลช้า จึงต้องใช้ความพยายามอย่างเต็มที่จึงจะสะสมความดีได้ 2) การทำชั่ว ทำได้ง่าย พอกพูนขึ้นอย่างรวดเร็ว และสามารถเข้าไปแทนที่ความดีได้ง่าย จึงต้องรีบทำความดีกันไว้

(2) ปัญหาทุกอย่างไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ มีทางแก้ไขได้ ถ้ารู้จักคิดให้ดี ปฏิบัติให้ถูก

ที่มา : ตอนหนึ่งของพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 1 สิงหาคม 2539

ความหมาย : ปัญหาทุกอย่างเป็นเหตุปัจจัย สามารถแก้ไขได้ด้วยปัญญาในการคิดและปฏิบัติให้ดี และถูกต้อง

3.2 จริยศาสตร์

จริยศาสตร์ เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าของความประพฤติ สิ่งใดควรประพฤติ สิ่งใดไม่ควรประพฤติ

จริยศาสตร์ เป็นระบบวิชาสาขาหนึ่งที่ว่าด้วยการแสวงหาความดีสูงสุดของมนุษย์โดยแสวงหาเกณฑ์ในการตัดสินความประพฤติของมนุษย์ว่าอย่างไรถูก-ไม่ถูก ควร-ไม่ควร และพิจารณาปัญหาเรื่องสถานภาพของคุณค่าทางศีลธรรม

จริยศาสตร์เป็นทฤษฎีทางศีลธรรม เป็นการแสวงหาเกณฑ์การตัดสินทางจริยธรรม โดยนักปรัชญากลุ่มต่างๆ ได้เสนอทฤษฎีมากมายแต่ละทฤษฎีมีหลักการเป็นของตนเอง ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์ ได้แก่ ทฤษฎีสัมพัทธนิยม (Relativism) ทฤษฎีสัมบูรณ์นิยม (Absolutism) และ ทฤษฎีประโยชน์นิยม (Utilitarianism)

ทฤษฎีสัมพัทธนิยม

โปรทาгорัส (Prothagoras) เป็นผู้นำกลุ่มโสฟิสต์ (Sophist) ที่มีชื่อเสียง ได้เสนอหลักการที่เป็นตัวแทนความคิดของกลุ่มนี้ว่า “Man is the measure of all things: Homo mensura” แปลว่า มนุษย์เป็นเครื่องวัดทุกสิ่ง แต่มีปัญหาว่ามนุษย์ใช้อะไรเป็นเครื่องตัดสินความดี ความชั่ว ความยุติธรรม ความอยุติธรรม ความสวย หรือน่าเกลียด เมื่อพิจารณาจากหลักการที่ให้ไว้ โปรทาгорัส ยอมรับว่า

1. มนุษย์เป็นศูนย์กลางของทุกสิ่ง
2. สิ่งอื่นนอกตัวมนุษย์ไม่มีอำนาจชี้ขาด
3. สิ่งอื่นนอกจากตัวมนุษย์ไม่สามารถยืนยันตนเองได้

เมื่อโปรทาгорัส ยอมรับลักษณะข้างต้น ความสำคัญทั้งหมดจึงรวมอยู่ที่มนุษย์และมนุษย์ได้ใช้ความรู้สึกของตนเองเป็นบรรทัดฐานในการชี้ขาด กล่าวคือ โปรทาгорัส ยืนยันว่า

1. ไม่มีสิ่งใดดี ชั่ว ยุติธรรม สวย หรือน่าเกลียด ในตนเอง
2. ภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของความรู้สึกที่มนุษย์มีต่อสิ่งต่างๆ
3. การตัดสินทุกอย่าง อิงอยู่กับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมที่ตนเองเคยชิน

ทฤษฎีสัมบูรณ์นิยม

ลัทธินี้ อาศัยเกณฑ์การตัดสินความดี-ความชั่ว หรือถูก-ผิด ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานสำคัญ 2 ประการ คือ

1) หลักมโนธรรม ในการตัดสินความผิดกรรมของมนุษย์ ตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุด คือ มโนธรรม หรือสำนึกผิดชอบชั่วดี หรือเสียงกระซิบหรือเสียงเตือนจากภายในโดยตรง การกระทำใดๆ ที่ฝืนต่อมโนธรรมของตนเอง หรือพฤติกรรมใดๆ ที่ขัดแย้งกับมโนธรรมของตน ย่อมเป็นสิ่งผิด การกระทำที่เป็นไปตามมโนธรรมที่คอยย้ำเตือนเรา ย่อมเป็นสิ่งแห่งความถูกต้องเสมอ

2) หลักเจตนาดี อิมมานูเอล คานต์ (Immanuel Kant) ถือว่าการกระทำดี การกระทำชั่ว ย่อมขึ้นอยู่กับเจตนาเป็นสำคัญ ใครก็ตามที่กระทำการใดลงไปด้วยเจตนาดี หรือเจตนาบริสุทธิ์ ไม่ว่าจะผลของการกระทำจะออกมาในรูปแบบใด ก็จัดเป็นการกระทำที่ดี ตรงกันข้าม หากใครกระทำอะไรลงไปด้วยเจตนาร้ายหรือเจตนาที่ไม่บริสุทธิ์ การกระทำนั้น จัดเป็นความชั่ว หรือผิด ในทรรศนะของคานต์ การกระทำดี คือ การทำตามหน้าที่ การทำหน้าที่ คือ การกระทำที่เป็นไปตามหลักการและหลักการสากล คือ หลักศีลธรรม กล่าวโดยสรุป การกระทำความดีใดๆ ต้องไม่ขัดแย้งกับหลักศีลธรรม ซึ่งเป็นหลักการสูงสุดของมนุษยชาติ

ทฤษฎีประโยชน์นิยม

1) หลักการของประโยชน์นิยม คือ ประโยชน์หรือความสุข กล่าวได้ว่า เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต แต่ต้องเป็นประโยชน์หรือความสุขแก่คนส่วนมาก ดังหลักการที่ เจอมี เบนธัม (Jeremy Bentham) เสนอว่า “ความสุขหรือความดีมากที่สุด เพื่อคนจำนวนมากที่สุด” (The greatest happiness for the greatest number) จะเห็นได้ว่าประโยชน์นิยม ตามทัศนะของเบนธัม ได้ถูกจัดเป็นสาธารณประโยชน์สุข เหตุที่เป็นดังนี้ เพราะมุ่งถึงประโยชน์ของมวลชนมากกว่าประโยชน์หรือความสุขเฉพาะกลุ่มคนกลุ่มเล็ก ๆ

2) หลักการสาธารณประโยชน์นิยมของเบนธัม กล่าวได้ว่าเป็นประโยชน์นิยมอย่างหยาบ ด้วยเหตุผลที่ว่า เบนธัมเองไม่ยอมรับความแตกต่างทางคุณภาพระหว่างความสุข ความสุขทุกประเภท ย่อมเหมือนกันหรือเท่ากัน ดังคำกล่าวที่ว่า “ความสุข อย่างใดอย่างหนึ่ง ย่อมเหมือนกันเมื่อมันเท่ากันในปริมาณ”

เบนธัม พยายามพูดรวมๆ ไม่ได้แยกแยะระหว่างปริมาณกับคุณภาพเลย ที่จริงแล้วเราจะเห็นว่าเมื่อเราพูดถึงความสุข ถ้าคิดจำนวนครั้ง เวลาที่กระทำเท่ากัน แต่ผลที่เกิดจากการกระทำนั้น ย่อมแตกต่างกัน เช่น คนหนึ่งขโมยของของคนอื่นมา กว่าจะได้มาย่อมเสี่ยงต่ออันตราย แต่เมื่อขโมยได้แล้ว เขาอาจมีความสุขที่ขโมยสำเร็จ กับอีกคนหนึ่งทำงานด้วยความยากลำบาก แต่ทำโดยสุจริต ความสุขที่เกิดเพราะสมหวังย่อมแตกต่างกัน หรือความสุขอันเกิดจากการดื่มน้ำเมากับการช่วยเหลือผู้อื่นย่อมแตกต่างกัน

ตัวอย่างเชิงจริยศาสตร์ ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระ ดังนี้

1. ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์

ที่มา : พระราชดำรัสสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ความหมาย : การประกอบอาชีพใดๆ ก็ตาม ให้ปฏิบัติแก่ผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยก่อนตามจรรยาบรรณจริยศาสตร์ ของวิชาชีพนั้นๆ แล้วแพทย์จะได้รับผลทางลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศชื่อเสียง ตามมาเอง

2. ความจริงใจต่อผู้อื่น เป็นคุณธรรมสำคัญมากสำหรับผู้ที่ต้องการความสำเร็จและความเจริญ เพราะช่วยให้สามารถขจัดปัดเป่าปัญหาได้มากมาย นอกจากนั้นยังทำให้ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ และความร่วมมือสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่ยึดมั่นในเหตุผลและความดี ผู้มีความจริงใจจะทำการใดก็มักสำเร็จได้โดยราบรื่น

ที่มา : พระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความหมาย : ผู้มีความจริงใจต่อผู้อื่นย่อมได้รับความไว้วางใจและความร่วมมือสนับสนุนจากทุกฝ่าย และยึดมั่นในเหตุผลและความดี จะทำการสิ่งใดก็มักประสบความสำเร็จ

3.3. สุนทรียศาสตร์

สุนทรียศาสตร์ เป็นระบบวิชาที่ว่าด้วยคุณค่าของความงาม เช่น คุณค่าความงามของศิลปะ พจนานุกรมปรัชญาฉบับอ็อกฟอร์ด นิยามคำว่าสุนทรียศาสตร์ หมายถึง การศึกษาความรู้สึก มโนภาพ หรือมโนคติ และการตัดสินใจ ที่เกิดความซาบซึ้งในศิลปะ หรือระดับขั้นของวัตถุ ที่กว้างขึ้น โดยพิจารณาการเคลื่อนไหว หรือความงาม หรือความเลอเลิศ ซึ่งประเด็นนี้ให้เห็นว่าสุนทรียศาสตร์เกี่ยวข้องกับความงามที่เราสามารถสัมผัสได้ด้วยความรู้สึกของเรา เราสามารถสร้างมโนภาพเกี่ยวกับสิ่งที่เรารู้สึกได้นั้น ตรงตามความรู้สึก รวมทั้งมีการ

ตัดสินที่ประจักษ์นั้นด้วยว่า มีความงดงามและมีความเลิศเลอเช่นไร เพียงใครราชบัณฑิตยสถานชี้ให้ชัดเจน ยิ่งขึ้นว่า มีทั้งความงดงามและมีทั้งสิ่งงดงาม ทั้งในงานศิลปะที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น งานจิตรศิลป์ กับ ความงดงามในธรรมชาติ ที่มีฝีมือของมนุษย์

ความงดงามตามทรรศนะของนักปรัชญาสำคัญ มีดังนี้

เพลโตเป็นผู้ให้หลักการของโลกเกี่ยวกับการแบ่งโลกออกเป็น 2 ด้าน คือ โลกแห่งประสาทสัมผัส เป็นโลกแห่งการลอกเลียนแบบ โลกแห่งอุดมคติ เป็นโลกแห่งเหตุผล เป็นโลกแห่งความดีงาม มนุษย์รู้จักโลกด้านนี้ด้วยการใช้พลังเหตุผล โลกแห่งอุดมคติ เป็นโลกแห่งความจริงแท้ การที่มนุษย์รู้จักว่าอะไรน่าเกลียด เพราะมนุษย์มีแบบของความงามอยู่ในใจ และเพลโต แบ่งความงามเป็น 3 ระดับ คือ ความงามทางกายภาพ (Physical beauty) ความงามทางจิตใจ (Mental beauty) ความงามในตัวเอง (Beauty in itself)

มนุษย์พยายามพัฒนาหรือยกระดับตนเองในการมองความงาม การมองเห็นความงามขึ้นอยู่กับสติปัญญาของแต่ละบุคคล ดังที่ว่า มนุษย์ผู้ถูกครอบงำด้วยความรักในความงาม เขาจะก้าวจากความงามทางกายภาพไปสู่ความงามในจิตใจ ไปสู่ความงามที่มีเกณฑ์และเป็นวิทยาศาสตร์ด้วยตัวของมันเอง และท้ายที่สุดไปสู่ความงามในตัวของมันเอง

ซีเซโรกล่าวว่า ความงามย่อมขึ้นอยู่กับการจัดระบบส่วนย่อยต่างๆเข้าด้วยกัน ซีเซโรเน้นความงามที่ลงตัว อย่างไม่ได้สัดส่วนขององค์ประกอบต่างๆ เช่น ทักษะฮาซาลที่อินเดีย มหาวิทยาลัยเซนต์ปีเตอร์ที่สำนักวาดกัน เป็นต้น

เซนต์ โทมัส อะไควนัส กล่าวว่า ความงาม คือความปิติที่เรามีต่อการเป็นอยู่ของสิ่งที่มองเห็นได้ ความงามขึ้นอยู่กับรูปทรง

เฮเกิล กล่าวว่า ความงามมีสภาพเป็นรูปแบบของความรู้สึกสัมผัส เมื่อความรู้สึกสัมผัสแสดงชีวิตจิตใจลงในศิลปะ ก็เท่ากับเป็นการเปิดเผยสภาพการรู้คิด อันเป็นความจริง

โดยสรุป คำนิยามเกี่ยวกับความงาม มุ่งไปที่แหล่งกำเนิดของความงาม คือ ความงามในตัวเอง เป็นความงามเชิงวัตถุวิสัย (Objective) เป็นความงามตามธรรมชาติที่มีอยู่จริง หรือตามความเป็นจริง โดยมิได้ขึ้นอยู่กับผู้มอง และความงามเชิงจิตวิสัย (Subjective) หมายถึง ความงามที่ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละคน ซึ่งแตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามความรู้สึกของปัจเจกชน

ตัวอย่างปรัชญาเชิงสุนทรียศาสตร์ ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระ ดังนี้

1) ดอกไม้งามได้เพราะรูปลักษณ์และสีสันทัน คนจะงามได้เพราะพระธรรม

ที่มา : ปรัชญาเซน

ความหมาย : เป็นการเปรียบเทียบว่าดอกไม้สวยงามได้เพราะมีรูปร่างลักษณะและสิ่งที่ต้องตาต้องใจคนดู ดังนั้น คนจะงามได้ก็เพราะการมีความงามภายในตัวด้วยการมีคุณธรรมจริยธรรม

2) ยิ้มแย้มอย่างแจ่มใส เห็นใครทักก่อน นี่คือวิธีแสดงเสน่ห์แบบง่ายๆ แต่ให้ผลมาก

ที่มา : ปรัชญาเซน

ความหมาย : การยิ้มจากใจอันบริสุทธิ์และการโอภาปราศรัย ไม่ถือเนื้อถือตัว ย่อมเป็นการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างกันและกันที่ดีต่อการสร้างความร่วมมือร่วมใจในกิจการงานต่างๆ

จากการจำแนกประเภทของปรัชญาเป็น 3 ประเภท ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปรัชญาทั้ง 3 ประเภทนั้น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน กล่าวคือ **อภิปรัชญา**กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่า**ความเป็นจริงคืออะไร** **ญาณปรัชญา/ญาณวิทยา** หรือ**ทฤษฎีแห่งความรู้** กล่าวถึงปัญหาว่า **เรารู้ความเป็นจริงอย่างไร** **อภินัยหนึ่ง** **ญาณปรัชญา**กล่าวถึงอะไรเป็น**มาตรการชี้ขาดว่าความรู้**ของเรา**ข้อไหนจริง ข้อไหนเท็จ** ส่วนคุณปรัชญานั้นกล่าวถึง**ทฤษฎีค่านิยมว่า** ประกอบด้วย**คุณค่าทางเหตุผล ทางคุณธรรม จริยธรรมและความงาม** หรือ **คุณค่าของความรู้และความเป็นจริงเหล่านั้นว่า** สมควรปฏิบัติตามและสมควรได้รับการยึดถือเป็น**มาตรฐาน**ในการประพฤติ ซึ่งมี**คำถามเชิงปรัชญาว่า** **เราควรประพฤติ ปฏิบัติตามความเป็นจริงอย่างไร**

เรื่องที่ 1.1.3 ปรัชญาประยุกต์

1. ที่มาและความหมายของปรัชญาประยุกต์

ดังที่ได้กล่าวแล้วในหัวเรื่องขอบเขตและประเภทของปรัชญาว่าวิชาปรัชญาเกิดจากความอยากรู้อยากเห็นและความต้องการของมนุษย์ ในการแสวงหาคำตอบและแนวความคิดในปัญหาเชิงปรัชญาที่เกี่ยวกับโลกมนุษย์และปรากฏการณ์ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งมีทั้งคำตอบแนวความคิดประเภทกว้างๆ และแนวความคิดที่เจาะจงตามเนื้อหาวิชาเฉพาะ เนื้อหาของวิชาปรัชญามีการเปลี่ยนแปลงตามลัทธิ ความเชื่อในแต่ละยุคแต่ละสมัย รวมทั้งความสนใจศึกษา ค้นคว้าและแสวงหาคำตอบของปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้นๆ ของนักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา หรือสำนักศึกษา เพื่อให้มีความรู้ มีความเป็นจริง ละเอียดมากยิ่งขึ้น หากมีเนื้อหาวิชามากพอและมีคำตอบที่แน่นอนคงที่พอสมควร ก็จะแยกออกมาเป็นปรัชญาเฉพาะเรื่อง สำหรับความรู้หรือคำตอบบางเรื่องที่คนไม่นิยมก็จะถูกลืมเลือนหายไป วิชาปรัชญาเฉพาะเรื่องที่แยกออกมาจากวิชาปรัชญาบริสุทธิ์นี้ เรียกว่าปรัชญาประยุกต์

กล่าวอีกนัยหนึ่ง สมบูรณ์ บุญโท ได้ให้ความหมายของปรัชญาประยุกต์ว่า หมายถึงศาสตร์ที่นำความรู้ของปรัชญาบริสุทธิ์มาประยุกต์ใช้กับวิชาเฉพาะต่างๆ จนเกิดเป็นศาสตร์และปรัชญาต่างๆ ขึ้นมา เช่น ปรัชญาศาสนา ปรัชญาคณิตศาสตร์ ปรัชญาอื่นๆ เป็นต้น

สำหรับวิชาการแพทย์ การสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์อื่นๆ ได้มีนักปรัชญา นักวิชาการและสถาบันการศึกษา ทำการศึกษา ค้นคว้า วิจัย แสวงหาคำตอบต่อปัญหาเชิงปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของมนุษย์มาทุกยุคทุกสมัย จนมีเนื้อหาสาระความรู้และความเป็นจริงที่เป็นที่นิยมเรียนรู้และถือปฏิบัติจำนวนมาก จึงเกิดเป็นปรัชญาประยุกต์สาขาหนึ่งโดยเฉพาะ ได้แก่ ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

2. หลักทั่วไปของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นปรัชญาประยุกต์สาขาหนึ่ง ซึ่งมี 2 ด้านหลักเช่นเดียวกัน คือ ด้านการศึกษาวิชาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริงเรื่องสุขภาพและการสาธารณสุข และ ด้านเนื้อหาสาระปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ในด้านวิชาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริงเรื่องสุขภาพและการสาธารณสุข หมายถึง การศึกษาปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยังเป็นปัญหาอยู่ในขณะใดขณะหนึ่ง การค้นหาคำตอบและความจริงของปัญหานั้นว่าคืออะไร และมีมาตรการ หลักการหรือทฤษฎี ใดๆ อย่างไรบ้างที่พิสูจน์ หรือชี้ชัด หรือบ่งบอกว่า เป็นความจริง

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ในด้านเนื้อหาสาระ หมายถึง การแสวงหาหรือรวบรวมความเป็นจริงเกี่ยวกับมาตรการ หลักการความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข หรือทฤษฎีที่นักปรัชญาหรือสำนักปรัชญาหรือสถาบันการศึกษาได้พิสูจน์ หรือชี้ชัด หรือบ่งบอกแล้วว่าเป็นความจริงอย่างมีเหตุผล หรือสมเหตุสมผล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในด้านต่างๆ เช่น ปรัชญาสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ด้านสุขภาพ ปรัชญาสุขภาพดีทุกคนและทุกคนร่วมมือกันเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

3. การศึกษาและแสวงหาปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

การศึกษาปัญหาเชิงปรัชญาที่เป็นปัญหาพื้นฐานด้านสุขภาพและสาธารณสุขของมนุษย์ที่ยังเป็นปัญหาอยู่และยังไม่ได้รับการแก้ไขในขณะใดขณะหนึ่ง ดังนั้นปัญหาพื้นฐานเชิงปรัชญาดังกล่าวที่คณะผู้เขียนนำมาศึกษาคำตอบเชิงปรัชญาเพื่อเป็นตัวอย่าง มีดังนี้

- 3.1 ความหมาย ขอบเขต และความสัมพันธ์ของสุขภาพและการสาธารณสุขคืออะไร
- 3.2 สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ทุกคนหรือไม่ มีหลักประกันอะไร อย่างไร
- 3.3 มนุษย์มีความสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด
- 3.4 การป้องกันโรคดีกว่าการรักษาพยาบาล เป็นความจริงหรือไม่
- 3.5 ระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุข มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ ควรมีการปฏิรูปหรือไม่อย่างไร
- 3.6 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของชาติ ควรมีมาตรฐานหรือไม่ อย่างไร
- 3.7 คุณธรรมและจริยธรรม ในการบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข ควรเป็นอย่างไร
- 3.8 มีวิธีการประยุกต์ใช้ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุขอย่างไร
- 3.9 แนวโน้มและวิวัฒนาการของปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุขเป็นอย่างไร ควรเตรียมการป้องกันและพัฒนาอย่างไร ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ในตอนนี้ คณะผู้เขียนได้ทำการศึกษาหาคำตอบของปัญหาข้อที่ 3.1 เพื่อจะได้เป็นข้อมูล พื้นฐานเบื้องต้น ส่วนคำถามเชิงปรัชญาข้ออื่นๆ จะได้ทำการศึกษาหาคำตอบที่เป็นความจริงในแต่ละตอน ต่อไป

4. ความหมาย ขอบเขตและความสัมพันธ์ของสุขภาพและการสาธารณสุข

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นถึงหลักทั่วไปของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข และควรทำความเข้าใจเพิ่มเติมถึงความหมาย ขอบเขตและความสัมพันธ์ ของคำว่าสุขภาพ และการสาธารณสุขในที่นี้ด้วย เพื่อจะได้อธิบายปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

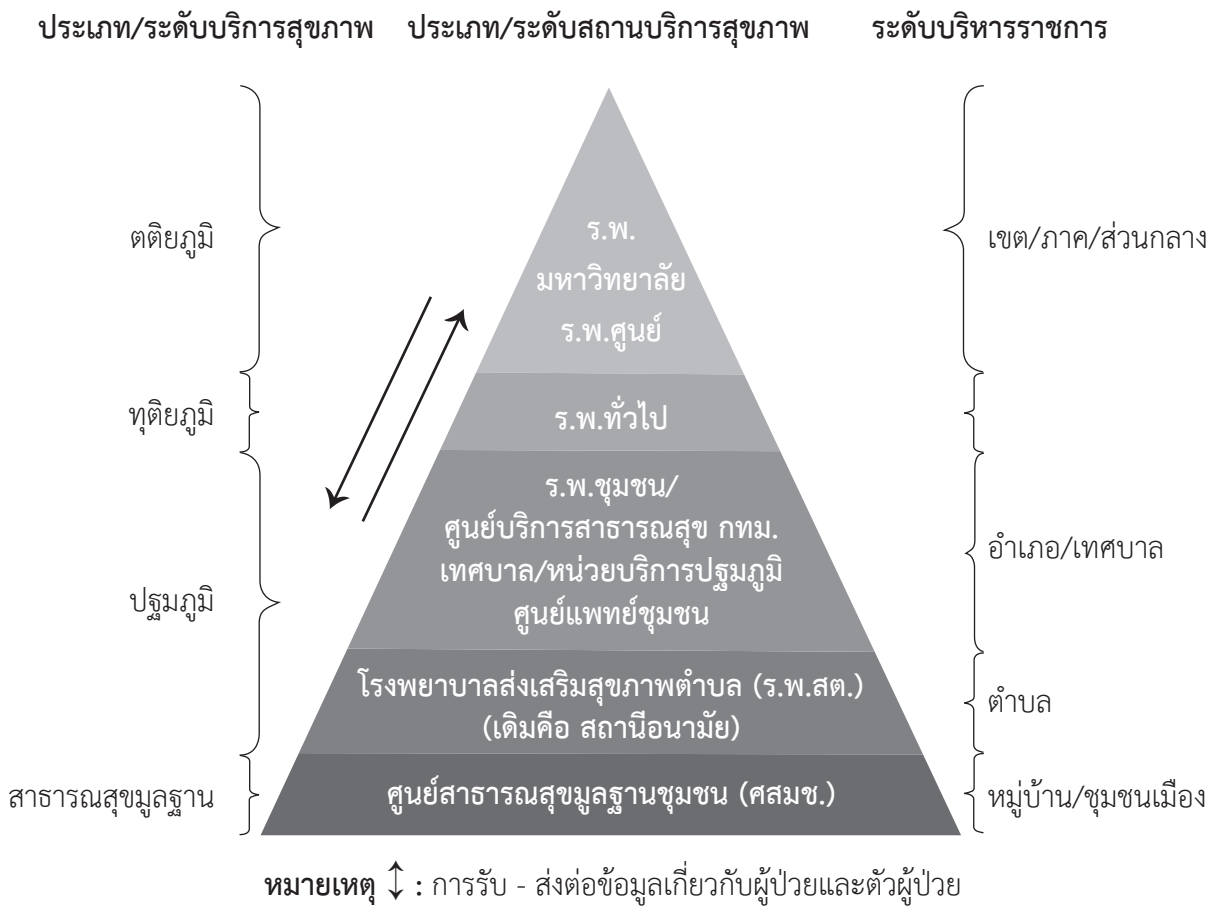
4.1 คำว่า “สุขภาพ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Health” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “Health is defined as a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual wellbeing and not merely the absence of disease and infirmity” คำนิยามนี้ผู้เขียนแปลเป็นภาษาไทย ได้ความว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่เป็นพลวัตรแห่งความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ” และมีใช้เพียงปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น”

ต่อมาได้มีวิวัฒนาการด้านความหมายและขอบเขตของสุขภาพ ล่าสุดใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ให้ความหมายว่า “สุขภาพหมายความว่าภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” โดยสุขภาพทั้ง 4 มิติจะต้องสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ให้เกิดความสมดุลทั้ง 4 มิติ ในขณะเดียวกัน ไม่เอียงมากเกินไปในมิติใดมิติหนึ่ง การสร้างสุขภาพหรือรักษาโรคของบุคคลนั้นจะต้องให้มีความสุขทุกมิติและการรักษาโรคก็จะต้องดูแลรักษาคนทั้งคน มีใช้ดูแลแต่เฉพาะการกำจัดตัวเชื้อโรค หรือโรคที่เขาป่วยเท่านั้น ดังนั้น สุขภาพจึงเน้นที่ปัจเจกบุคคลเป็นรายๆ ไป อย่างไรก็ตาม ความหมายของ “ระบบสุขภาพ” จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้คำนิยามว่า “ระบบ

สุขภาพหมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ซึ่งแปลความถึง ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง การศาสนา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การสาธารณสุข การบริการสาธารณสุขและอื่นๆ เป็นต้น

ความหมายของสุขภาพ (Health) ตามที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้ ซึ่งรวมถึงภาวะความสมบูรณ์ทาง “Spiritual wellbeing” คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ส่วนความหมายของสุขภาพตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (พ.ร.บ.) ใช้ความสมบูรณ์ทาง “ปัญญา” แทน ทาง “จิตวิญญาณ” ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของความสมบูรณ์ทางปัญญา ส่วนความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณนั้น ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจมากนัก จึงนำไปปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นศัพท์ทางศาสนา ซึ่งพระพุทธศาสนาให้ความหมายของจิตวิญญาณว่า จิตเป็นธาตุรู้ มีคำเรียกสิ่งที่เป็นจิตใจอีก 2 คำ คือ วิญญาณ และมโนหรือমনะ วิญญาณเป็นความรู้ คือ หนึ่งในชั้น 5 ไม่ใช่เป็นวิญญาณธาตุอย่างที่เข้าใจกันทั่วไป

การที่จะดูแลให้มี “สุขภาพ” ได้นั้น จะต้องพึ่งพาตนเองเป็นอันดับแรก ด้วยกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน หากเจ็บป่วยมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงเข้ารับบริการสุขภาพระดับเหนือขึ้นไปตามลำดับ จนถึงบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 ประเภท ระดับของบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพและระดับบริหารราชการ

4.2 ความหมายของ “สาธารณสุข” ดร. วินสโวลล์ (Dr Winslow) ได้ให้คำนิยามไว้เมื่อปี ค.ศ. 1920 (พ.ศ.2463) เป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งผู้เขียนแปลเป็นภาษาไทย ความว่า

การสาธารณสุข หมายถึง ศาสตร์และศิลป์ของการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาวและการส่งเสริมสุขภาพและประสิทธิภาพ โดยความพยายามของชุมชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้การศึกษารายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การจัดบริการการแพทย์และพยาบาล เพื่อวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่มและการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันโรค รวมทั้งการพัฒนาวิถีทางสังคม เพื่อเป็นหลักประกันให้ทุกคนมีความเป็นอยู่ที่ได้มาตรฐาน ซึ่งเพียงพอต่อการบำรุงรักษาสุขภาพ การจัดประโยชน์เหล่านี้ขึ้น ก็เพื่อให้พลเมืองทุกคนได้ตระหนักถึงสิทธิโดยกำเนิดทางด้านสุขภาพและการมีอายุยืนยาว

จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่า การสาธารณสุขเน้นที่ความสุขของสาธารณชน โดยชุมชนร่วมกันจัดให้มีบริการหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการป้องกันโรค การมีอายุยืนยาว การส่งเสริมสุขภาพและประสิทธิภาพ โดยบริการหรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดตั้งขึ้น สอดคล้องกับบริการสาธารณสุข ซึ่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “บริการสาธารณสุข หมายความว่า บริการอันเกี่ยวกับการสร้างสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน”

5. ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปรัชญาสุขภาพกับปรัชญาการสาธารณสุข

สุขภาพและสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันจนยากที่จะหาขอบเขตและรอยต่อที่ชัดเจน ตรงกันข้ามมักมีความซ้ำซ้อนมากพอสมควร ดังนั้น ปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุข จึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

5.1 ปรัชญาสุขภาพ คือ การศึกษาว่าด้วย หลักแห่งความรู้และความจริง เกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวงหรือความสนใจของมนุษย์ในเรื่องที่ว่า อะไรคือความจริงเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในชุมชนหรือในสังคมเราจะมีการรู้ความจริงนั้นได้อย่างไรมีคุณค่าอะไรและหมายถึงแนวคิดทฤษฎี กฎเกณฑ์ หลักปฏิบัติหรือคำสอนของนักปราชญ์หรือสำนักปรัชญาเกี่ยวกับสุขภาพ

5.2 ปรัชญาการสาธารณสุข คือ การศึกษาว่าด้วย หลักแห่งความรู้และความจริงเกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวง หรือความสนใจของมนุษย์ ในเรื่องที่ว่า อะไรคือความจริงเกี่ยวกับภาวะความสุข หรือสุขภาวะของมวลชน หรือของสาธารณชนทั่วไปในสังคมเราจะมีการรู้ความจริงนั้นได้อย่างไร มีคุณค่าอะไรและหมายถึงแนวคิดทฤษฎี กฎเกณฑ์ หลักปฏิบัติหรือคำสอนของนักปราชญ์หรือของสำนักปรัชญาเกี่ยวกับสาธารณสุข

ดังนั้น เมื่อรวมเข้าด้วยกัน ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข จึงหมายถึง 1.) การศึกษาว่าด้วย หลักแห่งความรู้และความจริง เกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวงหรือความสนใจของมนุษย์ในเรื่องที่ว่า อะไรคือความจริงเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในชุมชนหรือในสังคมและอะไรคือความจริงเกี่ยวกับภาวะความสุขหรือสุขภาวะของมวลชนหรือของสาธารณชนทั่วไปในสังคมเราจะมีมาตรการรู้ความจริงเหล่านั้นได้อย่างไร และความจริงเหล่านั้นมีคุณค่าอะไร 2.) แนวคิด ทฤษฎี กฎเกณฑ์ หลักปฏิบัติหรือคำสอนของนักปราชญ์หรือสำนักปรัชญา เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข

5.3 มาตรการที่จะทำให้รู้ความจริง หรือบรรลุความจริงเกี่ยวกับภาวะความสมบูรณ์ของมนุษย์ใน ฐานะปัจเจกบุคคลแต่ละคน คือบริการหรือกิจกรรมสุขภาพที่มีศักยภาพแตกต่างกันตามความยากง่ายของปัญหา สุขภาพของแต่ละคน จึงมีกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานสำหรับปัจเจกบุคคล บริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการ สุขภาพทุติยภูมิ และบริการสุขภาพตติยภูมิ ตามลำดับ จากง่ายไปหายาก ซึ่งต้องคำนึงถึงองค์รวม ความสมดุล ในตัวบุคคลและระบบสิ่งแวดล้อมด้วย ในการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่ดี และบริการสุขภาพระดับต่างๆ ก็ดี ย่อมมี 4 องค์ประกอบเช่นเดียวกับบริการสาธารณสุข คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มาตรการที่จะทำให้รู้ความจริงดังกล่าวได้แก่ มาตรการทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุขและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขต่างๆ

5.4 มาตรการที่จะทำให้รู้ความจริงดังกล่าวได้แก่ มาตรการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุขและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขสาขาต่างๆ หรือบรรลุความจริงเกี่ยวกับภาวะ ความสุขหรือสุขภาวะของมวลชน หรือของสาธารณชน ได้แก่ การจัดให้มีบริการสาธารณสุข 4 องค์ประกอบ เช่น เดียวกันและในการจัดมาตรการให้เกิดมีภาวะความสุขหรือสุขภาวะของมวลชนหรือของสาธารณชนนั้น ก็ต้องจัดบริการสุขภาพให้กับปัจเจกบุคคลแต่ละคนจากง่ายไปยาก คือจากกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานไปถึง บริการสุขภาพตติยภูมิด้วย ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความสมดุลของระบบสิ่งแวดล้อมของบุคคล ชุมชนและสังคม รวมทั้งระบบการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจและความมั่นคงรวมทั้งระบบการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจและความ มั่นคงด้วยเช่นเดียวกัน

5.5 สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ ตั้งแต่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ขึ้นไปถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) มีภาระหน้าที่ให้บริการทั้งบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขควบคู่กันไปเสมอ แต่ อาจมีขอบเขตของบริการและพื้นที่รับผิดชอบแตกต่างกัน

5.6 บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ภาครัฐส่วนใหญ่ก็มีความรู้และความสามารถทั้ง ด้านบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข ควบคู่กันไป ในขอบเขตการบริการและพื้นที่แตกต่างกันแต่ผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางจะรับผิดชอบบริการที่ตนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้นๆ โดยมีบุคลากรดำเนินนโยบายการบริหาร จัดการและด้านพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีดำเนินงานสนับสนุนอย่างใกล้ชิด

6. ตัวอย่างปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ตามความหมายด้านเนื้อหาสาระ

6.1 อภิปรัชญา

“สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติ”

ที่มา : รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยธรรมนูญองค์การอนามัยโลก (WHO Constitution)

ความหมาย : ประชาชนทุกคนมีสิทธิตั้งแต่ปฏิสนธิในการรับบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่มี คุณภาพ ประสิทธิภาพ เพื่อเป็นหลักประกันให้มีสุขภาพสมบูรณ์และอายุยืนยาว

6.2 ญาณปรัชญา

“การศึกษาสิ่งใดๆ ก็ตาม จะต้องศึกษาให้รู้จริงถึงแก่นแท้ด้วยการฝึกหัดและปฏิบัติจึงจะถือว่าเป็น การศึกษาที่แท้จริง”

ที่มา : พระราชดำรัสสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ความหมาย : การศึกษาเป็นแหล่งที่มาของความรู้และความฉลาด ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติให้เกิดปัญญาที่แจ่มแจ้งเห็นจริงและนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพให้ประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งรวมทั้งด้านสุขภาพและสาธารณสุขด้วย

6.3 คุณปรัชญา

1) ปรัชญาเชิงตรรกศาสตร์

“อาโรคยา ประมาลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ”

ที่มา : พุทธภาษิตของสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า

ความหมาย : บุคคลใดที่ดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ย่อมไม่เจ็บป่วย ก็ไม่ต้องไปพบแพทย์ ไม่ต้องกินยา ไม่ต้องรับบริการตรวจรักษาโรค ไม่ต้องเสียค่ายา ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารของผู้ป่วยและญาติที่พาไป ถือว่าผู้นั้นมีโชคลาภมาก รวมทั้งไม่เสียงบประมาณค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพของประเทศ

2) ปรัชญาเชิงจริยศาสตร์

“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”

ที่มา : พระราชดำรัสสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ความหมาย : การประกอบอาชีพใดๆ ก็ตาม ให้ปฏิบัติตามจรรยาบรรณที่เหนือจริยศาสตร์ของวิชาชีพนั้นๆ อย่างเสมอต้นเสมอปลายโดยตลอดย่อมมีลาภ ยศ สรรเสริญ สุขอันบริสุทธิ์ตามมา

3) ปรัชญาเชิงสุนทรียศาสตร์

“ดอกไม้งามได้เพราะรูปลักษณ์และสีส่น คนจะงามได้เพราะพระธรรม”

ที่มา : ปรัชญาเซน

ความหมาย : เป็นการเปรียบเทียบว่าดอกไม้สวยงามได้เพราะรูปร่างลักษณะ และสิ่งที่ต้องตาต้องใจคนดู ดังนั้นคนจะงามได้ก็เพราะการมีความงามภายในตัวด้วยการมีคุณธรรม จริยธรรม

รายละเอียดของปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุข จะได้อธิบายเพิ่มในหน่วยที่ 2 และ 3 ต่อไป

เรื่องที่ 1.1.4 ความสำคัญของปรัชญา

ความสำคัญของปรัชญา

ปรัชญามีความสำคัญและมีคุณประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติมาก สรุปลงได้ตามประเภทของปรัชญา ดังนี้

อภิปรัชญา

1. อภิปรัชญา เปรียบเสมือนพื้นฐานหรือหัวใจของปรัชญาทั้งหลาย ดังที่อาริสโตเติล เรียกอภิปรัชญาว่า ปรัชญาเริ่มต้น เป็นที่ก่อกำเนิดของปรัชญาต่างๆ
2. ช่วยให้คำตอบในความเป็นจริง (Reality) ของสิ่งที่มีอยู่จริง ไม่ใช่เพียงแค่ข้อเท็จจริง เท่านั้น อภิปรัชญา จึงช่วยให้ได้คำตอบ ทั้งความหมาย องค์ประกอบ หลักการ สาเหตุ/ที่มา และความเป็นมาเป็นไปของสรรพสิ่ง ที่ทำให้สิ่งนั้นเป็นอย่างที่มันเป็นอยู่
3. ใช้ในการตรวจสอบความเชื่อพื้นฐานเช่นความเชื่อเกี่ยวกับกาย จิต วิญญาณ พระเจ้า ซึ่งเป็นความเชื่อตามกันมา สามารถนำปรัชญาในเรื่องนั้นๆ มาสนับสนุนการตัดสินใจในความเชื่อหรือไม่เชื่อ
4. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อประโยชน์ต่อมนุษย์และสรรพสิ่งที่เกี่ยวข้อง

ญาณวิทยา

1. ญาณวิทยา ช่วยตอบคำถามว่า “เรารู้ความจริงได้อย่างไร?” ด้วยทฤษฎีความรู้ ที่มีเหตุผล เป็นที่ยอมรับของมนุษย์ ที่มีสติปัญญา (Intellectual) สูง
2. ช่วยในการแสวงหาสิ่งที่เป็นมาตรฐานและเครื่องมือ ในการวัดและยืนยันความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ด้วยหลักของการแสวงหาความรู้ที่ถูกต้อง
3. ช่วยในการแยกแยะความจริงจากความเท็จ ทำให้มั่นใจว่าสิ่งที่เรารู้ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง
4. ช่วยในการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แยกแยะ สรุปและพัฒนาต่อยอดหรือขยายผลความรู้ทั้งหลาย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ ของมนุษยชาติ

คุณวิทยา/อรรถวิทยา

1. ช่วยในการระบุคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งในด้านความดี ความงาม อย่างมีเหตุผลที่ชัดเจนและสร้างสรรค์
2. ตรรกศาสตร์ เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการศึกษาในศาสตร์อื่นๆ เป็นหลักวิชาที่เป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะบรรลุคำตอบที่มีเหตุผล ของสิ่งที่ต้องการศึกษา ตั้งแต่ในระดับวงการวิชาการชั้นสูง ลงมาถึงในชีวิตประจำวันของมนุษย์ทั่วไป
3. ตรรกศาสตร์ เป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของการใช้เหตุผล ช่วยให้เราได้ข้อยุติของปัญหาหรือข้อขัดแย้ง โดยการใช้เหตุผลอย่างมีหลักเกณฑ์ที่ดีมาช่วยในการพิจารณา เพื่อการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ลด

ความสับสน ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลและคำตอบของการอ้างเหตุผลเพื่อตัดสินว่าถูกต้องหรือดีพอที่จะยอมรับได้หรือไม่

4. จริยศาสตร์ ช่วยให้การดำเนินชีวิตของมนุษย์ มีคุณค่าด้านความดี ช่วยให้นักเรียนรู้ว่า จะต้องแสวงหาอะไรในการดำเนินชีวิต รู้จุดหมายของการดำเนินชีวิต และรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถดำเนินชีวิตให้มุ่งสู่คุณค่าด้านความดี ของสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นอยู่จริงนั้นได้

5. จริยศาสตร์ ช่วยให้การระบุงสิ่งที่มีมนุษย์พึงกระทำนั้น เป็นไปได้ สามารถบรรลุถึงความเป็นจริง/เป้าหมายได้ และต้องมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ทั้งในส่วนบุคคล และในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

6. จริยศาสตร์ ช่วยให้ทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของมนุษย์ มีคุณธรรม ศิลธรรม ยุติธรรมและประสบสันติสุข

7. สุนทรียศาสตร์ ช่วยยกระดับของการสร้างสรรค์ ความสนใจและเห็นคุณค่าในศิลปะ ขนบธรรมเนียม ประเพณีอันดีงาม ซึ่งเป็นไปตามสัญชาตญาณการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ให้มีพฤติกรรมที่เชื่อมโยงด้วยความละมุนละมัย ความรัก ความเอื้ออาทร ความสมัคสมานสามัคคียึดมั่น ในด้านคุณค่าและความหมายของความงามภายใน

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ทั้งอภิปรัชญา ญาณวิทยาและคุณวิทยา/อรรถวิทยา ต่างก็มีความสำคัญต่อมวลหมู่มนุษยชาติมาตั้งแต่โบราณกาล สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และมั่นใจได้ว่า จะยังคงเป็นไปในอนาคต เป็นทั้งสิ่งที่เป็นความคิด (Idea) เป็นหลักการ (Principle) เป็นรากฐาน (Fundamental) เป็นต้นกำเนิด (Original) เป็นสิ่งช่วยส่งเสริมสนับสนุน (Support) เป็นคำสรุป (Conclusion) ของการศึกษาค้นคว้า เป็นสิ่งช่วยนำความรู้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ (Utilizing) เป็นสิ่งช่วยให้เกิดนวัตกรรม (Innovation) ก่อให้เกิดความรู้และความจริงใหม่ของสรรพสิ่งยิ่งขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง อันจะก่อให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองและความก้าวหน้า ทั้งด้านการศึกษา ค้นคว้า ด้านวิชาการ การปฏิบัติ การดำเนินชีวิตที่มีความสุข สงบ เอื้ออาทร มีความรัก ความปรองดอง ความสามัคคี ซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่ายิ่ง ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กร ประเทศชาติและต่อมวลมนุษยชาติของโลก

ปรัชญาประยุกต์มีความสำคัญและมีคุณประโยชน์มากในการนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรมต่อยอดได้รวดเร็วและโดยตรงในแต่ละสาขา เช่น ปรัชญาศาสนา ปรัชญาคณิตศาสตร์ ปรัชญา รัฐศาสตร์ ปรัชญาเศรษฐศาสตร์ ปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุข เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปรัชญาสุขภาพ และสาธารณสุข มีความสำคัญและคุณประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคลและมวลมนุษยชาติ

ตอนที่ 1.2

วิวัฒนาการของปรัชญาทั่วไป

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 1.2 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 1.2.1 จุดกำเนิดของปรัชญาและปรัชญายุคดึกดำบรรพ์
- 1.2.2 ปรัชญาตะวันออก
- 1.2.3 ปรัชญาตะวันตก

แนวคิด

1. ปรัชญา เกิดจากความสงสัยหรือความสนใจของมนุษย์ ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว จึงกำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ ในแต่ละกลุ่มชน/ชนเผ่า ระยะเวลาแรกๆ จะเป็นที่ไปตามธรรมชาติของมนุษย์ ปรัชญาที่เป็นวิชาการ มีการบันทึกเป็นหลักฐานและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จำแนกเป็นปรัชญาตะวันออกและปรัชญาตะวันตก โดยปรัชญาตะวันออกเกิดขึ้นที่ประเทศอินเดีย ส่วนปรัชญาตะวันตกเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศกรีก มีวิวัฒนาการเป็นยุคกรีกโบราณ ยุคกลาง และยุคใหม่

2. ปรัชญาตะวันออก มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดีย แล้วจึงกระจายไปยังประเทศต่างๆ ปรัชญาอินเดีย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอัสติกะ เป็นกลุ่มที่มีพระเจ้า สนับสนุนคัมภีร์พระเวท และกลุ่มนาสติกะ เป็นกลุ่มที่ปฏิเสธพระเวท ไม่มีพระเจ้า พุทธปรัชญาขึ้นอยู่กับทางสายกลางหรือหลักมัชฌิมาปฏิปทา ปรัชญาจีนเป็นปรัชญาชีวิต ปรัชญาไทยมีวิวัฒนาการตามอิทธิพลของความเชื่อของชนชาติไทย ที่มีศิลปวัฒนธรรมและประเพณีที่สืบเนื่องกันมา ปรับตัวเก่ง รู้จักผสมผสานและรวบรวมจุดดีของสังคมรอบตัวมาปฏิบัติ

3. ปรัชญาตะวันตกได้ก่อตัวขึ้นมาในสมัยกรีกโบราณ เมื่อประมาณปี 600-450 ปีก่อนคริสตศักราช มีบทบาทชี้นำสังคมในการสร้างองค์ความรู้ขึ้นมา ทำให้สังคมตะวันตกมีแกนความรู้ที่มีปรัชญาเป็นศูนย์กลาง สะสมพอกพูนขึ้นมาอย่างต่อเนื่องและได้มีการพัฒนาแนวคิดทางปรัชญาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน แยกเป็น 2 ลักษณะ คือ จิตนิยม กับ วัตถุนิยม

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 1.2 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

- 1. จุดกำเนิดและปรัชญายุคดึกดำบรรพ์
- 2. ปรัชญาตะวันตก
- 3. ปรัชญาตะวันออก

เรื่องที่ 1.2.1 จุดกำเนิดของปรัชญาและปรัชญายุคดึกดำบรรพ์

จุดกำเนิดของปรัชญา คือ ความสงสัยหรือความสนใจของมนุษย์ ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลก และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว แล้วพยายามคิดค้นหาคำตอบที่มีเหตุผลและหลักฐานเพื่อยืนยันคำตอบนั้น ดังนั้นปรัชญาจึงเกิดมาพร้อมกับมนุษย์ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ ในแต่ละกลุ่มชน/ชนเผ่า แต่ระยะแรกๆ จะเป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ คือ ความเป็นสิ่งมีชีวิตที่เฉลียวฉลาด มีความรู้สึกนึกคิด มีจินตนาการ มีเหตุมีผล มีความอยากรู้และมีความสามารถในการพัฒนาได้อย่างไร้ขีดจำกัด

ปรัชญาที่เป็นวิชาการ จะมีแนวคิด หลักการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และวิธีการที่ชัดเจน โดยมีการบันทึกเป็นหลักฐาน และมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จำแนกเป็นปรัชญาตะวันตกและปรัชญาตะวันออก โดยปรัชญาตะวันออกเกิดขึ้นที่ประเทศอินเดีย ส่วนปรัชญาตะวันตกเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศกรีก หรือ ประเทศกรีซ ในปัจจุบัน

โซคราติส ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาตะวันตก ได้ให้หลักการว่า Philosophy เกิดจากความสงสัยในทุกสิ่ง ทุกเหตุการณ์และทุกๆ พฤติการณ์และได้ทำการสืบสวนค้นหาเพื่อให้ได้คำตอบ ส่วนคานท์ (Kant) นักปรัชญาเยอรมัน ก็ยึดเอาความสงสัยเป็นหลักเช่นเดียวกัน โดยตั้งคำถามว่า “ความรู้ คือ อะไร” จึงสรุปได้ว่าความสงสัยนั่นเองเป็นจุดเบื้องต้นของ Philosophy ส่วนเนื้อหาหรือเนื้อเรื่องของ Philosophy คือ การบรรยายหรือการค้นหาคำตอบของปัญหานั้นๆ คานท์ได้ตั้งลัทธิกาละ (Time) และเทศะ (Space) ขึ้นนับเป็นครั้งแรกที่ Philosophy ได้ผนวกเอากาละและเทศะเข้าไว้ด้วย

ปรัชญาตะวันออกถือว่า Time และ Space เป็นเรื่องแรกของปรัชญา ความสงสัยต่อสิ่งเหตุการณ์และพฤติกรรมของโลก จะคล้ายคลึงกับปรัชญาตะวันตกในแง่หลักการเท่านั้น ส่วนพฤติกรรมหรือความเป็นไป จะต่างกันตามปัจเจกภาพ เช่น บุคคลคือใคร บุคคลมีความสัมพันธ์กับสมัชชาหรือสากลจักรวาลอย่างไร

ปรัชญาเกี่ยวกับสมัชชา เช่น รัฐศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น ในฝ่ายตะวันตก จะเจริญกว่าฝ่ายตะวันออก แต่ฝ่ายตะวันออกมีความเจริญก้าวหน้าเรื่องโลกุตรธรรมมากกว่าฝ่ายตะวันตก มูลรากของปรัชญาตะวันออกได้เกิดขึ้นเมื่อพระฤาษีหรือสมณพราหมณ์ ได้หยั่งรู้ กล่าวคือ ตัวปรัชญาได้ปรากฏขึ้น โดยอาศัยการหยั่งรู้เป็นมูลฐาน พุทธปรัชญา ถือว่าการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้าเป็นมูลฐาน เมื่อพระพุทธองค์ยังมีได้ตรัสรู้ ก็ยังมีความสงสัยในเรื่องโลกอยู่ พฤติการณ์ของพระองค์ระหว่างที่ยังมิได้ตรัสรู้และกำลังจะตรัสรู้ ยังไม่ถือว่าเป็นตัวปรัชญา เพราะเป็นเพียงโลกีย์ปัญญา คือ ปัญญาธรรมดาหรือปัญญาระดับต่ำเท่านั้น เมื่อมีการตรัสรู้เกิดขึ้น สิ้นความสงสัยแล้ว จึงจัดเป็นมูลรากของปรัชญาได้ การอธิบายพุทธปรัชญาในลักษณะที่ต่างกัน ทำให้เกิดเป็นหลายนิกาย

ในพุทธปรัชญาสามารถสรุปได้ว่า ตัวปรัชญาคือพฤติกรรมตามหลักเหตุผลอันเกิดจากการตรัสรู้เป็นปทัสถาน แต่ปรัชญาตะวันตก ถือพฤติกรรมตามหลังเหตุผลซึ่งเกิดจากความสงสัย เป็นตัวปรัชญา จึงเห็นได้ว่าเบื้องต้นแห่งพุทธปรัชญานั้นเป็นเบื้องต้นปลายแห่งปรัชญาตะวันตก

ปรัชญาตะวันตกมีวิวัฒนาการเป็น 3 ยุค คือ ยุคกรีกโบราณ (ศตวรรษที่ 4 ก่อนคริสต์ศักราช) ยุคกลาง (ประมาณ ค.ศ.354-1560) และ ยุคใหม่ (ประมาณ ค.ศ.1561-ปัจจุบัน)

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างสิ่งที่นักปรัชญาแต่ละยุคได้กล่าวไว้ ซึ่งยังเป็นความจริงที่ใช้ได้อยู่จนปัจจุบันดังนี้

ยุคกรีกโบราณ

1. โพรตาโกรัส เสนอว่า คนเป็นมาตรฐานทุกสิ่ง “Man is the measure of all things”
2. เพโลโต้ กล่าวว่า มโนคติ (Ideas) มีอยู่จริงเป็นปรนัยในโลกแห่งมโนคติ (World of ideas) จิตของเราได้โดยการระลึก (Recollection) หรือโดยการรื้อฟื้นความจำ (Reminiscence) ซึ่งแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 วิธี คือ
 - 1) โดยมีประสบการณ์เอง (by experience) จากการที่ได้ปฏิบัติและการได้พบได้เห็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีอยู่จริง
 - 2) โดยครูช่วยกระตุ้น (by learning) จากกระบวนการเรียนการสอนให้เกิดความรู้ ความเป็นจริง ด้วยเหตุผลจนเกิดปัญญาที่แท้จริง
 - 3) โดยปัสณา (by contemplation) คือ การพิจารณา ฟังมอง คิดถึง
3. อาริสโตเติล กล่าวว่า มโนคติ ที่เป็นมาตรฐานความจริงนั้นอยู่ในโลกของเราเองและไม่ใช่อยู่ที่การตัดกิเลสและทำปัสณา แต่ต้องหาประสบการณ์และทำการถอดสิ่งสากลออกจากหน่วยเฉพาะที่เราารู้โดยประสบการณ์ การถอดสิ่งสากลต้องทำเป็น 3 ชั้น คือ
 - 1) วิเคราะห์ (Analysis) คือ การจำแนกสิ่งที่มีอยู่จำนวนมากในสากล แล้วจัดเป็นหมวดหมู่ หน่วยเฉพาะ
 - 2) คัดออก (Elimination) คือ การคัดเลือกสิ่งต่างๆ ที่มีคุณสมบัติหรือมาตรฐานดีเอาไว้ตัดสิ่งที่ไม่ดีไม่ได้มาตรฐานออกทิ้งไป
 - 3) สังเคราะห์ (Synthesis) คือ การนำสิ่งดีที่คัดเลือกไว้มารวมกัน และทำให้เกิดสิ่งใหม่ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ความรู้ ปัญญาใหม่ เพื่อประยุกต์ใช้ประโยชน์ต่อไป

ยุคกลาง

ในยุคนี้ นักปรัชญา มุ่งหน้าแต่เพียงหาปรัชญามาอธิบายคริสต์ศาสนา ในตอนแรกนิยมปรัชญาของเพโลโต้ โดยมี เอากุสตินุส (Augustinus คศ.354-430) เป็นตัวแทนที่สำคัญ

เอากุสตินุส มีความคิดทางญาณปรัชญา ซึ่งปรับปรุงมาจากความคิดของเพโลโต้ว่า สิ่งสากลอันเป็นมาตรฐานความจริงนั้นอยู่ในพระมนัส (Intellect) ของพระเจ้ามาแต่อดีตนิรันดร์ พระเจ้าทรงสร้างวิญญาณของมนุษย์แต่ละคนในขณะที่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา จิตของเราเป็นการส่องสว่าง (Illumination) ของพระเจ้าภายในจิตของเรา วิธีได้ความจริงนั้นต้องอาศัยการส่องสว่างของพระเจ้า

ยุคใหม่

ในยุคนี้ คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ปรากฏขึ้นมาอย่างน่าพิศวงและก้าวหน้าอย่างรวดเร็วจนนักปรัชญาหลายคนสงสัยว่า การดำเนินงานของปรัชญาทำไมไม่ให้ผลทันตาเช่นนั้น

ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) ชาวอังกฤษ เป็นคนแรกที่มองเห็นปัญหาว่า คนเราคิดและได้ความจริงไม่ตรงกัน ทั้งๆ ที่ไม่มีกิเลส และทำปัสณาแล้ว เนื่องจากเกิดอุปสรรค ได้แก่ อคติ (prejudices) ซึ่งมีหลายประการรวมทั้งกิเลสด้วย เบคอน เปรียบที่มาของอคติว่า เป็นเทวรูป (idols) ที่เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์สำหรับผู้เคารพและเชื่อถือ แต่เป็นอคติของผู้ไม่เคารพบูชาและไม่เชื่อถือ ในทำนองเดียวกันความคิดของคนอื่นที่เชื่อถือเทวรูป แต่เราไม่เชื่อ เราเรียกว่าอคติ ส่วนความคิดของเราเองเรียกว่าความจริงหรือสัจธรรม ความคิดของ เบคอน เรื่องอคตินี้ดีมาก เพราะเขาวิเคราะห์ถึงแก่นในจิตวิทยาของมนุษย์

ต่อจากเบคอนได้มีนักปรัชญาหลายคนซึ่งแต่ละคนก็ได้คิดลัทธิและทฤษฎีเพื่อกำหนดมาตรการและวิธีการในการค้นหาความจริง กล่าวโดยสรุปได้ว่ามาตรการความจริงในปัจจุบัน มีดังนี้

1. ลัทธิอุดมการณ์นิยม (Idealism) เจตจำนงนิยม (Voluntarism) ถือว่า มาตรการความจริง ได้แก่ ญาณวิเศษ หรืออูตรญาณ
2. ลัทธิปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เจตจำนงนิยม (Voluntarism) ถือว่า มาตรการความจริง ควรจะ ได้แก่ ประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ
3. ลัทธิอัตถิภาวนิยม (Existentialism) ถือว่า มาตรการความจริงควรจะ ได้แก่ การส่งเสริมเสรีภาพส่วนบุคคล
4. ลัทธิสำนิจนิยมใหม่ (Neo-realism) ถือว่า มาตรการความจริงควรจะ ได้แก่ การประนีประนอมระหว่างวิถีทางต่างๆของการแสวงหาความรู้
5. ลัทธิปฏิฐานนิยม (Positivism) ถือว่า มาตรการความจริงควรจะ ได้แก่ การพิสูจน์ตามวิธีการของวิชาวิทยาศาสตร์
6. ลัทธิปฏิฐานนิยมใหม่ (Neo-positivism) ถือว่า มาตรการความจริงควรจะ ได้แก่ การพิสูจน์ตามวิธีการของวิชาฟิสิกส์
7. ลัทธิภาษาวิเคราะห์ (Philosophical Analysis) ถือว่า มาตรการความจริงควรจะ ได้แก่ วิธีปรัชญาวิเคราะห์เท่านั้น คือ วิเคราะห์แล้วมีความหมายและไม่ขัดแย้งกัน
8. อัสมัจจรรย์นิยมใหม่ (Neo-scholasticism) ถือว่า มาตรการความจริง ควรจะ ได้แก่ ความสอดคล้องกันระหว่างวิวัฒนาการของศาสนากับความรู้ทุกอย่างของมนุษย์

เรื่องที่ 1.2.2 ประชาชนตะวันออก

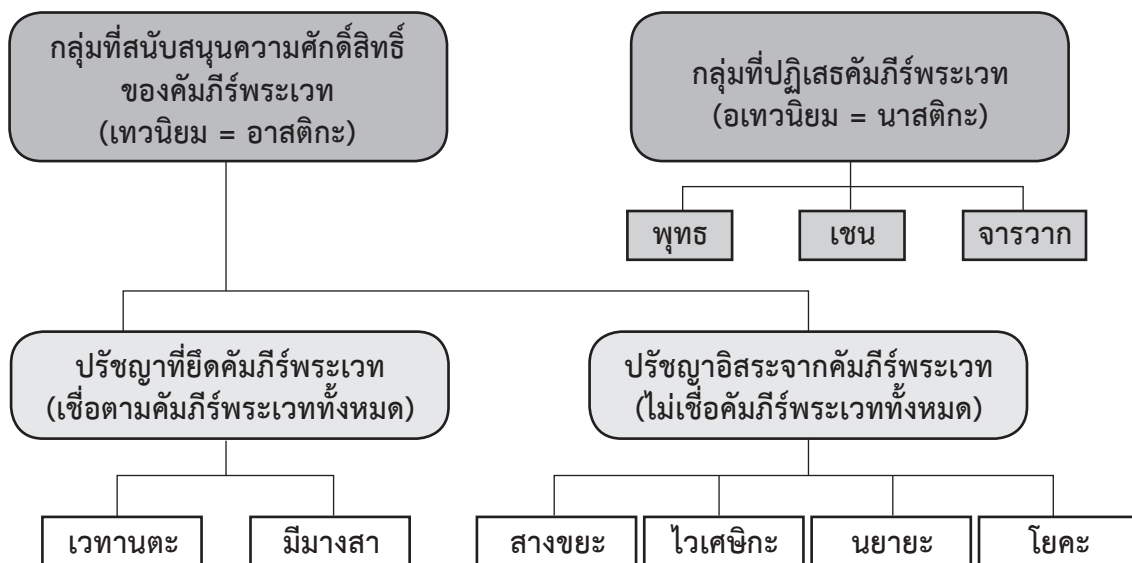
ประชาชนตะวันออก มีต้นกำเนิดมาจากประชาชนอินเดีย และเมื่อมีวิวัฒนาการเต็มที่ จึงได้กระจายไปยังประเทศต่างๆ ได้แก่ จีน ญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆ ซึ่งในนี้ขอกกล่าวเฉพาะประชาชนอินเดีย ประชาชนจีน และประชาชนไทย โดยสังเขป ดังนี้

ประชาชนอินเดีย

ประชาชนอินเดีย มีบทบาทอย่างมากต่อความคิดและวิถีชีวิตของชาวเอเชีย นับตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบัน เป็นประชาชนที่รวบรวมเอาแนวความคิดที่หลากหลายมาจัดเป็นหมวดหมู่หรือเป็นกลุ่มความคิดหลักสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาสติกะ หรือกลุ่มที่สนับสนุนคัมภีร์พระเวท หรือยึดคัมภีร์พระเวทเป็นหลัก และกลุ่มนาสติกะ หรือกลุ่มที่ปฏิเสธพระเวท ปฏิเสธพระเจ้า หรือปฏิเสธอำนาจเบ้องบน

ความสำคัญของคัมภีร์พระเวท

ประชาชนอินเดียมีคัมภีร์หลักมากมายแบ่งเป็น คัมภีร์ดั้งเดิม เช่น คัมภีร์มันตระ คัมภีร์พราหมณะ คัมภีร์อาร์ณยะ คัมภีร์พระเวท คัมภีร์อุปนิษัทและคัมภีร์รุ่นหลัง เช่น คัมภีร์รามยณะ คัมภีร์ภควัทคีตา เป็นต้น ในบรรดาคัมภีร์เหล่านี้ คัมภีร์ที่ได้รับการกล่าวถึงมาก คือ คัมภีร์พระเวทและถือกันว่าเป็นคัมภีร์หลักของประชาชนฮินดู มีความสำคัญต่อประชาชนฮินดู เชื่อกันว่าเป็นคัมภีร์ที่ได้รับการถ่ายทอดโดยตรงจากเบ้องบน โดยผ่านนักพรตผู้ปฏิบัติตนเคร่งครัด คัมภีร์พระเวทประกอบด้วยคัมภีร์หลัก 3 คัมภีร์ คือ ฤคเวท ว่าด้วยการอ้อนวอนพระเจ้า การสรรเสริญคุณของพระเจ้า ยชุรเวท ว่าด้วยการบูชาพระเจ้า นบถิอพระเจ้าและสามเวท ว่าด้วยการประกอบพิธีกรรมเพื่อให้พระเจ้าทรงโปรด คัมภีร์เหล่านี้เป็นคัมภีร์ดั้งเดิมของคัมภีร์พระเวท คัมภีร์ทั้งสามนี้ รวมเรียกว่าไตรเพท ส่วนอรพเวท เป็นคัมภีร์ที่เพิ่มเติมขึ้นมาในภายหลัง ประชาชนอินเดียส่วนใหญ่เชื่อถือคัมภีร์พระเวท ประชาชนอินเดียทั้งสองกลุ่ม สามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1.1 ประชาชนอินเดียจำแนกตามกลุ่มเชื่อถือและไม่เชื่อถือคัมภีร์พระเวท

จากแผนภูมิที่ 1.2 ข้างต้น จะเห็นได้ว่าปรัชญากลุ่มที่สนับสนุนความศักดิ์สิทธิ์ของคัมภีร์พระเวท เป็นกลุ่มเทวนิยม คือ กลุ่มที่มีแนวความคิดแบบอัสติเกะ ซึ่งมีทั้งเชื่อและไม่เชื่อ ตามคัมภีร์พระเวททั้งหมด จำนวน 2 และ 4 สำนัก ตามลำดับ ส่วนปรัชญากลุ่มที่ปฏิเสธคัมภีร์พระเวทเป็นกลุ่มอเทวนิยม คือ กลุ่มที่มีแนวความคิดแบบนาสติกะ ซึ่งมี 3 สำนัก แต่ละสำนักปรัชญามีแนวความคิดคล้ายกันบ้าง แตกต่างกันบ้าง สำนักส่วนใหญ่มีแนวความคิดเน้นหนักในด้านอภิปรัชญาและญาณวิทยา สำนักส่วนน้อยมีความสนใจจริยวิทยา ในที่นี้จะยกตัวอย่างแนวความคิดเชิงปรัชญาของพุทธปรัชญาซึ่งเป็นศาสนาที่ประชาชนไทยส่วนใหญ่นับถือ พอสังเขป ดังนี้

พุทธปรัชญา

ในฐานะเป็นกลุ่มแนวคตินาสติกะ ที่เติบโตมาท่ามกลางแนวความคิดแบบพราหมณ์ ที่ยึดมั่นตามแนวความคิดในคัมภีร์พระเวท พุทธปรัชญามีได้เป็นแบบพราหมณ์ แต่พุทธปรัชญายืนหยัดอยู่บนทางสายกลางหรือหลักมัชฌิมาปฏิปทาหลักจิตศาสตร์ ในพุทธปรัชญามีใช่เพียงการเสนอทฤษฎีทางศีลธรรมเท่านั้นว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ แต่ยังเป็นการเน้นว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตที่ดีและถูกต้อง จริยศาสตร์ในพุทธปรัชญามีอยู่ 2 ประเภท คือ

1. จริยศาสตร์สำหรับปัจเจกชน คือ การดำเนินตามหลักอริยมรรค หรือหลักมัชฌิมาปฏิปทา หรือหลักทางสายกลาง อันเป็นหลักปฏิบัติเพื่อการพ้นทุกข์ เพื่อการดับทุกข์ดับกิเลส ประกอบด้วยหลักธรรม 8 ประการ คือ ความเห็นชอบ ความคิดชอบ วาจาชอบ การกระทำชอบ การเลี้ยงชีพชอบ การพยายามชอบ การระลึกชอบและการมีจิตมั่นคงชอบ (ถูกต้อง)

2. จริยศาสตร์สำหรับสังคม การเป็นอยู่ในสังคม เป็นหน้าที่ของปัจเจกชนที่ต้องกระทำ ประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้สังคมมีสันติสุขและสันติภาพ หลักจริยศาสตร์เพื่อสังคมมีอยู่มากมาย เช่น พรหมวิหาร 4 สังคหวัตถุ 4 ศีล 5 หลักธรรมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่นำไปสู่สันติสุขทั้งสิ้น

3. อภิปรัชญาในพุทธปรัชญานั้นยอมรับความจริงเป็น 2 ระดับ คือ ความจริงที่ชาวโลกสมมุติกันขึ้นมา เรียกว่า สมมติสัจจะและความจริงที่มีประโยชน์อย่างยิ่งเป็นชนิดที่ดับทุกข์ได้ เรียกว่า ปรมัตถสัจจะ ได้แก่ นิพพาน ผู้เข้าถึงการดับทุกข์ได้ ข้อปฏิบัติที่สามารถนำไปสู่การดับทุกข์ได้ คือ ข้อปฏิบัติตามหลักทางสายกลางหรือหลักมัชฌิมาปฏิปทา

นิพพานมี 2 ประการคือ

1. สอุปาทิเสสนิพพาน ได้แก่ กิเลสดับ แต่ยังเหลือเบญจขันธ์ คือ ยังมีรูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ 6 ทำหน้าที่อยู่

2. อนุปาทิเสสนิพพาน ได้แก่ การดับอย่างสิ้นเชิง คือ กิเลสดับด้วย เบญจขันธ์ดับด้วย ดับโดยไม่เหลืออะไร

การเรียกชื่อ นิพพาน อาจเรียกได้หลายรูปแบบ เช่น วิมุตติ นิโรธ อีสรภาพ ความสงบเย็น การสิ้นทุกข์ การดับทุกข์ การหลุดพ้น เป็นต้น

พุทธปรัชญา แบ่งออกเป็น 4 สำนัก คือ

1. สำนักไวภาซิกะ สำนักนี้ถืออภิปรัชญาเป็นหลัก คือ ถ้อยตามอรรถกถา อภิปรัชญาเชื่อมทาวี ภาษาที่กล่าวไว้ว่า ความจริงแท้มี 2 อย่าง คือ นามกับรูป หรือกายกับจิต
 2. สำนักเสาตรานติกะ สำนักนี้ถือคัมภีร์สุตตันปิฎกเป็นหลัก เชื่อในความจริงแท้เหมือนสำนัก ไวภาซิกะ ต่างกันเ็นทางญาณวิทยา
 3. สำนักวิญญาณวาท สำนักนี้ถือความจริงแท้มีอย่างเดียว คือ วิญญาณหรือจิต ส่วนรูปเป็นเพียงอารมณ์ของจิต เกิดขึ้นจากจิต
 4. สำนักมารยามิกะ สำนักนี้มีความเห็นกลางๆ โดยยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา หรือกฎปฎิจจสมุปบาท เป็นมาตรฐานในการตัดสินว่าอะไรจริง อะไรไม่จริง
- สองสำนักแรกแตกต่างกันทางญาณวิทยา ส่วนสองสำนักหลังแตกต่างกันทางอภิปรัชญา สำนักไวภาซิกะ กับสำนักเสาตรานติกะ จัดเป็นสัจนิยม (Realism) สำนักวิญญาณวาทหรือโยคอาจารย์ จัดเป็นจิตนิยม (Idealism) ขณะที่สำนักมารยามิกะ จัดเป็นวิจารณ์นิยม (Criticism)

ปรัชญาจีน

ปรัชญาจีน เป็นอารยธรรมที่เก่าแก่ของโลก มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนาน ลักษณะเด่นของปรัชญาจีน คือ เป็นปรัชญาชีวิต ให้ความสำคัญแก่คนมากกว่าเทพเจ้า อยู่กับความจริงมากกว่าที่จะเลือกอยู่กับความคิดหรือจินตนาการ หรือสิ่งเลื่อนลอย เน้นการลงมือปฏิบัติมากกว่าการไปโต้แย้งกันเรื่องทฤษฎี

ขอบข่ายของปรัชญาจีน

การศึกษาปรัชญาจีน ควรที่จะทราบกรอบของปรัชญาจีน ทำให้เราเข้าใจปรัชญาจีนได้มากขึ้น ประกอบด้วย

1. มุ่งการฝึกฝนอบรมตนเอง (ซิวก็)
2. มุ่งให้เกิดความสงบสุขแก่ผู้อื่น (อั้งนั้ง)
3. มุ่งเสริมคุณธรรมอันประเสริฐให้เกิดขึ้นในตนเอง (ไหลเสี่ย)
4. มุ่งทำนุบำรุงปกครองหรือกษัตริย์ให้เป็นนัปกครองที่ดี (ว้าวฮ้าง)

จุดเด่นของปรัชญาจีน

ปรัชญาจีนให้ความสำคัญ 2 เรื่อง คือ

1. ความเป็นมนุษย์หรือมนุษยนิยม (Humanism)
2. หลักความประพฤติหรือจริยศาสตร์ (Ethics)

เรื่องที่ปรัชญาจีนกล่าวถึงแต่ไม่ให้ความสำคัญมากนัก มี 2 เรื่อง คือ

1. ทฤษฎีความรู้หรือญาณวิทยา (Epistemology)
2. ทฤษฎีโลกวิทยาหรืออภิปรัชญา (Metaphysics)

ปรัชญาจีนที่มีชื่อเสียง

ปรัชญาจีนที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตมี 2 ลัทธิหลัก คือ ลัทธิเต๋า (Toaism) และลัทธิขงจื้อ (Confucianism)

1. ลัทธิเต๋า

พลตรีหลวงวิจิตรวาท กล่าวว่ เต๋า คือ ลัทธิถือธรรมชาติ ความเป็นไปของธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป เต๋า คือ สัจธรรมในรูแบบของธรรมชาติที่อยู่เหนือประสาทสัมผัส แต่สามารถเข้าถึงได้ด้วยเหตุผล เป็นสิ่งที่มีอยู่ทั่วไปในธรรมชาติ

จริยศาสตร์ของลัทธิเต๋า

เล่าจื้อเสนอหลักการดำเนินชีวิตที่ดีประกอบด้วยหลัก 4 ประการคือ

- 1) จื่อใจ ได้แก่ การรู้จักตนเอง
- 2) จื่อเซ่ง ได้แก่ การชนะตนเอง
- 3) จื่อจก ได้แก่ การรู้จักพอ
- 4) จื่อเต๋า ได้แก่ การมีเต๋าเป็นอุดมคติ

อภิปรายของเล่าจื้อ ถือว่าการดำเนินชีวิตที่ดี การปกครองที่ดี การพัฒนาตนเองที่ดี ต้องสอดคล้องกับธรรมชาติหรือเต๋า หากไปขัดแย้งกับธรรมชาติเมื่อใด ย่อมก่อให้เกิดปัญหาเมื่อนั้น ธรรมชาติเป็นผู้ให้กำเนิดสรรพสิ่ง แต่ไม่ถือตนเป็นเจ้าของ ไม่ครอบครอง ในธรรมชาติมีอิสระเสรี ทุกอย่างจึงเป็นไปตามธรรม บุคคลมีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติย่อมเข้าถึงความจริง ย่อมเกิดความรู้สึกรู้สึก ความเข้าใจที่ถูกต้องและเข้าถึงอุดมคติหรือเต๋าและยึดเต๋าเป็นแนวทางของชีวิต

2. ลัทธิขงจื้อ

คำสอนที่ขงจื้อเน้นเป็นพิเศษและถือว่าเป็นคำสอนพื้นฐานสำหรับชีวิตหรือเพื่อฐานสำหรับชีวิตหรือเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดี ประกอบด้วยเรื่องหลัก 4 เรื่องคือ

- 1) เยน ความเมตตากรุณา
- 2) หยี่ ความยุติธรรม
- 3) หลี่ พิธีกรรม
- 4) ฉี่ สติปัญญา

ขงจื้อ เป็นคนให้ความสำคัญและสนใจการศึกษามาก ขงจื้อยอมรับว่าบรรพบุรุษได้สั่งสมความรู้ไว้มากมาย เพียงแต่ให้คนที่มิ่ใจรักที่จะค้นหาก็สามารถพบแหล่งความรู้ได้ เขายอมรับว่าความเป็นปราชญ์ขึ้นอยู่กับ การเอาใจใส่การศึกษาและการฝึกฝนตนเองอยู่เสมอ มนุษย์สามารถแสวงหาความรู้ได้ตลอดเวลา

จริยศาสตร์ของขงจื้อ บ่งบอกว่าสังคมตะวันออกมีการยอมรับเรื่องบุญบาป ความดี ความชั่ว (ยกเว้นลัทธิจิววากที่ปฏิเสธบุญบาป) ในสังคมจีนไม่มีการปฏิเสธบุญบาป แต่มีปัญหาเรื่องการตอบแทนต่อความดี ความชั่วในทรรศนะของมหาปราชญ์สองท่านคือทรรศนะของเล่าจื้อและขงจื้อ

ปรัชญาไทย

ปัญหาเชิงปรัชญาทั่วไปของไทยที่ผู้เขียนเห็นว่ามีความสำคัญควรแก่การศึกษาหาคำตอบเพื่อนำไปเชื่อมโยงกับปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขในตอนต่อไป ได้แก่ ความเป็นมาของปรัชญาทั่วไปของไทยเป็นอย่างไร ความเชื่อของชนชาติไทยมีวิวัฒนาการอย่างไรและมีอิทธิพลต่อปรัชญาไทยอย่างไร ปรัชญาทั่วไปของไทยมีลักษณะอย่างไรและมีวิวัฒนาการอย่างไร

ความเป็นมาของปรัชญาทั่วไปของไทย

เมื่อประมาณ 60 ปีที่ผ่านมา คำว่า “ปรัชญา” เป็นของใหม่สำหรับชาวไทย หรือแม้ในวงการการศึกษาไทย และเป็นสิ่งที่ชาวไทยบางคนต้องผลักดันอยู่นานจนกว่าวิชาปรัชญาจะได้รับการบรรจุเข้าในหลักสูตรการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ในขณะที่ประเทศทางตะวันตกได้บรรจุวิชาปรัชญาให้เรียนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษา เพราะปรัชญาคือฐานภูมิปัญญาของชาวตะวันตก พระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ (วรวงศ์ ไวยากรณีย์ วรบรรณ) บัญญัติคำว่า “ปรัชญา” เพื่อแปล Philosophy ในภาษาอังกฤษ

เนื้อหาและสาระของวิชาปรัชญาตามความเข้าใจของคนไทยทั้งสมัยเก่าและสมัยใหม่ มีความเข้าใจผิดหรือทัศนคติที่ผิดต่อวิชาการปรัชญาว่า “เป็นวิชาที่พูดกับใครก็ไม่รู้เรื่อง” นักปรัชญาเป็นคนแปลกประหลาดเหมือนอยู่คนละโลก คือ คนธรรมดาอยู่ในโลกของความจริง ขณะที่นักปรัชญาอยู่ในโลกของความเพ้อฝันหรือโลกอุดมคติ วิธีชีวิตและวิธีคิดไม่เหมือนคนธรรมดาสามัญ นักปรัชญาสื่อสารอะไรกับใคร เมื่อคนฟังไม่เข้าใจมักจะถูกล้อเลียนว่าอย่าพูดแบบปรัชญา คงเป็นด้วยเหตุนี้ประการหนึ่งที่ทำให้คนไทยบางคนคิดอะไรเหนือชาวบ้านธรรมดาสามัญ มีความรู้สึกซึ่ง มีวิสัยทัศน์กว้างไกลและคิดนอกกรอบ ล้ำหน้าคนร่วมสมัย จึงอาจถูกกล่าวหาหรือเรียกว่าเป็นคน “เพี้ยน” ด้วยระบบคิดและกระบวนการคิดที่มีข้อจำกัดของตัวเองดังกล่าว จึงอาจทำให้คนไทยไม่กล้ายอมรับตนเองว่าเป็นนักปรัชญา ทั้งไม่อยากเรียนวิชาปรัชญา นอกจากนั้นปรัชญามีใช้วิชาชีพที่สร้างความมั่งคั่งร่ำรวยเหมือนสาขาวิชาอื่นๆ จึงขาดการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยทางปรัชญา ทำให้วิชาปรัชญาไทยมีการพัฒนาช้าไม่ทันต่อการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาสังคมและประเทศชาติ

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิชาปรัชญาไทย โดยปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของคนไทยให้เป็นการคิดแบบปรัชญา กล่าวคือ การคิดอย่างมีเหตุผลและสร้างสรรค์ ประมวลข้อมูลทั้งหลายแล้วสังเคราะห์ให้เป็นความรู้ แสดงผลแห่งการคิดนั้นมาตั้งเป็นทฤษฎี จนได้คำตอบสมเหตุสมผลต่อปัญหาของสังคมและประเทศไทย

วิวัฒนาการและอิทธิพลของความเชื่อของชนชาติไทยต่อปรัชญาไทย

1. ความเชื่อของชนชาติไทย

เนื่องจากชนชาติไทยเคยตั้งถิ่นฐานอยู่ในหลายท้องถิ่น กว่าจะมาอยู่ที่ดินแดนแถบอินโดจีนในปัจจุบันหรืออยู่ที่แถบนี้มาก่อน นับว่าเป็นเวลายาวนาน ย่อมมีศิลปวัฒนธรรมและประเพณีที่สืบเนื่องมามิได้ขาดสาย ลักษณะของชนชาติไทยมีน้ำใจกว้าง ยอมรับอะไรใหม่ๆ ได้ไม่ยากนัก ปรับตัวเก่ง รู้จักผสมผสานและรวบรวมจุดดีของสังคมรอบตัวมาไว้ เช่น ความมูมานะบากบั่นของชาวจีน ความเป็นนักปรัชญาของชาวอินเดีย ความรู้ทันสมัยของชาวตะวันตก สิบปนนท์ เกตุทัต กล่าวว่า “สังคมไทยมีลักษณะหลากหลาย แต่ก็มีเอกภาพในภาษาและวัฒนธรรม” สิ่งใดที่เป็นความเชื่อหรือวิทยาการของชนชาติที่เจริญกว่า ต่างก็มีในกลุ่มคนไทยแทบทั้งสิ้น แบ่งความเชื่อของคนไทยได้เป็น 3 ระยะ คือ

2. ความเชื่อก่อนการนับถือพระพุทธศาสนา

ชาวไทยมีความเชื่อในเรื่องลึกลับที่มีอาจพิสูจน์ให้เห็นประจักษ์ได้ คือ ความเชื่อเรื่อง “ภูตผีปีศาจและวิญญาณ” จากความเชื่อเรื่องผีนี้เองจะโยงมาถึง “ศาสนา” ส.ศิวัรักษ์ กล่าวว่า “ความเชื่อระดับศาสนา จะเป็น

ความเชื่อที่ลึกซึ้งที่สุดของมนุษย์ โดยความเชื่อจะลึกซึ้งเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของมนุษย์แต่ละคน ซึ่งสัมพันธ์ไปถึงพัฒนาการทางความคิดและจิตใจของคนนั้นๆ ถ้าพัฒนาน้อยความเชื่อก็มักตื้น ถ้าพัฒนามาก ความเชื่อจะลึก”

ความเชื่อเรื่องผี มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบ ให้ทั้งคุณและโทษ คนไทยเชื่อว่าต้องปฏิบัติบำรุงผี ให้ดี หากสัมพันธ์กับผีไม่ดี ชีวิตจะเดือดร้อน

ความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เป็นความเชื่อโดยทั่วไปของชนชาติไทย แต่ก่อนมาเป็นการเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเวทมนต์ คาถาอาคม หรือพลังอำนาจศักดิ์สิทธิ์ของวัตถุหรือแร่ธาตุกายสิทธิ์อันเป็นเครื่องรางของขลัง ความเชื่อไสยศาสตร์ยังมีอิทธิพลเหนือจิตใจชาวไทยและชาวโลกอยู่ไม่อาจทิ้งไปได้

3. ความเชื่อเมื่อนับถือพระพุทธศาสนา

พระพุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งเหตุผลและสติปัญญา มีหลักปรัชญาที่สอนให้ปฏิบัติตามทางสายกลาง (มัชฌิมาปฏิปทา) ให้มีเมตตากรุณา มีคุณธรรมต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นธรรมชาติรอบตัว เมื่อชาวไทยรับเอาพระพุทธศาสนา ความเชื่อและสติปัญญาจะลึกซึ้งกว่าเดิม รู้จักวางจุดหมายอุดมคติชีวิตที่สูงกว่าเดิม มีปรัชญาชีวิตที่มุ่งละกิเลสตัณหา แสวงหาสิ่งของเท่าที่จำเป็นแก่ชีวิต ชีวิตของชาวไทยอาศัยหลักศาสนธรรมเป็นค้ำประทีปส่องทางนับแต่เกิดจนกระทั่งตาย มีธรรมเนียมให้ชายไทยต้องบวชเรียนพระพุทธศาสนา ให้เป็นคนดี เมื่อสึกออกมาจึงเรียกว่า “บัณฑิต” หรือ “ผู้รู้” ต่อมากำว่า “บัณฑิต” จะเรียกย่อว่า “ติต” หรือ “ทิต” ตามเสียงไทยหรืออีกนัยหนึ่ง “ทิต” มาจาก “ทิตะ” แปลว่า เกิด 2 หน คือ ครั้งแรกเกิดจากกรรมมารดาครั้งที่ 2 เกิดจากการบวช มีพระอุปัชฌาจารย์เป็นบิดามารดา

4. ความเชื่อของคนไทยสมัยใหม่

ปัจจุบันประเทศไทยเปิดประเทศติดต่อกับนานาชาติในวงกว้าง ทำให้แนวคิด ทศนคติและค่านิยม ที่เคยมีมานานแต่เดิมเปลี่ยนแปลงไปมาก คนไทยสมัยใหม่กลุ่มหนึ่งปฏิเสธศาสนาว่า ไม่ทันสมัย ขัดขวางความเจริญของประเทศ ทำให้คุณค่าความงามด้านจิตใจถูกละเลยไป กลายเป็นนับถือคุณค่าและความงามทางวัตถุ ยกย่องผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีอำนาจ มีฐานะสูงทางสังคม ใช้ชีวิตแบบตะวันตกมากขึ้น ไม่ยกย่องคนดี ขาดคุณธรรมจริยธรรม ยอมรับการทุจริตคอร์รัปชัน แบ่งพรรคแบ่งพวก ขาดความรัก ความเอื้ออาทร ขาดความสามัคคีปรองดองของคนในชาติ จนถือได้ว่าสังคมและประเทศชาติไทยเป็นโรคมะเร็งร้ายแรง ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาให้หายขาดต่อไป

5. อิทธิพลของความเชื่อต่อปรัชญาไทย

ดังได้กล่าวมาแล้วในหัวเรื่องความหมายของปรัชญาทั่วไปว่า ปรัชญา เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนฐานของความเชื่อที่ได้จากการใช้เหตุผลเพื่อหาคำตอบของปัญหาเกี่ยวกับโลกและมนุษย์ ดังนั้นความเชื่อของชนชาวไทย ทั้ง 3 ประเภทข้างต้น จึงเป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยเหตุผลมาพิสูจน์ว่าความเชื่อใดเป็นความจริงหรือไม่ หรือความเชื่อใดเป็นมาตรการในการหาความจริงหรือมีคุณค่าทางคุณธรรม จริยธรรมต่อการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ หรืออีกนัยหนึ่งความเชื่อใดมีอิทธิพลต่อการศึกษา ค้นคว้าเชิงปรัชญา

ลักษณะและวิวัฒนาการของปรัชญาไทย

ลักษณะของปรัชญาไทยในแต่ละประเภท มีดังนี้

1. อภิปรัชญา

พินิจ โคตรสุโพธิ์ นำเสนอความคิดเรื่องปรัชญาไทยที่ชี้ให้เห็นโลกทัศน์ ชีวิตทัศน์แบบดั้งเดิมของชาวไทยที่ยังไม่เจือปนด้วยวิทยาการสมัยใหม่ตะวันตก โดยมีแนวความคิดเชิงอภิปรัชญาตัวอย่าง ดังนี้

1) แนวคิดเรื่องกำเนิดโลก จักรวาล และมนุษย์

สรุปได้ว่า การเกิดโลกและมนุษย์ครั้งแรกมี 2 แนวคิด คือ มีพระยาแถน ผู้ศักดิ์สิทธิ์ปกครองฟ้าสร้างโลกและมนุษย์ อีกแนวคิดหนึ่งเชื่อว่าโลกและมนุษย์เกิดจากธาตุ 4 ตามธรรมชาติไม่มีผู้ศักดิ์สิทธิ์บันดาลให้เกิดขึ้นมา

2) ความเชื่อสิ่งเหนือธรรมชาติ

สิ่งเหนือธรรมชาติที่ชาวไทยเชื่อดั้งเดิม เป็นความเชื่อในสิ่งลึกลับ พลังอำนาจลึกลับ อิทธิปาฏิหาริย์ ภูตผีสาป วิญญาณ ขวัญ และอมนุษย์ประเภทต่างๆ มีอิทธิเดชหรือมีอำนาจเหนือมนุษย์ เป็นสิ่งที่ควบคุมระบบธรรมชาติให้เป็นไปตามบงการของสิ่งเหนือธรรมชาติ ชาวไทยสมัยก่อนไม่เข้าใจกฎธรรมชาติ จึงอธิบายสาเหตุของปรากฏการณ์ธรรมชาติด้วยพลังอำนาจลึกลับบันดาล การที่จะให้ธรรมชาติอำนวยผลสิ่งที่ดีให้ตนได้ ก็ด้วยการปฏิบัติเอาใจพลังเหนือธรรมชาติให้พอใจมากที่สุด

ความเชื่อในอมนุษย์ประเภทต่างๆ มีอยู่มากในวัฒนธรรมไทย เช่น ยักษ์ ครุฑ พญานาค เงือก เป็นต้น นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องเวทมนต์ คาถา วิชาอาคม ไสยศาสตร์ ฯลฯ เหล่านี้เกี่ยวข้องกับอำนาจพลังลึกลับ อำนาจกายสิทธิ์ ทั้งสิ้น ได้แก่

(1) ความเชื่อเรื่องชะตากรรมและบุญวาสนา

คำถามเชิงปรัชญาว่า “มนุษย์มีเสรีภาพ อนาคตอยู่ในมือเราจริงหรือ” คำตอบของชาวไทยสมัยก่อนค่อนข้างเชื่อว่าโชคชะตาของมนุษย์ได้ถูกจารึกไว้ล่วงหน้าแล้ว คนมั่งมี คนทุกข์ยาก ต่างถูกชะตากำหนดให้ เกิดมั่งมีหรือทุกข์ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า “แข่งเรือแข่งพายแข่งได้ แต่แข่งบุญวาสนาไม่ได้” หรือ “ลูกไม้หล่นไม่ไกลต้น” เป็นต้น เมื่อชาวไทยนับถือศาสนา ความเชื่อนี้ก็จางไป เปลี่ยนแปลงโชคชะตาให้ร้ายเป็นดีได้ อีกประการหนึ่งคนไทยเชื่อในเรื่องเวียนว่ายตายเกิด อาจกลับมาเกิดในครอบครัวเดิมก็ได้ อาจกลับมาเกิดเป็นสัตว์ เป็นพืช หรือเป็นผีสาปก็ได้ แนวคิดเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดอาจจะได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนา เพราะอาศัยกฎแห่งกรรมจึงเวียนว่ายตายเกิดเพื่อชดใช้กรรมเก่าที่เคยทำมา

(2) ความคิดเรื่องความจริงสูงสุด

ชาวไทยก่อนนับถือพุทธศาสนายอมรับว่าโลกทางวัตถุที่เห็นและจับต้องได้เป็นสิ่งที่มียุ่อยู่จริง โลกหน้า หรือปรโลก หรือโลกในมิติอื่น เช่น นรก สวรรค์ บาตาล ก็เป็นสิ่งที่มียุ่อยู่จริง กฎธรรมชาติก็เป็นความจริง มนุษย์มิได้บัญญัติขึ้น มียุ่อยู่จริงแล้วในตัวมันเอง ต่อมาชาวไทยขยายเป็นเรื่องกฎแห่งศีลธรรมและกฎแห่งกรรมเมื่อนับถือพุทธศาสนา สรุปได้ว่ามีแนวคิดทางอภิปรัชญาที่เป็นแนวสัจนิยม (Realism) มองโลกตามความจริง ให้ความสำคัญทั้งทางกายและจิตใจ อาจเข้าลักษณะทวินิยม (Dualism) แต่ไม่แยกกายออกจากใจอย่างเด็ดขาดดุจทวินิยมทางตะวันตก

2. ญาณปรัชญา

ความคิดในด้านการแสวงหาความรู้หรือทฤษฎีแห่งความรู้ นั้น ชาวไทยสมัยก่อนมีความคิดจำแนกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1) ความรู้ คือ วิชา หมายถึง ความรู้ทั่วไป แบ่งได้เป็นด้านต่างๆ เช่น วิชาภาษาไทย วิชาประวัติศาสตร์ วิชาปรัชญา ฯลฯ หากเป็นผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในเรื่องใดๆ เราเรียกว่านักวิชาการ เช่น นักวิชาการศึกษานักวิชาการประวัติศาสตร์ เป็นต้น

2) แหล่งกำเนิดความรู้ตามความคิดของชาวไทย ได้แก่ ประสบการณ์จากกระบวนการศึกษาเล่าเรียน ผูกอบรมจากครูอาจารย์ ดังคำขุณแผนสอนพลาญงามในเสภาเรื่องขุนช้างขุนแผนว่า

“อันตำรับตำราสารพัด ลูกเก็บจัดแจงไว้ที่ในตู้
ถ้าลืมหลับตรางไหนไขออกดู ทั้งของครูของพ่อต่อกันมา
รู้สิ่งใดไม่รู้วิชา ไปเบื่องหน้าเดิบใหญ่จะให้คุณ”

แหล่งความรู้อีกแหล่งหนึ่ง ได้แก่ การคิดหรือการใช้เหตุผลการขบคิดพิจารณาด้วยเชาวน์ปัญญา ไหวพริบ ทำให้เกิดความรู้ คนไทยบางคนเชื่อเรื่องพรสวรรค์ เพราะบางคนมีความคิดมีปัญญาติดตัวมาแต่เกิด เป็นอัจฉริยะเก่งมาแต่เกิด ดังเช่นความสามารถของศรีปราชญ์ที่สามารถแต่งต่อโคลงอีก 2 บาท จนครบ ที่เป็นโคลงพระราชนิพนธ์ในสมเด็จพระนารายณ์มหาราช สมัยกรุงศรีอยุธยาขึ้นกระทุ้งแล้วมอบให้บิดาศรีปราชญ์แต่งต่อ

3) การตรวจสอบความรู้ ในมุมมองของไทย ใช้ทั้ง 3 ทฤษฎี คือ

(1) ทฤษฎีสหนัย (Inherence Theory) ถือว่าข้อความใดเท็จจริงหรือไม่ ให้ดูที่ข้อความที่สอดคล้องกับข้อความอื่นๆ ที่อยู่ในระบบเดียวกันหรือไม่ ถ้าสอดคล้องกันข้อความนั้นก็จริง ถ้าขัดแย้งกันข้อความนั้นก็ไม่ใช่จริง

(2) ทฤษฎีสমনัย (Correspondence Theory) ถือว่าความรู้ใดเป็นความรู้ที่ถูกต้อง เป็นจริงต่อเมื่อรู้นั้นตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ เช่น คำพูดที่ว่า “สิบลูกกว่าไม่เท่าตาเห็น สิบลูกเห็นไม่เท่ามือคลำ สิบลูกคลำไม่เท่าทำเอง” หรือที่พูดว่า “สิบลูกไม่เท่าเขย สิบลูกเขยไม่เท่าพ่อตา” และสุภาษิตที่ว่า “เดินทางอย่าเดินเปลี่ยว น้ำเชี่ยวอย่าขวางเรือ” ดังนั้น สิ่งที่ค้ำประกันว่าความรู้ถูกต้องเป็นจริง คือ การที่รู้นั้นตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ มีประสบการณ์ตรงและชำนาญในเรื่องนั้นๆ ปฏิบัติแล้วจะเกิดผลทั้งทางดีหรือทางร้ายก็ได้ ทฤษฎีนี้จึงเกี่ยวข้องกับการหาความรู้แบบอุปมัย (Induction)

(3) ทฤษฎีปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ถือว่าเกณฑ์ตัดสินความจริง คือ การใช้งานได้ ความสำเร็จ ประโยชน์ทางปฏิบัติ ความมีประโยชน์ เมื่อชาวนับถือพระพุทธศาสนาจึงเน้นการแสวงหาความรู้ตามแบบพุทธปรัชญา ทั้งโดยประสบการณ์ตรง การสังเกต การพินิจพิเคราะห์ ทั้งโดยการเรียนรู้เพราะอาศัยประสบการณ์ตรงหรือเชาวน์ปัญญา แต่สิ่งที่เน้นมากที่สุด คือ การมีความรู้สัจดีและถูกต้อง ซึ่งต้องเกิดจากการนั่งสมาธิพัฒนาจิตใจอันเป็นสิ่งที่นำไปสู่ความรู้สูงสุด คือ ความรู้จริงหรือปัญญา รู้จริงตรงตามสัจธรรม

3. คุณปรัชญาหรือคุณวิทยา

คุณปรัชญาประกอบด้วย สาขาตรรกศาสตร์ จริยศาสตร์ และสุนทรียศาสตร์ ในที่นี้เน้นจริยศาสตร์ใช้ตรรกศาสตร์ คือ ใช้เหตุผลในการศึกษา ขณะเดียวกันจริยศาสตร์ทำให้คนที่ปฏิบัติตามยึดถือคุณงามความดี มีศีลธรรม ทำให้คนนั้นมีความงามทางกายและจิตใจ และมีกิริยาวาจาดี ซึ่งเป็นลักษณะของสุนทรียศาสตร์ ดังนั้น ผู้เขียนจึงนำจริยศาสตร์มาอธิบายในที่นี้

คำถามเชิงปรัชญาของจริยศาสตร์ที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความดีคืออะไร มีมาตรการอะไรวัดค่าความดี และคนดีมีลักษณะอย่างไร

1. ความหมายของความดี

ในความคิดของคนไทย ความดี หมายถึง ความมีศีลธรรมหรือจริยธรรม ความถูกต้อง ความสวยงาม ความเป็นธรรม รวมความว่า ความดี เป็นคุณสมบัติที่น่าพึงปรารถนาโดยรวมด้านอื่นด้วย เช่น การไม่เกเร ไม่ดื้อรั้น ไม่เกียจคร้าน เชื้อฟุ้งโอวาท การรู้จักขอโทษ การรู้จักให้อภัย มีสัมมาคารวะ ซื่อสัตย์สุจริต มีเมตตา

2. คุณลักษณะของคนดี

ในความคิดของคนไทย ลักษณะคนดีสามารถมองได้ทั้งจากคุณสมบัติภายใน (Intrinsic Values/Quality) เรียกว่าความมีคุณธรรมและจากคุณสมบัติภายนอก (Extrinsic Values/Quality) ซึ่งเป็นส่วนที่ปรากฏให้เห็นจากภายนอก ดังนี้

1) คุณสมบัติภายใน เกิดจากใจดี รักพวกพ้อง คำนึงถึงคุณธรรมมากกว่าสิทธิประโยชน์ เข้ากับผู้อื่นได้ มุ่งทำให้เกิดผลดีด้านมนโจริยามีลักษณะเคารพยำเกรงบิดามารดาและอาจารย์นับถือนอบน้อมต่อผู้ใหญ่ มีความอ่อนหวานแก่ผู้น้อย มีคุณสมบัติของผู้ดี 10 ประการ ของเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี (ม.ร.ว.เปีย มาลากุล) ที่ว่า ผู้ดี ย่อมรักษาความเรียบร้อย ไม่ทำอุจาดลามก มีสัมมาคารวะ มีกิริยาเป็นที่รัก เป็นผู้สง่างาม ปฏิบัติการงานดี เป็นผู้ใจดี ไม่เห็นแก่ตัวฝ่ายเดียว รักษาความสุจริตซื่อตรงและไม่ประพฤติชั่ว

2) คุณสมบัติภายนอก มองที่พฤติกรรม เช่น เป็นคนเอาการเอางาน ให้ผู้อื่นพึงพอาศัยได้ มีอำนาจวาสนา มีบารมี ปกป้องลูกน้องได้ เป็นพลเมืองดีของชาติ มีความรู้ความสามารถดี ม.ร.ว.เปีย มาลากุล ได้เรียบเรียง สมบัติของผู้ดี พ.ศ.2455 ในด้านกายจริยา 12 ข้อ คือ

- (1) ย่อมนั่งด้วยกิริยาอันสุภาพ เฉพาะหน้าผู้ใหญ่
- (2) ย่อมไม่ขึ้นหน้าผ่านผู้ใหญ่
- (3) ย่อมไม่หันหลังให้ผู้ใหญ่
- (4) ย่อมแหวกที่ หรือให้ที่นั่งอันสมควรแก่ผู้ใหญ่ หรือผู้หญิง
- (5) ย่อมไม่ทัดหรือคาบบุหรี คาบกล้อง และสูบ ใ้คว้นไปรมผู้อื่น
- (6) ย่อมเปิดหมวก เมื่อเข้าชายคาบ้านผู้อื่น
- (7) ย่อมเปิดหมวกในที่เคารพ เช่น โบสถ์ วิหาร ไม่ว่าแห่งศาสนาใด
- (8) ผู้น้อยย่อมเคารพผู้ใหญ่ก่อน
- (9) ผู้ชายย่อมเคารพผู้หญิงก่อน
- (10) ผู้ลาย่อมเป็นผู้เคารพก่อน

(11) ผู้เห็นก่อนโดยมากย่อมเคารพก่อน

(12) แม้ผู้ใดเคารพตนก่อน ย่อมต้องตอบเขาทุกคน ไม่เมินเฉย

ด้านวจีจรรยา มี 6 ข้อ คือ

(1) ย่อมไม่พูดจาล้อเลียนหลอกลวงผู้ใหญ่

(2) ย่อมไม่กล่าวร้ายถึงญาติมิตรที่รักใคร่นับถือของผู้ฟังแก่ผู้ฟัง

(3) ย่อมไม่กล่าววาจาอันตีเถียนสิ่งเคารพหรือที่เคารพของผู้อื่นแก่ตัวเขา

(4) เมื่อจะขอทำล่วงเกินแก่ผู้ใด ย่อมต้องขออนุญาตตัวเขาเสียก่อน

(5) เมื่อตนทำพลาดพลั้งสิ่งใดแก่บุคคลใด ควรออกวาจาขอโทษเสมอ

(6) เมื่อผู้ใดได้แสดงคุณต่อตนอย่างไร ควรออกวาจาขอบคุณเขาเสมอ

จรรยาศาสตร์ไทยมีแนวคิดเกี่ยวกับความดี มีทั้งดีในและดีนอก มีทั้งคนดีทางศีลธรรม และคนดีทางสังคมที่ได้รับการยกย่อง เกณฑ์วัดความดีของไทยมีหลายแบบเหมือนมาตรฐาน 2 ชั้น สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมตามสถานการณ์

เรื่องที่ 1.2.3 ปรัชญาตะวันตก

1. **ปรัชญาตะวันตก**ได้ก่อตัวขึ้นมาในสมัยกรีกโบราณ เมื่อประมาณปี 600-450 ปีก่อนคริสต์ศักราช ตั้งแต่ยุคของทาเลส (Thales) จนถึงปรัชญาตะวันตกร่วมสมัย โดยปรากฏขึ้นครั้งแรกที่กรุงเอเธนส์ เมืองหลวงของกรีซ ปรัชญาตะวันตกได้มีบทบาทที่นำสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้สร้างองค์ความรู้ขึ้นมามากมายทำให้สังคมตะวันตกมีแกนความรู้ที่มีปรัชญาเป็นศูนย์กลาง หากเราต้องการทราบว่าชาวตะวันตกมีทรรศนะต่อชีวิต จิตใจ โลกและธรรมชาติอย่างไร จะต้องศึกษาแนวความคิดที่บรรพบุรุษได้ให้ไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวความคิด หลักการ ทางปรัชญา ที่มีมาในแต่ละยุคแต่ละสมัย ปรัชญาตะวันตกแบ่งเป็น ปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์ ตามที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อเรื่อง 1.1.4 ในที่นี้ จะกล่าวถึงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับญาณวิทยาว่าด้วย ทฤษฎีความรู้ในรูปแบบต่างๆ ตามทรรศนะของนักปรัชญากลุ่มต่างๆ โดยเน้นเรื่องแหล่งกำเนิดความรู้ (The origin of knowledge) และธรรมชาติของความรู้ (The nature of knowledge)

2. แหล่งกำเนิดความรู้

นักปราชญ์มีทรรศนะทั้งที่แตกต่างกันและที่เหมือนกัน ดังตัวอย่างในกรณีของลัทธิต่อไปนี้

2.1 กลุ่มเหตุผลนิยม (Rationalism) เชื่อว่าความรู้เกิดจากการคิดหาเหตุผล (reason) โดยอาศัยหลักการคิดคำนวณและความเข้าใจเรื่องแบบ (form) และความคิดติดตัว ในกลุ่มนี้มีโสกราตีส (Socrates) เพลโต (Plato) อาริสโตเติล (Aristotle) และกลุ่มของเดการ์ต (Descartes) สปิโนซา (Spinoza) และไลบ์นิซ (Leibniz) เป็นตัวแทนกลุ่ม

2.2 กลุ่มประจักษ์นิยม หรือกลุ่มประสบการณ์นิยม (Empiricism) เชื่อว่าความรู้เกิดจากอินทรีย์สัมผัส หรือประสบการณ์ คือ อาศัย ตา หู จมูก ลิ้น กาย ซึ่งเป็นอายตนะภายใน ไปสัมผัสกับรูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส ก่อให้เกิดความรู้ขึ้นมาหรืออาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ กลุ่มนี้มี จอห์น ล็อก (John Locke) ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) และ เดวิด ฮูม (David Hume) เป็นตัวแทน

2.3 กลุ่มอัจฉตติญาณนิยม (Intuitionism) กลุ่มนี้เชื่อว่า ความรู้เกิดจากการหยั่งรู้ (insight) ภายในจิตของคนที่พัฒนาจิตจนได้ระดับ จึงเกิดเป็นผู้รู้ขึ้นมา เช่น ความรู้ของผู้บำเพ็ญญาณ กลุ่มนี้ อองรี แบร์กซอง (Henry Bergson) เป็นผู้นำกลุ่มและเชื่อว่านักปราชญ์ผู้ได้รับอิทธิพลจากปรัชญาตะวันออก เช่น พุทธปรัชญา

2.4 กลุ่มอนุমানนิยม (Apriorism) กลุ่มนี้นำโดยอิมมานูเอล คานต์ (Immanuel Kant) เชื่อว่าความรู้เกิดจากประสาทสัมผัส (Sensibility) และความเข้าใจ (Understanding) มนุษย์รู้ปรากฏการณ์ที่ผ่านเข้าสู่โครงสร้างสมองเท่านั้น แต่มนุษย์ไม่รู้จักความจริงเหนือปรากฏการณ์ (Noumena) ในฐานะความจริงหรือสิ่งในตัวเอง (things-in-themselves) หนทางเดียวที่จะรู้ความจริง คือ ลงมือปฏิบัติ คานต์เรียกว่า เหตุผลเชิงปฏิบัติ (Practical reason)

2.5 กลุ่มวิเคราะห์ภาษา (Language analysis) กลุ่มนี้นำโดยรุทวิก วิทเกนสไตน์ (Rudwig Wigensteine) เชื่อว่าความรู้เกิดจากการวิเคราะห์ภาษา การเข้าถึงความจริงหรือการแสวงหาความจริง โดยผ่านกระบวนการของการวิเคราะห์ภาษา เราก็สามารถเข้าถึงได้ เช่น ประโยคว่า ข้าพเจ้าบูชาพระเจ้า ใน

ประโยคนี้การวิเคราะห์ภาษาจะพบว่าคำว่า ข้าพเจ้ากับบุชานเป็นคำที่สามารถพิสูจน์ว่ามีอยู่จริง โดยกระบวนการของการพิสูจน์ แต่คำว่าพระเจ้าเป็นคำที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ เมื่อพิสูจน์ไม่ได้ เราก็พบความจริงว่า ประโยคทำนองนี้ไม่มีความหมาย เพราะสิ่งที่กล่าวถึงพิสูจน์ไม่ได้ กลุ่มวิเคราะห์ภาษา จึงเชื่อเฉพาะสิ่งที่พิสูจน์เอง ประจักษ์หรือประสาทสัมผัสเท่านั้น

3. ธรรมชาติของความรู้

ธรรมชาติของความรู้ ตามทัศนะของนักปรัชญาที่มีชื่อเสียง มีดังนี้

3.1 ทัศนะของโสกราตีส ถือว่า ความรู้ (Knowledge) เป็นหนึ่งเดียวกับคุณธรรม ความรู้เป็นสิ่งที่สามารถสอนกันได้ เช่นเดียวกับคุณธรรมก็เป็นสิ่งที่สามารถสอนได้ ความรู้เป็นสิ่งที่ยืนยันถึงคุณธรรม เพราะผู้มีความรู้ กระทำความชั่วไม่ได้ ความรู้เป็นเหมือนเครื่องสำหรับห้ามล้อให้หยุดในที่ที่สมควรหยุด ความรู้เป็นเครื่องยับยั้งชั่งใจ ผู้มีความรู้ ต้องมีความเข้าใจเรื่องแบบ (Form) แบบของความดี แบบของความชั่ว แบบของความยุติธรรม การเข้าใจแบบเหล่านี้ เป็นเรื่องของเหตุผล

3.2 ทัศนะของเพลโต ยอมรับความรู้สองระดับ คือ

1. ความรู้ที่เกิดจากสัญญาณ หรืออินทริยสัมผัส (The world of sensation) ลักษณะของความรู้แบบนี้อาศัยประสาทสัมผัสของมนุษย์กับวัตถุภายนอกที่มาสัมผัสกันหรือกระทบกัน อาศัยสิ่ง 2 สิ่ง คือ วัตถุภายในกับวัตถุภายนอก

2. ความรู้ที่เกิดจากการรู้จักโลกแห่งโนคติ (The world of idea) เป็นความรู้เหนือโลก โดยไม่ต้องอาศัยประสาทสัมผัส แต่รู้ได้โดยผ่านเหตุผล เหตุผลหรือพลังของเหตุผลก่อให้เกิดความรู้

3.3 ทัศนะของจอห์น ล็อก ความรู้มีลักษณะเป็นอะโพสทีริออรั (Aposterior) คือ มาทีหลัง ประสบการณ์และมีลักษณะเป็นการสังเคราะห์ (Synthesis) คือ เป็นลักษณะการสังเคราะห์ของจิต อาศัยอินทริยสัมผัสและการไตร่ตรอง (Reflection)

ในที่สุด จอห์น ล็อก บอกว่า ความรู้มีลักษณะเป็นตัวแทนหรือภาพเหมือน (Copy) ในการรู้สิ่งใดๆ เราได้รู้โดยตรง แต่รู้โดยผ่านตัวแทน (Representative)

3.4 ทัศนะของสัจนิยมใหม่

3.4.1 สัจนิยมใหม่ เริ่มต้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษ ผู้บุกเบิกคนแรก คือ จี.อี.มัวร์ (G.E.Moore), เบอร์ทรันด์ รัสเซลล์ (Bertrand Russell) สัจนิยมสายนี้เรียกว่าสัจนิยมแบบอังกฤษ (British Realism) นอกจากนี้ยังมีนักปราชญ์ชาวเยอรมันอีกคนหนึ่ง คือ ฟรังค์ เบรนต์านโน (Franz Brentano ค.ศ.1838-1907)

3.4.2 ทัศนะของสัจนิยมใหม่ ให้หลักการทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ไว้ 4 ประการ คือ

(1) วัตถุภายนอกมีอยู่จริง อีสรระจากการรับรู้ของจิต
(2) วัตถุอื่นนอกจากข้อหนึ่งเป็นภาพลวงตา (Illusion) ภาพหลอกหลอน (Hallucination) วัตถุในความฝัน ถือว่าเป็นการรับรู้วัตถุที่แท้จริง แต่ไม่ได้มีอยู่ตามความหมายทั่วไป วัตถุดังกล่าว มีอยู่แบบอิงอาศัย

(3) ในการรับรู้ จิตรับรู้วัตถุนั้นโดยตรง เนื้อหาของความรู้กับวัตถุ เป็นอย่างเดียวกัน

(4) จิตมิใช่สิ่งที่มีอยู่เองโดยอิสระ แต่เป็นเพียงระบบประสาทเท่านั้น

3.4.3 ทศนะของสัญนิยมใหม่ของนักปรัชญายุโรป

1) ทศนะของ จี.อี.มัวร์

เขาได้ตั้งคำถามว่า ข้อมูลทางประสาทสัมผัส หรือวัตถุที่รับรู้ได้ สามารถมีอยู่เองหรือไม่ ถ้าไม่มีจิตรับรู้ คำว่า วัตถุในที่นี้ มัวร์ หมายถึง สี เสียง กลิ่น รสและข้อมูลอื่นๆ ที่บุคคลรับรู้โดยผ่านทางประสาทสัมผัส มัวร์ตอบคำถามดังกล่าวว่า วัตถุเช่นนั้นมิใช่ วัตถุเช่นนั้นมีอยู่ ไม่ต้องมีผู้รับรู้มัน ข้อที่น่าสนใจคือสิ่งที่มัวร์เรียกว่า “ข้อมูลที่รับรู้ได้” นั้น มิใช่วัตถุภายนอกจริงๆ (Physical object) แต่ดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่รู้ได้โดยการอนุมานเอง แต่เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติของสิ่งดังกล่าว เหตุผลข้อนี้เพราะมัวร์ ใช้คำว่า sense-data หรือ sensible หมายถึง สี เสียง กลิ่นและรส เป็นต้น ดังนั้น ในการรับรู้บุคคลรับรู้สิ่งต่างๆ มิใช่โดยตรง แต่โดยผ่านข้อมูลทางประสาทสัมผัส มัวร์ชี้ว่า ในการรับรู้หรือการเกิดประสบการณ์แต่ละครั้ง จะต้องมียุติ 3 องค์ประกอบ คือ จิต วัตถุ และความสัมพันธ์ระหว่างจิตที่ทำการรับรู้กับวัตถุที่ถูกรับรู้

มัวร์ ยอมรับว่า วัตถุของการรับรู้ แม้จะมีอยู่อย่างอิสระ ต่างหากจากการรับรู้ และโดยอาศัยความสัมพันธ์ภายนอก (External relation) ระหว่างวัตถุและจิต จึงเกิดการรับรู้ขึ้น

2) ทศนะของเบอร์ทรันด์ รัสเซลล์ แม้เขาจะยอมรับทฤษฎีข้อมูลทางประสาทสัมผัส (Sense data) ของ จี.อี.มัวร์ และทฤษฎีวัตถุของมิน้อง แต่มีบางสิ่งที่ไม่เหมือนกัน โดยรัสเซลล์ มีทศนะที่ **น่าสนใจ คือ**

(1) ถือว่าข้อมูลทางประสาทสัมผัส เป็นสิ่งเฉพาะ

(2) วัตถุที่บุคคลรับรู้ได้ คือ ข้อมูลทางประสาทสัมผัส แต่วัตถุภายนอกจริงๆ บุคคลจะต้องยอมรับว่ามีอยู่เอง โดยยึดหลักข้อสมมติฐานที่ว่า จากประสบการณ์สามัญในชีวิตประจำวัน ทำให้เรายอมรับว่ามีวัตถุที่ไม่ใช่ตัวเรา และไม่ใช่อข้อมูลทางประสาทสัมผัสอยู่ต่างหาก ซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับรับรู้

(3) ข้อมูลทางประสาทสัมผัส มีลักษณะเป็นจิตวิสัย (Subjective) เพราะมีลักษณะหรือส่วนที่ให้เกิดความรู้ แต่วัตถุภายนอกจริงๆ ถือว่าเป็น ปรวิสัย (Objective) เพราะมีอยู่โดยอิสระได้รัสเซลล์ ถือว่าในการรับรู้ จะต้องมียุติ 3 ประการ ดังนี้

- จิต หรือ การสำนึกของจิต
- ข้อมูลทางประสาทสัมผัส
- วัตถุภายนอกจริงๆ

(4) ทศนะของ ฟรังค์ เบรนต์าโน เขาเป็นนักปรัชญาชาวเยอรมัน ทุกครั้งที่เกิดการรับรู้ จิตมีความสามารถและลักษณะของมันเอง ที่จะรับรู้สิ่งภายนอกเหนือตัวมันเอง นั่นคือจิตเมื่อคิด ไม่ได้คิดถึงตัวมันเอง แต่คิดถึงสิ่งที่อยู่ภายนอกอีกส่วนหนึ่งต่างหาก ประการสำคัญ คือ การที่จิตรับรู้สิ่งที่อยู่ภายนอกอีกส่วนหนึ่งต่างหาก เป็นการรับรู้โดยตรงและในทันที

3.4.4 ทศนะของสัญนิยมใหม่ของนักปรัชญาสหรัฐอเมริกา

มีนักปรัชญาสายที่สำคัญที่ควรศึกษา คือ อี.จี.สปอลดิง (E.G.Spaulding) และ อี.บี.โฮลท์ (E.B.Holt)

1. ทศนะของอี.จี.สปอลดิง ได้เพิ่มเติมเหตุผลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายนอกอีก 5 ประการ คือ

- (1) สิ่งที่มีสัมพันธ์กันทั้ง 2 ต่างก็ไม่มีอิทธิพลต่อกัน
- (2) การขาดสิ่งที่มีสัมพันธ์กัน จะไม่ก่อให้เกิดผลใดๆต่ออีกสิ่งหนึ่ง
- (3) สิ่งหนึ่งอาจจะเกิดความสัมพันธ์กับอีกสิ่งหนึ่งได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อสิ่งที่สัมพันธ์
- (4) ไม่มีสิ่งใดเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ในแง่ของการมีความสัมพันธ์
- (5) ในความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ไม่จำเป็นต้องมีสิ่งที 3

ทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นเป็นสาเหตุของคำถามที่ว่า “ความสัมพันธ์ทั้งหมดในเอกภพ เป็นความสัมพันธ์ภายนอกไขหรือไม่” สปอลดิง เห็นว่าเป็นความสัมพันธ์ภายใน ความสัมพันธ์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ระหว่างสิ่งที่มีสัมพันธ์ทั้งหมด เป็นความสัมพันธ์ภายนอก ดังที่ สปอลดิง กล่าวไว้ว่า การรู้ไม่ได้ ก่อให้เกิดความแตกต่าง หรือสร้างหรือก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ถูกรู้ เหตุผลที่นักปรัชญาท่านนี้ถือว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้กับสิ่งที่ถูกต้องเป็นความสัมพันธ์ภายนอก เพราะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ เช่น เราทราบว่าน้ำอยู่ในทะเลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าจะเปลี่ยนแปลงก็เป็นเรื่องของธรรมชาติ มิใช่เรื่องของ ความรู้หรือการรับรู้ของคน

2) สำหรับ อี บี โฮลท์ (E. B. Holt) เป็นอาจารย์สอนจิตวิทยาที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (1900-1918) และมหาวิทยาลัยพรินซ์ตัน (1926-1936) เป็นนักวิจัยที่ประสบความสำเร็จหลายเรื่อง ที่มีชื่อเสียงมากที่สุด คือเรื่องทฤษฎีของจิตสำนึก (Theory of consciousness) และเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์เชิงปรัชญา โฮลท์เขียนหนังสือเล่มแรก ชื่อว่า “The Freudian Wish” ซึ่งเป็นรากฐานของทุกทฤษฎีของฟรอยด์และเป็นทฤษฎีหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับคำถามว่า ทำไมมนุษย์จึงทำตามแบบของฟรอยด์ ที่เป็นนักจิตศาสตร์ ชาวออสเตรเลียน ผู้วางลัทธิว่าการกระทำของมนุษย์แทบทุกอย่าง มีสมมติฐานจากความรู้สึกลงในเรื่องเพศ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปรัชญาตะวันตกสะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อของมนุษย์เมื่อประมาณ สองพันกว่าปีมานี้ เริ่มหันเหความคิดออกจากเรื่องพระเจ้าสร้างสิ่งต่างๆ โดยตั้งสมมติฐานใหม่ว่า สรรพสิ่งในโลก เกิดจาก ดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศ ปรมาณู ควันตัม เป็นต้น ลักษณะแนวความคิดทำนองนี้ คือ จุดเริ่มต้นของ ปรัชญาแนวคิดสมัยแรกและได้มีการพัฒนาแนวคิดทางปรัชญานี้จนกระทั่งถึงปัจจุบัน และก้าวหน้าต่อไปเรื่อยๆ จากการพัฒนาแนวคิดของปรัชญานี้ ทำให้แนวความคิดแยกเป็น 2 ลักษณะ คือ จิตนิยมกับวัตถุนิยม และเห็นว่าความเป็นจริงมีนามธรรมกับรูปธรรม นามธรรมสัมผัสได้ด้วยจิตหรือความคิดเท่านั้น ส่วนรูปธรรมจะสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นสสารที่มีตัวตน ซึ่งมีความสอดคล้องกับพุทธปรัชญา

ตอนที่ 1.3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 1.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 1.3.1 อิทธิพลของมนุษย์ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3.2 อิทธิพลของโลกจักรวาลและสิ่งแวดล้อมต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3.3 อิทธิพลของตรรกศาสตร์วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3.4 อิทธิพลของวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3.5 อิทธิพลของศาสนาต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
- 1.3.6 อิทธิพลของศิลปะต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

แนวคิด

1. มนุษย์ มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ เปลี่ยนแปลงพัฒนาและสูญดับไป ของสรรพสิ่ง ผลที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของมนุษย์ มีทั้งทางบวกที่เป็นคุณประโยชน์และทางลบที่เป็นโทษ
2. โลก จักรวาลและสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอในรูปแบบ มนุษย์จึงพยายามศึกษาความเป็นมาของโลก ดาราศาสตร์และอวกาศ พร้อมทั้งพัฒนาความรู้และวิทยาการใหม่ๆ เพื่อให้รู้เท่าทัน สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
3. ตรรกศาสตร์ เป็นวิชาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิดในการให้เหตุผล มีเกณฑ์ของการใช้เหตุผลอย่างสมเหตุสมผล เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาในศาสตร์อื่นๆ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาปรัชญาทุกประเภท ช่วยที่มีหลักเกณฑ์ที่เป็นแนวทางในการตัดสินความจริงหรือการกระทำตามความจริงนั้น สำหรับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ได้คำตอบต่อปัญหาที่ต้องการที่เชื่อถือได้ วิธีการทางวิทยาศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการหาความรู้และความเป็นจริง ซึ่งก็คือ “ตัวปรัชญา” นั่นเอง ทั้งในปัญหาเดิมและปัญหาใหม่ รวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ประพฤติปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ที่แสดงถึงวิวัฒนาการของปรัชญา ด้วยกระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์
4. นักปรัชญามีการศึกษาค้นคว้าหาเหตุผลและใช้เหตุผลเชิงตรรกศาสตร์มาอธิบายและค้นหาความจริงของศรัทธาและความกลัว ในการเรียนรู้และการปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาต่างๆ เมื่อมีการศึกษาและเผยแผ่คำสอนของศาสนาให้กว้างขวางมากขึ้นในหมู่ชนและสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ นักปรัชญาและหรือนักศาสนาเหล่านั้นค้นหาความจริงให้มากขึ้นตามไปด้วย
5. ศิลปะมีบทบาทและอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญาประเภทสุนทรียศาสตร์ ทั้งในด้านการศึกษาวิชาว่าด้วยสุนทรียศาสตร์และด้านเนื้อหาสาระของสุนทรียศาสตร์

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 1.3 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. อิทธิพลของมนุษย์ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
2. อิทธิพลของโลกจักรวาลและสิ่งแวดล้อมต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
3. อิทธิพลของตรรกศาสตร์ต่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
4. อิทธิพลของศาสนาต่อวิวัฒนาการของปรัชญา
5. อิทธิพลของศิลปะต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

เรื่องที่ 1.3.1 อิทธิพลของมนุษย์ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

มนุษย์ มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ เปลี่ยนแปลง พัฒนาและสูญดับไปของสรรพสิ่ง ผลที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของมนุษย์ มีทั้งทางบวกที่เป็นคุณประโยชน์และทางลบที่เป็นโทษ ตั้งแต่ขนาดเล็กถึงขนาดใหญ่โตมหินหาร ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะอิทธิพลของมนุษย์ต่อวิวัฒนาการของปรัชญาจากปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. มุมมองเชิงปรัชญาของมนุษย์

ขอนำเสนอใน 2 มุมมอง คือ มุมมองทางพุทธศาสนา (Buddhist View) และมุมมองทางสังคม (Social View)

1.1 มุมมองทางพุทธศาสตร์ “มนุษย์ (MAN)” แปลว่า “ผู้มีจิตใจสูง” หมายถึง ผู้ที่มีใจสูงด้วยคุณธรรมและคุณธรรมที่จะทำให้เกิดมาเป็นมนุษย์และเป็นมนุษย์ที่แท้ได้ก็เพราะเบญจศีลและเบญจธรรม คือ ศีล 5 และธรรม 5 ถ้าใครมีเบญจศีลและเบญจธรรม ไม่ครบ ก็ขาดความเป็นมนุษย์ตามลำดับ ยิ่งขาดมากข้อก็ยิ่งเหลือความเป็นมนุษย์ลดน้อยลงทุกที จึงเป็นได้แค่ “คน” ยังไม่ถึงขั้นเป็นมนุษย์

คำว่า “มนุษย์” มาจากศัพท์ภาษาสันสกฤต 2 คำ คือ มน กับ อุษย (อุสสย) คำว่า “มน” แปลว่า “ใจ คิดรู้” ส่วนคำว่า “อุษย” แปลว่า “สูงกว่า”

สรุปได้ว่า “มนุษย์” ตามทัศนะพุทธศาสนา มีความหมายดังนี้

ผู้มีจิตใจสูง

ผู้รู้จักเหตุและผล

ผู้เป็นเหล้ากอแห่งมนู

ผู้สั่งสมความรู้และความคิดแบบไร้ขอบเขตจำกัด

ผู้รู้จักสิ่งที่เป็นประโยชน์และไม่ใช่ประโยชน์

1.2 มุมมองทางสังคมศาสตร์ มนุษย์ หมายถึง สภาพชีวิตของสัตว์โลกที่มีตัวตน ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยปัจจัยสี่ คือ อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัยและเครื่องนุ่งห่ม เพื่อพัฒนาตนเองและสังคมให้ปลอดภัยและบังเกิดสันติสุข ซึ่งอาริสโตเติล นักปรัชญาชาวกรีก ได้กล่าวว่า “มนุษย์เป็นสัตว์สังคม” (MAN IS A SOCIAL ANIMAL) โดยเขาเชื่อว่ามนุษย์โดยสภาพธรรมชาติจะต้องมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ติดต่อกันสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระตามลำพังแต่ผู้เดียวได้ ไม่อาจสืบเชื้อสายได้ ไม่สามารถป้องกันตนเองได้

จากความหมายของมนุษย์ใน 2 มุมมองนี้ มนุษย์จึงต้องศึกษาหาความรู้และความเป็นจริงเพื่อพัฒนาจิตใจและสภาพการดำรงชีวิตของตนและสังคม ให้ดี สะดวกสบาย ปลอดภัยและมั่นคงมากยิ่งขึ้น

2. พฤติกรรมของมนุษย์ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

พฤติกรรมของมนุษย์ที่มีผลต่อการวิวัฒนาการของปรัชญามีหลายประการ ในที่นี้จะยกตัวอย่าง 2 ประการ คือ

2.1 ความสงสัยและความอยากรู้อยากเห็นของมนุษย์ เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่มีความสงสัย สนใจ

แปลกใจ หรือมหัศจรรย์ใจต่อปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เป็นอยู่หรือเกิดขึ้นในสังคม ในโลก หรือในสิ่งแวดล้อมและ
อยากรู้ อยากรู้อยากเห็น อยากรู้อยากเข้าใจ อยากรู้อยากทดลองดู ดังนั้น มนุษย์จึงเกิดแรงขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดการพัฒนา
ความรู้และปรัชญาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ความต้องการหลายมิติของมนุษย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาปรัชญา ตามทฤษฎีของ
อับราฮัม มาสโลว์ ที่กล่าวว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมความต้องการ 5 ประเภท จัดเรียงลำดับก่อน-หลัง ดังนี้



ภาพที่ 1.2 ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์ (MASLOW'S HIERARCHY OF NEEDS) ปรับปรุงจาก
MASLOW'S HIERARCHY THEORY OF MOTIVATION

กล่าวได้ว่า ความต้องการของมนุษย์ทุกมิติ ทุกระดับ ย่อมผลักดันให้มนุษย์ต้องขวนขวายหาความรู้และ
ปรัชญา เพื่อประยุกต์ใช้พัฒนาการดำเนินชีวิตให้บรรลุผลสำเร็จ ตามความต้องการในแต่ละระดับ

3. การพัฒนาตนของมนุษย์

การพัฒนาตนเป็นกระบวนการหนึ่ง ซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการเกี่ยวข้องกันเป็นลูกโซ่ นับตั้งแต่การศึกษา
ตนเอง การรู้จักตนเอง การประเมินตนเองและการปรับปรุงแก้ไขจุดด้อยและต่อ ยอดจุดเด่นจุดมุ่งหมายในการ
พัฒนาตน มี 3 ประการคือ

- 3.1 เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และสติปัญญา
- 3.2 เพื่อเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์
- 3.3 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติ

หลักการพัฒนาดนประกอบด้วย หลักการทางพฤติกรรมศาสตร์และหลักการทางพุทธศาสตร์ มีดังนี้

3.1 หลักการพัฒนาดนทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่

1) การฝึกกาย (Bodily Training) หมายถึง การพัฒนาร่างกายให้มีสุขภาพพลานามัย สมบูรณ์ แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น

2) การฝึกจิต (Mental training) หมายถึง การเพิ่มประสิทธิภาพจิตใจให้มีพลัง มีความตั้งมั่น สงบนิ่ง

3) การฝึกอารมณ์ (Emotion training) หมายถึง การฝึกความรู้สึก ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการทำงานของจิต หรือคุณภาพของจิต ถ้าจิตดีอารมณ์ก็ดี การทำงานของจิตมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นการรับรู้ (Cogmition) ขั้นเกิดอารมณ์ (Feeling) และขั้นการแสดงออก (Conation)

3.2 หลักการพัฒนาดนทางพุทธศาสตร์ ได้แก่

1) กายภาวนา แปลว่า การพัฒนากาย หมายถึง การพัฒนาทางกายภาพของมนุษย์ เช่น การ สำรวมระวังทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย เมื่อได้สัมผัสกับสิ่งต่างๆ เป็นต้น

2) ศิลภาวนา แปลว่า การพัฒนาศีล หมายถึง การควบคุมความประพฤติทางกายและวาจาไม่ให้ เบียดเบียนผู้อื่น

3) จิตตภาวนา แปลว่า การพัฒนาจิต หมายถึง การทำจิตให้มีความรัก เมตตา มีคุณธรรม มีความคิดสร้างสรรค์ที่ดีงาม

4) ปัญญาภาวนา แปลว่า การพัฒนาปัญญา หมายถึง การฝึกฝนอบรมให้เกิดปัญญา คือ ความรู้ ความเข้าใจ ในสิ่งทั้งหลายที่เป็นจริง รู้เท่าทันสภาวะของโลกและชีวิต จนยกระดับจิตให้อยู่เหนือปัญหาและ เป็นอิสระ ไม่เป็นทาสแห่งกิเลสตัณหา หลุดพ้นจากสภาวะทุกข์ มุ่งไปสู่ความสุข คือ นิพพาน

ในการพัฒนาดนของมนุษย์ตามหลักการดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดปัญญาเพิ่มพูนมากขึ้น รวมทั้งเพิ่ม ศักยภาพในการประยุกต์ใช้ เพื่อดำเนินวิถีชีวิตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

เรื่องที่ 1.3.2 อิทธิพลของโลก จักรวาลและสิ่งแวดล้อม ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

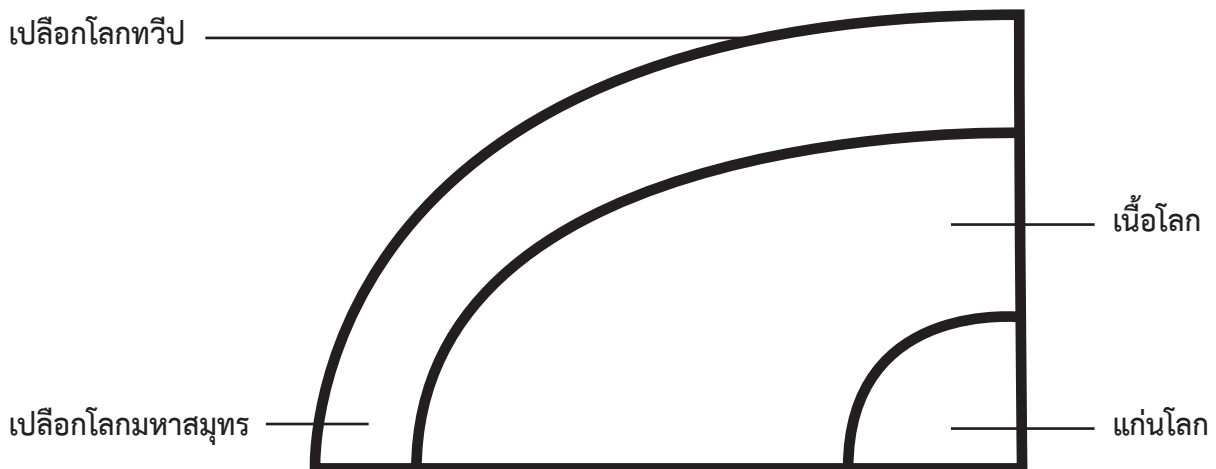
โลกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุริยะ มีวงโคจรอยู่รอบดวงอาทิตย์ บนโลกมีทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต โลกและจักรวาลซึ่งเป็นบริเวณโดยรอบของโลก มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอในรูปแบบต่างๆ ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพ ซึ่งจะต้องนำวิทยาการและปรัชญามาใช้ป้องกันและแก้ไข

1. อิทธิพลของโลกต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

โลกถือกำเนิดขึ้นมาเป็นเวลาประมาณ 4,600 ล้านปี โดยมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เริ่มเกิดจนถึงปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นบนโลก ล้วนแต่ส่งผลต่อสิ่งมีชีวิตทั้งหลายและสิ่งแวดล้อมทั้งสิ้น ดังนั้น มนุษย์จึงพยายามศึกษาความเป็นมาของโลก ดาราศาสตร์และอวกาศ รวมทั้งพัฒนาความรู้และวิทยาการใหม่ๆ ในการค้นหาความจริงต่างๆ เพื่อให้รู้เท่าทัน และสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับโลก ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้

โครงสร้างโลก ประกอบด้วย

- เปลือกโลก (Crust) เป็นเสมือนผิวด้านนอกที่ปกคลุมโลก แบ่งออกได้เป็น 2 บริเวณ คือ
 - เปลือกโลกทวีป หมายถึง ส่วนที่เป็นพื้นทวีปและไหล่ทวีป ซึ่งมีทวีปและเทือกเขาต่างๆ เช่น เทือกเขาหิมาลัย เป็นต้น มีส่วนประกอบเป็นธาตุซิลิคอนและธาตุอลูมิเนียมเป็นส่วนใหญ่
 - เปลือกโลกมหาสมุทร หมายถึง ส่วนที่อยู่ใต้มหาสมุทรต่างๆ ประกอบด้วยธาตุซิลิคอน และธาตุแมกนีเซียม เป็นส่วนใหญ่
- เนื้อโลก (Mantle) ประกอบด้วยหินต่างๆ เช่น เนื้อโลกตอนบนเป็นหินอัลตราเมฟิก เป็นต้น
- แก่นโลก (Core) ประกอบด้วยหินที่มีธาตุเหล็กร้อยละ 80 นอกจากนั้นเป็นนิกเกิล ออกซิเจน ซิลิคอน และซัลเฟอร์



ภาพที่ 1.3 การแบ่งโครงสร้างโลกจากการศึกษาส่วนประกอบทางเคมีของหินและสารต่างๆ

บรรยากาศของโลก

บนโลกในท้องฟ้ามีอากาศหุ้มห่อโลกอยู่เรียกว่า “บรรยากาศ” ซึ่งประกอบด้วยแก๊สชนิดต่างๆ รวมทั้งไอน้ำและฝุ่นละออง เมื่อสูงจากบรรยากาศของโลกออกไปจะมีแก๊สและเทพพาทฟ้า คือ เทหวัตถุ (ก้อนหรือชิ้นหรือส่วนหนึ่งของสสารอาจเป็นของแข็ง ของเหลว หรือแก๊สก็ได้) ในท้องฟ้าหรืออวกาศมีดวงดาว เช่น ดาวฤกษ์ ดาวเคราะห์ อุกกาบาต เป็นต้น

บรรยากาศ เป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตต่างๆ ที่อยู่บนโลกหลายประการที่สำคัญ เช่น

1. บรรยากาศมีแก๊สออกซิเจน ช่วยให้มนุษย์หายใจ มีแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ช่วยให้พืชสร้างแป้งและน้ำตาลจากการสังเคราะห์ด้วยแสง แก๊สที่มีมากที่สุด คือ แก๊สไนโตรเจน ร้อยละ 78 รองลงมาคือ แก๊สออกซิเจน
2. บรรยากาศช่วยกรองรังสีเอกซ์ แกมมาและอัลตราไวโอเล็ต ที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์
3. บรรยากาศทำหน้าที่คล้ายเรือนกระจก ช่วยอบอุ่น ทำให้อุณหภูมิระหว่างกลางวันกับกลางคืนไม่แตกต่างกันมากนัก
4. บรรยากาศเป็นแหล่งสะสมไอน้ำและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวัฏจักรน้ำ เกิดเมฆและฝน

2. อิทธิพลของอวกาศต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

อวกาศ หมายถึง บริเวณที่อยู่นอกบรรยากาศของโลก จากการที่มนุษย์เกิดความสงสัยต่อปรากฏการณ์ต่างๆ บนท้องฟ้า ทำให้มีการประดิษฐ์เครื่องมือเพื่อหาคำตอบในสิ่งที่สงสัยนั้น ให้ดีที่สุดในแต่ละยุคสมัย มีการออกแบบตามขีดความสามารถและความรู้ในช่วงเวลานั้นๆ ด้วยความสามารถของเครื่องมือต่างๆ นั้นเอง ทำให้นักดาราศาสตร์สามารถทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ได้มากขึ้น เทคโนโลยีที่ได้ดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดประโยชน์มากมายในการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ยานอวกาศเพื่อการสำรวจ ดาวเทียมเพื่อการสื่อสาร ดาวเทียมเพื่อสำรวจอากาศและทรัพยากรและดาวเทียมช่วยในการระบุตำแหน่งบนโลก เป็นต้น

เทคโนโลยีอวกาศ คือ เทคโนโลยีที่ใช้ในการสำรวจอวกาศ หรือใช้ศึกษาโลกจากอวกาศและการศึกษาปรากฏการณ์ต่างๆ ในเอกภพ พัฒนาการของเทคโนโลยีอวกาศเป็นการชี้ถึงความสามารถของมนุษย์ในการพยายามทำความเข้าใจธรรมชาติ โดยอาศัยความรู้ทางฟิสิกส์และเคมีเพื่อออกแบบสร้างเครื่องมือ สร้างอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อขยายความรู้ ความเข้าใจให้มากขึ้น มีเทคโนโลยีอวกาศเกิดขึ้นจำนวนมาก เช่น ดาวเทียม จรวด ยานอวกาศ ยานสำรวจ กล้องโทรทรรศน์อวกาศ สถานีอวกาศ สถานีควบคุมดาวเทียม อุปกรณ์เพื่อการดำรงชีวิตของนักบินอวกาศ นอกจากนี้ ยังมีการคิดค้นอุปกรณ์ด้วยเทคโนโลยีอวกาศ เพื่อประโยชน์ในการทหาร ซึ่งอาจนำไปสู่มหันตภัยต่อมนุษยชาติ นับได้ว่า การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีอวกาศ อาจเกิดประโยชน์อันดี ขณะเดียวกัน ก็อาจเกิดโทษมหันต์ได้ด้วย

3. อิทธิพลของภัยพิบัติทางธรรมชาติต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

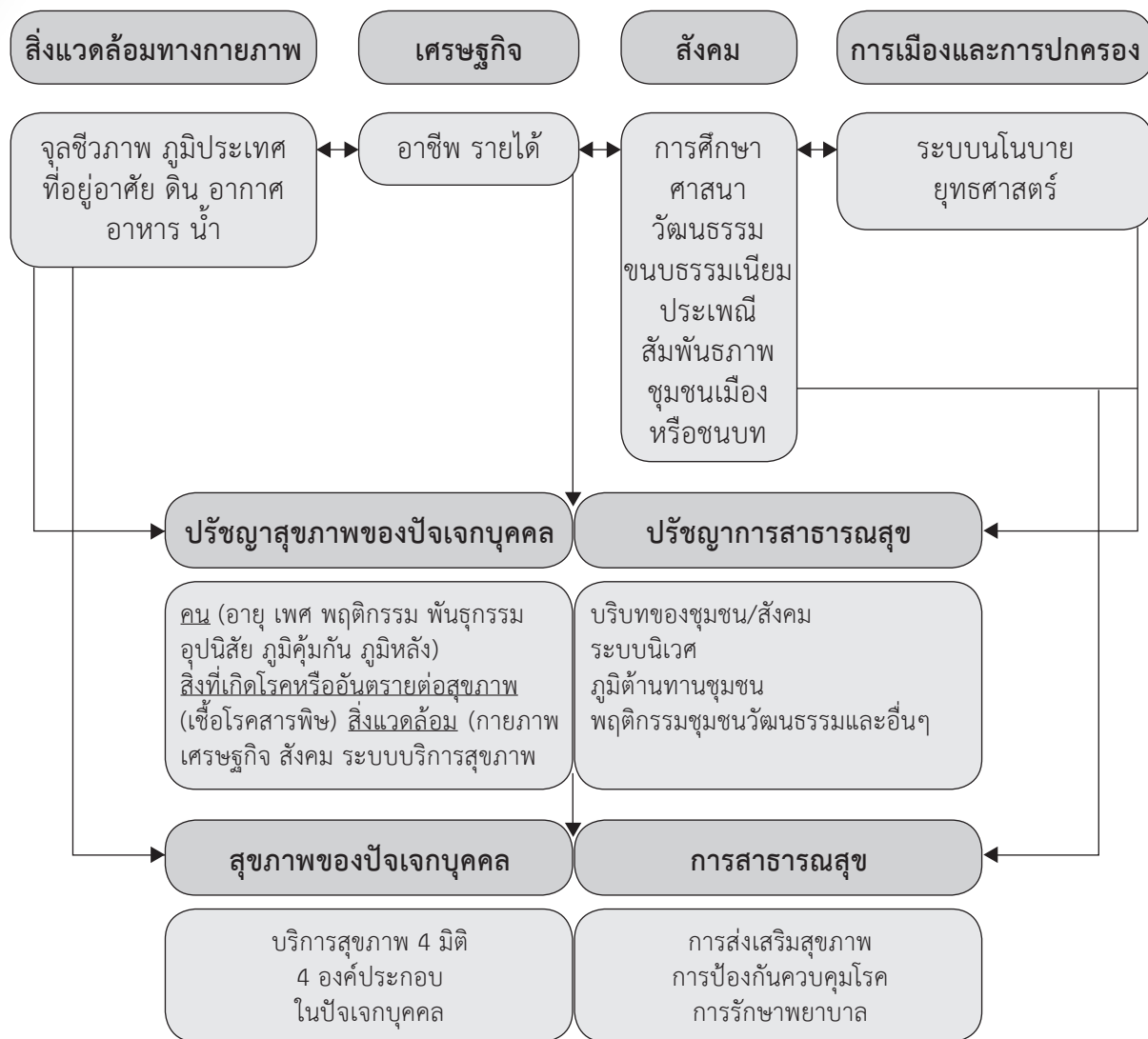
ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ทำให้เกิดอันตรายและการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินต่างๆ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ มี 3 ลักษณะ คือ

- 1) ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุภายในโลก เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟปะทุ
- 2) ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นมาบนผิวโลก เช่น การเกิดแผ่นดินถล่ม น้ำท่วมและ
- 3) ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในบรรยากาศ เช่น วัตภัย ภาวะโลกร้อน เป็นต้น ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเฉพาะชื่อของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นมากๆ ได้แก่ แผ่นดินไหว ภูเขาไฟปะทุ สึนามิ อุทกภัย แผ่นดินถล่ม แผ่นดินทรุด หลุมยุบ การกัดเซาะชายฝั่ง ภัยแล้ง วัตภัย ไฟป่า ภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ อุทกภัยตก พายุ ลูกเห็บตกและอื่นๆ

กล่าวโดยสรุปว่า จากลักษณะของภัยพิบัติที่เกิดจากโลกและจักรวาลดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและสังเคราะห์แนวทางป้องกันและแก้ไขผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรและพื้นที่เป้าหมาย ต่อจากนั้นก็สรรหาและคัดเลือกปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขภัยพิบัติแต่ละประเภทให้เกิดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตามกระบวนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่จะได้กล่าวต่อไป

4. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อปรัชญา มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือปัจเจกบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีหลายประการ ขอยกตัวอย่างปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุข มีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลหรือผลกระทบต่อสุขภาพและสาธารณสุข ทั้งทางบวกและทางลบ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และการบริการสาธารณสุข ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องมีองค์ความรู้เชิงปรัชญาในการขับเคลื่อนผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้ ดังภาพที่ 1.5



ภาพที่ 1.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

รายละเอียดของปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่อวิวัฒนาการของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึงจุลชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคหรือเชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ สัตว์ที่สามารถแพร่เชื้อโรคถึงคนได้ เช่น สุนัขบ้า เป็นต้น ภูมิประเทศ ที่อยู่อาศัย ดิน อากาศ อาหาร น้ำ ก็เป็นปัจจัยทางกายภาพเกิดเป็นพิษเป็นภัยต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ย่อมเปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องมีองค์ความรู้และความจริงมาประยุกต์ใช้ป้องกันและธำรงรักษาไว้ให้เกิดปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินอยู่เสมอ

2. เศรษฐกิจ หมายถึง สภาวะเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ถ้าอาชีพดี รายได้ดีในภาคส่วนต่างๆ ทั้งรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม รัฐบาลและประเทศชาติ ก็สามารถเข้าถึงจัดซื้อ จัดหา บริการสุขภาพและการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นแก่บริบทของทุกภาคส่วนได้ ในการพัฒนาอาชีพ พัฒนารายได้ก็ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ปรัชญาย่อมต้องปรับตัวให้มีความก้าวหน้าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างทันท่วงที

3. สังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ไม่ว่าจะทางบวกหรือทางลบก็ตาม ย่อมมีผลให้นักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา เสาะแสวงหาความรู้และความจริง ในการแก้ปัญหาสังคมทางลบและเสริมการพัฒนาสังคมทางบวก ประเด็นปัญหาและการพัฒนาทางสังคม ได้แก่ ภาวะการศึกษาของบุคคลและของชาติที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้เกิดปัญญา รู้ทันการเปลี่ยนแปลงของวิถีดำเนินชีวิตประจำวัน ให้มีทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง และของประชาชนในชาติ ศรัทธาและความเชื่อในศาสนามีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการธำรงรักษาไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงาม รวมทั้งสัมพันธ์ภาพความรัก ความสามัคคี และสมานฉันท์ของชนในชาติ ทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบท

4. การเมืองและการปกครอง กลไกขับเคลื่อนทางการเมืองและการปกครองที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาและวิวัฒนาการของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายและยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรหรือประเทศ ซึ่งมีมาตรการทางกฎหมายเป็นเครื่องมือ ประกอบด้วย ในการนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์องค์กรหรือประเทศ จึงต้องอาศัยข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งองค์ความรู้เชิงปรัชญาที่มีเหตุมีผลมาใช้สนับสนุน เพื่อให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือ ร่วมใจปฏิบัติตามนโยบายและยุทธศาสตร์นั้นๆ

5. บริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข หมายถึง การจัดการบริการสุขภาพและการบริการสาธารณสุข เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งรายปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน สาธารณชนและสังคม ทั้ง 4 มิติ แบบองค์รวม ให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาความรู้และการค้นหาความเป็นจริงในเชิงปรัชญาอย่างต่อเนื่องในบริบทต่างๆ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อปรัชญา ทั้งปัจจัยภายในตัวมนุษย์และปัจจัยภายนอกตัวมนุษย์ ดังตัวอย่างปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มีทั้งปัจจัยเชิงบวกและปัจจัยเชิงลบที่มีอิทธิพลหรือผลกระทบต่อการดำเนินงานวิถีชีวิตและผลการดำเนินงานด้านปรัชญานั้นๆ รวมทั้งมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงและเกื้อกูลซึ่งกันและกันกับปรัชญาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องมีบุคคลที่มีองค์ความรู้เชิงปรัชญาแบบองค์รวม มาเป็นหลักในการขับเคลื่อนผลักดันให้การดำเนินงานเกิดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและสูงยิ่งๆ ขึ้น โดยใช้พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง มุ่งให้การดำเนินชีวิตของมนุษยชาติเกิดการพัฒนาที่ดีและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

เรื่องที่ 1.3.3 อิทธิพลของตรรกศาสตร์ และเทคโนโลยีต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ปรัชญา เป็นวิชาที่ว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริง เกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวง หรือความสนใจของมนุษย์ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อม บนพื้นฐานของความเชื่อ ที่ได้จากการใช้เหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยใช้ตรรกศาสตร์

ตรรกศาสตร์ เป็นวิชาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิดในการให้เหตุผล มีเกณฑ์ของการใช้เหตุผลอย่าง สมเหตุสมผล นักปราชญ์สมัยโบราณได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้เหตุผล แต่ยังเป็นการศึกษาที่ไม่เป็นระบบ จนกระทั่ง มาในสมัยของอริสโตเติล ได้ทำการศึกษาและพัฒนาตรรกศาสตร์ให้มีระบบยิ่งขึ้น มีการจัดประเภทของการให้ เหตุผลเป็นรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นแบบฉบับของการศึกษาตรรกศาสตร์ในสมัยต่อมา เนื่องจากตรรกศาสตร์เป็น วิชาที่ว่าด้วยกฎเกณฑ์ของการใช้เหตุผล จึงเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาในศาสตร์อื่นๆ เช่น คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ กฎหมาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอยู่เสมอ กล่าวได้ว่า ตรรกศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาปรัชญาทุกประเภท ช่วยให้มีหลักเกณฑ์ที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจความจริง หรือ การกระทำตามความจริงนั้น ว่ามีเหตุผลหรือไม่ จะทำให้การกระทำทั้งหลาย ได้ผลสรุปอย่างมีคุณค่าเชิง เหตุผลได้ พร้อมให้แนวทางที่ชัดเจนว่า เราควรต้องทำอะไร และทำอย่างไร จึงจะสามารถดำเนินการให้เกิดมี คุณค่าเชิงเหตุผล ของสิ่งที่ทำการศึกษา

เหตุผลทางตรรกศาสตร์

เหตุผล คือ หลักฐานหรือสิ่งยืนยันความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งว่าเป็นจริง การใช้เหตุผลเป็นการกระทำ หรือเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันของมนุษย์ เมื่อเราเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้ง หรือต้องการตัดสินใจใดๆ เราก็ สามารถหาข้อยุติได้โดยการใช้เหตุผล ผู้ใดมีเหตุผลดีกว่า ข้อสรุปก็เป็นที่ยอมรับได้มากกว่า แต่เหตุผลดังกล่าว อาจไม่ใช่เหตุผลที่ถูกต้องเสมอไป เนื่องจากเรามักใช้เหตุผลตามความเคยชิน โดยขาดหลักเกณฑ์และการพิจารณา ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เป็นเหตุให้เกิดความสับสนได้

ในการวิเคราะห์การอ้างเหตุผล เพื่อตัดสินใจว่าถูกต้องหรือดีพอที่จะยอมรับได้หรือไม่นั้น เป็นสิ่งที่ทำได้ ไม่ง่ายนักถ้าปราศจากหลักเกณฑ์มาช่วยในการพิจารณา การหากฎเกณฑ์มาพิจารณาวินิจฉัยการใช้เหตุผลว่า ถูกหรือผิดอย่างไรนั้น เป็นเรื่องของตรรกศาสตร์ ดังนั้น ตรรกศาสตร์จึงเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของ การใช้เหตุผลและเป็นเครื่องมือสำคัญของการศึกษาและพัฒนาปรัชญาให้ชัดเจน เป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น

ตรรกศาสตร์จึงมีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญามาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ซึ่งจะยังคงมีอิทธิพลต่อ ปรัชญาและการพัฒนาปรัชญาในอนาคตอย่างแน่นอน

เรื่องที่ 1.3.4 อิทธิพลของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ เปลี่ยนแปลงพัฒนาและการเสื่อมความนิยมหรือการยอมรับซึ่งปรัชญา กล่าวคือ หากวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สามารถพิสูจน์ได้ว่า ความรู้ใดเป็นความจริง ความรู้นั้นก็จะได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ ตรงกันข้าม หากแนวคิดทฤษฎีใดที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้นำมาทดลอง แล้วพิสูจน์ได้ว่าความรู้นั้นไม่เป็นที่ตกลงหรือไม่เป็นที่ยอมรับในแวดวงนักปรัชญา ความรู้นั้นก็จะเสื่อมความนิยมและถูกลืมเลือนไปในที่สุด

ความสัมพันธ์ของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีกับปรัชญา

วิทยาศาสตร์เป็นเรื่องการแสวงหาความรู้ที่มีความแน่นอน รัดกุม และเป็นระบบระเบียบ แต่ปรัชญา ยังไม่พอใจเพียงความรู้ที่ได้ ยังต้องสืบค้นต่อไปให้ได้ความรู้ที่ครบถ้วนและยอมรับเป็นความจริง เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น หาสาเหตุ หาตัวการเคลื่อนไหวแรก หากจุดมุ่งหมาย หาความหมายและคุณค่า เป็นต้น ความพยายามที่จะตีความโลกและจักรวาล ปრაกฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ของมนุษย์ในลักษณะเช่นนี้ เป็นภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของปรัชญา ส่วนวิทยาศาสตร์นั้น มักจะมุ่งที่การจัดประเภท บัญญัติสูตร และบรรยายความ บรอด (Broad) กล่าวว่ วัตถุประสงค์ของปรัชญา คือ นำเอาผลลัพธ์ทางวิทยาศาสตร์แขนงต่างๆ มารวบรวมเข้ากับผลลัพธ์ที่ได้จากประสบการณ์ทางศาสนาและจริยธรรมของมวลมนุษย์ แล้วได้รตรองรวมกันเป็นหนึ่งเดียว โดยหวังว่าจะได้ข้อสรุปทั่วไปเกี่ยวกับธรรมชาติของเอกภพ ตลอดจนฐานะของมนุษย์ในปัจจุบันและบรรลุจุดมุ่งหวังต่อไปในความจริงของเอกภพ เบคอน (Bacon) กล่าวไว้ว่า การศึกษาความรู้ทุกอย่างมีอาณาเขต ปรัชญาไม่ได้ตั้งตัวขึ้นมาควบคุมหรือมาทำงานอันยุ่งยากของนักวิทยาศาสตร์ ของนักจิตวิทยา และของนักประวัติศาสตร์ แต่มีหน้าที่เพียงสังเคราะห์งานของนักวิทยาศาสตร์และนำมาใช้มุ่งหาความกระจ่างให้แก่ความต้องการอันสูงสุดของมนุษย์ ปรัชญาเป็นการรวบรวมความรู้และการสังเคราะห์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ต่างๆ ให้ได้ความจริงแท้

รัตนะ บัวสนธิ ได้สรุปความหมายของศาสตร์หรือวิทยาศาสตร์ว่า เป็นได้ทั้งส่วนที่เป็นตัวความรู้ หรือสาขาวิชา และกระบวนการค้นหาความรู้ ความหมายที่เป็นตัวความรู้หรือสาขาวิชานั้น ครอบคลุมถึงเรื่องเคมี ฟิสิกส์ ชีววิทยาและดาราศาสตร์ ดังที่เรียกกันรวมๆว่า วิทยาศาสตร์ ส่วนความหมายที่เป็นกระบวนการของกิจกรรมมนุษย์ที่ทำให้ได้ความรู้ที่สามารถทดสอบได้ ประกอบด้วย 1) การสังเกตปรากฏการณ์ในธรรมชาติแล้วกำหนดปัญหา 2) การตั้งสมมุติฐาน 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล 4) การวิเคราะห์ และ 5) การสรุปผล

ส่วนเทคโนโลยี “Technology” ในพจนานุกรม Webster’s Intermediate Dictionary แปลว่า การใช้วิทยาศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา เช่น ด้านอุตสาหกรรมหรือวิศวกรรม เป็นวิธีการใช้ความรู้พิเศษในการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง

ดังนั้น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สามารถนำมาใช้คู่กันหรือใช้เดี่ยวๆก็ได้ ซึ่งมีบทบาททำให้เกิดความรู้ใหม่และวิวัฒนาการของปรัชญาได้ทั้งสิ้น

ผลกระทบของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

1. ขั้นตอนของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ใช้เป็นวิธีหาความรู้และความเป็นจริงที่เชื่อถือได้ พัฒนาจากวิธีอนุมานและอุปมานของ ซาลส์ ดาวิน ซึ่งต่อมา จอห์น ดิวอี้ ให้ชื่อ “วิธีการ” นี้ว่า วิธีการคิดแบบใคร่ครวญรอบคอบ (Reflective thinking) และกลายเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน ซึ่งมี 5 ขั้นตอนหลัก คือ

- ขั้นกำหนดปัญหา (Problem)
- ขั้นตั้งสมมุติฐาน (Hypothesis)
- ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (Collection of data)
- ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of data)
- ขั้นสรุปผล (Conclusion)

ในการหาความรู้และความเป็นจริง จะเริ่มต้นด้วยการกำหนดปัญหาหรือการสังเกตปรากฏการณ์ในธรรมชาติที่มนุษย์มีความสงสัย หรือพิศวง ที่ผู้แสวงหาความรู้และความเป็นจริงต้องการหรืออยากรู้คำตอบ โดยระบุว่า ตนอยากรู้อะไรหรือปัญหาคืออะไร มาก-น้อยหรือรุนแรงเพียงใด แล้วตั้งสมมุติฐานหรือลองหาคำตอบจากปัญหานั้น โดยเป็นสมมุติฐานที่มีเหตุผลสนับสนุนจากหลายแหล่ง เช่น จากประสบการณ์ โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ขั้นต่อไปคือการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งกระทำได้หลายลักษณะ เช่น การสังเกต การทดลองและการสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วต้องดำเนินการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบว่าสมมุติฐานที่ตั้งขึ้นถูกต้องหรือไม่ จะยอมรับหรือปฏิเสธสมมุติฐาน อาจมีความจำเป็นต้องตั้งสมมุติฐานใหม่เมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้วจะทำให้สามารถสรุปผลได้ ทำให้ได้คำตอบต่อปัญหาที่ต้องการและเป็นคำตอบที่เชื่อถือได้ เนื่องจากวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีที่มีกระบวนการหาคำตอบหรือความรู้และความเป็นจริงที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง มีการใช้เหตุผลขั้นสูง ดังนั้น วิธีการทางวิทยาศาสตร์จึงถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการหาความรู้และความเป็นจริง ซึ่งก็คือ ตัวปรัชญา นั่นเอง

2. กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ย่อมมีผลให้เกิดการยอมรับ เชื่อมั่นและมีการประยุกต์ใช้ปรัชญาอย่างต่อเนื่องมาทุกยุคทุกสมัย รวมทั้งมีผลทำให้เกิดการศึกษาวិชาปรัชญาให้ละเอียดลึกซึ้งและกว้างขวางยิ่งขึ้น ใน 2 ด้าน คือ ด้านการพิสูจน์หรือวางมาตรการวัดว่าสิ่งใดเป็นความรู้ความเป็นจริง และการศึกษาค้นคว้าปรัชญาใหม่ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นหรือปัญหาเดิม ซึ่งการพิสูจน์หรือวางมาตรการวัดความรู้และความเป็นจริงนั้นหมายถึง กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาใช้ในการทดสอบหรือพิสูจน์ว่าข้อมูลใดสิ่งใดเป็นความรู้และเป็นจริงหรือไม่ หรือกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อาจใช้ในการกำหนดมาตรการ (Measure) ว่า ข้อมูลหรือสิ่งใดเป็นความรู้หรือเป็นความจริง ซึ่งเป็นที่ยอมรับ เชื่อถือ และนำไปปรัชญานั้นไปประยุกต์ใช้ประพฤติดิปฏิบัติต่อกันมาทุกยุคทุกสมัย แสดงว่าปรัชญานั้นมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษาค้นหาปรัชญาใหม่ในการแก้ปัญหาใหม่หรือปัญหาเดิมนั้นก็เกิดจากบทบาทและคุณลักษณะของการทำงานของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ทำอย่างชัดเจนเช่นเดียวกัน

3. กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สร้างองค์ความรู้และปรัชญา สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ให้คำนิยามของการวิจัยว่า “การวิจัย หมายถึง การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์หรือทดลอง อย่างมีระบบ โดยอาศัยอุปกรณ์หรือวิธีการเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงหรือหลักการไปใช้ตั้งกฎหรือทฤษฎีหรือแนวทางในการปฏิบัติ

แวน ดาเลน ให้ความหมายของงานวิจัย (Research) สรุปว่า “Research is defined by scholars as a careful critical search for solutions to the problems that plague and puzzle mankind” แปลความว่า การวิจัย หมายถึงการค้นหาด้วยความระมัดระวังและจริงจัง เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบต่อปัญหาที่มนุษยชาติมีความเคลือบแคลงและสงสัย

ใน Webster,s Intermediate Dictionary ได้ให้ความหมายของ Research ว่า การวิจัยคือ การศึกษาและค้นคว้าอย่างละเอียดเพื่อค้นพบและอธิบายความรู้ใหม่

4. กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สร้างนวัตกรรมเชิงปรัชญา โดยองค์ความรู้และปรัชญาใหม่ มีผลดีต่อการนำปรัชญาที่หลากหลายไปประยุกต์ใช้สร้างนวัตกรรมในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านสุขภาพและการสาธารณสุขด้วย ส่วนการนำกระบวนการวิจัยไปใช้พิสูจน์หรือวางมาตรการวัดหรือทดสอบว่า ข้อมูลใดหรือสิ่งใดที่มีอยู่แล้ว เป็นปรัชญาหรือไม่อย่างไรนั้น ก็นับว่ามีคุณประโยชน์มากเนื่องจากกระบวนการวิจัยทางสังคมศาสตร์ มักได้ผลสรุปเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบกว้างๆ ดังนั้น หากใช้กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์หรือทดสอบด้วยก็จะได้ผลสรุปที่ชัดเจน เป็นที่น่าเชื่อถือและยอมรับได้มากขึ้น ซึ่งย่อมมีผลต่อความเจริญก้าวหน้าของปรัชญาได้เช่นเดียวกัน

เรื่องที่ 1.3.5 อิทธิพลของศาสนาต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ความสัมพันธ์ของศาสนาและปรัชญา

ศาสนาส่วนใหญ่เกิดจากศรัทธาและความกลัวและเป็นเรื่องจิตวิญญาณ แต่ปรัชญาเกิดจากความอยากรู้ อยากเห็นและเป็นเรื่องของการใช้เหตุผลหาความจริง จากการศึกษาประวัติศาสตร์ศาสนาและประวัติศาสตร์ปรัชญา พบว่า ศาสนาเกิดก่อนปรัชญา ศาสนากับปรัชญาต่างมีเอกลักษณ์ประจำตัวคนละอย่าง ในประเทศกรีกโบราณที่เป็นบ่อเกิดของอารยธรรมตะวันตก ปรัชญาเกิดขึ้นเมื่อปัญญาชนไม่พอใจคำอธิบายของศาสนาเกี่ยวกับโลกและชีวิต โดยการอ้างอิงอำนาจของเทพเจ้าหรือพลังเหนือธรรมชาติและพยายามหาคำอธิบายใหม่ที่มีเหตุผล พัฒนาการของปรัชญาในยุคกรีกโบราณ เริ่มจากงานของโสเครตีสและพัฒนาสูงสุดในสมัยของเพลโตและอริสโตเติล

ในสมัยต่อมาการพัฒนาปรัชญาทำให้ปรัชญาเผชิญหน้ากับศาสนาคริสต์ที่มีอิทธิพลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเหตุที่ศาสนาคริสต์เป็นศาสนาแห่งศรัทธา ส่วนปรัชญาเป็นเรื่องของการใช้เหตุผล การวิเคราะห์และการวิพากษ์ ระยะเวลาคริสต์ศาสนาดำรงปรัชญาในแง่ลบ ในสมัยกลางของยุโรป นักวิชาการศาสนาคริสต์แก้ปัญหาการเผชิญหน้ากันด้วยการนำปรัชญาของเพลโตและอริสโตเติล ซึ่งเป็นที่นิยมของปัญญาชนในสมัยนั้น มาบูรณาการเข้ากับคำสอนในศาสนา เพื่อให้ศาสนาคริสต์มีเหตุผลสนับสนุนความศรัทธา การใช้ปรัชญาอธิบายคำสอนศาสนาในกรอบของศรัทธา มีผลให้ปรัชญาและศาสนาผสมกลมกลืนเข้าด้วยกัน นักศาสนาและนักปรัชญาชาวคริสเตียนที่ทำเรื่องนี้ได้สำเร็จและเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อื่นศึกษาต่อมา คือ เซนต์ ออกัสติน และ เซนต์ โทมัส ออะควินัส ใช้เหตุผล (ปรัชญา) ในกรอบของศรัทธา ทำให้นักศาสนาสามารถพิสูจน์ด้วยเหตุผลได้ว่า พระเจ้าของศาสนาคริสต์นั้นมีอยู่จริง เพื่อสนับสนุนความเชื่อเรื่องพระเจ้าของชาวคริสเตียนและเพื่อดึงดูดปัญญาชนให้หันมานับถือศาสนาคริสต์มากขึ้น

ศาสนาในโลกนี้มีหลายศาสนา แล้วแต่ศรัทธาความเชื่อในศาสนาอะไร หรือไม่ สำหรับประเทศไทย กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรมแห่งชาติ ได้รับรองศาสนาที่ประชาชนชาวไทยเคารพนับถือในประเทศไทย ในปัจจุบัน มี 5 ศาสนา ได้แก่ พุทธศาสนา ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู และ ศาสนาซิกข์ ซึ่งทุกศาสนา คือ หนทางสู่สันติ ทุกศาสนาสอนให้ศาสนิกชนประพฤติดี ทำดี ไม่เบียดเบียนกันทั้งสิ้น โดยทั้ง 5 ศาสนาในประเทศไทย มีหลักการสอน การปฏิบัติ ที่สำคัญ ดังนี้

ศาสนาพุทธ เป็นศาสนาและปรัชญาอินเดียสายนาสติกะ (Heterodose) หมายถึง สายที่ปฏิเสธคำสอนของพระเวท มีพระโคตมพุทธเจ้าเป็นศาสดา เป็นศาสนาประเภทอเทวนิยม คือ ไม่เชื่อและไม่นับถือเทพเจ้า เกิดขึ้นในประเทศอินเดีย เมื่อประมาณ 2600 กว่าปีมาแล้ว หลังจากเจ้าชายสิทธัตถะตรัสรู้พระสัมมาสัมโพธิญาณเป็นพระอรหันตสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นศาสนาแห่งการพิจารณาเหตุผลและการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตัวเอง พึ่งตนเอง และขยายความช่วยเหลือไปสู่ผู้อื่นด้วยความปรารถนาดี (เมตตา) และความคิดช่วยให้พ้นจากทุกข์ (กรุณา) ศาสนาพุทธ มี 2 นิกายใหญ่ คือ นิกายเถรวาท และนิกายมหายาน

คัมภีร์ทางศาสนาพุทธเรียกว่า พระไตรปิฎก รวบรวมคำสอนของพระพุทธเจ้า พิธีกรรมทางศาสนา จำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ พิธีกรรมที่เป็นพุทธบัญญัติ หมายถึง พิธีกรรมที่พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติไว้เป็น

แบบแผนที่แน่นอนสำหรับพุทธศาสนิกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภิกษุหรือภิกษุณีใช้เป็นหลักปฏิบัติ เช่น พิธีบรรพชา อุปสมบท พิธีระงับอธิกรณ์ (หมายถึง การระงับข้อขัดแย้งของสงฆ์) พิธีการกฐิน (หมายถึง การกล่าวถวายผ้ากฐินของสงฆ์) ส่วนพิธีกรรมอื่น พัฒนาขึ้นในท้องถิ่นของผู้นับถือศาสนาพุทธ เช่น พิธีเกี่ยวกับผู้ตาย พิธีทำบุญขึ้นบ้านใหม่ พิธีทำบุญวันเกิด พิธีเนื่องในวันสำคัญทางศาสนาพุทธ เป็นต้น

ศาสนาอิสลาม ถือกำเนิดขึ้นในดินแดนตะวันออกกลาง บริเวณแหลมอารเบีย ซึ่งเป็นแหลมเล็กๆ แหลมหนึ่งในทวีปเอเชีย มีศาสดาชื่อมุฮัมมัด เป็นศาสนาประเภทเอกเทวนิยม หมายถึง นับถือพระเจ้าองค์เดียว คือ อัลเลาะห์ มีคัมภีร์สำคัญคือคัมภีร์อัลกุรอาน พิธีกรรมที่สำคัญคือการละหมาด (นมัสการ) การถือศีลอด การบำเพ็ญฮัจญ์ ศาสนาอิสลามไม่มีนิกบวช ผู้นับถือศาสนาอิสลามเรียกว่ามุสลิม มุสลิมทุกคนทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติศาสนกิจเท่าเทียมกัน ไม่แยกกิจการทางโลกและกิจการทางศาสนาออกจากกัน คำสอนมีลักษณะเป็นจริยธรรมและกฎหมาย

ศาสนาคริสต์ เป็นศาสนาที่เกิดขึ้นในระยะที่ 1 ของคริสตศตวรรษแรกบริเวณชายฝั่งทะเลเมดิเตอร์เรเนียนทางตะวันออกของตะวันออกกลาง ปัจจุบันคือประเทศอิสราเอลและปาเลสไตน์ ศาสนาคริสต์มีพระเยซูเป็นศาสดา โดยเชื่อว่าพระเยซูคือพระคริสต์ผู้เสด็จมาสู่โลกนี้เพื่อช่วยให้มนุษย์รอดพ้นจากบาป เพื่อให้กลับมีชีวิตใหม่เป็นมนุษย์ที่ถูกต้องตามที่พระเจ้าทรงสร้างไว้ เป็นศาสนาประเภทเอกเทวนิยม คือ นับถือพระเจ้าองค์เดียว มีคัมภีร์ไบเบิลเป็นคัมภีร์สำคัญ แบ่งออกเป็นคัมภีร์ภาคพันธสัญญาเดิมและคัมภีร์ภาคพันธสัญญาใหม่ ปัจจุบันศาสนาคริสต์แบ่งออกเป็น 3 นิกายใหญ่ คือ โรมันคาทอลิก โปรเตสแตนต์และออร์ทอดอกซ์ ศาสนิกชนของศาสนาคริสต์ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา และกระจายไปยังประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ศาสนาพราหมณ์ เป็นศาสนาของอินเดียโบราณ ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นศาสนาฮินดูในปัจจุบัน ศาสนาพราหมณ์เป็นศาสนาประเภทพหุเทวนิยม นับถือพระเจ้า เทวี หลายองค์ มีคัมภีร์สำคัญคือ คัมภีร์พระเวท พราหมณะ และอุปนิษัท ในระยะแรกของศาสนาพราหมณ์จะมีการประกอบพิธีกรรมหลายอย่าง โดยถือว่ามีความศักดิ์สิทธิ์ เป็นการบูชาเทพเจ้า อ้อนวอนขอความเมตตา ความสุขความเจริญ ซึ่งได้มีการพัฒนาในระยะต่อมา ส่วนศาสนาฮินดูพัฒนามาจากศาสนาพราหมณ์ ศาสนาฮินดูเป็นศาสนาที่ไม่มีศาสดา เน้นการปฏิบัติตนตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ด้วยเหตุที่ความเชื่อเรื่องเทพเจ้า พิธีกรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งคัมภีร์ทางศาสนาซึ่งเป็นสิ่งที่รับมาจากศาสนาพราหมณ์ทั้งโดยตรงและโดยการนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับกาลสมัย จึงนิยมเรียกกันว่า ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู จัดเป็นศาสนาและปรัชญาอินเดียสายอัสติกา (Orthodox) คือ นับถือและเชื่อตามพระเวท เทพเจ้าองค์สำคัญที่เป็นที่รู้จัก ได้แก่ พระพรหม พระวิษณุ พระนารายณ์และพระศิวะ

ศาสนาซิกข์ ศาสนาซิกข์เป็นศาสนาที่เกิดขึ้นในประเทศอินเดีย เมื่อ พ.ศ.2012 (ค.ศ.1469) มีทานคุรูนานัก เป็นผู้ก่อตั้งและประกาศศาสนา เป็นศาสนาประเภทเอกเทวนิยม นับถือพระเจ้าองค์เดียว ศาสนาซิกข์ยอมรับสิ่งจำเป็นของโลกที่ต้องแสวงหาเพื่อความอยู่รอด แต่การแสวงหานั้นเป็นการแสวงหาแต่สิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต รู้จักความพอ ไม่สะสมเกินความจำเป็น ผู้นับถือศาสนาซิกข์จะถือสัญลักษณ์ 5 อย่าง คือ อักขร “ก” ทั้ง 5 ได้แก่

เกศ	ศรัષะไม่ตัดผมเลยตลอดชีวิต
กัณหา	หวีขนาดเล็ก
กณ	กางเกงขาสั้น
กรร	กำไลข้อมือทำด้วยเหล็ก
กิริปาม	ดาบ

ผู้นับถือศาสนาซิกข์ ถ้าเป็นชายจะมีคำว่า “สิงห์” ต่อท้ายชื่อ ถ้าเป็นหญิงจะมีคำว่า “กอร์” (kaur-ผู้กล้า) ต่อท้ายชื่อ

อิทธิพลของศาสนาต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

โดยที่ศาสนาและปรัชญาจะมีที่มาแตกต่างกันดังกล่าวข้างต้น ศาสนามาจากศรัทธาต่อคำสอนของศาสดาและความกลัวต่อการฝ่าฝืนหลักธรรมคำสอน ซึ่งอาจเกิดสิ่งที่ไม่ดี เป็นอัมพมงคล เป็นบาป หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่วนปรัชญามาจากความอยากรู้อยากเห็นตามธรรมชาติของมนุษย์และคิดค้นใช้เหตุผลว่าความจริงคืออะไรในเชิงอภิปรัชญา เรารู้หรือมีมาตรการหาความจริงอย่างไรในเชิงญาณปรัชญาและเราจะปฏิบัติตนอย่างไรให้สอดคล้องกับความจริงในเชิงคุณปรัชญา ดังนั้น นักปรัชญาจึงมีการศึกษาค้นคว้าหาเหตุผลและใช้เหตุผลเชิงตรรกศาสตร์มาอธิบายและค้นหาความจริงของศรัทธาและความกลัว ในการเรียนรู้และการปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาต่างๆ เมื่อมีการศึกษาและเผยแพร่คำสอนของศาสนาให้กว้างขวางมากขึ้นในหมู่ชนและสังคม ก็จะเป็นการส่งเสริมให้นักปรัชญาและหรือนักศาสนาเหล่านั้น ค้นหาความจริงให้มากขึ้นตามไปด้วย ศาสนาและปรัชญาจึงมีวิวัฒนาการมากขึ้นตามไปด้วย

เรื่องที่ 1.3.6 อิทธิพลของศิลปะต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ความหมายและขอบเขตของศิลปะ

ศิลปะ ในภาษาอังกฤษ คือ Art พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530 ราชบัณฑิตยสถาน นิยามศิลปะว่า การประดับ ฝีมือ ฝีมือทางการช่าง การแสดงออกให้เห็นถึงอารมณ์ ศิลปิน หมายถึง ผู้มีศิลปะในการแสดงเกี่ยวกับร้องรำทำเพลง สำหรับ Art พจนานุกรม Webster's Intermediate Dictionary, 1986 ได้ให้คำนิยามว่า หมายถึง ทักษะที่เกิดจากประสบการณ์หรือการศึกษาเล่าเรียน เป็นสาขาวิชาหนึ่ง ที่ต้องใช้ความรู้หรือทักษะ การใช้ทักษะหรือการสร้างสรรค์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำให้เกิดสิ่งที่สวยงามในการดู การฟัง หรือการอ่านและงานต่างๆ ของศิลปิน เช่น รูปภาพ บทประพันธ์ หรือเพลง เป็นต้น

จากความหมายของศิลปะดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าศิลปะเป็นทักษะสร้างสรรค์ให้เกิดสิ่งที่สวยงามในการดู การฟัง การอ่าน รวมถึงศิลปกรรม รูปภาพ บทประพันธ์ หรือเพลง ซึ่งล้วนแต่เป็นสิ่งที่สวยงามและมีคุณค่า ซึ่งอยู่ในขอบข่ายของปรัชญาประเภทคุณวิทยาหรืออรรถวิทยา (Axiology) หมายถึง ทฤษฎีคุณค่า (Theory of Value) ประกอบด้วย ตรรกศาสตร์ จริยศาสตร์และสุนทรียศาสตร์ โดยศิลปะเป็นส่วนหนึ่งของสุนทรียศาสตร์ ซึ่งเป็นระบบวิชาที่ว่าด้วยคุณค่าของความงาม หรือความเลอเลิศ (Sublime) เช่น คุณค่าความงามของรูปปั้น คุณค่าความงามของภาพวาด เป็นต้น

การผลิตความงามเป็นจุดมุ่งหมายของศิลปะ อันที่จริงศิลปะที่สวยงามจะแสดงออกในสิ่งที่สวยงาม ซึ่งในธรรมชาติอาจจะน่าเกลียด หรือไม่น่าอภิรมย์ก็ได้ ศิลปะที่สวยงามมี 3 ประการ ได้แก่

1. ศิลปะของการพูด หรือกล่าวสุนทรพจน์ (Speech) ได้แก่ การใช้ถ้อยคำชักจูงโน้มน้าว (Rhetoric) และบทประพันธ์
2. ศิลปะรูปแบบ (Formative arts) ได้แก่ การวาดภาพ ศิลปะพลาสติก รูปแกะสลักและสถาปัตยกรรม
3. ศิลปะการสร้างความรู้สึกต่อการสัมผัส (A play of sensation) ที่สำคัญที่สุด คือ ดนตรี Kant กล่าวว่า บทกวี (Poetry) เป็นศิลปะที่สวยงามที่สุดในบรรดาศิลปะทั้งหลาย

อิทธิพลของศิลปะต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ศิลปะมีบทบาทและอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญาประเภทสุนทรียศาสตร์ ใน 2 ด้าน คือ ด้านการศึกษาวิชาว่าด้วยสุนทรียศาสตร์และด้านเนื้อหาสาระของสุนทรียศาสตร์

1. อิทธิพลของศิลปะต่อการศึกษาวิชาว่าด้วยสุนทรียศาสตร์ เนื่องจากศิลปะมีหลายสาขาและเกี่ยวข้องกับธรรมชาติ ความต้องการและความคาดหวังของมนุษย์ รวมทั้งเป็นวัฒนธรรมของสังคมและประเทศชาติด้วย แต่อย่างไรก็ตามภายใต้โลกแห่งโลกาภิวัตน์ และเทคโนโลยีสารสนเทศแบบไร้พรมแดน ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อถึงการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกนึกคิด ความต้องการและความคาดหวังของมนุษย์ นั่นหมายถึง ความจำเป็นในการศึกษาค้นคว้าหาคำตอบเชิงปรัชญาด้านสุนทรียศาสตร์ ให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ของมนุษย์และสังคมในแต่ละยุคแต่ละสมัยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาค้นคว้าด้านศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของไทยในภูมิภาคและยุคสมัยต่างๆ

2. อิทธิพลของศิลปะต่อวิวัฒนาการด้านเนื้อหาสาระของสุนทรียศาสตร์

จากวิวัฒนาการด้านการศึกษาวិชาว่าด้วยสุนทรียศาสตร์ในข้อ 1. ย่อมมีผลให้เกิดเนื้อหาสาระใหม่ของสุนทรียศาสตร์ ซึ่งเป็นคำตอบที่เกิดจากคำถามหรือปัญหาเชิงปรัชญาด้านสุนทรียศาสตร์ที่มนุษย์จะได้เรียนรู้เนื้อหาสาระของศิลปะ วัฒนธรรมอันล้ำค่าทางภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ชาติไทยและตัดสินใจนำไปพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติหรือไม่อย่างไรต่อไป เช่น การพัฒนาเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ในแต่ละภูมิภาคของประเทศ นำรายได้สู่ประชาชนและประเทศชาติได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

ตอนที่ 1.4

วิธีการศึกษาปรัชญา

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 1.4 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 1.4.1 วิธีการศึกษาปรัชญาของนักปรัชญา สำนักปรัชญาและสำนักการศึกษาปรัชญา
- 1.4.2 วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักการทางศาสนา
- 1.4.3 วิธีการศึกษาปรัชญาทางตรรกศาสตร์
- 1.4.4 วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักวิทยาศาสตร์

แนวคิด

1. วิธีการศึกษาปรัชญาของนักปรัชญา มีหลากหลาย ได้แก่ วิธีการอนุมาน วิธีการสงสัย วิธีการนิยาม วิธีการบรรยาย วิธีการวิจารณ์ วิธีการนำเสนอ วิธีการวิทยาศาสตร์ วิธีการหยั่งรู้และวิธีการวิเคราะห์ภาษา

2. ศาสนาที่มีพระเจ้าถือว่าความรู้ที่แท้จริงนั้นได้มาจากการเผยแจ้งของพระเจ้าเป็นเจ้ากับบุคคลที่มีลักษณะพิเศษบางคน ผู้นั้นก็นำมาบอกแก่มวลมนุษย์สืบทอดกันมาถึงคนชั้นหลังๆ ส่วนศาสนาที่ไม่มีพระเจ้าเช่น ศาสนาพุทธ พระพุทธองค์ทรงตรัสรู้เองโดยชอบด้วยพระองค์เองในปัญญาและสัจธรรม แล้วสอนพุทธบริษัทให้รู้ตาม

3. วิธีการศึกษาปรัชญาโดยใช้ตรรกศาสตร์ เป็นการค้นหาปัญหาเชิงปรัชญา การคิดหาเหตุผลทางตรรกศาสตร์ในการแก้ปัญหา การหาคำตอบที่น่าเป็นไปได้ การสรุปความรู้และปรัชญาในการแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ มี 2 แบบ คือ แบบอุปนัยและแบบนิรนัย

4. วิธีการศึกษาความรู้ในทางวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์กายภาพ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกันใจในการพิสูจน์กฎทางวิทยาศาสตร์ การทดลองจึงเป็นหนทางที่จำเป็นและสำคัญต่อการทดสอบกฎในทางวิทยาศาสตร์นี้ โดยจะต้องเป็นการทดลองที่ปฏิบัติได้จริง มีจำนวนตัวอย่างที่มากพอ รวมทั้งสามารถกำหนดทิศทางใหม่ๆ ให้แก่วงการวิทยาศาสตร์ได้

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 1.4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. วิธีการศึกษาปรัชญาของนักปรัชญา สำนักปรัชญา และสำนักการศึกษาปรัชญา
2. วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักการทางศาสนา
3. วิธีการศึกษาปรัชญาทางตรรกศาสตร์
4. วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักวิทยาศาสตร์

เรื่องที่ 1.4.1 วิธีการศึกษาปรัชญาของนักปรัชญา สำนักปรัชญาและสำนักการศึกษาปรัชญา

ปรัชญาเป็นวิชาความรู้ที่พยายามศึกษาสิ่งต่างๆ ย่อมมีวิธีการเป็นของตนเอง ปรัชญาได้ให้คำตอบต่อความสงสัยของมนุษย์ในเรื่องต่างๆ มากมาย ทั้งในเรื่องชีวิต จิตวิญญาณ อีสรภาพ เสรีภาพ สังคม การเมือง และอื่นๆ ปรัชญาได้ทำหน้าที่ส่องสว่างแห่งปัญญาเพื่อไขปัญหาบรรดาที่มี ก่อให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์หรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น ปรัชญาทำหน้าที่ของตนเพื่อการได้มาซึ่งความรู้คุณค่าและความจริง โดยใช้วิธีการหลากหลาย ดังนี้

1. วิธีการอนุมาน (Inference)

นักปรัชญาในอดีตบางส่วนพยายามใช้วิธีการคาดคะเนตามหลักเหตุผล ในการแสวงหาความรู้หรือค้นหาความจริง ตามความเป็นไปได้ของสิ่งทั้งหลาย สิ่งที่ถูกคาดคะเน อาจเกิดขึ้นจริงๆ หรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ เพราะในขณะที่คาดคะเนสิ่งนั้นยังมิได้บังเกิดขึ้น การคาดคะเนความจริงเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้เหตุผลที่นักปรัชญาพยายามชี้ให้เห็นความเป็นไปได้ของสิ่งที่พวกเขากำลังกล่าวถึง และการคาดคะเนความจริงนั้น อาศัยสิ่งที่พวกเขาเคยประสบไปหาสิ่งที่พวกเขายังมิได้ประสบ เราเรียกวิธีการนี้ว่า “อนุมาน” เช่น อนุมานว่า ดาวดวงอื่นในจักรวาลบางดวงที่มีอุณหภูมิคล้ายๆ กับโลกมนุษย์ จึงน่าจะมีสิ่งมีชีวิตดำรงอยู่ การที่เราบอกว่าดาวดวงอื่นน่าจะมีสิ่งมีชีวิตอยู่ เพราะอนุมานหรือให้เหตุผลจากโลกที่เป็นดาวดวงที่เราอาศัยอยู่เป็นการอนุมานจากสิ่งที่เราประสบโดยตรง หรือกรณีการให้เหตุผลของเรื่องทีกล่าวว่า สิ่งที่มีอยู่คือสิ่งที่คิดถึงได้ (Cogito Ergo Sum) เช่น มนุษย์ สัตว์ ต้นไม้ ฯลฯ เหล่านี้เป็นสิ่งที่เราคิดถึงได้ปรากฏว่าสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่มีอยู่ สิ่งอื่นๆ แม้จะไม่ดำรงอยู่เบื้องหน้าเรา หากเราคิดถึงสิ่งนั้นได้ สิ่งนั้นก็ต้องมีอยู่ การอนุมานสิ่งที่เรามองไม่เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีอยู่ เป็นรูปแบบหนึ่งของวิธีการคาดคะเนความจริงโดยอาศัยตรรกะเป็นวิธีการหนึ่งในการศึกษาทางปรัชญา

2. วิธีการสงสัย (Skeptic)

โสกราตีส ได้ชื่อว่าเป็นผู้นิยมชมชอบกับการใช้วิธีสงสัย หรือแกล้งทำเป็นสงสัยเพื่อแสวงหาความรู้และความจริง เพื่อนำข้อสงสัยของเขาไปซักถามกับบรรดานักปราชญ์ในยุคปรัชญารุ่งเรืองของปรัชญากรีก เพื่อให้เกิดการโต้แย้งข้อสงสัยนั้น ระหว่างนักปราชญ์หรือผู้ที่ตั้งตนเป็นปราชญ์ กับ โสกราตีส การตั้งข้อสงสัยของโสกราตีส เป็นการช่วยกระตุ้นให้มีการคิดและแสวงหาคำตอบร่วมกันและนำไปสู่ข้อสรุป

3. วิธีการนิยาม

การนิยามเป็นการให้คำจำกัดความเรื่องทีกล่าวถึงเพื่อหาขอบเขตและสาระที่แท้จริงของสิ่งนั้น โสกราตีส เป็นผู้นำวิธีนี้มาใช้ในการหาความรู้และความจริง การนิยามเป็นการแสดงมโนภาพที่เรามีความเข้าใจสิ่งนั้นเพื่อให้ภาพที่ชัดเจน การนิยามที่ถูกต้องย่อมทำให้เราพบความจริง ในทางกลับกันการนิยามที่ผิดพลาดย่อมนำไปสู่ความรู้ที่ผิดพลาด เช่น การนิยามคำว่า “มนุษย์” อริสโตเติล ได้นิยามคำว่ามนุษย์คือสัตว์ที่มีเหตุผล การนิยามอย่างนี้ ทำให้เราพบความจริงว่ามนุษย์เป็นสัตว์ชนิดหนึ่งในบรรดาสัตว์ทั้งหลายที่มีอยู่ แต่ความ

แตกต่างของมนุษย์จากสัตว์อื่นตรงที่มนุษย์นั้นเป็นสัตว์ที่รู้จักคิด คิดได้ และคิดอย่างมีเหตุผล ในขณะที่สัตว์ประเภทอื่นๆ แม้ว่าลักษณะหรือพฤติกรรมที่เหมือนมนุษย์ในหลายสิ่ง ทั้งการกิน การนอน การเสพเมถุนหรือการกลัวภัย แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือ การใช้ปัญญา หรือการรู้จักใช้เหตุผล ดังนั้น สารัตถะหรือสิ่งที่เป็นความจริงและความจริงที่พบนั้น ไม่สามารถพบได้ในสัตว์ชนิดอื่น คือ เหตุผล

4. วิธีการบรรยาย (Describe)

นักปรัชญาพยายามใช้วิธีการต่างๆ กัน ในการแสวงหาความรู้และความจริง วิธีหนึ่งในหลายๆ วิธีคือการบรรยาย โดยการพรรณนาให้ผู้ฟังหรือผู้อ่านได้รู้ได้เข้าใจสิ่งที่ประสบ หรือในสิ่งที่มีได้ประสบ การบรรยายของนักปรัชญาเหมือนหนึ่งการทำงานของศิลปิน ที่บรรจงวาดภาพที่เขาเห็นและเกิดความประทับใจในสิ่งที่เห็นนั้นให้ผู้อื่นได้เห็น และเกิดความประทับใจในสิ่งที่เห็นนั้น เหมือนที่ตัวเองเห็นและประทับใจ เป็นการสื่อความจริงโดยผ่านภาษาที่นำมาบรรยาย ทั้งในเรื่องของชีวิต จิตใจ อารมณ์ สังคม นักปรัชญาที่เก่งย่อมฉายภาพความจริงของสิ่งนั้นไปสู่ผู้อื่นให้แจ่มชัดเหมือนหนึ่งส่องสว่างไปในที่มืด เติมเต็มส่วนที่ขาดหายไป การบรรยายของนักปรัชญาจึงเป็นวิธีการอีกวิธีหนึ่ง

5. วิธีการวิจารณ์ (Critique)

การได้มาซึ่งความรู้ก็วิธีหนึ่ง คือ การวิจารณ์ ซึ่งเป็นการใช้เหตุผลอีกรูปแบบหนึ่ง แต่เป็นการใช้เหตุผลต่อสิ่งเหล่านี้ คือ ต่อปรากฏการณ์และสิ่งแวดล้อม ต่อองค์ความรู้ที่มีมาก่อน ต่อปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น หลายสิ่งหลายประการยังไม่เป็นที่เข้าใจก็มีอยู่ ยังเข้าใจไม่ชัดก็มีอยู่ ยังเป็นการเคลือบแคลงสงสัยก็มีอยู่หรือที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้องก็มีอยู่ เป็นหน้าที่ของนักปรัชญาที่จะต้องทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์โดย การวิพากษ์วิจารณ์ เช่น ปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ปรากฏการณ์ทางสังคม หรือองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นก่อน ความรู้หลายเรื่องแม้ว่าจะเป็นที่ลงตัวเรียบร้อยแล้วในทรรศนะของนักปรัชญาบางกลุ่ม แต่ไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นที่ยอมรับของนักปรัชญาอื่นๆ นักปรัชญาท่านอื่นสามารถใช้เหตุผลของตนวิจารณ์ความรู้ดังกล่าวนั้นได้เพื่อชี้ให้เห็นช่องโหว่และเสนอมุมมองใหม่ ดังในกรณีของ อิมมานูเอล คานต์ ที่ได้วิจารณ์เหตุผลนิยมและประสบการณ์นิยมที่ได้นำเสนอ โดยเรอเน เดการ์ต (Rene Decartes) และจอห์น ล็อก (John Locke) ตามลำดับ จนกระทั่งก่อให้เกิดความรู้หรือลัทธิใหม่ขึ้นมาในโลกของปรัชญา

6. วิธีการสนทนา (Dialogue)

วิธีการสนทนาเป็นอีกวิธีหนึ่งที่นักปรัชญาผู้ยิ่งใหญ่ทั้งหลายนิยมนำมาใช้กับคู่สนทนา วิธีการนี้นักปรัชญาตะวันตก เช่น โสกราตีส นำมาใช้มากและไม่เพียงแต่นักปรัชญาตะวันตกเท่านั้น ศาสตราจารย์ใหญ่ของตะวันออก เช่น พระพุทธเจ้า ก็ทรงนำมาใช้บ่อยครั้งรวมถึงขงจื้อและเล่าจื้อด้วย นักปราชญ์และศาสดาเหล่านี้ใช้การสนทนา ซักถาม และตอบคำถาม ในคราวเดียวกัน ก็ปรากฏให้เห็นบ่อยๆ เช่น การสอนเรื่อง “อนัตตา” ในพระสูตรที่ชื่อว่า “อนัตตลักขณสูตร” หรือในพระสูตรอื่นอีกมากมาย ที่ขึ้นด้วยพระดำรัสที่ว่า กายนุตถ ภิกขเว เอตริ สนิสิสิณา แปลว่า ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย เธอทั้งหลายนั่งประชุมพร้อมกันด้วยเรื่องอะไรหนอ หลังจากนั้นพระพุทธองค์จะร่วมสนทนา และแสดงปรัชญาธรรมในการสนทนาธรรมครั้งนั้นๆ ด้วย

7. วิธีการวิทยาศาสตร์ (Scientific)

การแสวงหาความรู้และความจริงตามหลักการของวิทยาศาสตร์นั้น อาศัยการสังเกต การทดลอง เป็นสิ่งสำคัญ ยิ่งสังเกตมาก ทดลองมาก ยิ่งมีประสบการณ์มาก มีข้อมูลมาก มีการทดลองหลายๆ ครั้งกับข้อมูลที่ได้มา ทำให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องมากขึ้น ความรู้หรือข้อสรุปของเราจะสมเหตุสมผลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับข้อมูล การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การนำเสนอข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้หรือทดลอง นักปรัชญาพยายามใช้วิธีการเหล่านี้

8. วิธีการหยั่งรู้ (Intuition)

นักปราชญ์ เช่น อองรี แบร์กซอง (Henry Bergson) ไม่ยอมรับการได้มาซึ่งความรู้ด้วยวิธีต่างๆ ของนักปรัชญาที่อาศัยวิธีพุทธิปัญญา (intellectual method) หรืออาศัยสติปัญญาที่เกิดจากการคิด เพราะอองรีถือว่า การหยั่งรู้ เป็นวิธีการเดียวที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องและตรง การได้มาซึ่งความรู้ชนิดนี้ ต้องผ่านใจโดยตรง ถือว่าใจนั้นมีอำนาจรู้ทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต ใจที่มีอำนาจรู้นั้น อยากรจะทราบอะไรก็สามารถทราบได้ทันที และไม่มีอะไรสามารถมาดบัง หรือปิดบังได้ เป็นความรู้ชนิดที่ทะลุวงทะลายสิ่งกีดขวางกันได้ เป็นความรู้ด้านในหรือหลั่งมาจากภายใน ที่เรียกว่ารู้แจ้ง (insight)

9. วิธีการวิเคราะห์ภาษา (Language analysis)

นักวิทยาศาสตร์ กลุ่มเวียนนา (Vienna Circle) ต้องการทราบความจริง โดยกลุ่มนี้คิดว่าภาษาที่เราพูด หรือเขียนนั้น ต้องเป็นภาพที่เป็นตัวแทนความจริง สิ่งทีภาษาถ่ายทอดออกมาจึงจำเป็นต้องแสดงให้เราพบความจริง ลุดวิก วิทเทินสไตน์ (Ludwig Wittgenstein) กล่าวว่า ภาษานั้น มี 2 ประเภท คือ

1. ภาษาที่ไม่มี ความหมาย
2. ภาษาที่มีความหมาย

ภาษาที่ไม่มี ความหมาย หมายถึง ถ้อยคำที่นำมาใช้นั้น เมื่อวิเคราะห์แล้วไม่สามารถพบความจริง หรือภาษาที่นำมาใช้นั้น มิได้เป็นตัวแทนของความจริง ถ้อยคำใดๆก็ตาม ไม่ว่าจะ เป็นวลี ประโยค หรือญาติ หากมิได้เป็นตัวแทนของความจริง หรือ ถ้อยคำใดๆ ก็ตาม ไม่ว่าจะ เป็นวลี ประโยค หรือญาติ หากมิได้บ่งความจริงที่สามารถพิสูจน์ได้ทางประจักษ์ ก็เป็นเรื่องไร้สาระโดยสิ้นเชิง เช่น คำว่า ผี หรือพระเจ้าสร้างโลก คำว่า “ผี” เป็นถ้อยคำที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ทางประจักษ์หรือทางวิทยาศาสตร์ ส่วนประโยคที่ว่าพระเจ้ามีอยู่ หรือพระเจ้าสร้างโลก เมื่อใช้กระบวนการของการวิเคราะห์ภาษาแล้ว เราจะพบเหมือนกัน คือ มีถ้อยคำคือพระเจ้าที่มีได้เป็นตัวแทนของความจริง เมื่อวิเคราะห์แล้วจึงไม่สามารถพบความจริงที่สามารถพิสูจน์ได้ทางประจักษ์หรือทางวิทยาศาสตร์

ภาษาที่มีความหมาย หมายถึง ถ้อยคำ วลี ประโยค หรือญาติใดๆ เมื่อเรานำไปใช้แล้วเป็นตัวแทนที่ดีหรือเป็นภาพของความจริง กล่าวคือ สามารถพิสูจน์ได้ทุกถ้อยคำและไม่มีคำใดที่อยู่เหนือข้อพิสูจน์ทางประจักษ์ เมื่อเราวิเคราะห์แล้วจะพบความจริงที่อยู่เบื้องหลังถ้อยคำนั้นๆ เช่น อัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ (Albert Einstein) เป็นผู้ค้นพบทฤษฎีสัมพัทธภาพ (Theory of relativity) ประโยคดังกล่าวสามารถพิสูจน์ได้ว่า อัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ มีตัวตนจริงๆ และทฤษฎีสัมพัทธภาพที่ค้นพบ ก็มีอยู่จริง

เรื่องที่ 1.4.2 วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักการทางศาสนา

กล่าวโดยทั่วไป ศาสนาส่วนใหญ่เป็นที่มาและบ่อเกิดแห่งความรู้จากการแสวงหาความจริง และความรู้ด้วยหลักศาสนา แต่ละศาสนาโดยทั่วไปถือว่าความรู้ที่แท้นั้นได้มาจากการเผยแผ่ของพระผู้เป็นเจ้าของบุคคลที่มีลักษณะพิเศษบางคน ผู้นั้นก็นำมาบอกแก่มวลมนุษย์สืบทอดกันมาถึงคนชั้นหลังๆ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม ศาสนาพราหมณ์ ถือเช่นนี้ ส่วนศาสนาพุทธ พระพุทธองค์ทรงเรียกผู้ถือการเผยแผ่เป็นบ่อเกิดของความรู้ว่า “อนุสสาวิกา” และปฏิเสธว่าพระองค์มิได้อยู่ในกลุ่มนี้ เนื่องจากพระพุทธองค์ทรงตรัสรู้เองโดยชอบด้วยพระองค์เองในปัญญาและสังขารแล้วสอนพุทธบริษัทให้รู้ตาม

ศรัทธาก็เป็นอีกอย่างหนึ่งที่ศาสนาทั่วไปถือว่าเป็นที่มาของความจริง เช่น เซนต์ ออกัสติน กล่าวว่า เชื่อก่อนแล้วท่านจะเข้าใจ ศาสนาพราหมณ์ก็ถือว่า ศรัทธาเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะพามนุษย์หลุดพ้น ส่วนศาสนาพุทธไม่ถือเช่นนั้น มรรค 8 เป็นทางที่จะพามนุษย์ได้พบความจริงแท้ พระพุทธองค์ทรงเห็นว่าศรัทธาเป็นจุดเริ่มต้นเท่านั้น มิใช่เป็นตัวสุดท้ายที่จะชี้ขาด ความศรัทธาเป็นเพียงเครื่องชักจูงให้เข้าไปทดสอบความจริง มิใช่ตัวบอกความจริง

บ่อเกิดของความจริงสำหรับพระพุทธศาสนา คือ ประสบการณ์ เกิดจากข้อที่ว่าศาสนาพุทธเริ่มต้นจากการสำรวจตัวเอง ในแง่ศาสนาพุทธเห็นตรงกันลัทธิประสบการณ์ ที่ เดวิด ฮูม (David Hume) เขียนไว้ว่า ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์นั้นเป็นฐานของความรู้ทั้งปวง และประสบการณ์กับการสังเกตเท่านั้น เป็นฐานของความรู้มนุษย์ ดังนั้น ความรู้ทั้งปวงจึงตั้งอยู่บนประสบการณ์ นั่นคือ ประสบการณ์ให้ข้อมูลเบื้องต้นแล้วอาศัยวิธีการอุปนัยสรุปความเป็นจริงที่มีลักษณะทั่วไป ในศาสนาพุทธข้อสรุปทั่วไป เช่น สังขารทั้งปวงไม่เที่ยง เมื่อมีเกิดก็มีแก่และเจ็บ เมื่อมีผลก็ต้องมีเหตุ เป็นต้น วิธีการศึกษาปรัชญาของศาสนาพุทธ ใช้หลักธรรมความจริงอันประเสริฐ คือ อริยสัจ 4 ได้แก่ ทุกข์ ความไม่สบายกายไม่สบายใจ สมุทัย เหตุแห่งทุกข์ นิโรจน์ ความดับทุกข์ มรรคหนทางในการดับทุกข์ 8 ประการ โดยพระพุทธองค์เอง ได้ตรัสรู้ด้วยอริยสัจ 4 นี้

ใน*เวทียาสูตร* มีการอภิปรายเรื่องพระพรหมว่ามีหรือไม่ ใช้วิธีของลัทธิประสบการณ์เป็นเครื่องมือซักถามปรากฏว่าไม่มีผู้ใดเคยเห็น หรือรู้จักผู้ที่เคยเห็นพระพรหมจริงๆ สำหรับศาสนาพุทธซึ่งก็คล้ายกับลัทธิประสบการณ์คือ ความเชื่อที่จะเป็นจริงนั้น ต้องตรงกับสิ่งหรือเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น ในอปถมนกสูตร กล่าวว่า ถ้าปรโลกมีจริง ใครเชื่อว่าไม่มี ความเชื่อนั้นเท็จ ถ้าปรโลกไม่มีจริงใครกล่าวว่าไม่มีจริง คำกล่าวนั้นเท็จ ถ้าปรโลกมีจริง ใครเชื่อว่าไม่มีจริง ความเชื่อนั้นจริง ในแง่ศาสนาพุทธเห็นด้วยกับทฤษฎีสমনัย (Correspondence Theory) อันที่จริงลัทธิใดๆ ก็ตาม ที่เน้นประสบการณ์ มักจะยอมรับทฤษฎีนี้ ในศาสนาพุทธมีการบอกวัตถุประสงค์ของการแสวงหาความรู้ว่า คือการที่จะรู้สิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (ยถาภูตัง)

เรื่องที่ 1.4.3 วิธีการศึกษาปรัชญาทางตรรกศาสตร์

ตรรกศาสตร์ (Logic) เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการให้เหตุผล หรือศิลปะของการใช้เหตุผล ซึ่งเป็นเครื่องมือในการแสวงหาความจริงและความรู้ของนักปรัชญามาทุกยุคทุกสมัย วิธีการศึกษาปรัชญาโดยใช้ตรรกศาสตร์ ได้แก่ การค้นหาปัญหาเชิงปรัชญา การคิดหาเหตุผลทางตรรกศาสตร์ในการแก้ปัญหา การหาคำตอบที่น่าเป็นไปได้ การสรุปความรู้และปรัชญาในการแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์

1. การค้นหาปัญหาเชิงปรัชญา

ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น ว่า ปัญหาเชิงปรัชญา หมายถึง ปัญหาพื้นฐานเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่มนุษย์มีความสนใจ สงสัย พิศวง อยากรู้อยากเห็น ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานอยู่ในขณะนั้นและยังไม่ได้รับการแก้ไข วิธีการค้นหาปัญหาสามารถใช้วิธีการศึกษาปรัชญา ซึ่งมีวิธีการศึกษาโดยใช้หลักการทางปรัชญา หลักทางศาสนาและหลักการทางวิทยาศาสตร์

2. การคิดหาเหตุผลทางตรรกศาสตร์ในการแก้ปัญหา

การคิดหาเหตุผลหรือการให้เหตุผลทางตรรกศาสตร์มี 2 แบบ คือ การให้เหตุผลแบบอุปนัยและ แบบนิรนัย

2.1 การคิดหาเหตุผลแบบอุปนัย คือ การให้เหตุผลจากข้อมูลที่เราระสบไปยังสิ่งที่เรามีได้ประสบ อาจเป็นการสรุปตามข้ออ้างที่เรามี ซึ่งมีข้อสรุป 2 ประการ คือ

1) เป็นการสรุปความรู้ใหม่ โดยการอ้างหลักฐานจากประสบการณ์ กล่าวคือ การที่เราเชื่อว่าสิ่งหนึ่งเป็นความจริง เพราะเราเคยพบเรื่องทำนองเดียวกันนี้มาก่อน เช่น เคยเห็นไม้ลอยน้ำได้ เมื่อเราเห็นวัตถุที่ทำด้วยไม้ทำให้เราสรุปว่าไม้ทุกชนิดเป็นสิ่งที่ลอยน้ำได้

2) เป็นการสรุปเกินข้ออ้างหรือเกินหลักฐานที่มีอยู่ กล่าวคือ เรามีประสบการณ์เฉพาะเฉพาะอย่าง ไม่สามารถมีประสบการณ์ในทุกสิ่ง แม้แต่ในสิ่งเดียวกันก็ไม่สามารถประสบได้ทุกเรื่อง เช่น ประเด็นคนเป็นมะเร็งตาย เราเคยเห็นเฉพาะบางคนที่เป็นมะเร็งแล้วตาย แต่เวลาสรุป เราสรุปว่าทุกคนที่เป็นโรคมะเร็งต้องตาย การสรุปเช่นนี้อาจเป็นการสรุปเกินข้ออ้างหรือเกินหลักฐานที่มีอยู่ เพราะคนไข้โรคมะเร็งบางคนได้รับการผ่าตัดแล้ว ฉายรังสีแล้ว สารเคมีบำบัดแล้ว ยังมีชีวิตอยู่ แต่เป็นโรคอื่นคือโรคหัวใจจึงตายด้วยโรคหัวใจ ไม่ได้ตายจากโรคมะเร็ง เป็นต้น

วิธีการอุปนัยมีความน่าเชื่อถือเพียงใดขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาอ้างและลักษณะของเรื่องที่น่ามาสรุป ได้แก่

- 1) ปริมาณของหลักฐานหรือข้ออ้างมีมากน้อยเพียงใด
- 2) หลักฐานนั้นเป็นตัวแทนที่ดีของเรื่องที่สรุปหรือไม่
- 3) ความซับซ้อนของเรื่องที่สรุปมีมากน้อยเพียงใด เรื่องที่ซับซ้อนน้อยมักจะสรุปได้ตรงกว่า ถูกต้องกว่า เช่น เรื่องร่างกายซับซ้อนน้อยกว่าเรื่องจิตใจ เป็นต้น

2.2 การคิดหาเหตุผลแบบนิรนัย เป็นการคิดหาเหตุผลจากหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป จากนั้นจึงนำข้อมูลใหม่เข้ามาหาข้อสรุปว่าสามารถได้ตรงกับกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วหรือไม่ ถ้าตรงกันและความรู้หรือเหตุผลใหม่ไม่เกินข้ออ้าง เหตุผลนั้นจึงจะสมเหตุสมผล การอ้างเหตุผลแบบนี้ สรุปได้ 2 ประการ คือ

- 1) เป็นการอ้างหลักฐานจากความรู้เดิม เช่น
 - ประเสริฐเป็นลุงของประสิทธิ์
 - ประสาทเป็นบุตรของประสงค์

จากญาติทั้งสองข้างต้น เราได้ข้อสรุปว่าลุงต้องเป็นผู้ชายและบุตรต้องเป็นผู้ชายอย่างแน่นอน

2) เป็นการหาเหตุผลจากความรู้ภายในตัวเราเอง (Implicit Knowledge) คือ สิ่งที่เราารู้อยู่แล้ว ทำให้เราสรุปญาติแรกข้างต้นว่า ประเสริฐเป็นลุง ประสิทธิ์เป็นหลาน

3. การหาคำตอบเชิงปรัชญา

เป็นการรวบรวมข้อสรุปไว้ทุกข้อที่น่าเป็นไปได้ ในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา จากการคิดหาเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น

4. การสรุปความรู้และปรัชญา

จากรายการคำตอบเชิงปรัชญาที่น่าเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา ก็นำมาจัดลำดับความสำคัญและความเป็นไปได้ แล้วคัดเลือกความรู้และปรัชญาที่เป็นไปได้มากที่สุด โดยอาศัยกระบวนการคัดเลือกความรู้ชั้นสูง มาทำการพัฒนาเป็นปรัชญา ดังที่จะกล่าวต่อไปในหน่วยที่ 5 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 1.4.4 วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักวิทยาศาสตร์

1. วิทยาศาสตร์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ วิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ (Pure science) หรือวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ (Applied science)

วิธีการศึกษาความรู้ในทางวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์กายภาพ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับเงื่อนไขในการพิสูจน์กฎทางวิทยาศาสตร์ การทดลองจึงเป็นหนทางที่จำเป็นและสำคัญต่อการทดสอบกฎในทางวิทยาศาสตร์นี้ โดยจะต้องเป็นการทดลองที่ปฏิบัติได้จริง มีจำนวนตัวอย่างที่มากพอ รวมทั้งสามารถกำหนดทิศทางใหม่ๆ ให้แก่วงการวิทยาศาสตร์ได้

การศึกษาในเรื่องวิทยาศาสตร์สุขภาพของมนุษย์ แม้ว่าจะทำการทดลองได้ในทำนองเดียวกันแต่การทดลองนั้น ยังคงมีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลที่ยังแฝงด้วยอวัติสัย ทั้งนี้รวมถึงการพยากรณ์ที่ขาดความสมบูรณ์แน่นอนเนื่องจากความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องของมนุษย์ยังคงไม่สามารถก้าวไปสู่ความเป็นกฎ (Law) ได้ ยิ่งไปกว่านั้นผลการทดลองในวิทยาศาสตร์สาขาเกี่ยวข้องกับมนุษย์ก็ไม่อาจอธิบายครอบคลุมทุกปรากฏการณ์ได้ในลักษณะที่เป็นสิ่งสากล กล่าวคือ ยังปราศจากกฎซึ่งครอบคลุม (Covering law) นั้นเอง

อย่างไรก็ตาม ปรัชญาก็ยังเป็นหนทางที่นิยมกันอยู่ในหมู่นักวิชาการและนักค้นคว้าเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ตลอดจนในวิทยาศาสตร์สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ แม้กระบวนการสร้างความรู้ของปรัชญาจะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แต่ในการแสวงหาความรู้ทุกครั้งก็ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นและดำเนินการด้วยกระบวนการดังกล่าว เพราะผลการวิจัยและการค้นพบ ถูกสร้างสรรค์และสะสมมาแต่ในอดีตเสมือนเป็นกระบวนการความรู้ต่อเนื่องกัน หากกระบวนการความรู้เหล่านั้น ได้ผ่านกระบวนการปรัชญามาแล้วก็สามารถนำความรู้เหล่านั้น มาใช้คัดเลือกและอ้างอิงได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์หรือทดสอบอีก ในกรณีที่มีความรู้ที่ผ่านกระบวนการเหล่านั้นมาแล้ว การประยุกต์ใช้กระบวนการความรู้ที่ได้ผ่านการเลือกสรรแล้วสามารถทำให้เกิดความเข้าใจและสร้างภาพรวมในใจต่อองค์ความรู้ใดความรู้หนึ่งที่ต้องการ เนื่องจากได้มีการประสานความรู้เหล่านั้นให้เชื่อมโยงและตกลึกทางความคิด (Crystallographic) จนได้ความรู้ใหม่ขึ้นมา (Logical mental picture of events) ตามทัศนะของ Locke และ Hume โดยสามารถสังเกตหรือยืนยันองค์ความรู้ดังกล่าว ได้จากปรากฏการณ์รอบตัวเรา ด้วยเหตุนี้การสำรวจและทบทวนเอกสาร (Literature review) จึงเสมือนเป็นการเชื่อมโยงความรู้หรือข้อมูล การทดลองเพื่อให้เกิดทิศทางของผลึกทางความคิด ซึ่งกลายเป็นส่วนประกอบสำคัญในการนำเสนอเค้าโครงของการวิจัย (Proposal) ดังเช่นการสะสมความรู้ในเรื่องอะตอมที่มีการกล่าวถึงตั้งแต่ยุคสมัยกรีกเรื่อยมา จนเมื่อไม่นานมานี้สามารถสร้างความรู้ที่เป็นภาพรวมของอะตอมรวมถึงสมการการเคลื่อนที่ของกลุ่มอิเล็กตรอน เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้ ก็ด้วยการรวบรวมความคิดที่กระจัดกระจายและการพิสูจน์ด้วยวิธีการใหม่ๆ ทั้งหลาย ที่ได้ผ่านการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นอย่างเป็นวัตถุวิสัยตามวิถีทางของวิทย์ปรัชญา มาแล้ว

2. วิถีทางวิทย์ปรัชญา ได้รับความกระทบกระเทือนจากสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ภูมิหลังทางสังคม และบรรยากาศของยุคสมัย ที่มีอิทธิพลเหนือนักวิจัยและนักค้นคว้า โดยเฉพาะเมื่อเปิดให้มีการวิพากษ์วิจารณ์ แม้ว่าจะอยู่ในเวทีทางความคิดของวงการวิทยาศาสตร์ธรรมชาติก็ตาม ดังกรณีที่ Auguste Comte ได้ยืนยันถึง

อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อการสร้างสรรคความรู้ อันทำให้มีความคิดของสภาพสังคมเข้าไปเจือปนหรือแฝงอยู่ในวิชาความรู้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามยุคสมัยบนรากฐานจากความเชื่อของสังคมที่ไม่เหมือนกัน เช่น ยุคสมัยกรีกโบราณที่เน้นความเชื่อของปรัชญา ยุคสมัยกลางที่เน้นความเชื่อของคริสต์ศาสนา และยุคฟื้นฟูศิลปวิทยาการที่เน้นความเชื่อตามความรู้แบบวิทยาศาสตร์ เป็นต้น

3. วิธีการแสวงหาความจริงตามหลักวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา การตั้งสมมุติฐาน การคาดคะเนและการพิสูจน์ทดลอง สามารถเทียบเคียงได้กับวิธีการทางพระพุทธศาสนา ในอริยสัจ 4 ดังนี้

1. การกำหนดรู้ ทุกข์ เทียบเคียงได้กับ การกำหนดขอบเขตของปัญหา
2. การค้นหา สมุทัย เทียบเคียงได้กับการตั้งสมมุติฐาน
3. การแก้ง นิโรธ เทียบเคียงได้กับการคาดคะเน
4. การดำเนินตามมรรค เทียบเคียงได้กับการพิสูจน์ทดลอง

4. วิธีการแสวงหาความจริงของทั้งด้านพระพุทธศาสนาและด้านวิทยาศาสตร์ ดังกล่าว เป็นวิธีการที่เป็นวิถีทางแห่งปัญญาเหมือนกัน ดังนั้น จึงขอนำมาเป็นอย่างหนึ่งของวิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักวิทยาศาสตร์

4.1 ศาสนาพุทธกับวิทยาศาสตร์ มีทั้งส่วนที่คล้ายกันและส่วนที่ต่างกัน พระพรหมบัณฑิต (ประยูรธรรมจิตโต) ได้ลิขิตไว้ในหนังสือเรื่องพระพุทธศาสนากับวิทยาศาสตร์ : วัฒนธรรมแห่งปัญญาและกรุณา มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับศาสนาพุทธกับวิทยาศาสตร์ที่สำคัญควรแก่การศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์ของมนุษยชาติสรุปประเด็นเชิงปรัชญา ได้ดังต่อไปนี้

1. พระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ สร้างสรรควัฒนธรรมแห่งปัญญา

วัฒนธรรมเป็นวิถีแห่งการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม วิถีชีวิตที่ดีต้องมีปัญญาเป็นเครื่องนำทาง ดังที่พระพุทธเจ้า ตรัสว่า “อนธโยยถา โขติมธิฏฐุเหยย คนไม่มีปัญญาก็เหมือนคนตาบอดที่เหยียบไปได้แม้บนไฟที่ส่องทาง” โสคราติส กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันว่า “An unexamined life is not worth living ชีวิตที่ไม่ใช้ปัญญาตรวจสอบตนเอง ไม่มีคุณค่าแก่การดำรงชีวิต”

พระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ ต่างก็สามารถสร้างสรรควัฒนธรรมแห่งปัญญาขึ้นมาได้อยู่แล้ว ขณะเดียวกันก็สามารถร่วมมือกันสร้างสรรควัฒนธรรมแห่งปัญญาได้อีกด้วย เช่น บางครั้งพระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ถูกนำไปใช้เพื่อสร้างวิถีชีวิตที่มั่งงาย ไร้ปัญญา กล่าวคือ พระพุทธศาสนาถูกบิดเบือนให้กลายเป็นไสยศาสตร์และการยึดติดคัมภีร์ (Dogmatism) วิทยาศาสตร์อาจนำไปสู่ความเป็นวิทยาศาสตร์นิยม (Scientism) หรือความหลงติดในวิทยาศาสตร์ จนมองข้ามความสำคัญของศาสนาและจริยธรรม

ดังนั้น ชาวพุทธจึงเปรียบเทียบกับคนที่มีความรู้ทั้งพระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ เหมือนคนที่มีดวงตาสองข้าง (ทวิจักขุ) ดวงตาข้างหนึ่งคือความรู้ด้านศาสนา ส่วนดวงตาอีกข้างหนึ่งคือความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ และความรู้ที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ คนที่มีความรู้ทั้ง 2 ด้านเช่นนี้ จัดเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มนุษย์ในอุดมคติ ควรมีความรู้ทั้งด้านศาสนาและวิทยาศาสตร์ สำหรับดำรงชีวิตในสังคม สามารถใช้และมีความถนัดในการใช้สมองทั้งซีกขวาและซีกซ้าย โดยคนที่ชอบใช้สมองซีกขวาจะถนัดในด้านศาสนา ปรัชญาและศิลปะ ส่วนคนที่ชอบใช้สมองซีกซ้ายจะถนัดในด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์

2. วิธีการแห่งปัญญา

พระพุทธศาสนามีวิธีการแสวงหาความจริงที่สอดคล้องกับวิธีทางการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) ดังที่เบอร์ทรันด์ รัสเซลล์ (Bertrand Russell) นักปราชญ์ ผู้ได้รับรางวัลโนเบล กล่าวไว้ว่า “พระพุทธศาสนาเป็นที่รวมของปรัชญาแบบเชิงความจริงและปรัชญาวิทยาศาสตร์ พระพุทธศาสนาเสนอวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และใช้วิธีการนั้น แสวงหาความจริง จนถึงที่สุด”

3. พระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ ต่างก็เติมเต็มปัญญาซึ่งกันและกัน

ดังได้กล่าวแล้วว่าพระพุทธศาสนา ไม่ได้ขัดแย้งกับวิทยาศาสตร์ เพราะทั้งสองฝ่ายต่างใช้วิธีการแห่งปัญญาในการแสวงหาความจริงและเป็นไปได้ที่ทั้งสองฝ่ายจะร่วมมือกันสร้างสรรค์นวัตกรรมแห่งปัญญาขึ้นมา โดยทำการบูรณาการพระพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์เข้าด้วยกัน คำว่า “บูรณาการ” (Integration) หมายถึงการนำสิ่งที่แยกกันมาเชื่อมโยงเข้าด้วยกันจนเกิดองค์รวม (The whole) ถ้าปัญญาในพระพุทธศาสนากับปัญญาทางวิทยาศาสตร์ต่างเติมเต็มให้กันและกัน ก็จะก่อให้เกิดบูรณาการที่พึงปรารถนา

การบูรณาการ เป็นการเติมเต็มให้สมบูรณ์ ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าพระพุทธศาสนาหรือวิทยาศาสตร์ไม่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง การบูรณาการที่ว่านี้ หมายถึง การเชื่อมโยงที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้ที่ต้องการมีความรู้ทั้งด้านพุทธศาสนาและวิทยาศาสตร์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

3.1 ตัวอย่างการเติมเต็มพระพุทธศาสนาด้วยปัญญาวิทยาศาสตร์ ได้แก่ คำสอนของพระพุทธศาสนา เรื่อง “อนัตตา” มิได้หมายถึงเพียงแต่ไม่มีตัวตนถาวร (Self) หรือไม่มีวิญญาณอมตะ (Soul) ในตัวตนเราเท่านั้น หากหมายถึงสิ่งทั้งหลายทั้งปวง ไม่ว่าจะเป็จิตหรือสสารล้วนเป็นอนัตตาทั้งสิ้น กล่าวคือ ไม่มีอัตตาหรือตัวตนเที่ยงแท้ถาวรอยู่ภายในตัวคนเรา (Non-Self) และ ไม่มีสิ่งคงที่ถาวรในโลกภายนอก (Non-Substantiality) คำสอนเรื่องอนัตตานี้ ขัดแย้งกับทฤษฎีอะตอมสมัยโบราณ นับเป็นเวลากว่า 2,000 ปีมาแล้วที่นักปรัชญาและนักวิทยาศาสตร์ต่างยืนยันว่ามีอะตอม เป็นสิ่งที่เล็กที่สุด ที่ไม่อาจแบ่งย่อยไปได้อีก อะตอมก็คืออัตตา (การมีตัวตน) ในทางฟิสิกส์

จนกระทั่ง เมื่อประมาณ 100 ปี ที่ผ่านมานักวิทยาศาสตร์ได้ค้นพบโครงสร้างของอะตอม ว่า อะตอมยังถูกแบ่งย่อยไปได้อีก คือ อะตอมเกิดจากการรวมตัวของอนุภาค ซึ่งเป็นประจุไฟฟ้าคือ อิเล็กตรอน โปรตอน นิวตรอน การค้นพบนี้กลายเป็นเครื่องสนับสนุนคำสอนเรื่องอนัตตา (การไม่มีตัวตน) ในพระพุทธศาสนา

3.2 ตัวอย่างพระพุทธศาสนาสอดคล้องกับวิทยาศาสตร์

แม้ว่าวิทยาศาสตร์จะค้นพบความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติที่คล้ายคลึงกับสังขธรรม ในพระพุทธศาสนา เช่น ทฤษฎีสัมพัทธภาพ แต่ดูเหมือนว่าการค้นพบนั้น เป็นวิชาการล้วนๆ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งแตกต่างจากการค้นพบสังขธรรมในพระพุทธศาสนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจิตใจให้เป็นคนดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น

อำนาจแห่งค้นหาและอรรถาพาทา คือ ความยึดมั่นในตัวกูของกู (ตัวตนของฉัน) ซึ่ง ไลน์สไตน์ เห็นว่าอุปาทานนี้เกิดจากการมองโลกอย่างบิดเบือน (Optical Delusion) ซึ่งพระพุทธศาสนาเรียก การมองโลกแบบนี้ว่า “สัญญาวิปลาส” แปลว่า การรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งทำให้เกิดทิววิปลาส คือความเห็นที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง พระพุทธศาสนาสอนว่ากรรมฐานเป็นวิธีกำจัดวิปลาส

ไม่ใช่หน้าที่ของวิทยาศาสตร์ที่จะสอนวิธีกำจัดไวรัสโคโรนา โอน์สไตน์เห็นว่าวิทยาศาสตร์มีหน้าที่แสวงหาสัจธรรมความจริงในธรรมชาติเท่านั้น ในขณะที่ศาสนามีหน้าที่พัฒนาจริยธรรมให้กับมนุษยชาติ แม้วิทยาศาสตร์และศาสนาจะทำหน้าที่ต่างกัน วิทยาศาสตร์ก็แยกขาดจากศาสนาไม่ได้ ทั้งสองฝ่ายต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน โอน์สไตน์ กล่าวว่า “ วิทยาศาสตร์ที่ไม่มีศาสนา ย่อมพิกล พิกการ ส่วนศาสนาที่ไม่มีวิทยาศาสตร์ ย่อมมืดบอด” (Science without religion is lame , religion without science is blind)

4. ความต่างกันระหว่างศาสนาพุทธ กับวิทยาศาสตร์

จากที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น พอจะสรุปได้ว่า แม้ศาสนาพุทธและวิทยาศาสตร์ มีอะไรหลายอย่างเหมือนกัน เดิมเต็มปัญญาซึ่งกันและกัน แต่ศาสนาพุทธก็ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ก็ไม่ใช่ศาสนาพุทธ ความแตกต่างระหว่างศาสนาพุทธกับวิทยาศาสตร์ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ วิทยาศาสตร์นั้นไม่สนใจศีลธรรม เรื่องความดี ความชั่ว การวางตัวเป็นกลางเรื่องถูกผิด ทำให้การค้นพบทางวิทยาศาสตร์ให้ทั้งคุณอนันต์และโทษมหันต์ ส่วนคำสอนของศาสนาพุทธนั้น เน้นเรื่องศีลธรรม ความดี ความชั่ว มุ่งที่จะให้มนุษย์และสังคมมนุษย์มีความสุข เป็นลำดับขึ้นไปเรื่อยๆ จนถึงความสงบสุขอันสูงสุด ตามกำลังการเรียนรู้และการประพฤติปฏิบัติของแต่ละคน ที่จะสามารถทำได้มากน้อยเพียงใด

จากตัวอย่างที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า หลักและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สามารถนำมาเป็นวิธีการศึกษาปรัชญาได้เป็นอย่างดี โดยมุ่งร่วมมือร่วมใจกันสร้างสรรค์นวัตกรรมแห่งปัญญาเพื่อประโยชน์สุขของมวลหมู่มนุษยชาติ ด้วยการบูรณาการหลักและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เข้าด้วยกันกับหลักและวิธีการทางพระพุทธศาสนาซึ่งปรัชญาและศาสนาเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ตอนที่ 1.5

ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 1.5 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

1.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญาสนับสนุนความรู้ทางสังคมและความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์

1.5.2 การประยุกต์ใช้ปรัชญาสนับสนุนการศึกษาทางสังคมและความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

1.5.3 การประยุกต์ปรัชญาในการศึกษาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม

1.5.4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา จำแนกได้เป็น 5 กลุ่ม คือ ประโยชน์ของตัวปรัชญา ของกระบวนการทางปรัชญา ของการนำปรัชญาไปใช้ ของการประยุกต์ใช้ปรัชญาและประโยชน์ของวิวัฒนาการปรัชญา ทั้งด้านการศึกษาและด้านเนื้อหาสาระของแต่ละปรัชญา

2. ความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ ไม่ได้เน้นด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม ดังนั้นหากได้นำปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้สนับสนุนความรู้ทางสังคมและความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ จะช่วยเสริมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมในการทำนุบำรุงองค์ประกอบหลักของชีวิตมนุษย์ ด้วยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของปัจเจกบุคคลและสังคม การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริโภครักษาและรักษาสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสิทธิเสรีภาพของมนุษย์และสังคมด้วยหลักคุณธรรม จริยธรรม สามารถนำอภิปรัชญา ญาณวิทยา และคุณวิทยา มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม แบบผสมผสานอย่างสอดคล้องกับแต่ละบริบทของการดำเนินชีวิต

4. การนำปรัชญาประยุกต์กับสุขภาพและการสาธารณสุข ไปเป็นวิชาพื้นฐานในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์สาธารณสุขทุกแขนง จะช่วยให้นิสิตนักศึกษา มีองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิดและวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลต่อวิชาชีพของตนและสามารถบูรณาการให้เข้ากับเครือข่ายสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างกลมกลืน

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 1.5 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา
2. ความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์
3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการศึกษาและพัฒนากำหนดวิถีชีวิตของมนุษย์และสังคม
4. การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการพัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 1.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญาสนับสนุนความรู้ทางสังคม และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์

ประโยชน์ของสิ่งหนึ่งสิ่งใด หมายถึง สิ่งที่มีผลใช้ได้ดีสมกับที่คิดมุ่งหมายไว้ ผลที่ได้ตามต้องการ สิ่งที่เป็นผลดีหรือเป็นคุณ ดังนั้น ประโยชน์ของปรัชญา คือ สิ่งที่มีผลใช้ได้ดีสมกับที่นักปรัชญาคิดมุ่งหมายที่จะนำปรัชญาไปก่อให้เกิดผล ทั้งกับตัวปรัชญา กระบวนการทางปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา

การประยุกต์ใช้ปรัชญา คือ การนำสิ่งที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา ไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ เป็นความหมายที่ต่างจากปรัชญาประยุกต์ ซึ่งเป็นการนำเอาปรัชญาบริสุทธิ์ไปปรับใช้ในการศึกษาเฉพาะเรื่อง

ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา จำแนกได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. ประโยชน์ของตัวปรัชญา ได้แก่

1.1. ประโยชน์ที่ได้จากการนำตัวปรัชญา ไปใช้กับตัวมนุษย์ ทำให้มีความรู้ รู้ความจริง สามารถรู้แยกแยะและตัดสิน ความถูกและความผิดได้

1.2 ประโยชน์ที่ได้จากการนำคำสอน หรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญาของบุคคลใด บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ดี ที่มั่นใจได้ว่าจะนำไปสู่ความสุขที่แท้จริงได้

2. ประโยชน์ของกระบวนการทางปรัชญา ตั้งแต่การกำหนดประเด็นที่ต้องการศึกษา การดำเนินการศึกษา การรวบรวมผลการศึกษาและการสรุปผลการศึกษา ในการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวงการศึกษา ทั้งวงการศึกษาทั่วไปและวงการศึกษาเฉพาะของเรื่องที่ศึกษานั้น

3. ประโยชน์ของการนำปรัชญาไปใช้ ได้แก่

3.1. การนำปรัชญาไปใช้ ในการจัดการศึกษา ทั้งการศึกษาทั่วไปและเฉพาะเรื่อง

3.2. การนำปรัชญาไปใช้ในการกำหนดเป้าหมายการทำงาน การวางแผนและการประเมินผล

3.3. การนำปรัชญาไปใช้ในการพัฒนาคน ให้เป็นคนที่ดีพร้อม ปรัชญาเป็นพื้นฐานการปฏิบัติ

3.4. การนำปรัชญาไปใช้ในการพัฒนาสังคม ให้เป็นสังคมที่มีสันติสุข น่าอยู่ ปลอดภัย

4. ประโยชน์ของการประยุกต์ปรัชญา ในการนำสิ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด คำสอน ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ การนำปรัชญาไปใช้ในกิจกรรมต่อไปนี้

4.1. การระบุนิยามความจริงแท้แน่นอนของสิ่งหนึ่งสิ่งใด

4.2. การดำเนินการค้นหาความจริงแท้แน่นอนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4.3. การค้นหาและระบุคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด

4.4. การค้นหาคุณค่าทางด้านศิลปะ คือ ความสวยงามของสิ่งหนึ่งสิ่งใด

4.5. การค้นหาระบบ กลไกและวิธีการ ในการใช้เหตุผลของมนุษย์

4.6. การอธิบาย ชี้แจง แปลความ ตอบข้อสงสัย เพิ่มความเข้าใจ

4.7. การตอบข้อซักถามและข้อโต้แย้งของบุคคลทั้งหลาย อย่างมีศิลปะ ชัดเจน ครอบคลุม และสมเหตุสมผล

4.8 การศึกษาค้นคว้าเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ

4.9 การนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์

4.10 การพัฒนาวิชาการทางวิทยาศาสตร์

5. ประโยชน์ของวิวัฒนาการของปรัชญา ได้แก่ การทำให้มนุษย์มีการปรับกระบวนทัศน์ (Paradigm) ไปตามยุคสมัย โดยเห็นชัดเจนในปรัชญาตะวันตก นำมาซึ่งความเจริญรุ่งเรืองของมนุษยชาติอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการศึกษาให้ได้ความรู้และความจริง และ ด้านเนื้อหาของสาระของความรู้และความคิดเกี่ยวกับความจริงของกลุ่มนักปรัชญา สำนักปรัชญาหรือสำนักคิด และ สถาบันการศึกษาต่างๆ ทั่วโลก

เรื่องที่ 1.5.2 การประยุกต์ปรัชญาสนับสนุนการศึกษาทางสังคมศาสตร์และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์

ในการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ของมนุษย์ แม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าในแง่มุมและประเด็นต่างๆ มากมาย รวมทั้งมีการทดลองในกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ที่หลากหลาย แต่การทดลองในมนุษย์ ยังไม่สามารถทำได้มากนัก ต้องยึดตามหลักจริยธรรมการวิจัย (Research ethic) และจำนวนไม่น้อยที่ยังคงมีลักษณะเป็นเหตุ-เป็นผลที่ยังแฝงด้วยอคติวิสัย รวมถึงการพยากรณ์ที่ขาดความสมบูรณ์แน่นอน เนื่องจากความรู้ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสังคม ยังคงไม่สามารถก้าวไปสู่ความเป็นกฎ (Law) ซึ่งเป็นความรู้และความเป็นจริงระดับปรัชญา ได้ครบครันและผลการทดลองไม่อาจอธิบายครอบคลุมทุกปรากฏการณ์ได้ในลักษณะที่เป็นสิ่งสากล อย่างไรก็ตามปรัชญาทางวิทยาศาสตร์และปรัชญาทางสังคมศาสตร์ ย่อมมีส่วนเกี่ยวเนื่องกัน สนับสนุนและเติมเต็มซึ่งกันและกัน ทั้งอภิปรัชญา ญาณวิทยา และคุณวิทยา

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหนึ่งในปรัชญาประยุกต์ที่มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับมนุษย์และกิจกรรมในวิถีชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านคุณวิทยา ซึ่งกล่าวถึงคุณค่าด้านต่างๆ ทั้งคุณค่าเชิงเหตุผล (ตรรกศาสตร์) คุณค่าเชิงจริยธรรม (จริยศาสตร์) และคุณค่าเชิงความงาม (สุนทรียศาสตร์) ดังนั้น จึงสามารถนำมาใช้เป็นตัวช่วยในการประยุกต์ปรัชญาสนับสนุนความรู้ทางสังคม และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ได้อย่างชัดเจน

การส่งเสริมการนำความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม ซึ่งความรู้และความจริงด้านวิทยาศาสตร์ ไม่ได้เน้นสิ่งเหล่านี้ ดังนั้นหากได้นำปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้สนับสนุนการนำความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ไปใช้ประโยชน์ ก็จะช่วยเสริมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างการประยุกต์ใช้ปรัชญา ในการสนับสนุนการนำความรู้และความเป็นจริงทางสังคมศาสตร์และทางวิทยาศาสตร์ แบบบูรณาการ ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ แพทย์ต้องใช้ความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการกำจัดเชื้อโรคเอดส์ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเยียวยาทางด้านจิตใจ ด้วยความรู้ทางสังคมศาสตร์และทางเศรษฐศาสตร์ด้วย

2. การรณรงค์ให้ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ อธิบายให้เข้าใจถึงโทษหรืออันตรายต่อสุขภาพและโรคที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกันเทคนิคในการสร้างความเข้าใจเหตุและผลให้เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยยึดปรัชญาทางไกลสิ่งเสพติด ชีวิตปลอดภัย จะต้องใช้ความรู้และความเป็นจริง ด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยามวลชนและสารสนเทศ มาประกอบการออกแบบ วางแผนและจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากปัจเจกบุคคลและมวลชนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการรณรงค์

3. การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ ต้องอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมกับสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ ขณะเดียวกันก็ใช้ความรู้และวิธีการทางสังคม ยึดหลักปรัชญาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลด ละ เลิก ดื่มสุราควนคู่ไปด้วย เป็นต้น

จากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปรัชญา องค์ความรู้และความเป็นจริงด้านสังคมศาสตร์สามารถเกื้อกูลและสนับสนุนการนำความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และสามารถนำมาประยุกต์ใช้และอ้างอิงทางวิชาการได้

เรื่องที่ 1.5.3 การประยุกต์ปรัชญาในการศึกษาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม

การประยุกต์ใช้ปรัชญาประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมในการทำนุบำรุงองค์ประกอบหลักของชีวิตมนุษย์ ด้วยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของปัจเจกบุคคลและสังคม การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริโภคทรัพยากรและรักษาสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสิทธิเสรีภาพของมนุษย์และสังคมด้วยหลักคุณธรรม จริยธรรม สามารถนำอภิปรัชญา ญาณวิทยา และคุณวิทยา มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม แบบผสมผสานอย่างสอดคล้องกับแต่ละบริบท ของการดำเนินชีวิตให้เกิดคุณประโยชน์ สรุปลงได้ดังนี้

1. การทำนุบำรุงองค์ประกอบหลักของชีวิตมนุษย์

องค์ประกอบหลักของชีวิตตามหลักพุทธปรัชญาประกอบด้วยขั้น 5 ได้แก่ รูปขั้น นามขั้น โดยนามขั้นแบ่งออกเป็น เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ

รูปขั้น คือ ส่วนที่เป็นอวัยวะหรือร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้และสัมผัสได้ หรืออีกนัยหนึ่งคือกายภาค หมายถึงอวัยวะต่างๆ และสรีระ หมายถึง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

เวทนาขั้น คือ ความรู้สึกหรืออารมณ์สัมผัส

สัญญาขั้น คือ หน่วยความจำ ความกำหนดได้ หมายถึง ในอารมณ์ต่างๆ

สังขารขั้น คือ ประองต์จัดให้มีคุณสมบัติต่างๆ เช่น ให้เป็นกุศล (ดี) อกุศล (ชั่ว) และอัพยาภุติ (ไม่ดี-ไม่ชั่ว) เป็นต้น

วิญญาณขั้น คือ หน่วยรับรู้ทางอายตนะ 6 ประการ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กายและใจ

สำหรับปรัชญาที่อาจนำมาประยุกต์ใช้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการทำนุบำรุงองค์ประกอบหลักของชีวิตมนุษย์ดังกล่าว ได้แก่ ความรู้และความเป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์จะเป็นอะไร อย่างไร มากน้อยเพียงใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถ ความต้องการ อายุและคุณภาพชีวิต ของแต่ละบุคคล ส่วนประเภทของกิจวัตรประจำวัน มักประกอบด้วยการศึกษาและการดูแลสุขภาพ การศึกษาเล่าเรียนหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประกอบอาชีพและการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวหรือในสังคม

สำหรับปรัชญาที่อาจนำมาประยุกต์ใช้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ราบรื่นประสบความสำเร็จนั้นมีหลากหลาย ตามลักษณะของแต่ละกิจวัตรหรือภารกิจของแต่ละบุคคล เช่น ความรู้และความเป็นจริงเกี่ยวกับสุขภาพ การศึกษาเล่าเรียน การเรียนรู้ต่อเนื่อง การประกอบอาชีพ มนุษยวิทยา จิตวิทยา สังคมศาสตร์ เป็นต้น

3. การบริโภคทรัพยากรและรักษาสິงแวดล้อมเพื่อการดำเนินชีวิต

มนุษย์บริโภคอาหารทั้งที่เป็นพืชและสัตว์ และบริโภคทรัพยากรต่างๆ ได้แก่

1. ปัจจัยที่จำเป็นต่อชีวิต 4 ประการ ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่มและยารักษาโรค
2. การบริโภคเพศสัมพันธ์ ทั้งเพื่อให้มีทายาทสืบสกุล และเพื่อกามตัณหาตามธรรมชาติ
3. การบริโภคเวลา ที่มีวันละ 24 ชั่วโมงเท่ากันทุกคน แต่การใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนิน

วิถีชีวิตของแต่ละคนนั้น มีมากน้อยต่างกัน ได้แก่

1) การบริโภคข้อมูลสารสนเทศ

2) การบริโภคบริการสุขภาพและสาธารณสุข เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) การบริโภคบริการสาธารณสุขโรคและสาธารณสุขการ เช่น บริการไฟฟ้า น้ำประปา การขนส่ง บริการสังคมในรูปแบบการสงเคราะห์การสวัสดิการ สวัสดิภาพ เป็นต้น

สำหรับปรัชญาที่อาจนำมาประยุกต์ใช้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการบริโภคทรัพยากร เพื่อการดำเนินวิถีชีวิตให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั้นมีหลากหลายขึ้นอยู่กับประเภทของทรัพยากรและวัตถุประสงค์ของการบริโภค เช่นปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พุทธปรัชญาข้อโอฆะเนมัตตัญญตา ที่แปลว่ารู้จักประมาณในการบริโภค มัชฌิมาปฏิปทาที่แปลว่าเดินทางสายกลาง ไม่มากเกินไปไม่น้อยเกินไป เป็นต้น

4. การใช้และรักษาสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลโดยหลักคุณธรรมและจริยธรรม

สิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนพึงมีพึงได้ พึงใช้ และพึงรักษาไว้ให้อยู่ในขอบเขตของตนและไม่ก้าวท้าวและเบียดเบียนสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น สิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลหรือเรียกอีกนัยหนึ่งว่า สิทธิมนุษยชน (Human right) ได้มีกำหนดไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติ (United Nations Charter) ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Constitution) และในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยมีขอบเขตเนื้อหาสาระสอดคล้องกับพันธกิจของแต่ละองค์กร สำหรับสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพและสาธารณสุขนั้นได้ระบุไว้ว่า มนุษย์ทุกคนมีสิทธิโดยกำเนิดในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีสิทธิมีอายุยืนยาว

สำหรับปรัชญาที่อาจนำมาประยุกต์ใช้ให้เอื้อประโยชน์ต่อการใช้และรักษาสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลนั้นมีหลายประการเช่นเดียวกัน เช่น ความรู้และความเป็นจริงด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การคุ้มครองทางกฎหมาย การธำรงความยุติธรรม เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปรัชญาเป็นวิชาที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์นานัปการ รวมทั้งประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ศึกษาวิชาการสุขภาพและสาธารณสุข พัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข สนับสนุนความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ ศึกษาและพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม จึงขอสรุปประโยชน์ของการประยุกต์ปรัชญาในภาพรวม ไว้ดังนี้

1. ปรัชญาสอนให้คนมีโลกทัศน์และจินตนาการที่กว้างไกลสู่อาณาจักรที่ไร้พรมแดนทางวิชาการ
2. ปรัชญาสอนให้คนคิดมีเหตุและผลและมุ่งแสวงหาปัญญาแจ่มแจ้งรอบด้าน อย่างต่อเนื่อง

3. ประชาชนให้คนรู้จักประเมินและวิพากษ์วิจารณ์ความรู้ของมนุษย์ ว่าถูกต้องและเป็นที่ยอมรับ
ควรแก่การนำไปปฏิบัติ มากน้อยเพียงใด

4. ประชาชนส่งเสริมให้คนเห็นและยอมรับคุณค่าของคุณธรรมจริยธรรมมากกว่าวัตถุ รวมทั้งคุณค่าของ
ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงาม ตลอดจนความรักความเชื่อและความสมัคสมานสามัคคีของ
หมู่คณะและประเทศชาติ

5. ประชาชนส่งเสริมการศึกษาหาหนทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคม
ทั้งในชีวิตประจำวันในปัจจุบันและในอนาคต

6. ประชาชนส่งเสริมการสร้างและพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ของมวลมนุษยชาติ

จากคุณประโยชน์ของปรัชญาดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าปรัชญามีคุณประโยชน์หลัก 2 ประการ
คือ ประโยชน์ในการศึกษาวิชาว่าด้วยความรู้และความเป็นจริงและประโยชน์ในการนำเนื้อหาสาระของปรัชญา
ซึ่งนักปรัชญาที่มีชื่อเสียงคิดหรือค้นพบแล้วมาสู่การปฏิบัติในการดำเนินชีวิต

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มีประโยชน์ทั้งสำหรับนักศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร์ วิทยาศาสตร์
การแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการสาธารณสุขทุกสาขา ในการเป็นความรู้พื้นฐานของหลักสูตร และสำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพต่างๆ ดังกล่าว ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคองค์กรพัฒนาเอกชน (Non Government
Organizations: NGOs) ในการเรียนรู้และพัฒนาทางวิชาการและนำเนื้อหาสาระของปรัชญาไปประยุกต์ใช้
พัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขในหน้าที่และความรับผิดชอบ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มาก
ยิ่งขึ้น

เรื่องที่ 1.5.4 การประยุกต์ปรัชญาในพัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

1. การประยุกต์ปรัชญาในการศึกษาวิชาการสุขภาพและสาธารณสุข

ประโยชน์สูงสุดของปรัชญาอยู่ที่การใช้เป็นแนวทางให้กับนักค้นคว้าและนักปรัชญา ในการแสวงหาความรู้และความเป็นจริง การแสวงหาความรู้ที่ปราศจากปรัชญาใดๆ มารองรับ ย่อมต้องใช้เวลานานและมีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวมากกว่าการมีแนวทางปรัชญาที่สมบูรณ์มารองรับ ซึ่งนักวิทยาศาสตร์และนักปรัชญาได้พยายามร่วมมือร่วมใจกัน ค้นหาแนวทางที่เป็นที่ยอมรับได้มากที่สุดมาประยุกต์ใช้ผลพวงในการยอมรับความเป็นศาสตร์ของปรัชญาและวิทยาศาสตร์ เป็นส่วนสำคัญในการช่วยปรับปรุงและพัฒนาองค์ความรู้ให้มีความถูกต้องและมีระดับของความเจริญสูงยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะปรัชญาช่วยปรับพื้นฐานการรับรู้ของมนุษย์ให้มีความมั่นคงและมีความเป็นวัตถุวิสัยในการสร้างสรรค์ความรู้ การนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ไม่ได้จำกัดอยู่ในเฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์แท้ๆ (Exact sciences) ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์เท่านั้น แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับมนุษยศาสตร์ (Human sciences) และรวมไปถึงสาขาวิชาสังคมศาสตร์ (Social sciences) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และกิจกรรมของมนุษย์ ในกรณีแรกวิทยาศาสตร์สามารถนำปรัชญาไปใช้โดยตรง แต่ในกรณีของศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และกิจกรรมของมนุษย์อาจต้องนำไปปรับใช้ เนื่องจากศาสตร์ในส่วนนี้มีระดับของความเป็นวัตถุวิสัยในสาขาวิชาลดน้อยลง

กล่าวโดยรวมแล้ว ประโยชน์หลักๆ ของการประยุกต์ใช้ปรัชญาในการศึกษาวิชาการสุขภาพและสาธารณสุขมี 2 ประการ คือ ประโยชน์ในการนำวัตถุประสงค์ของ “การศึกษาปรัชญาทั่วไป” มาใช้ศึกษาปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข และ ประโยชน์ในการใช้ “เนื้อหาสาระ” ของปรัชญา ซึ่งมีนักปราชญ์ได้ศึกษาค้นคว้าเอาไว้ แล้วไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ปรัชญามีประโยชน์ต่อการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขศาสตร์ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

สำหรับประโยชน์ในการศึกษาปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขนั้น สามารถนำวัตถุประสงค์ของการเรียนปรัชญา 3 ประการ มาประยุกต์ใช้ ได้แก่

1. เพื่อรู้จักปัญหาสาธารณสุขที่ยังเป็นปัญหาอยู่
2. เพื่อรู้คำตอบทุกคำตอบที่เป็นไปได้
3. เพื่อรู้จักเก็บส่วนดีจากทุกคำตอบมาเป็นหลักยึดเหนี่ยวของตนในทางที่ดี

ทั้งนี้ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์และวิจัยเชิงปรัชญา (Philosophical analysis and research) เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบที่เป็นองค์ความรู้ แนวคิด หลักการ ที่เป็นความจริง พร้อมด้วยเหตุผลใหม่ เพื่อนำมาเป็นนวัตกรรมทางสาธารณสุข ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขในแต่ละกาลเวลา และสภาพแต่ละพื้นที่ ต่อไป

การนำปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ไปเป็นวิชาพื้นฐานในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์สาธารณสุขทุกแขนง จะช่วยให้นิสิตนักศึกษาเหล่านี้ มีองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิดและวิสัยทัศน์ ที่กว้างไกลต่อวิชาชีพของตน และสามารถบูรณาการให้เข้ากับเครือข่ายสุขภาพและสาธารณสุขได้อย่างกลมกลืน และหลังจากที่สำเร็จการศึกษา

ออกไปประกอบอาชีพแล้ว ก็สามารถนำความรู้ ทักษะและแนวความคิดเชิงบูรณาการเหล่านี้ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งๆ ขึ้นได้

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การศึกษาวิชาใดๆ หากไม่นำความรู้ที่ได้ไปสู่การประยุกต์ใช้ก็จะเกิดประโยชน์น้อย หรือจะได้ประโยชน์เฉพาะตัว ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนางานที่เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติในส่วนรวม ดังนั้น เมื่อศึกษาวิชาปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขแล้ว ก็สมควรนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข ที่แต่ละคนมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบอยู่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งนี้ ควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาปรัชญาตามแนวความคิดของนักปรัชญา 3 ประการ ดังกล่าวแล้วข้างต้น

การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการศึกษาวิชาการสุขภาพและสาธารณสุขนั้น ควรศึกษาค้นคว้าหาความรู้และความเป็นจริงให้ครอบคลุมทุกประเภทของปรัชญา ได้แก่ อภิปรัชญา ญาณวิทยา และ คุณวิทยา ทั้ง 3 สาขา คือ ตรรกศาสตร์ จริยศาสตร์ และสุนทรียศาสตร์ เพื่อตอบคำถามเชิงปรัชญาทั้ง 3 ประการ คือ ความเป็นจริงคืออะไร เรารู้ความเป็นจริงได้อย่างไรและเราพึงปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมกับความเป็นจริงที่ค้นพบ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษยชาติ ได้อย่างมั่นคง

2. การนำเนื้อหาสาระของปรัชญาไปประยุกต์ใช้พัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

นักปรัชญาและนักวิชาการรวมทั้งปราชญ์ชาวบ้านไทยตลอดจนในนานาประเทศ ได้คิดค้นพัฒนาและสังเคราะห์เนื้อหาสาระของปรัชญาไว้มากมาย แต่ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักไม่ได้นำมารวบรวมเรียบเรียงอย่างเป็นระบบระเบียบ และไม่ได้หยิบยกขึ้นมาใช้ประโยชน์ในการสร้างสรรค์และพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อปัจเจกบุคคล ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ตัวอย่างของเนื้อหาสาระของปรัชญาการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปและประโยชน์ของการนำไปประยุกต์ใช้ มีดังนี้

1) “อาโรคยา ปรมา ลาภา”ความไม่เป็นโรค เป็นลาภอันประเสริฐ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค

2) “การป้องกันดีกว่าการแก้” สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

3) “ประชาชนทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับบริการสุขภาพ ที่ได้มาตรฐาน โดยไม่คำนึงความแตกต่างในเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม” สามารถนำมากำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดบริการสุขภาพให้ทั่วถึง และสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งตราเป็น พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ฯลฯ

สำหรับเนื้อหาสาระของปรัชญานั้น อาจเป็นในรูปของแนวความคิด หลักการ กฎเกณฑ์ ทฤษฎี หลักปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ของนักปรัชญาหรือนักปราชญ์หรือสำนักการศึกษาปรัชญา โดยเนื้อหาสาระของสุขภาพและสาธารณสุขนั้น อาจได้มาจากการศึกษาค้นคว้าปรัชญาทุกประเภท ทั้งอภิปรัชญา ญาณวิทยา คุณวิทยา ตรรกศาสตร์ จริยศาสตร์และสุนทรียศาสตร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ดังนี้

1) ประโยชน์ของปรัชญาต่อปัจเจกบุคคล อาจเกิดจากความสนใจใฝ่เรียนรู้ของแต่ละบุคคล จากแหล่งต่างๆ เช่น การเรียนในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัย จากเอกสารเผยแพร่วิชาการ จากการร่วมประชุมสัมมนาเรื่องที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทำให้มีความรู้และความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตตนเองได้

2) ประโยชน์ของปรัชญาต่อครอบครัว มีความสำคัญมากเพราะครอบครัวเป็นรากฐานของสังคม สามารถเกิดขึ้นได้จากการสื่อสารกันภายในครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม หรืออาจมาจากภายนอกครอบครัว เช่น จากนักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหรือสื่อทางโทรทัศน์ วิทยุและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เป็นต้น

3) ประโยชน์ของปรัชญาต่อชุมชน ก็มีความสำคัญมากเช่นเดียวกันเพราะความรู้และความเป็นจริงจะช่วยให้ชุมชนมีความความเชื่อที่ถูกต้อง ทำให้มีความร่วมมือร่วมใจกันจัดการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพของชีวิต เป็นชุมชนที่มีแหล่งการเรียนรู้ มีความเข้มแข็ง เป็นกำลังสำคัญของสังคมและประเทศชาติ

4) ประโยชน์ของปรัชญาต่อสังคมและประเทศชาติ ในการนำปรัชญาไปใช้ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาตินั้น จำเป็นต้องวิเคราะห์และคัดเลือกปัญหาเชิงปรัชญาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในขณะใดขณะหนึ่ง เมื่อรู้ปัญหาที่จะต้องป้องกันและแก้ไขแล้วก็คืออะไร ขั้นตอนต่อไปคือการสรรหาและคัดเลือกเนื้อหาสาระของปรัชญาประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีศักยภาพ ที่สามารถใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นได้ ต่อจากนั้นก็นำปรัชญาที่คัดเลือกไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ต่อไป

3. แนวทางการประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินการมี 3 ขั้นตอน โดยสังเขปดังนี้

3.1 วิเคราะห์หาปัญหาเชิงปรัชญาที่เป็นปัญหาอยู่ในขณะใดขณะหนึ่ง ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งต้องการคำตอบที่เป็นองค์ความรู้ ความเป็นจริง และเหตุผลที่เป็นไปได้โดยวิธีการหรือเทคนิคที่เหมาะสม เช่น เทคนิคการแก้ปัญหา (Problem solving technique) การวิเคราะห์ทางปรัชญา การศึกษาค้นคว้าวิจัยด้านต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะ ขนาดความรุนแรงของปัญหาและความยุ่งยาก ซับซ้อนของสาเหตุแห่งปัญหานั้นๆ ผลจากการวิเคราะห์ก็จะได้ปัญหาที่จะทำการป้องกันและแก้ไขต่อไป

3.2 สรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยคัดเลือกปรัชญาที่มีเนื้อหาสาระ ที่มีความตรง (Validity) ความเหมาะสม (Appropriateness) ความพอเพียง (Adequacy) และความเจาะจง (Specificity) กับการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นตามหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่กำหนดขึ้น (รายละเอียดในหน่วยที่ 4) นอกจากนี้ยังต้องวิเคราะห์วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ขององค์กรสุขภาพและสาธารณสุข เพื่อพัฒนาให้มีความสามารถในการประยุกต์ใช้ปรัชญาในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากที่สุด

3.3 กำหนดกระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข ด้วยการนำปรัชญา หลักการ หรือทฤษฎีใหม่ ไปประยุกต์ใช้ เป็นเรื่องที่จะต้องใช้เวลาพักพิงและอดทนอย่างมาก ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความยากง่าย ความซับซ้อนของปัญหาที่เป็นรากเหง้าของปรัชญาและความยากง่ายของวิทยาการและเทคโนโลยีเชิงปรัชญาที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหาและทักษะของผู้ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีนั้นๆ ด้วย ในที่นี้ ผู้เขียนเสนอกระบวนการและขั้นตอนหลักๆ โดยย่อ ดังนี้

3.3.1 วิเคราะห์และทบทวนสภาพปัญหาที่เป็นรากเหง้าที่มาของปรัชญาหรือหลักการหรือทฤษฎีนั้นๆ ให้ละเอียดถี่ถ้วนและชัดเจน

3.3.2 ทำความเข้าใจในปรัชญาหรือหลักการหรือทฤษฎีใหม่ที่ได้คัดเลือกมาใช้ประยุกต์ให้มีความชัดเจนและเหมาะสม

3.3.3 วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา หลักการ หรือทฤษฎีนั้นๆ ให้เข้าใจขอบเขต เนื้อหาสาระอย่างละเอียดและถ่องแท้

3.3.4 วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคอันอาจเกิดขึ้นจากการนำปรัชญามาใช้ประโยชน์และหาทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงอุปสรรค หรือทำอุปสรรคให้เบาบางหรือหมดไป

3.3.5 วางแผนงานโครงการนำร่องเพื่อหารูปแบบและวิธีการดำเนินงานด้วยการประยุกต์ใช้ปรัชญาที่เหมาะสม

3.3.6 ดำเนินงานตามโครงการนำร่องหรือต้นแบบ

3.3.7 ติดตามและประเมินผลโครงการนำร่องหรือต้นแบบ

3.3.8 สรุปรายงานผลการประเมินและนำเสนอต่อหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบ

3.3.9 เสนอผลการดำเนินงานนำร่อง เพื่อขอความเห็นต่อวงการวิชาชีพ และหรือจัดประชาพิจารณ์

3.3.10 ปรับปรุงโครงการนำร่อง หรือต้นแบบ และถ่ายทอดเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นๆ หรือชุมชนอื่น

3.3.11 กำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ของการพัฒนาในระดับต่างๆ จนถึงระดับชาติ

3.3.12 เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาเป็นนโยบายและบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3.3.13 จัดโครงสร้างองค์กรและกลไกสนับสนุน การสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ เช่น กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี เป็นต้น

3.3.14 บริหารจัดการนโยบายติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อาจศึกษาวิจัยต่อยอดหรือยกเลิกนโยบายหรือแผนงานโครงการนั้นๆ หากไม่มีความจำเป็นหรือเมื่อปัญหาได้ยุติลง

3.3.15 เผยแพร่และประชาสัมพันธ์การขยายผลการดำเนินงาน ด้วยสื่อและวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

การนำเนื้อหาสาระของปรัชญา ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหากับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนดังกล่าวข้างต้น ย่อมเป็นการกระตุ้นและสนับสนุนให้นักปรัชญาหรือนักวิชาการด้านการแพทย์ สุขภาพและสาธารณสุข เกิดความสนใจในการศึกษาวิชาปรัชญาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้องค์ความรู้ทางวิชาการด้านการแพทย์ สุขภาพและสาธารณสุข มีความหลากหลายและก้าวหน้าทันกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการเชิงปรัชญาที่มีอยู่และที่เกิดขึ้นใหม่ ที่จำเป็นต่อการนำไปประกอบการปรับปรุงและพัฒนาโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งย่อมมีผลดีต่อการยกระดับสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมนุษยชาติให้สูงยิ่งขึ้นอย่างแน่นอน มั่งคั่งและยั่งยืน

บรรณานุกรม

- กิริติ บุญจือ. (2535) ปรัชญาสำหรับผู้เริ่ม. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด,
- กิริติ บุญจือ. (2521) ปรัชญาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- กระทรวงการต่างประเทศ (2554), 120 ปี พลตรี พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กระทรวงการต่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ, จาก <http://www.moph.ac.th/>
- กรมการศาสนา, กระทรวงวัฒนธรรม. ความรู้ศาสนาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุม เครือจิต ศรีบุญนาถ. (2542). สุนทรียภาพของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: เอ็ดดูเคชั่น คาทอลิกเพื่อพระคัมภีร์, คณะกรรมการ. (2005) พระคัมภีร์ภาคพันธสัญญาใหม่. กรุงเทพฯ: หจก. จันทราทิพย์ การพิมพ์.
- คริสตศาสนธรรมอัครสังฆมณฑลกรุงเทพมหานคร. (2550) คำสอนพระศาสนจักรคาทอลิก ภาค 1-4. กรุงเทพฯ: บริษัทจูนพับลิชชิ่ง จำกัด.
- คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์.
- ทวิศักดิ์ ญาณประทีป. พจนานุกรม ฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530. (2534). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิชจำกัด,
- เทียนฉาย กิระนันท์. (2547). สังคมศาสตร์วิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมี แทนแก้ว. (2536). ปรัชญา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนตีงเฮาส์,
- ปานทิพย์ สุภนกร. (2540). ปรัชญาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550. [Online]. 27 มีนาคม 2550 [cited 18 กุมภาพันธ์ 2558]: Available from: http://www.moph.go.th/hot/national_health_50.pdf
- พระราชสมภพ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก, 1 มกราคม 2535. (2534.) กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- พระธรรมโกศาจารย์ (ประยูร ธมฺมจิตฺโต). (2550.) ปรัชญากรีก บ่อเกิดภูมิปัญญาตะวันตก. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สยาม,
- พระมหารังสรรค์ กิตติปัญญา. (2553). การศึกษาวิเคราะห์สุนทรียศาสตร์ในพุทธปรัชญา เถรวาท. วิทยานิพนธ์ พุทธศาสตรมหาบัณฑิต มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พระมหาสวนทรา ธมฺมจารี (สุจารี). (2550). การศึกษาวิเคราะห์ปรัชญาศิลปะตามทัศนะของ พุทธทาสภิกขุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ภูมิพลอดุลยเดช, พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. (2542) คำพ่อสอน : ประมวลพระบรมราโชวาทและพระราชดำรัส เกี่ยวกับเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพฯ, (PL 4209.5 ภ73ค645)

- มารค ตามไท. (2541.) การสอนตรรกวิทยาเพื่อการคิดเชิงวิพากษ์. ใน สิริเพ็ญ พิริยจิตรกรกิจและคณะ (บรรณาธิการ), มารคแห่งปัญญาของมารค ตามไท, หน้า 110-123. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์จตุพร.
- ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, พิมพ์ครั้งที่ 4, (2548), หน้า 183
- รัตน์ บัวสนธิ์. ปรัชญาวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทแอดทีฟพริ้นท์จำกัด, 2566. 100 ปี สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก (2535): หนังสือที่ระลึกงานฉลอง 100 ปี แห่งวันคล้ายวันพระราชสมภพ
- วิทยา ศักยานันท์. (2548.) ตรรกศาสตร์ : ศาสตร์แห่งการใช้เหตุผล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุชาติ ประสิทธิ์รับสินธุ์. (2538). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เสาวนีย์ จิตหมวด. (2535.) วัฒนธรรมอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์ทางนำ. กรุงเทพฯ.
- สมพร สุขเกษม. (2535.) หลักคำสอนของศาสนาพราหมณ์-ฮินดู. ภาควิชาศาสนาปรัชญา : วิทยาลัยครูบ้านสมเด็จเจ้าพระยาสาธิตวิทยาลัยรัตนโกสินทร์.
- สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก. (2549.) หลักพระพุทธศาสนา. พิมพ์ครั้งที่ 10. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาลัย,
- สมบูรณ์ บุญโท. ปรัชญาเบื้องต้น. (2550.) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมมิกจำกัด,
- สุเมธ เมธาวิทยกุล. ปรัชญาเบื้องต้น. (2534.) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์,
- สนิท สีสำแดง. (2538) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับปรัชญาและศาสนา. กรุงเทพฯ: นีลนาราการพิมพ์,
- อภิชัย โพธิ์ประสิทธิ์ศาสตร์. (2539.) ศาสนาพุทธมหายาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กทม. มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- อารี วิชาชัย. ปรัชญาธรรมของศาสนาพราหมณ์-ฮินดู. ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์
- อมร ไสภณวิเชษฐวงศ์. (2521.) ปรัชญาเบื้องต้น (Introduction to Philosophy). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง,:
- Anthony Kenny. (2007.) Philosophy in the Modern world. New York: Oxford University Press,
- Baker, T. L. (1997). Doing social research (2nd ed.). Singapore: McGraw-Hill, Inc.
- Baker, Therese L. (1994.) Doing Social Research. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill,
- Blalock, Jr., Hubert M. ed. (1980.) Sociological Theory and Research; A Critical Approach. New York : The Free Press,
- Heine, Steven and Dale S. Wright. (2000) The Koan texts and contexts in Zen Buddhism. New York: Oxford University Press.
- International Health Conference. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. Bulletin of the World Health Organization, 80 (12), 983-984. World Health Organization

- Johnson, H.K. (2018). The Most Important Skill For 21st-Century Success. Retrieved on 9 July 2019, from <https://www.forbes.com/sites/kevinhjohnson/2018/07/31the-most-important-skill-for-21st-century-success/#4308daf232c8>.
- Kaplan, J.F., Sallis and Patherson T.L. (1993). Health and Human Behavior. New York: McGrawHill
- Levy, N. (2003). Analytic and Continental Philosophy : Explaining The Differences. *Metaosophy*. 34 (3) : 284-304.
- Lone, J. M. (2013). The Philosopher as Teacher : Philosophical sensitivity. *Metaphilosophy*, 44(1-2), 171-186.
- Merriam-Webster Inc. (1986.) Webster's Intermediate dictionary. Massachusetts: Merriam-Webster Inc,
- Satish Chandra Chatterjee, (1963) Classical Indian Philosophies: Their Synthesis in the Philosophy of Sri Ramakrishna. Calcutta: University Press,
- Socrates. (1911) Encyclopaedia Britannica
- Strawser, M. (2005). Creating Philosophy : Using a Cooperative Learning Approach in the Classroom. *Teaching Philosophy*, 28(2),
- The Partnership for 21st century skills. (2008). 21st Century Skills, Education & Competitiveness : A Resource and Policy Guide. Retrieved on 1 January 2019, from http://www.p21.org/storage/documents/21st_century_skills_education_and_competitiveness_guide.pdf
- U.S. State Department's International Religious Freedom Report (2004.) <http://www.state.gov/g/drl/rls/irf/2004/> Accessed 20 September 2008. (อังกฤษ)
- Will Durant. (1926) The story of philosophy. New York: Simon and Schuster,
- Winslow, C.E.A. (1920). The untilled field of public health. *Modern Medicine 2*:
- Wikipedia, the free encyclopedia, Philosophy of health care. http://en.wikipedia.org/wiki/philosophy_of_healthcare
- World Health Organization. Glossary of Terms' used in the "Health for All"

หน่วยที่ 2

ญาณปรัชญาสุขภาพ
และการสาธารณสุข

หน่วยที่ 2 ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ชุดวิชา ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์

หน่วยที่ 2 ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ตอนที่

- 2.1 แนวคิดและหลักการ ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.2 การบริการสุขภาพและการสาธารณสุของค์รวม
- 2.3 ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.4 การบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.5 สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.6 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข ที่มีแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการค้นหาคำตอบ โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก อย่างมีเหตุมีผลที่พิสูจน์ ยืนยันได้ในทุกประเด็น เน้นการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งรายบุคคล ชุมชน และประโยชน์ต่อสาธารณะ จึงจำเป็นต้องนำความรู้ด้านระบบสุขภาพในมิติ สังคมศาสตร์ การแพทย์ และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์

2. ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ที่สำคัญคือ ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ เทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และการวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุข โดยเน้นความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ พัฒนา ต่อยอดและขยายผล ได้อย่างกว้างขวาง

3. การบริการสาธารณสุของค์รวมประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นความรู้ที่สามารถค้นหาคำตอบที่ชัดเจนและเป็นปัจจุบัน โดยใช้ ผู้ใช้บริการ กลุ่มเป้าหมายและชุมชนที่เป็นพื้นที่ดำเนินการ เป็นศูนย์กลาง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาและการ แก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว มั่นคงและยั่งยืน

4. การบริหารจัดการ เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่งในการนำความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้งหลาย สู่การปฏิบัติ ที่สำคัญคือ ความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการ กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการ สาธารณสุข เศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

5. มนุษย์ทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมาตั้งแต่เกิด รัฐบาลผู้บริหารประเทศ มีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี จึงต้องจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุขตามสิทธิของประชาชน ตั้งแต่เกิดจนสิ้นชีวิต ตามกำลังความสามารถของประเทศอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

6. การสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุข ของตนเองและชุมชน เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาให้บุคคล ชุมชน และสังคมสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 2 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. แนวคิดและหลักการ ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข
2. การบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของค์รวม
3. ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
5. สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
6. การพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ตอนที่ 2.1

แนวคิด หลักการ ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.1 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.1.1 ความหมายและความสำคัญของญาณปรัชญา
- 2.1.2 สุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.1.3 ระบบสุขภาพ
- 2.1.4 การประยุกต์ปรัชญาสุขภาพกับระบบสุขภาพมิติใหม่

แนวคิด

1. ญาณปรัชญา คือ ญาณวิทยาหรือทฤษฎีความรู้เป็นความพยายามที่จะค้นหาคำตอบเกี่ยวกับความรู้ของมนุษย์ด้านต่างๆ โดยเริ่มต้นจากการกำหนดสิ่งที่ต้องการค้นหา การวิเคราะห์สิ่งที่เกี่ยวข้อง การค้นหาวิธีการที่จะให้ได้สิ่งที่ต้องการและดำเนินการค้นหาคำตอบในเรื่องนั้น ให้ได้อย่างมีเหตุมีผลที่เป็นความจริงในทุกประเด็น ตามหลักวิชาปรัชญา คำตอบที่ได้จะเป็นแนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับความรู้เหล่านั้น

2. สุขภาพและการสาธารณสุข กล่าวถึงความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีแนวคิด ทฤษฎี หลักการและหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการค้นหาคำตอบ โดยใช้ปัญหาเป็นหลักอย่างมีเหตุมีผลที่พิสูจน์ ยืนยันได้ในทุกประเด็น

3. ระบบสุขภาพ คือ กลุ่มของสิ่งของและกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องกันในการดำเนินงานด้าน สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้รับการจัดระเบียบให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน สมบูรณ์และครบวงจร เพื่อก่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. การนำปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ไปใช้ในการดำเนินงานให้ได้ผลดี จำเป็นต้องนำ ความรู้ด้านสังคมศาสตร์ การแพทย์และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ของสหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมายและความสำคัญของญาณปรัชญา
2. สุขภาพและการสาธารณสุข
3. ระบบสุขภาพ
4. การประยุกต์ปรัชญาสุขภาพกับระบบสุขภาพมิติใหม่

เรื่องที่ 2.1.1 ความหมาย และความสำคัญของญาณปรัชญา

ความหมายของญาณปรัชญา

ญาณปรัชญา เป็นวิธีการศึกษาหาความรู้และความเป็นจริง เพื่อตอบความสงสัย ความพิศวง หรือความสนใจในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบความเป็นจริงของสิ่งนั้น เรียนรู้ได้โดยประสาทสัมผัส การอนุมานปรากฏการณ์ จิตสำนึกหรือสัญชาตญาณ ญาณพิเศษและสิ่งที่เกิดขึ้นของสิ่งเหนือธรรมชาติ

ความสำคัญของญาณปรัชญา

ญาณปรัชญาก่อให้เกิดความรู้และการนำความรู้ไปใช้ เกิดความเจริญรุ่งเรืองและความก้าวหน้าทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมวลมนุษยชาติ มีคุณค่า ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน ประเทศชาติและต่อโลก ซึ่งจะช่วยตอบคำถามว่า “เรารู้ความจริงได้อย่างไร” ด้วยทฤษฎีความรู้ที่มีเหตุผล โดยศึกษาเรื่องความจริงและความเท็จ (Truth and false) และการแยกแยะความจริงจากความเท็จ ดังนั้น วิชาญาณวิทยาจึงช่วยในการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แยกแยะ สรุปและพัฒนาต่อยอดขยายผลความรู้ทั้งหลาย เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ ได้แก่ ชีวีวิถี หลักระบอบวิद्याสุขภาพ หลักวิจัยสุขภาพ

ดังนั้น ญาณปรัชญา จึงมีความสำคัญต่อมวลมนุษยชาติมาตั้งแต่โบราณกาล สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และมั่นใจได้ว่าจะยังคงเป็นไปเช่นนี้ในอนาคต โดยเป็นทั้งสิ่งที่เป็นหลักการ เป็นรากฐาน เป็นจุดตั้งต้น เป็นสิ่งช่วยส่งเสริมสนับสนุน เป็นคำตอบของการศึกษาค้นคว้า เป็นสิ่งช่วยนำความรู้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ ช่วยให้เกิดนวัตกรรม ก่อให้เกิดความรู้ ความจริงของสรรพสิ่งต่างๆ ตลอดเวลาและตลอดไป

เรื่องที่ 2.1.2 สุขภาพและการสาธารณสุข

ตามที่ได้กล่าวไว้ในหน่วยที่ 1 เรื่องที่ 1.1.1 ความหมายของปรัชญา ที่สรุปว่า ปรัชญาที่มีความหมายเป็น 2 นัย คือ เป็นการศึกษาวิชาว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความจริง ความถูกต้องและความผิด พระเจ้า ธรรมชาติ และความหมายของชีวิตรวมทั้งหลักการทั่วไปของการศึกษาวิชาหนึ่ง หรือกิจกรรม สาขาหนึ่ง เช่น วิชาปรัชญาประวัติศาสตร์ วิชาปรัชญาการประกอบอาหาร เป็นต้น และอีกนัยหนึ่ง เป็นคำสอน หรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง เช่น ปรัชญากรีก เป็นต้น รวมทั้งความเชื่อ พื้นฐานของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของประชาชน

ในเรื่องที่ 2.1.1 ขอกกล่าวถึงญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข ในนัยที่เป็นคำสอน หรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง รวมทั้งความเชื่อพื้นฐานของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของประชาชน เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขในด้านเนื้อหาสาระ ความรู้และความคิดเกี่ยวกับความจริงของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อนำเนื้อหาสาระของปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อมนุษย์

นิยามอย่างเป็นทางการของ “สุขภาพ” ที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ในธรรมนูญ เมื่อ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2489 ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา คือ สภาวะที่สมบูรณ์พร้อม ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีไข้เพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity) นิยามนี้ นับเป็นหนึ่งในปรัชญาสุขภาพของโลก

ได้มีความพยายามในการเสนอให้เพิ่ม “สภาวะทางวิญญาณ” เข้าในนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก มาตั้งแต่ พ.ศ.2526 โดยสมาชิกจากประเทศในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ข้อเสนอดังกล่าวมีทั้งผู้สนับสนุน และผู้คัดค้าน จนในที่สุด คณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก มีข้อยุติให้ปรับปรุงคำจำกัดความของ คำว่าสุขภาพ เป็น “สภาวะที่สมบูรณ์อย่างมีพลวัตทั้งร่างกาย จิตใจ วิญญาณและ สังคม และมีไข้เพียงความ ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น” อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอดังกล่าวยังไม่มีการยอมรับเป็นมติของสมัชชา อนามัยโลก สำหรับประเทศไทยได้มีการเคลื่อนไหวให้เพิ่ม “สภาวะทางจิตวิญญาณ” ในคำจำกัดความของ สุขภาพในระหว่างการรณรงค์ปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้เกิดความขัดแย้งค่อนข้างรุนแรงจากการคัดค้านของ องค์การทางพระพุทธศาสนาหลายองค์กร ที่ปฏิเสธคำ “จิตวิญญาณ” ว่าเป็นความคิดเทวนิยมและไม่มีใน ศาสนาพุทธ ในที่สุดได้ข้อยุติให้ใช้คำว่า “ปัญญา” เป็นมิติที่ 4 ของสุขภาพและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แต่ยังมีปัญหาเมื่อเทียบเคียงกับนิยามศัพท์ในภาษาอังกฤษ ในประเด็นสภาวะทางจิตและปัญญา ว่า คำใดคือจิต และ คำใดคือปัญญา จึงเสนอให้ไม่ต้องหาข้อยุติในประเด็นดังกล่าวเพราะหาข้อยุติได้ยาก และได้เสนอแนวทางพัฒนาสภาวะทั้ง 4 มิติ ตามแนวพุทธ เป็นพื้นฐาน ส่วนผู้ศรัทธาในศาสนาอื่น ย่อมพัฒนา หรือขยายความได้โดยอิสระตามพื้นฐานความเชื่อของตน

การมีสุขภาพดี (Healthy) เป็นยอดปรารถนาของสิ่งมีชีวิตทั้งหมดดัง พุทธภาษิตที่ว่า “อาโรคยา ปริมาลาภา : ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” และการตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ขององค์การอนามัยโลกที่ถือเป็นวาระแห่งโลก ในการประกาศนโยบาย Health for All, 2000 เมื่อปี พ.ศ.2521

วิชาญาณปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ช่วยตอบคำถามว่า “เรารู้ความจริงด้านสุขภาพ ได้อย่างไร” ด้วยทฤษฎีความรู้ที่มีเหตุผล ซึ่งช่วยในการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แยกแยะ สรุปและ พัฒนาต่อยอด ขยายผลความรู้ทั้งหลาย ทั้งด้านสุขภาพและที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ ได้แก่

2.1 วิชาชีวสถิติ (Biostatistics)

2.2 วิชาหลักระบาดวิทยาสุขภาพ (Principle of epidemiology in health)

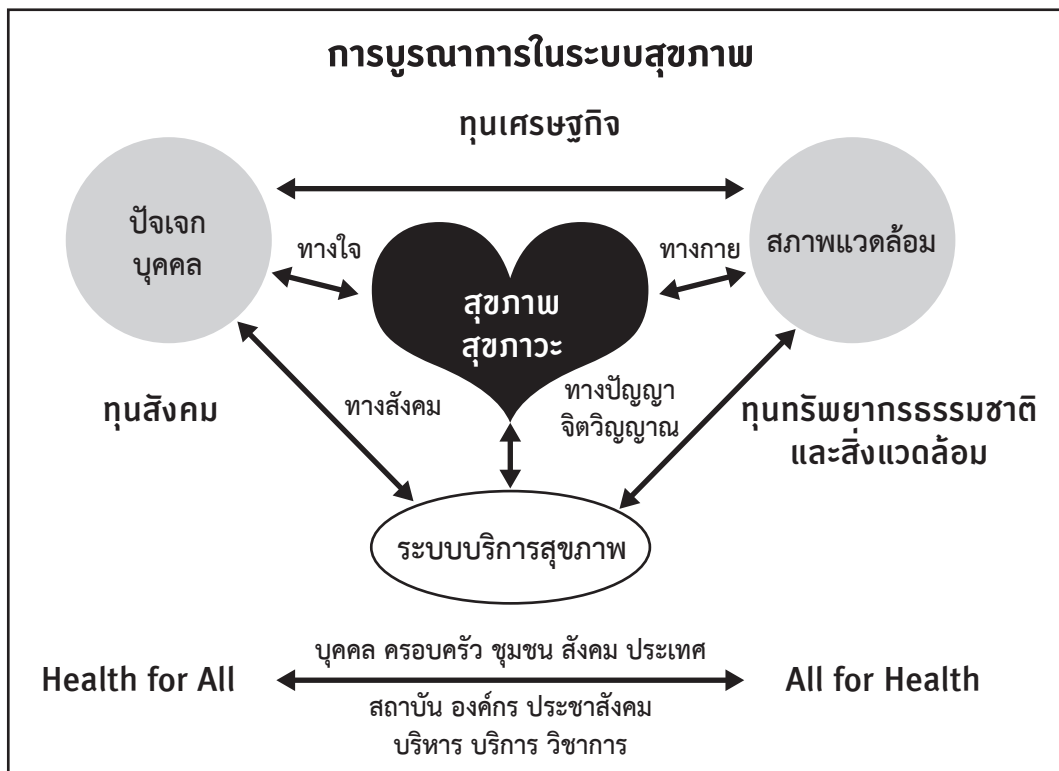
2.3 วิชาหลักวิจัยสุขภาพ (Principle of health research)

ฯลฯ

เรื่องที่ 2.1.3 ระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพ (Health system) คือ กลุ่มของสิ่งของและกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องกันในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health care) และได้รับการจัดระเบียบให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน สมบูรณ์และครบวงจร เพื่อก่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

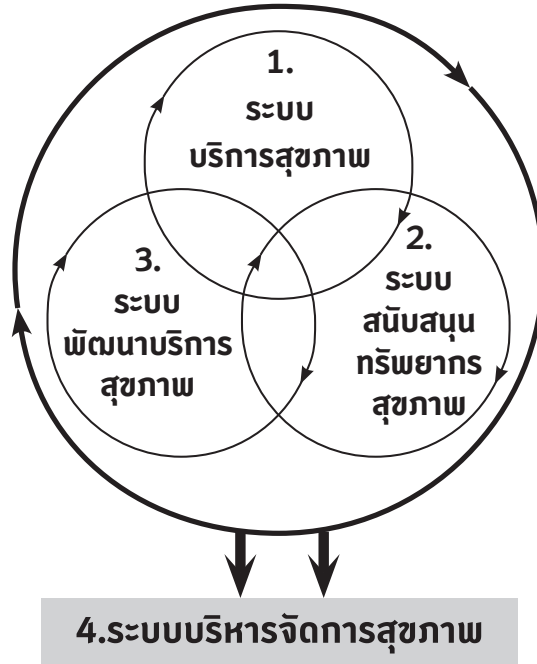
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็น “เครื่องมือ” ของสังคมไทย ที่จัดให้มีกลไกที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคม มาทำงานเรื่องสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายเชิงบูรณาการ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การบูรณาการในระบบสุขภาพสู่ระบบบริการสุขภาพ
ที่มา ดัดแปลงจาก อำพล จินดาวัฒน์, 2551

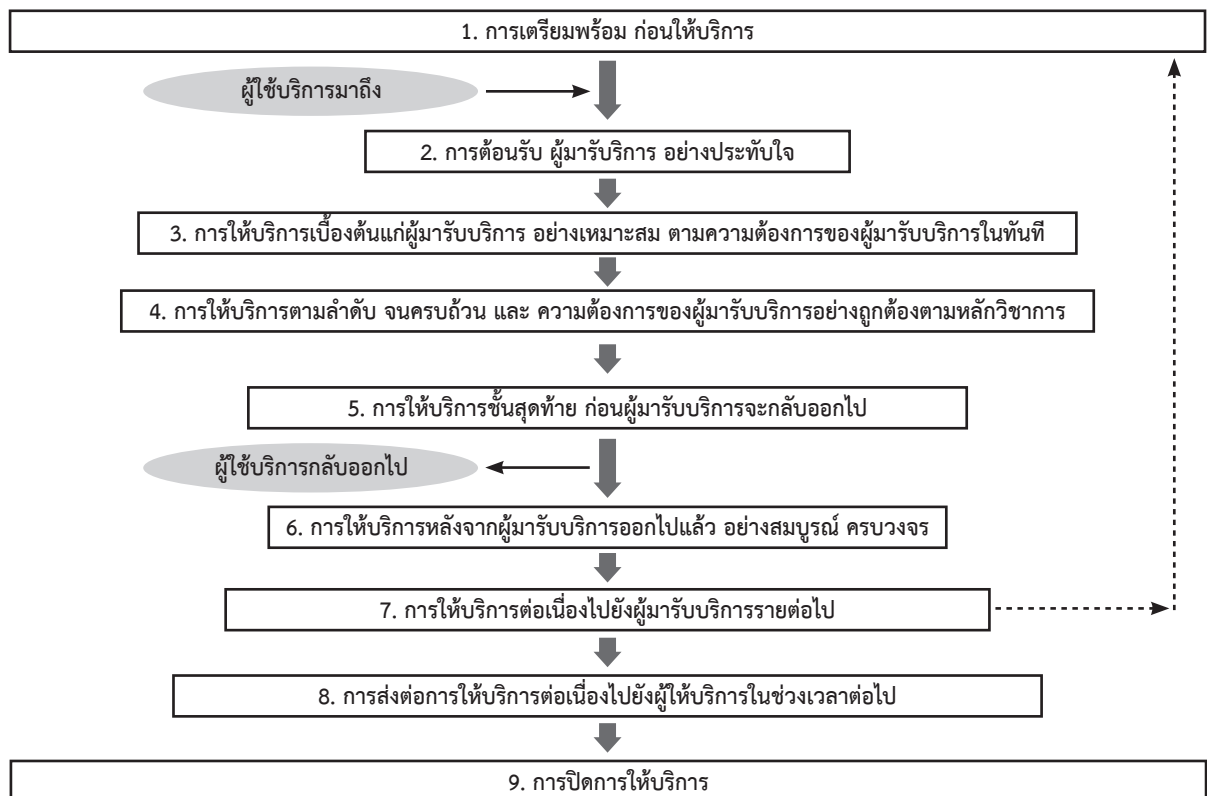
กลไกต่างๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่หนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ด้วยการประสานตัวเข้าหากันเพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกัน

ระบบสุขภาพ มี 4 ระบบ คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ ระบบพัฒนาบริการสุขภาพและระบบบริหารจัดการสุขภาพ แต่ละระบบมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยแสดงด้วยลูกศร ที่บ่งบอกความเป็นพลวัต (Dynamic) โดยอยู่ในพื้นที่ องค์กร หน่วยงานเดียวกัน แต่ละระบบครอบคลุมเต็มพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด มีขนาดเท่ากันและมีความสัมพันธ์กัน จึงขอย่อขนาดของ 3 ระบบแรกให้เห็นชัดเจนขึ้น โดยอยู่ภายในระบบบริหารจัดการ ดังภาพที่ 2.2



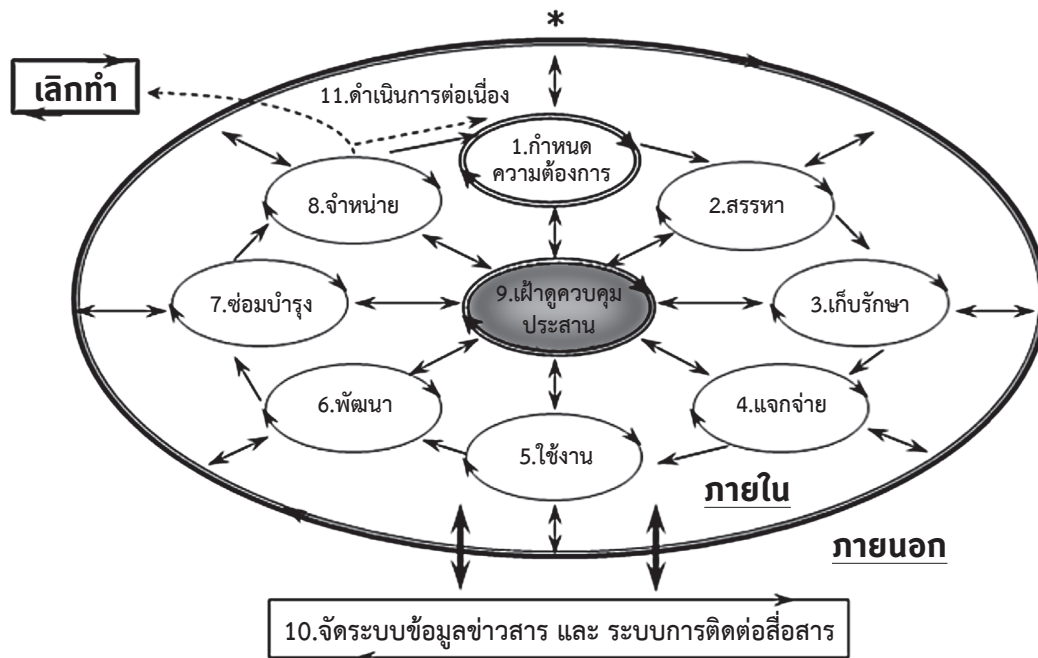
ภาพที่ 2.2 การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของระบบสุขภาพทั้ง 4 ระบบ

1. ระบบบริการสุขภาพ (Health service system) คือ ระบบสุขภาพที่ให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้บริการ (Customer) ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก ดังรูปที่ 2.3



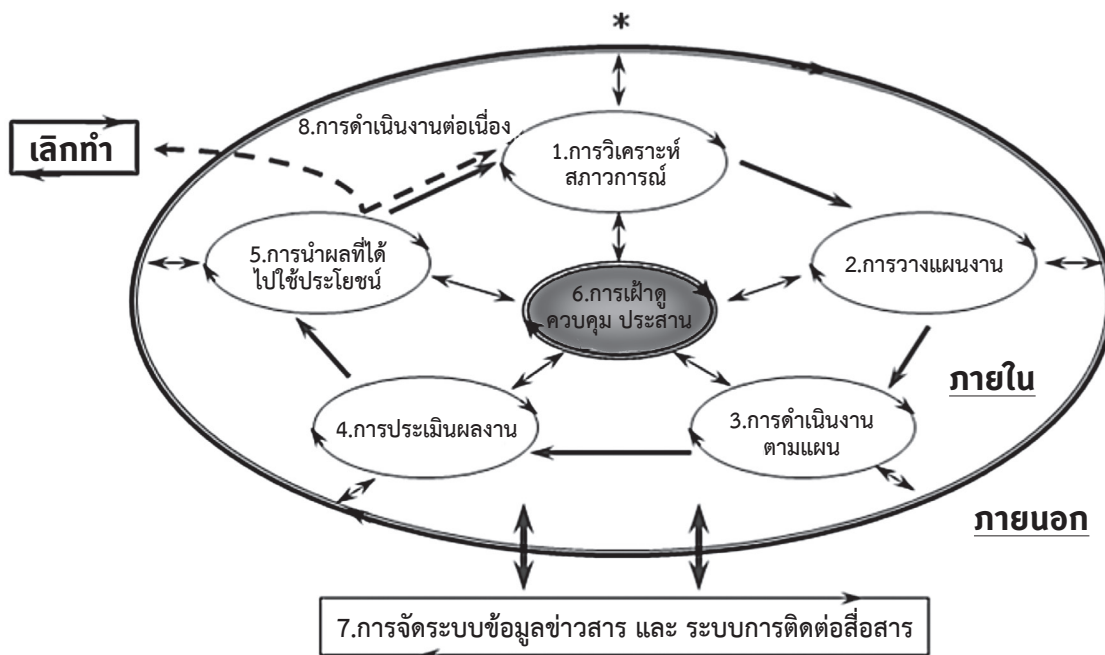
ภาพที่ 2.3 ระบบบริการสุขภาพ

2. ระบบสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ (Health resources supporting system) คือ ระบบที่สนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ วิธีการ เทคโนโลยี เวลา) ให้กับงานสุขภาพ อย่างถูกต้อง เพียงพอ เหมาะสม ตามกาลเทศะและบุคคล ประกอบด้วย 11 กิจกรรมหลัก ดังภาพที่ 2.4



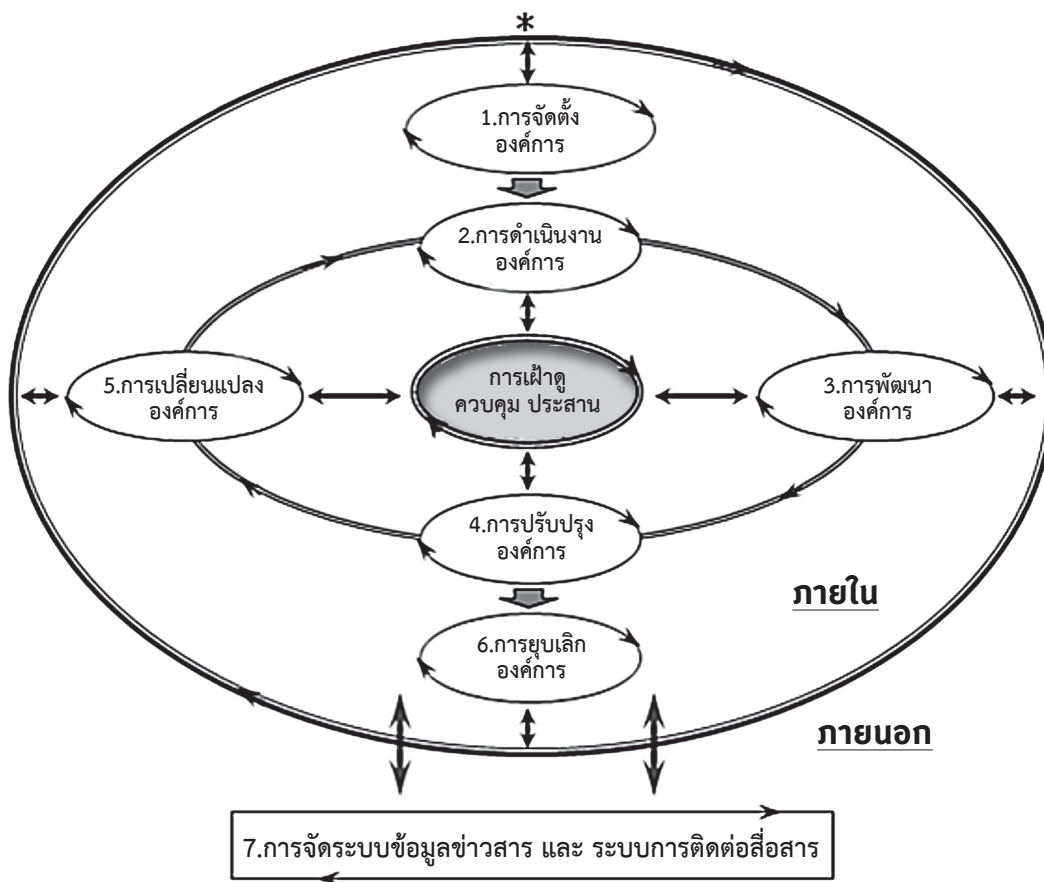
ภาพที่ 2.4 ระบบสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ

3. ระบบพัฒนาบริการสุขภาพ (Health service improving system) คือ ระบบที่พัฒนาบริการสุขภาพให้ดียิ่งๆ ขึ้น ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 ระบบพัฒนาบริการสุขภาพ

4. ระบบบริหารจัดการสุขภาพ (Health service management system) คือ ระบบที่ช่วยให้การดำเนินงานสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกันและมีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 6 ระยะของการดำเนินงานบริหารจัดการ ตามวงจรชีวิตของการดำเนินงานองค์การสุขภาพ (Organization life cycle) ดังภาพที่ 2.6



ภาพที่ 2.6 ระบบบริหารจัดการสุขภาพ

แต่ละระยะของระบบบริหารจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ตามหน้าที่สำคัญในการบริหารจัดการ (Management tasks) ของผู้บริหาร ตาม POSDCoRB Model ของ Gulick & Urwick

ระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System)

จะกำหนดอยู่บนฐานของจินตนาการ “สุขภาพดี” การรุกรเพื่อส่งเสริมสุขภาพดีจึงเป็นทิศทางหลัก ซึ่งจะต้องวางอยู่บนแนวคิด “สุขภาพพอเพียง” เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าและเกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม นโยบายสุขภาพแนวใหม่จึงเน้นประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ระบบสุขภาพแห่งชาติในยุคปฏิรูประบบสุขภาพจึงเปิดโอกาสและช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจัง เป็นรูปธรรมและกว้างขวาง มีสาระสำคัญ 12 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. หลักการและความมุ่งหมาย กำหนดไว้ว่า “สุขภาพ” เป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และหลักประกันความมั่นคงของชาติ ระบบสุขภาพเป็นระบบที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และคนทั้งมวลต้องร่วมสร้างสุขภาพ (Health for all - All for health)

2. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ สิทธิด้านสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย สิทธิในการดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิทธิในการรับบริการสุขภาพที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน หลากหลายแบบแผน มีสิทธิเรียกร้องเมื่อได้รับความเสียหาย สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพียงพอ สิทธิในการรวมตัวกันจัดบริการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง สิทธิได้รับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี สิทธิในฐานะผู้ป่วย และสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค

3. ความมั่นคงด้านสุขภาพ กำหนดให้รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและประชาชน ต้องร่วมกันคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ ด้วยการร่วมสร้าง ส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง ควบคุม ลด ขจัด แก้ไข เงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ เช่น การมีครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง การมีอาชีพ และรายได้ที่พึ่งตนเองได้ เป็นต้น

4. กลไก นโยบายสุขภาพแห่งชาติถือเป็นทั้ง “สมอง” และ “หัวใจ” ของระบบสุขภาพ จากการที่รัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐสนับสนุน ส่งเสริม การมีส่วนร่วมภาคประชาชน ในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนร่วมเศรษฐกิจสังคมและการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ จึงได้กำหนดให้มีกลไกที่สำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Commission : NHC) หรือ คสช. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คสช.) หรือสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองทุนพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติและการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทางด้านสุขภาพ

5. การส่งเสริมสุขภาพ มีหลักการสำคัญอยู่ที่ “การส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน” เพื่อมุ่งให้เกิดสุขภาพภาวะทั่วทั้งสังคม

6. การควบคุมป้องกันปัจจัยหรือปัญหาที่คุกคามสุขภาพ เน้นการควบคุมปัจจัยทั้งหมดที่คุกคามสุขภาพ โดยอาศัยความเข้มแข็งทางวิชาการและการจัดการทำงานอย่างได้ผล เพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการ โดยมีแนวทางการทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรทุกระดับต้องมีส่วนร่วม

7. การบริการสุขภาพและการควบคุมคุณภาพ เป็นการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ บนพื้นฐานสุขภาพพอเพียง ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ มีความเป็นธรรมและปลอดภัย มุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบดูแลตนเองของประชาชน ระบบบริการครอบครัวและชุมชน และระบบบริการระดับต้น

8. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ประชาชนต้องได้รับความคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างเสมอกัน โดยมีความมุ่งหมายว่า ประชาชนจะปลอดภัยจากการใช้บริการด้านสุขภาพและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากเกิดกรณีประสบปัญหา จะมีระบบที่ดีดูแลและรับผิดชอบความเสียหาย

9. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ มุ่งส่งเสริมสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนและขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น หมอพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย เพื่อการส่งเสริมและดูแลสุขภาพบนหลักการพึ่งตนเอง

10. องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มุ่งสร้างการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในเชิงรุก กำหนดให้มีหน่วยงานของรัฐที่บริหารจัดการอิสระ เพื่อสร้างองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพและเผยแพร่ต่อสาธารณะ

11. กำลังคนด้านสุขภาพ กำหนดให้มีระบบกำลังคนด้านสุขภาพที่สร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

12. การเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นระบบที่เป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผล โดยส่งเสริมการใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

เรื่องที่ 2.1.4 การประยุกต์ปรัชญาสุขภาพกับระบบสุขภาพมิติใหม่

การประยุกต์ เป็นการนำความรู้ “ภาคทฤษฎี” เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในภาคปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหา

การประยุกต์แตกต่างจากการลอกเลียนแบบ ซึ่งเป็นการนำสิ่งที่อยู่ในบริบทหนึ่งมาใช้ในอีกบริบทหนึ่ง ทั้งหลักการ วิธีการและรูปแบบ โดยไม่คำนึงถึงความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน แต่การประยุกต์เป็นการนำ “บางอย่าง” มาใช้ประโยชน์ บนพื้นฐานความเข้าใจถึงความแตกต่างกันในบริบท สถานที่ เวลาและองค์ประกอบอื่นๆ

ดังนั้น การประยุกต์ปรัชญาญาณด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จึงหมายถึง การนำ “บางอย่าง” ขององค์ความรู้ในวิทยาการของปรัชญาทั้งแนวคิด หลักทฤษฎี หลักการ วิธีการและเทคนิค มาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขแต่ละกลุ่มแต่ละงาน แต่ละชนิดและแต่ละกิจกรรม โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานะที่เป็นจริง โดยมีเป้าหมาย (Goal) ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเหมาะสมกับบริบท สถานะแวดล้อมและสิ่งเกี่ยวข้อง ที่เป็นอยู่ในขณะดำเนินการอย่างกลมกลืนและมีประสิทธิภาพสูง ตัวอย่าง เช่น ปรัชญาที่ว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติ สามารถนำมาประยุกต์ในการทำให้สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนมาตั้งแต่เกิด รัฐบาลผู้บริหารแต่ละประเทศ มีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้กับประชาชน ตั้งแต่เกิดจนสิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีตามกำลังความสามารถของประเทศ โดยกำหนดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่ทุกรัฐบาลต้องปฏิบัติ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป ในตอนที่ 2.4

องค์ประกอบของการประยุกต์ ได้แก่ 1) งานที่จะดำเนินการ พร้อมกำหนดเวลา 2) เป้าหมายของงานที่จะดำเนินการ 3) ความรู้ในวิทยาการหลักของงานที่จะดำเนินการ 4) ความรู้ทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งบริการบริบท สถานะแวดล้อม ฯลฯ ที่เป็นอยู่ในขณะดำเนินการ 5) ความสามารถและความชำนาญของผู้ปฏิบัติ 6) ทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์และ 7) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและสิ่งเกี่ยวข้องที่ส่งเสริมสนับสนุนและเอื้ออำนวยในขณะดำเนินการ

การประยุกต์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน

หมายถึง การนำความรู้ทั้งหลายที่ผู้ปฏิบัติงานมีอยู่และได้รับ ทั้งจากในสถานที่ปฏิบัติงาน นอกสถานที่ปฏิบัติงาน การอ่านหนังสือ/ตำรา การอบรม การศึกษาดูงาน การศึกษาค้นคว้า ฯลฯ ไปใช้ในบริบทหรือสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตัวผู้ปฏิบัติงานเอง นำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม กลมกลืนและน่าชื่นชม

การประยุกต์ในระดับงานและหน่วยงาน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในภาคปฏิบัติของการดำเนินงานและก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อหน่วยงาน/องค์การ

การประยุกต์ในระดับพื้นที่ เป็นการนำ “ทฤษฎี” สู่ “การปฏิบัติ” ทั้งในแต่ละทฤษฎีและในการใช้หลายๆ ทฤษฎีมาผสมผสานกัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของแต่ละบริบท ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงและครบวงจร

การประยุกต์ในการดำเนินงานทุกระดับดังกล่าว จะรวมกันเป็นภาพรวมของทั้งประเทศและสามารถพัฒนาเป็นเครือข่ายระดับภูมิภาคได้ เช่น ระดับภูมิภาคอาเซียน

วิธีการประยุกต์ปรัชญาเชิงความเป็นจริง

1. ด้านการวิจัย (Research)

การวิจัย คือ กระบวนการในการศึกษาค้นคว้าเพื่อค้นหาความจริง (Fact) ในเรื่องหนึ่งเรื่องใด โดยใช้หลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นระบบ สามารถพิสูจน์และยืนยันความจริงที่ค้นพบนั้นได้

ปรัชญาเชิงความเป็นจริง ทั้งอภิปรัชญา ญาณวิทยาและคุณวิทยา/อรรถวิทยา เป็นรากฐาน (Fundamental) ของการวิจัย ที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ได้คำตอบ (Conclusion) และก่อให้เกิดความรู้ความจริงเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการ

2. ด้านการแก้ปัญหา (Problem solving)

หลักในการแก้ปัญหาที่ดี คือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา (Prevention of problem) สามารถกระทำได้ใน 3 ระดับ คือ

- 1 Prevention เป็นการป้องกันตั้งแต่ปัญหายังไม่เกิด
- 2 Prevention เป็นการป้องกันเมื่อปัญหาเกิดแล้ว ป้องกันมิให้ลุกลาม โดยหยุดยั้งปัญหา และปรับเปลี่ยนปัญหาให้เป็นโอกาสในการพัฒนา
- 3 Prevention เป็นการป้องกันเมื่อปัญหาเกิดขึ้นและทำความเสียหายแล้ว เป็นการทำให้ฟื้นฟูสิ่งที่เสียหายไปแล้วและป้องกันมิให้เกิดปัญหาเช่นนั้นซ้ำอีก

3. ด้านการพัฒนา (Development/Improvement)

การพัฒนา (Development/Improvement) คือ การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม โดยการคิดค้นหาสิ่งใหม่มาใช้เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการขยายผลให้เกิดการพัฒนาที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

4. ด้านการบริหาร/จัดการ (Administration/Management)

การบริหาร หรือ การจัดการ คือ การทำให้ “งานหนึ่งงานใด” สำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดและดียิ่งๆ ขึ้น (Management is the working process to achieve the most efficiency outcomes and the better) ประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก คือ

- 1.) การวิเคราะห์สภาวะการณ์ (Situation analysis) ของงานนั้น
- 2.) การวางแผนงาน (Planning) ของงานนั้น
- 3.) การดำเนินงานตามแผนงาน (Implementing) ที่วางไว้
- 4.) การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน (Evaluating)
- 5.) การนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Utilizing)
- 6.) การติดตาม การควบคุมและประสานงาน (Monitoring controlling and coordinating) ในการดำเนินงาน ให้ราบรื่น สอดคล้อง กลมกลืนกันและเป็นไปตามกำหนดของเวลาและงบประมาณ
- 7.) การจัดระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการติดต่อสื่อสาร (Setting of the Information system & communication system) เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่กล่าวมาแล้ว ในการดำเนินงานและการติดตามให้ทั่วถึง ถูกต้อง รวดเร็วและทันเวลา
- 8.) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Continuing) ให้มีคุณค่า และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การบริหาร/จัดการ สุขภาพและการสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ประชาชน “ทุกคน” มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน (Sustainable Quality of Life for All) ซึ่งมีความสำคัญในทุกระดับ ได้แก่

1.) ระดับบุคคล (Individual) ช่วยให้ประชาชน “ทุกคน” ตั้งแต่แรกเกิด มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

2.) ระดับครอบครัว (Family) ช่วยให้ครอบครัวเข้มแข็ง เป็นสุข สงบ มีสุขภาพดีและมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี

3.) ระดับหน่วยงาน/องค์กร (Organization) ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ช่วยให้ประชาชน “ทุกคน” “ทุกครอบครัว” และ “ทุกชุมชน” ในเขตรับผิดชอบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง

4.) ระดับพื้นที่/จังหวัด/ภาค/ประเทศ/ภูมิภาค (Area/Province/Region/Country/International region) จากผลของการบริหารจัดการสุขภาพที่ดี ทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมา ช่วยให้สามารถเพิ่มศักยภาพการพัฒนา ทำให้ดียิ่งๆขึ้นได้ ช่วยให้ทุกพื้นที่ทุกจังหวัดทุกภาคของประเทศในโลก สามารถเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงานได้โดยสะดวกและราบรื่น

ปรัชญาเชิงความเป็นจริง ทั้งวิชาอภิปรัชญา ญาณวิทยาและคุณวิทยา ทั้งที่เป็นแนวคิด หลักการ และวิธีการ สามารถนำมาประยุกต์ในกระบวนการดำเนินงานและการพัฒนาได้ทุกกิจกรรมหลักของการบริหาร/จัดการ ความสำเร็จตามเป้าประสงค์ ให้ผลที่ได้ น่าเชื่อถือ มีคุณค่า คุ่มค่าและมีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

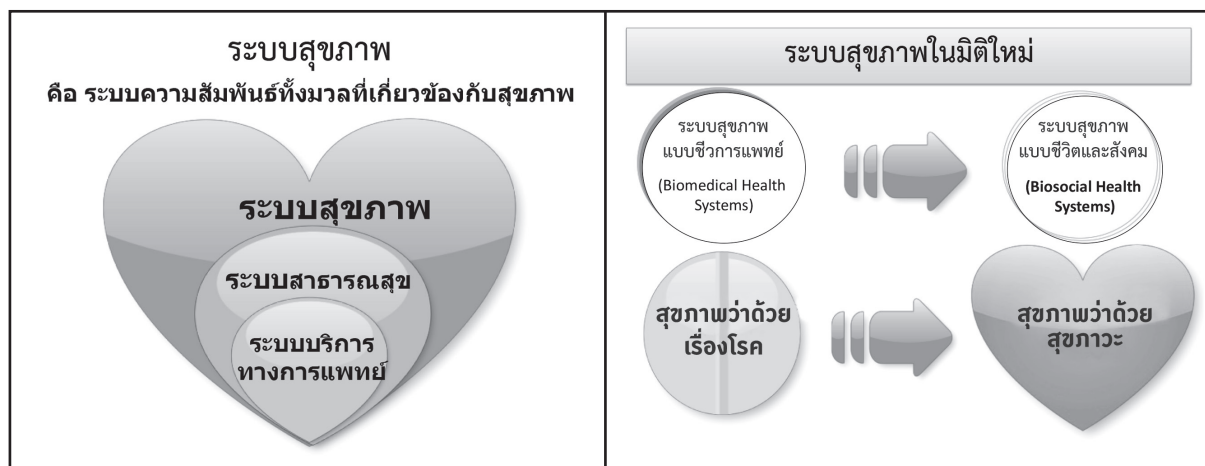
มีการประยุกต์ญาณปรัชญา สู่ปรัชญาประยุกต์ในด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (Applied Philosophy in Health and Public Health) เช่น ปรัชญาสุขภาพ ปรัชญาการแพทย์ ปรัชญาการสาธารณสุข ปรัชญาการพยาบาล ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ ปรัชญาการอนามัยแม่และเด็ก ปรัชญาการอนามัยชุมชน ปรัชญาการอนามัยสิ่งแวดล้อม ปรัชญาการโภชนาวิทยา ปรัชญาการทันตแพทย์ ปรัชญาการเภสัชกรรม ปรัชญาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปรัชญาการบริหาร ฯลฯ เป็นต้น

ในส่วนของการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขนั้น ได้มีการนำองค์ความรู้ในวิทยาการของปรัชญาเชิงความจริงในสาขาต่างๆ ทั้ง Metaphysics, Epistemology, Axiology, Logic, Ethics และ Aesthetics มาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและนำ “บางสิ่ง” ขององค์ความรู้ของปรัชญาเชิงความจริงดังกล่าว มาใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันมิให้เกิดการเสียสุขภาพที่ดี การดูแลรักษาเมื่อเกิดการเสียสุขภาพที่ดีไปและการฟื้นฟูสุขภาพที่เสียไปแล้วให้กลับมามีสุขภาพดีใกล้เคียงกับเมื่อก่อนที่จะเสียไป รวมทั้งการนำไปประยุกต์ในสิ่งที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข โดยการผสมผสานองค์ความรู้ในวิทยาการของสหสาขาวิชาชีพ (Multidiscipline) สหหน่วยงาน (Multidepartment) สหองค์กร (Multiorganization) สหกระทรวง (Multiministry) สหภาคส่วน (Multisector) สหประเทศ (Multicountry) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าของมวลมนุษยชาติทั้งหลายอย่างยั่งยืน

ปรัชญาสุขภาพกับระบบสุขภาพในมิติใหม่

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้ความหมายของ “ระบบสุขภาพ” ว่าเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งรวมระบบสาธารณสุขและระบบบริการทางการแพทย์ไว้ด้วย ดังภาพที่ 2.7

ระบบสุขภาพในมิติใหม่ ได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm) จากเดิมที่เป็น ระบบสุขภาพแบบชีวการแพทย์ (Biomedical health systems) ที่เน้นสุขภาพว่าด้วยเรื่อง “โรค” มาเป็น ระบบสุขภาพแบบชีวิตและสังคม (Biosocial health systems) ที่เน้นสุขภาพว่าด้วยสุขภาพะ (Good health or healthy)



ภาพที่ 2.7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพและระบบสุขภาพในมิติใหม่

จาก พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สามารถจำแนกขอบเขตของระบบสุขภาพได้ เป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เป็นระบบบริการที่มุ่งการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

ระดับที่ 2 เป็นระบบบริการที่รวมบริการสุขภาพนอกตัวบุคคล เช่น การควบคุมโรคในชุมชน การอนามัยครอบครัวและชุมชน แต่ยังไม่รวมกิจกรรมในสาขาอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพด้วย เช่น เรื่องน้ำสะอาด สุขาภิบาล การออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง คือ การลดสารตะกั่วในน้ำมัน เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นระบบบริการที่รวมกิจกรรมในสาขาอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพเข้าไปด้วย เช่น การกำจัดขยะมูลฝอย การจัดหา น้ำสะอาด การเพิ่มความปลอดภัยบนท้องถนน การลดมลภาวะ เป็นต้น

ระดับที่ 4 เป็นระบบบริการที่รวมกิจกรรมทั้งหมดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะโดยตรงหรือไม่ก็ตาม เช่น การศึกษา การท่องเที่ยว การเกษตร การผังเมือง การยุติธรรม การเศรษฐกิจ เป็นต้น

ระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Systems) นั้น มีความหมายครอบคลุมไปถึงระดับที่ 4 ในส่วนระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมในระดับที่ 1, 2 และ 3 ในส่วนของระบบบริการสุขภาพ (Health Care/Service Systems) ครอบคลุมระดับที่ 1 และบางส่วนของระดับที่ 2 เช่น งานบริการอนามัยชุมชน งานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน งานป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น

ระบบบริการสุขภาพ (Health care/service systems) ครอบคลุมการจัดบริการที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ครอบคลุมทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Professional care) และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Non-professional care) ประกอบด้วยระบบบริการสุขภาพย่อยๆ ที่เรียกว่า “ระบบบริการสุขภาพแบบพหุลักษณะ (Pluralistic health care system)” โดยที่การแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern medicine) ได้มามีบทบาทมากในระบบบริการสุขภาพ แต่ก็มีทางเลือก (Alternative medicine) มาเป็นระบบบริการสุขภาพแนวอื่นที่มีความสำคัญเช่นกัน

จากการที่ระบบบริการสุขภาพ ไม่ใช่ระบบหลักในการทำให้คนในสังคมมีสุขภาพดี จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบย่อยอื่นๆ ในระบบสุขภาพ ให้มีความพร้อมและสามารถสนับสนุนการสร้างสุขภาพดี ได้อย่างเต็มที่ การลงทุนที่เน้นระบบบริการสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวเช่นในอดีตที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า นอกจากจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีได้แล้ว ยังเป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าอีกด้วย

ระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ แต่มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญร่วมกัน คือ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชนได้ เพราะลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนในแต่ละชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน สามารถให้การดูแลได้โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน จะมีผู้ป่วยเพียงไม่มากนัก ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่ซับซ้อน การจัดระบบบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการครอบคลุมทั้งบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานและบริการการแพทย์ที่ซับซ้อนในทุกพื้นที่นั้น จะทำให้บริการการแพทย์ที่ซับซ้อนและต้องลงทุนสูง จะไม่ถูกใช้อย่างเต็มที่ จึงไม่เกิดความประหยัดตาม Economy of scale และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด อย่างด้อยประสิทธิภาพ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือระดับต้น รับผิดชอบดูแลประชากรจำนวนมากไม่มากนัก แต่ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพทั้ง 4 ด้านที่เป็นปัญหาของคนส่วนใหญ่ ขณะที่บริการระดับที่สูงขึ้น มีบริการเฉพาะโรคที่ไม่เกิดบ่อยแต่มีความซับซ้อน จึงต้องรับผิดชอบจำนวนประชากรที่มากขึ้นและต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีและความชำนาญในการให้บริการ ให้มีคุณภาพสูงขึ้น รวมทั้งการทำให้เกิดความคุ้มค่ากับการลงทุน บริการระดับต้นเป็นบริการที่จะต้องจัดการกับปัญหาที่มีความซับซ้อน “ทางด้านสังคมวัฒนธรรม” สูง ขณะที่บริการในระดับที่สูงขึ้น ต้องดูแลจัดการกับปัญหาทาง “การแพทย์” ที่มีความซับซ้อนสูง ดังนั้น การจัดให้มีบริการระดับต้นที่ดีและมีคุณภาพ จะทำให้ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวมดีขึ้น มิใช่เป็นเพียงเพราะเรามีทรัพยากรไม่เพียงพอ แต่เป็นเพราะบริการระดับต้นสามารถจัดบริการที่มีความครอบคลุมและมีคุณภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี

บริการสุขภาพแต่ละระดับเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) หากระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพ ปัญหาการเข้าถึงบริการในระดับที่สูงขึ้นก็จะคลี่คลาย การพัฒนาระบบส่งต่อจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่ง ไม่ว่าจะจัดระบบบริการสุขภาพเป็นกี่ระดับก็ตาม

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 ได้บัญญัติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยมีสาระสำคัญ 12 เรื่อง คือ 1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ 2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ 3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิด “สุขภาพ” 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ 7) การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ 8) การคุ้มครองผู้บริโภค 9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและ 12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

หน่วยงานรับผิดชอบระบบสุขภาพแห่งชาติ (Responsible Organization in NHS)

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะเป็นแกนกลางของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีหน่วยงานในสังกัดทั้งหน่วยงานด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ กระจายอยู่ทั่วประเทศ แต่ในขณะเดียวกันก็มีกระทรวงอื่นที่มีบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานเข้าด้วยกัน ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม อาจกล่าวได้ว่า เกี่ยวข้องกับ “ทุกกระทรวง” นอกจากนั้นยังมีกลไกอิสระอื่นๆ ทั้งที่อยู่ในกำกับกระทรวงสาธารณสุขและนอกกำกับ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีหน้าที่บริหารกองทุนเพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคม ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างกว้างขวาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพของประเทศ เพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับประชาชน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ดูแลให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ผู้ใช้แรงงาน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ด้านระบบสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีภารกิจเกี่ยวกับการประเมินระบบงาน และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล (Healthcare/Hospital Accreditation: HA) รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมิน การพัฒนา และรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่รัฐบาล และทุกภาคส่วนในสังคมและหน่วยงาน องค์กร สถาบัน กลไก อื่นๆ ที่มีส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งการทำงานของแต่ละองค์กรและเครือข่าย ต่างมุ่งเน้นให้เกิด “สุขภาวะ” ในบริบทที่อาจจะแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งด้านสุขภาวะสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพทางเลือก การคุ้มครองผู้บริโภค เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้น

นอกจากนี้ ในระดับพื้นที่ได้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ ที่มีอำนาจและหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจน ตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น ปรัชญา All For Health ที่ให้ข้อสรุปว่า “ทุกคน” มีส่วนในการทำให้เกิดสุขภาวะ (Healthy) ในสังคม จึงเป็นคำตอบที่ชัดเจนของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุข กับ สังคมศาสตร์และการแพทย์

สังคมศาสตร์ (Social science)

คือ กลุ่มสาขาวิชาการ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะสังคมและพฤติกรรมของมนุษย์ในแง่มุมต่างๆ มี 30 สาขา สำคัญ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่เป็นสังคมศาสตร์ล้วน คือ ศึกษาสภาวะสังคมโดยตรง อาทิเช่น สาขารัฐศาสตร์ (Political science) ศึกษาการปกครองในระดับกลุ่มและในระดับประเทศ แบ่งย่อยต่อไป เป็นรัฐประศาสนศาสตร์ (Public administration) นโยบายสาธารณะ (Public policy) เป็นต้น สาขาเศรษฐศาสตร์ (Economics) ศึกษาการผลิตและการจัดสรรทรัพยากรและความมั่งคั่งในสังคมและสาขาสังคมวิทยา (Sociology) ศึกษาการวิเคราะห์สังคมมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม เป็นต้น

2. กลุ่มที่เป็นสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (Humanities) อาทิเช่น สาขาประวัติศาสตร์ (History) ศึกษาเรื่องราวในอดีตของมนุษย์ที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์ สาขาภูมิศาสตร์ (Geography) ศึกษาเรื่องราวของโลกและมนุษย์ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ (Human geography) สาขาจิตวิทยา (Psychology) ศึกษาจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ สาขามานุษยวิทยา (Anthropology) ศึกษาเรื่องราวของมนุษย์ในทุกแง่มุม สาขาคติชนวิทยา (Folklore) ศึกษาข้อมูลทางวัฒนธรรมในวิถีชีวิตแบบชาวบ้าน สาขาศึกษาศาสตร์ (Education) หรือ ครุศาสตร์ สาขาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (International relations) ศึกษาการแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นข้ามเขตพรมแดนรัฐ ส่งผลถึงความร่วมมือหรือความขัดแย้งระหว่างประเทศต่างๆ เป็นแขนงหนึ่งของสาขารัฐศาสตร์ เป็นหลักปฏิบัติและการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการวางนโยบายระหว่างประเทศ ด้านการเมือง เศรษฐกิจ กฎหมาย ประวัติศาสตร์และสังคมวิทยา สาขานิเทศศาสตร์ (Communication studies) ศึกษาการไหลของสารสนเทศผ่านทางสื่อต่างๆ สาขาภาษาศาสตร์ (Linguistics) ศึกษาเกี่ยวกับภาษา ในรูปแบบ ที่มาและพัฒนาการ สาขาอาชญาวิทยา (Criminology) ศึกษาเกี่ยวกับอาชญากรรม ปัญหา สาเหตุและการป้องกัน และสาขาโบราณคดี (Archaeology) ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตของมนุษย์ เป็นต้น

3. กลุ่มที่เสริมเพิ่มเติม (Additional fields of study) เช่น สาขานิติศาสตร์ (Law) สังคมสงเคราะห์ (Social work) ภูมิภาคศึกษา (Area studies) ธุรกิจศึกษา (Business studies) ประชากรศาสตร์ (Demography) พัฒนาการศาสตร์ (Development studies) อุตสาหกรรมศาสตร์สัมพันธ์ (Industrial relations) สารสนเทศศาสตร์ (Information science) บรรณารักษศาสตร์ (Library science) สื่อสารมวลชน (Media studies) พฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral science) สังคมศาสตร์สิ่งแวดล้อม (Environmental social science) สิ่งแวดล้อมศึกษา (Environmental studies) วารสารศาสตร์ (Journalism) การตลาด (Marketing) เศรษฐศาสตร์การเมือง (Political economy) เป็นต้น

การแพทย์ (Medicine)

เป็นสาขาของวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือ วิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพ (Healthcare sciences) เป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์ (Applied science) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพมนุษย์และสัตว์ ทั้งด้าน

การศึกษา วิจัย และการพัฒนา ทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพ การรักษาโรค และเพิ่มความเข้าใจการทำงานของร่างกายมนุษย์และสัตว์ การดำเนินงานศึกษาค้นคว้าวิจัยในด้านนี้ อยู่บนพื้นฐานของอภิปรัชญา (Metaphysics) และวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต (Life sciences) ชีววิทยา เคมี และฟิสิกส์ รวมไปถึงความรู้ด้านสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ จำแนกเป็นหลายกลุ่มสาขา ซึ่งมักจะมืองค์กรวิชาชีพ (Professions) ควบคุมดูแล เช่น สาขาเวชศาสตร์ห้องปฏิบัติการ (Laboratory medicine) สาขาเวชสารสนเทศ (Health informatics) สาขาพยาบาลศาสตร์ (Nursing) สาขาโภชนศาสตร์และการกำหนดอาหาร (Nutrition and Dietetics) สาขาทัศนมาตรศาสตร์ (Optometry) สาขากายอุปกรณ์ (Prosthetics and Orthotics) สาขากายภาพบำบัด (Physiotherapy) สาขาเทคนิคการแพทย์ (Medical laboratory technology) สาขารังสีเทคนิค (Radiological technology) สาขากิจกรรมบำบัด (Occupational therapy) สาขาพยาธิวิทยาการพูดและภาษา (Speech and Language pathology) สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical sciences) สาขาแพทยศาสตร์ (Medicine) สาขาทันตแพทยศาสตร์ (Dentistry) สาขาเภสัชศาสตร์ (Pharmacy) สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) สาขาจิตวิทยา (Psychology) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ (Public health) สาขารังสีวิทยา (Radiology) สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation medicine) สาขาเวชศาสตร์การกีฬา (Sports medicine) สาขาศัลยศาสตร์ (Surgery) สาขาวิทยาการบาดเจ็บหรือวิทยาการอุบัติเหตุ (Traumatology) สาขาสัตวแพทยศาสตร์ (Veterinary medicine) สาขาวิสัญญีวิทยา (Anaesthetics) สาขาหัวใจวิทยา (Cardiology) สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) สาขาวิทยาการระบาด (Epidemiology) นิติวิทยาศาสตร์ (Forensics) เวชศาสตร์ความชรา (Geriatrics) สูติศาสตร์ (Obstetrics) นรีเวชวิทยา (Gynaecology) ประสาทวิทยา (Neurology) วิทยา มะเร็ง หรือวิทยาเนื้องอก (Oncology) จักษุวิทยา (Ophthalmology) พยาธิวิทยา (Pathology) กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics) เวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive medicine) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) สาขานาครศึกษา (Urban studies หรือ Urban sociology) เป็นต้น

แพทยศาสตร์ (Medicine) เป็นสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการเฝ้าระวังรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยของมนุษย์ เป็นศาสตร์ที่เก่าแก่ เป็นสาขาวิชาชีพที่ต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะอย่างสูง แพทยศาสตร์มีความสำคัญมาตั้งแต่โบราณกาล ผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์มักได้รับความนับถือในสังคมและมีศาสตร์เฉพาะทางต่างๆ มากมาย โดยเริ่มจากการแยกการเฝ้าระวังรักษาโรคด้วยการผ่าตัดออกเป็นศัลยศาสตร์ แยกการรักษาโรคเด็กเป็นกุมารเวชศาสตร์ แยกการรักษาโรคในสตรีเป็นสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ที่เหลือเป็นอายุรศาสตร์ เกิดเป็น 4 สาขาหลัก แล้วแยกต่อไปเป็น ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิกวิทยา จักษุวิทยา จิตเวชศาสตร์ รังสีวิทยา พยาธิวิทยา เวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ป้องกัน และอื่นๆ อีกมากมายในแต่ละสาขาหลักทางการแพทย์

ในแต่ละสาขาหลักยังแบ่งย่อยเป็นสาขาย่อยลงไปอีก ตามอวัยวะ กลุ่มของโรค หรือ กลุ่มบุคคล เช่น ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก ประสาทศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์โรคไต อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน ทางคลินิก กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ มะเร็งนรีเวชวิทยา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชศาสตร์การบิน เวชศาสตร์เขตร้อน เวชศาสตร์ครอบครัว ระบาดวิทยา สาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น

องค์กรวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare professional organization)

คำว่า วิชาชีพ มาจากคำสนธิ คือ “วิชา” กับ “อาชีพ” จึงไม่ใช่อาชีพธรรมดา แต่มี “วิชา” มาประกอบด้วย ดังนั้น มีเพียงบางอาชีพเท่านั้นที่ได้รับเกียรติและการยกย่องให้เป็น วิชาชีพ

Profession มาจากคำกริยา “to profess” จากคำภาษาละติน pro + fateri แปลว่า ยอมรับหรือรับว่าเป็นของตน เป็นคำที่ใช้ในทางศาสนา เป็นการประกาศว่าตนมีศรัทธาในศาสนาหรือประกาศปฏิญาณตน พระเจ้าวรวงศ์เธอกรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ทรงแปลคำศัพท์ “Profession” ว่า “อาชีพ-ปฏิญาณ” (อาชีพ+คำปฏิญาณ) เพราะสภาพอันแท้จริงแห่งวิชาชีพ คือ การปฏิญาณตนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่า จะประกอบอาชีพตามธรรมเนียมซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพ-ปฏิญาณในยุคแรกๆ ได้แก่ วิชาชีพของนักบวชซึ่งต้องเคร่งครัดในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ และต่อมาได้มีการจัดองค์กรควบคุมกันเอง มีวินัยและจริยธรรมอันเคร่งครัด ได้แก่ นักกฎหมาย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น

วิชาชีพ หรือ Profession จึงหมายถึง “งาน” ซึ่งผู้ปฏิบัติได้ปฏิญาณว่าจะอุทิศตัวปฏิบัติไปตลอดชีวิต เป็นงานที่ต้องได้รับการอบรมสั่งสอน สั่งสมประสบการณ์มานาน เป็นงานที่มีขนบธรรมเนียมและจรรยาของหมู่คณะโดยเฉพาะ การได้รับค่าตอบแทนจะเป็นในลักษณะของค่าธรรมเนียม (fee) หรือ ค่ายกครู ซึ่งมีใช้ค่าจ้าง (Wage)

ลักษณะสำคัญของการเป็นวิชาชีพ ได้แก่

1. มีองค์ความรู้เฉพาะของตน ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องเข้ารับการศึกษ ฝึกอบรมให้มีความรู้ในศาสตร์เฉพาะของวิชาชีพนั้นๆ
2. มีความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ เป็นการประกอบวิชาชีพที่มีมาตรฐานการปฏิบัติเป็นการเฉพาะสำหรับวิชาชีพนั้นๆ โดยมีองค์ความรู้เป็นพื้นฐาน บุคคลอื่นไม่สามารถจะมาสั่งการให้ปฏิบัติได้อย่างนั้นอย่างนี้ได้ นอกจากนี้ยังมีการปกครองกันเองภายในวิชาชีพเดียวกัน เป็นอิสระจากการควบคุมของคนนอกวิชาชีพ เช่น ถ้าสมาชิกคนใดกระทำความผิด การพิจารณาจะเริ่มจากคณะกรรมการขององค์กรวิชาชีพก่อน
3. มีกฎหมายรองรับการประกอบวิชาชีพ หมายถึง จะต้องมีการขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุญาตประกอบวิชาชีพ ได้แก่ ใบประกอบวิชาชีพ
4. มีจรรยาบรรณ ตราขึ้นเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพดำรงตนหรือประพฤติตนอยู่ในความถูกต้อง ดีงาม ทั้งต่อผู้ใช้บริการ ต่อเพื่อนผู้ร่วมวิชาชีพ ต่อตนเองและต่อสังคมส่วนรวม
5. มีสำนึกที่จะให้บริการ เมื่อถูกเรียกร้อง ผู้ให้บริการจะต้องเต็มใจที่จะให้บริการแก่ผู้มาใช้บริการได้เสมอ บางครั้งอาจจะต้องสละความสุขส่วนตัวด้วยความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตน

องค์กรวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ⁶ ได้แก่ แพทยสภา (The Medical Council of Thailand) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือกลุ่มแพทย์ ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือกลุ่มพยาบาลและผดุงครรภ์ ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ทันตแพทยสภา (The Dental Council) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบ

วิชาชีพทันตกรรม หรือกลุ่มทันตแพทย์ ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 สภาเภสัชกรรม (The Pharmacy Council of Thailand) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม หรือกลุ่มเภสัชกร ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 กองพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดูแลการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะและควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขาการแพทย์แผนไทย สาขากิจกรรมบำบัด สาขารังสีเทคนิค สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก สาขาจิตวิทยาคลินิก สาขาการแพทย์แผนจีน สาขาทัศนมาตรศาสตร์ และ สาขากายอุปกรณ์ สภากายภาพบำบัด (Physical Therapy Council) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด และสภาเทคนิคการแพทย์ (The Medical Technology Council) ปกครองและควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์

จากสาระที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการดำเนินการตามปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขดังปรัชญาที่ว่า การบรรลุเป้าหมาย Health For All และ All For Health จะบรรลุเป้าหมายได้จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้และการดำเนินงานด้านสังคมศาสตร์และด้านวิชาชีพอย่างใกล้ชิด ด้วยความร่วมมือร่วมใจกันของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Professions) สู่ความมีสุขภาวะที่ยั่งยืนของมนุษย์ทุกคนอย่างเท่าเทียมและมีจริยธรรม เช่น การนำกฎหมายมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาพฤติกรรมมนุษย์เพื่อลดการบาดเจ็บทางสมองด้วยการบังคับให้สวมหมวกนิรภัย การใช้มาตรการทางกฎหมายในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ปรัชญาสุขภาพปรัชญาการสาธารณสุข กับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy) เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทย มาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2517 และเมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 พระองค์ก็ทรงเน้นย้ำให้เป็นแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้คนไทยอยู่รอดและอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่ผันผวนและบีบรัดคนทั้งโลก

“เศรษฐกิจพอเพียง เป็นรากฐานของชีวิต รากฐานความมั่นคงของแผ่นดิน เปรียบเสมือนเสาเข็มที่ถูกตอกรองรับบ้านเรือน อาคารไว้นั่นเอง สิ่งก่อสร้างจะมั่นคงได้ก็อยู่ที่เสาเข็ม”

หลักของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นทางสายกลาง คือ พอประมาณ ไม่ใช่อวดอยากขาดแคลน เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลแบ่งปันกัน พัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน มั่นคงและมีคุณธรรม ไม่ใช่มีมากเกินไป ไม่อยู่ในความฟุ้งเฟ้อและความประมาท มีเหตุมีผลและมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว

เศรษฐกิจพอเพียง มีได้หมายความว่าต้องทำกินทำใช้เองทั้งหมด หากแต่ทำได้เพียงในปัจจุบันนี้ก็เพียงพอโดยมีการจัดการที่ดี เริ่มจากการพึ่งตนเองในระดับครอบครัวไปสู่ระดับชุมชนจนเป็นเครือข่าย ทำงานเป็นองค์กรชุมชน เป็นสหกรณ์และไปสู่เศรษฐกิจพอเพียงระดับชาติ จากเศรษฐกิจพื้นฐานไปสู่เศรษฐกิจแบบก้าวหน้าทำธุรกิจการค้าอยู่ในโลกที่มีการแข่งขันได้อย่างมั่นคง เศรษฐกิจพอเพียงไม่ใช่การถอยหลังกลับไปอยู่ในยุคโบราณ ไม่ใช่ระบบเศรษฐกิจยังชีพ (Subsistent economy) ซึ่งผู้คนหาอยู่หากินกับธรรมชาติ ไม่มีการสะสม ซึ่งทุกวันนี้เป็นไปได้เพราะสังคมได้เปลี่ยนไป ทรัพยากรธรรมชาติต่างๆ หมดไปเรื่อยๆ แต่เศรษฐกิจพอเพียง เป็นการสืบทอดคุณค่าของอดีต สืบทอดคุณธรรมและวัฒนธรรม สามารถจัดการชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ เศรษฐกิจ

พอเพียงเป็นแนวคิดของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ที่ทรงเน้นการคิดใหม่และจัดการใหม่ ซึ่งต้องอาศัย ความรอบรู้ด้วยความระมัดระวัง โดยอาศัยหลักวิชาการที่ดี มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ทั้งในการวางแผน และการดำเนินงาน ทุกขั้นตอน

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นการดำเนินงานทางเศรษฐกิจที่ผสมผสานภายใต้เงื่อนไขด้านคุณธรรม หลักวิชา และเงื่อนไขชีวิตอย่างสมดุล ช่วยเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในแต่ละชุมชนให้ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ขยันหมั่นเพียร มีสติปัญญาและความรอบคอบไม่ประมาท พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในทุกรูปแบบ ดังภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ปรับปรุงจากนิทรรศการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
By A.Aruninta, วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาที่ช่วยชี้แนวทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ที่ต้องประสบกับความ เป็นจริงของสรรพสิ่ง คือ “การเปลี่ยนแปลง (Changing)” จึงถือเป็นปรัชญาที่ผสมผสานสหสาขาวิชาการ ทั้งศาสนา จริยศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การเมือง ธุรกิจ การค้า การลงทุน การเงิน เป็นต้น สู่เป้าหมาย “การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน” ของทุกคนในชาติ ด้วยการดำเนินชีวิตอย่าง อดทน ขยันหมั่นเพียร มีสติ ใช้ปัญญา ความรอบคอบ และสำนึกในคุณธรรมจริยธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใส ตลอดเวลา

เนื่องจากสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่อยู่กับวิถีชีวิตมนุษย์ทุกคน ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้งหลาย เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ตามหลักปรัชญาสุขภาพ และปรัชญาการสาธารณสุขของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว แต่ละชุมชน แต่ละชนเผ่า แต่ละประเทศและ แต่ละภูมิภาคของโลกอย่างยั่งยืนร่วมกัน

ตอนที่ 2.2

การบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของครอบครัว

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.2 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ
- 2.2.2 การป้องกันและควบคุมโรค
- 2.2.3 การรักษาพยาบาล
- 2.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

แนวคิด

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. การป้องกันและควบคุมโรค เป็นวิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรคร้ายในมนุษย์หรือสัตว์ มีเป้าหมายให้ “ทุกคน” ได้รับการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างถ่วงหน้าและยั่งยืน
3. การรักษาพยาบาล คือ การรักษาผู้ป่วย ทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายและความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิตให้หายจากความเจ็บป่วย จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการปรับสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมทั้งหลาย ให้ได้มากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ ตามบริบท และข้อจำกัด ตามอัตรภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.2 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. การส่งเสริมสุขภาพ
2. การป้องกันและควบคุมโรค
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

เรื่องที่ 2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้จัดการประชุมนานาชาติเรื่อง Health Promotion ครั้งแรกขึ้นที่ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา และได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (The OTTAWA Charter) ซึ่งถือว่าเป็นคัมภีร์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยบัญญัติว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือ ปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัยทำให้เกิดอุบัติเหตุ การหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญหรือเน้นให้มีการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี เป็นต้น

กฎบัตรออตตาวา ได้สรุป 3 กลยุทธ์พื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ คือ

1. กลยุทธ์การเอื้อ (Enable) ให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มั่นคง เพียงพอและยั่งยืน
2. กลยุทธ์การเป็นสื่อกลาง (Mediate) ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
3. กลยุทธ์การสนับสนุน (Advocate) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 2.9

กฎบัตรออตตาวา ว่าด้วย การส่งเสริมสุขภาพ



ภาพที่ 2.9 กฎบัตรออตตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

กฎบัตรออตตาวาได้กำหนดกิจกรรมสำคัญ (Key action areas) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments for health)
3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen community action for health)
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)
5. การปรับระบบบริการสุขภาพ (Re-orient health services)

กิจกรรมพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การให้การศึกษาและการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะ (Public education and public information) โดยผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งมีมากมายและหลากหลาย เพื่อการชี้แนะ สังคม เกิดการพัฒนาบุคคล สังคม และเศรษฐกิจ สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต เนื่องจากปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและชีววิทยา สามารถให้ทั้งคุณและโทษต่อสุขภาพ งานส่งเสริมสุขภาพจึงมีเป้าหมายที่จะทำให้ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวเป็นผลดี โดยการชี้แนะเพื่อสุขภาพ

การประชุมครั้งที่หก จัดขึ้นที่กรุงเทพมหานคร เมื่อ 7-11 สิงหาคม 2548 ในหัวเรื่อง “นโยบายและเครือข่ายพันธมิตรเพื่อปฏิบัติการ (Policy and Partnership for Action)” เน้นที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการระบุวิธีปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ได้ประกาศ “กฎบัตรกรุงเทพ” เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกไร้พรมแดน (The BANGKOK Charter for Health Promotion in a Globalized World) ซึ่งเป็นกฎบัตรที่ 2 ที่ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพต่อจากกฎบัตรออตตาวา และได้มีคำมั่นสัญญาของผู้นำจากประเทศต่างๆ ภายใต้พันธสัญญาหลัก 4 ประการ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือ

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระดับโลก
2. ให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล
3. ให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม
4. ให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อกำหนดหนึ่งของการดำเนินธุรกิจที่ดี (Good Governance) ซึ่งมี

ผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ หรือ ต่อปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ

กฎบัตรกรุงเทพ ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า คำปฏิญาณโลก ที่ได้ประกาศว่า “สุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคน” นับตั้งแต่การประกาศกฎบัตรออตตาวา ได้มีการลงนามรับรองมติต่างๆ มากมาย ทั้งในระดับชาติและระดับโลก เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ แต่ทว่า คำมั่นเหล่านั้นยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ จึงขอเรียกร้องให้เหล่าประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกช่วยกันปิดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ โดยใช้ภาคีเครือข่ายช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีการเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก ร่วมกับองค์กรอื่นๆ และเหล่าประเทศสมาชิก จัดสรรทรัพยากร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ริเริ่มจัดทำแผน ดำเนินการ และจัดระบบควบคุมกำกับ โดยใช้ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่เหมาะสม ตลอดจนรายงานความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งเรียกร้องให้องค์กรในเครือข่ายประชาชาติ ร่วมกันสำรวจผลประโยชน์อันจะพึงมีจากการบัญญัติสนธิสัญญาโลก เพื่อสุขภาพ

กฎบัตรกรุงเทพ เน้น 5 ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพในโลกไร้พรมแดน คือ

1. การชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน
2. ให้กำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืน ในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. ให้สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัย รวมทั้งความรู้ทางสุขภาพ
4. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

5. การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคน มีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นจะต้องแสวงหามาด้วยตัวเอง ไม่มีผู้ใดจะปฏิบัติแทนกันได้ ดังนั้นจึงมีการกำหนด สุขบัญญัติ 10 ประการ หรือ ข้อกำหนดที่ประชาชนทุกคนควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนเป็นสุขนิสัย เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม หากเราได้ฝึกฝนและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นสุขนิสัยแล้ว จะช่วยนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามที่พึงปรารถนาได้

การบริการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion services) หรือการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เน้นกิจกรรมหลายลักษณะ ที่มุ่งสร้างสมรรถนะของผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพดี ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสียสุขภาพ โดยมุ่งดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งด้านตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม กองส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานด้านวิชาการสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งเน้นการพัฒนากระบวนการที่ทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมความมีสุขภาพดีของตนเอง ทั้ง 4 มิติ โดยสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีและพึงประสงค์ของบุคคล ส่งเสริมสภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลมีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตที่สมบูรณ์ มีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดเวลา

เรื่องที่ 2.2.2 การป้องกันและควบคุมโรค

การป้องกันโรค (Prevention of disease) หมายถึง วิธีการหรือมาตรการ ที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรคขึ้นในมนุษย์หรือสัตว์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจและประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

1. ธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural history of disease)
2. ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiology triage) ได้แก่
 - 2.1 ตัวมนุษย์หรือสัตว์ (Host)
 - 2.2 ตัวก่อโรค (Agents)
 - 2.3 สิ่งแวดล้อม (Environments)

การเปลี่ยนแปลงของแต่ละปัจจัยทั้ง 3 ประการนี้ จะทำให้เกิดภาวะ “ความไม่สมดุล” ก่อให้เกิดโรค (Disease) ขึ้น ซึ่งจำแนกเป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ (Communicable disease) และโรคที่ไม่ติดต่อกัน (Non-communicable disease)

3. จุดที่จะเข้าดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค (Point of intervention) ให้โรคสงบและไม่ระบาด
4. การตัดกระบวนการติดต่อ (Chain of transmission) ของโรค

การควบคุมโรค (Control of disease) เป็นการลดอัตราการเกิดโรคให้ต่ำลงในระดับที่ไม่เป็นปัญหา หรือ ควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในชุมชน

วิธีการสำคัญในการป้องกันโรควิธีการหนึ่ง คือ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immunity) ให้กับร่างกาย ภูมิคุ้มกันโรคนั้น เป็นสารประเภทโปรตีนที่เรียกว่า แอนติบอดี (Antibody) เป็นสารที่ร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์สร้างไว้ในเลือด เพื่อทำลายเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย แอนติบอดีอาจมีเพียงชั่วคราวหรือตลอดไปก็ได้ สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกายนั้น เรียกว่า แอนติเจน (Antigen)

ภูมิคุ้มกันโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ภูมิคุ้มกันโรคตามธรรมชาติ (Natural immunity) เป็นภูมิคุ้มกันโรคที่มีอยู่ในตัวลูก ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากแม่สู่ลูกในครรภ์มารดาโดยผ่านทางสายรก

2. ภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired immunity) เป็นภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นหลังจากที่ทารกคลอดออกจากครรภ์มาแล้ว แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1 ภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นเอง เป็นภูมิคุ้มกันโรคที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับเชื้อโรคเข้าไปหรือหลังจากหายป่วยด้วยโรคต่างๆ

2.2 ภูมิคุ้มกันโรคที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นภูมิคุ้มกันโรคที่ถูกทำให้เกิดขึ้น โดยการให้สารไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีขึ้น มี 2 ชนิด คือ

2.2.1 วัคซีน (Vaccine) เป็นสารที่เมื่อร่างกายได้รับเข้าไปแล้วจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีขึ้น วัคซีนอาจทำมาจากเชื้อโรคที่ตายแล้ว หรือเชื้อโรคที่อ่อนฤทธิ์ลงแล้ว หรืออาจจะทำมาจากพิษของเชื้อโรคที่ทำให้อ่อนฤทธิ์ลงแล้ว

2.2.2 เซรุ่ม (Serum) เป็นภูมิคุ้มกันโรค เมื่อฉีดเข้าร่างกายแล้วร่างกายสามารถนำไปใช้รักษา

โรคได้ทันที เพราะเซรุ่มเป็นแอนติบอดีที่สัตว์สร้างขึ้น จากการได้รับการฉีดเชื้อโรคที่อ่อนฤทธิ์ลงแล้ว เช่น ฆ่าหรือกระต่าย แล้วนำมาฉีดให้กับผู้ป่วย เช่น เซรุ่มป้องกันโรคคอตีบ เซรุ่มป้องกันโรคบาดทะยัก เซรุ่มป้องกันโรคไอกรน เซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เซรุ่มแก้พิษงู เป็นต้น

การป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันในขณะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป (General health promotion) นับเป็นการป้องกันที่สำคัญมาก เพราะเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงานป้องกันในระดับอื่นๆให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การป้องกันระดับปฐมภูมียังรวมถึงการปกป้องสุขภาพเฉพาะเรื่อง (Specific protection) เพื่อต่อต้านโรคที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค การให้เด็กนักเรียนอมน้ำฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ การแจกเกลือผสมไอโอดีนแก่ชาวบ้านเพื่อป้องกันโรคคอพอก การควบคุมพาหะนำโรค เป็นต้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันหลังจากที่มีโรคเกิดขึ้นแล้ว โดยเน้นที่การวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่แรกเริ่มเกิดโรค และให้การดูแลรักษาทันทีเพื่อหยุดกระบวนการเกิดโรค เพื่อให้มีระยะของการดำเนินโรคสั้นและน้อยที่สุด ป้องกันการแพร่กระจายโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดความเสียหายจากการเป็นโรค/การเจ็บป่วย

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันหลังจากที่มีโรคเกิดขึ้นและได้มีการดำเนินโรคไปจนเกินกว่าที่จะหยุดยั้งได้แล้ว เกิดความเสียหาย/ความพิการ ขึ้นแล้ว โดยเน้นที่การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน เพียงพอและครบวงจรอย่างสมบูรณ์ตามมาตรฐานทางวิชาการและทางวิชาชีพที่เป็นสากล การป้องกันระดับนี้ ไม่เพียงแต่จะหยุดกระบวนการของการดำเนินโรคเท่านั้น แต่รวมไปถึงการป้องกันการเกิดความพิการที่ถาวร จึงมุ่งเน้นการลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อไปและลดความพิการ ตลอดจนผลเสียต่างๆ ที่จะตามมาภายหลังการเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัว สามารถกลับคืนสู่ความเป็นปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งการถอดบทเรียนของเหตุการณ์ การดำเนินงาน ผลการดำเนินงานและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและที่ได้รับ ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อเป็นข้อมูล เป็นกรณีศึกษา เป็นบทเรียน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา การพัฒนา การแก้ปัญหา การป้องกันโรคและป้องกันปัญหาในอนาคต

กิจกรรมป้องกันโรค เป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมการป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น เป็นกิจกรรมที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยพยายามกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยจัดให้มีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน สำหรับใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคล

เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่ามียอรรถประโยชน์และประสิทธิผล
คุ้มค่า ส่งผลให้ประชาชนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเจ็บป่วย

เป้าหมายของการป้องกันโรค คือ “ทุกคน” ได้รับการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างถ้วนหน้า
และยั่งยืน ทั้ง 3 ระดับ ที่เหมาะสมกับบริบทและสภาวะการณ์ของตนในแต่ละกลุ่ม ชุมชน พื้นที่ ด้วยแนวคิด
หลักการและวิธีการของการจัดการความรู้ที่สมบูรณ์และครบวงจร

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะองค์การหลักผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของประเทศ ได้จัดทำแผน
ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.255-2563 เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ
โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านมุมมองของการบูรณาการแบบองค์รวม ภายใต้บริบทแวดล้อมและ
วิถีชีวิตที่เป็นพื้นฐานของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพของประเทศไทยอย่างรอบด้าน บนเส้นทางของการ
พัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่อง เน้นคนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งสังคม และ
สอดคล้องกันในการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียง เพื่อการมีสุขภาพดี นำไปสู่วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง
สังคมอยู่เย็นเป็นสุข และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบและมีความสุข ในทุกมิติของสุขภาพที่ยั่งยืน

เรื่องที่ 2.2.3 การรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล (Curative, Treatment) หมายถึง การรักษา “ผู้ป่วย (Patient)” ที่ไม่สบายเพราะความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย รวมถึงความบกพร่องหรือผิดปกติทางจิต จำแนกเป็น ผู้ป่วยใน (In-Patient) คือ ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยนอก (Out-Patient) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลให้หายจากความเจ็บไข้หรือการเจ็บป่วยนั้นๆ

การรักษาพยาบาล เป็นรูปแบบการรักษาผู้ป่วยที่ตั้งอยู่บนหลักของการตรวจ การวินิจฉัยและการวินิจฉัยของแพทย์ เป็นสิ่งที่กระทำหลังจากเกิดอาการเจ็บป่วยแล้ว จำแนกเป็นหลายกลุ่ม ตามลักษณะและความรุนแรงของโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล อาทิเช่น

1. การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไปที่ไม่รุนแรง
 - 1.1 การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไปทางร่างกาย เช่น ไข้หวัด หลอดลมอักเสบ มีไข้ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ท้องเสียที่ไม่รุนแรง โรคโลหิตจาง โรคปวดประจำเดือน โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น
 - 1.2 การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไปทางจิต เช่น โรคเครียด วิตกกังวล Psycho-somatic disorder (PSD) โรคนอนไม่หลับที่ไม่รุนแรง เป็นต้น
2. การรักษาพยาบาลในโรคติดเชื้อรุนแรง เช่น โรคอหิวาตกโรค โรคฉี่หนู โรคไข้หวัดนก เป็นต้น
3. การรักษาพยาบาลในโรคไร้เชื้อรุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคอัมพาต เป็นต้น
4. การรักษาพยาบาลในโรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคเรื้อน โรคเอดส์ โรคตับอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น
5. การรักษาพยาบาลในโรคไร้เชื้อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบ เป็นต้น
6. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยพิการเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยที่ใช้แขน-ขาเทียม ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยผ่าตัดตมอมแล้วไม่ฟื้น เป็นต้น
7. การรักษาพยาบาลในโรคที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน โรคกระเพาะอาหารทะลุ โรคลำไส้กลืนกัน เป็นต้น
8. การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไปที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด เช่น โรคเนื้องอก โรคนิว โรคกระดูก โรคต่อกระจก โรคต่อหิน เป็นต้น
9. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร ถูกงูพิษร้ายแรงกัด ได้รับสารพิษ ถูกไฟไหม้-น้ำร้อนลวกที่รุนแรง เป็นต้น
10. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งลำไส้ โรคมะเร็งตับ เป็นต้น
11. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยคลอดลูก ทั้งคลอดปกติทางช่องคลอด และ ผ่าท้องคลอด
12. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิต เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคซึมเศร้า (Depression) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) หรือ โรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น
13. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติด ติดสุรา
14. การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น โรคชรา โรคต่างๆ ที่หมดหวังใกล้เสียชีวิต เป็นต้น

ฯลฯ

การรักษาพยาบาล เป็นงานบริการหลักของสถานบริการสุขภาพ ที่ทำให้ “ผู้ป่วย” หาย หรือ บรรเทา จากโรค การเจ็บป่วย หรือจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้นั้นเป็นอยู่ มี 7 องค์ประกอบ ที่สำคัญ คือ

1. ตัวบริการในการรักษาพยาบาล (Services)
2. แหล่งหรือสถานที่ในการให้บริการ (Sources)
3. ช่องทางในการให้บริการ (Channels)
4. วิธีการในการให้บริการ (Methods)
5. ทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ (Resources)
6. กลุ่มผู้ให้บริการ (Provider groups)
7. กลุ่มผู้ใช้บริการ (Client groups)

เป้าหมายของการรักษาพยาบาล คือต้องการให้ “ผู้ป่วยทุกคน” ได้รับบริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ทั้ง 4 มิติ ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลย์และต่อเนื่อง การรักษาพยาบาลของ ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากนานาประเทศว่า มีคุณภาพดี ได้มาตรฐานสากล รัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบาย การขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในภูมิภาค เอเชียโดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านลบกับบริการสุขภาพของคนไทย โดยสนับสนุนการพัฒนาเป็น Medical Hub of Asia สนับสนุนเอกชนให้จัดบริการศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน รวมทั้งแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน

ประเทศไทย ได้พัฒนาระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างจริงจังและต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เป็นแกนหลัก มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) อย่างจริงจัง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และประสาน/เชื่อมต่อ ให้เกิดการทำงานร่วมกันในพื้นที่ ระหว่าง ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคเอกชนและภาคประชาชน มีการจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ทุก 5 ปี ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมุ่งดำเนินการภายใต้หลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้ “คน” เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา มุ่งสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการ อภิบาลระบบสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้าง หลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุม เป็นธรรมและเห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้ และผู้ใช้บริการ จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงระดับความเชี่ยวชาญระดับสูง ให้เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่ไร้รอยต่อทุกระดับทั้งประเทศ เพื่อให้มีแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ สามารถใช้เป็นหลักเกณฑ์และแนวทางในการ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง ตามลำดับ

เรื่องที่ 2.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นกระบวนการที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการปรับสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ กลับคืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมทั้งหลายให้ได้มากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ตามบริบทและข้อจำกัด ตามอรรถภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบด้วย

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไป ที่เสียไปในขณะเจ็บป่วยให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรงดังเดิม
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะส่วน ที่สูญเสียไปจากโรคที่เจ็บป่วย เช่น การสูญเสียอวัยวะ ก่อให้เกิดความพิการ ทั้งความพิการชั่วคราว และความพิการถาวร การสูญเสียความสามารถ การสูญเสียความทรงจำ ทั้งการสูญเสียของตัวผู้ป่วยเองและของผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่สูญเสียไปจากโรคที่เจ็บป่วย เช่น หลังการป่วยเป็นโรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขน-ขาซีกหนึ่งของร่างกายได้ ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดความพิการที่ไม่สามารถเดินได้แล้ว ยังก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ (Bedsore) การกลืนอาหารไม่ได้ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ เกิดบอดอวัยวะได้ง่าย เป็นต้น จึงต้องมีกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์ดังกล่าวด้วย

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม เป็นกระบวนการในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผู้ป่วย ให้เปลี่ยนไปจากเดิม ด้วยการปรับสภาพทั้งทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้ไปเป็นวิถีชีวิตใหม่ เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลังเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคพิการทางแขน-ขา เป็นต้น

เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ “ผู้ป่วยทุกคน” ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเมื่อก่อนป่วยมากที่สุด สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมทั้งหลายในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านส่วนตัวและด้านการทำงานได้มากและมีความสุขที่สุด ตามบริบทและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไปที่เสียไปในขณะเจ็บป่วย ให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรงดังเดิม ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลและได้รับการตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลของแต่ละสถานพยาบาล ทั้งขณะที่อยู่ในสถานพยาบาล การติดตามผลการรักษาหลังออกจากสถานพยาบาล รวมทั้งการนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาล และการติดตามผลการรักษาและให้บริการต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ป่วยหลายราย ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เกิดเป็นภาวะพิการ หรือ เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลฟื้นฟูสภาพตลอดชีวิต คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการ ว่า เป็นกลุ่มประชากรที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับคนพิการให้สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์และได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการอย่างทั่วถึง และขยายขอบข่ายการบริการเพิ่มเติมให้ครอบคลุมการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการโดยการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบไปยังส่วนภูมิภาค หรือแต่ละพื้นที่ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยการสนับสนุนงบประมาณเพื่อบริการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ที่จำเป็นต่อสุขภาพให้กับกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด มาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 คือ

1. ให้คนพิการได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน

2. ให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ให้หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายอื่นพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้กับคนพิการ รวมทั้งจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ

4. ให้องค์กรคนพิการ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรวมกลุ่มกันให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถร่วมมือกับหน่วยบริการท้องถิ่นและมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่วยเหลือคนพิการด้วยตนเอง

5. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน และให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการ ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกันในชุมชน

แนวทางแก้ไขในระดับสังคมโลก ได้มีองค์การอนามัยโลกทำหน้าที่เป็นองค์กรหลัก ในการชี้แนะ สนับสนุน ส่งเสริม และประสานการดำเนินงาน ให้กับประเทศต่างๆ ทั้งด้านงบประมาณ วิชาการ เทคโนโลยี และผู้เชี่ยวชาญ ส่วนแนวทางแก้ไขที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนนั้น ได้เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ในการสร้างระบบและกลไกที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ และประสานงาน ทั้งด้านการดำเนินงาน การบริหาร การพัฒนา และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เน้นการพัฒนาตัวแบบ (Role model) ที่สามารถทำได้จริง ไม่ยุ่งยาก และสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทและสถานะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ร่วมกันของคนทั้งโลก

ตอนที่ 2.3

ความรู้ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.3.1 วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข
- 2.3.2 สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
- 2.3.3 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.3.4 การวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. วิทยาศาสตร์ 5 กลุ่มหลัก ที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเป็นกลุ่มหลักด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ กลุ่มวิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพที่นำมาใช้ คือ เทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นความรู้ที่ได้จากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ อย่างเป็นระบบ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพของมนุษย์

2. สังคมศาสตร์ แบ่งเป็นความรู้ด้านสังคมศาสตร์สาขาหลักและสังคมศาสตร์ร่วมสาขา ในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน จะต้องใช้ความรู้ด้านนี้มาทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน

3. มีการนำความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ ในระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนางานของสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตั้งแต่ระดับฐานรากไปจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค รวมทั้งระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานเกี่ยวกับข้อมูลในเชิงพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์

4. งานวิจัยและพัฒนาที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพและการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ได้ปรับชื่อภาษาไทยของ R2R จากการทำงานประจำสู่งานวิจัย เป็นการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ซึ่งช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นความเป็นจริงและเชิดชูคุณค่าของ R2R ที่เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.3 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข
2. สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
3. เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 2.3.1 วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ (Science)

คำว่า Science ในภาษาอังกฤษ ซึ่งภาษาไทยแปลว่า วิทยาศาสตร์ นั้น มาจาก scientia ในภาษาละติน ซึ่งหมายความว่า “ความรู้ (Knowledge)” ดังนั้น วิทยาศาสตร์ (Sciences) จึงหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในธรรมชาติทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมทั้งกระบวนการประมวลความรู้เชิงประจักษ์ ที่เรียกว่า กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific methods) และกลุ่มขององค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการดังกล่าว คำว่า “Science” ในภาษาอังกฤษจึงมีความหมายเทียบเท่ากับคำว่า “ศาสตร์” คือ วิชาความรู้ที่จัดไว้อย่างเป็นระบบ มักใช้ประกอบหลังคำอื่น เช่น วิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ แพทย์ศาสตร์ เกษศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ศิลปศาสตร์ รัฐศาสตร์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังกล่าวได้ว่าวิทยาศาสตร์ คือ องค์ความรู้ที่มีระบบและจัดไว้อย่างมีระเบียบแบบแผน โดยทั่วไป กระบวนการหาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วยระเบียบวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเจตคติทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาศัยการสังเกตเป็นพื้นฐาน ความรู้ทางวิทยาศาสตร์จึงเป็นผลผลิตจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้ผ่านการทดสอบหลายๆ ครั้ง ยืนยันแล้วว่าถูกต้อง

หลักวิทยาศาสตร์ มีดังนี้

1. มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาจากพื้นฐาน แล้วแตกกิ่งก้านสาขาออกไปอย่างมีระเบียบ รวมทั้งมีการศึกษาและปฏิบัติอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจนและแน่นอน

2. ศึกษาจากสิ่งที่มีอยู่จริง ที่เราสามารถรู้เห็น หรือสัมผัสได้จริงในปัจจุบัน

3. ศึกษาโดยใช้เหตุใช้ผล ที่สมเหตุสมผลที่สุด

4. จะเชื่อต่อเมื่อได้มีการพิสูจน์หรือทดลองจนเห็นผลอย่างแน่ชัดแล้วเท่านั้น

วิทยาศาสตร์เชื่อในเหตุผลและต้องมีหลักฐานมายืนยัน ไม่เชื่ออย่างไม่มีเหตุผล ไม่อาศัยศรัทธา เชื่อการทดลองว่าให้ความจริงแก่มนุษย์ได้ ไม่เชื่อการดลบันดาลของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าทุกสรรพสิ่งในจักรวาลล้วนดำเนินไปอย่างมีกฎเกณฑ์มีเหตุผล มีความเป็นระเบียบและมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน โดยใช้ปัญญาและเหตุผลเป็นตัวตัดสินความจริง ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ แบ่งเป็น 6 ประเภท คือ

1. ข้อเท็จจริง เป็นความรู้ที่สังเกตได้โดยตรงจากประสาทสัมผัสของมนุษย์เป็นความจริงที่สามารถทดสอบแล้วได้ผลเหมือนกันทุกครั้ง เช่น น้ำ เมื่อได้รับความร้อนจะขยายตัว เป็นต้น ข้อเท็จจริงแต่ละอย่างมีความหมายมาก-น้อยต่างกัน เมื่อนำมารวมกันทำให้มีความหมายมากขึ้น จึงเกิดเป็นความรู้ที่เพิ่มขึ้น

2. ความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ เกิดจากการนำเอาข้อเท็จจริงหลายๆ ส่วนที่เกี่ยวข้องมาผสมผสาน เกิดเป็นความรู้ใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการแบ่งประเภท เป็นการกำหนด “คุณสมบัติร่วม” ของสิ่งต่างๆ ว่าเป็นพวกๆ เพื่อใช้ในการบรรยายถึงสิ่งเหล่านั้น ให้เข้าใจตรงกัน

2.2 ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ เป็นการกำหนดความสัมพันธ์ของความคิดรวบยอดย่อยๆ ที่เกี่ยวข้องกัน นำผลที่ได้มาใช้พยากรณ์เหตุการณ์ต่างๆ ล่วงหน้า

2.3 ความคิดรวบยอดทางทฤษฎี เป็นการกำหนดสิ่งที่มองไม่เห็น แต่รู้ว่ามีสิ่งนั้นจริง เพราะมีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นจริง

3. หลักการ คือ กลุ่มของความคิดรวบยอดที่เป็นความรู้หลักทั่วไป สามารถใช้อ้างอิงได้ คุณสมบัติของหลักการ คือ จะต้องสามารถนำมา “ทดลองซ้ำ” แล้วได้ผลเหมือนเดิม

4. สมมุติฐาน เป็นข้อความที่นักวิทยาศาสตร์สร้างขึ้นเพื่อคาดคะเนคำตอบของสิ่งที่ต้องการศึกษาไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะดำเนินการศึกษาค้นคว้าในสิ่งหรือเรื่องที่นักวิทยาศาสตร์ยังไม่เคยรู้หรือเรียนมาก่อน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเป็นจริงในเรื่องนั้นๆ ซึ่งไม่สามารถตรวจสอบได้โดยการสังเกต

ความรู้ในสมมุติฐาน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะของสมมุติฐาน คือ

4.1 ความรู้ก่อนสร้างสมมุติฐาน โดยนักวิทยาศาสตร์ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าด้วยการทบทวนทฤษฎีหลักการ ความคิดรวบยอดที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาและตัวแปรอย่างรอบด้าน ทุกแง่มุม และเป็นปัจจุบันแล้วนำมาวิเคราะห์ ไตร่ตรองและสังเคราะห์เป็นสมมุติฐาน ใช้หลักเหตุผลที่น่าจะเป็นไปได้ให้มากที่สุด โดยมีรากฐานของทฤษฎีรองรับ

4.2 ความรู้หลังจากที่ได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามสมมุติฐานแล้ว โดยจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือทฤษฎีใหม่ หากสมมุติฐานได้รับการยอมรับ รวมทั้งเป็นการตรวจสอบทฤษฎีเดิมด้วย และหากสมมุติฐานได้รับการคัดค้านหรือปฏิเสธก็จะทำให้นักวิทยาศาสตร์มีความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษาค้นคว้าได้ลึกซึ้งมากขึ้น

5. ทฤษฎี คือ ความรู้ที่เป็นหลักการกว้างๆ ซึ่งอาจเขียนในรูปแบบ (Model) เพื่อใช้อธิบายหรือพยากรณ์ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่อยู่ในขอบเขตของทฤษฎีเหล่านั้น การที่จะยอมรับว่าทฤษฎีใดเป็นความจริงหรือไม่ พิจารณาทฤษฎีนั้นจากการอธิบายกฎ หลักการและข้อเท็จจริงย่อยๆ ที่อยู่ในขอบเขตทฤษฎี หรือทฤษฎีนั้นจะต้องอนุมานออกไปเป็นกฎหรือหลักการได้และทฤษฎีนั้นจะต้องพยากรณ์ปรากฏการณ์ที่อาจเกิดตามมาได้

6. กฎ คือ ความรู้ที่เป็นหลักการเฉพาะที่ใช้ได้ทั่วไป เป็นสิ่งที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุ กับ ผล และมักแทนความสัมพันธ์ในรูปสมการ เช่น กฎความโน้มถ่วงของนิวตัน (Newton's law of universal gravitation) ที่กล่าวว่า ความโน้มถ่วงแปรผันตรงกับมวล (มวลมากก็มีความโน้มถ่วงมาก) และแปรผกผันกับระยะห่างกำลังสอง (ระยะห่างมากก็มีความโน้มถ่วงน้อย) เป็นต้น

บรรทัดฐานของเมอร์ตัน (Mertonian norms)

เป็นลักษณะร่วมของวิทยาศาสตร์ ที่โรเบิร์ต เมอร์ตัน (Robert K. Merton) ได้จัดตั้งขึ้น ในปี พ.ศ.2485 หรือ ค.ศ.1942 ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. ความคิดริเริ่ม (Innovation or originality) เป็นการนำเสนอสิ่งใหม่ต่อวงการวิทยาศาสตร์
2. ไม่ยึดติด (Disinterestedness) วิทยาศาสตร์ ค้นหาเพื่อขยายองค์ความรู้ นักวิทยาศาสตร์ต้องไม่เอาเหตุผลส่วนตัวมาเป็นอคติกำหนดผลลัพธ์ให้ออกมาตามความต้องการของตน
3. เป็นสากล (Communalism/Universalism) ทุกคนควรสามารถเข้าถึงข้อมูลการศึกษาวิจัยได้อย่าง

เท่าเทียมกัน โดยไม่เกิดสภาพแบ่งแยกจากชนชั้น ศาสนา ชาติพันธุ์ หรือมีเหตุ/ปัจจัยจำเพาะส่วนบุคคลใดๆ ที่มีสิทธิ์จะได้รับหรือแสดงศาสตร์นั้นๆ ต่อเขา

4. ตั้งข้อสงสัยได้ (Questionability) ความเชื่อทางวิทยาศาสตร์ต้องไม่ตั้งอยู่บนเพียงแค่ฐานความศรัทธา ทุกคนควรตั้งคำถามต่อทุกกรณี ทุกข้อโต้แย้งและตรวจสอบความถูกต้องหรือเบี่ยงเบนต่อข้อกล่าวอ้างใดๆ ได้ตลอดเวลา

5. สังคมเข้าถึงได้ (Organized skepticism) คือ ทุกคนต้องเข้าถึงความรู้ทางวิทยาศาสตร์ได้ ผลงานศึกษาวิจัยจะต้องเปิดเผยต่อวงสังคมวิทยาศาสตร์

สิ่งสำคัญในการศึกษาธรรมชาติและชีวิตของมนุษย์ คือ เราจะต้องใช้หลักวิทยาศาสตร์มาศึกษา ไม่เอาเพียงสิ่งที่ปรากฏหรือมีอยู่จริงๆ ในปัจจุบัน ที่มนุษย์สามารถรู้เห็นหรือสัมผัสได้จริงด้วย ตา หู จมูก ลิ้น กายและใจของเราเท่านั้นมาใช้ศึกษา โดยการคิดพิจารณาต้องใช้เหตุผลที่สมเหตุสมผลเท่านั้น เราจะไม่อ้าคyakการคาดคะเน หรือนึกเดาเอา หรือเชื่อตามคนอื่นอย่างเด็ดขาด แม้ใครจะโอ้อวดว่าเขามีความรอบรู้อย่างยิ่ง หรือมีอิทธิฤทธิ์มากมายสักเพียงใดก็ตาม หรืออวดอ้างว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือรอบรู้ทุกสิ่งทุกอย่างสักเท่าใดก็ตาม เราก็จะไม่เชื่อ จนกว่าเราได้จะพิสูจน์ให้เห็นจริงแล้วอย่างแน่ชัด

ความรู้ชั้นสูง ด้านวิทยาศาสตร์ มีหลากหลาย จำแนกตาม 5 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. ความรู้ชั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์รูปนัย (Formal sciences)
2. ความรู้ชั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์เชิงฟิสิกส์ (Physical sciences) หรือ วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (Natural sciences) จำแนกต่อไปเป็น 4 กลุ่ม คือ ฟิสิกส์ (Physics) เคมี (Chemistry) ดาราศาสตร์ (Astronomy) และวิทยาศาสตร์โลก (Earth sciences)

3. ความรู้ชั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์สิ่งมีชีวิต (Life sciences) กลุ่มสาขาหลัก คือ ชีววิทยา (Biology) ซึ่งแยกย่อยต่อไปเป็นสาขาต่างๆ เช่น กายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) ชีวเคมี (Biochemistry) ชีวฟิสิกส์ (Biophysics) เทคโนโลยีชีวภาพ (Biotechnology) พฤกษศาสตร์ (Botany) เป็นต้น

4. ความรู้ชั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์เชิงพฤติกรรมและสังคม (Social and behavioural sciences)

5. ความรู้ชั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ (Applied sciences) จำแนกต่อไปเป็น 3 กลุ่ม คือ
5.1 กลุ่มวิศวกรรมศาสตร์ (Engineering)
5.2 กลุ่มวิทยาศาสตร์การดูแลสุขภาพ (Healthcare sciences) อาทิเช่น สาขา Biological engineering, Dentistry, Epidemiology, Health care, Medicine, Nursing, Pharmacy, Social work, และสัตวแพทย์ศาสตร์ (Veterinary medicine) เป็นต้น

5.3 กลุ่มวิทยาศาสตร์ระหว่างสาขา (Interdisciplinarity sciences) เช่น Artificial intelligence, Bioethics, Bioinformatics, Biomedical engineering, Biostatistics, Environmental science, Health, Mathematical and theoretical biology, Military science เป็นต้น

แต่ละสาขาของวิทยาศาสตร์ ยังแบ่งเป็นสาขาย่อยลงไปอีก เช่น เศรษฐศาสตร์ (Economics) แบ่งเป็น สาขาเศรษฐศาสตร์การเกษตร (Agricultural economics) เศรษฐศาสตร์เชิงพฤติกรรม (Behavioural economics) ชีวเศรษฐศาสตร์ (Bioeconomics) เศรษฐศาสตร์การพัฒนา (Development economics)

สังคมวิทยา เศรษฐศาสตร์ (Economic sociology) เศรษฐศาสตร์พลังงาน (Energy economics) เศรษฐศาสตร์ผู้ประกอบการ (Entrepreneurial economics) เศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อม (Environmental economics) เศรษฐศาสตร์การเงิน (Financial economics) ทฤษฎีเกม (Game theory) เศรษฐศาสตร์สีเขียว (Green economics) เศรษฐศาสตร์อิสลาม (Islamic economics) เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health economics) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ในแต่ละสาขาของวิทยาศาสตร์ จะจัดตามลักษณะของปรากฏการณ์หรือสิ่งที่มุ่งศึกษา และในแต่ละศาสตร์อาจมีความเกี่ยวข้องเกี่ยวพันกันอยู่ ไม่แยกจากกัน โดยยังต้องอาศัยความรู้ทั้งสองศาสตร์ สามศาสตร์ หรือ มากกว่ามาประกอบกัน เราอาจแบ่งวิทยาศาสตร์ ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ วิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ (Pure science) และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ (Applied science) โดยวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ในธรรมชาติเพื่อให้เกิดความรู้เป็นหลัก ในขณะที่วิทยาศาสตร์ประยุกต์ มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ในธรรมชาติและนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ตอบสนองประโยชน์สุขของมนุษย์ เป็นสำคัญ

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern science) เริ่มต้นในยุคฟื้นฟูศิลปวิทยาการ โดยมี กาลิเลโอ กาลิเลอี เป็น “บิดาแห่งวิทยาศาสตร์สมัยใหม่” ซึ่งได้กำหนดลักษณะสำคัญของ Modern science ไว้ดังนี้

1. สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องอธิบายสาเหตุ เช่น ในขณะที่ยังไม่มีความรู้เรื่องแรงโน้มถ่วง (Gravity) กาลิเลโอไม่สนใจที่จะอธิบายว่า “ทำไมวัตถุถึงตกลงสู่พื้นดิน?” แต่สนใจคำถามที่ว่า “เมื่อมันตกแล้ว มันจะถึงพื้นภายในเวลาเท่าใด” เป็นต้น

2. ใช้คณิตศาสตร์เพื่อเป็นภาษาหลักของวิทยาศาสตร์ ซึ่งต่อมา ไอแซก นิวตันได้ต่อเติมรากฐานและระบบระเบียบของแนวคิดเหล่านี้และเป็นต้นแบบ (Prototype) สำหรับสาขาอื่นๆ ของวิทยาศาสตร์

3. ทำให้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ (Scientific methodologies) อยู่ในฐานะที่จะถูกปฏิเสธได้ ทำให้เกิดการปฏิเสธความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มีระเบียบวิธี ‘หนึ่งเดียว’ ที่ใช้ได้กับวิทยาศาสตร์ทุกแขนงและจะทำให้สามารถแยกแยะวิทยาศาสตร์ออกจากสาขาอื่นที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ได้

ความรู้ขั้นสูงด้านวิทยาศาสตร์กับระบบสุขภาพ

ความรู้ขั้นสูง ด้านวิทยาศาสตร์ที่นำมาใช้กับสุขภาพ คือ เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข เป็นความรู้ที่ได้จากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งมีมากมายและหลากหลาย ขอยกตัวอย่าง มาพอสังเขป ดังนี้

1. เทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพ ได้แก่

- 1.1 การนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในระบบสุขภาพทั้ง 4 ระบบ (การบริการสุขภาพ การสนับสนุนทรัพยากรสุขภาพ การพัฒนาบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการสุขภาพ)

- 1.2 การนำ Biotechnology มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ อุปกรณ์เครื่องมือในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ (Applied sciences) เช่น

Biomedical engineering, Genetic engineering, Robotics engineering และความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การดูแลสุขภาพ รวมทั้งความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ระหว่างสาขาและหลากหลายสาขา

1.3 การนำนาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology) มาประยุกต์ใช้ ในการประดิษฐ์คิดค้นวัสดุอุปกรณ์ การแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลทางการแพทย์

1.4 การนำเทคโนโลยีด้านการบริหารจัดการ (Management technology) มาประยุกต์ใช้ ในการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ทั้ง 4 ระบบที่กล่าวมา ทั้งในด้านการบริหาร การพัฒนาและการแก้ปัญหา

2. เทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุข เช่น

2.1 การนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการผลิตของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้สามารถเพิ่มผลผลิต ควบคุมคุณภาพและเพิ่มคุณค่าของสินค้า เช่น การเติมเกลือไอโอดีน และธาตุเหล็กลงในสารอาหาร การใช้เทคโนโลยีชีวภาพเพื่อสร้างพันธุ์พืชซึ่งมีสารอาหารที่ต้องการอยู่ในพืชเหล่านั้น เป็นต้น

2.2 การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านการอาชีพ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านการศึกษาและด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ด้วยการนำเทคโนโลยีของวิทยาศาสตร์ประยุกต์และวิทยาศาสตร์ระหว่างสาขามาใช้ในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน แบบสหสาขาวิชาการ

2.3 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีกับเครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน เช่น การควบคุมระบบไฟฟ้าภายในบ้าน ระบบรักษาความปลอดภัยและระบบเตือนภัยในสาธารณะสถาน เป็นต้น

2.4 การใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ภาพถ่ายดาวเทียม การติดตามข้อมูลสภาพอากาศ การตรวจวัดมลภาวะ การกำจัดของเสีย/มูลฝอยอย่างครบวงจร เป็นต้น

2.5 การใช้เทคโนโลยีพันธุวิศวกรรมในการสร้างโปรตีนกำจัดลูกน้ำยุง

2.6 การใช้เทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขในการผลิตวัคซีนป้องกันโรค

2.7 การใช้เทคโนโลยีในการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจหามะเร็ง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจยีน เพื่อการพยากรณ์โรคร้าย เป็นต้น

3. เทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการพัฒนางานการแพทย์ เช่น

3.1 การพัฒนายาและวิธีการรักษาโรคใหม่ๆ

3.2 การสวนหลอดเลือด ทั้งหลอดเลือดหัวใจ (Cardiac catheterization) และการสวนหลอดเลือดสมอง เพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

3.3 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ซึ่งทางการแพทย์เรียก Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) คือ การสวนสายผ่านทางผิวหนังเข้าหลอดเลือดหัวใจ เพื่อถ่างขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่ตีบตัน โดยที่ปลายสายจะมี balloon เมื่อเป่าลมก็จะไปขยายบริเวณที่ตีบ เมื่อเอาสายออก รูที่ถ่างจะยังคงขยายอยู่ เลือดจึงสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นๆ ได้

3.4 การผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) เช่น การผ่าตัดในช่องท้อง การผ่าตัดในระบบ

ทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดทางกระดูก การผ่าตัดทางไขสันหลัง เป็นต้น เพื่อลดขนาดของแผลผ่าตัด และลดระยะเวลาในการพักฟื้นหลังการผ่าตัด

3.5 การเปลี่ยนข้อเทียมเพื่อรักษาโรคข้อเสื่อม ข้อพิการ หรือข้อที่เสียหายจากอุบัติเหตุ

3.6 การล้างไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD)

3.7 การทำฟันเทียม (ฟันปลอม)

3.8 การทำอวัยวะเทียม

3.9 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (Transplantation surgery)

3.10 การทำศัลยกรรมตกแต่ง (Plastic surgery)

3.11 การทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilisation: IVF)

3.12 การฟื้นฟูเซลล์ด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell therapy) โดยที่สเต็มเซลล์ เป็นหนึ่งในความหวังครั้งยิ่งใหญ่ของวงการแพทย์ เนื่องจากมีความสามารถในการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นใหม่ได้ จึงอาจนำไปช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อหัวใจ เส้นประสาท และเซลล์อื่นๆ ที่จะช่วยซ่อมแซม รักษาโรค หรือรักษาความเสียหายจากอาการหัวใจวาย หรือใช้ซ่อมแซมเส้นประสาทไขสันหลัง โดยใช้เทคนิคโคลนนิ่ง (Cloning) เซลล์ต้นกำเนิดซึ่งยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก เพื่อให้ได้เซลล์ต้นกำเนิดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นต้น

เรื่องที่ 2.3.2 สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

สังคมศาสตร์ (Social science) คือ สาขาวิชาที่ใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์เพื่อศึกษาสิ่งต่างๆ ของโลกในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ กับหน่วยสังคมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของมนุษย์ ในแง่มุมต่างๆ วิชาสังคมศาสตร์แตกต่างจากวิชาในกลุ่มมนุษยศาสตร์ เนื่องจากหลายๆ สาขาวิชาในสังคมศาสตร์ เน้นการหาความรู้และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินพฤติกรรมของมนุษย์และปรากฏการณ์ทางสังคม ด้วยกระบวนการแบบปฏิฐานนิยมและประจักษ์นิยม ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตาม บางสาขาที่อาจจะนำระเบียบวิธีของการศึกษาวิจัย เชิงคุณภาพ แบบการตีความ การคาดการณ์ การวิเคราะห์ตามหลักปรัชญาและตรรกะ ด้วยความเชื่อส่วนบุคคลและการวิจารณ์มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสังคมศาสตร์ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วในกลุ่มสาขาวิชาการที่ศึกษา

มนุษยศาสตร์ (Humanities) เป็นกลุ่มของสาขาวิชาที่เกี่ยวกับการศึกษาสถานะแห่งมนุษย์ โดยส่วนใหญ่ ใช้กรรมวิธีเชิงวิเคราะห์ วิจัยญาณ หรือการคาดการณ์ รวมถึงสาขาวิชาภาษาศาสตร์โบราณและภาษาศาสตร์สมัยใหม่ วรรณคดี ประวัติศาสตร์ ปรัชญา ศาสนา ทัศนศิลป์ ศิลปะการแสดงและดนตรี บางครั้งมีการรวมเอาสาขาวิชาอื่นเพิ่มเข้าไปด้วย ได้แก่ มานุษยวิทยา ภูมิภาคศึกษา การสื่อสารและวัฒนธรรมศึกษา แม้ว่าสาขาวิชาเหล่านี้มักถูกจัดไว้ในสาขาสังคมศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสายของสาขาวิชานี้ บางครั้งอาจเรียกตนเองว่าเป็น “นักมนุษยนิยม”

มนุษยศาสตร์ (Human-science) เป็นกลุ่มของสาขาวิชาที่เกี่ยวกับการศึกษาสถานะแห่งมนุษย์ คือ ศาสตร์ที่เกี่ยวกับมนุษย์ เป็นการผสมรวมของสาขาวิชาสังคมศาสตร์ กับ สาขาวิชามนุษย์ศาสตร์ ซึ่งมีความแตกต่างจาก Humanities และพบว่ามียุถึงขนบธรรมเนียมการเรียนรู้ที่ยึดถือ “Liberal arts education” เป็นแนวทางในการบ่มเพาะ “ความเป็นมนุษย์” เป็นหลัก

ความรู้ขั้นสูงด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์กับระบบสุขภาพ

มีหลากหลาย ขอยกตัวอย่างโดยจำแนกตามกลุ่มของสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. ความรู้ขั้นสูงด้านสังคมศาสตร์สาขาหลัก อาทิเช่น

1.1 ความรู้ขั้นสูงด้านรัฐศาสตร์ ระบุว่า มโนทัศน์หลักในการศึกษาการปกครองในระดับกลุ่มและในระดับประเทศ คือ “การเมือง” โดยมองบนฐานของ “อำนาจ” (Power) เป็นหลักในแบบแคบ (Narrowest sense) ว่า การเมืองเป็นเรื่องกิจกรรมต่างๆ ของรัฐบาล (What government do) อาทิ กฎหมาย นโยบาย สาธารณะ เป็นต้น แต่ในแบบกว้าง (Wider sense) จะพิจารณาว่า การเมืองจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างมนุษย์ (Human’s power relation) เช่น จารีต ประเพณี วัฒนธรรม เป็นต้น ในปัจจุบันวิชา รัฐศาสตร์ได้รับอิทธิพลการอธิบายการเมืองจากแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ที่เชื่อว่า การเมืองนั้นเป็นเรื่องของมนุษย์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา (The politics = everyday’s life) และที่ใดมีอำนาจที่นั่นมีการเมือง

1.2 ความรู้ขั้นสูงด้านเศรษฐศาสตร์ ระบุว่า ทรัพยากรของมนุษย์เรามีอยู่อย่างจำกัด (Scarcity resources) แต่มนุษย์มีความต้องการอย่างไม่จำกัด (Unlimited wants) ความขาดแคลนจึงเกิดขึ้น ทำให้ต้อง

มีทางเลือก (Choice) ที่ต้องตัดสินใจเลือกใช้ทรัพยากรอันมีอยู่อย่างจำกัดไปในทางที่ก่อให้เกิดคุณค่าและเป็นประโยชน์มากที่สุด ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์จึงมาช่วยให้เกิดการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้คนในสังคมอย่างเป็นธรรม เสมอภาพและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อความมั่นคงในสังคมและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

1.3 ความรู้ขั้นสูง ด้านสังคมวิทยา ขอยกตัวอย่าง ทฤษฎีหลักของสังคมวิทยา เช่น

1.3.1 ทฤษฎีหน้าที่ (Functionalism) ระบุว่า ส่วนต่างๆ ของสังคม ทั้งครอบครัว ศาสนา การเมือง มีหน้าที่และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

1.3.2 ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict theory) ระบุว่า สังคมประกอบด้วยสมาชิกที่แบ่งแยกออกเป็นชนชั้นต่างๆ มีความสัมพันธ์ในลักษณะการถูกเอาเปรียบ โดยผู้มีที่เอาเปรียบและผู้ที่ถูกเอาเปรียบ สังคมเป็นระบบที่มีความขัดแย้งตลอดเวลา

1.3.3 ทฤษฎีการกระทำตอบโต้ (Interactionism) ระบุว่า ความสัมพันธ์ต่อกันของคนในสังคม เป็นกระบวนการตอบโต้ซึ่งกันและกัน มีความผันแปรอยู่เสมอตามสถานการณ์ บุคคลเป็นผู้สร้าง หรือผู้กำหนดการกระทำ ไม่ใช่ถูกกำหนดโดยโครงสร้างทางสังคม

1.3.4 ทฤษฎีองค์การทางสังคม โดย สเปนเซอร์ กล่าวว่า สังคมไม่ใช่เป็นเพียงการรวมบุคคลไว้ด้วยกันเท่านั้น มันเหมือนกับเป็นอินทรีย์ (Organism) คือ สิ่งมีชีวิตอย่างหนึ่ง ระบบสังคมเหมือนกับระบบของสิ่งมีชีวิต จะค่อยๆ เปลี่ยนแปลงจากจุดเริ่มแรก เป็น 6 ลำดับขั้น คือ 1) จากลักษณะง่าย ๆ สู่ลักษณะสลับซับซ้อน 2) มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน 3) มีศูนย์กลางการควบคุม 4) ความสำคัญของส่วนทั้งหมดรวมกัน 5) มีการสืบต่อเนื่องกันโดยไม่ขาดสาย และ 6) เป็นโครงสร้างของหน่วยย่อยประกอบกันขึ้น เช่น องค์การทางการเมือง เศรษฐกิจ การค้า การศึกษา ครอบครัวและการศาสนา เป็นต้น

1.4 ความรู้ขั้นสูงด้านนิติศาสตร์ ระบุว่า กฎหมาย (Law) เป็นคำสั่งหรือข้อบังคับความประพฤติของมนุษย์ ซึ่งผู้มีอำนาจสูงสุด หรือรัฐอธิปัตย์เป็นผู้บัญญัติขึ้น ผู้ใดฝ่าฝืนมีสภาพบังคับ

2. ความรู้ขั้นสูงด้านสังคมศาสตร์ร่วมสาขา ได้แก่

2.1 ความรู้ขั้นสูงด้านคติชนวิทยา เป็นวิชาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและประเพณีของชาวบ้าน เช่น วัฒนธรรมพื้นบ้าน คำพังเพย ภาษิต สุภาษิต นิทาน บทเพลง (Folksong) ปริศนาคำทาย (Riddle) ความเชื่อ (Folk-belief) ภาษาถิ่น (Dialect) วัฒนธรรมการพูดของชาวบ้าน (Folk speech) มีทั้งข้อมูลประเภทคำบอกเล่า (Verbal) หรือ “มุขปาฐะ” และข้อมูลประเภทอมุขปาฐะ (Non-verbal) ได้แก่ สถาปัตยกรรมพื้นบ้าน (Folk architecture) ศิลปกรรมพื้นบ้านหรือศิลปะชาวบ้าน (Folk art) หัตถกรรมพื้นบ้าน (Folk craft) เครื่องแต่งกายพื้นบ้าน (Folk costume) โภชนาการพื้นบ้าน (Folk cookery) และ ข้อมูลประเพณีผสม (Mix) ของการใช้ถ้อยคำและการเลียนแบบปฏิบัติเป็นสื่อในการสืบทอด ได้แก่ การเล่นพื้นบ้าน การละเล่น ทั้งการละเล่นของเด็กและการละเล่นของผู้ใหญ่ ประเพณี (Tradition) และพิธีกรรมของชาวบ้าน เป็นต้น

2.2 ความรู้ขั้นสูงด้านนิเทศศาสตร์ ระบุว่า การสื่อสารเป็นการถ่ายทอดข่าวสารจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง จากบุคคลฝ่ายหนึ่งที่เราเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Sender) ส่ง “สาร (Message)” ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งที่เราเรียกว่า ผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่าน “ช่องทางการสื่อสาร (Channel)” โดยเรียกสั้นๆ ว่า SMCR การสื่อสารในชีวิตของแต่ละบุคคลนั้นล้วนมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันออกไปและส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่รู้สึกรู้

โดดเดี่ยว ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการแสดงออก
ช่วยในการพักผ่อนหย่อนใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดกำลังใจ แบ่งออกเป็น 7 ประเภท

1. การสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal communication) คือ การคิดหรือจินตนาการ
กับตัวเอง เป็นการคิดไตร่ตรองกับตัวเองก่อนที่จะมีการสื่อสารประเภทอื่นต่อไป

2. การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) คือ การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คน
ขึ้นไปทำการสื่อสารกันอย่างมีวัตถุประสงค์ เช่น การพูดคุย การปรึกษาหารือในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

3. การสื่อสารภายในกลุ่มย่อย (Small-group communication) คือ การสื่อสารที่มีบุคคล
ร่วมกันทำการสื่อสารเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน

4. การสื่อสารกลุ่มใหญ่ (Large-group communication) คือ การสื่อสารระหว่างคนจำนวนมาก

5. การสื่อสารภายในองค์กร (Organization communication) เป็นการสื่อสารระหว่าง
สมาชิกภายในหน่วยงาน เพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จลุล่วง เช่น การพูดคุยกัน การประสานงานกัน การประชุม
 เป็นต้น

6. การสื่อสารมวลชน (Mass communication) คือ การสื่อสารกับคนจำนวนมากในหลายๆ
พื้นที่พร้อมกัน โดยใช้สื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ เป็นสื่อกลาง
(ปัจจุบันมีสื่อ Social media เข้ามาด้วย) เป็นต้น เหมาะสำหรับการส่งข่าวสารไปยังผู้คนจำนวนมากๆ ในเวลา
เดียวกัน

7. การสื่อสารระหว่างประเทศ (International communication) คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล
ที่มีความแตกต่างกันใน เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรมการเมืองและสังคม เช่น การเจรจาต่อรองเพื่อการทำธุรกิจ
 การเจรจาระหว่างประเทศ เป็นต้น

2.3 ความรู้ขั้นสูงด้านชุมชนศึกษา ได้แก่ หลักการและวิธีการในการพัฒนาชุมชน โดยนักพัฒนา
ชุมชนจะรู้แต่เพียงหลักการและวิธีการพัฒนาอย่างเดียว ย่อมไม่เพียงพอที่จะดำเนินการพัฒนาให้ตรงและเหมาะสม
กับสภาพความเป็นอยู่ของคนในแต่ละชุมชนได้ ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาชุมชนอยู่ที่การเข้าใจสภาพปัญหาและ
ความต้องการของคนในชุมชนท้องถิ่น รู้จักสภาพแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณีและ
วิถีชีวิตของคนในชุมชนเป็นอย่างดี ต้องเข้าใจสภาพการณ์ต่างๆ ของ “การพัฒนาชุมชน” ซึ่งหมายถึง การ
เปลี่ยนแปลง การสร้างสรรค์ การปรับปรุงอย่างมีกระบวนการ (Process) เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีโครงสร้าง
และแบบแผน หรือมีการกำหนดทิศทางเป้าหมายที่แน่นอน ที่อาจเป็นได้ทั้งการกระทำของภาครัฐและภาคเอกชน
หรือเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ของคนภายในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

ปรัชญาการพัฒนาชุมชน เน้นคนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีความยุติธรรมและมีความมุ่งมั่น
ที่จะรักษาหรือแสวงหาแนวทางและวิธีการ ในการพัฒนาคุณภาพและคุณธรรมให้เกิดความสมดุล

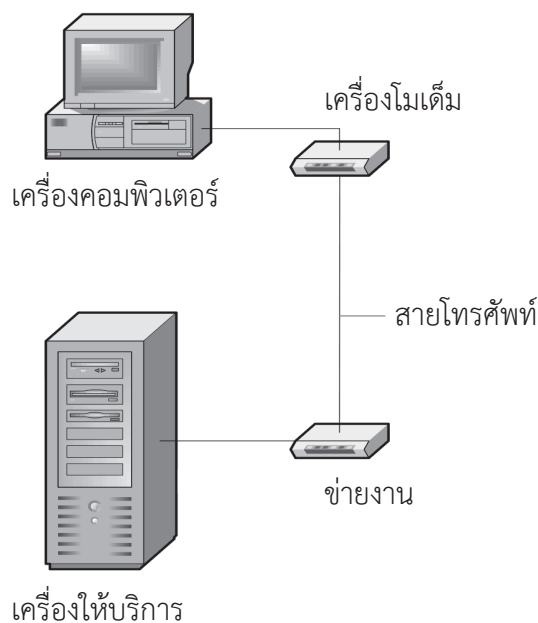
การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนนั้น ต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอนและต้อง
พัฒนาจิตใจควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ต้องยอมรับภูมิปัญญาชาวบ้าน พัฒนาค้นให้พึ่งพาตนเองได้ ต้อง
อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมไปด้วยกัน ให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และมีจิตสำนึกความเป็นเจ้าของ มีการกระจายอำนาจ
ให้องค์กรประชาชนและต้องผนึกกำลังระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างมั่นคงเป็นอันหนึ่ง
อันเดียวกัน

เรื่องที่ 2.3.3 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

สารสนเทศ (Information) หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์แต่ละคนตั้งแต่เกิดมาได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ เป็นจำนวนมาก เช่น เรียนรู้สภาพสังคม ความเป็นอยู่ กฎเกณฑ์ และวิชาการ เป็นต้น ถ้าถามว่าภายในสมองของเราเก็บข้อมูลอะไรบ้าง เราคงตอบไม่ได้ แต่สามารถเรียกข้อมูลมาใช้ได้ ข้อมูลที่เก็บไว้ในสมองเป็นสิ่งที่สะสมกันมาเป็นเวลานาน ความรอบรู้ของแต่ละคนจึงขึ้นอยู่กับ การเรียกใช้ข้อมูลนั้น ทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารต่างๆ อยู่รอบตัวเรามาก ได้แก่ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต หรือแม้แต่การสื่อสารระหว่างบุคคล จึงมีผู้กล่าวว่า ยุคนี้เป็นยุคของสารสนเทศ

เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology: IT) หมายถึง ความรู้ในผลิตภัณฑ์ หรือในกระบวนการดำเนินการใดๆ ที่อาศัยเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์ซอฟต์แวร์ (Software) คอมพิวเตอร์ฮาร์ดแวร์ (Hardware) การติดต่อสื่อสาร การรวบรวมและการนำข้อมูลมาใช้อย่างทันการ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพทั้งทางด้านการผลิต การบริการ การบริหารและการดำเนินงาน รวมทั้งเพื่อการศึกษา การเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อความได้เปรียบทางเศรษฐกิจ การค้า การพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตและคุณภาพของประชาชนในสังคม

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication[s] Technology: ICT) เป็นศัพท์ที่มักใช้ในความหมายคล้ายกับเทคโนโลยีสารสนเทศ แต่ขยายขอบเขตเพิ่มขึ้น โดยเน้นเรื่องบทบาทของการสื่อสารแบบบูรณาการกับการบูรณาการของการโทรคมนาคม (ทั้งสายโทรศัพท์และสัญญาณไร้สาย) คอมพิวเตอร์ ตลอดจนซอฟต์แวร์วิสาหกิจ มัลติมีเดีย หน่วยเก็บข้อมูลและระบบโสตทัศนต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึง เก็บบันทึก ส่งผ่านและจัดดำเนินการ สารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจึงเกี่ยวข้องกับเครือข่ายคอมพิวเตอร์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รูปแบบการสื่อสารเครือข่ายคอมพิวเตอร์ที่มีการส่งข้อมูลระหว่างเครื่องคอมพิวเตอร์นั้น สามารถทำได้ 2 วิธี คือ การเรียกข้อมูลผ่านระบบโมเด็ม (Modem) และการเรียกข้อมูลผ่านข่ายงาน (Network) ดังภาพที่ 2.10



ภาพที่ 2.10 การสื่อสารเครือข่ายคอมพิวเตอร์

การสื่อสารผ่านระบบเครือข่าย นิยมใช้การเชื่อมต่อกันระหว่างเครื่องคอมพิวเตอร์ในองค์การเดียวกัน การเชื่อมต่ออาจเป็นแบบใช้สาย (Wireline) หรือ แบบไร้สาย (Wireless) ก็ได้

ประเทศไทยมีเป้าหมายในการสร้างความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ทั้งหมดของประเทศ เพื่อช่วยกันพัฒนาให้เกิดสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ใช้ เน้นหนักในการจัดหา จัดสร้าง ส่งเสริม สนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศและอุปกรณ์เกี่ยวเนื่องกับการศึกษาและการเรียนรู้ รวมถึงวิชาการความรู้สารสนเทศต่างๆ และผู้สอน โดยเน้นการจัดการ การบริหารการศึกษาและการฝึกอบรมทั้งวิชาการ และทักษะ เพื่อพัฒนาและยกระดับความรู้ของทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนา E-Society มีเป้าหมายที่จะลดความเหลื่อมล้ำของสังคม อันเป็นผลเนื่องมาจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารสนเทศและความรู้ โดยกำหนด ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เมืองคัมภีร์ประกอบสำคัญและจำเป็น ในการสร้างให้สังคมไทยในศตวรรษที่ 21 เป็นสังคมที่ดีงาม มีความสมบูรณ์และเพียงพอ มีคุณธรรมอันดีงามของศาสนาแทรกซึมอยู่ในใจของประชากรทุกหมู่คณะ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักการและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง

ความรู้ขั้นสูงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ มีมากมาย และหลากหลาย โดยมีลักษณะเด่นที่สำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ดังนี้

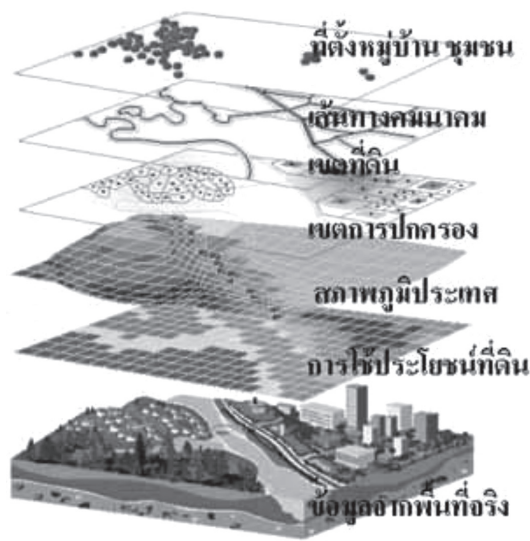
1. ICT ช่วยให้การดำเนินงานรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ คือ ในระบบการจัดการขององค์การทุกแห่ง ต้องใช้ข้อมูลเพื่อการดำเนินการและการตัดสินใจ ภาคธุรกิจนิยมใช้ ICT เป็นเครื่องมือช่วยในการดำเนินการ เพื่อให้การทำงานมีความรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ เช่น ใช้ในระบบฝาก-ถอนเงิน ระบบจองตั๋วเดินทาง ของสายการบิน เป็นต้น

2. ICT ช่วยการดำเนินงานบริการของทุกงาน ทั้งด้านการจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูลและการนำข้อมูลที่เก็บไว้เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ก่อให้เกิดผลดีตั้งแต่ระดับงาน หน่วยงาน องค์กร และประเทศชาติ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาค NGOs ภาคประชาชน และชุมชน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

ในระบบสุขภาพ ได้นำ ICT มาใช้ในการพัฒนางานของสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตั้งแต่ระดับบริการฐานราก คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ (District Community Hospital) โรงพยาบาลประจำจังหวัด (Provincial Hospital) โรงพยาบาลศูนย์ประจำเขต (Regional Hospital) โรงพยาบาลศูนย์ภาคหรือโรงพยาบาลศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรค (Excellent Center) หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขเขตและหน่วยงานสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการด้านการสาธารณสุขต่างๆ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาตมไทย กลาโหมและกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของภาคเอกชน ซึ่งในปัจจุบันทุกหน่วยงานและทุกองค์การในทุกระดับ ต่างก็เห็นความสำคัญในการนำ ICT มาใช้ในการดำเนินงานของตน

3. ICT มีส่วนช่วยให้การดำเนินชีวิตของมนุษย์ในแต่ละวันมีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น คือ เปิดโอกาสให้มนุษย์ได้รับ แลกเปลี่ยน หรือกระจาย ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันได้โดยสะดวกและรวดเร็ว ซึ่งเป็นการทำให้ได้มีโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถตนเอง

ICT ที่มีการนำมาประยุกต์/ใช้ ในระบบสุขภาพ คือ ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานเกี่ยวกับข้อมูลเชิงพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ใช้กำหนดข้อมูลและสารสนเทศซึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งเชิงพื้นที่ เช่น ที่อยู่ บ้านเลขที่ สัมพันธ์กับตำแหน่งในแผนที่ตามเส้นรุ้งเส้นแวงที่ตัดกัน ข้อมูลและแผนที่ใน GIS เป็นระบบข้อมูลสารสนเทศที่อยู่ในรูปของตารางข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูล ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial data) ซึ่งรูปแบบและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงพื้นที่ทั้งหลาย จะสามารถนำมาวิเคราะห์ด้วย GIS ทำให้สามารถสื่อความหมายในเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับเวลาได้ เช่น การแพร่ขยายของโรคระบาด การเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน การบุกรุกทำลายป่า การเปลี่ยนแปลงของการใช้พื้นที่ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้ เมื่อปรากฏบนแผนที่ทำให้สามารถแปลและสื่อความหมายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและชัดเจน ดังภาพที่ 2.11



ภาพที่ 2.11 ฐานข้อมูล GIS ที่มีส่วนสัมพันธ์กับข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial data)

GIS เป็นระบบข้อมูลข่าวสารที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ แต่สามารถแปลความหมายเชื่อมโยงกับสภาพภูมิศาสตร์อื่นๆ สภาพท้องที่ สภาพการทำงานของระบบสัมพันธ์กับสัดส่วนระยะทางและพื้นที่จริงบนแผนที่ จากข้อมูลที่อยู่ เราสามารถทราบได้ว่าบ้านหลังนี้มีตำแหน่งอยู่ ณ ที่ใดบนพื้นโลก เนื่องจากบ้านทุกหลังจะมีที่อยู่ไม่ซ้ำกัน

องค์ประกอบหลักของระบบ GIS จัดแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

1. Hardware คือ เครื่องคอมพิวเตอร์รวมถึงอุปกรณ์ต่อพ่วงต่างๆ เช่น Digitizer, Scanner, Plotter, Printer หรืออื่นๆ เพื่อใช้ในการนำเข้าข้อมูล ประมวลผล แสดงผล และผลิตผลลัพธ์ของการทำงาน
2. Software คือ โปรแกรม เป็นชุดของคำสั่งสำเร็จรูป เช่น โปรแกรม Arc/Info, MapInfo เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วยฟังก์ชันการทำงานและเครื่องมือที่จำเป็นต่างๆ สำหรับนำเข้าและปรับแต่งข้อมูล จัดการระบบฐานข้อมูล เรียกค้น วิเคราะห์และจำลองภาพ
3. Data คือ ข้อมูลต่างๆ ที่จะใช้ในระบบ GIS และถูกจัดเก็บในรูปแบบของฐานข้อมูลโดยได้รับการดูแลจากระบบจัดการฐานข้อมูล หรือ DBMS

4. People คือ ผู้ปฏิบัติงานซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบ GIS เช่น ผู้นำเข้าข้อมูล ช่างเทคนิค ผู้ดูแลระบบฐานข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ผู้บริหารซึ่งต้องใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ People จะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในระบบ GIS เนื่องจากถ้าขาด People ข้อมูลที่มีอยู่มากมายมหาศาล ก็จะเป็นเพียงขยะที่ไม่มีคุณค่าใดๆ เลย เพราะไม่ได้ถูกนำไปใช้งาน อาจจะกล่าวได้ว่า ถ้าขาด People ก็จะไม่มียระบบ GIS

5. Methods เป็นวิธีการหรือขั้นตอนการทำงาน คือ วิธีการที่องค์กรนั้นๆ นำเอาระบบ GIS ไปใช้งาน โดยแต่ละระบบแต่ละองค์การย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ฉะนั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องเลือกวิธีการในการจัดการกับการดำเนินงานและปัญหาให้เหมาะสมที่สุดสำหรับหน่วยงานนั้นๆ เอง

เรื่องที่ 2.3.4 การวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุข

ในการแสวงหาความเป็นจริงของญาณปรัชญานั้น การวิจัย (Research) เป็นหนึ่งในวิธีการที่แต่ละสาขาของศาสตร์ยอมรับกันโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่นักวิทยาศาสตร์ จึงถือเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญของการค้นหาความจริงและการค้นหาความรู้ของโลก

การวิจัย คือ กระบวนการ ในการศึกษาค้นคว้าเพื่อค้นหาความจริง (Fact) ในเรื่องหนึ่งเรื่องใด โดยใช้หลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นระบบ สามารถพิสูจน์และยืนยัน “ความเป็น Fact” ของสิ่งที่ค้นพบนั้นได้ ด้วยกระบวนการทางวิชาการที่เรียกว่า “กระบวนการวิจัย” (Research methodology) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในหมู่นักวิชาการแต่ละสาขา แล้วนำมาเรียบเรียงเป็นเอกสารที่ชัดเจน กะทัดรัด ถูกต้องและครบถ้วนตามข้อกำหนดทางวิชาการของรายงานผลการวิจัยที่เรียกว่า “นิพนธ์ต้นฉบับ” (Original article) และตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ (Journal) ของแต่ละวงการของศาสตร์แขนงนั้นๆ โดยเน้นความรู้ใหม่ (New knowledge) เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ และกระตุ้นผู้อ่าน ผู้ศึกษา ให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นำสิ่งที่ค้นพบ ไปศึกษาค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติม ให้กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมทั้งการนำไปขยายผล ประยุกต์และต่อยอดให้กว้างขวาง มีคุณค่า และมีคุณประโยชน์ยิ่งขึ้น

งานวิจัยที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คือ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ซึ่งสภาวิจัยแห่งชาติ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. การวิจัยและพัฒนาเพื่อค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่ (Fundamental R&D) เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยรู้มาก่อน

2. การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่บนพื้นฐานความรู้เดิม (Radical R&D) เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อนำองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้ว มาแสวงหาหรือพัฒนาให้เป็นองค์ความรู้ใหม่ ไปใช้ในการสร้างผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม

3. การวิจัยและพัฒนาเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้เดิม (Incremental R&D) เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อนำองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้ว มาประยุกต์ในการแสวงหาหรือพัฒนาให้เป็นแนวทาง หรือเทคนิควิธีการใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ในการสร้างหรือพัฒนาตัวผลิตภัณฑ์หรือตัวผลผลิต (Product) การออกแบบผลิตภัณฑ์และการผลิต รวมทั้งการผลิตต้นแบบและการปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือกระบวนการทำงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพ ลดต้นทุน และค่าใช้จ่าย เพิ่มผลผลิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่การแข่งขันได้อย่างมั่นใจในชัยชนะและความเจริญรุ่งเรืองขององค์กร

4. การวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำวัน (Practical R&D) เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อค้นหาค้นหาองค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน “แต่ละคน” ที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำวันของตน ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้นได้ด้วยตนเอง อย่างน่าชื่นชมและภาคภูมิใจ การวิจัยและพัฒนาในกลุ่มนี้ เป็นฐานรากที่สำคัญยิ่งในการพัฒนา “คน” ขององค์กร ให้เป็นบุคคลคุณภาพ สามารถพัฒนางานของตนได้เองตลอดเวลา นำไปสู่การสร้าง “นักวิจัย” ให้กับประเทศชาติ ที่ใช้ค่าใช้จ่ายน้อยมาก แต่มีผลตอบแทนที่ดี รวดเร็วและยั่งยืน คือ มีผลกระทบมาก ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

การทำวิจัยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

จำแนกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. การวิจัยเพื่อทราบสถานการณ์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
2. การวิจัยเพื่อทราบปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
3. การวิจัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
5. การวิจัยเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี โดยคัดเลือกผลงานที่ดีที่สุดประมาณ 600-1200 เรื่อง จากทั่วประเทศ มานำเสนอในเวทีวิชาการอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนผลงานที่ดีเด่นซึ่งมีประมาณ 10% ให้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ

การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มุ่งเน้นให้ “งาน” ใดๆ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีความหมายที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นการวิจัยและพัฒนา (R+D)
2. มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัย
3. มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
4. มุ่งเน้นให้ “งาน” เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน จึงต้องการระบบงานและกระบวนการดำเนินงานที่เข้มแข็ง ให้สามารถยืนยงคงอยู่สถิตสถาพรในองค์กร ด้วยการพัฒนา “คน” ที่จะมารับช่วงของการดำเนินงานในแต่ละงานเหล่านั้น ต่อๆ ไป อย่างมีประสิทธิภาพสูงตลอดเวลาและตลอดไป
5. มุ่งเน้นให้งาน “ทั้งหลาย” ขององค์กร เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการนี้เสนอแนะให้ใช้กลยุทธ์ “การทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย” โดยใช้หลักการ แนวทางและวิธีการ ของการวิจัยและพัฒนา เพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำเป็นแนวทางหลัก

การทำงานประจำให้เป็นงานวิจัย (Routine to Research: R2R) คือ กระบวนการ ในการทำให้การทำงานที่พวกเราทำอยู่ทุกๆ วัน เป็นผลงานวิจัย ที่ก่อให้เกิดพัฒนางาน/หน่วยงาน/องค์กรอย่างน่าภาคภูมิใจ และมีความสุขยิ่งขึ้น มุ่งหวังให้ “ทุกคน” ในองค์กร สร้างสรรค์ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพจากงานที่ตนเองทำอยู่เป็นประจำและเพิ่มคุณภาพให้สูงขึ้นในทุกงานที่ทำอย่างต่อเนื่องตลอดไป มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ซึ่งขอเรียกว่า “แท้ และ ดี” ดังนี้

1. เป็นงานที่คณะผู้วิจัยเป็นผู้ทำเองและเป็นความจริง ถ้าผู้วิจัยรู้้อยู่แก่ใจว่าสิ่ง/ข้อมูล ที่นำมาแสดงเป็นผลงานวิจัยนั้น “ไม่จริง” ห้ามนำมาเขียนเป็นผลงานวิจัยอย่างเด็ดขาด
2. เกิดการพัฒนาที่มีหลักฐานยืนยัน โดยวัดผลที่ “ผู้ใช้บริการ” ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ตามหลักของ Research methodology เช่น ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 95% ($p < 0.05$) เป็นต้น ในการนี้จะไม่ใช่ระดับความคิดเห็นจากแบบสอบถาม มาเปรียบเทียบกัน เนื่องจากความคิดเห็นนั้น มี Factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อยู่มากมาย

3. ใช้ระยะเวลาดำเนินการ นานกว่า 1 ปี โดยจะนำข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกัน เพื่อลดความผันแปรที่อาจเกิดจากเวลา วัน สัปดาห์ เดือน ปี และฤดูกาล (Time Seasonal variation) ประกอบกับการดำเนินงานประจำขององค์การทั้งหลายนั้นใช้วงรอบ 1 ปี (ปีงบประมาณ) เป็นหลัก จึงถือเป็นการควบคุมตัวแปรภายนอกของการออกแบบวิจัยที่ดี ดังนั้น ถ้าใช้ระยะเวลาดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และนำผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกัน ก็จะเป็นการวิจัยแบบ One group, Pre-test Post-test, Time series design ที่ดี

4. เป็นผลงานวิจัย ที่มีคุณค่าต่อทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกิดประโยชน์และคุณค่าต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย ประชาชนและประเทศชาติ ได้ชัดเจนมากกว่างานวิจัยเชิงสำรวจ หรือเชิงวิเคราะห์ข้อมูล ทั่วไป ที่มักเกิดประโยชน์กับผู้วิจัยเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น

5. ถูกต้องตามหลักวิชาการของกระบวนการวิจัย เนื่องจาก R2R เป็นการวิจัย จึงต้องทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาการวิจัย ซึ่งในที่นี้เน้นที่ “การเขียน” เป็นหลัก

การผสมผสานการวิจัยและพัฒนา เข้าไปในกระบวนการพัฒนางานและการพัฒนาคนของแต่ละหน่วยงาน อย่างกลมกลืน ให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและผู้ทำวิจัยเกิดความรู้สึกว่าการที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้น จะก่อให้เกิดประโยชน์ ทั้งต่อตนเอง ต่อหน่วยงานและต่อองค์การอย่างมหาศาล คนขององค์การมีความภาคภูมิใจโดยปลูกฝังแนวคิด และการปฏิบัติ ของการทำการวิจัยและพัฒนา เข้าไปในกระบวนการปฏิบัติงานของทุกๆ หน่วยงาน จนเป็นกิจวัตรหรืองานประจำของทุกคนในองค์การ อย่างกลมกลืน เหมาะสมและต่อเนื่อง จนเกิด “วัฒนธรรมขององค์การ” (Organization culture) ที่ทุกๆคนขององค์การมีความภาคภูมิใจ

การดำเนินการวิจัยและพัฒนานั้น เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานที่ Active กระทำอยู่แล้วเป็นประจำ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาของการทำงาน และนำไปสู่การหาวิธีการแก้ปัญหา แล้วดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามแนวคิดนั้นๆ จนประสบความสำเร็จ เป็นต้น กิจกรรมที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ QC (Quality Control)

ในปี พ.ศ.2557 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้ปรับชื่อภาษาไทยของ R2R จากการทำงานประจำสู่งานวิจัย เป็นการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ซึ่งช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเห็นความเป็นจริงของ R2R ชัดเจนมากขึ้นและเชิดชูคุณค่าของ R2R ในด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติ ทั้งนี้ที่เริ่มดำเนินการ

ความรู้ขั้นสูง ที่ได้จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมีมากมาย เช่น การแก้ปัญหาสุขภาพ การแก้ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ดีและไม่เหมาะสมที่นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตน การวางระบบงานที่ดีและเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ การทำให้ชุมชนเป็นฐานที่สำคัญของการแก้ปัญหาและการพัฒนาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยั่งยืน

ข้อสรุป: การวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุขนั้น เน้นให้ได้ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ในการนี้ การทำ R2R ให้เป็นงานวิจัยชั้นเลิศ ให้สามารถนำเสนอในเวทีวิชาการระดับนานาชาติได้อย่างสง่างาม เป็นแนวทางและวิธีการที่สามารถทำได้โดยไม่ยุ่งยาก ในทุกงานและทุกหน่วยงาน

ตอนที่ 2.4

การบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.4 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.4.1 ระบบบริหารจัดการและกฎหมาย เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.4.2 เศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข
- 2.4.3 เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.4.4 การประยุกต์ความรู้ด้านบริหารจัดการงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

แนวคิด

1. ระบบบริหารจัดการสุขภาพ คือ ระบบที่ช่วยให้การดำเนินงานสุขภาพ เป็นไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกันและมีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 6 ระยะ ตามวงจรชีวิตของการดำเนินงานองค์การสุขภาพ การดูแลสุขภาพของบุคคลจำเป็นต้องมีกฎหมายมาเป็นตัวกำหนดกฎเกณฑ์ กติกา หรือ มาตรฐาน ที่มาช่วยเป็นแนวทางพื้นฐานในการดำเนินการเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม อย่างสงบสุข โดยไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้หนึ่งผู้ใด

2. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ เป็นวิชาที่ศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในสังคม เกี่ยวกับการเลือกใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อผลิตสินค้าและบริการ ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ไม่มีขอบเขตจำกัด ให้เกิดคุณประโยชน์สูงสุด

3. เครือข่าย คือ การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร องค์กร หน่วยงาน หรือ สถาบัน ใดๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ ด้วยการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนและมวลชนที่เกี่ยวข้อง ด้วยความเป็นอิสระของสมาชิกที่เท่าเทียมกัน ภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทรและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นเครือข่ายที่พึงประสงค์

4. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้มีการประยุกต์ความรู้ด้านบริหารจัดการสุขภาพ และการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทั้งประเทศ ภายใต้แนวคิดเขตบริการสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบาย

- 1. ระบบบริหารจัดการและกฎหมาย เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2. เศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข
- 3. เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4. การประยุกต์ความรู้ด้านบริหารจัดการงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข สู่การปฏิบัติ

เรื่องที่ 2.4.1 ระบบบริหารจัดการและกฎหมาย เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข

ระบบบริหารจัดการ

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นที่ 2.1 หัวเรื่องที่ 2.1.3 เกี่ยวกับ ระบบบริหารจัดการสุขภาพ คือ ระบบที่ช่วยให้การดำเนินงานสุขภาพ เป็นไปอย่างราบรื่น สอดคล้องกัน และมีประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 6 ระยะของการดำเนินงานบริหารจัดการ ตามวงจรชีวิตของการดำเนินงานองค์การสุขภาพ ดังรูปที่ 2.6 โดยเริ่มต้นเมื่อมีการจัดตั้งองค์การ ดำเนินงานองค์การ และพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดเมื่อมีการยุบเลิกองค์การ โดยในแต่ละระยะ จะมี 7 กิจกรรมหลัก ตามบทบาทหน้าที่ทางการบริหารจัดการ (Managerial tasks) ของ Gulick & Urwick ที่รู้จักกันในโมเดล POSDCoRB คือ

1. การจัดทำแผนปฏิบัติการ = P : Planning
2. การจัดองค์การทั้งหน่วยงานและตำแหน่ง = O : Organizing
3. การจัดบุคลากรที่มีอยู่ ลงในตำแหน่งต่างๆ ได้แก่ = S : Staffing
 - 3.1 การคัดเลือกบุคคลเข้าดำรงตำแหน่ง
 - 3.2 การปฐมนิเทศก่อนการปฏิบัติงานในตำแหน่ง
 - 3.3 การสอนงานเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงาน จนสามารถทำได้ อย่างถูกต้องและมั่นใจ
 - 3.4 การพัฒนาบุคคล ให้สามารถปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น
 - 3.5 การบำรุงรักษาบุคคล
 - 3.6 การจัดให้บุคคลพ้นจากตำแหน่ง
4. การอำนวยความสะดวก ได้แก่ การสั่งการ การมอบอำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบ การติดตามงาน การควบคุมงาน การจูงใจและการเสริมพลังในการทำงาน การแก้ปัญหาในการทำงาน (Solving the problem) การลงโทษและการประเมินผลการดำเนินงาน
5. การประสานงาน ให้งานทั้งหลายดำเนินไปได้อย่างราบรื่น
6. การรายงาน ทั้งในกรณีปกติ กรณีเร่งด่วน และกรณีเฉพาะ
7. การจัดงบประมาณ

ในแต่ละกิจกรรม ดำเนินงาน ดังนี้

1. การวางระบบงานเมื่อเริ่มต้น เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
 2. การควบคุมให้เป็นไปตามระบบงานที่วางไว้
 3. การปรับปรุงและพัฒนาระบบงานขณะดำเนินการ
 4. การทบทวนระบบงานทั้งระบบ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 5. การปรับปรุงและปรับเปลี่ยนระบบงานทั้งระบบ ทุก 1, 3, 5 ปี หรือตามสถานการณ์ความจำเป็น
- องค์การที่ได้จัดตั้งและดำเนินงานมานานกว่า 3 ปี ควรทำการทบทวนระบบบริหาร/จัดการทั้งระบบ โดย 1) เริ่มต้นด้วยการทบทวนผลการดำเนินงานขององค์การในปีที่ผ่านมา มา แล้วจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี

ขององค์กร ที่ครอบคลุมกิจกรรมที่ต้องทำทั้งหมดในปีต่อไป ทั้งกิจกรรมในงานประจำและกิจกรรมในงานพัฒนา

- 2) ทบทวนโครงสร้างองค์กรเดิม แล้วนำผลที่ได้มาจัดองค์กรใหม่ ให้เหมาะสมกับงาน/กิจกรรม ที่จะต้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่ได้จัดทำไว้ ด้วยทรัพยากรเท่าที่มีอยู่
- 3) จัดบุคลากรที่มีอยู่ลงในตำแหน่งต่างๆ ที่ปรับปรุงใหม่อย่างเหมาะสม
- 4) ทบทวนและปรับปรุงการอำนวยความสะดวก การประสานงาน การรายงานและการงบประมาณ ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างคุ้มค่า ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรนั้น
- 5) ทบทวนและปรับปรุงการติดตามผลการดำเนินงาน การควบคุมและการประสานงาน ให้กิจกรรมทั้งหลายของแต่ละขั้นตอน ดำเนินไปอย่างถูกต้องตามมาตรฐานทางวิชาการ สอดคล้องกับสภาพการณ์ กาละ เทศะ บุคคล อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการทบทวนและปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการติดต่อสื่อสารด้วย

การทบทวนและปรับปรุงระบบบริหารจัดการทั้งระบบในแต่ละปีนั้น ควรเริ่มวางแผนก่อนสิ้นปีประมาณ ไม่น้อยกว่า 3 เดือน เพื่อให้แผนปฏิบัติการประจำปีที่จะจัดทำขึ้น ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการจากผู้มีอำนาจ ไม่น้อยกว่า 10 วันก่อนวันเริ่มต้นปีประมาณและควรทบทวน ปรับปรุงและจัดทำระบบงาน ตามโมเดล POSDCoRB ข้อ 2-7 ให้เสร็จสมบูรณ์ ภายในเดือนแรกของปีงบประมาณใหม่

กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ระบุว่า กฎหมาย หมายถึง กฎที่สถาบันหรือผู้มีอำนาจสูงสุดในรัฐตราขึ้น หรือที่เกิดขึ้นจากจารีตประเพณีอันเป็นที่ยอมรับนับถือ เพื่อใช้ในการบริหารประเทศ และใช้บังคับบุคคลให้ปฏิบัติตาม หรือเพื่อกำหนดระเบียบแห่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือระหว่างบุคคลกับรัฐ ดังนั้น กฎหมายจึงเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับความประพฤติของมนุษย์ ซึ่งผู้มีอำนาจสูงสุด หรือรัฐอธิปัตย์ เป็นผู้บัญญัติขึ้น ผู้ใดฝ่าฝืน มีสภาพบังคับ มีลักษณะ 5 ประการ ดังนี้

1. กฎหมายต้องเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับ คือ ต้องอยู่ในรูปของคำสั่ง คำบัญชา อันเป็นการแสดงออกซึ่งความประสงค์ของผู้มีอำนาจในลักษณะเป็นการบังคับ เพื่อให้บุคคลปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติ

2. กฎหมายต้องเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับที่มาจากรัฐอธิปัตย์ คือ ผู้ที่ประชาชนส่วนมากยอมรับนับถือว่าเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในแผ่นดิน โดยที่ไม่ต้องฟังอำนาจจากผู้ใดอีก ดังนั้น รัฐอธิปัตย์จึงไม่ต้องพิจารณาถึงที่มาหรือลักษณะการได้มาซึ่งอำนาจว่าจะได้มาอย่างไร แม้จะเป็นการปฏิวัติหรือรัฐประหารก็ตาม ถ้าหากคณะปฏิวัติหรือคณะรัฐประหาร เป็น “รัฐอธิปัตย์” จะสามารถออกคำสั่ง คำบัญชา ในฐานะเป็นกฎหมายของประเทศได้

3. กฎหมายต้องเป็นคำสั่งหรือข้อบังคับที่ใช้ได้ทั่วไป ไม่ใช่กำหนดขึ้นเพื่อประโยชน์ของบุคคลหนึ่ง หรือให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ทุกคนต้องอยู่ภายใต้การบังคับใช้ของกฎหมายอันเดียวกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ เพราะบุคคลทุกคนมีความเสมอภาคที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน แม้กฎหมายบางอย่างอาจจะมิวัตถุประสงค์ที่จะให้ประโยชน์แก่บุคคล หรือวางความรับผิดชอบให้แก่คนบางหมู่เหล่า แต่ก็ยังอยู่ในความหมายที่ว่าใช้บังคับทั่วไป เพราะผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องในกฎหมายนั้น ยังต้องปฏิบัติตามอยู่เสมอ

สาระสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ กฎหมายเมื่อประกาศมีผลบังคับใช้แล้วสามารถใช้ได้ตลอดไป จนกว่าจะถูกแก้ไขเพิ่มเติมหรือถูกยกเลิก หากไม่มีการยกเลิกก็มีผลบังคับใช้ได้เสมอ

4. กฎหมายบัญญัติขึ้นเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตาม แม้การปฏิบัติบางครั้งอาจเกิดจากความไม่เต็มใจที่จะปฏิบัติ แต่เมื่อเป็นคำสั่ง คำบัญชาแล้ว ผู้รับคำสั่ง หรือคำบัญชา ต้องปฏิบัติตาม หากขัดขึ้นไม่ปฏิบัติตามก็จะเกิดสภาพบังคับของกฎหมาย อันเป็นผลร้ายต่อผู้ฝ่าฝืนคำสั่งนั้น และเป็นที่ยังเข้าใจด้วยว่าผู้ที่อยู่ในฐานะที่จะรับคำสั่งและปฏิบัติตามกฎหมายได้นั้น ต้องเป็นบุคคลตามกฎหมาย

5. กฎหมายต้องมีสภาพบังคับ เพื่อให้กฎหมายเกิดความศักดิ์สิทธิ์และประชาชนเคารพเชื่อฟังและปฏิบัติตาม แบ่งเป็นสภาพบังคับในทางอาญา โดยโทษสูงสุด คือ ประหารชีวิตและสภาพบังคับทางแพ่ง โดยการกำหนดให้การกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายตกเป็นโมฆะ การให้ชดใช้ค่าเสียหายแก่อีกฝ่ายหนึ่งจากการไม่ชำระหนี้ การให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ถูกละเมิด เป็นต้น

ลำดับศักดิ์ของกฎหมาย (Hierarchy of law)

เป็นแนวความคิดทางกฎหมายของฝรั่งเศส ในการกำหนดลำดับชั้นระหว่างกฎหมายประเภทต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้มีอำนาจในการตรากฎหมายที่มีศักดิ์ต่อกว่าต้องเคารพและไม่สามารถตรากฎหมายที่ละเมิดกฎหมายที่มีศักดิ์สูงกว่าได้ แบ่งเป็น 7 ชั้น คือ

1. รัฐธรรมนูญ (Constitution) เป็นกฎหมายสูงสุดที่กำหนดรูปแบบการปกครองและระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ตลอดจนสิทธิต่างๆ ของประชาชนทั้งประเทศ นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังเป็นกฎหมายแม่บทของกฎหมายทุกฉบับ ดังนั้น กฎหมายฉบับอื่นที่มีลำดับชั้นต่ำกว่าจะมีเนื้อหาที่ขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญไม่ได้ หากขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญ กฎหมายฉบับนั้นจะถือว่าไม่มีผลบังคับใช้

2. พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ เป็นกฎหมายที่อธิบายขยายความเพื่อประกอบเนื้อความในรัฐธรรมนูญให้สมบูรณ์ ละเอียดย ชัดเจน ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด ถือว่ากฎหมายประเภทนี้มีลักษณะและหลักเกณฑ์ที่พิเศษแตกต่างจากกฎหมายธรรมดา ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้มีการกำหนดกระบวนการในการตราพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ให้แตกต่างไปจากพระราชบัญญัติทั่วไป โดยให้ความสำคัญกับพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญมากกว่าพระราชบัญญัติทั่วไป

3. พระราชบัญญัติ (พรบ.) ตราขึ้นเป็นกฎหมายโดยอาศัยอำนาจรัฐธรรมนูญโดยตรง องค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรา พรบ. คือ รัฐสภา ซึ่งเป็นฝ่ายนิติบัญญัติ แต่จะมีเนื้อหาขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญไม่ได้

ประมวลกฎหมาย เป็นกฎหมายในลำดับเดียวกับ พรบ. มีลักษณะเรียบเรียงเรื่องราวไว้อย่างเป็นหมวดหมู่เดียวกันและมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ประมวลกฎหมายอาญา ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประมวลรัษฎากร ประมวลกฎหมายที่ดิน ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง/อาญา เป็นต้น

4. พระราชกำหนด (พรก.) เป็นกฎหมายที่รัฐธรรมนูญมอบอำนาจในการบัญญัติให้กับฝ่ายบริหาร คือ คณะรัฐมนตรี โดยออกพระราชกำหนดเพื่อใช้บังคับแทนพระราชบัญญัติได้ในกรณีพิเศษตามที่รัฐธรรมนูญมอบอำนาจไว้เป็นการชั่วคราว เพื่อแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าที่จำเป็นและเร่งด่วน เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติ

โดยส่วนรวม หลังจากนั้นต้องนำ พรก.มาให้รัฐสภาพิจารณาเพื่อขอความเห็นชอบ ถ้าเห็นชอบ พรก.ก็จะกลายเป็นกฎหมายถาวร แต่หากรัฐสภาไม่เห็นชอบ พรก.ก็จะสิ้นผลไป โดยการดำเนินการใดๆ ก่อนที่ พรก.จะสิ้นผลไป ถือว่าชอบด้วยกฎหมาย

5. พระราชกฤษฎีกา (พรฎ.) เป็นกฎหมายที่กำหนดรายละเอียดซึ่งเป็นหลักการย่อยๆ ของ พรบ./พรก. โดย พรบ./พรก. ได้กำหนดหลักการใหญ่ๆ ไว้ ซึ่งเป็นสาระสำคัญโดยรวมและให้ออก พรฎ. โดยอาศัยอำนาจ พรบ./พรก. เพื่ออธิบายรายละเอียดต่างๆ ตามหลักการใน พรบ./พรก.นั้น เมื่อ พรฎ.เป็นกฎหมายที่ออกมาโดยอาศัยอำนาจจากกฎหมายแม่บท คือ รัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่นๆ เช่น พรบ./พรก.และ พรฎ.จะมีเนื้อหาที่ขัดแย้งต่อรัฐธรรมนูญ พรบ./พรก. ไม่ได้ รวมทั้งจะบัญญัติเนื้อหาที่เกินขอบเขตของกฎหมายแม่บทที่ให้อำนาจไว้ไม่ได้ด้วย

6. กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง มติคณะรัฐมนตรี เป็นกฎหมายที่ออกโดยฝ่ายบริหารและไม่ต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากรัฐสภา มีลักษณะคล้ายกับ พรฎ. แต่มีศักดิ์ของกฎหมายที่ต่ำกว่า รัฐมนตรีซึ่งเป็นฝ่ายบริหารจะบัญญัติ กฎกระทรวง ออกมาโดยมี พรบ. หรือ พรก. ฉบับใดฉบับหนึ่งให้อำนาจไว้ ส่วนประกาศกระทรวง เป็นกฎหมายที่ออกโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเช่นเดียวกันกับกฎกระทรวง แต่มีความแตกต่างกันที่ไม่ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเหมือนกับกฎกระทรวง โดยทั้งหมดต้องประกาศในราชกิจจานุเบกษา จึงจะมีผลใช้บังคับเป็นกฎหมายได้

7. ข้อบัญญัติท้องถิ่น เป็นกฎหมายที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบัญญัติขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อใช้บังคับในท้องถิ่น เป็นอำนาจที่ได้รับมาจาก พรบ. จัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ ได้แก่ ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบัญญัติ ข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร และข้อบัญญัติเมืองพัทยา

กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข

มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ดังนี้

1. กลุ่มกฎหมายสาธารณสุข เช่น พรบ.คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.2551 พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 พรบ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 พรบ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 พรบ.เครื่องสำอาง พ.ศ.2535 พรบ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ.2531 พรบ.ยา พ.ศ.2510 พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2523 พรบ.วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547 พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 พรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 พรบ.วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ.2547 พรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.2537 พรบ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 พรบ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พรบ.อาหาร พ.ศ.2522 เป็นต้น

2. กลุ่มกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 พรบ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 พรบ.ข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2535 พรบ.ความรับผิดทาง

ละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2539 พรบ.จัดการหุ้นส่วนและหุ้นของรัฐมนตรี พ.ศ.2543 พรบ.จัดตั้งศาลปกครอง และวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ.2542 พรบ.ว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต พ.ศ.2542 พรบ.ว่าด้วยวิธีพิจารณาคดีอาญาของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง พ.ศ.2542 พรบ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 พรบ.ระเบียบข้าราชการการเมือง พ.ศ.2535 เป็นต้น

การดูแลสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องมีกฎหมายมาจัดทำเป็นกฎเกณฑ์ กติกา หรือ มาตรฐาน มาช่วยเป็นแนวทางพื้นฐานในการดำเนินการเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม อย่างสงบสุข ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ จากผู้หนึ่งผู้ใด โดยเน้นจริยธรรมด้านการดูแลสุขภาพ (Ethics of healthcare) สิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights) จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งการทดลองทางคลินิก (Clinical trials)

กฎหมาย มีส่วนสำคัญในการรักษาความสงบเรียบร้อยและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนในชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประชาชนในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น การที่ประเทศชาติใดจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เป็นไปในแนวทางใด หากนำบทบัญญัติของกฎหมายมาเป็นหลักการให้ทุกคนใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ก็ย่อมนำไปสู่ความสำเร็จได้อย่างราบรื่นมากขึ้น

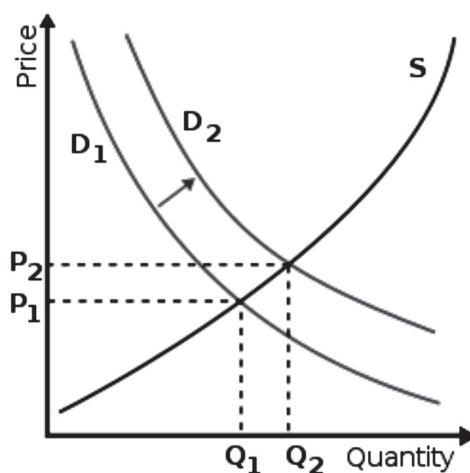
เรื่องที่ 2.4.2 เศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์ (Economics) เป็นวิชาที่อยู่ในกลุ่มวิทยาศาสตร์เชิงพฤติกรรมและสังคม (Social and behavioural sciences) ศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ในสังคม เกี่ยวกับการเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อผลิตสินค้าและบริการ ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ที่ไม่มีขอบเขตจำกัด ให้เกิดคุณประโยชน์สูงสุด

เป้าหมายของวิชาเศรษฐศาสตร์ คือ การผลิตและการกระจายสินค้าหรือบริการ ให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรมสูงสุด

อุปสงค์ (Demand = D) คือ จำนวนสินค้าและบริการที่ “ผู้ซื้อ” ต้องการซื้อ ณ ระดับราคาต่างๆ หรือ ณ ระดับรายได้ต่างๆ หรือ ณ ระดับราคาสินค้าอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยปกติจะให้ความสำคัญกับเรื่องระดับราคามากที่สุด และเมื่อราคาสินค้าเปลี่ยนแปลงไป จำนวนซื้อสินค้าและบริการชนิดนั้น ก็จะเปลี่ยนแปลงในทิศทางตรงกันข้ามเสมอ โดยเส้นอุปสงค์สามารถสร้างได้จากข้อมูล ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณซื้อ โดยปกติเส้นอุปสงค์จะเป็นเส้นทอดลงจากซ้ายไปขวา สามารถเปลี่ยนแปลงไปอยู่ทางขวามือหรือทางซ้ายมือของเส้นเดิมก็ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดอุปสงค์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ราคา ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ทำให้จำนวน “ซื้อ” มากขึ้นหรือน้อยลง

อุปทาน (Supply = S) คือ จำนวนสินค้าและบริการที่ “ผู้ขาย” ต้องการขาย ณ ระดับราคาต่างๆ ซึ่งจำนวนขายจะเปลี่ยนแปลงในทางเดียวกันกับราคาที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น เส้นอุปทานซึ่งเป็นเส้นที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและจำนวนขาย จึงเป็นเส้นทอดขึ้นจากซ้ายไปขวา สามารถเปลี่ยนแปลงไปทางซ้ายมือหรือขวามือของเส้นเดิมได้เช่นกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดอุปทานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ราคาว่าจะเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่จะทำให้จำนวน “ขาย” มากขึ้นหรือน้อยลง ดังภาพที่ 2.12



ภาพที่ 2.12 เส้นอุปสงค์ (D) และ เส้นอุปทาน (S)

ราคาดุลยภาพ (Equilibrium price) เป็นระดับราคาที่ทำให้อุปสงค์เท่ากับอุปทาน คือ จำนวนเสนอซื้อ (อุปสงค์) เท่ากับจำนวนเสนอขาย (อุปทาน) ราคาใด ที่ต่ำกว่าราคาดุลยภาพจะทำให้เกิดอุปสงค์ส่วนเกินและราคาใด ที่สูงกว่าราคาดุลยภาพจะทำให้เกิดอุปทานส่วนเกิน ราคาดังกล่าวจะไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากจะมีการเคลื่อนย้ายเส้นอุปสงค์และหรืออุปทาน ซึ่งจะทำให้เกิดราคาดุลยภาพใหม่ ที่อาจสูงขึ้นหรือลดลงก็ได้

โดยปกติรัฐบาลจะปล่อยให้กลไกราคา ซึ่งเป็นกระบวนการปรับตัวของอุปสงค์และอุปทานในตลาด ทำงานไปตามลำพัง โดยไม่เข้าไปแทรกแซง ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่กลไกราคาไม่สามารถปรับตัวได้ทัน รัฐบาลจะใช้มาตรการเข้าแทรกแซงกลไกของราคาในตลาด เพื่อรักษาเสถียรภาพของราคาให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมมี 2 มาตรการ คือ “การกำหนดราคาขั้นต่ำ (การประกันราคา)” ซึ่งจะกระทำเพื่อยกระดับราคาของสินค้าที่เป็นอยู่ให้สูงขึ้น โดยเฉพาะสินค้ารายการที่สำคัญ เป็นการช่วยเหลือผู้ผลิตหรือผู้ขาย อีกมาตรการหนึ่งคือ “การกำหนดราคาขั้นสูง (การควบคุมราคา)” เป็นมาตรการที่ใช้กำหนดราคาสินค้าไม่ให้สูงเกินไป จะใช้ในระหว่างเกิดการขาดแคลนสินค้า ซึ่งทำให้ราคาสินค้าสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนผู้บริโภคเดือดร้อน

ต้นทุน หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่สูญเสียไปเพื่อให้ได้สินค้าหรือบริการ โดยมูลค่านั้นจะต้องสามารถวัดได้เป็นหน่วยเงินตรา ซึ่งเป็นลักษณะของการลดลงในสินทรัพย์หรือเพิ่มขึ้นในหนี้สิน ต้นทุนที่เกิดขึ้นอาจจะให้ประโยชน์ในปัจจุบันหรือในอนาคตก็ได้ เมื่อต้นทุนใดที่เกิดขึ้นแล้วและกิจการได้ใช้ประโยชน์ไปทั้งสิ้นแล้ว ต้นทุนนั้นก็จะถือเป็น “ค่าใช้จ่าย” ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงหมายถึงต้นทุนที่ได้ให้ประโยชน์และกิจการได้ใช้ประโยชน์ทั้งหมดไปแล้วในขณะนั้นและสำหรับต้นทุนที่กิจการสูญเสียไป แต่จะให้ประโยชน์แก่กิจการในอนาคตเรียกว่า “สินทรัพย์”

ต้นทุนการผลิต (Cost of production) หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิต จากการใช้ทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) ต้นทุนคงที่ (Fixed cost) เป็นต้นทุนที่เกิดจากค่าใช้จ่ายประจำที่ไม่ผันแปรไปตามปริมาณการผลิต เช่น ค่าเช่า เงินเดือนประจำ ค่าลงทุนสร้างโรงงาน ค่าซื้อเครื่องจักร เป็นต้น 2) ต้นทุนผันแปร (Variable cost) ตามปริมาณการผลิต เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าวัสดุที่ใช้ในการผลิต เป็นต้น

ต้นทุนการผลิต ประกอบด้วยค่าใช้จ่าย 3 ส่วน คือ ค่าวัสดุ (Material cost) ค่าแรงงาน (Labor cost) ประกอบด้วยแรงงานทางตรง (Direct labor cost) และแรงงานทางอ้อม (Indirect labor cost) และค่าใช้จ่ายจิปาถะ ค่าโสหุ่ย (Overhead cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากค่าแรงงานทางตรงและค่าวัสดุทางตรง เช่น ค่าวัสดุทางอ้อม ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด ค่าเสื่อมราคา ค่าซ่อมแซมเครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์การผลิต ค่าประกันภัยสินทรัพย์ ค่าสวัสดิการ เป็นต้น

ค่าโสหุ่ยเมื่อรวมกับค่าแรงงานการผลิต จะเรียกว่า “ต้นทุนแปรสภาพ (Conversion cost)” ซึ่งเป็นต้นทุนการผลิตที่ใช้กำหนดค่าจ้างทำ สำหรับงานสั่งทำที่มีการนำวัสดุมาให้แปรรูป

การจำแนกต้นทุนตามลักษณะของการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อตัดสินใจ จำแนกเป็น

1. ต้นทุนจม (Sunk cost) หมายถึง ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Unavoidable cost) หรือไม่สามารถที่จะทำการเปลี่ยนแปลงได้ เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจในอดีต เช่น ค่าเช่าที่เป็นสัญญาเช่าระยะยาว ค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ประจำ เป็นต้น ถึงแม้ว่าต้นทุนจมจะไม่มีผลต่อการตัดสินใจในปัจจุบัน แต่ผู้บริหารก็ควรที่จะทำการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่สามารถใช้ประโยชน์จากต้นทุนจมให้ได้มากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้

2. ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable cost) หมายถึง ต้นทุนที่สามารถประหยัดได้จากการตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง ต้นทุนที่หลีกเลี่ยงได้ มักจะมีบทบาทที่สำคัญต่อการตัดสินใจของผู้บริหารเสมอ

3. ต้นทุนเสียโอกาส (Opportunity cost) คือ ผลประโยชน์หรือผลตอบแทนที่กิจการจะได้รับจากการตัดสินใจเลือกทางเลือกหนึ่ง แต่ต้องสูญเสียไปจากการที่เลือกตัดสินใจในอีกทางเลือกหนึ่ง เช่น ถ้ากิจการมีเงินจำนวนหนึ่งและสามารถนำไปฝากธนาคารได้ดอกเบี้ยปีละ 20,000 บาท ถ้ากิจการต้องการนำเงินที่มีอยู่นั้นไปลงทุนทำธุรกิจ ทำให้สูญเสียดอกเบี้ยที่จะได้รับ ถือว่ามีต้นทุนเสียโอกาสเกิดขึ้น 20,000 บาท ต้นทุนเสียโอกาสจะไม่มี การบันทึกบัญชีเพราะมิได้เกิดขึ้นจริง แต่เป็นต้นทุนที่ถูกสมมติขึ้นเพื่อการตัดสินใจ

4. ต้นทุนส่วนที่แตกต่าง (Differential cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากการตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ต้นทุนประเภทนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติ มาเป็นวิธีใหม่ เช่น การตัดสินใจว่าควรที่จะซื้อเครื่องจักรรุ่นใหม่เข้ามาทำการผลิตแทนเครื่องจักรเก่าที่มีอยู่หรือไม่ ทั้งนี้เครื่องจักรใหม่อาจจะต้องลงทุนสูง แต่ก็สามารถที่จะประหยัดต้นทุนผันแปรต่อหน่วยลงไปได้ ซึ่งผู้บริหารจะต้องทำการตัดสินใจโดยพิจารณาจากต้นทุนส่วนที่แตกต่างรวมสุทธิ

5. ต้นทุนเพิ่มต่อหน่วย (Marginal cost) หมายถึง ต้นทุนที่จะเพิ่มขึ้นจากการผลิตเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับต้นทุนส่วนเพิ่ม (Incremental cost) แต่ต้นทุนส่วนเพิ่มต่อหน่วยเป็นการพิจารณาส่วนที่เพิ่มจากการเพิ่มการผลิตเพียง 1 หน่วย

เศรษฐศาสตร์มีความสัมพันธ์กับการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด ก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีอยู่จำกัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น มีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากสินค้าทั่วไป คือ เป็นสินค้าสาธารณะ มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆ การลงทุนในด้านการสาธารณสุขมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภครวม

เศรษฐศาสตร์สุขภาพหรือเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics) เป็นการนำวิธีการและแนวการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ มาประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะและการดำเนินงานสุขภาพทั้ง 4 มิติ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน ประเทศ และ ระดับโลก ซึ่งได้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก จำแนกย่อยออกเป็นเศรษฐศาสตร์การแพทย์ หรือเศรษฐศาสตร์คลินิก ซึ่งเป็นการประยุกต์เศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาและการดำเนินงานจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในระบบสุขภาพและการบริการสุขภาพ เช่น ความเป็นสินค้าบริการของสุขภาพและบริการสุขภาพ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ อุปทานของบริการสุขภาพ ตลาดบริการสุขภาพและการล้มเหลวของตลาดบริการสุขภาพ บทบาทของรัฐในระบบบริการสุขภาพ การคลังสำหรับบริการสุขภาพ การประกันสุขภาพ ปัญหาความไร้สมมาตรของสารสนเทศด้านสุขภาพ ปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพ การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการบริการสุขภาพ ความเสมอภาคในบริการสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สุขภาพระดับมหภาค เป็นต้น

สิ่งที่นักเศรษฐศาสตร์สนใจศึกษาเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ได้แก่

1. นักเศรษฐศาสตร์ให้ความสำคัญกับ “ราคา” ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดมูลค่าและต้นทุนการผลิต สนใจว่าเป็นราคาที่ถูกต้องที่จะนำไปสู่ประสิทธิภาพและความเสมอภาค หรือไม่
2. การศึกษาเรื่องทรัพยากรด้านการใช้ทรัพยากร ว่ามีต้นทุนและมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร สุขภาพที่ดีขึ้นนั้น คำนึงกับต้นทุนและทรัพยากรที่ใช้ไปหรือไม่
3. การศึกษาพฤติกรรมของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ เกี่ยวกับการบรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละฝ่าย และสนใจศึกษาระบบสิ่งจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. การศึกษาราคาบริการสุขภาพ วิธีการจ่ายเงิน กฎข้อบังคับ เป็นต้น
5. การศึกษาความไม่สมบูรณ์และไม่สมมาตรของข้อมูล จะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในตลาดบริการสุขภาพอย่างไร
6. การศึกษาเรื่องความเป็นธรรมทางการใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพ การกระจายงบประมาณ ความจำเป็นทางสุขภาพและความสามารถในการหารายได้
7. การศึกษาเกี่ยวกับแหล่งรายได้สำหรับบริการสุขภาพ
8. การศึกษาว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพมีอะไรบ้าง ทั้งปัจจัยด้านการแพทย์และนอกเหนือจากปัจจัยด้านการแพทย์ อาทิเช่น ปัจจัยด้านพื้นฐานของบุคคล ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ มีการวัดและการประเมินค่าของสุขภาพ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพ อุปทานของบริการสุขภาพ การวางแผนการจัดทำงบประมาณและการกำกับติดตามตลาดบริการสุขภาพ การประเมินโครงการทางเศรษฐศาสตร์และการประเมินระบบบริการสุขภาพโดยรวม

นักบริหารสามารถประยุกต์แนวความคิดด้านเศรษฐศาสตร์ใน 2 กรณี คือ

1. เศรษฐศาสตร์มหภาค (Macroeconomics) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กระแสการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนที่นอกเหนือการควบคุมของผู้บริหาร เช่น การคาดการณ์แนวโน้มและจุดเปลี่ยน ของต้นทุนน้อยที่สุด (Maximize benefits) หรือ Minimize loss ของผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

เศรษฐศาสตร์มหภาค เป็นการศึกษาถึงกิจกรรมทางเศรษฐกิจส่วนรวม เช่น ผลผลิตรวมของประเทศ การจ้างงาน การเงินและการธนาคาร การพัฒนาประเทศ การค้าระหว่างประเทศ อัตราดอกเบี้ย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเบื้องต้น (GNP) และการว่างงาน ซึ่งจะต้องหาว่าอะไรเป็นสาเหตุให้ผลิตผลรวมและระดับการว่างงานมีการเคลื่อนไหวขึ้นลง เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ ให้ตรงจุด เช่น ภาวะเงินเฟ้อ เงินฝืดและปัญหาการว่างงาน เป็นต้น เน้นหน่วยเศรษฐกิจโดยส่วนรวม โดยเฉพาะเศรษฐกิจระดับชาติ

เนื่องจากเศรษฐศาสตร์มหภาค เป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ของระบบเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งมีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชนทุกคน ดังนั้น เศรษฐศาสตร์มหภาคจึงมีความสำคัญทั้งต่อประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นพลเมืองส่วนใหญ่ของประเทศ ให้มีความเข้าใจในภาวะเศรษฐกิจเพื่อสามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้เข้าใจและสามารถที่จะให้ความร่วมมือกับรัฐบาลได้ดียิ่งขึ้นและมีความสำคัญต่อผู้ประกอบการทุกอาชีพ โดยอาศัยความรู้ทางเศรษฐศาสตร์มาประกอบการตัดสินใจในการบริหารงานต่างๆ ให้สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงและลดความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับบรรยายได้ประชาชาติ วัฏจักรเศรษฐกิจ การเงินและการธนาคาร การคลังรัฐบาล การค้าระหว่างประเทศและการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นเครื่องมือขั้นต้นประกอบการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

2. เศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) เป็นกรณีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ภายใต้การควบคุมของผู้บริหาร เช่น การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ฯลฯ ในกรณีนี้ “ต้นทุน” คือ หัวใจของการจัดการ

เศรษฐศาสตร์จุลภาคประยุกต์ (Applied Microeconomics)

เป็นการศึกษาที่มีขอบเขตรวมไปถึงการศึกษาที่เจาะจงเฉพาะด้าน สาขาที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ส่วนมากเป็นเรื่องเกี่ยวกับ ทฤษฎีราคา อุปสงค์และอุปทาน การจัดการอย่างเป็นระบบในด้านอุตสาหกรรมและการควบคุม หัวข้อที่น่าสนใจศึกษา ได้แก่ การเข้าและการออกของคณงานบริษัท นวัตกรรมและสิ่งประดิษฐ์ บทบาทของเครื่องหมายการค้า กฎหมายและเศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ต้นทุน-ต้นทุนต่อหน่วย (Cost-Unit Cost) 2) ต้นทุนที่น้อยที่สุด (Cost Minimization Analysis: CMA) 3) ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost Benefit Analysis: CBA) 4) ต้นทุน-ประสิทธิภาพ (Cost Effective Analysis: CEA) และ 5) ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost Utility Analysis: CUA)

เรื่องที่ 2.4.3 เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข

เครือข่าย คือ การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร องค์กร หน่วยงาน หรือ สถาบันใดๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบด้วยการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคน สิ่งของและมวลชนที่เกี่ยวข้อง ด้วยความเป็นอิสระของสมาชิกที่เท่าเทียมกัน ภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทร และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เครือข่ายที่พึงประสงค์ มีลักษณะ 6 ประการคือ 1) มีการเชื่อมโยง 2) มีความร่วมมือกัน 3) มีการติดต่อสื่อสาร 4) มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน 5) มีการสานสร้างความสัมพันธ์ และ 6) มีการสร้างเสริมความเข้มแข็งในการแลกเปลี่ยนกัน ด้วยการนำส่วนดีหรือจุดแข็งของแต่ละฝ่ายมาสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการผนึกกำลังในลักษณะที่ 1+1 ได้ผลรวมมากกว่า 2 เสมอ ($1+1 > 2$) เป็นการรวมกันให้เกิด "พลังทวีคูณ" ไม่ใช่แค่พลังบวก ผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานเป็นเครือข่าย จึงมักจะดีกว่าผลลัพธ์ของการต่างคนต่างทำ แล้วนำมารวมกัน เช่นเดียวกับการทำงานเป็นทีม

ดังนั้น การเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นเครือข่าย จึงมิใช่เพียงการรวมกลุ่มของสมาชิกที่มีความสนใจร่วมกันในระดับเพียงแค่การพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือร่วมสังสรรค์ด้วยกันเท่านั้น หากจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยเป้าหมายที่มีร่วมกันด้วย เครือข่ายจึงไม่ใช่เพียงการมีรายชื่อบุคคลหรือมีฐานข้อมูลที่สามารถที่จะติดต่อได้อยู่ในมือ ในลักษณะเพียงให้สามารถเพิ่มจำนวนรายชื่อสมาชิกเครือข่ายให้มากขึ้นเท่านั้น เพราะเป็นเสมือนการขยายวงใส่ก้อนอิฐให้กว้างขึ้นเพื่อใส่อิฐได้จำนวนมากขึ้น แต่ก้อนอิฐในถู่ก็ยังคงวางเกะกะขาดการเชื่อมโยงถึงกันอย่างเป็นระบบ ดังนั้น เครือข่ายจึงต้องมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่เป็นสมาชิก ได้ดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่สมาชิกแต่ละคนในเครือข่ายเห็นพ้องต้องกัน ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันเฉพาะกิจตามความจำเป็น เมื่อเสร็จภารกิจแล้วก็เลิกเครือข่ายไปและอาจกลับมารวมกันได้อีก หรืออาจมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ก็ได้

งานพัฒนาสังคมในปัจจุบัน เน้นการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน ให้สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในพื้นที่ได้ด้วย "เครือข่ายสังคม" ซึ่งเป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของคนในสังคม ที่บุคคลและกลุ่มบุคคลมีต่อกัน โดยคุณลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้

องค์ประกอบที่สำคัญ (Main components) ของความเป็นเครือข่าย มี 5 ประการ ได้แก่

1. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์ โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคล ถือเป็นองค์ประกอบหลัก

2. จุดมุ่งหมาย ความเป็นเครือข่านั้นจะต้องมีความหมายรวมถึง "การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย" เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึกของแต่ละบุคคล เป็นแรงขับเคลื่อนที่นำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการค้นหาวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมและความร่วมมือจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ด้วยความไว้วางใจกัน

4. การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปสู่การให้และการรับรวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้น บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพสูง มีการสร้างการพัฒนาระบบและกลไกในการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่ครอบคลุม รวดเร็วและต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสารที่โยงใยข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน ช่วยให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดการรับรู้ เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงานและช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยมีกระบวนการ ข้อมูล และกิจกรรมที่ดีและเหมาะสมอย่างเพียงพอ

การพัฒนาเครือข่ายชุมชนในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีกระบวนการพัฒนาของเครือข่ายเกิดขึ้นในภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน (Non Government Organization : NGOs) และประชาชน แตกต่างกันไปตามนิยาม และกิจกรรม สรุปได้เป็น 3 แบบ คือ

1. เครือข่ายเชิงพื้นที่ เช่น เครือข่ายภาคเหนือ เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น เครือข่ายอำเภอเสนาไห้ เครือข่ายลุ่มน้ำน่าน เป็นต้น

2. เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม โดยไม่ยึดติดกับพื้นที่ดำเนินการ เช่น เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน เครือข่ายธนาคารหมู่บ้าน เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายสิ่งแวดล้อม เครือข่ายปฏิรูปการศึกษา เครือข่ายสิทธิมนุษยชน เครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น

3. เครือข่ายเชิงโครงสร้างหน้าที่ มุ่งเน้นการดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายหลักของหน่วยงาน ของกลุ่มผลประโยชน์ นั้นๆ ได้แก่

3.1 เครือข่ายภาครัฐ เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกรมการพัฒนาชุมชน เครือข่ายองค์กรอิสระของภาครัฐ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

3.2 เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เช่น สภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม สมาคมผู้ส่งออก เครือข่าย SME เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

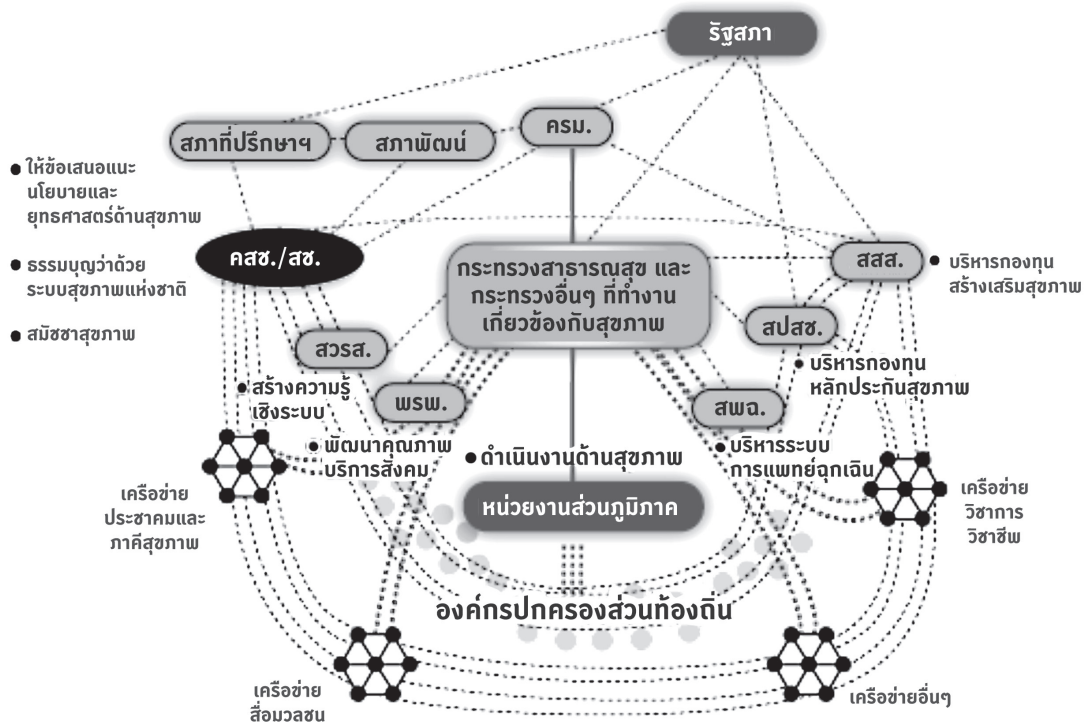
3.3 เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภาคเหนือ เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม เครือข่ายมูลนิธิ YMCA เป็นต้น

3.4 เครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายปราชญ์อีสาน เครือข่ายประมงพื้นบ้าน เครือข่ายสมัชชาคนจน เป็นต้น

เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข

พัฒนาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” มีหน้าที่และอำนาจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพแห่งชาติ มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่รับผิดชอบงานธุรการของ คสช.และคณะกรรมการบริหารและประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในทุกกระดับ

คสช. และ สช. ทำหน้าที่หนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็น กระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ กลไกภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกลไกภายใต้ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ประสานตัวเข้าหากัน เพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะ ที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกันต่อไป ในลักษณะของเครือข่าย ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ดังภาพที่ 3.13



ภาพที่ 2.13 เครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่
ที่มา อัมพล จินดาวัฒนะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ความหมายของคำย่อ

รัฐสภา	หมายถึง สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา
สชช.	หมายถึง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
สภาที่ปรึกษา	หมายถึง สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
สวรส.	หมายถึง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พรพ.	หมายถึง สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.ในปัจจุบัน)
สปฉ.	หมายถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สปสช.	หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สสส.	หมายถึง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ในแต่ละองค์การ หน่วยงาน คณะกรรมการ สำนักงาน สถาบัน ต่างก็มีเครือข่ายความร่วมมือในส่วนของตน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ร่วมกันทำหน้าที่เป็นเครือข่ายแกนกลาง ในการประสานความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีเครือข่ายประชาคมและภาคีสุขภาพ เครือข่ายวิชาการและวิชาชีพ เครือข่ายสื่อมวลชน และเครือข่ายอื่นๆ ทั้งในชุมชน ในประเทศและระหว่างประเทศ มาร่วมดำเนินการครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

เครือข่ายความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประกอบด้วย 9 กลุ่มเครือข่าย คือ 1) เครือข่ายตามสายการปกครองบังคับบัญชาของรัฐบาลและกระทรวง เป็นเครือข่ายรัฐบาล ได้แก่ เครือข่ายของกระทรวงในส่วนกลาง เครือข่ายของกระทรวงในส่วนภูมิภาค 2) เครือข่ายตามสายการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ 3) เครือข่ายตามสายการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงานภาคเอกชน 4) เครือข่ายตามสายการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงานวิชาการและวิชาชีพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ 5) เครือข่ายประชาคมและภาคีสุขภาพ 6) เครือข่ายสื่อมวลชน ได้แก่ สมาคมนักหนังสือพิมพ์ เครือข่ายสื่อมวลชนต่อต้านทุจริตแห่งชาติ (ส.ท.ช) เครือข่ายสื่อมวลชนด้านสตรีและครอบครัว เครือข่ายภาคประชาชนและสื่อมวลชนจังหวัด เครือข่ายสื่อมวลชนท้องถิ่น เครือข่ายสื่อมวลชนภาคต่างๆ เป็นต้น และ 7) เครือข่ายตามสายการประสานงานกับองค์กร/หน่วยงาน/กลุ่ม อื่นๆ เช่น สมาคมกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเครดิตยูเนียน กลุ่มร้านค้าชุมชน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มสตรี เครือข่ายป่าตะวันออก เป็นต้น

สำหรับภาคประชาชน ได้หันกลับไปสู่การฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น การรักษากลุ่มน้ำและป่าชุมชน การรวมกลุ่มภาคประชาชนเน้นการพัฒนาคน ครอบครัว และชุมชนให้เข้มแข็ง มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อสังคม ซึ่งได้สร้างปรากฏการณ์การเรียนรู้และการรวมพลังให้กับกลุ่มและองค์กรชุมชนเครือข่ายภาคประชาชนเป็นอย่างมาก กองทุนดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนทั้งในเมืองและชนบท เพื่อฟื้นฟูวิกฤตเศรษฐกิจไปสู่การพึ่งตนเองในระยะยาว ในขณะเดียวกันประชาชนมีการรวมตัวกันในนาม “สมัชชาคนจน” เคลื่อนไหวเรียกร้องให้รัฐบาลแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและผลกระทบจากโครงการพัฒนาฯ ต่างๆ ของรัฐ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เป็นหน่วยงานภาครัฐ จัดตั้งขึ้นภายใต้แนวคิดให้ชุมชนเป็นแกนหลักในการพัฒนา ตั้งแต่ระดับชุมชนในพื้นที่ไปจนถึงระดับนโยบายของชาติ ซึ่งทำให้เกิดการเชื่อมโยงองค์กรเครือข่ายภาคประชาชน อย่างหลากหลาย มีการจัดตั้งสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ให้ความเห็นเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคัดเลือกสมาชิกจากตัวแทนเครือข่ายขององค์กรเครือข่ายภาคประชาชนใน 5 ภาคส่วน คือ ภาคธุรกิจ ภาคบริการ ภาคสังคม ภาคเกษตร และภาคทรัพยากรของชาติ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการเชิงพื้นที่ในมิติใหม่ ด้วยการปรับโครงสร้างการพัฒนาชนบทและเมืองให้เข้าสู่สมดุลและยั่งยืน โดยอาศัยหลักการสำคัญ คือ ยึดพื้นที่เป็นตัวตั้ง ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มุ่งสู่เศรษฐกิจแบบพอเพียง พึ่งตนเองภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน

เรื่องที่ 2.4.4 การประยุกต์ความรู้ด้านบริหารจัดการงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้ดำเนินการประยุกต์ความรู้ด้านการบริหารจัดการสุขภาพ และการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติในพื้นที่ทั้งประเทศอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า ขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาจนถึง สุขภาพดีถ้วนหน้าในปัจจุบัน การจัดหลักประกันสุขภาพครอบคลุม ประชากรทุกคน (Universal Coverage: UC) การพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (Hospital Accreditation: HA) การพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) การพัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และนำมาจัดทำเป็น แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ.2555-2559 เพื่อแก้ปัญหาเรื่องความด้อยประสิทธิภาพ ความด้อยคุณภาพบริการ ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของ ประชาชน ความแออัดของผู้ใช้บริการในสถานบริการระดับสูง การใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับ บทบาทของสถานพยาบาลในการให้บริการ ปัญหาการแข่งขันขยายบริการและเกิดการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด โดยขาดการวางแผนการจัดระบบบริการที่ดี ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการพัฒนาสถานบริการ และได้นำข้อเสนอจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21” มาเสริมให้มีประเด็นที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้กลยุทธ์เขตบริการสุขภาพ มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายใน จังหวัด ภายในเขต และ เป็นเครือข่ายระดับประเทศ ดำเนินการจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้อง กับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของสถานบริการใน แต่ละระดับและส่งเสริมสนับสนุนให้ดำเนินการพัฒนาตามแผนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพระบบบริการ ที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน

คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อ 11 ธันวาคม 2555 ดังนี้

1. เห็นชอบข้อเสนอการจัดอัตรากำลังและการบริหารจัดการในภารกิจบริการด้านสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุข
2. กำหนดมาตรการเร่งด่วนและระยะยาว เพื่อให้การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ มีการกระจายบุคลากรตามภาระงานและความขาดแคลนในแต่ละภูมิภาค
3. กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข ทบพทวนบทบาทภารกิจและการจัดระบบบริการสุขภาพ

บทบาทภารกิจใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาโครงสร้างระบบราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอบทบาทภารกิจใหม่ของ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศ บนข้อมูลและฐานความรู้
2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารประชาสัมพันธ์
3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
4. การกำหนดมาตรฐานบริการต่างๆ
5. การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

6. การพัฒนาเทคโนโลยีด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ
8. การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
9. การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพของประเทศ
10. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้
11. การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

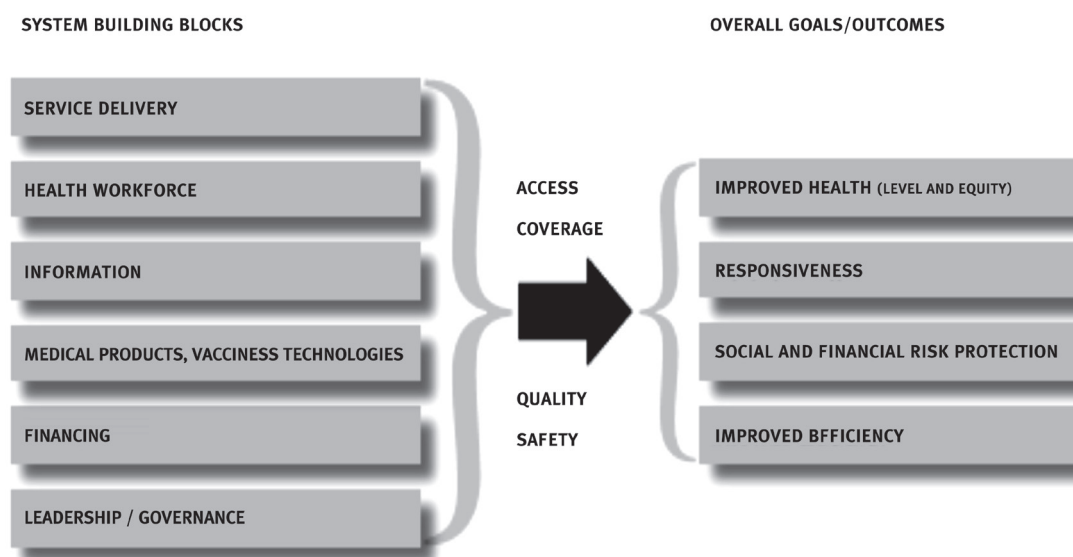
โดยข้อกำหนดพื้นที่ให้มี 12 เขตบริการสุขภาพ และเขตบริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร (กทม.)

มีการเสนอปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System approach) เพื่อช่วยให้มองเห็นภารกิจที่ควรทำมากกว่าภารกิจที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน โดยให้ผู้บริหารและนักวิชาการของกรมต่างๆ ร่วมทั้งนักวิชาการภายนอกกระทรวงฯ มาร่วมกันระดมสมอง สรุปเป็น 4 ระบบย่อย คือ

1. ระบบบริการสุขภาพ
2. ระบบสร้างเสริมสุขภาพ
3. ระบบป้องกันควบคุมโรค
4. ระบบคุ้มครองผู้บริโภค

โดย 4 ระบบย่อยดังกล่าว ครอบคลุมบทบาทหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545

ข้อเสนอนี้ ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (Health system framework) ขององค์การอนามัยโลก ในการวิเคราะห์ ดังภาพที่ 2.14



ภาพที่ 2.14 The WHO Health System Framework

Source: Every body's business-Strengthening Health Systems to improve Health Outcomes
WHO's Framework for Action.2007: 3.

โดยพิจารณาว่า ภายใต้บทบาทของแต่ละระบบย่อยต่างๆ ใน 4 ระบบ ดังกล่าว บทบาทใดควรเป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดที่ว่า:

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นหน่วยงานสาธารณสุขแห่งชาติ (National health authority) ที่ดูแลภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศและประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยงานและกลไกอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่

1.1 การกำหนดนโยบาย (Policy guidance) คือ การกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเชิงเทคนิคที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทางและการจัดลำดับความสำคัญของบริการประเภทต่างๆ รวมถึงการกำหนดบทบาทของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

1.2 การสังเคราะห์ความรู้และการดูภาพรวม คือ การสนับสนุนให้เกิดการสร้าง การวิเคราะห์ และการใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการติดตามและประเมินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางการเมือง ผลกระทบของการปฏิรูปและผลลัพธ์ของนโยบายแต่ละด้าน

1.3 การประสานงานและสร้างความร่วมมือ ระหว่างตัวแสดงทั้งในและนอกภาครัฐ รวมทั้งการโน้มน้าวให้เกิดการดำเนินการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนการสร้างระบบสนับสนุนนโยบายสาธารณะและการรักษาการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วนต่างๆ

1.4 การกำกับดูแล ตั้งแต่การออกแบบ/กำหนด และการสนับสนุน ให้เกิดความเป็นธรรมในการควบคุมและสร้างแรงจูงใจ

1.5 การออกแบบระบบ ให้เกิดความสอดคล้อง ระหว่างยุทธศาสตร์และโครงสร้างต่างๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความซ้ำซ้อน และลดความแตกแยกของระบบ

1.6 ความรับผิดชอบ ให้ตัวแสดงทั้งหลายในระบบสุขภาพทั้งหมด มีความสำนึกรับผิดชอบ มีความโปร่งใส ตรวจสอบโดยสาธารณชนได้

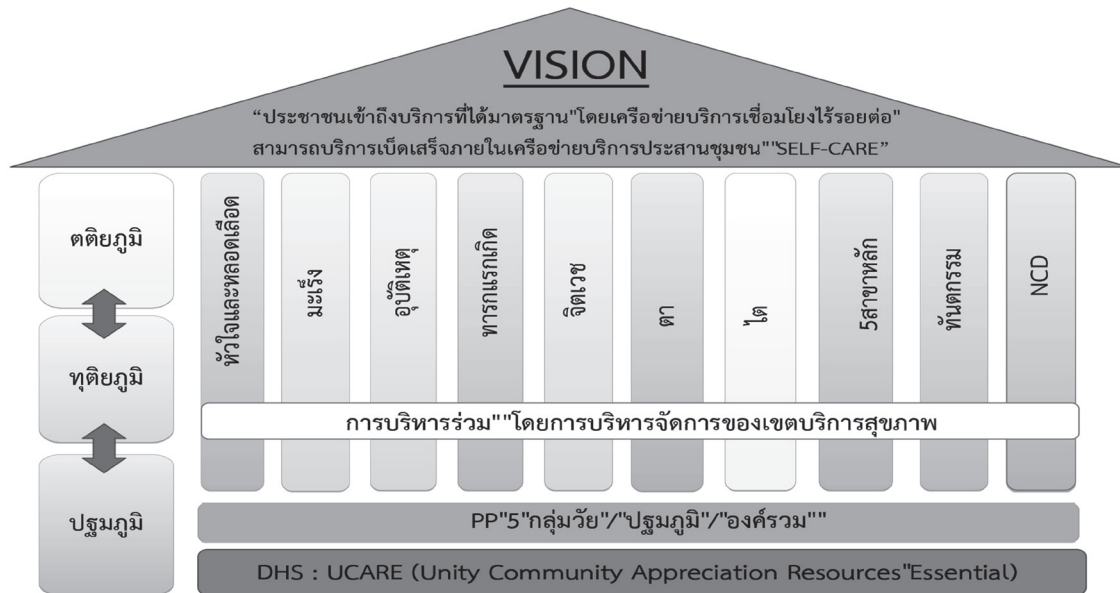
2. การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดี จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีระบบและกลไกการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) และระบบสารสนเทศ (Information systems) ที่ดีและมีประสิทธิภาพมาสนับสนุน

3. ภายใต้บริบทที่มีภาคีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรประสานใช้พลังและจุดแข็งของภาคีภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ แทนที่จะแสดงบทบาทในการดำเนินการงานทุกส่วนเองเหมือนในอดีต

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการดำเนินงานปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้วยแนวคิด “เขตบริการสุขภาพ” ตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 4 ระบบ ที่กล่าวมา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุขของประเทศให้ดียิ่งๆ ขึ้น

“เขตบริการสุขภาพ” เป็นรูปแบบโครงสร้างการบริหารระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ (Area health service) ที่รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีขอบเขตชัดเจน มีเครือข่ายสถานพยาบาล อยู่ภายใต้การสนับสนุนและการกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพเขต ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากภาคส่วนที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ต่างๆ ได้แก่ ผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนภาคเอกชน ผู้แทนภาคประชาชน และผู้แทนภาคธุรกิจบริการสุขภาพ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย มาตรฐาน และกำกับดูแลการบริการและสถานพยาบาล

ต่างๆ โดยการกำกับทิศทางระบบบริการสุขภาพเขต ผ่านนโยบาย มาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้แผนบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นแนวทาง ร่วมกันในแต่ละเขตบริการ เชื่อมโยงกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทั่วประเทศ ด้วยเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพ และการสาธารณสุข ดังภาพที่ 2.13, 2.15, 2.16



ภาพที่ 2.15 ระบบบริการในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ

ที่มา : วชิระ เพ็งจันทร์ กรกฎาคม 2556

Seamless Service Management

Self Contained

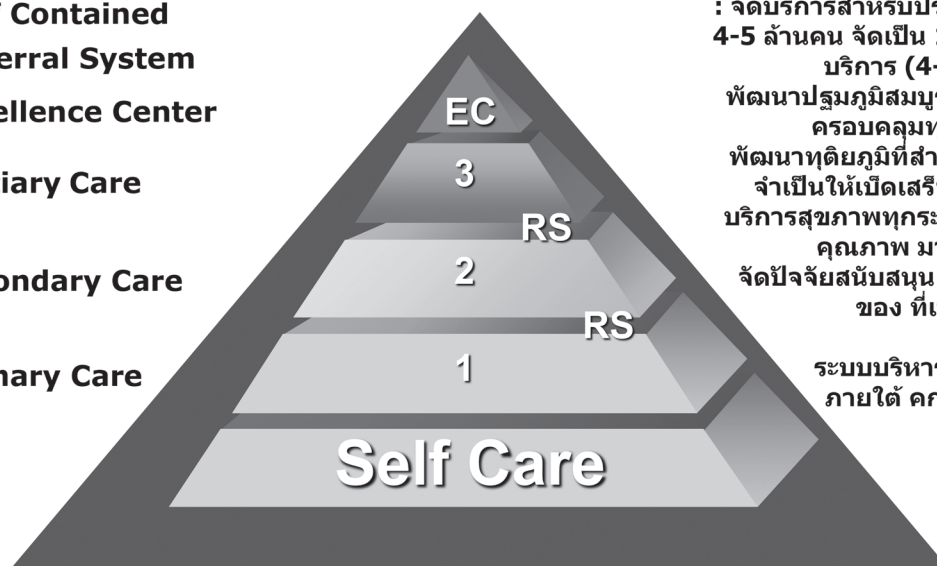
Referral System

Excellence Center

Tertiary Care

Secondary Care

Primary Care



"เขตบริการสุขภาพ"

: จัดบริการสำหรับประชาชน 4-5 ล้านคน จัดเป็น 12 กลุ่ม บริการ (4-3-3-2) พัฒนาปฐมภูมิสมบูรณ์แบบ ครอบคลุมทุกตำบล พัฒนาทุติยภูมิที่สำคัญและ จำเป็นให้เบ็ดเสร็จในเขต บริการสุขภาพทุกระดับด้วย คุณภาพ มาตรฐาน จัดปัจจัยสนับสนุน คน เงิน ของ ที่เพียงพอ พัฒนา ระบบบริหารจัดการ ภายใต้ออกก.พื้นที่

ภาพที่ 2.16 Service Plan และ DHS

ที่มา : สำนักบริหารการสาธารณสุข 2557

แผนบริการสุขภาพ เน้นการกำหนดทิศทางของการพัฒนาและออกแบบระบบบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค ทั้งระบบ ให้มีขีดความสามารถที่จะรองรับความท้าทายและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ โดยจัดทำในรูปแบบ “เขตสุขภาพ” เป็นขนาดพื้นที่บริการรองรับประชากรประมาณ 5 ล้านคน จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการเป็น เครือข่าย ให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาทั้งด้านโครงสร้างองค์กรและกลไก บุคลากร ทรัพยากร คุณภาพ การบริหารจัดการและคุณภาพการบริการ แทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยมีประเด็นการพิจารณา ด้วยการประยุกต์ความรู้ด้านบริหารจัดการสู่การปฏิบัติในพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนผู้ใช้บริการ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง พัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตาม บริบท อันจะส่งผลให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีขีดความสามารถในการจัดการปัญหาโรค ประจำท้องถิ่นและภัยสุขภาพให้ลดลงได้

เป้าหมายการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ คือ ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ มาร่วมมือร่วมใจกันดำเนินการและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ ประเทศ ซึ่งเป็นฐานรากที่สำคัญ ด้วยการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็ง โดยใช้ข้อมูลที่เป็น ปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ที่เป็นจริง

ตอนที่ 2.5

สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.5 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.5.1 ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์
- 2.5.2 สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.5.3 การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและด้านสาธารณสุข

แนวคิด

1. มนุษย์ทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมาตั้งแต่เกิด รัฐบาลผู้บริหารประเทศนั้น มีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคน ทุกวัย มีสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงต้องจัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้กับประชาชน ตั้งแต่เกิดจนสิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ตามกำลังความสามารถของประเทศ อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดยต้องกำหนดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ที่ทุกรัฐบาลต้องปฏิบัติ

2. อิบพอคราติส แพทย์ชาวกรีกเป็นผู้ที่ได้แสดงสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้านสุขภาพ ไว้ตั้งแต่เมื่อกว่า 2,400 ปีมาแล้ว โดยวางกฎเกณฑ์วิธีการปฏิบัติตนของแพทย์กับคนไข้ ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ในคำสาบานหรือคำปฏิญาณตนของแพทย์ ซึ่งยังคงถือปฏิบัติกันอยู่ถึงปัจจุบัน เมื่อองค์การสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” จึงนำมาสู่การกำหนด “สิทธิผู้ป่วย” ขึ้น

3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีสาระสำคัญเพื่อการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนมี “คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ” ดูแลสิทธิพื้นฐานของคนไทย ได้แก่ สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิในความเป็นบุคคล สิทธิในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เสรีภาพในการเดินทางและการเลือกถิ่นที่อยู่ เสรีภาพในเคหะสถาน เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในการสื่อสาร เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิในการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมจากการเวนคืนอสังหาริมทรัพย์ ส่วนสิทธิในมาตรฐานการดำเนินชีวิตของคนไทย กำหนดไว้ 8 ประการ คือ สิทธิผู้บริโภค สิทธิเด็ก สิทธิสตรี สิทธิคนชรา สิทธิคนพิการ สิทธิผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS สิทธิผู้ต้องขังและสิทธิเกษตรกร

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.5 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

- 1. ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์
- 2. สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 3. การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและด้านสาธารณสุข

เรื่องที่ 2.5.1 ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์

ความหมายของสิทธิขั้นพื้นฐาน

สิทธิ (Rights) คือ สิ่งที่เป็นของบุคคลหนึ่งบุคคลใดโดยชอบธรรมหรือเสรีภาพที่เขาควรจะได้

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึง สิทธิที่ติดตัวมนุษย์แต่ละคนมาตั้งแต่เกิด เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลนั้นๆ โดยสิทธิเหล่านี้ไม่สามารถโอนหรือพรากไปจากมนุษย์ได้

สิทธิมนุษยชน แบ่งได้ 5 ประเภท คือ

1. สิทธิพลเมือง (Civil Rights) ได้แก่ สิทธิในชีวิตและร่างกายเสรีภาพและความมั่นคงในชีวิต ไม่ถูกทรมาน ไม่ถูกทำร้ายหรือฆ่า สิทธิในความเสมอภาคตามกฎหมาย สิทธิที่จะได้รับสัญชาติ เป็นต้น

2. สิทธิทางการเมือง (Political Rights) ได้แก่ สิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐในการดำเนินกิจการที่เป็นประโยชน์สาธารณะ เสรีภาพในการรวมกลุ่มเป็นพรรคการเมือง เสรีภาพในการชุมนุมโดยสงบ สิทธิการเลือกตั้งอย่างเสรี

3. สิทธิทางสังคม (Social Rights) ได้แก่ สิทธิการได้รับการศึกษา สิทธิการได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างเต็มที่ ได้รับความมั่นคงทางสังคม มีเสรีภาพในการเลือกคู่ครอง และสร้างครอบครัว

4. สิทธิทางเศรษฐกิจ (Economic Rights) ได้แก่ สิทธิการมีงานทำ ได้เลือกงานอย่างอิสระและได้รับค่าจ้างที่เหมาะสม สิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน

5. สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural Rights) ได้แก่ การมีเสรีภาพในการใช้ภาษาหรือสื่อความหมายในภาษาท้องถิ่นของตน มีเสรีภาพในการแต่งกายตามวัฒนธรรม การปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นของตน การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การพักผ่อนหย่อนใจทางศิลปวัฒนธรรมและการบันเทิงได้โดยไม่มีใครมาบีบบังคับ

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights: UDHR)

เป็นการประกาศเจตนารมณ์ในการร่วมมือระหว่างประเทศ ในการวางกรอบเบื้องต้นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและเป็นเอกสารหลักด้านสิทธิมนุษยชนฉบับแรก ซึ่งที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ให้การรับรองตามข้อมติที่ 217 A (III) เมื่อ 10 ธันวาคม พ.ศ.2491 โดยประเทศไทยออกเสียงสนับสนุน

เนื้อหาสำคัญที่เป็นหลักการเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ที่ปรากฏในปฏิญญาฯ มีรวมทั้งสิ้น 30 ข้อ คือ

ข้อ 1. มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอิสระเสรีและเท่าเทียมกัน ทั้งศักดิ์ศรีและสิทธิทุกคนได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรมและควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันท์พี่น้อง

ข้อ 2. บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพประดาที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ ทั้งนี้โดยไม่มี การจำแนกความแตกต่างในเรื่องใดๆ เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมือง หรือทางอื่นใด ชาติหรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิด หรือสถานะอื่นใด นอกจากนี้การจำแนกข้อแตกต่างโดยอาศัยมูลฐานแห่งสถานะทางการเมือง ทางตุลาณาเขต หรือทางเรื่องระหว่างประเทศของประเทศ หรือดินแดนซึ่งบุคคลสังกัด จะทำได้ ทั้งนี้ไม่ว่าดินแดนดังกล่าวจะเป็นเอกราชอยู่ในความพิทักษ์ มิได้ปกครองตนเอง หรืออยู่ภายใต้การจำกัดแห่งอธิปไตยอื่นใด

- ข้อ 3. บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิต ในเสรีธรรมและในความมั่นคง แห่งร่างกาย
- ข้อ 4. บุคคลใดจะถูกบังคับให้เป็นทาส หรืออยู่ในภาวะจำยอมใดๆ มิได้ การเป็นทาสและการค้าทาส จะมีไม่ได้ ในทุกรูปแบบ
- ข้อ 5. บุคคลใดจะถูกทรมานหรือได้รับการปฏิบัติหรือการลงทัณฑ์ ซึ่งทารุณโหดร้ายไร้มนุษยธรรมหรือ หยามเกียรติมิได้
- ข้อ 6. ทุกคน มีสิทธิที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลในกฎหมายไม่ว่า ณ ที่ใด
- ข้อ 7. ทุกคน ต่างเสมอกันในกฎหมาย และชอบที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใดๆ ทุกคนมีความชอบที่จะได้รับการคุ้มครองอย่างเสมอหน้าไม่มีการเลือกปฏิบัติ ใดๆ อันเป็นการล่วงละเมิดปฏิญญานี้และต่อการยุยงส่งเสริมให้เกิดการเลือกปฏิบัติเช่นนั้น
- ข้อ 8. บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาอย่างได้ผลโดยศาลแห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจเนื่องจากการ กระทำใดๆ อันละเมิดต่อสิทธิขั้นมูลฐาน ซึ่งตนได้รับจากรัฐธรรมนูญหรือจากกฎหมาย
- ข้อ 9. บุคคลใดจะถูกจับ กักขัง หรือเนรเทศ โดยพลการมิได้
- ข้อ 10. มนุษย์บุคคลชอบที่จะเท่าเทียมกันอย่างบริบูรณ์ ในอันที่จะได้รับการพิจารณาอย่างเป็นธรรม และเปิดเผยโดยศาลซึ่งเป็นอิสระและไร้อคติ ในการวินิจฉัยชี้ขาดสิทธิและหน้าที่ ตลอดจนข้อที่ตนถูกกล่าวหา ใดๆ ทางอาญา
- ข้อ 11. (1) บุคคลซึ่งถูกกล่าวหาด้วยความผิดทางอาญา มีสิทธิที่จะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าบริสุทธิ์ จนกว่าจะมีการพิสูจน์ว่ามีความผิดตามกฎหมายในการพิจารณาโดยเปิดเผย ณ ที่ซึ่งตนได้รับหลักประกันทั้งหมด ที่จำเป็นในการต่อสู้คดี (2) บุคคลใดจะถูกถือว่ามีความผิดอันมีโทษทางอาญาใดๆ ด้วยเหตุผลที่ตนได้กระทำ หรือละเว้นการกระทำการใดๆ ซึ่งกฎหมายของประเทศหรือกฎหมายระหว่างประเทศ ในขณะที่มีการกระทำนั้น มิได้ระบุว่ามีความผิดทางอาญามีได้และโทษที่จะลงแก่บุคคลนั้นจะหนักกว่าโทษที่ใช้อยู่ในขณะที่การ กระทำความผิดทางอาญานั้นเกิดขึ้น มิได้
- ข้อ 12. การเข้าไปแทรกสอดโดยพลการในกิจส่วนตัว ครอบครัว เคหะสถาน การส่งข่าวสาร ตลอดจน การโจมตีต่อเกียรติยศและชื่อเสียงของบุคคลนั้นจะทำได้ ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย จากการแทรกสอดและโจมตีดังกล่าว
- ข้อ 13. (1) บุคคลมีสิทธิที่จะมีเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายและอาศัยในถิ่นที่อยู่ภายในขอบเขตดินแดนของ แต่ละรัฐ (2) บุคคลมีสิทธิที่จะเดินทางออกจากประเทศใดๆ รวมทั้งของตนเองและที่จะกลับคืนสู่บ้านเกิดเมือง นอน
- ข้อ 14. (1) บุคคลมีสิทธิที่จะแสวงหาและพักพิงในประเทศอื่นๆ เพื่อลี้ภัยจากการกดขี่ข่มเหง (2) สิทธินี้ จะกล่าวอ้างมิได้ในกรณีการฟ้องคดี ซึ่งโดยความจริงเกิดจากความผิดที่ไม่ใช่เรื่องการเมือง หรือจากการกระทำ ที่ขัดต่อความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติ
- ข้อ 15. (1) บุคคลมีสิทธิในการถือสัญชาติ (2) การถอนสัญชาติโดยพลการ หรือการปฏิเสธสิทธิที่จะ เปลี่ยนสัญชาติของบุคคลใดนั้นจะกระทำมิได้
- ข้อ 16. (1) ชายและหญิงเมื่อเจริญวัยบริบูรณ์แล้ว มีสิทธิที่จะสมรสและที่จะสร้างครอบครัวโดยไม่มีการ

จำกัดใดๆ เนื่องจากเชื้อชาติ สัญชาติ หรือศาสนา บุคคลชอบที่จะมีสิทธิเท่าเทียมกันในเรื่องการสมรส ในระหว่าง การสมรส และในการขาดการสมรส (2) การสมรสจะกระทำได้อีกโดยความยินยอมอย่างเสรี และเต็มใจของคู่ บ่าวสาวผู้ตั้งใจจะกระทำการสมรส (3) ครอบครัว คือ กลุ่มซึ่งเป็นหน่วยธรรมชาติและพื้นฐานของสังคมและ ชอบที่จะได้รับการคุ้มครองโดยสังคมและรัฐ

ข้อ 17. (1) บุคคลมีสิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สินโดยลำพังตนเอง และโดยการร่วมกับผู้อื่น (2) การ ยึดเอาทรัพย์สินของบุคคลใดไปเสียโดยพลการ กระทำมิได้

ข้อ 18. บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด มโนธรรมและศาสนา สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะเปลี่ยน ศาสนา หรือความเชื่อถือ และ เสรีภาพที่จะแสดงให้ศาสนาหรือความเชื่อถือประจักษ์ในรูปของการสั่งสอน การปฏิบัติกิจกรรมเคารพสักการะบูชา สวดมนต์และการถือปฏิบัติพิธีกรรม ไม่ว่าโดยลำพังตนเอง หรือร่วมกับ ผู้อื่นในประชาคม และในที่สาธารณะหรือที่ส่วนตัว

ข้อ 19. บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งความเห็นและการแสดงออก สิทธินี้รวมถึงเสรีภาพที่จะยึดมั่นใน ความเห็นโดยปราศจากการสอดแทรกที่จะแสวงหาการรับแจ้งข่าว รวมทั้งความคิดเห็นโดยผ่านสื่อต่างๆ และมีต้อง คำนึงถึงเขตแดน

ข้อ 20. (1) บุคคลมีสิทธิในเสรีภาพแห่งการชุมนุมและการสมาคมโดยสงบ (2) การบังคับให้บุคคลเข้า เป็นสมาชิกของสมาคมจะทำได้

ข้อ 21. (1) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมในรัฐบาลแห่งประเทศของตน ไม่ว่าโดยตรงหรือโดยผู้แทนซึ่งผ่าน การเลือกอย่างเสรี (2) บุคคลมีสิทธิเข้าถึงเท่ากันในบริการสาธารณะในประเทศของตน (3) เจตจำนงของ ประชาชนจะเป็นฐานแห่งอำนาจของรัฐบาล เจตจำนงนี้จะแสดงออกโดยการเลือกตั้งเป็นครั้งเป็นคราวอย่างแท้จริง ด้วยการให้สิทธิออกเสียงอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และโดยการลงคะแนนลับหรือวิธีการลงคะแนนอย่างเสรี ที่คล้ายคลึงกัน

ข้อ 22. ในฐานะสมาชิกของสังคม ด้วยความเพียรพยายามของชาติ ตลอดจนความร่วมมือระหว่างประเทศ และโดยสอดคล้องกับการจัดระเบียบและทรัพยากรของแต่ละรัฐ บุคคลมีสิทธิในความมั่นคงทางสังคมและชอบที่จะ ได้รับผลแห่งสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจำเป็นต่อศักดิ์ศรีและการพัฒนาบุคคลิกภาพอย่าง เสรีของตน

ข้อ 23. (1) บุคคลมีสิทธิทำงานที่จะเลือกงานอย่างเสรี ที่จะมีสภาวะการทำงานที่ยุติธรรมและพอใจ และที่จะได้รับความคุ้มครองจากการว่างงาน (2) บุคคลมีสิทธิในการรับค่าตอบแทนเท่ากันสำหรับการทำงานที่ เท่ากัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติใดๆ (3) บุคคลผู้ทำงานมีสิทธิในรายได้ซึ่งยุติธรรมและเอื้อประโยชน์เพื่อประกัน สำหรับตนเองและครอบครัว ให้การดำรงชีวิตมีค่าควรแก่ศักดิ์ศรีของมนุษย์และถ้าจำเป็นก็ชอบที่จะได้รับความ คุ้มครองทางสังคมอื่นๆ เพิ่มเติม (4) บุคคลมีสิทธิที่จะก่อตั้งและเข้าร่วมกับสหภาพแรงงานเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ ของตน

ข้อ 24. บุคคลมีสิทธิในการพักผ่อนและเวลาว่าง รวมทั้งการจำกัดเวลาทำงานที่ขอบด้วยเหตุผลและมี วันหยุดครั้งคราวที่ได้รับค่าตอบแทน

ข้อ 25. (1) บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ และความอยู่ดีของตนและ

ครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็นรวมทั้งสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เป็นหม้าย ว่างงาน หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในพฤติการณ์อันเกิดจากที่ตนไม่อาจจะควบคุมได้ (2) มารดาและบุตรชอบที่จะได้รับการดูแลความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในหรือนอกสมรส ย่อมได้รับความคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน

ข้อ 26. (1) บุคคลมีสิทธิในการศึกษา การศึกษาจะเป็นสิ่งที่ให้เปล่าโดยไม่คิดมูลค่า อย่างน้อยที่สุดในขั้นประถมศึกษาและขั้นพื้นฐาน ขั้นประถมศึกษาให้เป็นการศึกษาภาคบังคับ ขั้นเทคนิคและขั้นประกอบอาชีพเป็นการศึกษาที่จะต้องจัดมีขึ้นโดยทั่วๆ ไปและขั้นสูงเป็นขั้นที่จะเปิดให้ทุกคนเท่ากันตามความสามารถ (2) การศึกษาจะมุ่งไปในทางพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่และเพื่อเสริมพลังเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นมูลฐานให้แข็งแกร่ง ทั้งจะมุ่งเสริมความเข้าใจอันดีและมิตรภาพในระหว่างประชาชาติ กลุ่มเชื้อชาติหรือกลุ่มศาสนาและจะมุ่งขยายกิจกรรมของสหประชาชาติเพื่อการธำรงสันติภาพ (3) ผู้ปกครองมีสิทธิก่อนผู้อื่นที่จะเลือกชนิดของการศึกษาสำหรับบุตรหลานของตน

ข้อ 27. (1) บุคคลมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการใช้ชีวิตทางด้านวัฒนธรรมในประชาคมอย่างเสรี ที่จะพึงใจในศิลปะและมีส่วนในความคืบหน้าและผลประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์ (2) บุคคลมีสิทธิในการรับความคุ้มครองประโยชน์ทางด้านศีลธรรมและทางวัตถุ อันเป็นผลได้จากการประดิษฐ์ทางวิทยาศาสตร์ วรรณกรรม และ ศิลปะ ซึ่งตนเป็นเจ้าของ

ข้อ 28. บุคคลชอบที่จะได้รับประโยชน์จากระเบียบสังคมและระหว่างประเทศ อันจะอำนวยให้การใช้สิทธิและเสรีภาพบรรดาที่ได้ระบุในปฏิญญานี้ ทำได้อย่างเต็มที่

ข้อ 29. (1) บุคคลมีหน้าที่ต่อประชาชน อันเป็นที่เดียวซึ่งบุคลิกภาพของตนจะพัฒนาได้อย่างเสรีและเต็มความสามารถ (2) ในการใช้สิทธิและเสรีภาพ บุคคลต้องอยู่ได้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับและการเคารพโดยชอบในสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น และเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติและสวัสดิการโดยทั่วๆ ไป ในสังคมประชาธิปไตย (3) สิทธิและอิสรภาพเหล่านี้ มิว่าจะด้วยกรณีใด จะใช้ให้ขัดกับความมุ่งประสงค์และหลักการของสหประชาชาติ ไม่ได้

ข้อ 30. ข้อความต่างๆ ตามปฏิญญานี้ ไม่เปิดช่องที่จะแปลความได้ว่าให้สิทธิใดๆ แก่รัฐ กลุ่มชนหรือบุคคลใดๆ ที่จะประกอบกิจกรรมหรือกระทำการใดๆ อันมุ่งต่อการทำลายสิทธิและเสรีภาพใดๆ ที่ระบุนี้

ปัญหาสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย

สรุปได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ประชาชนถูกละเมิดสิทธิโดยภาครัฐ ตัวอย่างเช่น ปัญหาหนี้สินเกษตรกร ปัญหาการทุจริตคอร์ปชั่นในหน่วยงานหรือองค์กร ปัญหาหรือผลกระทบ จากโครงการต่างๆ เป็นต้น

2. ประชาชนละเมิดสิทธิซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ ปัญหาการล่วงละเมิดสิทธิทางทรัพย์สิน ปัญหาการค้ามนุษย์ เป็นต้น

เป็นเวลานานหลายปีมาแล้ว ที่มนุษย์ได้พยายามค้นหาคำตอบที่ว่า มนุษย์ทุกคนควรมีสติธิประเภทหนึ่ง อันเป็นสิทธิประจำตัว ที่ไม่อาจโอนให้แก่กันได้ และไม่อาจถูกทำลายล้างโดยอำนาจใดๆ ได้มีการต่อสู้ดิ้นรน เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิเช่นว่านี้ตลอดมาระหว่างผู้ที่อยู่ใต้การปกครองซึ่งเป็น “ผู้ควรได้รับสิทธิ” และผู้มีอำนาจปกครอง ซึ่งเป็น “ผู้มีอำนาจให้สิทธิอย่างแท้จริง” สิทธิมนุษยชนในยุคปัจจุบัน จึงมีความหมายที่ขยายขอบเขต กว้างออกไปกว่าคำว่า “นิติธรรม” แต่หมายถึงสิทธิอันจำเป็นที่มนุษย์พึงมี เพื่อให้มนุษย์ได้มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การที่มนุษย์จะมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีได้ มิได้มีความหมายเพียงการมีชีวิตหรือการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่มนุษย์ ต้องมีสิทธิที่จะพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีสิทธิในปัจจุบันที่เป็นหนทางหรือ เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา การได้รับส่วนแบ่งจากทรัพยากรของรัฐ (การมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร) การมีส่วนร่วมทางการเมือง โดยที่มนุษย์เป็นสัตว์สังคม มนุษย์จึงไม่อาจพัฒนาได้อย่าง เต็มที่ ถ้าปราศจากสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความเป็นมนุษย์ ดังนั้น สิทธิมนุษยชนในยุคปัจจุบัน จึง ขยายออกไปถึงสิทธิของกลุ่มของมนุษย์ด้วย หาได้หมายถึงสิทธิของปัจเจกชนเท่านั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สิทธิ มนุษยชนมี 2 ระดับ คือ สิทธิของปัจเจกชน (Individual Rights) และ สิทธิของกลุ่ม (Collective Rights)

เรื่องที่ 2.5.2 สิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

Hippocratis แพทย์ชาวกรีกเป็นผู้ที่ได้แสดงสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้านสุขภาพไว้ตั้งแต่เมื่อกว่า 2,400 ปีมาแล้ว โดยวางกฎเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติตนของแพทย์กับคนไข้ ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ในคำสาบานหรือคำปฏิญาณตนของแพทย์ (Hippocratic Oath) ซึ่งยังคงถือปฏิบัติกันอยู่ถึงปัจจุบันและเมื่อองค์การสหประชาชาติ ได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” จึงมีการนำมาสู่การกำหนด “สิทธิผู้ป่วย” (Patient Rights) ขึ้น

จรรยาแพทย์ หรือ จริยธรรมแพทย์ (Medical ethics) เป็นส่วนหนึ่งของจริยศาสตร์ประยุกต์ (Applied ethics) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิชาจริยศาสตร์ โดยนำเสนอวิธีปฏิบัติบนพื้นฐานหลักจริยธรรมว่า แพทย์และพยาบาลควรปฏิบัติต่อคนไข้อย่างไรจึงจะถูกต้องและเหมาะสม แต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างกันหรือเหมือนกันบ้าง จากองค์ความรู้ที่ตกผลึกแล้ว ได้แนะนำให้แพทย์และพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. เน้นประโยชน์ผู้ป่วยสูงสุด (Beneficence)
 2. สิ่งที่จะทำ ต้องเน้นไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายใดๆ เพิ่มขึ้น (Non-maleficence)
 3. ผู้ป่วยมีสิทธิอันชอบธรรม ที่จะรู้สาเหตุและอาการป่วยของตนเองและเลือกวิธีการรักษาตามความเหมาะสม (Autonomy)
 4. การรักษาต้องอาศัยความบริสุทธิ์ยุติธรรม ตามสมมุติฐานโรคของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างแท้จริง (Justice)
 5. ทั้งผู้รักษาหรือผู้ดูแลพยาบาลและคนไข้ ต่างมีเกียรติและสมควรได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีเกียรติ (Dignity)
 6. แพทย์และพยาบาลต้องไม่ปิดบังอาการป่วยต่อผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยรับรู้อาการป่วยตามความจริง แต่ต้องดูความเหมาะสมอย่างอื่นประกอบ เช่น สภาพจิตผู้ป่วยด้วย (Truthfulness and Honesty)
- ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย จึงมีสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างเต็มที่ ในการได้รับการดูแลจากผู้ให้การรักษา โดยผู้ปฏิบัติในวิชาชีพนี้ ควรนำองค์ความรู้ทางศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาประยุกต์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยการให้บริการที่ดี ตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างครบถ้วน ตลอดเวลา

สิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

มีการกล่าว/ระบุ ไว้หลายประการ ขอยกมาเป็นตัวอย่าง ดังนี้

สิทธิ 10 ประการของคนไทยด้านสุขภาพ

1. สิทธิในการเกิดมาเป็นคนปกติ ไม่พิการ ไม่เป็นพาหะของโรค เช่น ทาลาสซีเมีย
2. สิทธิในการได้รับนมแม่
3. สิทธิในการได้รับอาหารดี พอเพียงและปลอดภัย
4. สิทธิที่จะได้รับการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากรัฐอย่างครบถ้วน ทั่วถึงกัน เท่าเทียมกัน เช่น การรับวัคซีนป้องกันโรค การสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี การเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพ เป็นต้น
5. สิทธิในการอยู่อาศัยในครอบครัวที่เป็นสุข ปราศจากการถูกกระทำด้วยความรุนแรง

6. สิทธิในการได้เรียนรู้และพัฒนาสติปัญญา โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ โดยรู้ดีและรู้เท่าทัน
7. สิทธิการได้ทำงาน ในสถานที่ทำงานที่ถูกต้องสุขลักษณะและปลอดภัย
8. สิทธิที่จะได้อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย สงบสุข
9. สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เหมาะสม
10. สิทธิที่จะไม่ตายโดยไม่จำเป็น หรือ ตายแบบโง่ๆ ด้วยเหตุจากอุบัติเหตุ พิษภัย (จากสิ่งเสพติด สารพิษ พฤติกรรมทางเพศ HIV/AIDS ฯลฯ) อันเกิดจากความประมาท ความไม่รู้

คำประกาศสิทธิผู้ป่วยของไทย

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับเพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น ในอดีตที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ของไทย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูล น้ำใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคมและกระแสของวัฒนธรรมทางธุรกิจ ได้เพิ่มขยาย จนเกิดความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีบทบัญญัติทั้งในกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งฯ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อจัดระเบียบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย กับ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบริการด้านสุขภาพต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นับเป็นคำประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการที่ชัดเจนในยุคปัจจุบัน ได้ประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ 10 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยทุกคน มีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิ การเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัว จากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยด้านการสาธารณสุข

สรุปได้ ดังนี้

1. สิทธิในการได้รับบริการด้านการสาธารณสุข ทั้ง 4 องค์ประกอบ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) อย่างครบถ้วน

2. สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพ (ได้มาตรฐาน ผลลัพธ์ดี ไร้ข้อผิดพลาด เป็นที่พึงพอใจ อย่างครอบคลุม เท่าเทียม และ เป็นธรรม) ในลักษณะองค์รวม (4 มิติ) ที่มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง

3. สิทธิที่จะมีความมั่นคงทางสุขภาพ คือ

3.1 สิทธิที่จะไม่ป่วย หากไม่จำเป็น หรือสามารถป้องกันได้

3.2 เมื่อป่วย มีสิทธิในการได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ อย่างเหมาะสมเพียงพอ

3.3 สิทธิที่จะไม่พิการ หากไม่จำเป็น หรือ หลีกเลี่ยง หรือ ป้องกัน ได้

3.4 หากพิการแล้ว มีสิทธิที่จะมีความพิการที่น้อยที่สุด โดยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็ว

3.5 เมื่อพิการ มีสิทธิที่จะได้รับการฟื้นฟูให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

3.6 สิทธิที่จะไม่เสียชีวิตโดยไม่จำเป็น จากความประมาท ความไม่รู้

เนื่องจากครอบครัว คือ จุดเริ่มต้นของสังคม การมีครอบครัวที่ดี มั่นคง มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะเป็นพื้นฐานสำคัญของชุมชน สังคม และ ประเทศชาติ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” ข้อ 16 จึงกำหนดให้ชายและหญิงเมื่อเจริญวัยบริบูรณ์แล้ว มีสิทธิที่จะสมรสและที่จะสร้างครอบครัวโดยไม่มีการจำกัดใดๆ เนื่องจากเชื้อชาติ สัญชาติ หรือศาสนา ในกรณีนี้ รัฐต้องมีระบบ กลไกและมาตรการ ที่ช่วยให้ครอบครัวได้รับการคุ้มครองและช่วยเหลืออย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างครอบครัว และต้องรับผิดชอบต่อการดูแลและให้การศึกษา แก่เด็กที่ยังพึ่งตนเองไม่ได้

เรื่องที่ 2.5.3 การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์ด้านสุขภาพและด้านการสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีสาระสำคัญเพื่อการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองและตรวจสอบการใช้อำนาจอธิปไตยเพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับปรุงโครงสร้างทางการเมืองให้มีเสถียรภาพและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงความคิดเห็นของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งมีบทบัญญัติมาตรา 199 และ มาตรา 200 บังคับไว้ในส่วนที่ 8 ที่ว่าด้วย “คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ” ซึ่งมีฐานะเป็นองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ ต่อมาได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติไว้ในหมวด 11 ส่วนที่ 2 ว่าด้วยองค์กรอื่นตามรัฐธรรมนูญ

สิทธิพื้นฐานของคนไทยในรัฐธรรมนูญ ได้แก่ สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สิทธิในความเป็นบุคคล สิทธิในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เสรีภาพในการเดินทางและการเลือกถิ่นที่อยู่ เสรีภาพในเคหสถาน เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในการสื่อสาร เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิในการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมจากการเวนคืนอสังหาริมทรัพย์

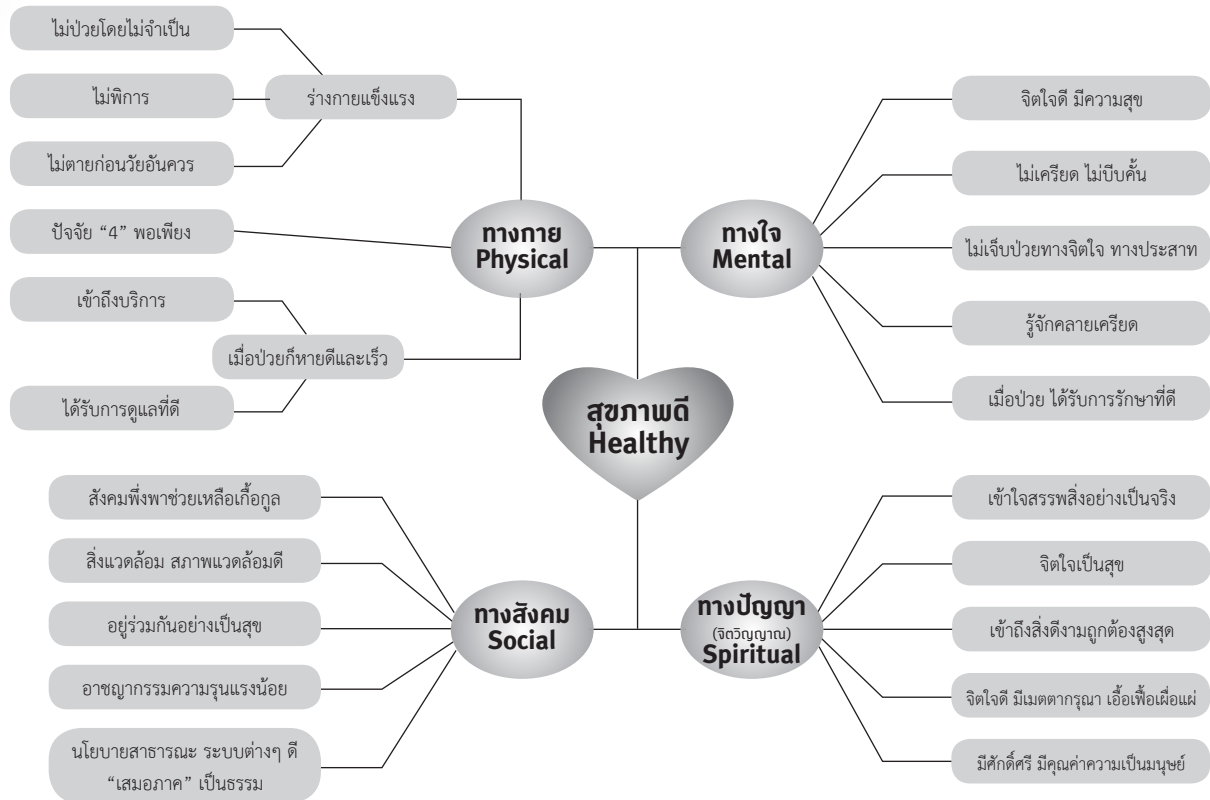
สิทธิในมาตรฐานการดำเนินชีวิตของคนไทยในรัฐธรรมนูญ กำหนดไว้ 8 ประการ คือ สิทธิผู้บริโภค สิทธิเด็ก สิทธิสตรี สิทธิคนชรา สิทธิคนพิการ สิทธิผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS สิทธิผู้ต้องขังและสิทธิเกษตรกร

การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ

จำแนกเป็น 6 กลุ่ม คือ

1. สุขภาพรายบุคคล (Individual Health)
2. สุขภาพครอบครัว (Family Health)
3. สุขภาพกลุ่มบุคคล (Group Health)
4. สุขภาพชุมชน (Community Health)
5. สุขภาพของชาติ (National Health)
6. สุขภาพของโลก (Global Health)

ให้แต่ละกลุ่ม มีสถานะที่มีสุขภาพดี (Healthy) ทั้งทางกายภาพ (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) จิตวิญญาณ (Spiritual Health) และสุขภาพในองค์รวม (Holistic Health) ดังภาพที่ 2.17



ภาพที่ 2.17 สภาวะที่มีสุขภาพดี(Healthy)
ที่มา : ปรับปรุงจาก อัมพล จินดาวัฒน์ (2551)

การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ เน้นการดูแลและคุ้มครองสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วย ให้ได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานในแต่ละสถานะแต่ละโรค แต่ละระยะของโรค คือ

1. จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services: EMS) จากบ้านผู้ป่วยหรือ สถานที่เกิดเหตุไปยังโรงพยาบาล/สถานบริการที่ใกล้ที่สุด
2. จัดบริการรักษาพยาบาล (Medical Care Services) ที่โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ
3. จัดบริการส่งต่อผู้ป่วย (Referring Services) ระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ให้ได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น
4. จัดบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing Care Services) จากโรงพยาบาล สู่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้บ้านและที่บ้านผู้ป่วย
5. จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care Services) บริการเหล่านี้ จัดให้ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน เน้นการบริการด้วยจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ (Humanise Health Care Services) โดยไม่เลือกปฏิบัติ

การเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ไม่ใคร่ต้องการ เสียค่าใช้จ่ายมาก เกิดผลเสียต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย ชุมชน ผู้ให้บริการ สถานบริการและประเทศชาติ จึงเน้น “การป้องกันมิให้เจ็บป่วย” ดังต่อไปนี้

1. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Services) ให้มีร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่แข็งแรงที่อยู่เสมอ เช่น

1.1 จัดบริการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัยและภาวะสุขภาพ (Exercise for Health) เช่น การเดินแอโรบิก การรำไท่เก๊ก การรำไม้พลอง การเต้นรำ การเล่นเกม การฝึกสมาธิ การวิ่ง การเดิน การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

1.2 จัดบริการส่งเสริมการกินอาหารเพื่อสุขภาพ

1.3 จัดบริการส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรม ตามแก่นแท้ของศาสนาที่แต่ละคนนับถือ

1.4 จัดบริการส่งเสริมความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว

1.5 จัดบริการส่งเสริมความรักและความผูกพันในชุมชน

2. จัดบริการป้องกันการเกิดโรคมัยไข้เจ็บหรือเสียสุขภาพที่ดี (Health prevention services) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อาทิเช่น จัดบริการให้วัคซีนป้องกันโรค (Immunization) จัดบริการตรวจสุขภาพ (Health check-up) จัดบริการคัดกรองโรค (Disease screening) จัดบริการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยาและของใช้ในชีวิตประจำวัน (Consumer protection) จัดบริการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน ที่อยู่อาศัย และ ที่สาธารณะ (Accidental prevention) จัดการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน จัดระบบบริการเฝ้าระวังการเกิดโรคมัยไข้เจ็บหรือการเสียสุขภาพที่ดี (Health servielance services system) ในชุมชน เป็นต้น

การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิด้านการสาธารณสุข

การสาธารณสุข (Public health) คือ สุขภาพของสาธารณะ เป็นศาสตร์และศิลป์ ในการป้องกันโรคมัยไข้เจ็บ การช่วยให้ชีวิตยืนยาวและการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการรวบรวมสรรพกำลังและทางเลือกที่ประชาสังคมองค์กรทั้งหลายทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชนและแต่ละบุคคล ได้รับการชี้แจงทำความเข้าใจแล้ว ทั้งมวลมาจัดดำเนินการในพื้นที่ของชุมชนหนึ่งใน 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคมัยไข้เจ็บ การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพทั้งของชุมชนและคนในชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดี (Healthy) อย่างยั่งยืน [Public health is “the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals”

องค์ประกอบของการสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน สรุปรุประเด่นสำคัญ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนี่เราเรียกรวมกันว่า “การสร้างสุขภาพ” โดยให้ทำก่อนเกิดโรคมัยไข้เจ็บทั้งหลาย ส่วนการรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพนี้ เราเรียกรวมกันว่า “การซ่อมสุขภาพ” เป็นสิ่งที่ทำหลังจากเกิดโรคแล้ว การสร้างสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีกว่าและประหยัดกว่า “การซ่อมสุขภาพ” ในการดำเนินงานของการสาธารณสุขนั้น “การสร้างสุขภาพ” เป็นมาตรการที่ประชาชนช่วยตัวเองได้มากกว่า “การซ่อมสุขภาพ” ซึ่งต้องอาศัยโรงพยาบาลและสถานบริการ เป็นหลัก

การสาธารณสุขนั้น พิจารณา “ชุมชนที่มีอาณาเขตพื้นที่ชัดเจน” เป็นเสมือน “มนุษย์คนหนึ่ง” ให้มีสุขภาพดี (Healthy) คือ ดีทั้ง Physical, Mental, Social, และ Spiritual Well-being ทั้งบนพื้นดิน ใต้ดิน พื้นน้ำ อากาศ ท้องฟ้า การคมนาคม การติดต่อสื่อสาร โครงสร้างพื้นฐาน การสาธารณสุขมูลฐาน และระบบนิเวศน์ ที่เอื้ออำนวยและส่งเสริมสนับสนุนให้มนุษย์ทั้งหลายและสิ่งมีชีวิตทั้งมวล มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิด้านการสาธารณสุข จึงต้องดำเนินการจากทั้งจากล่างขึ้นบนและจากบนลงล่าง คือ จากระดับที่เล็กที่สุดที่แต่ละครัวเรือน (Healthy Household) ระดับชุมชน (Healthy Community) ระดับอำเภอ (Healthy District) ระดับจังหวัด (Healthy Province) ระดับชาติ (Healthy Country) ระดับภูมิภาค (Healthy Region) และ ระดับโลก (Healthy World)

การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform)

ขอยกตัวอย่างนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย มาเป็นกรณีศึกษา ของการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิด้านการสาธารณสุข ดังนี้

การปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นสิ่งที่หลายประเทศดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งเรื่องสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะกับพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ สาเหตุการตายก่อนวัยอันควร ล้วนเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม ได้แก่ โรคเอดส์ หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ เป็นการปรับนโยบายและแผนทางด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายจากการรักษาเยียวยา ไปเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ มุ่งเน้นการลดภาวะเสี่ยงต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มและชุมชนให้หันมาเอาใจใส่เรื่องสุขภาพร่วมกัน

แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยนั้น เน้น ให้คนสามารถดูแลตนเอง ปฏิรูปจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุก ปฏิรูประบบบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ ส่งเสริมการกระจายอำนาจให้การบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพภายใต้กลวิธีการดำเนินการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วม

นโยบายและทิศทางการพัฒนาสุขภาพ มีการปรับมุมมองว่า สุขภาพ ไม่เพียงแต่พิจารณาในแง่ทางกายใจ สังคมและจิตวิญญาณ แต่พิจารณาโดยเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยมีได้ให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องโรคภัยไข้เจ็บอย่างเดียว การพัฒนาสุขภาพจึงเน้น “การส่งเสริมสุขภาพดี” แทน “การซ่อมแซมสุขภาพเสีย” และยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในการพัฒนาเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพ ในระดับครอบครัวและชุมชน
2. มีความรอบคอบ ความพอประมาณอย่างมีเหตุผล ในด้านการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ในทุกระดับ
3. มีการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสมอย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

4. มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

5. มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

6. มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ความซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์โดยกวีศีลธรรมในพระพุทธศาสนา

สามารถดำเนินการได้อย่างไม่ยุ่งยาก 3 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติตามศีล 5 คือ การเจริญสติในชีวิตประจำวัน ตลอดเวลา ทำให้ไม่มีปาณาติบาต อทินนาทานา มุสาวาทา กาเมสุมิจฉาจาราและสุราเมรัย ช่วยให้ไม่ไปละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้อื่น

2. การปฏิบัติตามหลักพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุชิตาและอุเบกขา

3. การก่อให้เกิดกุศลกรรมบถ 10 ได้แก่ กายกรรม 3 คือ ปาณาติบาต (Killing) การไม่ฆ่าสัตว์ ไม่ทำชีวิตให้ตกลง ไม่ปลงชีวิต อทินนาทาน (Stealing) การไม่ถือเอาของคนอื่นที่เขาไม่ให้โดยการไม่ลักขโมย และ กาเมสุมิจฉาจาร (Sexual misconduct) ความไม่ประพฤติผิดในกาม วจีกรรม 4 คือ มุสาวาท (False Speech) การไม่พูดเท็จ ปิสุณาวาจา (Malicious Speech) การไม่พูดส่อเสียด ทรุสวาจา (Harsh Speech) การไม่พูดวาจาหยาบคายและสัมผัสปลลาปะ (Gossip or Vain Talk) การไม่พูดเพ้อเจ้อและมโนกรรม 3 คือ อภิชฌา (Avarice) การไม่เพ่งเล็งอยากได้ของเขา พยาบาท (Ill-will) การไม่คิดร้ายต่อผู้อื่นและมีจลาทิฎฐิ (Wrong View) การไม่เห็นผิดจากทำนองคลองธรรม

ตอนที่ 2.6

การพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 2.6 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 2.6.1 ความหมาย องค์ประกอบ ความสำคัญ หลักการและวิธีการ ของการพึ่งตนเอง
- 2.6.2 การพัฒนาการพึ่งตนเองของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.6.3 การกำหนดกลยุทธ์การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2.6.4 การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุขของมนุษย์

แนวคิด

1. สุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณโดยเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านสุขภาพของทุกประเทศจึงต้องปรับมุมมอง เน้นแนวคิด “การสร้างนำซ่อม” ด้วยการพัฒนาให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศ

2. ประเทศไทย ได้นำหลักการสนับสนุนให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและเพื่อนบ้าน ในรูปแบบ “อาสาสมัครสาธารณสุข” หรือ อสม. กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมกิจกรรมและการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนและชุมชน ตลอดจนงานประสานและช่วยดำเนินงานให้กับกรมกองต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข อย่างได้ผลดี เป็นที่น่าพึงพอใจ

3. กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์และกลไกการเชื่อมประสานระบบบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของรัฐสู่การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าของประชาชน เป็นหลักการที่สำคัญในการพัฒนาการพึ่งตนเองทางการสาธารณสุขที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างดีในประเทศไทยและในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและที่พัฒนาแล้ว

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 2.6 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมาย องค์ประกอบ ความสำคัญ หลักการและวิธีการ ของการพึ่งตนเอง
2. การพัฒนาการพึ่งตนเองของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
3. การกำหนดกลยุทธ์การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 2.6.1 ความหมาย องค์ประกอบ ความสำคัญ หลักการและวิธีการของการพึ่งตนเอง

ความหมายของการพึ่งตนเอง

การพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ ซึ่งการพึ่งตนเองได้นั้น มีทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งต้องสามารถผันเปลี่ยนไปตามเวลาได้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องและสมดุล เป็นสภาวะอิสระที่บุคคลหรือชุมชนสามารถดำเนินการช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยไม่เป็นภาระต่อคนอื่นมากเกินไป มีความพอดีในชีวิตทั้งทางกายและทางจิตใจ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยสี่ พอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 เป็นรากฐานของการพึ่งตนเอง ทั้งระดับครอบครัว ระดับชุมชน และ ระดับสังคมโดยรวม ดังที่ทรงมีพระราชกระแสรับสั่งเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2517 ที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ว่า “การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมีพอกินพอใช้ของประชาชนส่วนใหญ่เป็นเบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัด แต่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เมื่อได้พัฒนาบนความมั่นคงพอสมควรและปฏิบัติได้แล้ว ค่อยสร้างความเจริญและฐานะทางเศรษฐกิจขั้นสูงในลำดับต่อไป” ทรงเน้นการพัฒนาที่มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนในลักษณะการพึ่งตนเอง ทรงใช้คำว่า “ระเบิดจากข้างใน” นั่นคือ ทำให้ชุมชน หมู่บ้าน มีความเข้มแข็งก่อนแล้วจึงค่อยขยายออกมาสู่สังคมภายนอก มิใช่การนำเอาความเจริญหรือบุคคลจากสังคมภายนอกเข้าไปหาชุมชนหรือหมู่บ้านที่ยังไม่ทันได้มีโอกาสดูแลเตรียมตัวหรือตั้งตัว ทรงมีพระราชประสงค์ที่จะช่วยเหลือราษฎรตามความจำเป็นและความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ราษฎรเหล่านั้นจะได้สามารถพึ่งตนเองได้และสามารถออกมาสู่สังคมภายนอกได้อย่างไม่ยากลำบากเนื่องจากมีรากฐานที่มั่นคงแล้ว

องค์ประกอบของการพึ่งตนเอง

ตามหลักทางสังคมวิทยา การพึ่งตนเองมี 5 ประการ คือ

1. การพึ่งตนเองได้ทางเทคโนโลยี หมายถึง การมีปริมาณและคุณภาพของเทคโนโลยี ทั้งทางวัตถุ เช่น เครื่องมือ เครื่องจักรกล ฯลฯ และทางวิชาการความรู้ความสามารถ เช่น การจัดทำโครงการ การจัดการ การแก้ปัญหา การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาประยุกต์ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น
2. การพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความสามารถในการทำมาหากินเลี้ยงชีพ มีรายได้ มีความมั่นคงสมบูรณ์พูนสุข สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมของชุมชน ได้พอสมควรหรืออย่างมีสมดุล
3. การพึ่งตนเองได้ทางทรัพยากรธรรมชาติ หมายถึง ความสามารถในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติของชุมชนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและความสามารถในการรักษาทรัพยากรธรรมชาตินั้น ให้ดำรงอยู่ไม่ให้เกิดเสื่อมเสียไปจนหมดสิ้น หรือไม่ให้เสียสมดุลของธรรมชาติ
4. การพึ่งตนเองได้ทางจิตใจ หมายถึง การมีสภาพจิตใจที่กล้าแข็ง เพื่อที่จะสามารถต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทั้งด้านการหาเลี้ยงชีพ การดำรงชีวิต และการพัฒนาชีวิตให้เจริญก้าวหน้า
5. การพึ่งตนเองได้ทางสังคม หมายถึง คนที่มาร่วมกันเป็นกลุ่มในชุมชน มีความเป็นปึกแผ่นเหนียวแน่น มีผู้นำที่ดีและมีประสิทธิภาพ สามารถนำกลุ่มคนให้ดำเนินการ เพื่อบรรลุเป้าหมายด้วยตนเองหรือสามารถหาความช่วยเหลือจากภายนอกเข้ามาช่วยทำให้ชุมชนช่วยตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

ความสำคัญของการพึ่งตนเอง

ในคำสอนของศาสนาพุทธนั้น จะเน้นให้พึ่งตนเองเป็นหลัก เพราะไม่มีใครช่วยเราได้ดีเท่าตัวเราเอง เราเป็นผู้รู้และเข้าใจปัญหาของตนเองมากที่สุด เราจึงเป็นผู้สามารถแก้ปัญหาให้ตัวเองได้ดีที่สุด

มีหลายสิ่งที่คุณอื่นทำให้เราไม่ได้ เราต้องทำด้วยตนเอง ได้แก่

1. กิจกรรมพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต อาทิเช่น การหายใจ การกินอาหาร การนอน การขับถ่าย ฯลฯ
2. การหากิน เป็นนกกก็ต้อออกหาอาหาร เป็นคนก็ต้อทำงานหาเงินมาซื้อปัจจัยต่างๆเพื่อเลี้ยงชีพ
3. การหาเลี้ยงครอบครัว เป็นนกกก็ต้อบินออกไปหาเหยื่อ นำมาป้อนให้ลูกกิน เป็นคนก็ต้อทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว อีกทั้งการส่งเสียให้ลูกได้ศึกษาเล่าเรียน ต้อดูแลลูกที่ยังอ่อนแออยู่ ยังช่วยตัวเองไม่ได้ สิ่งนี้เป็นหน้าที่ของพ่อแม่

4. การเรียนรู้ เพื่อความอยู่รอดของชีวิต อาทิเช่น นกต้อเรียนรู้และฝึกหัดการบินและการหลบหลีกศัตรู ลูกเสือดตั้งแต่เล็กต้อพัฒนาการต่อสู้และการจับเหยื่อ คนเราจะต้องเรียนรู้ เพื่อพัฒนาร่างกายและสติปัญญา ตั้งแต่การยืน การเดิน การพูด การเขียน การอ่าน การฝึกหัดการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการศึกษาเล่าเรียน การทำงาน การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม และการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นต้น

5. การทำความดี ผู้ใดทำผู้นั้นได้ จะให้ผู้อื่นมาทำให้ไม่ได้

6. การบรรลุความหลุดพ้น แต่ละคนต้อทำด้วยตนเอง และเป็นเส้นทางที่ต้อปฏิบัติคนเดียว การฝึกคนให้พึ่งตัวเองได้เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เรียนรู้สามารถช่วยตัวเองและอยู่รอดได้ ในสถานการณ์ต่างๆ

หลักการและวิธีการในการพึ่งตนเอง

การพึ่งตนเองในระดับชุมชนและระดับชาติ มีหลักการและวิธีการเพื่อให้เกิด “ความมั่นคง” ในเรื่องต่อไปนี้

1. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ด้วยการใช้นวัตกรรม หลักการและวิธีการ ของเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy) ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
2. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงของชุมชนท้องถิ่น ด้วยการใช้นวัตกรรม หลักการและวิธีการของการใช้เทคโนโลยีท้องถิ่น วัสดุสิ่งของของ วิชาการและภูมิปัญญา ที่มีอยู่ในท้องถิ่น
3. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงขององค์กร ด้วยการใช้นวัตกรรม หลักการและวิธีการของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนานวัตกรรม เทคนิค และการประยุกต์หรือใช้เทคนิคเฉพาะในการทำงาน
4. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางการอาชีพที่ยั่งยืน เช่น การทำเกษตรกรรมด้วยการใช้นวัตกรรม หลักการและวิธีการของเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ใช้ปุ๋ยธรรมชาติ ได้แก่ ปุ๋ยหมัก ปุ๋ยคอก น้ำหมักชีวภาพทดแทนปุ๋ยเคมีนำเข้ามาจากต่างประเทศ การใช้ขยะอินทรีย์จากชุมชน เทศบาลหรือโรงงาน มาทำปุ๋ย เป็นต้น
5. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางพลังงาน ด้วยการใช้นวัตกรรม หลักการ และวิธีการ ของการ

ใช้พลังงานจากการเกษตรสำหรับประเทศที่มีผลิตภัณฑ์เกษตรมากมาย เช่น ประเทศไทย มาทำแก๊สโซฮอลล์หรืออีเทอร์นอล ทดแทนน้ำมันเชื้อเพลิง เบนซิน หรือใช้เป็นพลังงานเชื้อเพลิงแบบอื่นๆ เช่น ก๊าซชีวภาพแทนก๊าซหุงต้ม การใช้กากวัสดุเกษตรในการต้มหมักน้ำใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม การใช้ถ่านหินในประเทศแทนการนำเข้า เป็นต้น

6. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางการผลิตกระแสไฟฟ้า ด้วยการใช้แนวคิด หลักการและวิธีการของการใช้พลังงานน้ำผลิตกระแสไฟฟ้าทดแทนน้ำมันเชื้อเพลิงที่ต้องนำเข้า

7. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางเทคโนโลยี ด้วยการใช้แนวคิด หลักการและวิธีการของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและพัฒนาการใช้เทคโนโลยีต่างๆด้วยตนเอง เช่น R&D ทางการเกษตร R&D ทางการอุตสาหกรรม R&D ทางการแพทย์ R&D ทางการสาธารณสุข R&D ทางการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine); R&D ทางธรรมชาติบำบัด R&D ทางซอฟต์แวร์ เป็นต้น โดยเน้นการพัฒนาแบบ Incremental R&D และ Practical R&D เพื่อประโยชน์ของมวลมนุษยชาติโดยไม่ต้องใช้เงินทุนมากและสามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์ได้โดยสะดวกและรวดเร็ว

8. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางพันธุกรรมทั้งพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ ด้วยการใช้แนวคิด หลักการและวิธีการของเทคโนโลยีชีวภาพ (Bio-technology) มาปกป้อง คุ้มครองและพัฒนาพันธุ์พืชและสัตว์ให้ดำรงคงอยู่และพัฒนาต่อเนื่อง ให้เรามีพืชและสัตว์พันธุ์ดีๆ มาเลี้ยง ขยายพันธุ์และพัฒนาต่อเนื่อง

9. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอาหาร (Food Security) ด้วยการใช้แนวคิด หลักการ และวิธีการของอาหารปลอดภัย (Safety Food) ตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำอย่างครบวงจรและยั่งยืน

10. การพึ่งตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม ด้วยการใช้แนวคิด หลักการและวิธีการ ของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development: SD) ที่เรียกกันว่าสังคมสีเขียว (Green Society)

เรื่องที่ 2.6.2 การพัฒนาการพึ่งตนเองของมนุษย์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของมนุษย์

การพัฒนาการพึ่งตนเองของมนุษย์

การพึ่งตนเองของมนุษย์ เป็นพื้นฐานจำเป็นและเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ที่ต้องอาศัยการฝึกหัด ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนา ให้สามารถกระทำได้ตามบทบาทหน้าที่ของมนุษย์แต่ละคน

ขอน้อมนำบางส่วนของ การดำเนินงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มาเป็นแบบอย่างของการพัฒนาการพึ่งตนเองของมนุษย์ ดังนี้

1. การเริ่มต้นต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าก่อน
2. การพัฒนาต้องเป็นไปตามขั้นตอน ตามลำดับความจำเป็นและประหยัด
3. พัฒนาเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ตามสภาพและความสามารถ “พึ่งตนเองได้”
4. การพัฒนาต้องสอดคล้องกับภูมิสังคม คือ ทั้งปัญหาและวิธีการแก้ไข สอดคล้องกับลักษณะภูมิศาสตร์ และสังคมของชุมชนหรือท้องถิ่น

การพัฒนาตามแนวพระราชดำรินั้น จะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในภูมิภาคนั้นๆ เนื่องจากแต่ละแห่ง คนไม่เหมือนกัน ขนบธรรมเนียมประเพณีก็ไม่เหมือนกัน ทรงใช้คำว่า “ภูมิสังคม” คือ ทรงดูลักษณะภูมิศาสตร์และลักษณะของสังคม ไม่ใช่จะเอาอะไรที่ทันสมัยมากๆ เข้าไปให้ชาวบ้าน ทั้งๆ ที่เขาไม่สามารถใช้ได้ หรือพยายามที่จะทำการเพาะปลูกบนเขา หรือบนพื้นที่แห้งแล้งให้ได้ อย่างนี้ถือว่าเป็นการดำเนินการที่ผิดพระองค์ทรงชี้แนะพวกเราอยู่ตลอดเวลาว่า การดำเนินการต่างๆ นั้น ต้องให้สอดคล้องกับลักษณะภูมิสังคม

5. พัฒนาอย่างเรียบง่าย ประหยัด ราษฎรสามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องลงทุนสูงหรือใช้เทคโนโลยีที่ยุ่งยากนัก

6. การส่งเสริมความรู้และเทคนิควิชาการสมัยใหม่ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและการประกอบอาชีพของราษฎรที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคนั้นๆ

7. การอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศในระยะยาว ไม่ว่าจะเป็นป่าไม้ ที่ดิน แหล่งน้ำ การประมง ให้อยู่ในสภาพที่มีผลดีต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตให้มากที่สุด

8. ลำดับขั้นของการดำเนินงาน ประกอบด้วย
 - 8.1 การศึกษาข้อมูล จากเอกสารและแผนที่ต่างๆ เพื่อให้ทราบถึงสภาพในท้องถิ่น
 - 8.2 การหาข้อมูลในพื้นที่เพื่อทราบรายละเอียดต่างๆ จากการสอบถามประชาชนและเจ้าหน้าที่
 - 8.3 การศึกษาข้อมูลและการจัดทำโครงการ ที่เป็นไปได้และมีประโยชน์คุ้มค่า
 - 8.4 การดำเนินงานตามโครงการ ด้วยการประสาน ร่วมมือกัน อย่างสอดคล้องซึ่งกันและกัน
 - 8.5 การติดตามผลงานเพื่อดูความก้าวหน้าของงานและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย ตามเวลาและงบประมาณที่ตั้งไว้

การพัฒนาการพึ่งตนเองทางสุขภาพของมนุษย์

สมัยโบราณ มนุษย์ยังมี “อวิชา” เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ คือ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ประกอบกับมีความหวาดกลัวเนื่องจากทำให้มนุษย์ถึงแก่ความตาย มนุษย์ที่มีสัญชาตญาณกลัวภัย จึงจำเป็นต้องหาที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยว เกิดความเชื่อในวิชาที่เกี่ยวกับเวทมนตร์ คาถาและสำแดงความเชื่อออกมาเป็นรูปพิธีรดองันเนื่องด้วยคาถาอาคมและเวทมนตร์ นับถือผีสิงเทวดา ความเชื่อนี้สืบต่อกันมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์และยังคงอยู่ในบางกลุ่มชนมาจนถึงปัจจุบัน

มนุษย์ได้นำความเชื่อในเรื่องผีสิงเทวดาและไสยศาสตร์ มาใช้ในด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมาตั้งแต่โบราณกาล ทั้งด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บทางร่างกาย ทางจิตและทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เกิดเป็นพิธีกรรมต่างๆขึ้นมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทที่ห่างไกล

วิวัฒนาการและการค้นพบสิ่งต่างๆ ก่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมากมาย ทั้งด้านการแพทย์ การรักษาโรคต่างๆ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น พฤติกรรมศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ อาชีวเวชศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารจัดการ เป็นต้น มุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าของมนุษยชาติทั้งหมด ในการนี้ “การพึ่งตนเอง” เป็นหนึ่งในโลกและกระบวนการหลักของการดำเนินงานทางสุขภาพและการสาธารณสุข ของทุกๆ ประเทศ

การแพทย์ตะวันตกได้เข้ามาในประเทศไทยและกระจายไปทั่วประเทศ เกิดการยอมรับภูมิปัญญาทางวิทยาศาสตร์ของการแพทย์ตะวันตก นำไปสู่การพัฒนาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข อย่างเข้มข้นมากขึ้นเป็นลำดับ ประชาชนให้ความไว้วางใจระบบการแพทย์และการรักษา จึงฝากสุขภาพไว้กับระบบบริการ โดยละเลยการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของตนเองและชุมชน ทำให้เกิดค่านิยมใหม่และทัศนคติของคนส่วนใหญ่ว่า “สุขภาพดี คือ หน้าที่ของหมอ” ยอมทุ่มเทเงินทองเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ส่วนใหญ่อาจไม่จำเป็น

ใน พ.ศ.2520 ประเทศไทย ได้นำหลักการสนับสนุนให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและเพื่อนบ้านในรูปแบบ “อาสาสมัครสาธารณสุข (Health Volunteer)” หรือ อสม. กระจายอยู่ทั่วทุกหมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลส่งเสริมกิจกรรมและการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนและชุมชนในหมู่บ้านของตน ตลอดจนการประสานและช่วยดำเนินงานให้กับกรมกองต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างเป็นที่นำพึงพอใจมาโดยตลอด

เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีอัตราสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการเงินของประเทศ ด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ ปรับเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลจากการรักษาเยียวยาไปเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ ในขณะเดียวกันได้มุ่งเน้นการลดภาวะเสี่ยงต่างๆ และการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มและชุมชน ให้หันมาเอาใจใส่เรื่องสุขภาพร่วมกัน เน้นให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิรูประบบบริการจากการตั้งรับเป็นระบบบริการเชิงรุก ปฏิรูประบบบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 ได้กำหนดว่าบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ภายใต้กลวิธีการดำเนินการที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

นโยบายและทิศทางการพัฒนาสุขภาพ ได้มีการปรับมุมมองเรื่อง “สุขภาพ” โดยไม่เพียงแต่พิจารณาเฉพาะสุขภาพในแง่ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ได้พิจารณาเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 9 จึงมีความแตกต่างจากแผนก่อนหน้านั้น มีการพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยมีได้ให้ความสำคัญเฉพาะเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น การพัฒนาสุขภาพจึงเน้นเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพดี” แทนการ “ซ่อมแซมสุขภาพเสีย” และยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนำทาง เนื่องจากเป็นปรัชญาที่มองการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม เชื่อมโยงมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม จึงเป็น “ระบบสุขภาพพอเพียง” ซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ คือ 1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน 2) มีความรอบคอบและรู้จักความพอประมาณอย่างมีเหตุผล ในด้านการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในทุกระดับ 3) มีการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพที่เหมาะสมอย่างรู้เท่าทันโดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ 4) มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค 5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพของประชาชน และ 6) มีคุณธรรมจริยธรรม คือ ความซื่อตรงไม่โลภมากและรู้จักพอของผู้ให้บริการ

การพัฒนาการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขของมนุษย์

องค์การอนามัยโลก (WHO) ใช้กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) เป็นกลไกการเชื่อมประสานระบบบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของรัฐ สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าของประชาชน เป็นหลักการที่สำคัญในการพัฒนาการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา (Developing country) และในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed country)

หลักของการสาธารณสุข เน้น “การป้องกัน ดีกว่าการรักษา (Prevention is better than Cure)” PHC เป็นกลวิธีที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานในพื้นที่ระดับหมู่บ้านและตำบลด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ทั้งนี้ประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและการติดตามประเมินผล โดยรัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษาฝึกอบรมและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก พร้อมทั้งผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตร การอาชีพและการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ ผลการดำเนินงาน PHC เป็นการเพิ่มทุนทางสังคมให้ประชาชนมีความสามารถในการบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง

การดำเนินงาน PHC ที่ผ่านมา ถือได้ว่า เป็นนโยบายและกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลก ที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพยิ่ง อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีของการพัฒนา นับตั้งแต่การประกาศนโยบาย Health for All, 2000 ของ WHO เมื่อปี พ.ศ.2521 หลายประเทศทั่วโลกได้รับมาดำเนินการอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพประชาชนและเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เกิดกลุ่มองค์กรและเครือข่ายในชุมชนมากมาย ประชาชนเกิดการเรียนรู้จากบทเรียนและ

ประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งในระดับหมู่บ้าน ใกล้เคียงกัน ระดับประเทศและระดับนานาชาติอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดทุนมนุษย์ ในการดูแลงานสุขภาพ ของชุมชนและเป็นต้นทุนทางสังคมที่จะจูงใจให้หลายๆ ฝ่ายเข้ามาร่วมลงขัน เพื่อการร่วมมือร่วมใจกันจัดบริการ ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้กับลูกหลานตั้งแต่เด็กๆ ไปจนถึงคนแก่เฒ่า ให้มีการส่งเสริมบำรุงดูแลสุขภาพ ทั้งคนและสิ่งแวดล้อม อย่างเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

การกำหนดเป้าหมายการพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข

ประชาชนทุกภาคส่วนในแต่ละชุมชน ต้องร่วมกันสร้างจุดยืนร่วมกัน มองเห็นเป้าหมายในอนาคตของ ชุมชนในทิศทางเดียวกัน ว่าต้องการเห็นชุมชนเป็นอย่างไร และจะไปให้ถึงจุดหมายได้อย่างไร แล้วแปลงเป็น แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม ง่ายต่อความเข้าใจของคนในชุมชน เป็นจริง สัมผัสได้ วัดได้และประเมินผลได้ อย่างต่อเนื่อง ด้วยการร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีเหตุมีผล สมเหตุสมผลและเป็นเหตุ เป็นผลกันแล้วแบ่งงานกันไป “ทำ” ตามความถนัด ตามศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ แล้วกลับมาพูดคุย ซัก ถาม ปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการและวิธีการดำเนินงานเป็นระยะๆ จนบรรลุเป้าหมาย อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ ด้วยการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

เป้าหมายสูงสุดของการพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุขของแต่ละชุมชน คือ การมีคุณภาพ ชีวิตดีถ้วนหน้า (Quality of Life for All) ของประชาชนในชุมชนนั้นและเชื่อมโยงไปสู่การมีคุณภาพชีวิตดี ถ้วนหน้าของประชาชนทั้งประเทศและทั้งโลก เป็นเป้าหมายร่วมเดียวกัน

เรื่องที่ 2.6.3 การกำหนดกลยุทธ์การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข

กลยุทธ์ที่จะขับเคลื่อนสู่การพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึง “การได้ลงมือทำโดยประชาชน และการสร้างปัจจัยเอื้อทั้งจากองค์กรภายในและภายนอกชุมชน” โดยมุ่งเน้นการระดมสรรพกำลังและทรัพยากรที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้มีการวางกลวิธีและกิจกรรมได้ตามความปรารถนา ความต้องการและความถนัดของแต่ละชุมชนภายใต้ 4 กลยุทธ์หลัก ดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วม

เน้นการสร้างโอกาสให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน (Partner participation) โดยการสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน (Public private and people sectors) ด้วยการสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี (Multi-sectoral networking) จัดกระบวนการที่เหมาะสมให้ทุกภาคส่วนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหาเข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้และร่วมพัฒนา โดยสามารถปรับแนวทางและวิธีการให้เหมาะสมในบริบทต่างๆ ได้โดยสะดวกและรวดเร็ว

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกระบวนการเรียนรู้

เน้นการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) อย่างเป็นระบบที่ครบถ้วนและครบวงจร ตั้งแต่การแสวงหาองค์ความรู้ การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างองค์ความรู้จาก Tacit knowledge ให้เป็น Explicit knowledge การสร้างและพัฒนาคลังความรู้ (Knowledge Asset: KA) และให้ความสำคัญกับการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (Knowledge utilizing) อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว ก่อให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

กลยุทธ์ที่ 3 การเคลื่อนไหวทางสังคม

เน้นการสร้างให้เกิดความรู้สึกร่วมด้วยกระแสสังคม ซึ่งมีพลังสูงมากต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน ให้มีทิศทางมุ่งไปในเรื่องการรวมพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง ถึงขั้นเกิดกระแสอย่างต่อเนื่องในสังคม นำไปสู่นโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ อันจะนำไปสู่การสร้างจิตสำนึก ค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาชน เพื่อประเมิน ตรวจสอบ คุณภาพและพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของประชาชนทั้งชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 การสื่อสารเพื่อประชาชน

เน้นการเผยแพร่ความรู้แบบชาวบ้านที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน ทั้งในด้านแนวคิด กระบวนการ ผลงานและกรณีศึกษาต่างๆ ด้วยการสื่อสารที่หลากหลาย มีเป้าหมายชัดเจน ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทั้งการสื่อสารรายบุคคล รายครอบครัว รายกลุ่ม รายหมู่บ้านหรือชุมชนและการสื่อสารมวลชน มีการสร้างเครือข่ายระดับต่างๆเชื่อมโยงกันอย่างกลมกลืนไม่สับสน ส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งเครือข่ายผู้ประกาศข่าว ผู้จัดการรายการ ผู้ผลิตสื่อทางสื่อมวลชนและเครือข่ายทีมข่าวสุขภาพของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร 2 ทาง เน้นให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วม ประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนไปหาแพทย์ ในลักษณะที่ให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในการทำความดี อาทิเช่น “ไม่ป่วย เป็นการช่วยชาติ” เป็นต้น

กลยุทธ์ทั้ง 4 เป็นกลยุทธ์ในการสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่เป้าหมายร่วมกันของชุมชน ที่พิสูจน์แล้วว่าทำได้และเกิดผลดีจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยช่วยในการสร้างและพัฒนารูปแบบทางสุขภาพและการสาธารณสุขของประชาชนในหลากหลายชุมชน ก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการเรียนรู้และการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมกลมกลืน รวมทั้งการสร้างเสริมปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น เน้นการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตตามมิติเชิงสังคมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน

เรื่องที่ 2.6.4 การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุขของมนุษย์

สุขภาพและการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ทุกคน ตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิ จนถึงชีวิตทั้งในปัจเจกบุคคลในครอบครัวและในชุมชนของทุกประเทศ ด้วยแนวความคิดการปรับมุมมองที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ด้วยการพัฒนาให้มนุษย์สามารถพึ่งตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชนและระดับประเทศ แนวทางการประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพและการสาธารณสุข ของมนุษย์ สามารถทำได้หลากหลายในแต่ละบริบท ดังนี้

การประยุกต์การพึ่งตนเองทางสุขภาพของมนุษย์

กิจกรรมด้านสุขภาพที่ส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเอง เช่น

1. การพัฒนาระบบสุขภาพ ภาคประชาชน
2. การพลิกฟื้นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้วยปราชญ์ชาวบ้าน
3. การอนุรักษ์และส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน
4. การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น
5. การพัฒนาตัวแบบด้านสุขภาพของครัวเรือนและชุมชน
6. การพัฒนาระบบ EMS ภาคประชาชน
7. การพัฒนางานเยี่ยมบ้านโดย อสม.
8. การพัฒนาการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดย อสม.
9. การพัฒนาการพิทักษ์สิทธิและคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน
10. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของครัวเรือนและชุมชนด้วยเศรษฐกิจพอเพียง
11. การพัฒนากองทุนชุมชน
12. การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์โดยชุมชน
13. การงดเหล้าเข้าพรรษาโดยชุมชน
14. การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
15. การพัฒนาสุขภาพดีวิถีไทย

ฯลฯ

ขอนำการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน มาเป็นตัวอย่าง คือ ระบบสุขภาพภาคประชาชนนั้น เป็นระบบการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจของผู้ดูแล ด้วยความรู้สึกว่าคนในชุมชนเป็นลูกหลาน เป็นมิตรสหาย เป็นญาติพี่น้อง แตกต่างจากระบบสุขภาพภาครัฐที่หม้อและพยาบาลผู้ดูแล ไม่ได้เป็นผู้ประสบปัญหาด้วยตนเอง จึงอาจไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วยและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ระบบสุขภาพภาคประชาชนนี้จะช่วยทำให้เกิดการพึ่งตนเองของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้มแข็ง ลดการพึ่งรัฐ ลดการร้องขอจากรัฐ จึงเป็นระบบที่จะเติมเต็มระบบสุขภาพของชาติที่มีความจำกัดของทรัพยากร เป็นกลไกการเชื่อมต่อระหว่างกลไกภาครัฐกับภาคประชาชน ที่จะให้บรรลุผลการมีสุขภาพดีและลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศ

การประยุกต์การพึ่งตนเองทางการสาธารณสุขของมนุษย์

สามารถทำได้หลากหลาย ตามแต่ละพื้นที่หรือชุมชน เช่น

1. การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพโดย อสม.
2. การพัฒนาศูนย์พัฒนาการเด็ก โดยองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
3. การพัฒนางานป้องกันโรคในชุมชน โดยภาคประชาชน
4. การพัฒนางานสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยประชาชน เช่น บ้านตัวอย่าง หน้าบ้านน่ามอง เป็นต้น
5. การพัฒนางานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและผู้พิการในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
6. การพัฒนากองทุนหมู่บ้านเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ฯลฯ

การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนนั้น ครอบคลุมทั้งการพัฒนาด้านสุขภาพและด้านการสาธารณสุข ให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศ เป็นตัวอย่างของการดำเนินงานที่ดี เป็นการบูรณาการงาน PHC อย่างเป็นระบบ ทั้งคน องค์ความรู้และทุน เพื่อพัฒนาให้ชุมชนสามารถคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการและวัดผลสำเร็จ ได้ด้วยตนเอง โดยหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกเป็นผู้ให้ความร่วมมืออย่างจริงจังและต่อเนื่องในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไก ปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการ และการพัฒนาสู่ความยั่งยืนอย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข (2542). คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- กรมพัฒนาชุมชน คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (2551) “รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยในชนบท จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2551” กรุงเทพมหานคร สิงหาคม 2551.
- กীরติ บุญจื่อ. ปรัชญาสำหรับผู้เริ่มเรียน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช,
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป (2556) กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชนไทย ในตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2556 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพฯ.
- คณะกรรมการอำนวยการ จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข (2555) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559 โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร.
- ชุติมา ชัยมณี, สมชาติ ไตรรักษา, พัชรา วงษ์สุวรรณ. (2555) การพัฒนางานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2548-2553 วารสารสาธารณสุขล้านนา
- เชิดชัย นพมณีจารัสเลิศ อัครินทร์ นิมมานนิตย์ กุลธร เทพมงคล. บรรณาธิการ. (2552). เคล็ดไม่ลับ R2R บริบทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.
- ประพนธ์ ผาสุขยัต (2549) “การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ”, สำนักพิมพ์ไยใหม่, กรุงเทพฯ.
- ประพนธ์ ผาสุขยัต (2550) “การจัดการความรู้ ฉบับขับเคลื่อ่น”, สำนักพิมพ์ไยใหม่, กรุงเทพฯ.
- ประเวช วะสี (2546) การปฏิวัติเจียบ การปฏิรูประบบสุขภาพ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) พิมพ์ดี กรุงเทพมหานคร.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก 19 มีนาคม 2550
- พุทธทาสภิกขุ (2518) ธรรมปาฐโมกข์ เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.การพิมพ์พระนคร.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ (2551) ระบาดวิทยาและวัณโรค สำนักงานป้องกันโรคที่ 11, นครศรีธรรมราช.
- วิทย์ วิศทเวทย์. (2554.) ปรัชญาทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยรุ่งเกล้า,
- สมชาติ ไตรรักษา (2548) หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การและหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์,
- สมชาติ ไตรรักษา. (2556). ปรัชญา วิทยาศาสตร์ และ ศาสนา. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาติ ไตรรักษา (2556) หลักการบริหารสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมชาติ โตรักษา. (2559). การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (2550) รูปธรรมสะท้อนแนวคิด การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร: โคชยันมีเดียทิม.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สำนักวิจัย (2553) รายงานวิจัย คุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2553 กรุงเทพมหานคร กันยายน 2553.
- สำนักกองทุนสนับสนุนสถาบันวิจัย (2549) เศรษฐกิจพอเพียง กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กลุ่มงานเศรษฐกิจพอเพียง (2550) เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559 กรุงเทพมหานคร ตุลาคม 2554.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2560 มติคณะรัฐมนตรี เมื่อ 08/03/2554.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2550). ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2557). ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและตำราการวิจัย โครงการฝึกอบรม “วิทยากรหลักสูตรการพัฒนานักวิจัย” (Training for the trainers) (แม่ไก่), 311 หน้า.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2555-2559 นนทบุรี.
- หทัย ชิดานนท์. (2541) นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อำพล จินดาวัฒนะ (2551) ถามมา ตอบไป เข้าใจ สข. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- A.C. Grayling (1998). *Philosophy 1: A Guide through the Subject*. Oxford University Press.
- Anthony Quinton, in T. Honderich (ed.), (1995). *The Oxford Companion to Philosophy*. Oxford University Press.
- Aydin, Oya Tamtekin (2012). “The Impact of Theory X, Theory Y and Theory Z on Research Performance: An Empirical Study from A Turkish University” (PDF). *International Journal of Advances in Management and Economics*
- Bandura, (1986) A., *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & M. B. Oliver (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* (pp. 94-124). New York, NY: Routledge.
- Blackburn, Simon, 1994, 2005, 2008, rev. 2nd ed. *The Oxford Dictionary of Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Boyd, Robert; Silk, Joan B. (2003). *How Humans Evolved*. New York, New York: Norton.
- Burnes, Bernard; Cooke, Bill. "Kurt Lewin's Field Theory: A Review and Re-evaluation". *International Journal of Management Reviews*: n/a–n/a. doi:10.1111/j.1468-2370.2012.00348.x.
- Cover JA, Curd M Eds, (1998) *Philosophy of Science: The Central Issues*.
- Edelstein, Ludwig (1943). *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*. p. 56. ISBN 978-0-8018-0184-6
- Edward N. Zalta (ed.). 2008. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Hoffman, E. (1999). *The right to be human: a biography of Abraham Maslow* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Goodchild, Michael F (2010). "Twenty years of progress: GIScience in 2010". *Journal of Spatial Information Science*.
- Hansson, Sven Ove (2008). "Science and Pseudo-Science". *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford University.
- Howard Gardner's Multiple Intelligence Theory". PBS. Archived from the original on 1 November 2012. Retrieved 9 December 2012.
- Illeris, Knud (2004). *The three dimensions of learning*. Malabar, Fla: Krieger Pub. Co. ISBN 9781575242583.
- John M. Last. (2001) *A Dictionary of Epidemiology*. Fourth Edition. Printed in the United States of America
- Jenny Teichmann and Katherine C. Evans, (1999) *Philosophy: A Beginner's Guide*. Blackwell Publishing.
- Luciano Floridi (2010). *Information - A Very Short Introduction*. Oxford University Press. ISBN 0-19-160954-4.
- McHenry, H.M (2009). "Human Evolution". In Michael Ruse & Joseph Travis. *Evolution: The First Four Billion Years*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press. ISBN 978-0-674-03175-3.
- Oliver, Ron. (2002.) "The Role of ICT in Higher Education for the 21st Century: ICT as a Change Agent for Education." University, Perth, Western Australia, *Ormrod, Jeanne (2012). Human learning (6th ed.). Boston:Pearson*. ISBN 9780132595186.

- Phillips, D. C., & Soltis, J. F. (2009). *Perspectives on Learning (Fifth)*. New York: Teachers College Press
- Ralston, Anthony; Hemmendinger, David; Reilly, Edwin D., eds. (2000), *Encyclopedia of Computer Science (4th ed.)*, Nature Publishing Group, ISBN 978-1-56159-248-7
- The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. (1953-1974.) Trans. from the German under the general editorship of James Strachey, in collaboration with Anna Freud, assisted by Alix Strachey, Alan Tyson, and Angela Richards. 24 volumes, London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis,
- United Nations. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR), proclaimed by the United Nations General Assembly in Paris on 10 December 1948, General Assembly resolution 217 A.
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- World Health Organization (2009) *Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences*, Geneva.
- World Health Report 2008- Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO.
- Zuppo, Colrain M. (2012.) "Defining ICT in a Boundaryless World: The Development of a Working Hierarchy" (PDF). *International Journal of Managing Information Technology (IJMIT)*

หน่วยที่ 3

คุณปรัชญาสุขภาพ
และการสาธารณสุข

หน่วยที่ 3 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ชุดวิชา ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์

หน่วยที่ 3 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

- ตอนที่ 3.1 ความหมาย องค์ประกอบ และความสำคัญของคุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข
- 3.2 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข กับศาสนาและความเชื่อ
- 3.3 คุณปรัชญากับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- 3.4 ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข
- 3.5 การบูรณาการปรัชญา เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน

แนวคิด

1. คุณปรัชญาเป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประกอบด้วยวิชาจริยศาสตร์สุนทรียศาสตร์ และตรรกศาสตร์

2. ปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับศาสนาและความเชื่อ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับศาสนาและความเชื่อทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน ชนเผ่าและเชื้อชาติ ทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน เพื่อนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับกาลเทศะ บุคคล กิจกรรม สถานการณ์และสถานที่

3. การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีความเสี่ยงด้านคุณธรรมและจริยธรรมตลอดเวลา ผู้ปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ สามารถชนะใจตนเอง ไม่ตกเป็นเหยื่อของผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์

4. ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข แต่ละปัญหาต่างมีแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ควรเน้น คือ การป้องกันการเกิดปัญหา

5. การบูรณาการปรัชญาเพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงานเป็นหนึ่งในกลวิธีหลักของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้เป็นผู้มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขประชาคมโลก

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 3 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. ความสำคัญ องค์ประกอบและประโยชน์ของคุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข
2. คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข กับศาสนาและความเชื่อ
3. คุณปรัชญากับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
4. ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข
5. การบูรณาการปรัชญา เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 3.1

ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของคุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 3.1 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 3.1.1 ความหมาย องค์ประกอบ และความสำคัญของคุณปรัชญา
- 3.1.2 ความหมาย และความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรม
- 3.1.3 แนวคิดการพัฒนาบุคคลด้านคุณธรรมและจริยธรรม
- 3.1.4 การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม คือ คุณวิทยา เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประกอบด้วย วิชาจริยศาสตร์ วิชาสุนทรียศาสตร์และวิชาตรรกศาสตร์ ช่วยให้รู้ความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใด มองเห็นคุณค่าด้านความดี ความงามและรักษาเพิ่มพูนขึ้นได้อย่างไร จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณค่าด้านความดีและความงามของสรรพสิ่ง

2. คุณธรรม คือ คุณค่าด้านความดีที่เป็นธรรมชาติหรือเนื้อแท้ของมนุษย์ จริยธรรม คือ ความประพฤติที่ถูกต้อง เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติที่ดีในสังคม จึงมีความสำคัญต่อทั้งตนเองและสังคม

3. การปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมของบุคคล ควรเริ่มตั้งแต่เด็กก่อนอายุ 6 ปี พ่อ-แม่ ญาติพี่น้อง และผู้ใกล้ชิดของเด็ก บุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญมาก โดยดำเนินการผ่านทางกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหลักสูตรการเรียนการสอน ตั้งแต่ระดับศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ประถมศึกษา อุดมศึกษา จนถึงวัยทำงาน เพื่อให้ประชากรของชาติทุกคนเป็นทั้งคนเก่ง คนดีและมีความสุข

4. การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องเรียนรู้ระบบสุขภาพและระบบการสาธารณสุข ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้ให้บริการสุขภาพและการสาธารณสุข ในการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 3.1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมาย องค์ประกอบ และความสำคัญของคุณปรัชญา
2. ความหมาย องค์ประกอบและความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรม
3. แนวคิดการพัฒนาบุคคลด้านคุณธรรมและจริยธรรม
4. การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 3.1.1 ความหมาย องค์ประกอบ และความสำคัญของคุณปรัชญา

ความหมายของคุณปรัชญา

ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม คือ คุณปรัชญา หรือ อัมวิทยา เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณค่า (Values) ของสิ่งหนึ่งสิ่งใด จึงมีชื่อเรียกทั่วไปว่า ทฤษฎีคุณค่า (Value Theory) ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านหรือวิชา คือ จริยศาสตร์ สุนทรียศาสตร์และตรรกศาสตร์ สำหรับหน่วยนี้จะเน้นหนักในคุณปรัชญาสาขา จริยศาสตร์ ซึ่งรวมถึงคุณธรรมและจริยธรรม เนื่องจากมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

องค์ประกอบและความสำคัญของคุณปรัชญา

1. จริยศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น มีคุณค่าด้านความดีอะไรและจะรักษาเพิ่มพูนขึ้นได้อย่างไร จริยศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณค่าด้านความดีของมนุษย์

คุณค่าด้านความดี (Ethical value) พิจารณาตามทฤษฎีทางจริยศาสตร์ ซึ่งเป็นหลักในการประพฤติปฏิบัติตนของมนุษย์ แบ่งเป็น 3 แนวคิดสำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิดศานตินิยม (Pacifism) มีพื้นฐานบนแนวเหตุผลนิยม 2) แนวคิดสุขนิยมหรือรตินิยม (Hedonism) มีพื้นฐานบนแนวสสารนิยม ที่ให้ความสำคัญแก่ร่างกายกายภาพ ที่เป็นฝ่ายวัตถุหรือสสาร ลดทอนและปฏิเสธคุณค่าของฝ่ายจิต และ 3) แนวคิดมนุษยนิยม (Humanism) ให้ความสำคัญต่อการพิจารณามนุษย์ การดำเนินชีวิตของมนุษย์ซึ่งยึดเอาความก้าวหน้าของมนุษย์เป็นหลัก เนื่องจากมนุษย์มีคุณลักษณะพิเศษที่สามารถพัฒนาตนเองสู่ความเป็นจริงสูงสุดได้ แนวคิดนี้แบ่งย่อยได้เป็น 2 แนว คือ แนวเทวนิยมและอเทวนิยม

2. สุนทรียศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น มีคุณค่าด้านความงามอะไร จะรักษาเชิดชูและชื่นชมอย่างไร สุนทรียศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณค่าด้านความงามของสิ่งต่างๆ ที่มนุษย์สัมผัสได้ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกปีติ ยินดี อิ่มเอมใจ พอใจและมีความสุข

คุณค่าด้านความงาม (Aesthetical value) พิจารณาตามทฤษฎีทางสุนทรียศาสตร์ ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องความงามของสิ่งต่างๆ ในธรรมชาติ ปัญหาที่สุนทรียศาสตร์ต้องการค้นหาคำตอบเชิงทฤษฎี คือ สิ่งสวยงามคืออะไร เราจะตัดสินได้อย่างไรว่าอะไรงาม เราจะใช้อะไรเป็นมาตรฐานในการตัดสินว่าอะไรงามหรือไม่งาม การตัดสินความงามของมนุษย์ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านศิลปะ (Art) และด้านความสวยงาม (Beauty) คุณค่าของความงามจึงเป็นผลิตผลหรือสิ่งที่เกิดจากการตีคุณค่าของบุคคลตามหลักเกณฑ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

คุณค่าทางสุนทรียะ (ความงาม) เป็นคนละสิ่งกับสิ่งที่เรารับรู้ซึ่งมีอยู่ในขณะนั้น และคุณค่าทางสุนทรียะเปลี่ยนแปลงได้ แต่วัตถุไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อวัตถุไม่ใช่สิ่งเดียวกับคุณค่าทางสุนทรียะ ดังนั้นการตัดสินตามข้อเท็จจริงจึงเป็นคนละสิ่งกับการตัดสินทางคุณค่าสุนทรียะ ความงามจึงเป็นทั้งอัตนัยนิยม ปรนัยนิยมและสัมพันธนิยม

3. ตรรกศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าเหตุผลที่นำมาใช้ในการแสวงหาความเป็นจริงและการให้เหตุผลในการอธิบายความหมายและคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามแต่ลัทธินิยม ทั้งในลัทธิเหตุผลนิยม ประสบการณ์นิยม ปฏิบัตินิยม ประโยชน์นิยมและมนุษยนิยม โดยมีเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งต้องใช้การคิด หรือการตรรกะรองหาเหตุผลอย่างถูกต้องตามลัทธินิยมนั้นๆ

เรื่องที่ 3.1.2 ความหมาย และความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรม

ความหมายของคุณธรรม

คุณธรรม คือ คุณ + ธรรมะ หมายถึง คุณงามความดีที่เป็นธรรมชาติ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม คุณธรรมเป็นความดีงามในจิตใจที่ทำให้บุคคลประพฤติดี ผู้มีคุณธรรมเป็นผู้มีความเคยชินในการประพฤติดีด้วยความรู้สึกในทางดีงาม คุณธรรมเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับกิเลสซึ่งเป็นความไม่ดีในจิตใจ ผู้มีคุณธรรมจึงเป็นผู้ที่ไม่มกมากด้วยกิเลส ซึ่งจะได้รับการยกย่องว่าเป็น “คนดี”

คุณธรรมตามแนวคิดของอาริสโตเติล

อาริสโตเติล นักปราชญ์ชาวกรีก ได้เสนอคุณธรรม 4 ประการ คือ

1. ความรอบคอบ คือ รู้ว่าอะไรควรประพฤติปฏิบัติ อะไรไม่ควรประพฤติปฏิบัติ
2. ความกล้าหาญ คือ ความกล้าเผชิญต่อความเป็นจริง
3. ความรู้จักประมาณ คือ ควบคุมความต้องการและการกระทำให้เหมาะสมกับสภาพและฐานะของตน
4. ความยุติธรรม คือ การให้อย่างเท่าเทียมกันตามความเหมาะสม

คุณธรรมตามแนวคิดของขงจื้อ

ขงจื้อ เป็นนักปรัชญาเมธีที่มีชื่อเสียงของจีน เกิดเมื่อ 551 ปีก่อนคริสตกาล สอนให้มนุษย์ทุกคนเป็น “คน” โดยสมบูรณ์ โดยต้องปฏิบัติตามคุณธรรม 8 ประการ คือ

1. กตัญญู เป็นคุณธรรมอันดับแรก เป็นต้นกำเนิดของความดีงาม เป็นคุณธรรมสำนึกที่ควรรักษาและปฏิบัติ ซึ่งคนจะขาดเสียมิได้ หากขาดความกตัญญูเหมือนต้นไม้ไม่มีราก เหมือนน้ำไม่มีต้นน้ำ พ่อแม่เลี้ยงดูลูกจนเติบโตใหญ่บุญคุณลึกล้ำกว่ามหาสมุทร คุณธรรมท่านสูงกว่าขุนเขา ทุกคำทุกเข้า ทุกสิ่งทุกอย่าง พ่อแม่ให้ความรักดูแลเอาใจใส่ลูกจนสุดที่จะบรรยายได้ ไม่ว่าจะลำบากฝ่าฟันอันตรายอย่างไรก็ไม่เหน็ดเหนื่อยท้อถอย ความรักลูกนั้นไม่เปลี่ยนแปลงจนวันตาย ลูกจึงต้องมีความกตัญญูต่อพ่อแม่

2. พี่น้องปรองดอง คือ พี่น้องเป็นสายเลือดที่สนิทชิดเชื้อที่สุด เหมือนกิ่งก้านสาขาของต้นไม้ต้นเดียวกัน ให้สำนึกว่าเกิดมาจากแม่เดียวกัน ตีมนมจากเต้าเดียวกัน พี่จึงควรรู้ให้อภัย น้องให้รู้อดทน ความเจริญของครอบครัวเกิดได้เพราะพี่น้องปรองดองกัน

3. ซื่อสัตย์ จะทำการใดๆ ให้ถูกต้องยุติธรรม ไม่ไปปิดลอกหลวง ไม่ทำสิ่งน่าละอายต่อตนเองและผู้อื่น ถูกต้อง ตรงต่อฟ้าดิน ตรงต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตรงต่อบ้านเมือง ตรงต่อสังคม ตรงต่อพ่อแม่ ตรงต่อพี่น้อง ตรงต่อบุตรและภรรยา ทุกสิ่งที่ทำไปโดยไม่ผิดต่อมโนธรรม

4. วาจาสัตย์ เป็นบรรทัดฐานแห่งมนุษยธรรมอันล้ำค่า กิจการใดจะรุ่งเรืองหรือล้มเหลวอย่างไร เริ่มต้นได้ที่วาจาสัตย์ ดังคำที่กล่าวว่า กัลยาณชนเอ่ยวาจาใดต่อให้ผ้าผีเท้าไวก็ไม่อาจตามคืนมา กัลยาณชนเมื่อล้นวาจาแล้วคำไหนเป็นคำนั้น การผิดสัญญา การลอกหลวงเหลวไหลถือว่าขาดความสัตย์จริง

5. จริยธรรม เป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงคุณสมบัติของบุคคล ด้วยอาการที่อ่อนน้อมถ่อมตน ท่าทีสุภาพสง่างาม

อยู่ในระเบียบแบบแผนอันดีงาม มีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่ มีความกรุณาปรานีต่อผู้น้อยทั่วไป เรามีจริยธรรมต่อเขา เขาย่อมตอบสนองต่อเราด้วยจริยธรรม การบำเพ็ญธรรม ทำให้เห็นความสำคัญของแบบแผนจริยธรรม รักตัวสงวนตัว รักผู้อื่น เคารพให้เกียรติผู้อื่น เช่นนี้ จึงเป็นผู้มีคุณสมบัติสูงส่ง ไม่ละอายต่อจริยธรรม

6. มโนธรรม เป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักธรรม ไม่ทุจริตทรัพย์สินเงินทองแม้เป็นของที่นำยินดี แต่ควรให้ได้มาอย่างเป็นธรรม หากแข็งขันช่วงชิงมา ทำให้ผู้อื่นเสียหายเพื่อตนจะได้ประโยชน์เช่นนี้ ภายหลังย่อมได้รับภัยพิบัติเสียหาย ผู้มีมโนธรรมไม่เพียงแต่ไม่โลภในทุกขลาภเหล่านั้น ยังจะต้องสละทรัพย์เพื่อมนุษยธรรมช่วยเหลือผู้คนและงานธรรมต่างๆ เป็นที่ชื่นชมต่อเทพยดา เป็นที่เคารพของคนทั้งหลาย

7. สุจริตธรรม หมายถึงใจซื่อมือสะอาด ไม่โลภมากอยากได้ ไม่ทุจริตคิดมิชอบด้วยความจริงใจ เสมอต้นเสมอปลาย ไม่ฉวยโอกาสเมื่อใกล้เงิน ไม่หลงไหลเมื่อใกล้สตรี มีจิตใจสงบเยือกเย็น ละกิเลสความอยาก มีความบริสุทธิ์ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลง

8. ละอายต่อความชั่ว เป็นเนื้อแท้ของจิตเดิมของคนที่มีแต่ความดี ไม่มีความชั่ว ซึ่งหมายถึง มโนธรรม หรือน้ำใจอันดีงาม มีความรู้สึกละอายต่อความชั่ว รู้การอันควรกระทำที่ถูกต้อง ชัดเจน

ความหมายของจริยธรรม

จริยธรรม เป็นความดีงามทางสังคมมนุษย์ ช่วยจำแนกแยกแยะว่า สิ่งไหนถูกและสิ่งไหนผิด ทำให้สามารถแยกสิ่งถูกจากสิ่งที่ผิด แยกความดีจากความเลว มีรากศัพท์มาจากคำ 2 คำ คือ จริยะ กับ ธรรมะ

จริยะ แปลว่า ความประพฤติ กิริยาที่ควรประพฤติ

ธรรมะ แปลว่า คุณความดี คำสั่งสอนในศาสนา หลักปฏิบัติในทางศาสนา ความจริง ความยุติธรรม ความถูกต้อง กฎเกณฑ์

เมื่อมารวมกันเป็นจริยธรรม จึงแปลว่า ความประพฤติที่ถูกต้อง เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติที่ดีในสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมาย จริยธรรม คือ ธรรมที่เป็นข้อประพฤติปฏิบัติ ศีลธรรม กฎศีลธรรม

จริยธรรม มีความหมายตามตัวอักษรว่า หลักแห่งความประพฤติ หรือแนวทางของการประพฤติ

จริยธรรม เป็นสิ่งที่ควรประพฤติ มีที่มาจากบทบัญญัติหรือคำสั่งสอนของศาสนา หรือใครก็ได้ที่เป็นผู้มีจริยธรรมและได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลในวงการหรือวงสังคมนั้นๆ

ลักษณะของผู้มีจริยธรรม

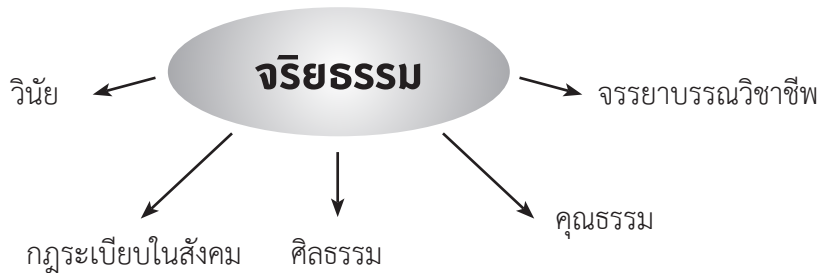
1. เป็นผู้ที่มีความเพียรความพยายาม ประกอบคุณงามความดี ละอายต่อการปฏิบัติชั่ว
2. เป็นผู้มีความซื่อสัตย์สุจริต ยุติธรรมและมีเมตตากรุณา
3. เป็นผู้ที่มีสติ มีปัญญา รู้สึกรู้สีกตัวอยู่เสมอ ไม่ประมาท
4. เป็นผู้ใฝ่หาความรู้และความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อความมั่นคง
5. เป็นผู้ที่ภาครัฐสามารถอาศัยเป็นแกนหรือเป็นฐานให้กับสังคม สำหรับการพัฒนาใดๆ ได้

ความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรม

เนื่องจากคุณธรรมและจริยธรรมเป็นคุณสมบัติของคนดี เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของคน จึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรทั้งประเทศ รัฐบาลไทยได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมไว้เป็นวาระแห่งชาติ มุ่งพัฒนาจิตใจของประชาชน ด้วยการปลูกฝัง ฝึกอบรม สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมของสังคม ทั้งศิลปะ วัฒนธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ถูกต้องตั้งตามหลักศาสนา หลักศีลธรรมและหลักคุณธรรม จริยธรรม โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยลดปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน การก่ออาชญากรรม การเสพและการค้าสารเสพติด รวมทั้งลดปัญหาการทะเลาะวิวาทของนักเรียน นักศึกษาทั้งภายในสถาบันเดียวกันและต่างสถาบัน เป็นต้น

เรื่องที่ 3.1.3 แนวคิดการพัฒนาบุคคลด้านคุณธรรมและจริยธรรม

ทุกสังคมต้องการสมาชิกที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีสติ มีปัญญา มีความรู้ คู่คุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมที่ดีในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข กรอบแนวคิดเชิงคุณธรรมและจริยธรรมของบุคคลและสังคม สามารถแสดงความเชื่อมโยงกันได้ ดังนี้



ภาพที่ 3.1 ความเชื่อมโยงกันของคุณธรรมและจริยธรรมของบุคคลและสังคม

การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมของบุคคล ควรเริ่มตั้งแต่เด็กก่อนอายุ 6 ปี พ่อแม่ ญาติพี่น้องและผู้ใกล้ชิดของเด็ก จึงมีบทบาทสำคัญมาก โดยดำเนินการผ่านทางกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหลักสูตร การเรียนการสอน ตั้งแต่ระดับศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ประถมศึกษา อุดมศึกษา จนกระทั่งวัยทำงาน เพื่อให้ประชากรของชาติทุกคนเป็นทั้งคนเก่ง คนดีและมีความสุข

การพัฒนาบุคคลด้านคุณธรรมและจริยธรรม ต้องฝึกฝนให้มีความรู้สึกตระหนักว่า อะไรดี อะไรไม่ดี อะไรควร อะไรไม่ควรประพฤติปฏิบัติและหมั่นฝึกฝนให้ปฏิบัติแต่ในทางที่ถูกที่ควรให้เป็นปกติวิสัย การพัฒนาในสิ่งดังกล่าวควรใช้สิ่งชักจูงและโน้มนำให้มีและเพิ่มพูนความมีคุณธรรมยิ่งขึ้น มีสติ คือ ความระลึกได้ว่า อะไรควร-ไม่ควรและมีสัมปชัญญะ มีความรู้สึกตัวว่ากำลังทำอะไรอยู่ ผู้หวังความสงบสุข ความเจริญและความมั่นคงแก่ตนเองและประเทศชาติ ต้องฝึกฝนตนเองให้มีคุณธรรมและจริยธรรม

เนื่องจากคุณธรรมและจริยธรรม เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากสำหรับบุคลากรที่พึงประสงค์ ขององค์การแต่ละองค์การ จึงควรให้การส่งเสริม สนับสนุนและชักจูงให้บุคลากรขององค์การสนใจคุณธรรมจริยธรรมและนำไปปฏิบัติในการทำงานของตนเองจนเป็นวิถีชีวิต ค่านิยมและวัฒนธรรมขององค์การ

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพประชาชนในด้านจริยธรรมและคุณธรรม เนื่องจากจริยธรรมมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชากรทั้งประเทศ เป็นคุณสมบัติที่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพของคน จึงได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยเน้นการพัฒนาจิตใจในลักษณะจริยธรรม ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งผลที่ปรากฏอย่างชัดเจนมาจนถึงปัจจุบันนี้ คือ มีการเผยแพร่ธรรมะอย่างหลากหลายทางสื่อต่างๆ โดยมีศาสนสถาน หน่วยงานต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุนการอบรมสั่งสอนคนไทยวัยหนุ่มสาว เยาวชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เป็นจำนวนมาก

แนวทางการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของรัฐบาลไทย ได้กำหนดไว้ ดังนี้

1. พัฒนาจิตใจประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ผู้นำแต่ละกลุ่มเป็นผู้บริหารการเปลี่ยนแปลง
2. ให้มีการพัฒนาวิธีปลูกฝัง อบรม สั่งสอนศีลธรรม จริยธรรม ตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย ให้เป็นที่น่าสนใจ
3. ให้สถาบันของสังคมและครอบครัว ทำหน้าที่อันถูกต้อง ชอบธรรมตามพันธกิจของตนเองและหากมีข้อบกพร่อง ต้องแก้ไขโดยรีบด่วน
4. ให้มีการพัฒนาจิตใจในทุกหลักสูตรการฝึกอบรมของสถาบันการศึกษาและมีการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมของสังคม อันได้แก่ ศิลปะ วัฒนธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ถูกต้อง ดึงมาตามหลักศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม

องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันควรมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากรของตน โดยวิธีเดียวกัน เพื่อให้บุคลากรเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่พึงประสงค์ทั้งขององค์กรและประเทศชาติอย่างแท้จริง โดยจัดให้เป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักสำหรับการพัฒนาองค์กร ที่สำคัญคือ องค์กรควรส่งเสริมการสร้างบรรยากาศ หรือสภาวะแวดล้อมในการสอดแทรกคุณธรรมและจริยธรรม เช่น การไม่ให้คนทำงานมากเกินไป การพิจารณาความดีความชอบที่ยุติธรรม การส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ในองค์กร การสร้างบรรยากาศที่มีคุณธรรมและจริยธรรมในการทำงาน เป็นต้น

เรื่องที่ 3.1.4 การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

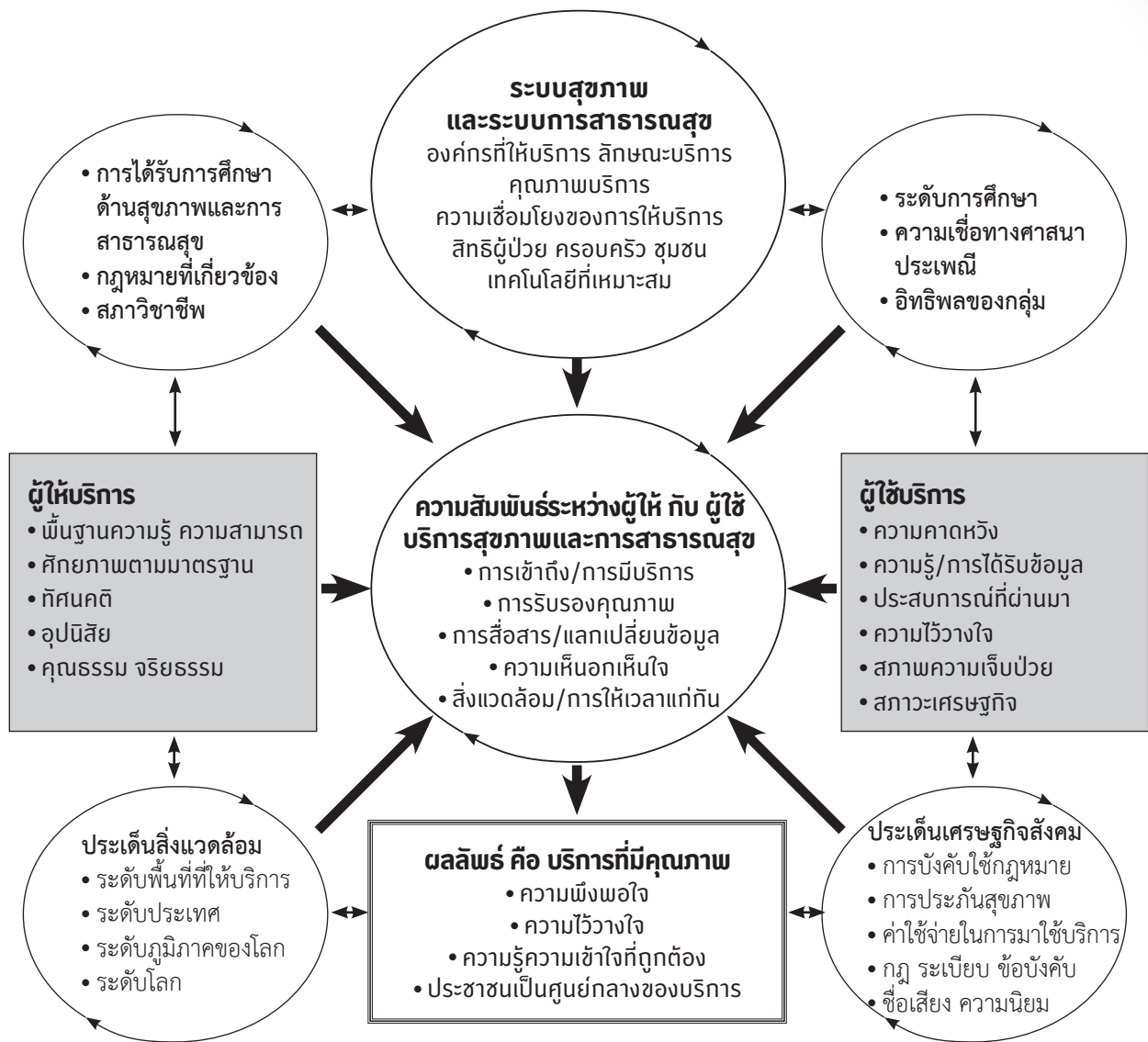
ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าต่างๆ ของสุขภาพและการสาธารณสุข จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ คุณค่าด้านความดีของการประพฤติและการปฏิบัติดี ในด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีต่อมนุษย์ ต่อสังคมและต่อโลก ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจกระทำเหล่านั้น สำหรับคุณค่าด้านความงาม ด้านศิลปะ ด้านความงามของการประพฤติและการปฏิบัติดีในด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีต่อมนุษยชาติทั้งตามธรรมชาติของการประพฤติและการปฏิบัติดี ตามการปรุงแต่งและการสรรค์สร้างของตัวผู้ประพฤติปฏิบัติ

การตัดสินใจคุณค่าของการประพฤติและการปฏิบัติในด้านสุขภาพและการสาธารณสุข โดยประยุกต์ตาม ทฤษฎีทางจริยศาสตร์ ทฤษฎีทางสุนทรียศาสตร์และทฤษฎีเหรียญ 2 ด้าน มีดังนี้

การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องเรียนรู้ ระบบสุขภาพและระบบการสาธารณสุข ประเด็นด้านเศรษฐกิจสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะของผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการสุขภาพและสาธารณสุข ในการดำเนินงาน ให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ซึ่งสรุปได้ดังภาพที่ 3.2

ประเด็นด้านผู้ใช้บริการนั้น ผู้ให้บริการที่มีโอกาสเลือก มักจะพิจารณาเลือกรับบริการจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถตามลักษณะการศึกษาและฝึกปฏิบัติที่ผู้ให้บริการนั้นๆ ได้รับมา รวมกับประสบการณ์ที่เขาเคย ได้รับหรือเคยได้ยินได้ฟังในช่วงเวลาที่ผ่านมา ที่สำคัญคือทัศนคติและการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยในระหว่างการตรวจรักษา เหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพอันดีของทั้งสองฝ่าย

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการเป็นพื้นฐานสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการก่อให้เกิด บริการที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยและการรักษาโรค ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ และผู้ใช้บริการ เป็นประเด็นวิกฤตนำมาซึ่งการตัดสินใจที่จะติดต่อรับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขคนใด กลุ่มใด หรือสถานที่/สถานบริการ/องค์การที่ให้บริการใด จะมีประเด็นความเชื่อถือ ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ให้บริการเหล่านี้รวมอยู่ในประเด็นคุณธรรมและ จริยธรรมการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขทั้งสิ้น



ภาพที่ 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้ใช้บริการสุขภาพและการสาธารณสุข
ที่มา : จากการประชุม WHO

การสื่อสารหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ถ้าผู้ให้และผู้ใช้บริการขาดการสื่อสารหรือไม่เข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้สูญเสียความไว้วางใจกัน ไม่พอใจกัน บางกรณีอาจมีการฟ้องร้องเอาผิดทางกฎหมาย ทำให้ทั้งสองฝ่ายต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการสืบสวน สอบสวนและการขึ้นโรงขึ้นศาล

นักปรัชญาได้จัดกลุ่มปรัชญาเป็น 27 กลุ่มสาขาหลัก ตามดัชนีของปรัชญา Index of philosophy โดยจัดกลุ่มปรัชญาจริยศาสตร์ประยุกต์ (Philosophy of applied ethics) เป็นกลุ่มสาขาหลักที่ 6 พร้อมให้ความหมายอย่างย่อว่า เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสอบยืนยันทางปรัชญา จากจุดยืนของจริยศาสตร์ ประเด็นจำเพาะในชีวิตส่วนตัวและที่สาธารณะ ซึ่งเป็นประเด็นตัดสินด้านคุณธรรมจริยธรรมอย่างถูกต้องตามทำนองคลองธรรมในวิถีชีวิตที่หลากหลายของมนุษย์

การประยุกต์คุณปรัชญาด้านจริยศาสตร์ (Applied ethics) จำแนกเป็น 11 ด้าน หรือ 11 สาขาย่อย คือ

1. จริยศาสตร์เศรษฐศาสตร์และธุรกิจ (Economics and business ethics)
2. จริยศาสตร์การแพทย์ (Medical ethics or clinical ethics)
3. จริยศาสตร์การตัดสินใจ (Decision ethics)
4. จริยศาสตร์เชิงองค์การ (Organizational ethics)
5. จริยศาสตร์เชิงวิชาชีพ (Professional ethics)
6. จริยศาสตร์ของเทคโนโลยี (Ethics of technology)
7. จริยศาสตร์สังคม (Social ethics)
8. จริยศาสตร์สะพานเชื่อม (Bridge ethics)
9. จริยศาสตร์เชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental ethics)
10. จริยศาสตร์การกินเนื้อสัตว์ (Ethics of eating meat)
11. จริยศาสตร์ภาคสาธารณะ (Public sector ethics)

โดยแต่ละด้านหรือแต่ละสาขา ยังแบ่งย่อยลงไปอีก เช่น จริยศาสตร์ภาคสาธารณะ มีการแบ่งย่อยลงไปอีก เป็นจริยศาสตร์รัฐบาล (Government ethics) จริยศาสตร์ในการบริหารสาธารณะ (Ethics in public administration) จริยศาสตร์ระหว่างประเทศ (International ethics) และจริยศาสตร์การควบคุมกำกับ (Regulatory ethics) เป็นต้น

การประยุกต์คุณปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้มีการนำองค์ความรู้ในวิทยาการของปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมต่างๆ มาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางปัญญา/จิตวิญญาณ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนำ “บางสิ่ง” ขององค์ความรู้ของปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมดังกล่าวมาใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันมิให้เกิดการเสียสุขภาพที่ดี การดูแลรักษาเมื่อเกิดการเสียสุขภาพที่ดีไปและการฟื้นฟูสุขภาพที่เสียไปแล้วให้กลับมาดีมีสุขภาพดีใกล้เคียงกับเมื่อก่อน รวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข

การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและประชาชนในชุมชนอย่างคุ้มค่า สามารถทำได้หลากหลาย อาทิ การประยุกต์เพื่อการพัฒนาสิ่งต่อไปนี้

1. การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เห็นคุณค่าของจริยธรรมและคุณธรรมของงานที่ปฏิบัติ
2. การพัฒนาผู้ให้บริการให้เห็นคุณค่าของการดำเนินงานและผลการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อชุมชน ต่อสังคม ต่อประเทศชาติและต่อโลก
3. การพัฒนาการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

4. การพัฒนาบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
5. การแก้ปัญหาความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรม
6. การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในการพัฒนาตนเองให้เปี่ยมไปด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีและที่พึงประสงค์ยิ่งขึ้น
7. การพัฒนาผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ

การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมของกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่

1. กลุ่มวิชาชีพแพทย์ เช่น การประยุกต์การรักษาความลับของผู้ป่วย การไม่เลือกปฏิบัติ การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ การมีจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นต้น
2. กลุ่มวิชาชีพพยาบาล เช่น การประยุกต์การพยาบาลผู้ป่วย การพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น
3. กลุ่มวิชาชีพทันตแพทย์ เช่น การประยุกต์การพัฒนางานทันตกรรมอย่างครบวงจร การพัฒนางานทันตกรรมชุมชน เป็นต้น
4. กลุ่มวิชาชีพเภสัชกร เช่น การประยุกต์การคัดเลือกเวชภัณฑ์เข้าโรงพยาบาล การทดลองยา การติดตามผลการใช้ยา เป็นต้น
5. กลุ่มวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ เช่น การประยุกต์การเจาะเลือดผู้ป่วย การตรวจสอบคุณภาพสิ่งส่งตรวจ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การลงชื่อรับรองผลการทดสอบก่อนรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
6. กลุ่มวิชาชีพกายภาพบำบัด เช่น การประยุกต์การดูแลบำบัดผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทั่วไป การป้องกันความบกพร่อง ความผิดปกติ ข้อจำกัดและภาวะแทรกซ้อนในการเคลื่อนไหวตามสภาวะสุขภาพร่างกาย เป็นต้น
7. กลุ่มวิชาชีพการแพทย์แผนไทย เช่น การประยุกต์การเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การเตรียม/การผลิตยาแผนไทย เป็นต้น
8. กลุ่มวิชาชีพการสาธารณสุข เช่น การประยุกต์การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนางานสาธารณสุขอย่างครบวงจร การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ เป็นต้น

ตอนที่ 3.2

คุณปรัชญาสุขภาพและสาธารณสุขกับศาสนาและความเชื่อ

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 3.2 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 3.2.1 ความเชื่อในศาสนาและความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 3.2.2 คำสอนในศาสนาที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุขและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.2.3 การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ศาสนาเป็นศูนย์รวมของความศรัทธา ความเชื่อ วัฒนธรรมและมุมมองโลกของกลุ่มบุคคล ก่อให้เกิดความเกี่ยวพันของมนุษย์กับจิตวิญญาณและกับคุณค่าด้านคุณธรรม จึงมีความสำคัญยิ่งต่อมนุษยชาติ

2. ความเชื่อในศาสนา เป็นความเชื่อ ความศรัทธา เป็นความเชื่อฝ่ายจิตวิญญาณที่ไม่ได้อิงอยู่กับวัตถุสิ่งของ เชื่อแบบหมดหัวใจ แบบไม่มีข้อสงสัย ซึ่งทำได้ยากที่สุด ถือเป็นความเชื่อขั้นสูงสุดที่มนุษย์จะมีได้

3. ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลแต่ละคนยึดถือเป็นความจริง จะปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านั้นอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เช่นใดก็ตาม และจะรู้สึกไม่พอใจถ้าใครบอกว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

4. ทุกศาสนามีคำสอนที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การดำเนินงานให้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน ซึ่งต้องใช้ “ความเชื่อ” มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบุคคลและกลุ่มเป้าหมาย ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน ชนเผ่า ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติงาน

5. การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องนำศาสนาและความเชื่อมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับกาละ เทศะ บุคคล กิจกรรม สถานการณ์ และสถานที่

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 3.2 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. ความเชื่อในศาสนาและความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
2. คำสอนในศาสนาที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การสาธารณสุข และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
3. การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 3.2.1 ความเชื่อในศาสนาและความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความเชื่อ (Belief) หมายถึง การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริงหรือมีการดำรงอยู่จริง โดยอาศัยประสบการณ์ตรง การไตร่ตรองหรือการอนุมาน

ความเชื่อเป็นปรากฏการณ์ทางจิตของมนุษย์ ที่เกิดจากความอยากรู้ อยากรูเห็น มี 3 แบบ คือ

1. ความเชื่อแบบศรัทธาสาทะ เป็นความเชื่อจากอารมณ์ที่ไม่ใช้เหตุผล
2. ความเชื่อที่เกิดจากการยอมรับว่าสิ่งหนึ่งมีอยู่หรือเป็นอยู่จริง อาศัยเหตุผล แต่ยังคงอยู่กับอารมณ์และความรู้สึก
3. ความเชื่อที่เกิดจากองค์ความรู้ ซึ่งมีพยานหลักฐานที่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือด้วยประสบการณ์ที่เห็นแล้วว่าเป็นจริง

ความสำคัญของความเชื่อ

ความเชื่อ มีความสำคัญต่อศาสตร์ บุคคลและสถาบัน ดังนี้

1. ความสำคัญต่อปรัชญา คือ เป็นพื้นฐานของแนวความคิดในการใช้เหตุผลเพื่อหาคำตอบปัญหาเกี่ยวกับโลกและมนุษย์
2. ความสำคัญต่อศาสนา โดยเป็นหลักการสำคัญของศาสนาซึ่งบ่งบอกความจริงสูงสุดที่ประจักษ์ด้วยใจ
3. ความสำคัญต่อวิทยาศาสตร์ โดยใช้เป็นเหตุผลในการสรุปสิ่งที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้าหาคำตอบช่วยให้เกิดองค์ความรู้
4. ความสำคัญต่อตัวปัจเจกบุคคล โดยใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตน เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกรณีหรือเหตุการณ์ต่างๆ
5. ความสำคัญต่อครอบครัว คือทำให้เกิดวิถีชีวิตครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลต่อชนรุ่นหลัง
6. ความสำคัญต่อชุมชน โดยก่อให้เกิดประเพณี วัฒนธรรม เทศกาลและกิจกรรมสำคัญของชุมชน
7. ความสำคัญต่อประเทศชาติ คือ เป็นหนึ่งในหลักการสำคัญที่ช่วยให้เกิดการรวมตัวกันเป็นประเทศ
8. ความสำคัญต่อโลก โดยเป็นปัจจัยสำคัญทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโลก

ความเชื่อในศาสนา

ความเชื่อ ความศรัทธา เป็นความเชื่อฝ่ายจิตวิญญาณที่ไม่ได้อิงอยู่กับวัตถุสิ่งของ ความเชื่อแบบนี้ถือเป็นความเชื่อขั้นสูงสุดที่มนุษย์ธรรมดาๆ คนหนึ่งจะมีได้ ความเชื่อแบบนี้ทำได้ยากที่สุด คือ เชื่อแบบหมดหัวใจเชื่อแบบไม่มีข้อสงสัย

ศาสนาคริสต์ เชื่อว่า “ความเชื่อในพระเยซูคริสต์” เป็นเงื่อนไขเดียวที่พระเจ้าทรงเรียกร้องสำหรับความอยู่รอด ความเชื่อไม่ใช่การกล่าวยอมรับพระคริสต์เท่านั้น แต่เป็นกิจซึ่งแสดงออกจากจิตใจของผู้ที่เชื่อที่แสวงหาพระคริสต์ในฐานะองค์พระผู้เป็นเจ้าและพระผู้ช่วยให้รอดด้วย มีความเชื่อในพันธสัญญาใหม่ ดังนี้

1. เป็นการเชื่อสุดใจ การยอมมอบเจตจำนงและการอุทิศถวายตนเองทั้งหมดต่อพระเยซูคริสต์
2. มีการกลับใจใหม่ได้ คือ การหันออกจากบาป ด้วยความสำนึกเสียใจอย่างแท้จริงและหันเข้าหาพระเยซูคริสต์

3. เชื่อฟังพระเยซูคริสต์และพระวาทะของพระองค์

4. แสดงออกโดยความไว้วางใจ ความรัก ความซาบซึ้งและความจงรักภักดีต่อพระเยซูคริสต์

ศาสนาอิสลาม ใช้คำว่า อัลฮามาน (ความศรัทธา) มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ วาจา การปฏิบัติและความเชื่อมั่น หากผู้ใดขาดอันหนึ่งอันใดไป ไม่ถือว่าเป็นอัลฮามาน

ศาสนาพุทธ ใช้คำว่า ศรัทธา (สันสกฤต: ศรัทธา) หรือ สัทธา (บาลี: สัทธา) หมายถึงความเชื่อที่ประกอบด้วยเหตุผล 4 ประการ คือ

1. กัมมสัทธา เชื่อกรรม เชื่อกฎแห่งกรรม เป็นความซื่อ-ความดี เชื่อว่ากรรมมีอยู่จริง เชื่อว่าเมื่อทำอะไรโดยมีเจตนา จงใจทำทั้งที่รู้ ย่อมเป็นกรรมมีขึ้นในตน เป็นเหตุปัจจัยก่อให้เกิดผลดี-ผลร้าย สืบเนื่องต่อไป การกระทำไม่ว่างเปล่าและเชื่อว่าผลที่ต้องการจะสำเร็จได้ด้วยการกระทำ มิใช่ด้วยการอ้อนวอนหรือนอนรอคอยโชคเป็นต้น

2. วิบากสัทธา เชื่อวิบาก เชื่อผลของกรรม เชื่อว่าผลของกรรมมีจริง เชื่อว่ากรรมที่ทำแล้วย่อมมีผล และผลต้องมีเหตุ ผลดีเกิดจากกรรมดี ผลชั่วเกิดจากกรรมชั่ว

3. กัมมัสสกตาสัทธา เชื่อว่าสัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตน เชื่อว่าแต่ละตนที่เป็นเจ้าของจะต้องรับผิดชอบเสวยวิบาก เป็นไปตามกรรมเหล่านั้น

4. ตถาคตโพธิ์สัทธา เชื่อความตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า มั่นใจในองค์พระตถาคต ว่าเป็นพระสัมมาสัมพุทธะ ทรงพระคุณทั้ง 9 ประการ ตรัสธรรม บัญญัติวินัยไว้ด้วยดี ทรงเป็นผู้นำทางที่แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ทุกคนหากฝึกตนด้วยดีจะสามารถเข้าถึงภูมิธรรมสูงสุด บริสุทธิหลุดพ้นได้ ดังที่พระพุทธองค์ทรงบำเพ็ญไว้

ความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คือ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลแต่ละคนยึดถือว่าเป็นความจริง บุคคลจะปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านั้นอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เช่นใดก็ตามและจะรู้สึกไม่พอใจถ้าใครบอกว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือแนะนำให้เขาเลิกปฏิบัติตามความเชื่อหรือให้ปฏิบัติในสิ่งที่ตรงข้ามกับความเชื่อนั้น

ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขในสังคมไทยมีมากมาย เช่น เชื่อว่าถ้ารับประทานไข่ขณะที่มีแผล จะทำให้แผลนั้นเป็นแผลเป็นที่น่าเกลียด ถ้ารับประทานข้าวเหนียวจะทำให้แผลกลายเป็นแผลเปื่อย ลุกลาม หญิงตั้งครรภ์ถ้ารับประทานเนื้อสัตว์ชนิดใดจะทำให้ลูกมีพฤติกรรมเหมือนสัตว์ชนิดนั้น ถ้าตม่น้ำมะพร้าวขณะมีประจำเดือนจะทำให้เลือดประจำเดือนหยุดไหล เป็นต้น

ความเชื่อเป็นวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัวและสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อจะทำให้ผู้นั้นมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ถ้าต้องฝ่าฝืนปฏิบัติในสิ่งที่ขัดกับความเชื่อจะรู้สึกไม่ปลอดภัย และเกรงว่าจะอันตราย ความเชื่อเหล่านั้นบางอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพมาก แต่บางอย่างไม่มีผลเสียหายต่อสุขภาพ ความเชื่อนั้นอาจจะเป็นความจริงหรืออาจจะไม่จริงก็ได้ เช่น น้ำมนต์ บ่อน้ำศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น

โดยปกติคนเรามากับได้รับความเชื่อมาจาก พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่เราเคารพเชื่อถือ จึงยอมรับฟัง โดยไม่ต้องพิสูจน์ ความเชื่อเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต ความเชื่อเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเปลี่ยนแปลง ยาก สถาบันศาสนามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของคนไทยมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะใช้สถาบันศาสนาเป็นที่ ยึดเหนี่ยวทางใจ เป็นการทำให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพจิตที่ดีและปรับตัวเข้ากับวัยสูงอายุได้ดี

การพัฒนาทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 เน้นประชากรและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งการดูแลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย มุ่งหวังและให้ความสำคัญในการเพิ่มกำลังความสามารถให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ โดยต้องมีความรู้ รู้จักแหล่งให้บริการดูแลสุขภาพ สามารถ ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในทุกๆ สถานการณ์ จึงมีความจำเป็นต้องเรียนรู้ความเชื่อ และนำความเชื่อทั้งหลายที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมทั้ง การเสริมสร้างและพัฒนาความเชื่อที่พึงประสงค์ให้มีและเพิ่มพูนขึ้น เพื่อเป็นพลังของการดำเนินงานสู่ความสำเร็จ ที่ยั่งยืนต่อไป

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบจำลองนี้ได้รับการพัฒนาโดยโรเซนสต็อก (Rosenstock) เพื่อที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกัน โรคของบุคคล ต่อมาเบคเกอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งประกอบด้วย มโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ ของบุคคล ปัจจัยร่วมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติต่อเนื่อง จนเป็นพฤติกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย 4 ตัวแปรย่อย ได้แก่ การรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการ ปฏิบัติ (Perceived barriers)

2. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หรือ ปัจจัยส่งเสริม เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความโน้มเอียง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (Demographic factors) ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา (Psycho-social factors) ปัจจัยด้านพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ (Knowledge factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้เป็นพฤติกรรม (Likelihood of action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ สิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ถึงศักยภาพ ของตนเองและสิ่งชักนำภายนอก เช่น การพูดคุยสนทนากับบุคคลอื่น เป็นต้น

การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือ จูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนัก ซึ่งจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

เรื่องที่ 3.2.2 คำสอนในศาสนาที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำสอนในศาสนา ที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข

คนในสมัยโบราณรู้จักการทำความสะอาดและรักษานามยส่วนบุคคล เนื่องจากความเชื่อทางศาสนาเป็นสิ่งสำคัญ คือ มุ่งที่จะให้ตนเองบริสุทธิ์ สะอาดในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือการสวดมนต์ภาวนา เมื่อเกิดโรคระบาดขึ้น มักจะเชื่อว่าเป็นเพราะพระเจ้าเป็นเจ้าลงโทษ จึงเป็นสิ่งที่อยู่เหนือความสามารถของมนุษย์ ในการป้องกันตนเอง สิ่งเดียวที่ทำได้ คือ การแยกหรือกำจัดผู้ป่วยให้พ้นจากครอบครัวและชุมชน

ระบบการแพทย์ในสมัยโบราณจะผูกพันกับอำนาจลึกลับ เทพเจ้าและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผสมผสานกับการสังเกต ทดลอง วิเคราะห์และความเชื่อมโยง รวมถึงการสังเกตพฤติกรรมสัตว์ในการบริหารตนเองเมื่อเจ็บป่วย และได้นำมาดัดแปลงตามความเหมาะสม เกิดแนวคิดและถ่ายทอดสู่รุ่นลูกหลาน ต่อมาได้พัฒนาขึ้นเป็นระบบและเป็นเอกลักษณ์ที่โดดเด่นในแต่ละภูมิภาค กล่าวคือ อียิปต์เริ่มมีการจดบันทึกเภสัชตำรับเมื่อประมาณ 1500 ปีก่อนคริสต์ศักราช หรือที่รู้จักกันในชื่อว่า “ปาปิรุสอียิปต์” ตลอดจนการบูชาเทพเจ้าในการบำบัดโรคกว่า 10 องค์ ชาวกรีกได้บูชาเทพแอสคลีปิอุส ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นเทพแห่งการแพทย์เช่นเดียวกับพระอิศวร คือ เทพไฮเจีย เทพแห่งสุขอนามัย โดยพระองค์จะถือถ้วยยาและงูไว้ งูเป็นสัญลักษณ์ในการดูพิษของชาวกรีกโบราณ จนกระทั่งเป็นสัญลักษณ์ของวิชาชีพแพทย์และเภสัชในปัจจุบัน กรีกมีนักปราชญ์มากมายซึ่งใช้ปรัชญาและทฤษฎีในการบำบัดรักษาโรคทั่วไป ส่วนในยุคโรมันได้รับวิทยาการถ่ายทอดจากกรีกและใช้ปรัชญาจากนักปราชญ์ในการบริหารผู้ป่วยสืบต่อมา

พระคริสต์ธรรมคัมภีร์ สอนว่า พระเจ้าของเราเป็นพระเจ้าแห่งการรักษาโรค คือ เยโฮวาห์ราฟา เมื่อพระเจ้าทรงสร้างมนุษย์ขึ้น พระองค์ทรงมีพระประสงค์ให้ทุกคนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีจิตใจที่ร่าเริงเบิกบานแจ่มใส ให้ร่างกายซึ่งเป็น “พระวิหารของพระเจ้า” อยู่ในสภาพสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ พระเยซูเป็นแพทย์ผู้ประเสริฐ พระราชกิจของพระเยซูคือการประกาศข่าวดีและการรักษาโรค “บรรดาผู้เจ็บป่วยทั้งหลายนั้น พระองค์ได้ทรงรักษาให้หาย” พระเยซูทรงรักษาผู้เจ็บป่วยทุกชนิดด้วยฤทธิ์อำนาจที่มาจากพระเจ้า ทรงรักษาชีวิตและสุขภาพมนุษย์ ไม่ปล่อยให้ร่างกายของมนุษย์ซึ่งเป็นพระวิหารของพระเจ้าเสื่อมโทรม แต่จะทรงทะนุบำรุงรักษาให้ใช้งานได้และอยู่ในสภาพดีตลอดไป เพื่อเป็นการถวายพระเกียรติแด่พระองค์ เมื่อใดมนุษย์ตกอยู่ในอำนาจของมาร โรคภัยต่างๆ ได้บังเกิดขึ้นกับมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นโรคภัยที่เกิดจากเชื้อโรคหรือการทำงานของอวัยวะในร่างกายบกพร่องและผิดปกติ เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น

จากคำสอนในพระคริสต์ธรรมคัมภีร์ จึงนำมาเป็นเหตุผลในการตั้งโรงพยาบาลในเครือศาสนาคริสต์ทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยมีหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลมิชชัน โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เป็นต้น แต่ละโรงพยาบาล ได้นำคำสอนทางศาสนาคริสต์มาเป็นหลักในการกำหนดปรัชญา วัฒนธรรมและพันธกิจของโรงพยาบาล

หลักการของศาสนาอิสลาม สอนให้ศาสนิกชนดำเนินวิถีชีวิตประจำวันไปตามหลักคำสอนที่ครอบคลุมทุกอย่างเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ ครอบคลุมทุกส่วนของร่างกายและสภาพแวดล้อมที่มนุษย์ใช้ชีวิตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดกรอบความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบระหว่างสุขภาพกับศาสนพิธี หรือ “อิบาเดาะห์” เช่น การอาบน้ำละหมาด การละหมาด การถือศีลอด การออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อน การป้องกันโรค การรักษาโรค การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอิสลาม จึงเป็นการปฏิบัติที่เกี่ยวกับสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

สำหรับศาสนาพุทธ พระสงฆ์จากอินเดียและศรีลังกาผู้เข้ามาเผยแผ่พุทธศาสนาในประเทศไทย ได้นำความรู้เรื่องการรักษาโรคเข้ามาด้วย จึงเกิดการผสมผสานการรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้เข้ากับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย เกิดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการสังสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมองว่าจิตใจและอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์มีการทำงานที่สัมพันธ์กัน และเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงจักรวาล การแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บจึงมีลักษณะองค์รวม (Holistic) ดังนั้น การแพทย์แผนไทยจึงเป็นเรื่องของปรัชญาที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิต เป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติและสภาวะผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกายร่วมกับกายวิภาค จากหลักฐานสมัยอยุธยา พบว่าการแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลจากอายุรเวทอินเดียเป็นสำคัญ โดยกล่าวว่าหมอชิวโกโกมารภักดิ์ แพทย์ประจำตัวของพระพุทธเจ้าเป็นผู้แต่งคัมภีร์ที่ใช้ในการแพทย์แผนไทย

การแพทย์และการสาธารณสุขแบบตะวันตก (Western medicine and public health) ได้รับอิทธิพลจากแพทย์มิชชันนารี ที่ได้เข้ามามีบทบาทในประเทศไทยตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา

เรื่องที่ 3.2.3 การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีสิ่งที่เกี่ยวข้อง 8 ส่วน คือ 1) ตัวงาน 2) เป้าหมายของการดำเนินงาน 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน 4) ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน 5) ผู้ให้บริการ 6) ผู้ให้บริการ (จำแนกเป็นผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร) 7) กิจกรรม กระบวนการ วิธีการในการดำเนินงาน 8) สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะดำเนินงาน

ศาสนาและความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ รวมทั้งการจัดกิจกรรม กระบวนการ วิธีการในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบุคคลและกลุ่มเป้าหมาย

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ มีแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย เช่น

1. การประยุกต์คำสอนของศาสนาอิสลาม สุขภาพที่มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้แก่

1.1 ด้านความสะอาด ทั้งความสะอาดทางจิตใจ การขัดเกลาจิตใจให้ปลอดจากความอิจฉาริษยาและความสะอาดทางร่างกาย โดยมีกฎเกณฑ์กำหนดไว้ เช่น การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย การตัดเล็บ การแปรงฟัน การสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด เป็นต้น

1.2 ด้านโภชนาการ ครอบคลุมถึงอาหารทุกชนิดที่จำเป็นต่อร่างกาย เน้นความสำคัญของ นม น้ำผึ้ง เนื้อ ผลไม้และผักต่างๆ ให้มีความสำคัญเรื่องความสะอาดของอาหาร ไม่รับประทานอย่างฟุ่มเฟือย

1.3 ด้านการออกกำลังกาย อิสลามถือเป็นการปฏิบัติทางศาสนา ซึ่งเป็นความโปรดปรานของอัลเลาะห์ การรักษาความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย การมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งมีวิธีการในการควบคุมโรคติดต่อเพื่อไม่ให้มีการแพร่ระบาดด้วย

2. การประยุกต์คำสอนของศาสนาพุทธ ได้แก่

2.1 การงดเหล้าเข้าพรรษา เป็นการประยุกต์ช่วงเวลาเข้าพรรษาของพุทธศาสนาและความเชื่อในการถือศีล 5 มาใช้ในการทำความดีด้วยการไม่ดื่มสุราและของมีเมา ตลอดช่วงระยะเวลา 3 เดือน ของพรรษา

2.2 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แนวจิตตปัญญาศึกษา เป็นการพัฒนาบุคคลจากภายใน ด้วยการฝึกให้มีสติ ความรู้สึกตัว มีการฟังอย่างลึกซึ้งและมีการคิดใคร่ครวญ ไขเหตุผล เพื่อให้เกิดความรู้ที่ปราศจากอคติ เป็นแนวทางพัฒนาบุคคลให้เกิดการเรียนรู้และมีสติปัญญาจากการพัฒนาจิต

2.3 การประยุกต์โยนิโสณมสิการในพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นการคิดโดยแยกคาย เพื่อการสร้างปัญญา การทำให้บริสุทธิ์ ซึ่งจะนำไปสู่การหลุดพ้นจากทุกข์ เป็นการพัฒนากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณและการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นการคิดในภาพรวม มีเหตุมีผล เน้นการแก้ปัญหาย่างชาญฉลาด เพื่อให้เกิดความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาบริการสุขภาพด้วยจิตวิญญาณและหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เป็นการให้บริการโดยบูรณาการความเป็นมนุษย์กับการเชื่อมโยงมิติทางสังคมให้อ่อนโยนต่อชีวิต มีความเป็น

กัลยาณมิตร แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยมีความเมตตา เอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่เป็นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความสามารถในการมองเห็นองค์รวม ความสามารถในการมองเห็นมนุษย์และความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ ซึ่งเป็นการประยุกต์คำสอนทั่วไปของทุกๆ ศาสนามาใช้ในการกระทำ

4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal stage) คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลูกหลานจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไป นอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิต ซึ่งเน้นการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ได้แก่

4.1 ให้ความรักและความเห็นใจ ความรักและกำลังใจจากลูกหลาน ญาติมิตรและผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถลดทอนความหวาดกลัว ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ

4.2 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา โดยควรเริ่มก่อนถึงวาระสุดท้าย อาจต้องบอกความจริงเรื่องโรคและใช้เวลาฟังความรู้สึกจากผู้ป่วย ข้อนี้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีของผู้ดูแลด้วย

4.3 ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม อาจน้อมนำได้หลายวิธี เช่น นำสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาไว้ภายในห้อง เพื่อให้ระลึกนึกถึง ชวนให้สวดมนต์ตามหลักศาสนา

4.4 การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ ได้แก่ ภาระกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินสมบัติที่ยังไม่มีผู้จัดการ หรือมีความรู้สึกผิดบางอย่างที่มีอยู่ในใจ

4.5 แนะนำให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ ผู้ป่วยมักยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ทำให้เกิดความกังวล ควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลต้องแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วยมั่นใจว่า มีผู้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้นให้เรียบร้อยได้และพยายามช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางความรู้สึก ไม่ยึดติดกับสิ่งเหล่านั้น

4.6 สร้างบรรยากาศที่สงบและเป็นส่วนตัว งดการโต้เถียงและร้องไห้ ให้ผู้ป่วยเห็นหรือได้ยิน อาจใช้วิธีการทางศาสนาช่วยสร้างบรรยากาศได้ เช่น การสวดมนต์ หรือ ฟังเทปธรรมะหรือบทสวดมนต์

5. การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการประยุกต์หลักศาสนาและความเชื่อในการพัฒนาสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคล

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสุขภาพ ในพื้นที่รับผิดชอบ มีแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ตามสิ่งที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 ส่วน ในขณะดำเนินการ เช่น นโยบายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในการแถลงนโยบายของนายกรัฐมนตรีต่อสภาผู้แทนราษฎร ก่อนเข้ารับบริหารประเทศและในการประกาศนโยบายเมื่อเข้ารับตำแหน่งของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

จากการวิเคราะห์นโยบายการดำเนินงานเหล่านี้ พบว่า ได้ประยุกต์หลักการคำสอนของศาสนาต่างๆ ความเชื่อในคำสอนของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และของนักปราชญ์ต่างๆ มาใช้ในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละงานในแต่ละพื้นที่ เช่น การดำเนินงานด้านการพัฒนางานสาธารณสุข ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การเร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุดและผู้ให้บริการมีความมั่นใจ รวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ เร่งรัดการดำเนินการระบบการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมและมีผลที่ต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ซึ่งเน้นการดูแลโดยชุมชนและครอบครัว ด้วยการสร้างความเข้มแข็งสนับสนุนและความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การปลูกฝังทัศนคติความเป็นไทย ซึ่งมีจารีตประเพณี ประวัติศาสตร์อันงดงาม น่าภาคภูมิใจ มีศีลธรรม คุณธรรม เพื่อให้สังคมไทยมีความเข้มแข็ง เสียสละ เผื่อแผ่ แบ่งปัน อยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ สามัคคีและพัฒนางานสาธารณสุขด้วยจิตอาสา ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีของสังคมไทย

ตอนที่ 3.3

คุณปรัชญากับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 3.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 3.3.1 ปรัชญาการดูแลสุขภาพ
- 3.3.2 จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาล สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์
- 3.3.3 คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข
- 3.3.4 ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- 3.3.5 การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์

แนวคิด

1. ปรัชญาการดูแลสุขภาพเป็นปรัชญาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องกับ คุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
2. การเขียนปรัชญาการดูแลสุขภาพ โดยใช้โครงสร้างมาตรฐานการเขียนปรัชญาตะวันตก 15 ประเด็น มาเป็นแนวทางช่วยให้เข้าใจวิชาปรัชญา ในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องและการเชื่อมโยงเป็น ปรัชญา
3. จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการพยาบาลยึดถือค่านิยมของ ฮิปพอกراطีส มาเป็นแนวปฏิบัติ โดยนำองค์ความรู้จากศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาประยุกต์ และ **เชื่อมโยงไปยังสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์** เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดจาก การดูแลรักษาพยาบาล
4. คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข เป็นหัวใจในบริบทขององค์การอนามัยโลก เพื่อ ปกป้องและส่งเสริมสุขภาพชุมชนของโลกและถ่ายทอดมายังประเทศต่างๆ
5. การดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมีความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ตลอดเวลา ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ ยิ่งๆ ขึ้น สามารถเอาชนะใจตนเอง ไม่ตกเป็นเหยื่อของผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์
6. การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์ เป็นหนึ่งใน หน้าหลักขององค์การด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ตั้งแต่บุคลากร เข้ามาปฏิบัติงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดไป

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 3.3 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. ปรัชญาการดูแลสุขภาพ
2. จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาล สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์
3. คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข
4. ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
5. การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์

เรื่องที่ 3.3.1 ปรัชญาการดูแลสุขภาพ

1. **ความเป็นมาและความสำคัญของปรัชญาการดูแลสุขภาพ**

ปรัชญาการดูแลสุขภาพ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับจริยศาสตร์ กระบวนการและประชาชนที่ได้รับการแต่งตั้งมอบหมายจากผู้มีอำนาจ ให้มีอำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแล หนุนบำรุงสุขภาพสำหรับมนุษย์ทั้งหมด

สิ่งสูงสุดที่เป็นเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์และความหมายของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ การรวบรวมความรู้ทั้งหลายที่มีอยู่มากมายที่เกี่ยวข้อง หรือมีการปรับปรุงพัฒนาและหาความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับเทคโนโลยีชีวภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข ด้วยการพิจารณา “การดูแลสุขภาพ” ซึ่งได้รับการจัดอันดับว่า เป็นหนึ่งในค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดของรัฐบาล จึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับความรู้ความเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพมิใช่เป็นเพียงสถาบันทางสังคม แต่เป็นสถาบันทางการเมืองด้วย ในอีกด้านหนึ่ง ปรัชญาการดูแลสุขภาพพยายามที่จะชี้ให้เห็นถึงการเป็นผู้ก่อเกิดการพัฒนาในระบบการดูแลสุขภาพให้กับพยาบาล แพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพการดูแลสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ประกอบกิจการประกันสุขภาพ (Health insurance companies ได้แก่ HMOs = Health Maintenance Organizations และ PPOs = Preferred Provider Organizations) รวมทั้งหน่วยงานรัฐบาลและองค์การเอกชนที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชนและปัจเจกบุคคลด้วย

2. **ประเด็นของปรัชญาการดูแลสุขภาพที่สำคัญ**

2.1 ผู้ที่ต้องการการดูแลสุขภาพมีใครบ้าง การดูแลสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทั้งหมดหรือไม่

2.2 อะไรที่ควรเป็นพื้นฐานในการคำนวณต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายด้านการรักษา การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้อัยการโรค เป็นต้น

2.3 การนำการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดไปบริหารจัดการให้ประชาชนส่วนใหญ่ ทำอย่างไร

2.4 อะไรคือตัวบ่งชี้ที่จำเป็นในการทดลองดำเนินการทางคลินิกและการประกันคุณภาพการทดลอง

2.5 ผู้ที่สามารถตัดสินใจได้ว่า เมื่อใดจึงจะยุติการรักษาผู้ป่วยเพื่อการจบชีวิต

2.6 คำถามที่สำคัญมาก ได้แก่ สุขภาพคืออะไร สิ่งแทรกแซงในการดูแลสุขภาพคืออะไร ความแตกต่างของการให้การดูแลสุขภาพกับการจัดระบบหรือการอบรมสั่งสอนคืออะไร การดูแลสุขภาพนั้นเป็นการริเริ่มสร้างสรรค์ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ หรือเป็นการกระทำในสิ่งที่ประชาชนสนใจหรือต้องการมากที่สุดหรือเป็นทั้งสองอย่าง

3. **เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ**

3.1 เป้าหมายสูงสุดของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบ มีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า (Quality of Life for All)

3.2 เป้าหมายรองหรือเป้าประสงค์รองของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ตลอดเวลา

3.3 วัตถุประสงค์ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ ให้การดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดแก่ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบอย่างสุดความสามารถตลอดเวลา

4. ความหมายของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีความสุขดีถ้วนหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืน ตลอดเวลาและตลอดไป

จากความหมายดังกล่าว มีคำสำคัญที่ต้องนำมาศึกษาเชิงปรัชญารวม 6 คำ คือ

4.1 สุขภาพ

4.2 สุขภาพของประชาชน

4.3 การดูแลสุขภาพ

4.4 สุขภาพดีถ้วนหน้า

4.5 สุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืน

4.6 สุขภาพดีถ้วนหน้าตลอดเวลาและตลอดไป

โดยนำ “แต่ละคำ” มาศึกษาความเป็นจริงทั้งหมด ทั้งสาระ คุณประโยชน์และส่วนประกอบ ทั้งภาวะที่กระทำจริงและภาวะที่แฝงอยู่ ทั้งที่เป็นสสารและที่เป็นรูปแบบของคำ และที่สุดจะสรุปพื้นฐานในเชิงปรัชญา คือ ความจริง ความดีและความงาม ของทั้ง 6 คำหลักดังกล่าว

5. ประเภท (Taxonomy) ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ

ปรัชญาการดูแลสุขภาพเป็นกลุ่มปรัชญาสาขาหลักกลุ่มที่ 5 ปรัชญาวิทยาศาสตร์ (Philosophy of science) ในสาขาย่อย ปรัชญาการดูแลสุขภาพ (Philosophy of healthcare)

ประเภทการดูแลสุขภาพ (Healthcare) ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพในภาวะวิกฤติ (Critical care) การดูแลสุขภาพเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน (Acute/Emergency care) การดูแลสุขภาพเรื้อรัง (Chronic care) การดูแลสุขภาพเฉพาะด้าน (Specific care) การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (Continuous care) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home care) การดูแลสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) การดูแลสุขภาพที่สิ้นหวังหรือใกล้ตาย (Hospice care) การดูแลสุขภาพที่เกินความจำเป็น (Excessive care) การดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแลสุขภาพปฐมภูมิหรือพื้นฐาน (Primary care) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

6. องค์ประกอบและการแยกส่วน (Composition and parts) ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ

6.1 จริยธรรมด้านการดูแลสุขภาพ (Ethics of healthcare)

6.1.1 จริยธรรมด้านการแพทย์ (Medical ethics)

6.1.2 จริยธรรมด้านการพยาบาล (Nursing ethics)

6.1.3 จริยธรรมด้านธุรกิจ (Business ethics)

6.2 ปรัชญาเชิงรัฐศาสตร์หรือการเมืองของการดูแลสุขภาพ (Political philosophy of healthcare)

6.2.1 กฎหมายด้านสิทธิผู้ป่วย (Patients' Bill of Rights)

6.2.2 การประกันสุขภาพ (Health insurance)

6.3 การวิจัยและการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย (Research and scholarship) ด้านการดูแลสุขภาพ

6.3.1 การทดลองทางคลินิก (Clinical trials)

6.3.2 การประกันคุณภาพ (Quality assurance)

6.4 การเกิดและการตาย (Birth and death)

6.4.1 สิทธิการเจริญพันธุ์ (Reproductive rights)

6.4.2 การเกิดและการดำรงชีวิต (Birth and living)

6.4.3 การตายและการเข้าสู่ความตาย (Death and dying)

6.5 การพัฒนาบทบาทหรือตัวแบบ (Role model development) ของการดูแลสุขภาพ

7. ธรรมชาติ คือ ลักษณะที่แท้จริงของปรัชญาการดูแลสุขภาพ

หลักปรัชญาธรรมชาติ (Natural philosophy) คือการศึกษาความเป็นจริงของการดูแลสุขภาพมนุษย์ รวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวข้องทั้งหลายด้วยสติปัญญาของมนุษย์ ตามหลักอภิปรัชญา เพื่อตอบว่า ความจริงของการดูแลสุขภาพคืออะไร ตามหลักญาณปรัชญา เพื่อตอบว่า เรารู้ความจริงของการดูแลสุขภาพได้อย่างไร และตามหลักคุณปรัชญา เพื่อตอบว่า ความจริงของการดูแลสุขภาพที่ได้จากการศึกษามีคุณค่าอะไร ทั้งคุณค่าด้านความดี และคุณค่าด้านความงาม

8. ปรัชญาการดูแลสุขภาพกับจิตใจของมนุษย์

จากความหมายของปรัชญาการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืน ส่วนคำว่า “สุขภาพ” ที่ระบุไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก นั้นหมายความว่า สภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีไข้เพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ต่อมาได้ปรับปรุงคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ เป็น “สภาวะที่สมบูรณ์อย่างมีพลวัตทั้งร่างกาย จิตใจ วิญญาณและสังคม และมีไข้เพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น” ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในหน่วยที่ 1 เรื่องที่ 1.1.2 และ หน่วยที่ 3 เรื่องที่ 3.2.1

ด้านจิตใจ ปรัชญาการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจิตใจของมนุษย์ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ทุกคน ในทุกระยะและทุกขั้นตอนของการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ก่อนเกิด จนกระทั่งตาย

9. ปรัชญาการดูแลสุขภาพกับกายของมนุษย์

ด้านกาย ปรัชญาการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพทางกายของมนุษย์ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค/การเสียสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น 5 ประการของมนุษย์ คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ การมีเพศสัมพันธ์ และการมีงานทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพของมนุษย์ทุกคน ในทุกระยะและทุกขั้นตอนของการดำเนินชีวิตตั้งแต่วินาทีแรกจนถึงวันตาย

10. ปรัชญาการดูแลสุขภาพกับการเรียนรู้ของมนุษย์

การเรียนรู้ปรัชญาการดูแลสุขภาพใช้หลักญาณปรัชญา ในกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การ

กำเนิดความรู้ จนได้คำตอบเกี่ยวกับความรู้ว่ามีเหตุมีผลที่เป็นความจริงในทุกประเด็น ด้วยทัศนะของปรัชญา คือ เป็นอิสระ ใจกว้างและใคร่ครวญอย่างไม่ลดละ จนบรรลุสิ่งที่ต้องการ จนเกิดเป็นความรู้จริงขั้นสูง อัจฉริยะ (Intelligence) และพัฒนาเป็นปัญญา (Wisdom) คือ ความรู้แจ้งในสิ่งนั้น ปรัชญาการดูแลสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียนรู้ของมนุษย์ในทุกกระยะ ทุกขั้นตอนและทุกวันของการดำรงชีวิต

11. ปรัชญาการดูแลสุขภาพกับวัตถุหรือสสาร

วัตถุหรือสสาร คือ สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์ เช่น อากาศ ก๊าซ ดิน น้ำ ลม ไฟ ไม้ ก้อนหิน หนังสือ จาน ช้อน ผุ่น เชื้อโรค สัตว์และพืช เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสสารทั้งสิ้น ตัวมนุษย์เองก็เป็นสสาร

วัตถุหรือสสารจะมีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ ประการที่ 1 ต้องการที่อยู่ ถ้าเราเอาหินที่ละก้อนใส่ใน ก่อ่งกระดาชใบหนึ่ง ในที่สุดก้อนหินจะเต็มก่อก่อ่ง ไม่สามารถใส่ก้อนหินได้อีก เพราะก้อนหินต้องการที่อยู่ หรือ ถ้วยแก้วที่เรามองดูว่าว่างเปล่า แท้ที่จริงแล้วมีอากาศอยู่ภายใน แต่เรามองไม่เห็น ลองเอากระดาชมาหนึ่งชิ้น ใส่ลงไปในก่อก่อ่งแก้วเปล่า แล้วคว่ำถ้วยแก้วนี้ลงในถังน้ำหรืออ่างน้ำ กดให้แก้วจมอยู่ในน้ำสักครู่ จึงยกถ้วยแก้ว ขึ้นมาตรงๆ จะเห็นว่ากระดาชไม่เปียก เพราะน้ำเข้าไปในแก้วไม่ได้ แสดงว่ามีสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ในแก้ว นั่นก็คือ อากาศ ดังนั้น อากาศก็ต้องการที่อยู่ ประการที่ 2 สสารต้องมีน้ำหนัก เช่น กระดาชแผ่นเล็กๆ อาจจะไม่รู้สึกว่ามีน้ำหนัก แต่ถ้านำหนังสือขนาดใหญ่มาถ่วง จะรู้สึกได้ทันทีว่ามีน้ำหนัก หรือนำลูกบอลที่ยังไม่ได้สูบลมมาวางไว้บน ตาชั่ง แล้วคว่ำน้ำหนักเท่าไร หลังจากนั้นนำลูกบอลไปสูบลมให้อากาศเข้าไปจนเต็มลูกบอล แล้วนำไปวางบนตาชั่ง อีกครั้ง จะเห็นว่า ครั่งนี้ลูกบอลจะหนักกว่าครั้งแรก แสดงว่าอากาศที่เพิ่มเข้าไปในลูกบอลนั้นมีน้ำหนัก

วัตถุนิยม หรือสสารนิยม (Materialism) เป็นแนวคิดทางปรัชญาของลัทธิที่เชื่อถือว่า มีเพียงสสาร และปรากฏการณ์ของสสารเท่านั้นที่เป็นจริง (Reality) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและจับต้องได้นั้น เกิดจากผลผลิตของสสารทั้งสิ้น นักปรัชญาหลายคนใช้คำว่า Physicalism หมายถึงวัตถุนิยมหรือสสารนิยม จัดเป็นกลุ่มปรัชญาแบบเอกนิยม (Monism) คำอธิบายของวัตถุนิยมนี้มีหลายอย่างที่ขัดแย้งกับปรัชญาจิตนิยม

ปรัชญาการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับวัตถุหรือสสารในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั้งขนาดใหญ่สุด คือ โลกและจักรวาล ลงมาเป็นสิ่งก่อสร้างต่างๆ สิ่งของเครื่องใช้ เชื้อไวรัส จนถึงสิ่งที่มีขนาดเล็กมากๆ คือ Electron ในอะตอม (Atom) ซึ่งเกี่ยวข้องกับมนุษย์ทุกคน ในทุกกิจกรรม

12. สำนักความคิด (School of thought) ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ

เป็นสำนักความคิดด้านทวินิยม (Dualism) และด้านความหลากหลายนิยม (Pluralism) ตามสภาวะ (Situations) เงื่อนไขความจำเป็น (Limitations) ความต้องการ (Desires) ความเป็นไปได้ (Posibilities) และความสามารถที่ทำได้จริง (Practicalabilities) ของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทุกด้านในองค์กร ซึ่งในระดับนานาชาติ คือ องค์กรอนามัยโลก ในส่วนของแต่ละประเทศ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยชั้นนำของประเทศ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ

13. ปัญหาของปรัชญาการดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่า ทำอย่างไรให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีเยี่ยมๆ ขึ้นตลอดเวลา ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม

14. **สิ่งที่มียู่เดิม** (Innateness) ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ เป็นสิทธิมนุษยชน (Human right) องค์การสหประชาชาติ หมายถึง สิทธิที่ติดตัวมนุษย์แต่ละคนมาตั้งแต่เกิด เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนมี เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตสำหรับบุคคลนั้นๆ โดยสิทธิเหล่านี้ไม่สามารถโอนหรือพรากไปจากบุคคลนั้นได้

สิทธิมนุษยชน แบ่งได้ 5 ประเภท ได้แก่ สิทธิพลเมือง (Civil rights) สิทธิทางการเมืองการปกครอง (Political rights) สิทธิทางสังคม (Social rights) สิทธิทางเศรษฐกิจ (Economic rights) และสิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural rights)

เรื่องที่ 3.3.2 จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาล สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์

จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์

จริยธรรมทางการแพทย์ ถือคำปฏิญาณของฮิปพอกراطีส (Hippocratic Oath) ซึ่งเป็นแพทย์ชาวกรีก มีชีวิตอยู่ในช่วง 470 ปีก่อนคริสตกาล ได้กล่าวถึงประเด็นหลักของจริยธรรมด้านการแพทย์ คือ ความศักดิ์สิทธิ์ และบริสุทธิ์สูงส่งของวิชาชีพแพทย์ ความมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย และกล่าวถึงการป้องกันมิให้แพทย์กระทำการฉ้อฉล เบียดบัง เอาประโยชน์จากผู้ป่วย รวมทั้งโทษของการกระทำดังกล่าว จึงถือเป็นแนวปฏิบัติของแพทย์ในยุคต่อมา โดยมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมในยุคสมัยนั้นๆ

ปีค.ศ.1948 แพทยสมาคมโลก (World Medical Association: WMA) ซึ่งเป็นองค์การระหว่างประเทศ ของวิชาชีพแพทย์ ได้จัดการประชุมนานาชาติที่กรุงเจนีวา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคำปฏิญาณของ ฮิปพอกراطีสให้ทันสมัย หลังจากนั้นได้มีการประชุมอีกหลายครั้งในปีค.ศ.1949, 1968 และล่าสุดในปีค.ศ.1988 ที่อิตาลี โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์และสิทธิผู้ป่วยบนพื้นฐานหลักจริยธรรม โดยแนะนำให้ ผู้อยู่ในสาขาแพทย์และพยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย 6 ประการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ในหน่วยที่ 2 เรื่องที่ 2.4.2

นอกจากหลักปฏิบัติเหล่านี้แล้ว แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่น จะนำองค์ความรู้จาก ศาสตร์และวัฒนธรรมท้องถิ่นมาประยุกต์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแลรักษาพยาบาลและการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

จรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ ประกอบด้วยคุณธรรม 10 ประการ คือ

- 1.1 มีเมตตาจิตแก่ผู้ป่วย ไม่เลือกชั้นวรรณะ
- 1.2 มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ยกตนข่มท่าน
- 1.3 มีความละเอียด เกรงกลัวต่อบาป
- 1.4 มีความละเอียด รอบคอบ สุขุม มีสติใคร่ครวญ มีเหตุผล
- 1.5 ไม่โลภเห็นแก่ลาภของผู้ป่วยแต่ฝ่ายเดียว
- 1.6 ไม่โอ้อวดวิชาความรู้ให้ผู้อื่นหลงเชื่อ
- 1.7 ไม่เป็นคนเกียจคร้าน เผลอเรอ มั่งง่าย
- 1.8 ไม่ลุแก่อำนาจ อดติ 4 คือ ความลำเอียงด้วยความรัก ความโกรธ ความกลัว ความหลง (โง่)
- 1.9 ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่เป็นโลกธรรม 8 คือ ความมีและความเสื่อมของลาภ ยศ สรรเสริญ สุข
- 1.10 ไม่มีสันดานชอบความมัวเมาในหมู่บាយมุข

แพทยสมาคมโลก ได้ประกาศหลักคุณธรรมสากลของวิชาชีพแพทย์ (International code of medical ethics) ณ กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ เมื่อ ตุลาคม พ.ศ.2492 ถือเป็นจริยธรรมของแพทย์ตามหลักสากล ดังนี้

1. หน้าที่ของแพทย์โดยทั่วไป

1.1 แพทย์ต้องรักษามาตรฐานสูงสุดของการประกอบวิชาชีพ

1.2 แพทย์ต้องไม่ยินยอมให้ตัวเองตกอยู่ในอิทธิพลของผลประโยชน์ส่วนตน

1.3 การปฏิบัติต่อไปนี้ ถือว่าขัดต่อจริยธรรมของแพทย์

- การโฆษณาตนเอง ยกเว้นได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยจริยธรรมของแพทย์
- การร่วมจัดบริการการแพทย์ซึ่งแพทย์ไม่มีความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ
- การรับเงินใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยกเว้น เงินค่าตอบแทนวิชาชีพที่ถูกต้อง หรือการรับเงิน

ใดๆ ในทำนองเดียวกันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย

1.4 ไม่ว่าในสถานการณ์ใดๆ ไม่อนุญาตให้แพทย์กระทำการอันที่จะทำให้ความต้านทานทางร่างกายหรือจิตใจของความเป็นมนุษย์อ่อนแอลง ยกเว้น มีข้อบ่งชี้ในการรักษาหรือป้องกันสำหรับผู้ป่วย

1.5 แพทย์ควรใช้ความระมัดระวังในการพิมพ์เผยแพร่ผลงาน นวัตกรรมและวิธีการ ที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากวิชาชีพแพทย์

1.6 ในกรณีที่แพทย์ได้รับการร้องขอให้ออกหนังสือรับรองหรือแจ้งหลักฐาน แพทย์ควรระบุสิ่งที่แพทย์สามารถรับรองได้เท่านั้น

2. หน้าที่ของแพทย์ต่อผู้ป่วย

2.1 แพทย์ต้องคำนึงถึงความสำคัญของการรักษาชีวิตมนุษย์ไว้ ตั้งแต่ต้นจนถึงวาระสุดท้าย

2.2 แพทย์ต้องมีความจริงใจต่อผู้ป่วยและทรัพยากรทางวิทยาศาสตร์อื่น หากเหนือความสามารถของตนจะต้องส่งแพทย์อื่นที่มีความเชี่ยวชาญ

2.3 แพทย์จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเข้มงวดทุกประการ จากการที่ผู้ป่วยไว้วางใจ

2.4 แพทย์ต้องให้การรักษาที่จำเป็นทุกประการในกรณีฉุกเฉิน จนกว่าจะมั่นใจว่ามีผู้อื่นดูแลต่อได้

คุณธรรมในการรักษาผู้ป่วย คือ กระบวนการที่กระทำเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ด้วยวิธีที่เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาชีพสาขานั้นๆ แม้กฎหมายจะระบุชัดเจนว่า แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำต่อร่างกายมนุษย์ได้ในกรณีใดบ้าง และก่อนการกระทำดังกล่าวจะต้องปรึกษาหารือกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก่อน เมื่อได้รับความยินยอม (Informed consent) แล้ว จึงจะดำเนินการต่อไปได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเป็นโรคที่สามารถให้การรักษาหรือปฏิบัติเพื่อทุเลาอาการได้มากกว่า 1 วิธี คณะแพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบก่อน พร้อมทั้งอธิบายข้อดี ข้อด้อยของแต่ละวิธีจนเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิบัติวิธีใดวิธีหนึ่งแล้ว คณะแพทย์จึงจะเริ่มดำเนินการได้

แพทยสมาคมแห่งสหรัฐอเมริกา (American Medical Association: AMA) ได้กำหนดความเห็นเกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์ (American Medical Execution Ethics Guide for Physicians) ตามกฎหมายว่าด้วย

จริยธรรมของแพทย์ (Code of Medical Ethics) โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการจริยธรรมทำหน้าที่ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยและสุขภาพของประชาชน โดยควบคุมและส่งเสริมวิชาชีพแพทย์ ช่วยร่างนโยบายจริยธรรม พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน และดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมสำหรับแพทย์ ทั้งที่กำลังศึกษาและที่กำลังประกอบวิชาชีพ โดยมีขอบเขตตามหลักจริยธรรมแพทยสหรัฐอเมริกา รวม 11 ประการ ประกอบด้วยหลักการจริยธรรมของแพทย์ บทนำ ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาล การรักษาความลับ การโฆษณาและการสื่อสารสัมพันธ์ ค่าธรรมเนียมและค่าบริการ ระเบียบของแพทย์ การประกอบวิชาชีพ สิทธิและความรับผิดชอบของวิชาชีพและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

จริยธรรมของแพทย์ไทย มีดังนี้

1. แพทย์ต้องทุ่มเทและอุทิศตนเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพด้วยความเห็นอกเห็นใจและเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน
2. แพทย์ต้องรักษามาตรฐานความเป็นวิชาชีพ ซื่อสัตย์ต่อการปฏิบัติงานวิชาชีพทุกประการและขวนขวายรายงานข้อบกพร่องของแพทย์ในด้านบุคลิกภาพหรือสมรรถภาพ หรือการมีส่วนร่วมในการฉ้อฉลหรือหลอกลวงต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. แพทย์ต้องเคารพต่อกฎหมายและยอมรับความรับผิดชอบในการแสวงหาการเปลี่ยนแปลงความต้องการต่างๆ ที่ขัดแย้งต่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
4. แพทย์ต้องเคารพต่อสิทธิผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ต้องเก็บรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ภายใต้ข้อจำกัดของกฎหมาย
5. แพทย์ต้องศึกษา ประยุกต์และพัฒนาความรู้ทางวิชาการศาสตร์อย่างต่อเนื่อง รักษาความมุ่งมั่นในการศึกษาทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานและประชาชนที่ขอรับคำปรึกษาและใช้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขอื่นเมื่อมีความจำเป็น
6. แพทย์ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ยกเว้น ในกรณีฉุกเฉิน มีอิสระที่จะเลือกผู้ให้บริการกับผู้ที่เชื่อมต่อและสภาพแวดล้อมในการให้การดูแลทางการแพทย์
7. แพทย์ต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาของชุมชนและการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น
8. แพทย์ต้องสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลสำหรับทุกคน

แพทย์สมาคมแห่งอังกฤษ มีคณะกรรมการจริยธรรม (Medical ethics team) ทำหน้าที่ส่งเสริมมาตรฐานจริยธรรมด้านการดูแลสุขภาพ โดยให้บริการคำปรึกษา แนะนำด้านจริยธรรมของแพทย์ ภูมิใจให้รักษามาตรฐานจริยธรรมตามมาตรฐานทางกฎหมายเบื้องต้น ผลักดันนโยบายสาธารณะและส่งเสริมสนับสนุนสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ

จริยธรรมของแพทย์อังกฤษ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขใหม่ เมื่อ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2552 มี 21 ประการ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์-ผู้ป่วย อำนาจตัดสินใจให้ความเห็นชอบและปฏิเสธในผู้ใหญ่ (ผู้บรรลุนิติภาวะ) การรักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมสำหรับผู้ใหญ่ที่ไร้ความสามารถและการบำบัดรักษา ความเห็นชอบและปฏิเสธในเด็กและเยาวชน การรักษาความลับ ประวัติสุขภาพ การคุมกำเนิด การทำแท้ง และการคลอดโดยการช่วยเหลือ พันธกรรม การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Mercy killing) การทำ การุณฆาตและการช่วยการฆ่าตัวตายโดยแพทย์ (Physician assisted suicide) ความรับผิดชอบหลังจากการ เสียชีวิตของผู้ป่วย การสั่งยาและการบริหารยา การวิจัยและนวัตกรรมการรักษาพยาบาล บริการฉุกเฉิน ภาวะ ผูกพันของแพทย์ แพทย์ทำงานในสถานคุมขัง การศึกษาและฝึกอบรม สหวิชาชีพและความสัมพันธ์กับเพื่อน ร่วมงาน มิติทางสาธารณสุขของเวชปฏิบัติ การลดความเสี่ยง ข้อผิดพลาดทางคลินิกและผลการปฏิบัติงานที่ ด้อยประสิทธิภาพ

ข้อมูลจริยธรรมของแพทย์ตามหลักสากล จริยธรรมของแพทย์สหรัฐอเมริกาและจริยธรรมของแพทย์ อังกฤษ ที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่ามีประเด็นที่เหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เน้นการทุ่มเทและการอุทิศตน เพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยความเห็นอกเห็นใจและเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน ของผู้ป่วย เน้นการรักษาความลับผู้ป่วย การพัฒนามาตรฐาน บริการสุขภาพและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ส่วนที่แตกต่างกันนั้นอยู่ที่บริบทและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ซึ่งไม่สามารถที่จะ ลอกเลียนแบบกันได้ เช่น จริยธรรมของแพทย์อังกฤษได้มีกฎหมายรองรับการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยความ เมตตาปรานี

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไทย

การพยาบาลเป็นการให้บริการต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาล มีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของสังคม

จรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาล เป็นการประมวลหลักความประพฤติให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Associations: ANA) ได้กำหนดสาระสำคัญของ จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไว้ว่า พยาบาลพึงมีหรือกระทำ ดังต่อไปนี้

1. ให้บริการด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีและความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยไม่จำกัดสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะ หรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย
2. เคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย โดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ
3. ให้การปกป้อง คุ้มครองแก่ผู้ป่วยและสังคม ในกรณีที่มีการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยและความ ปลอดภัย ป้องกันการถูกกระทำที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมาย จากบุคคลหนึ่งบุคคลใด
4. มีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

5. ดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล
6. ตัดสินใจด้วยความรอบคอบ ถี่ถ้วน ใช้ข้อมูล สมรรถนะและคุณสมบัติอื่น เป็นหลักในการให้คำปรึกษา หรือ ยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการมอบหมายกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติ
7. มีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ
8. มีส่วนร่วมและสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล
9. มีส่วนร่วมในการกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานะภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ให้มีคุณภาพที่ดี
10. มีส่วนร่วมในการปกป้อง ค้ำครองสังคม จากการเสนอข้อมูลที่ผิดและดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ
11. ร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพและบุคคลอื่นในสังคม เพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบ ความต้องการด้านสุขภาพของสังคม

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล พ.ศ.2528 ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อประเทศชาติ ความรับผิดชอบต่อผู้ร่วมวิชาชีพและความรับผิดชอบต่อตนเอง

สิทธิผู้ป่วยของประเทศไทย

แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออกประกาศสิทธิของผู้ป่วยไว้ รวม 10 ข้อ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหน่วยที่ 2 เรื่องที่ 2.4.2

จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยในมนุษย์ เป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการที่จะได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษยชาติ การวิจัยจะสัมฤทธิ์ผลได้ต้องมีบุคคลกลุ่มหนึ่งยินยอมเข้าร่วมให้ทำการศึกษิตามกระบวนการวิจัย บุคคลผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มนี้ย่อมมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย จึงสมควรที่จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด เพื่อมิให้ได้รับอันตรายจากการวิจัยโดยไม่จำเป็น บุคคลที่เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ที่สมัครใจและเสียสละเข้าร่วมการวิจัย โดยจัดให้มีคณะบุคคลที่มีความหลากหลายในคุณวุฒิ ประสบการณ์และทัศนคติ มาช่วยพิจารณาถ่วงถ่วงเพื่อช่วยเสริมความปลอดภัยให้ทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัย

การวิจัยในมนุษย์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ Ethical principles ให้นิยามว่า เป็นการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ หมายรวมถึงการศึกษาวิจัยที่กระทำต่อสารต่างๆ จากร่างกายมนุษย์และข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงบุคคลต่างๆ ได้ รวมทั้งการศึกษาวิจัยจากเวชระเบียนและสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย

ปฏิญญาสากลเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

แพทยสมาคมโลก ได้ร่วมกันกำหนดหลักจริยธรรมสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ในคน (Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects) ในการประชุมสมัชชาทั่วไปของแพทยสมาคมโลกครั้งที่ 18 ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2507 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมต่อเนื่อง จนมาถึงการประชุม ณ กรุงโซล ประเทศเกาหลีใต้ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2551 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ บทนำ มี 10 ข้อ หลักการสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ทั้งหมด มี 20 ข้อ และ หลักการเพิ่มเติมสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ร่วมกับการดูแลทางเวชปฏิบัติ อีก 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ ดังนี้

บทนำ

1. แพทยสมาคมโลกได้พัฒนาปฏิญญาเฮลซิงกิขึ้น เป็นคำแถลงหลักจริยธรรมสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ในคน รวมถึงการวิจัยที่ใช้ชิ้นส่วนของคนและข้อมูลที่สามารถระบุตัวเจ้าของได้ ปฏิญญามุ่งหวังให้ตีความโดยรวมและแต่ละข้อของปฏิญญาไม่ควรนำมาใช้โดยไม่คำนึงถึงข้ออื่นที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2. แม้ว่าในเบื้องต้นปฏิญญาจะมีไว้สำหรับแพทย์ แพทยสมาคมโลกก็สนับสนุนให้ผู้ร่วมงานอื่น ในการวิจัยทางการแพทย์ในคน ยอมรับหลักการเหล่านี้และนำไปปฏิบัติด้วย

3. เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ที่ร่วมในการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งจะสำเร็จได้เมื่อแพทย์ทุ่มเทในการทำหน้าที่นี้ด้วยความรู้และเมตตาธรรม

4. ปฏิญญาเจเนวาของแพทยสมาคมโลก ให้แพทย์ยึดถือคำมั่นที่ว่า “สุขภาพของผู้ป่วยของข้าพเจ้าเป็นสิ่งสำคัญที่ข้าพเจ้าคำนึงถึงเป็นอันดับแรก” และประมวลจรรยาบรรณแพทย์นานาชาติ ที่ประกาศว่า “แพทย์ต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเมื่อประกอบเวชปฏิบัติ”

5. ความก้าวหน้าทางการแพทย์มีพื้นฐานจากการวิจัย ซึ่งในที่สุดแล้วต้องทำการวิจัยในคน กลุ่มประชากร ซึ่งมักไม่ได้รับพิจารณาให้เข้าร่วมการวิจัยทางการแพทย์ ควรได้รับโอกาสให้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเหมาะสม

6. ในการวิจัยทางการแพทย์ในคน ต้องคำนึงถึงภาวะความเป็นอยู่ที่ดีของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละคน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเหนือประโยชน์อื่นใด

7. วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยทางการแพทย์ในคน คือ เข้าใจสาเหตุ กระบวนการเกิดและผลที่เกิดขึ้นของโรคต่างๆ ตลอดจนพัฒนามาตรการเวชปฏิบัติในการป้องกัน การวินิจฉัยและการดูแลรักษา (วิธีการขั้นตอนการดำเนินการและการรักษา) ให้ดีขึ้น แม้มาตรการเวชปฏิบัติในด้านต่างๆ จะดีเลิศและทันสมัยที่สุด ก็ยังควรประเมินอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยการวิจัยในแง่ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ การเข้าถึงและคุณภาพ

8. เวชปฏิบัติและการวิจัยทางการแพทย์ มาตรการเวชปฏิบัติส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและภาระต่างๆ

9. การวิจัยทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามมาตรฐานทางจริยธรรม เพื่อส่งเสริมการเคารพในผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ตลอดจนปกป้องสุขภาพและสิทธิของพวกเขาเหล่านั้น ประชากรในการวิจัยบางกลุ่มนั้นเปราะบางมาก ซึ่งต้องการการป้องกันเอาใจใส่เป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถให้การยินยอมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง ตลอดจนผู้ที่มีความเปราะบางต่อการบีบบังคับหรือการใช้อำนาจที่ไม่เหมาะสม

10. แพทย์ควรพิจารณาด้านจริยธรรม กฎหมาย บรรทัดฐานที่เป็นข้อบังคับและมาตรฐานสำหรับการวิจัยในคนในประเทศของตน ตลอดจนบรรทัดฐานและมาตรฐานนานาชาติที่เกี่ยวข้อง ไม่ควรมีข้อกำหนดทางจริยธรรม กฎหมาย หรือข้อบังคับใดๆ ทั้งในระดับชาติหรือนานาชาติ ที่จะลดหรือหักล้างการปกป้องผู้เข้าร่วมการวิจัยต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้ได้

หลักการการวิจัยทางการแพทย์

1. เป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทางการแพทย์ที่จะปกป้องชีวิต สุขภาพ ศักดิ์ศรี บุรณภาพ สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. การวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ต้องสอดคล้องกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ยอมรับกันทั่วไป มีพื้นฐานอยู่บนความรู้ที่ได้รวบรวมอย่างครอบคลุม ทัวถึง จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิทยาศาสตร์ แหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเพียงพอและการวิจัยในสัตว์ทดลองที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงสวัสดิภาพของสัตว์ทดลองที่ใช้ในการวิจัย

3. ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างเหมาะสมในการวิจัยทางการแพทย์ ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

4. การออกแบบและการดำเนินการของการวิจัยในมนุษย์ ต้องระบุรายละเอียดอย่างชัดเจนในแบบเสนอโครงร่างการวิจัย ซึ่งควรมีข้อความว่า ได้พิจารณาเรื่องจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้วและควรแสดงให้เห็นว่าได้คำนึงถึงหลักการต่างๆ ที่แสดงไว้ในปฏิญญานี้ แบบเสนอโครงร่างการวิจัยควรระบุข้อมูลเกี่ยวกับทุนที่ได้รับ ผู้อุปถัมภ์ การวิจัย สถาบันที่เข้าร่วมการวิจัย ผลประโยชน์ที่ขัดกันหรือที่แฝงอยู่ สิ่งจูงใจสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนข้อเสนอเพื่อรักษาและหรือชดเชยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้รับอันตรายที่เป็นผลจากการเข้าร่วมในการวิจัย แบบเสนอโครงร่างการวิจัย ควรมีรายละเอียดของข้อตกลงในการจัดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับมาตรการเวชปฏิบัติที่การวิจัยนั้นพบว่ามีประโยชน์ หรือการดูแลที่เหมาะสม หรือประโยชน์อื่นภายหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

5. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย ต้องส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พิจารณาให้เห็น ข้อแนะนำ และอนุมัติให้ดำเนินการได้ ก่อนเริ่มการวิจัย คณะกรรมการชุดนี้ต้องเป็นอิสระจากนักวิจัย ผู้อุปถัมภ์การวิจัย การใช้อำนาจที่ไม่เหมาะสมอื่น ต้องคำนึงถึงกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ ในประเทศที่ดำเนินการการวิจัยนั้น ตลอดจนบรรทัดฐานและมาตรฐานนานาชาติที่เกี่ยวข้อง แต่ทั้งนี้ต้องไม่ส่งผลให้ลดหรือหักล้างการปกป้องผู้เข้าร่วมการวิจัยต่างๆ ที่แสดงไว้ในปฏิญญานี้ได้ คณะกรรมการต้องมีสิทธิกำกับดูแลการวิจัยขณะดำเนินการ นักวิจัยต้องให้ข้อมูลในการกำกับดูแลการวิจัยต่อคณะกรรมการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงใดๆ ก็ตาม ต้องไม่เปลี่ยนแปลงแบบเสนอโครงร่างการวิจัยโดยไม่ผ่านการพิจารณาและอนุมัติโดยคณะกรรมการ

6. การวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ ต้องดำเนินการโดยบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมทางวิทยาศาสตร์และมีคุณสมบัติที่เหมาะสมเท่านั้น การวิจัยในผู้ป่วยหรืออาสาสมัครที่มีสุขภาพดี ต้องได้รับการควบคุมดูแลจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ที่มีความสามารถและคุณสมบัติที่เหมาะสม เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์

หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น การปกป้องผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ใช่หน้าที่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่จะดูแลตัวเอง เพียงเพราะว่าได้ให้การยินยอมแล้ว

7. การวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ด้อยโอกาส ประชากรหรือชุมชนที่เปราะบาง อาจให้ดำเนินการได้ถ้าการวิจัยนั้นตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพและความสำคัญลำดับต้นๆ ของประชากรหรือชุมชนดังกล่าว และถ้ามีความเป็นไปได้ที่สมเหตุสมผลว่าประชากรหรือชุมชนนี้จะได้รับประโยชน์จากผลการวิจัยนั้น

8. การวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ ต้องเริ่มต้นด้วยการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความเสี่ยงที่สามารถคาดเดาได้ ตลอดจนภาระที่มีต่อบุคคลและชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย เปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่คาดหวังได้ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลอื่นหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการทำวิจัย

9. ทุกการทดลองทางคลินิก ต้องลงทะเบียนในฐานข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ ก่อนการรับผู้เข้าร่วมการวิจัยรายแรก

10. แพทย์อาจไม่ร่วมทำการวิจัยในมนุษย์ ถ้าไม่มั่นใจว่าความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนั้น ได้รับการประเมินอย่างรอบคอบและสามารถจัดการได้อย่างน่าพอใจ แพทย์ต้องหยุดการวิจัยทันทีเมื่อพบว่าความเสี่ยงนั้นมีมากกว่าประโยชน์ที่อาจได้รับ หรือเมื่อได้ข้อพิสูจน์ที่แน่นอนของผลการวิจัยในเชิงบวกและมีประโยชน์

11. การวิจัยทางการแพทย์ในคนอาจให้ดำเนินการได้ในกรณีที่ว่าวัตถุประสงค์ในการวิจัยมีความสำคัญมากกว่าความเสี่ยงและภาระที่มีต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจนเท่านั้น

12. การเข้าร่วมในการวิจัยทางการแพทย์โดยบุคคลที่มีสมรรถภาพดี ต้องเป็นไปตามความสมัครใจ ถึงแม้ว่าการปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือผู้นำชุมชนอาจจะดูเหมาะสม แต่การเข้าร่วมในการวิจัยโดยบุคคลที่มีสมรรถภาพดี จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นตกลงใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ

13. ต้องใช้ความระมัดระวังทุกด้านเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ตลอดจนลดผลกระทบของการวิจัยที่มีต่อสภาพร่างกาย จิตใจและบุรณภาพทางสังคมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

14. ในการวิจัยทางการแพทย์ในมนุษย์ ต้องมีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอแก่ผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยให้ทราบถึงจุดมุ่งหมาย วิธีดำเนินการ แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย ผลประโยชน์ที่ขัดกันซึ่งอาจมีได้ สถาบันของนักวิจัยที่เข้าร่วมการวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดหมายไว้ ความเสี่ยงและความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนแง่มุมอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้ที่อาจเข้าร่วมการวิจัย ต้องได้รับทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนการยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษในการให้ข้อมูลที่จำเพาะตามที่ผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยต้องการ ตลอดจนวิธีการให้ข้อมูล เมื่อแน่ใจว่าผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยเข้าใจข้อมูลต่างๆ ดีแล้ว แพทย์หรือบุคลากรอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต้องขอให้ผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ ซึ่งนิยมให้ไว้ด้วยการเขียนใบยินยอม (informed consent) ถ้าการยินยอมไม่สามารถให้ด้วยการเขียนได้ ต้องบันทึกไว้ว่า ได้ให้การยินยอมในรูปแบบอื่นนอกเหนือจากการเขียนและให้พยานลงนามยืนยันไว้เป็นหลักฐาน

15. สำหรับการวิจัยทางการแพทย์ที่ใช้ชิ้นส่วนของคนหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวเจ้าของได้นั้น แพทย์ต้องขอการยินยอมสำหรับการรวบรวม วิเคราะห์ เก็บและ/หรือใช้ซ้ำ ตามปกติอาจจะมีบางสถานการณ์ที่ไม่

สามารถขอการยินยอมได้ หรือการขอการยินยอมทำได้ยาก หรือการขอการยินยอม อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อความเที่ยงตรงของการวิจัย ในสถานการณ์เหล่านี้ อาจดำเนินการการวิจัยได้ ก็ต่อเมื่อได้รับการพิจารณาและอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เท่านั้น

16. ในการขอการยินยอมฯ เพื่อเข้าร่วมการวิจัย แพทย์ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ถ้าผู้ที่อาจเข้าร่วมการวิจัยนั้นมีความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาแพทย์ หรืออาจให้การยินยอมด้วยความเกรงใจแพทย์ในสถานการณ์ดังกล่าว กระบวนการขอการยินยอม ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งไม่เกี่ยวข้องใดๆ กับความสัมพันธ์ดังกล่าว

17. สำหรับผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ที่ไร้ความสามารถ แพทย์ต้องขอการยินยอม จากผู้แทนตามกฎหมาย บุคคลเหล่านี้ต้องไม่ถูกนำเข้าไปร่วมในการวิจัยใดๆ ที่ไม่น่าจะมีประโยชน์สำหรับพวกเขาเหล่านั้น นอกจากนี้ การวิจัยนั้นตั้งใจที่จะพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรซึ่งมีผู้ที่อาจเข้าร่วมการวิจัยเป็นตัวแทนการวิจัยนั้น ไม่สามารถดำเนินการกับบุคคลที่มีสมรรถภาพดีการวิจัยนั้นจะนำมาซึ่งความเสี่ยงและภาระที่น้อยที่สุด

18. ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ไร้ความสามารถ อาจให้ความยินยอมในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ แพทย์ต้องขอความยินยอมจากผู้นั้นเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่ขอการยินยอมจากผู้แทนตามกฎหมาย ควรให้ความเคารพต่อการปฏิเสธของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว

19. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถให้การยินยอมได้ เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ อาจให้ดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่พร้อมในการให้การยินยอมนั้น เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของกลุ่มประชากรที่การวิจัยต้องการเท่านั้น สถานการณ์ดังกล่าว แพทย์ควรขอความยินยอมจากผู้แทนตามกฎหมาย ถ้าไม่มีผู้แทนดังกล่าวและการวิจัยไม่อาจรอได้ อาจให้การวิจัยนั้นดำเนินการได้แม้จะยังไม่ได้รับการยินยอมก็ตาม ถ้ามีการเขียนเหตุผลจำเพาะไว้ในแบบเสนอโครงการวิจัยว่าต้องทำในผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งอยู่ในสภาพที่ทำให้ไม่สามารถให้การยินยอมได้ และการวิจัยดังกล่าวได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว การยินยอมเพื่ออยู่ในการวิจัยต่อไปนั้น ควรต้องขอทันทีเมื่อเป็นไปได้จากตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย หรือผู้แทนตามกฎหมาย

20. ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการและสำนักพิมพ์ ต่างมีพันธกรณีทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีพิมพ์ผลงานการวิจัย ผู้นิพนธ์มีหน้าที่เผยแพร่ผลงานการวิจัยในคนไปสู่สาธารณะ อีกทั้งรับผิดชอบเรื่องความสมบูรณ์และถูกต้องของรายงาน ผู้นิพนธ์ควรยึดมั่นแนวทางการรายงานอย่างมีจริยธรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ ผลการวิจัยที่ได้ไม่ว่าจะเป็นแง่ลบและไม่สามารถสรุปผลได้ หรือเป็นแง่บวกก็ตาม ควรได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่สู่สาธารณะ แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันที่เข้าร่วมการวิจัยและผลประโยชน์ขัดกันที่มีอยู่นั้น ควรแจ้งไว้ในการตีพิมพ์ผลงานด้วย รายงานการวิจัยใดที่ไม่สอดคล้องกับหลักการที่ปรากฏในปฏิญญานี้ ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์

หลักการเพิ่มเติมสำหรับการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่ผนวกการดูแลรักษาไปด้วย

1. แพทย์อาจทำการวิจัยทางการแพทย์ร่วมกับการดูแลทางเวชปฏิบัติได้ ต่อเมื่อการวิจัยนั้น ได้พิจารณาแล้วว่าอาจมีคุณค่าในการป้องกัน วินิจฉัย หรือการบำบัดรักษาเท่านั้น และเมื่อแพทย์มีเหตุผลที่เพียงพอที่ทำให้เชื่อได้ว่าการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเข้าร่วมการวิจัยนั้น

2. ผลประโยชน์ ความเสี่ยง ภาระและประสิทธิภาพของมาตรการเวชปฏิบัติแนวใหม่ใดๆ ต้องได้รับการทดสอบเปรียบเทียบกับมาตรการเวชปฏิบัติที่ได้รับการยืนยันแล้วว่าดีที่สุดในปัจจุบัน ยกเว้นในกรณีต่อไปนี้คือ

- การใช้ยา (สาร) เลียนแบบ ที่ไม่มีสารออกฤทธิ์ (placebo) หรือไม่ให้การรักษา ยอมรับ เฉพาะการวิจัยซึ่งยังไม่มีมาตรการเวชปฏิบัติใดๆ พิสูจน์ว่าได้ผลในปัจจุบัน หรือ

- เมื่อมีเหตุผลเกี่ยวกับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถืออย่างยิ่งว่า จำเป็นต้องใช้ (สาร) เลียนแบบที่ไม่มีสารออกฤทธิ์ สำหรับการประเมินประสิทธิผล หรือความปลอดภัยของมาตรการเวชปฏิบัติหนึ่งๆ และผู้ป่วยที่ได้รับยา (สาร) เลียนแบบที่ไม่มีสารออกฤทธิ์ หรือไม่ได้รับการรักษาเลย จะไม่มี ความเสี่ยงจากอันตรายใดๆ ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คืนกลับสู่สภาพปกติ ต้องระมัดระวังอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันการอ้างใช้ข้อนี้ในการวิจัยอย่างไม่ถูกต้อง

3. เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการวิจัยและได้รับผลประโยชน์ใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ตัวอย่างเช่น การเข้าถึงมาตรการเวชปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัยที่พบว่าเป็นประโยชน์ หรือการดูแลรักษาหรือผลประโยชน์ที่เหมาะสมอื่น

4. แพทย์ต้องให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่มีการดูแลรักษาที่ให้นั้นเกี่ยวข้องกับการวิจัย การที่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือตัดสินใจถอนตัวจากการวิจัย ต้องไม่รบกวนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่มีอยู่เดิมแต่ประการใด

5. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งยังไม่มีมาตรการเวชปฏิบัติใดๆ ที่ได้ผลหรือที่มีอยู่นั้นไม่มีประสิทธิภาพ แพทย์อาจใช้มาตรการเวชปฏิบัติที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผล มาใช้กับผู้ป่วยได้ในกรณีที่แพทย์ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว และแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่า มาตรการเวชปฏิบัติดังกล่าว ให้ความหวังในการรักษาชีวิต ฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมาดีขึ้น หรือผ่อนความทุกข์ทรมานให้ลดน้อยลง ทั้งนี้แพทย์ต้องได้รับการยินยอม จากผู้ป่วย หรือผู้แทนตามกฎหมาย ถ้าเป็นไปได้ มาตรการเวชปฏิบัตินี้ควรทำการวิจัย โดยออกแบบการวิจัยให้สามารถประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลของมาตรการเวชปฏิบัติได้ในทุกกรณี ข้อมูลใหม่ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ควรได้รับการบันทึกและเผยแพร่สู่สาธารณะตามความเหมาะสม

ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านการแพทย์และการพยาบาล คือ การศึกษาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า อย่างมั่นคงและยั่งยืน ตลอดเวลาและตลอดไป ปรัชญานี้จึงเป็นหลักในการช่วยให้ผู้ที่อยู่ในสาขาการแพทย์และการพยาบาล นำมาประยุกต์ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ได้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแลรักษาพยาบาล

เรื่องที่ 3.3.3 คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข

ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข คือ การศึกษาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า อย่างมั่นคง ยั่งยืน ตลอดเวลา และตลอดไป

คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข เป็นหัวใจในบริบทขององค์การอนามัยโลกเพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพชุมชนของโลก มีกิจกรรมในจริยธรรมการสาธารณสุขปรากฏในโครงการและแผนงานต่างๆ มากมาย ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ.1994 หน่วยงานภาคพื้นอเมริกา (AMRO/PAHO) ได้สร้างโครงการจริยธรรมชีวภาพขึ้น ในปี ค.ศ.2002 Dr. Gro Harlem Brundtland WHO's Director-General ได้สร้างนวัตกรรม “จริยธรรมและสุขภาพ” ซึ่งเป็นจุดอ้างอิงหลักของกิจกรรมจริยธรรมทั่วทั้งองค์การอนามัยโลก โครงการดังกล่าวรวมถึงสิ่งพิมพ์ชื่อ แนวทางจริยธรรมและความเท่าเทียมในการเข้าถึงการดูแลรักษาเอชไอวี HIV ร่วมกับโครงการเอตส์แห่งสหประชาชาติ UNAIDS รวมทั้งการพิจารณาจริยธรรม การพัฒนาตอบสนองทางสาธารณสุขต่อการระบาดของโลกใช้ทั่วโลก

องค์การอนามัยโลกมีส่วนร่วมในการเพิ่มพลังความสามารถด้านจริยธรรมร่วมกับประเทศสมาชิก ตัวอย่างเช่น โครงการประสานงานจริยธรรมของการวิจัยด้านชีวการแพทย์ในแอฟริกา (Networking for Ethics on Biomedical Research in Africa: NEBRA) เป็นต้น

ความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข

คุณธรรมและจริยธรรม เป็นคุณสมบัติของคนดี เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของคน ดังนั้น คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญต่อทั้งศาสตร์ บุคคลและสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนี้

1. ความสำคัญต่อการสาธารณสุขศาสตร์ คือ เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ในการปลูกฝังให้เกิดขึ้นในบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ทั้งด้านปรัชญา แนวความคิดหลัก และวิธีการดำเนินงาน ให้เป็นที่ชื่นชมยกย่องในความเป็นวิชาชีพ

2. ความสำคัญต่อบุคลากรสาธารณสุข คือ เป็นคุณสมบัติสำคัญของนักสาธารณสุข

3. ความสำคัญต่อหน่วยงาน องค์การสาธารณสุข ช่วยให้การดำเนินงานราบรื่น เป็นที่ไว้วางใจของประชาชน และสังคม

4. ความสำคัญต่อชุมชน โดยเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความสงบและความมั่นคงด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข

5. ความสำคัญต่อประเทศชาติ คือ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวถ่วงความเจริญของชาติ

กระทรวงสาธารณสุขไทย เห็นความสำคัญในการสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ได้รับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่ดั่งามให้บุคลากร เพื่อให้ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการสร้างจิตสำนึกที่ดีให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำหลักคุณธรรม และน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดความสุขทั้งยังเกิดประโยชน์ และความมั่นใจในตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ มีการส่งเสริม ยกย่อง เชิดชูบุคคลหรือองค์กรที่เป็นแบบอย่างในทางคุณธรรมและการทำความดี มีการแสวงหาแนวทางการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม อย่างเหมาะสมทันสมัย โดยมุ่งเน้นความโปร่งใส ประหยัด เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการสร้างและขยายเครือข่ายการพัฒนาให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมแก่บุคลากรใน องค์กร หน่วยงานให้เหมาะสมกับบริบท โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้านการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมไว้ในแผน ตรวจราชการปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่างมีการตื่นตัว และได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง ได้ประกาศจรรยาบรรณ ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2553 ให้เป็นกรอบมาตรฐานในการกำกับการประพฤติตนของข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานราชการ ไว้ 6 ข้อ คือ ซื่อสัตย์สุจริตและรับผิดชอบ ยืนหยัดและยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมและ เสมอภาค ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและตรวจสอบได้ มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานและดำรงชีวิตตามหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง

คณะกรรมการดำเนินการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข โดย “แก้วกัลยาสิขาลัย” สถาบันพระบรมราชชนกได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม เป็นแนวทางในการ กำหนดวิธีการพัฒนาและ/หรือปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมาตั้งแต่ พ.ศ.2550 เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นคนดี มีความซื่อสัตย์สุจริต มีคุณธรรมจริยธรรมและมีความสุขในการ ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดูแลสังคม ชุมชนและบริการด้านสุขภาพประชาชนมีคุณภาพ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนา คุณธรรมจริยธรรมกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2555-2559 ได้รวบรวมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ กระทรวงสาธารณสุขทั้งหน่วยงานด้านการศึกษา สถานบริการสุขภาพ และหน่วยงานการผลิตและการพัฒนา บุคลากร ตลอดจนเครือข่ายชมรมจริยธรรม เพื่อให้เป็นการพัฒนาที่ตอบสนองหลักการของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยยึดคนเป็น ศูนย์กลางของการพัฒนา และให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อ พัฒนาประเทศสู่ความสมดุลในทุกมิติอย่างบูรณาการและเป็นองค์รวม สร้างและพัฒนาคุณภาพบุคลากรสาธารณสุข ด้วยการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่ดั่งาม เพื่อการปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ด้วยการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่า ความเป็นมนุษย์ ใน 5 ด้าน คือ

1. พัฒนาข้าราชการและบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นคนดีมีคุณธรรมเป็นฐาน ด้วยวิธีการพัฒนากระบวนการคิด กระบวนการทางปัญญา มีเหตุผล เห็นแก่ประโยชน์สุขส่วนรวมและการพัฒนาจิตใจให้สูงขึ้นด้วยวิธีการ ที่หลากหลาย

2. สร้างจิตสำนึกที่ดีของผู้นำองค์กรในการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริม การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร ร่วมสร้างวัฒนธรรมองค์กรและค่านิยมด้านคุณธรรมจริยธรรม

3. ส่งเสริม ยกย่องคนดี ผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง
4. ขยายเครือข่ายและเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายคุณธรรมจริยธรรมในหน่วยงานทุกระดับ
5. พัฒนาเครื่องมือการประเมินคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากร

การสร้างและพัฒนาด้านคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากร ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล เป็นภารกิจที่ต้องมีการส่งเสริมให้เกิดรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งองค์กรในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ เพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมที่ดีขององค์กร รวมทั้งการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างกว้างขวางและแพร่หลาย โดยมุ่งเน้นคุณภาพของบุคลากรในการบริการประชาชนและพัฒนาประเทศให้บุคลากรสามารถดำเนินชีวิตและปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องในสังคม โดยการพัฒนาจากภายในตัวตนของบุคคลให้สามารถคิดและทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่มีคุณค่า เป็นทรัพยากรองค์กรที่มีทุนทางสังคมสูง สามารถเป็นตัวกำหนดความก้าวหน้าของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาภายในด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิดและสติปัญญา เพิ่มคุณค่าให้กับบุคลากรให้มองโลกในแง่ดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความรัก ความเมตตา ไม่เบียดเบียนผู้อื่น เสียดสีความสุขส่วนตนเพื่อส่วนรวม สร้างสามัคคีในกลุ่มคน ไม่เอารัดเอาเปรียบและพร้อมจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

เรื่องที่ 3.3.4 ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์

การดำเนินงานด้านการแพทย์ มีความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมมากมาย ขอยกตัวอย่างตามแนวทางในเอกสารวิชาการของนิธิพัฒน์ เจียรกุล ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน 26 กรณี คือ

1. เวชระเบียน (Medical Record)
2. การรักษาความลับของผู้ป่วย
3. การทำหน้าที่แทนบุคคลที่สาม
4. การเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ป่วยและครอบครัว
5. การขอความยินยอม
6. การตรวจทางพันธุกรรม
7. ความเสี่ยงทางสุขภาพของตัวแพทย์เองและตัวผู้ป่วย
8. การปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นภัยพิบัติ/อุบัติภัยหมู่
9. การแพทย์ทางเลือก การแพทย์ผสมผสาน และการแพทย์แผนไทย

9.1 การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) คือ การแพทย์ที่สามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

9.2 การแพทย์ผสมผสาน (Integrative medicine) คือ การแพทย์ที่ใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน (แผนตะวันตก) ร่วมกับการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์เสริม (Complementary medicine) อื่น ที่มีหลักการทางการแพทย์ที่ชัดเจน เป็นวิชาการและมีหลักฐานพิสูจน์ทราบถึงผลการรักษาที่แน่ชัด เป็นการใช้ศาสตร์ทุกชนิดไม่จำกัดแขนง เพื่อรักษาผู้ป่วยแตกต่างจากการแพทย์ทางเลือกที่สามารถใช้ยาแผนปัจจุบัน ร่วมกับ สมุนไพร และวิธีการอื่น ตามที่แพทย์เห็นสมควร จึงใช้คำว่า Complementary and alternative medicine หรือ CAM

9.3 การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนโบราณ เป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติและสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกาย กายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) และหลักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ เข้ามาอธิบายตามหลักวิชาการหลักเวชปฏิบัติ องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการสะสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมองว่าจิตใจและอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ มีการทำงานที่สัมพันธ์และเป็นหนึ่งเดียว นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงจักรวาล การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีแบบองค์รวม ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์อย่างเดียวล้วนๆ แต่เป็นเรื่องของปรัชญาความคิดที่ครอบคลุมไปถึงการดำเนินชีวิตตามแบบวิถีชีวิตคนไทย

10. การออกใบรับรองแพทย์
11. การให้บริการบุคคลจำเพาะ เช่น เป็นคนมีชื่อเสียงในสังคม หรือเป็นบุคคลสาธารณะ หรือเป็นคน ที่ตัวแพทย์เองชื่นชอบหรือรังเกียจ
12. การเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย

13. ความสัมพันธ์เชิงคู่สาว ถือเป็นเรื่องร้ายแรงในเชิงจริยธรรม
14. การตรวจร่างกายผู้ป่วยในที่รโหฐาน ต้องมีบุคคลที่สามอยู่ด้วย
15. การรับของสมนาคุณ ทั้งจากผู้ป่วยหรือญาติและจากผู้แทนบริษัท หรือองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน
16. การรักษาที่ไม่มีหลักฐานว่าเกิดประโยชน์ทางการแพทย์
17. การบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย
18. ผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interests) หรือ ความขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์ส่วนตน กับผลประโยชน์ส่วนรวม
19. ความรับผิดชอบต่อสังคม
20. ความมีส่วนร่วมในการใช้จ่ายทรัพยากรสุขภาพให้เหมาะสม
21. บทบาทของแพทย์ต่อกิจการของรัฐ
22. การแพทย์ไร้พรหมแดน
23. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันเองในหน้าที่
24. การปฏิบัติเมื่อตัวแพทย์ป่วย
25. การทบทวนเวชปฏิบัติในกลุ่มแพทย์ด้วยท่วงทีกัลยาณมิตร
26. การมีส่วนร่วมในงานวิจัยทางการแพทย์

ในการประกอบวิชาชีพเวชปฏิบัติ มีความท้าทายเชิงจริยธรรมทั้งต่อตัวแพทย์ ทีมงานผู้ร่วมปฏิบัติงาน สถาบันที่แพทย์และทีมงานสังกัด องค์กรที่ดูแลรับผิดชอบผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติที่จะมีผลต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และสังคมภายนอก ในฐานะที่แพทย์เป็นบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือและยกย่องด้านคุณธรรมและจริยธรรม จึงต้องยึดมั่นในหลักการ “การเอาใจเขามาใส่ใจเรา” และ “การคำนึงถึงประโยชน์เพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” แพทย์จะสามารถจรรโลงคุณค่าของวิชาชีพแพทย์ให้อยู่คู่กับสังคมและเป็นหลักให้กับทีมผู้ร่วมปฏิบัติงานได้

ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข

- ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ มีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง 8 ประการ คือ
1. ด้วงงานที่ต้องการดำเนินงาน ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล และงานฟื้นฟูสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ
 2. เป้าหมายของการดำเนินงาน ได้แก่ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ สู่เป้าหมายร่วมกันของชาติหรือของมนุษยชาติ คือ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน
 3. กรอบเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ 1 วัน และ 1 ปี อย่างต่อเนื่อง แบบไร้รอยต่อ
 4. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ คน เงิน ของ วิธีการ วิชาการและเทคโนโลยีที่มีอยู่ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานได้
 5. ผู้ใช้บริการ (Consumers) ได้แก่ ประชาชนทุกคนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน NGOs และภาคประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ

6. ผู้ให้บริการ (Providers)

6.1 ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้ให้บริการของงานในข้อ 1 ในสถานบริการทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาค NGOs และภาคประชาชน ที่เกี่ยวข้องกับทุกคน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย/รพ.สต./ฝ่ายสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล/อบจ./เมืองพัทยา/กทม.) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์บริการด้านการสาธารณสุข เขตของกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) และ หน่วยงานบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของกระทรวงกลาโหม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลัง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพลังงาน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงอุตสาหกรรม และ สำนักนายกรัฐมนตรี รวมทั้ง รัฐวิสาหกิจในสังกัดของกระทรวงดังกล่าวและสถานบริการของภาคเอกชนด้วย

6.2 ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรและหน่วยงานในข้อ 6.1 จำแนกเป็น ผู้บริหารระดับต้น ผู้บริหารระดับกลางและผู้บริหารระดับสูง

7. กิจกรรม กระบวนการและวิธีการ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

8. สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะที่ดำเนินงาน จำแนกตามสถานที่ คือ ในสถานบริการ ในชุมชน ในโรงเรียน ในสถานประกอบการ เช่น บริษัท โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น และในสถานที่เฉพาะ เช่น เรือนจำ เป็นต้น

สิ่งที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 ประการนี้ ต่างก็มีความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานนั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการในแต่ละบุคคลหรือกลุ่มผู้ใช้บริการในแต่ละกิจกรรมของการดำเนินงาน ดังนั้น ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข จึงมีมากมายและหลากหลาย จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะของการดำเนินงาน คือ ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในระยะก่อนการดำเนินงาน ในขณะดำเนินงาน และในระยะหลังการดำเนินงาน สิ่งที่น่าเน้น คือ การป้องกันความเสี่ยง

เรื่องที่ 3.3.5 การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์

ในการดำเนินงานที่มีความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ สามารถเอาชนะใจตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อของผู้ที่ต้องการแสวงหาผลประโยชน์

คุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลในสังคมไทย

เป็นคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลในสังคมไทย ทั้งความมีคุณธรรมที่เป็นคุณลักษณะภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นพื้นฐานทางจิตวิญญาณที่สำคัญ และความมีจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์ที่ได้แสดงออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ด้วยการประพฤติปฏิบัติ เป็นคุณลักษณะประจำตัวภายนอก ย่อมได้รับความเคารพนับถือจากสังคมได้แก่

1. เป็นผู้ที่มีศีล คือ ไม่ทำความชั่ว ทั้งทางกาย วาจา ใจ ตลอดเวลา
2. เป็นผู้ที่มีความเพียรความพยายามในการประกอบความดี คือ มีความเพียรในการสะสมธรรมะให้พอกพูนยิ่งขึ้น ทุกกลมหายใจ ด้วยอิทธิบาท 4 (ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา) อย่างไม่ย่อท้อ
3. เป็นผู้ที่มีสติ คือ มีความระลึกได้อยู่เสมอ สติมีบทบาทเป็นพื้นฐานให้จิตทำหน้าที่ได้ถูกต้องในกิจวัตรประจำวันไม่ให้ผิดพลาด ไม่ลุ่มหลงในสิ่งหนึ่งสิ่งใด การทำให้จิตตั้งมั่นที่สมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จะสามารถปฏิบัติจิตให้เป็นอิสระ มีแต่ความตื่นตัว ตื่นใจ เห็นความจริงตามสภาพที่แท้จริงของสิ่งนั้น รู้ธรรมด้วยญาณปัญญา รู้จักละ ไม่ยึดมั่นถือมั่น จะนำไปสู่การล่วงพ้นทุกข์ได้ สติจึงเปรียบเสมือนสิ่งที่รวมธรรมอื่นไว้หมดในตัวของมัน แทรกซึมอยู่ในชีวิตมนุษย์ตลอดเวลา ช่วยให้มีประมาท
4. เป็นผู้ที่มีปัญญา คือ มีความรู้-คิด-เข้าใจ-หยั่งเห็น ซึ่งเป็นแสงที่ส่องสว่างขึ้นมา บอกช่องทาง ขยายขอบเขต ปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการปฏิบัติตนให้ดียิ่งๆ ขึ้น ตลอดจนปลดปล่อยชีวิตให้มีอิสรภาพ
การหาทางปฏิบัติ จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ด้วยการเรียนรู้ ปรับตัว ตลอดจนฝึกหัดทำสิ่งใหม่ๆ ให้ได้ผลดียิ่งๆ ขึ้น เป็นการพัฒนาชีวิต ซึ่งมีศัพท์เฉพาะว่า “การศึกษา” คือ การเรียนรู้-ฝึก-หัด-พัฒนา ซึ่งจะทำอะไร อย่างไร ได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัญญาของผู้ปฏิบัติ การพัฒนาปัญญาต้องอาศัยความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดความรู้จริงอย่างแจ่มแจ้ง
5. เป็นผู้มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่คดโกง ไม่คอร์รัปชัน ไม่ฉ้อราชบังหลวง ไม่ทุจริตและประพฤติมิชอบ มีจริยธรรม จรรยาบรรณและความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน
6. เป็นผู้มีความยุติธรรมต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง ในทุกเรื่องและทุกกรณี
7. เป็นผู้ที่มีพรหมวิหาร 4 ที่สมบูรณ์ ทั้งเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา อย่างครบถ้วนและเหมาะสม
8. เป็นผู้ใฝ่หาความรู้ ความสามารถในการประกอบอาชีพ เพื่อความมั่นคงของตนเองและครอบครัว
9. เป็นผู้ที่มีรัฐสามารถอาศัยเป็นแกน หรือเป็นฐานที่มั่นคงให้กับสังคม สำหรับการพัฒนาใดๆ ได้
10. เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานดี คือ
 - มีมนุษยสัมพันธ์ดี

- มีความอดทน มุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่อความยากลำบาก
- เป็นผู้มองโลกในแง่ดีก่อนเสมอ
- เป็นผู้ที่มีความรอบคอบ ไม่ประมาท มองอะไรได้ครบถ้วนทุกแง่ทุกมุม
- เป็นผู้ที่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง
- เป็นผู้ที่สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
- เป็นผู้มี Service mind ดี
- สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ดี
- มีความสามารถในการสื่อสารภาษาดี
- เป็นผู้ที่มีความสามารถในการสอนดี
- มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ได้ดี
- เป็นผู้ที่สามารถฟังได้ ไหว้วางใจได้

11. เป็นผู้ที่สละประโยชน์ส่วนน้อยของตน เพื่อประโยชน์ส่วนใหญ่ของบ้านเมือง

จริยธรรมข้าราชการพลเรือน

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ในฐานะองค์กรกลางบริหารงานบุคคลของข้าราชการพลเรือน เห็นว่า ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนทุกตำแหน่ง มีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้ราชการแผ่นดินในส่วนที่รับผิดชอบเกิดประโยชน์สูงสุดแก่สังคม ดังนั้น ข้าราชการพลเรือนทุกคนต้องมีคุณธรรม ในการใช้อำนาจ เพื่อให้หน้าที่ที่รับผิดชอบลุล่วงด้วยดี ซึ่งเป็นการอันพึงกระทำ เพราะนำประโยชน์ให้เกิดแก่ส่วนรวมและตนเอง และต้องมีศีลธรรมซึ่งเป็นการอันพึงเว้น เพราะเป็นโทษแก่ส่วนรวมและตนเอง ประกอบกันขึ้นเป็นจริยธรรม ข้าราชการพลเรือน อันเป็นความประพฤติที่ดีงาม สัมกับความเป็นข้าราชการในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จึงกำหนดประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนขึ้นในเดือนพฤศจิกายน 2552 ระบุจริยธรรมข้าราชการพลเรือนไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. ต้องยึดมั่นในจริยธรรมและยืนหยัดกระทำในสิ่งที่ถูกต้องและเป็นธรรม
2. ต้องมีจิตสำนึกที่ดีและความรับผิดชอบต่อหน้าที่ เสียสละ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรวดเร็ว โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
3. ต้องแยกเรื่องส่วนตัวออกจากตำแหน่งหน้าที่และยึดถือประโยชน์ส่วนรวมของประเทศชาติเหนือกว่าประโยชน์ส่วนตน
4. ต้องละเว้นจากการแสวงหาประโยชน์ที่มีขอบโดยอาศัยตำแหน่งหน้าที่และไม่กระทำการอันเป็นการขัดแย้งกันระหว่างประโยชน์ส่วนตนและประโยชน์ส่วนรวม
5. ต้องเคารพและปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายอย่างตรงไปตรงมา
6. ต้องปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเที่ยงธรรม เป็นกลางทางการเมือง ให้บริการแก่ประชาชนโดยมีอัธยาศัยที่ดีและไม่เลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

7. ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ อย่างเคร่งครัดและรวดเร็ว ไม่ถ่วงเวลา ให้เนิ่นช้า ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้มาจากการดำเนินงานเพื่อการในหน้าที่ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันการณ์ และไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง

8. ต้องมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน รักษาคุณภาพและมาตรฐานแห่งวิชาชีพโดยเคร่งครัด

9. ต้องยึดมั่นในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

10. ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำรงตน รักษาชื่อเสียงและภาพลักษณ์ของราชการโดยรวม

คุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

เนื่องจากงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นงานที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับชีวิตประจำวัน ของมนุษย์ทุกคนในโลก การดำเนินงานทุกกิจกรรมในแต่ละครั้ง ต้องคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมของทั้ง ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการตลอดเวลา อย่างครบวงจร ตลอดชีวิตของผู้ใช้บริการ

ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จึงต้องมีคุณธรรมจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์ ของคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลในสังคมไทย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว อย่างครบถ้วนและเข้มข้นกว่าผู้ปฏิบัติงาน ทั่วไป และควรใช้ปฏิญญาสากลเฮลซิงกิ เป็นแนวทางในการกำหนดจริยธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานให้เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตามสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติและพัฒนาเป็นจริยธรรมวิชาชีพที่ดีของ สังคมอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่เปี่ยมไปด้วยคุณธรรมและ จริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์ เป็นหนึ่งในหน้าที่หลักขององค์การด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ที่ต้อง ดำเนินการอย่างจริงจัง ตั้งแต่บุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดไป ทั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ อย่างมีความสุขและมีความภาคภูมิใจ

รัฐบาลไทยได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของประชาชน โดยบรรจุไว้ในแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ตั้งแต่ พ.ศ.2540 และดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ด้วยการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กเล็ก วัยเรียน จนถึงวัยทำงาน ด้วยการประสานพลังอย่างแน่นแฟ้นระหว่าง 7 สถาบัน หลักทางสังคม คือ สถาบันครอบครัว สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมืองการปกครอง สถาบันการศึกษา สถาบัน ศาสนา สถาบันนันทนาการและสถาบันสื่อสารมวลชน

คุณธรรมและจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์นั้น เป็นยอดปรารถนาประการหนึ่งของมนุษยชาติ ถือเป็น วาระแห่งโลก ที่ต้องร่วมมือร่วมใจกันปลูกฝังให้เกิดขึ้น ให้คงอยู่และพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้น ตลอดไป

ตอนที่ 3.4

ประเด็นปัญหาในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 4.4 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 3.4.1 ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 3.4.2 แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอดีต ปัจจุบันและอนาคต

แนวคิด

1. ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีอยู่มากมาย ในแต่ละปัญหาต่างก็มีแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงควรใช้หลักการวิเคราะห์ปัญหามาเป็นจุดเริ่มต้น สิ่งที่ควรเน้น คือ การป้องกันปัญหา ทั้งการป้องกันขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลที่เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรม

2. แนวทางการป้องกันและการแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานสุขภาพและการสาธารณสุข จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้ใช้หลักการแก้ปัญหาในลักษณะองค์รวม บนพื้นฐานของแพทยศาสตร์ศึกษา และจรรยาบรรณในการปฏิบัติงานของทีมบุคลากรทางการแพทย์ แนวทางในอนาคต จึงควรกระทำอย่างต่อเนื่องจากที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันและเพิ่มเติมให้มากขึ้นอย่างเหมาะสม ทันเหตุการณ์และทันเวลาต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในยุคโลกาภิวัตน์ โดยสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 3.4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

- 1. ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 2. แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอดีต ปัจจุบันและอนาคต
- 3. การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์
- 4. การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

เรื่องที่ 3.4.1 ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสามารถวิเคราะห์ได้ตามหลักการวิเคราะห์ปัญหา ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในหน่วยที่ 2 เรื่องที่ 2.5.2 ดังนี้

1. ตัวปัญหา คือ ผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขเกี่ยวกับคุณธรรมและจริยธรรมที่ยังไม่ได้ตามความคาดหวังของทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งสภาวิชาชีพ สังคม และ 7 สถาบันหลักของสังคมด้วย เช่น

1.1 ยังมีการกระทำที่ผิดคุณธรรมและจริยธรรมอยู่เป็นจำนวนมาก ในทุกพื้นที่ ทุกวัน

1.2 การกระทำที่ผิดคุณธรรมและจริยธรรม มีความรุนแรง คุณภาพต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข สุขภาพของสังคมและบุคคลจำนวนมาก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

1.3 ต้องใช้เวลา แรงงานและทรัพยากรมากในการดำเนินงานเกี่ยวกับการกระทำที่ผิดคุณธรรมและจริยธรรมทั้งการป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูสภาพ

1.4 ยังมีความไม่พึงพอใจทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เกี่ยวกับการกระทำที่ผิดคุณธรรมและจริยธรรม

1.5 ยังมีความด้อยประสิทธิภาพและความไม่คุ้มค่าของการดำเนินงานเกี่ยวกับการกระทำที่ผิดคุณธรรมและจริยธรรม ทั้งในระดับบุคคล ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับโลก

2. สาเหตุของปัญหา มี 12 กลุ่ม ได้แก่

2.1 กลุ่มปัจจัยด้านตัวงานสุขภาพและการสาธารณสุข ที่ดำเนินการ ทั้งกิจกรรมที่ทำในแต่ละพันธกิจ เป้าหมายของงาน ทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินการ ผลการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการดำเนินงาน

2.2 กลุ่มปัจจัยภายนอกองค์กรที่ดำเนินการ (External factors) เช่น กลุ่มปัจจัยด้านการเมือง นโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวง/กรม/จังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับงานและองค์กร กลุ่มปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ความคาดหวังและความต้องการของประชาชน กลุ่มปัจจัยด้านกฎหมาย นิเวศน์วิทยาของพื้นที่ที่ดำเนินการ กลุ่มปัจจัยด้านองค์กร/คู่แข่ง (Industry/Competitors) เป็นต้น

2.3 กลุ่มปัจจัยภายในองค์กรที่ดำเนินการ (Internal factors) เช่น ลักษณะทั่วไปขององค์กร/หน่วยงาน โครงสร้างทางกายภาพและโครงสร้างทางการบริหาร สไตล์ผู้บริหาร บุคลากรของหน่วยงาน สภาพทางการเงิน พัสดุ ระบบงาน วัฒนธรรมองค์กร ชื่อเสียงขององค์กร/หน่วยงาน บทบาทหน้าที่ขององค์กร/หน่วยงาน ระเบียบข้อบังคับ กลยุทธ์ขององค์กร/หน่วยงาน เป็นต้น

2.4 กลุ่มปัจจัยด้านผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานผู้ดำเนินการ เช่น ลักษณะทั่วไปของผู้บริหาร ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ ลักษณะความเป็นผู้นำ ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดเชิงบวก ลักษณะครอบครัว สไตล์การใช้ชีวิตและสไตล์การบริหาร เป็นต้น

2.5 กลุ่มปัจจัยด้านทีมงานของผู้ดำเนินการ เช่น ลักษณะส่วนบุคคลของทีมงานแต่ละคน ลักษณะผู้นำทีมงาน สไตล์การทำงาน องค์กรประกอบของทีมงาน บทบาทหน้าที่และภารกิจของทีมงาน เป็นต้น

2.6 กลุ่มปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ดำเนินการ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความร้อน แสง เสียง ฝุ่นละออง เหตุรำคาญ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ปฏิสัมพันธ์ทั้งปวงของทีมที่มีต่อกัน ทั้งภายใน และปฏิสัมพันธ์ภายนอกหน่วยงาน เป็นต้น

2.7 กลุ่มปัจจัยด้านขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมและความเชื่อ ทั้งของผู้ให้บริการและครอบครัว ของชุมชนที่ผู้ใช้บริการและครอบครัวอาศัยอยู่ ผู้ให้บริการของหน่วยงาน ผู้ให้บริการ องค์กรการผู้ให้บริการและ ของชุมชนที่ตั้งหน่วยงาน/องค์กรการผู้ให้บริการ

2.8 กลุ่มปัจจัยด้านองค์การผู้ดำเนินการบริหาร เช่น ลักษณะ/ประเภท องค์กรการ วิสัยทัศน์/พันธกิจ องค์กรการ ปัจจัยภายในองค์กรการ ตามที่กล่าวมาในกลุ่มที่ 3 ผลการดำเนินขององค์กรการ ปัญหาขององค์กรการ

2.9 กลุ่มปัจจัยด้านพื้นที่ เช่น ลักษณะพื้นที่ ประเภทพื้นที่ ทรัพยากรของพื้นที่ ลักษณะของผู้นำ ในพื้นที่ ลักษณะของประชาชนและชุมชน ในพื้นที่ ปัญหาของพื้นที่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในพื้นที่กับ ผู้ดำเนินการ ทักษะคติของประชาชนในพื้นที่กับผู้ดำเนินการ เป็นต้น

2.10 กลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในขณะที่ดำเนินการ เช่น พฤติกรรมของผู้ให้บริการ พฤติกรรมของผู้ใช้บริการ พฤติกรรมของครอบครัวผู้ให้บริการ พฤติกรรมของผู้บริหาร เป็นต้น

2.11 กลุ่มปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น ทรัพยากรที่มีอยู่และที่ใช้ไป กระบวนการ ที่ทำในแต่ละครั้ง ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ผลลัพธ์ของงาน เป็นต้น

2.12 กลุ่มปัจจัยที่ขัดขวางและต่อต้านการดำเนินงาน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา

3. ผลของปัญหา คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ขาดคุณธรรมและจริยธรรมต่อผู้ใช้บริการในงาน สุขภาพและการสาธารณสุข ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร องค์กรการที่เกี่ยวข้อง ชุมชน สังคม และ ประเทศชาติ ทั้งทาง บวกและทางลบ รวมทั้งต่อสภาวิชาชีพ ทั้งด้านบริการและด้านบริหารจัดการด้วย

จากหลักการวิเคราะห์ปัญหาด้านคุณธรรมและจริยธรรมนี้ สามารถสรุปได้ว่า แต่ละปัญหา เกิดจาก หลายสาเหตุ (Multi-causes) ทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ การแก้ปัญหาให้แก้ที่สาเหตุ และวัดผลการแก้ปัญหา ที่ตัวปัญหา โดยใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Working indicators) ที่ครบถ้วน มาเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง การดำเนินการแก้ปัญหา ด้วยตัวชี้วัดเดียวกันและในบริบทเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน

ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข นั้นมีอยู่มากมาย ดังตัวอย่าง 26 กรณี ที่กล่าวมาแล้วในเรื่องที่ 4.3.4 ซึ่งในแต่ละปัญหา ต่างก็มีแนวทางการ แก้ไขที่เหมาะสมกับบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการเฉพาะของตน สิ่งที่ควรเน้น คือ การ ป้องกันปัญหา ทั้งการป้องกันขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลที่เปี่ยมด้วยคุณธรรม และจริยธรรม

เรื่องที่ 3.4.2 แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และการสาธารณสุขในอดีต ปัจจุบันและอนาคต

การแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ใช้หลักการแก้ปัญหาในลักษณะองค์รวม (Holistic) บนพื้นฐานของแพทยศาสตร์ศึกษา และจรรยาบรรณในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งทีมงาน เน้นความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานทางการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากมาย กลุ่มวิชาชีพแพทย์ ได้ร่วมมือร่วมใจกันดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ปัญหามาอย่างต่อเนื่อง เน้นการป้องกันผ่านทางแพทย์ที่เป็นบุคลากรหลักในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ในประเทศไทย ได้มีการกำหนดแนวทางการเสริมสร้างและพัฒนาจริยธรรมของแพทย์ โดยดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของแพทย์และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ครอบครัวและญาติของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ รัฐบาลและสังคมทั่วไป ด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเน้นที่การจัดการความรู้เกี่ยวกับความสำคัญและความจำเป็นของจริยธรรมของแพทย์ ได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสำหรับนิสิต/นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ที่เริ่มประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกคน โดยให้วิชาจริยศาสตร์เป็นวิชาหลักภาคบังคับวิชาหนึ่งในหลักสูตรแพทยศาสตร์ของทุกคณะแพทยศาสตร์ จัดให้มีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ ให้สื่อสารถึงแพทย์ทุกคนด้วยสื่อต่างๆ ที่หลากหลายทุกช่องทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น E-mail, Internet เป็นต้น

ในอนาคต เป็นสังคมยุคเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (Information Technology: IT) มีการกล่าวว่า “เทคโนโลยียิ่งก้าวหน้าพามนุษย์ที่ไม่พัฒนาให้ยิ่งถอยจม” ถ้ามนุษย์ต้องการบรรลุจุดหมายการมีสุขภาวะ จะต้องเรียนรู้ที่จะสัมพันธ์และปฏิบัติต่อเทคโนโลยีให้ถูกต้อง เทคโนโลยีมีบทบาทสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย (Comfort and convenience) เปิดช่องทาง สร้างโอกาส ในการเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งความรู้หลากหลายมากมาย ช่วยย่นหรือยืดเวลา ทำให้สามารถทำการต่างๆ ได้รวดเร็ว ประหยัดเวลา ออมเวลา ช่วยให้มีเวลามากขึ้น

ในทางตรงข้าม ถ้ามนุษย์ติดเพลีน ใช้เวลาอยู่กับการเสพเทคโนโลยีเกินควร ก็จะเกิดภาวะเสียดุลแห่งระบบความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งทางธรรมชาติและทางสังคม พวกกันใช้โอกาสที่ตนได้มาจาก IT ไปเป็นโอกาสให้นักแสวงหาผลประโยชน์ ที่ได้จัดการจับตัวมนุษย์ที่มัวเมาอยู่กับ IT มาหมกไว้ให้จมอยู่ในหลุมแห่งความประมาท สูญเสียโอกาสที่จะพัฒนาชีวิต คุณภาพชีวิต และสุขภาวะที่มีอยู่ ก็จะถูกทำลายจนสูญสิ้นไป

ในทางที่ถูกต้อง มนุษย์ต้องใช้เทคโนโลยีและเวลาที่เป็นกำไรจากเทคโนโลยี มาเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสิ่งๆ ที่เรียกว่าองค์รวมแห่งการดำเนินชีวิตที่ดีและเกื้อหนุนระบบการพัฒนาชีวิตของมนุษย์ นำมาปฏิบัติอย่างถูกต้อง การบรรลุสุขภาวะก็จะสำเร็จได้ ด้วยสัมมาทิฐิที่มาจากปัญญาที่รู้แจ้ง

การปฏิบัติเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 เน้นประชากรและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Patient/Population and community centred initiatives) โดยไม่ออกห่างจากการดูแลปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ลักษณะเช่นนี้องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขไทย มุ่งเน้นความสำคัญ

ของการเพิ่มกำลังความสามารถให้แก่ชุมชนให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปในระบบสุขภาพ ประชากรต้องมีความรู้และรู้จักแหล่งให้บริการดูแลสุขภาพและการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ

งานสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับชีวิต ความเป็นอยู่ สังคม สิ่งแวดล้อมของประชากร ทั้งที่มีสุขภาพปกติ และที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การแก้ปัญหาด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข คือ ความพยายามค้นหาวิธีการสื่อสารกับชุมชนในลักษณะต่างๆและการเสนอข้อมูลข่าวสารทางการระบาดของโรค หรือ การเสี่ยงภัยต่อการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อ โรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ กระทำโดยการสร้างความตระหนักให้เกิดแก่ชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่ก่อให้เกิดความตระหนัก

ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในงานสุขภาพและการสาธารณสุขที่พบอยู่ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ได้แก่

1. การเพิ่มขึ้นอย่างมากมายของความรู้ เครื่องมือ และ เทคนิคเฉพาะทาง เป็นประเด็นคำถามว่าการปฏิบัติงานเพื่อวินิจฉัยและรักษาพยาบาลนั้น พึ่งพิงเทคโนโลยีมากเกินไปจนความจำเป็นหรือไม่ ให้ความสำคัญการรักษาพยาบาลเชิงธุรกิจกำไร มากกว่าคุณธรรมในวิชาชีพหรือไม่

2. อัตราการฟ้องทางกฎหมายเอาผิดต่อบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพมีความกังวลในการปฏิบัติงานและป้องกันตนเอง โดยเพิ่มการตรวจด้วยเครื่องมือห้องปฏิบัติการมากขึ้น ทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมากด้วย

3. เบียดเบียนสุขภาพของบริษัทประกันเอกชนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้เอาประกันต้องแบกรับค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผู้ใช้บริการซื้อแผนประกันสุขภาพในราคาสูง จึงมีเจตคติต่อผู้ให้บริการและสถานบริการ ในทำนองความคุ้มค่าเชิงธุรกิจ ทำให้ปฏิเสธสัมพันธ์กับผู้ให้บริการเปลี่ยนไปจากเดิม ที่สำคัญในคุณค่าทางใจ เป็นความรู้สึกว่า คุ้มค่าในการซื้อบริการเชิงธุรกิจหรือไม่ และคอยจับผิด หากรู้สึกว่าการที่รับไม่ไปไปตามมาตรฐานที่ตนคิดขึ้น โดยไม่มีหลักวิชาการที่ถูกต้องมาใช้ในการประเมิน

ดังนั้น แนวทางการแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต จึงควรทำอย่างต่อเนื่องจากที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันและเพิ่มเติมให้มากขึ้นอย่างเหมาะสมและทันกาลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ได้แก่

1. การใช้เครื่องมือทางเทคโนโลยีเฉพาะทาง เมื่อมีความจำเป็นในการวินิจฉัยและประกอบการติดตามในการรักษา ต้องใช้หลักวิชาการบนพื้นฐานของจรรยาบรรณในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งทีมงานอย่างเคร่งครัด

2. ปรับปรุงระบบการดำเนินงาน ด้วยการเพิ่มความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง เน้นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ ที่ต้องมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ผู้ใช้บริการยอมรับว่าทีมผู้ให้บริการต้องแบกรับภาระหนักในจำนวนคนไข้ที่แน่นแออัด ทั้งผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันทีมผู้ให้บริการก็ต้องคำนึงถึงคุณภาพของงานบริการที่ให้ต่อผู้ใช้บริการโดยไม่มีแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา สถานะเศรษฐกิจ สังคม มีความโปร่งใสและสามารถตอบคำถามได้อย่างชัดเจน แพทย์สภา สมาคมแพทย์และสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่น ควรมีการปรับปรุงโครงสร้าง ระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย ให้เป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย โดยทำเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ ตามระบบบริการที่

เปลี่ยนแปลงไป เช่น การใช้ระบบหลักประกันเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ สภาวิชาชีพทางสุขภาพทั้งหลาย ต้องเน้นด้านคุณธรรมและจริยธรรมให้เข้มข้น จริงจัง โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3. การประยุกต์หลักการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในทุกระดับให้สามารถสนับสนุนความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้ คือ

3.1 การลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.2 การดูแลสุขภาพของตนเอง ให้สามารถส่งเสริมสุขภาพของบุคคลและครอบครัว และลดภาระในระบบบริการสุขภาพ

3.3 การใช้บุคลากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

3.4 การเพิ่มความครอบคลุมบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพให้มากยิ่งขึ้น

3.5 การเพิ่มความสำคัญและความเข้มแข็งของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ประเด็นคุณธรรมและจริยธรรมด้านงานสาธารณสุข

สถาบันทางการแพทย์ ได้จัดทำข้อปฏิบัติจริยธรรมที่เป็นรูปธรรมมากกว่าสถาบันทางการแพทย์ แต่ประเด็นปัญหาของการสาธารณสุขกับการแพทย์นั้น มิได้กลมกลืนกันทั้งหมด ดังนั้น จึงไม่สามารถนำหลักเกณฑ์ของจริยธรรมการแพทย์มาใช้เป็นจริยธรรมการสาธารณสุขได้ตรงๆ เพราะการสาธารณสุข เกี่ยวข้องกับประชาชนส่วนใหญ่ และเป็นในทางป้องกันมากกว่าการรักษา นักวิชาชีพสาธารณสุขจึงต้องการจริยธรรมที่เจาะจงเฉพาะสำหรับการสาธารณสุข

จรรยาบรรณของจริยธรรมและชีวจริยธรรม (Codes of ethics and bioethics) คือ กฎเกณฑ์ของการปฏิบัติจริยธรรมที่ดี ได้แก่ ความโปร่งใส ความเท่าเทียมกัน ความซื่อสัตย์และหลักเกณฑ์ความประพฤติที่ดีที่ยอมรับกันในวิชาชีพต่างๆ อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านการสาธารณสุขนั้นยากที่จะใช้มาตรฐานความประพฤติธรรมดาตามวัดและประเมินได้ จนกระทั่งสมาคมสาธารณสุขของอเมริกา ได้จัดทำหลักเกณฑ์จริยธรรม โดยใช้ความพยายามหาเค้าโครง หรือประเด็นสำคัญขึ้นมาก่อน ด้วยการจัดหมวดหมู่ของวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งมีหลักการคล้ายกับการให้บริการสุขภาพ คือ ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชนตามมาตรฐานวิชาการเฉพาะทางโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ของประชากรในชุมชนนั้นๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. โครงการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อแก่เด็ก รัฐบาลต้องคำนึงถึงผลการดำเนินโครงการที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อหยุดยั้งการระบาดของโรค หรือ กำจัดโรคนั้นๆ ให้หมดสิ้นไป ในกรณีที่ประเทศมีชายแดนติดต่อกับประเทศอื่น ซึ่งมีปัญหาประชาชนที่ข้ามเขตแดนมาอย่างผิดกฎหมาย มักจะไม่แสดงตัว เพราะไม่มีสำมะโนครัว ในกรณีเช่นนี้ โครงการ “วันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติ” (National Immunization Day) จึงไม่ต้องถามหาหลักฐานทางด้านประชากรของผู้อยู่ในชุมชนในวันนั้น หากมีหรือพบเด็กกลุ่มอายุตามเป้าหมายสามารถให้วัคซีนได้ทุกคน โครงการนี้จึงบรรลุวัตถุประสงค์ในการหยุดยั้งการระบาดของโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก หัดและโปลิโอ

2. โครงการสำรวจโลหะหนัก Arsenic ที่ปนเปื้อนในน้ำบริโภค ผลการศึกษาพบ Arsenic หรือสารหนูปนเปื้อนในน้ำบริโภค มีผลเสียต่อสุขภาพประชาชน ทำให้ผิวหนังมีสีดำน้ำ และมึลักษณะของมะเร็งผิวหนัง

ถ้าผู้ทำการสำรวจพบอัตราส่วนการปนเปื้อนของ Arsenic ดังกล่าว เกินมาตรฐาน เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ผู้ทำการสำรวจต้องมีคุณธรรมในการแจ้งเตือนให้ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ โดยไม่บิดเบือน หรือละเว้น ความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. จริยธรรมในการติดต่อสื่อสาร เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรค ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขด้านการสื่อสารเพื่อสร้างหรือเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องศึกษาข้อมูลหรือเหตุการณ์ที่สามารถยืนยันเหตุผลที่ต้องสื่อสารให้ประชากรส่วนใหญ่ได้รับทราบ โดยพยายามค้นหาวิธีการสื่อสารกับชุมชนลักษณะต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงพอ และดีอื่นๆ ขึ้น เช่น การสื่อสารเรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

4. การนำเสนอข้อมูลข่าวสารทางการระบาดของโรค หรือ การเสี่ยงภัยต่อการเกิดโรค รวมทั้งโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อ ต้องกระทำโดยการสร้างความตระหนักให้เกิดแก่ชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่ก่อให้เกิดความตระหนัก คือ สร้างความตระหนัก ถึงผลเสียของเหตุการณ์เสี่ยงภัยต่อการเกิดโรค ทำให้ประชากรมีสติ คิดไตร่ตรองหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งการเสนอข้อมูลข่าวสารที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก จะทำให้ประชากรตื่นกลัว หมตก่าลังใจ ขาดสมาธิในการหาวิธีแก้ไข หรือยิ่งกว่านั้น อาจมีการรับส่งต่อข่าวสารในทางลบ ให้แพร่กระจายต่อไปอีกอย่างรวดเร็วในวงกว้าง ทำให้เกิดวิกฤติที่แก้ไขได้ยาก

ปัญหาสาธารณสุขในยุคโลกาภิวัตน์ที่ไร้พรมแดน มีการเดินทางติดต่อระหว่างประเทศ ทวีป หรือซีกโลก ได้อย่างรวดเร็ว ในเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปอย่างไม่มีขอบเขตในระยะเวลานับสั้น การเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของโลก เนื่องจากสภาวะโลกร้อน และภัยพิบัติต่างๆ ทำให้การระบาดของโรค ผันแปรไปจากทศวรรษที่ผ่านมา การทำนายโรคอาจต้องการข้อมูล เหตุ ปัจจัย และผลลัพธ์ ที่ใช้วิธีการศึกษาวิจัยในรูปแบบที่ต้องคิดค้นขึ้นใหม่ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเผยแพร่เป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างระมัดระวัง กรณีตัวอย่างคือ การระบาดของโรค SARS (Severe acute respiratory syndrome) ในปี พ.ศ.2545-2546 ที่เริ่มจากพบผู้ป่วยในเกาะฮ่องกงและแพร่กระจายไปจีน เวียดนาม ไทย สิงคโปร์ แคนาดา สหรัฐอเมริกา ภายในเวลาเป็นสัปดาห์เท่านั้น การศึกษาพบเชื้อไวรัสเป็นสาเหตุ ลักษณะการแพร่กระจายโดยสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย ข่าวสารเป็นทางการจากผู้รับผิดชอบทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่เผยแพร่ไปทั่วโลกวันต่อวันอย่างทันเหตุการณ์ ช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว

สภาวิชาชีพทุกสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุข จะต้องร่วมกันในการกระตุ้น และหรือควบคุมอย่างจริงจัง ให้การประกอบวิชาชีพเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรมได้ เช่น กรณีเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับงานอุตสาหกรรม วิศวกรรม โรงงานผลิตและการปล่อยสารปนเปื้อนเป็นมลพิษต่ออากาศ น้ำ ดิน ดังนั้น ผู้ออกแบบ ผู้ควบคุม ผู้กำกับงาน ทุกขั้นตอน ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมในการรักษามาตรฐานความปลอดภัยต่างๆ อย่างเข้มงวดและจริงจัง ตลอดเวลา

ตอนที่ 3.5

การบูรณาการปรัชญา เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 3.4 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

3.5.1 การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

3.5.2 การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

3.5.3 การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

แนวคิด

1. การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรม เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน เป็นหนึ่งในกลวิธีหลักของการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก ตัวอย่างที่ดี คือ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

2. ผู้มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ คือ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมของผู้ให้บริการ ด้วยกิริยาวาจาที่อ่อนโยน เอื้ออาทร เข้าใจในคุณค่า ศักดิ์ศรีและความเป็นเพื่อนมนุษย์ที่เท่าเทียมกันทุกคน มีจิตเมตตากรุณาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

3. การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุขในการสร้างหลักเกณฑ์จริยธรรมการสาธารณสุข โดยนักวิชาการในสหรัฐอเมริกาได้พิจารณาถึงจริยธรรมการแพทย์ที่มีมาก่อนว่ายังไม่เพียงพอ เนื่องจาก การสาธารณสุขมุ่งหมายความมีสุขภาพดีสูงสุดแก่คนจำนวนมากที่สุด ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์ที่พิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงเป็นการดำเนินงานที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของปรัชญาการสาธารณสุขและการตอบสนองต่อความจำเป็นสูงสุดของงานบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 3.5 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

2. การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

3. การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

เรื่องที่ 3.5.1 การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) เป็นตัวอย่างที่ดีด้านการบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรม สำหรับการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

MDGs เกิดขึ้นจากการประชุมสุดยอดสหัสวรรษของสหประชาชาติ (Millennium Summit) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) รัฐสมาชิกสหประชาชาติ 189 ประเทศทั่วโลก (รวมประเทศไทย) และองค์การระหว่างประเทศอย่างน้อย 23 องค์การ ได้ให้คำรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษของสหประชาชาติ ซึ่งกำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคคนและลดช่องว่างการพัฒนา ให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ โดยปฏิญญาดังกล่าว เป็นที่มาของเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ และที่ประชุมได้ตกลงร่วมกันที่จะใช้เป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดกรอบระยะเวลาชัดเจนและวัดผลได้ ในการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยากหิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยต่างๆ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมีหลักการสำคัญ คือ การแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อให้บรรลุ 8 เป้าหมายหลัก (Goal) ตามกรอบระยะเวลาและตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 18 ประเด็น (Target) ที่กำหนดร่วมกัน ภายในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) โดยใช้ข้อมูลของ พ.ศ.2533 (ค.ศ.1990) เป็นฐานในการวัดความก้าวหน้าดังตาราง

ตาราง 3.1 เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ : MDGs

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ MDGs	เนื้อหา
1. ขจัดความยากจนและความอดอยาก หิวโหย	1.1 ลดอัตราส่วนลงครึ่งหนึ่งของประชากรที่ดำรงชีวิตด้วยรายได้น้อยกว่า 1 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน 1.2 ลดอัตราส่วนลงครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีชีวิตอย่างอดอยาก หิวโหย
2. ทั่วโลกบรรลุเป้าหมาย ประชากรได้รับการศึกษาขั้นประถมศึกษาเป็นอย่างต่ำ	2. มั่นใจว่าทั้งเด็กชายและเด็กหญิงจบการศึกษาระดับประถมศึกษา
3. เพิ่มความเท่าเทียมกันของคนทุกเพศและเพิ่มพลังของเพศสตรี	3. ขจัดความแตกต่างระหว่างเพศในการได้รับการศึกษาขั้นประถม มัธยม ภายในปี พ.ศ.2548 (ค.ศ.2005) และการศึกษาทุกระดับในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015)
4. ลดการตายของเด็ก	4. ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลง 2 ใน 3 ส่วน
5. พัฒนาสุขภาพของมารดา	5. ลดอัตรามารดาตายลง 3 ใน 4 ส่วน
6. ต่อสู้โรคเอดส์ HIV/AIDS, วัณโรคมาเลเรีย และโรคอื่น	6.1 หยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์ HIV/AIDS 6.2 หยุดยั้งอัตราการเกิดโรคมมาเลเรียและโรคกลุ่มหลักอื่น

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ MDGs	เนื้อหา
7. รักษาสภาพสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	<p>7.1 บูรณาการนโยบายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะหยุดยั้งการทำลายแหล่งทรัพยากรที่เป็นสมบัติทางสิ่งแวดล้อม</p> <p>7.2 ลดอัตราส่วนลงครึ่งหนึ่งของประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรน้ำดื่มที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืน</p> <p>7.3 พัฒนาความเป็นอยู่ของประชากร 100 ล้านคนที่อาศัยอยู่ในสลัมหรือชุมชนแออัดภายในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020)</p>
8. สร้างความร่วมมือในการพัฒนาทั่วโลก	<p>8.1 สร้างระบบการค้าที่เปิดเผย มีกฎเกณฑ์ ทำนายได้</p> <p>8.2 นำความต้องการของประเทศกลุ่มด้อยพัฒนาที่สุดมาพิจารณา รวมทั้งการได้สัดส่วนสินค้าออกของประเทศอย่างเสรี ช่วยปลดหนี้ประเทศที่มีหนี้สินล้นพ้น โดยเฉพาะหนี้ระหว่าง 2 ประเทศ ให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาประเทศอย่างจริงจัง</p> <p>8.3 พิจารณาความต้องการพิเศษของประเทศที่ไม่มีทางติดต่อกับทะเลและประเทศที่เป็นเกาะเล็ก</p> <p>8.4 ต่อรองหรือจัดการกับประเทศกำลังพัฒนาโดยหลักองค์รวม ใช้วิถีทางจัดการระหว่างประเทศในระยะยาว</p> <p>8.5 พัฒนางานที่มีผลิตผลสำหรับเยาวชนในประเทศกำลังพัฒนา</p> <p>8.6 ร่วมกับบริษัทผลิตยา ผลิตยาตามบัญชีหลักที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา</p> <p>8.7 ร่วมกับองค์กรเอกชนสร้างเทคโนโลยีใหม่ที่เป็นประโยชน์โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร</p>

สำหรับประเทศไทย คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2546 มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เป็นแกนกลางในการจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามเป้าหมาย MDGs ของประเทศไทย โดยเน้นไปที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ได้แก่ การสร้างหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม การลดความไม่เท่าเทียมกันทางโอกาสและการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งการจัดให้มีกลไกหรือเครื่องมือสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย MDGs ผ่านการผนึกกำลังของหน่วยปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อน

แนวคิด MDG Plus (MDG+) มีเป้าหมายเพิ่มเติม ที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศและท้าทายยิ่งกว่า MDGs โดย MDG+ แสดงให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาแบบมุ่งผลลัพธ์และแนวความคิดแบบ “เราทำได้” ของไทยในการพัฒนาคนและการต่อสู้กับความยากจน เช่น ลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4

ภายในปี พ.ศ.2522 ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายในปี พ.ศ.2549 เพิ่มสัดส่วนของสตรีเป็น 2 เท่าในรัฐสภา หน่วยงานบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งบริหารต่างๆ ในกิจการพลเรือน (พ.ศ. 2549) ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ราย จากอัตราการรอดชีวิต 1,000 ราย (พ.ศ.2549) ลดอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์ให้เหลือ 18 ราย จากประชากรสตรีตั้งครรภ์ 100,000 ราย (พ.ศ.2549) ลดการแพร่เชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 (พ.ศ.2549) ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งในจังหวัดชายแดน 30 จังหวัด ให้เหลือน้อยกว่า 1.4 รายจากประชากร 1,000 ราย (พ.ศ.2549) เพิ่มสัดส่วนของพลังงานที่นำกลับมาใช้ใหม่เป็นร้อยละ 8 ของพลังงานหลักที่ใช้ในการพาณิชย์ (พ.ศ.2549) เพิ่มปริมาณขยะรีไซเคิลของเทศบาลร้อยละ 30 (พ.ศ.2549) เป็นต้น

ในการประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การอนามัยโลก เมื่อ 21 พฤษภาคม 2553 สมาชิกจาก 193 ประเทศ ได้ตกลงรับข้อเสนอร่วมกันรับประเด็นสุขภาพและแนวปฏิบัติ 16 ข้อ ดังนี้

1. การวิจัยตามปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ตามกระแสของตลาดธุรกิจ
2. รักษาคุณภาพการผลิตยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ป้าย/เอกสารประกอบยา มีความจริงแสดงสรรพคุณที่พิสูจน์แล้ว ขนาดของยาตามที่เขียนบอกถูกต้อง
3. พัฒนาการเข้าถึงปัญหาโรคติดต่ออหิวาต์ A,B,C,D และ E อย่างครอบคลุมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค
4. กำกับผลงานตามความมุ่งหมายเพื่อประชากรเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ลดความไม่เท่าเทียมกัน
5. การเลือกบุคลากรทางสุขภาพเพื่องานนานาชาติ ต้องมีจริยธรรมไม่แย่งบุคลากรจากประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีทรัพยากรมนุษย์จำกัด และ/หรือขาดแคลน ขณะเดียวกันควรสนับสนุนการเคลื่อนย้ายสลับเปลี่ยนบุคลากรทางสุขภาพระหว่างองค์การ เพื่อแบ่งปันผู้มีความรู้ความสามารถกันและให้สิทธิเสมอภาคทั้งบุคลากรประจำถิ่น และบุคลากรย้ายจากถิ่นอื่น
6. พัฒนาความปลอดภัยด้านอาหารเพื่อป้องกันโรคติดต่อซึ่งนำพาโดยอาหาร และความเสี่ยงของโรคจากสัตว์สู่คน โดยอ้างอิงถึงองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ FAO/WHO Codex Alimentaries Commission
7. ดำเนินงานยุทธศาสตร์ระดับโลก เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้
8. ดำเนินยุทธศาสตร์การลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ซึ่งสัมพันธ์กับอุบัติเหตุทางถนน ความรุนแรงของการฆาตกรรม โดยประกาศเป็นนโยบายที่วัดผลได้
9. กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคหัด ภายในปีพ.ศ.2558 โดยให้ความสำคัญด้านวัคซีนในอัตราความครอบคลุมประชากรอย่างสูงสุดเป็นประจำ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ดินแดนติดต่อยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ
10. พัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยและการจัดให้มีผลิตภัณฑ์จากโลหิต โดยกระตุ้นให้เกิดระบบของชาติ และใช้ความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ในส่วนอื่นๆ ของโลกมาช่วย
11. การปลูกถ่ายอวัยวะระหว่างคน เพิ่มมาตรการระวังความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิภาพของ

ผู้ให้อวัยวะ กระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะและวัสดุจากร่างกายมนุษย์ที่นำมาใช้ ต้องโปร่งใส พร้อมกับปกปิดชื่อผู้สละและผู้รับอวัยวะ

12. การป้องกันและรักษาโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

13. ส่งเสริมโภชนาการของทารกและเด็กเล็ก ให้ได้รับอาหารอย่างถูกต้อง พอเพียง ให้ทารกได้รับนมแม่ (อย่างเดียว) จนถึงอายุ 6 เดือน

14. การป้องกันและการจัดการความผิดปกติแต่กำเนิด ด้วยการค้นหาความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด และสนับสนุนครอบครัวให้ปฏิบัติต่อเด็กที่มีความผิดปกติอย่างถูกวิธี

15. การเตรียมรับการระบาดข้ามทวีปของโรคไข้หวัดใหญ่ ในการผลิตและการแบ่งปันเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ ระหว่างประเทศ การเข้าถึงวัคซีนและผลประโยชน์อื่นๆ ต้องทำวัคซีนและยารักษาไข้หวัดใหญ่ให้มีราคาถูกลง ประเทศกำลังพัฒนาสามารถซื้อหาได้ เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขโลก

16. การดำเนินงาน International Health Regulations 2005 (IHR 2005) ที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกรองการอนามัยโลก ว่ามีบทบาทที่สำคัญในงานสาธารณสุขโลก ที่กว้างขวางกว่าการเฝ้าระวังการดูแลการระบาดของโรคติดต่อข้ามทวีป จึงให้คำมั่นในการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในระดับชาติและระดับภาคพื้นของโลก

เรื่องที่ 3.5.2 การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

การบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care service) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการ ดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ด้วยกิริยาวาจาที่อ่อนโยน เอื้ออาทร เข้าใจในคุณค่า ศักดิ์ศรีและความเป็นเพื่อนมนุษย์ที่เท่าเทียมกันทุกคน มีจิตเมตตา คือ ความปรารถนาให้ผู้ใช้บริการมีความสุขและมีจิตกรุณา คือ ความปรารถนาให้ผู้ให้บริการพ้นทุกข์และหายจากการเจ็บป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ให้บริการใส่ใจที่เปี่ยมด้วยความเป็นมนุษย์ในการให้บริการ ด้วยความมีจิตอาสา ให้เกียรติและศักดิ์ศรีแก่ผู้ให้บริการอย่างเต็มที่ ตลอดเวลา

เมื่อผู้ให้บริการ ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้ใช้บริการก็ย่อมจะให้อภัยกลับคืนแก่ผู้ให้บริการเป็นการตอบสนอง ด้วยไมตรีจิต ความเข้าใจ ศรัทธา เชื่อถือ ไว้วางใจและให้ความร่วมมือแก่ผู้ให้บริการอย่างสอดคล้องกับสภาวะความเจ็บป่วย ความพร้อมและข้อจำกัดของสถานบริการสุขภาพทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์พยาบาล กับผู้ป่วย ที่ใกล้ชิดและเอื้ออาทรต่อกัน ผู้ให้บริการจะได้ชื่อว่าเป็นผู้ปฏิบัติตามอุดมการณ์และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของตน

องค์การและระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ควรมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. สถานบริการสุขภาพควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ให้บริการ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งการจัดบรรยากาศของสถานบริการสุขภาพให้เป็นมิตรกับผู้ใช้บริการ เช่น มีแผนกประชาสัมพันธ์ที่ดี มีช่องทางพิเศษและสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดร่มรื่น เป็นต้น

2. ผู้ให้บริการทุกฝ่าย ทุกระดับ ตั้งแต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าสถานีนอนาယ်/รพ.สต. จนถึงพนักงานทุกคน/ทุกหน้าที่ รวมทั้งพนักงานรถเข็นหรือพนักงานเปล ควรแสดงออกซึ่งมิตรไมตรี โอบอ้อมอารีด้วยความจริงใจ จริงจัง ยิ้มแย้มแจ่มใส โดยถือปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของวิชาชีพ จริยธรรมของข้าราชการ พรหมวิหารธรรม มนุษยธรรม สังคหัตถุธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกื้อกูลต่อกัน

การดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วน มีสิ่งกีดขวางปรารถนาของระบบสุขภาพ ผู้ให้บริการทุกคนควรมีความสามารถให้บริการด้วย Holistic care คือ ดูแลผู้ป่วยครบองค์รวม

คำว่า Humanized health care ช่วยให้เราเข้าใจ Holistic care มากยิ่งขึ้น เห็นความสำคัญของสิ่งที่เรียกว่าองค์รวม เห็นความสำคัญของการมองผู้ป่วยเป็นคนทั้งคน และเห็นความสำคัญของความสามารถที่จะสัมผัสทุกข์ของผู้ป่วย รวมทั้งคิดเรื่องบำบัดทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยไปพร้อมๆ กันด้วย

การแพทย์ในปัจจุบัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจำนวนมากหายจากโรคร้ายไข้เจ็บได้ แต่ขณะเดียวกัน ก็ไม่สามารถบำบัดทุกข์ผู้ป่วยได้ทั้งหมด การที่ผู้ให้บริการให้ความสนใจไปที่ตัวโรคแต่เพียงอย่างเดียว และละเลยทุกข์ของผู้ป่วย เป็นทุกข์ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความเครียดอย่างมากในระบบสุขภาพ

หลักจริยธรรมและลักษณะของผู้มีจิตวิญญาณการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มี 18 ประการ ได้แก่ เอาใจเขามาใส่ใจเรา เสียสละเวลา ให้อะไรที่มากกว่าหน้าที่ ให้ความรัก ให้บริการแบบองค์รวม กาย จิต

สังคม วิญญาณ มองผู้ใช้บริการเสมือนญาติ ยิ้มให้และทักทายอย่างเป็นกันเอง เขาอยากได้อะไรก็ทำสิ่งนั้นให้เขา ภูมิใจในงานที่ทำ รักในงานที่ทำ เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นจากผู้ใช้บริการ ปรับปรุง/พัฒนาตนเองอยู่เสมอ ให้ในสิ่งที่เราอยากได้และผู้ใช้บริการก็อยากได้ กระตือรือร้นในการทำงาน มีความอดทนและให้อภัย มองโลกในแง่ดี สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน รักเพื่อนร่วมงาน รักองค์กร และรับฟังปัญหาของผู้ร่วมงาน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลให้เป็นผู้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

สุรีย์ ธรรมิกบวร ได้กล่าวถึงศักยภาพ (Competency) ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาล ให้เป็นผู้มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ

1. มีความเข้าใจและเชื่อในปรัชญาองค์กรรวม
2. มีความเชื่อแนวคิดสุขภาพองค์กรรวมและให้การพยาบาลตามแนวคิดสุขภาพ
3. สามารถตรวจสอบประเมินตนเองเกี่ยวกับสุขภาวะของตนเองอย่างเป็นองค์รวม
4. มีความไวเชิงวัฒนธรรมและเพศสภาพ
5. เป็นผู้ที่มีศิลปะในการปฏิบัติงาน
6. มีความสามารถในการประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น
7. มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ
8. มีความสามารถในการสื่อสาร โดยเฉพาะทักษะการฟังอย่างลึกซึ้ง
9. มีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ
10. มีความสามารถในการคิดสร้างสรรค์
11. มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ
12. มีความสามารถในการสร้างความสุขจากการมีจิตอาสา

สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเกิดสุขภาพองค์กรรวม พยาบาลเกิดความสุขจากการทำงาน และเกิดระบบการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

วิธีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล

วิธีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล เพื่อให้มีความสามารถเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดำเนินการได้ดังนี้

1. การส่งเสริมให้พยาบาลได้สัมผัสความรู้สึกที่ดี สร้างความรัก ความเมตตาให้เกิดขึ้น โดยการจัดกิจกรรม ให้ได้รับประสบการณ์ตรง เช่น การจัดกลุ่มบอกเล่าเรื่องราวความดีซึ่งกันและกัน การได้รับรู้ความยากลำบากของผู้ป่วย โดยการพูดคุยและรับฟังอย่างตั้งใจ

2. การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมมิตรภาพที่ีระหว่างทีมที่ร่วมทำงาน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดี ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้การพัฒนาศักยภาพต่างๆ เป็นไปได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เมื่อบุคคลมีความปรารถนา จะนำมาซึ่งความพร้อมในการเรียนรู้

3. การพัฒนาให้มีกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ การฝึกฝนทักษะการฟังที่ลึกซึ้ง การเรียนรู้แนวคิดการพยาบาลองค์รวม เรียนรู้ปรัชญาองค์รวม โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อน จัดกิจกรรมสุนทรียสนทนาเพื่อถอดบทเรียนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ สุนทรียสนทนาเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดพลังของการคิดร่วมกัน เป็นกระบวนการสนทนาที่ทุกคนตั้งใจรับฟังกันด้วยความเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การมอบหมายให้ผู้เรียนสนทนาอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเมตตา ตระหนักในความยากลำบากของผู้ป่วย

หลักสำคัญในการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ ต้องทำงานอย่างเต็มศักยภาพ ด้วยจิตบริการ ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีผลพลอยได้ทางด้านจิตใจตามมา ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานอย่างแท้จริง อย่างคำกล่าวที่ว่า “งานได้ผล คนเป็นสุข” ถ้าเราทำงานด้วยใจ สิ่งที่เราได้รับก็คือความสุขทางใจ และรับรู้ได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

เรื่องที่ 3.5.3 การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

การส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพและการสาธารณสุขมีจิตสำนึกที่ดี มีคุณธรรมและจริยธรรม ได้แก่ การจัดการอบรม ประชุมและสัมมนาบุคลากรทุกระดับ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญ คุณประโยชน์ของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือนดังกล่าวมาแล้ว รวมทั้งการยึดมั่นและปฏิบัติตามค่านิยมหลักของมาตรฐานจริยธรรมสำหรับผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและเจ้าหน้าที่ของรัฐ 9 ประการ ของสำนักงานผู้ตรวจเงินแผ่นดิน คือ การยึดมั่นในคุณธรรมและจริยธรรม การมีจิตสำนึกที่ดี ซื่อสัตย์ สุจริตและรับผิดชอบ การยึดถือประโยชน์ของประเทศชาติเหนือกว่าประโยชน์ส่วนตนและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน การยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้องเป็นธรรมและถูกกฎหมาย การให้บริการแก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว มีอัธยาศัยและไม่เลือกปฏิบัติ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนอย่างครบถ้วนถูกต้องและไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน รักษามาตรฐาน มีคุณธรรมโปร่งใสและตรวจสอบได้ การยึดมั่นในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขและการยึดมั่นในหลักจรรยาวิชาชีพขององค์กร การส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพและการสาธารณสุข เรียนรู้และยึดถือปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนของศาสนาที่ตนเคารพนับถือเป็นประจำทั้งที่บ้าน ในสถานที่ปฏิบัติงานและสำนักปฏิบัติธรรม เช่น การปฏิบัติศีล 5 การสวดมนต์ การละหมาด การอธิษฐานต่อพระเจ้า การเจริญสมาธิ การสันทนาธรรมให้เกิดปัญญา เป็นต้น

การใช้พฤติกรรมทางจริยธรรมของบุคลากร ประกอบการพิจารณาควบคู่กับความรู้ความสามารถในการบรรจุ แต่งตั้ง เลื่อนเงินเดือน ย้ายหรือโอนข้าราชการ การยกย่องข้าราชการและส่วนราชการประเมินการปฏิบัติงานตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ประมวลจริยธรรม หรือค่านิยมหลักของมาตรฐานจริยธรรมดังกล่าว

เมื่อมีกรณีการฝ่าฝืนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ คณะกรรมการสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอาจสั่งลงโทษตามควรแก่กรณี ในกรณีฝ่าฝืนจริยธรรมตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน ผู้บังคับบัญชาอาจสั่งลงโทษทางวินัย ว่ากล่าวตักเตือน ทำทัณฑ์บนเป็นหนังสือ หรือสั่งให้ได้รับการพัฒนาตามที่เห็นสมควร

ในการพิจารณาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข (Ethical principles for public health) พบความยากลำบาก 3 ประการ ซึ่งเป็นอุปสรรคเมื่อต้องการปรับเปลี่ยนจากความประพฤติพื้นฐานของประชาชนทั่วไป ไปสู่เหตุผลทางจริยธรรม ได้แก่

1. ผู้คนอาจสงสัยว่าหลักของชีวจริยธรรม (Bioethics) ดั้งเดิม ซึ่งมุ่งด้านการแพทย์และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย สามารถประยุกต์กับจริยธรรมการสาธารณสุขได้หรือไม่ หรือควรค้นคว้าหาทางใหม่ๆ เพื่อวัตถุประสงค์นี้ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากแนวคิดที่ว่า หลักการจริยธรรมทั่วไปสามารถประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับสภาวการณ์ต่างๆ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมเฉพาะกรณี

2. ต้องเคารพสิทธิมนุษยชนของบุคคลทุกคน ถึงแม้การกระทำนั้นจะอยู่ในบทบาทของชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการสาธารณสุข

3. การสาธารณสุขมีลักษณะธรรมชาติของการปรับใช้ในกลุ่มประชากรหลายๆ กลุ่ม ตามค่านิยมที่ว่า “การสาธารณสุข เป็นกระบวนการที่ทรัพยากรของท้องถิ่น ประเทศชาติและนานาชาติ ถูกนำมาใช้ ด้วยความมีสำนึกที่แน่นอนว่า ประชาชนต้องดำรงชีพอย่างมีสุขภาพดี”

นักชีวะจริยธรรมมุ่งความสนใจที่ปัญหาของการวิจัยในมนุษย์มากกว่าการพัฒนาสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม การวิจัยในการพัฒนาสาธารณสุข ต้องบรรจุประเด็นปัญหาทางจริยธรรมไว้ด้วย ที่สำคัญ คือ ต้องประเมินการป้องกันข้อมูลของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาสาธารณสุขเริ่มตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงผลตามมาซึ่งความเท่าเทียมกันและคุณธรรม นอกจากนี้ยังมีเส้นแบ่งระหว่าง การพัฒนาสาธารณสุขและการวิจัย ซึ่งมีผลเพิ่มพูนความรู้ ในกรณีโครงการพัฒนาสาธารณสุข ต้องผ่านการประเมินของคณะกรรมการจริยธรรม คือผู้เสนอโครงการส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขประเด็นต่างๆ ของโครงการ ในปัจจุบันโครงการวิจัยสาธารณสุขในหลายประเทศยังไม่มีผ่านการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

นโยบายสาธารณสุข มุ่งผลิต “ความสุขสูงสุดแก่คนจำนวนมากที่สุด” ซึ่งมีข้อจำกัดบางอย่างในวิธีการวัดความสุขและความเป็นอยู่ที่ดี มักจะใช้เพียงประสบการณ์ส่วนบุคคล หรือใช้สิ่งที่วัดได้เป็นจำนวนทางสถิติ เช่น Quality-adjusted life years (QALYs) หรือ Disability-adjusted life years (DALYs) เท่านั้น

สิ่งสำคัญในการวิพากษ์ลัทธิประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ส่วนมากใช้แนวคิดการทำให้เกิดความไม่ยุติธรรม ซึ่งต้องสละสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคล เพื่อรักษาทรัพย์สินส่วนรวม นักวิชาการได้ค้นพบว่า จริยธรรมการแพทย์ที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอและจริยธรรมการสาธารณสุขยังมีข้อขัดแย้ง มีปัญหาด้านคุณค่าเกิดขึ้น เมื่อกล่าวว่า “ทำความดีเพื่อผู้อื่น” มีคำถามว่า ความดี คืออะไร ทำอย่างไรจึงจะวัดได้ถูกต้อง แนวคิดอิสระภาพในการปกครองตนเอง (Autonomy) ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ในหลายกรณี แนวคิดความยุติธรรม ก็ยังมีประเด็นขัดแย้งในตัวเอง หลักการไม่ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า ยุติธรรมอย่างไร บุคคลใดมีสิทธิได้รับ รวมทั้งความเป็นส่วนบุคคลที่ต้องนำมาใช้ในการสาธารณสุข การเคารพบุคคล ความเป็นอิสระในการดำรงชีพ ขอบเขตในการรักษาข้อมูลส่วนตัว ความพยายามให้ได้มาซึ่งโอกาสและความเสมอภาค ในการกระจายทรัพยากรเพื่อการดูแลสุขภาพจะต้องมีการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ต่อไป

ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีความแตกต่างกันมี 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนทั่วไปหรือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมด้านสุขภาพสำหรับผู้ใช้แรงงานที่ประกันตน และระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ แต่ละระบบมีการให้สิทธิใช้บริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นความแตกต่างในสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาจริยธรรมประการหนึ่ง โครงสร้างองค์การและกระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย กระจุกกระจายอยู่ในสังกัดหลายกระทรวง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม สำนักนายกรัฐมนตรีและองค์การอิสระ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เป็นต้น แต่ละองค์การต่างก็มีพระราชบัญญัติรับรองสถานภาพ อำนาจหน้าที่ รวมทั้งมีบุคลากรและงบประมาณเป็นของตนเอง โดยไม่มีกลไกกำกับการเชื่อมโยงการประสานงานและการบริหารจัดการ ให้เกิดการแบบบูรณาการสู่จุดหมายเดียวกันอย่างมีเอกภาพและ

ประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้เกิดประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมหลายประการเช่น ความเท่าเทียม การกระจายคุณภาพบริการสุขภาพและการสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มวัย ในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น

ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ควรมีการปฏิรูปให้เป็นระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอย่างแท้จริง โดยรวมทั้ง 3 ระบบที่มีอยู่ให้เป็นระบบเดียว และมีองค์กรกำกับดูแลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อประชาชนทุกคน จึงจำเป็นต้องปฏิรูปองค์การและกระบวนการบริหารจัดการระบบสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ด้วยการสร้างและพัฒนากลไกการกำกับดูแล การเชื่อมโยง การบูรณาการและการประสานนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานโครงการ บุคลากร งบประมาณในการดำเนินงานบริการสุขภาพและการสาธารณสุข โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

สรุปได้ว่า นโยบายการดูแลสุขภาพ ต้องเคารพความเป็นส่วนบุคคลอย่างจริงจัง และด้วยหลักการ เพื่อความมั่นคง ความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการส่งเสริมคุณค่าจริยธรรมการสาธารณสุข การวิพากษ์วิธีการนี้ อาจพิจารณาความเป็นส่วนบุคคลในทางทฤษฎี ซึ่งมีข้อจำกัดในความเชื่อถือได้ คำถามเชิงปรัชญาเกี่ยวกับเนื้อแท้และคุณค่าของสุขภาพมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญ เกี่ยวพันถึงการเมือง เช่น การกำหนดนโยบายดูแลสุขภาพควรทำอย่างไร พื้นฐานของการให้สิทธิแก่พลเมืองทั้งหมดนั้น ใช้ความผสมผสานของความเป็นส่วนบุคคล ความมั่นคงร่วมกันภายใต้หลักการมานุษยวิทยา โดยอ้างอิงวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ถ้าต้องการส่งเสริมพัฒนาการด้านสุขภาพ เราต้องออกไปจากแนวความคิดเป็นหนึ่งเดียวของความเป็นปัจเจกบุคคล เพื่อเข้าถึงการใช้วิธีพิจารณาบุคคลอย่างบูรณาการ ต้องคิดใหม่ในหลักการอยู่ร่วมกันในโลก เริ่มจากสมมติฐานว่า เราทุกคนล้วนเป็นสายพันธุ์มนุษย์ที่หลากหลาย พิจารณาจากลักษณะรูปร่างที่แตกต่างกันและเปลี่ยนมุมมองจากปัจเจกบุคคล (Individual) เป็น ประชาชน (Population)

จรรยาบรรณ (Codes of ethics) ของการสาธารณสุข สามารถแจกแจงประเด็นต่างๆ ของการสาธารณสุขให้แจ่มชัดขึ้น และทำให้หลักเกณฑ์จริยธรรมการสาธารณสุข ตอบสนองต่อภารกิจหน้าที่รับผิดชอบในวิชาชีพซึ่งสามารถชี้แจงอุดมคติของสถาบันการสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชนในชุมชนกลุ่มนั้นๆ และอุดมคติของสถาบันดังกล่าว สามารถถูกตรวจสอบได้

การจัดทำและพัฒนาระเบียบปฏิบัติทางจริยธรรม (Codes of ethics) การสาธารณสุข

ใน ค.ศ.2000 กลุ่มบัณฑิตศึกษาของสถาบันผู้นำสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา เลือกทำงานกลุ่ม เรื่องการเขียน Codes of ethics สำหรับการสาธารณสุข บัณฑิตกลุ่มนี้ได้เรียนรู้การอบรมความเป็นผู้นำขั้นสูงแก่ประชากร ซึ่งได้ผ่านบทบาทผู้นำในด้านการสาธารณสุขมาแล้ว มีประสบการณ์ที่สูงค่าจากสถาบันการสาธารณสุขที่หลากหลาย จึงสามารถเป็นผู้แทนความคิดเห็นส่วนลึกและสามารถแจกแจงประเด็นร่วมของจริยธรรมด้านการสาธารณสุข มาร่วมเขียน Codes of ethics ของสมาคมสาธารณสุขอเมริกา เริ่มต้นด้วยการรวมตัวเป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อเขียนบทหลัก นำเสนอต่อสมาคมเพื่อฟังข้อคิดเห็น แล้วจึงนำเสนอผู้ฟัง ในวงกว้างต่อไป ได้แก่กลุ่มผู้ร่วมเขียน กลุ่มผู้สนใจ คือ นักจริยธรรม 19 คน และผู้แทนองค์กรสาธารณสุขที่มาร่วมประชุม ณ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมือง Kansas เพื่อวิพากษ์หลักเกณฑ์จริยธรรม และกลุ่มสมาชิกสมาคม

นักสาธารณสุขแห่งอเมริกา (APHA) มีข้อตกลงระหว่างกระบวนการทบทวนว่า สมควรนำเสนอต่อสถาบันสาธารณสุข ดั้งเดิมและสถาบันการศึกษาสาธารณสุข โดยควรสำนึกไว้เสมอว่า ได้พัฒนาขึ้นมาจากพื้นฐานระบบการสาธารณสุข ของอเมริกา โดยมุ่งเน้นไปที่การปฏิบัติงานสาธารณสุข และเขียนให้กระชับเพียง 1 หน้ากระดาษ เพื่อแสดงต่อ สาธารณะได้ง่ายขึ้น ประกอบด้วย หลักจริยธรรม 12 ประการ เริ่มต้นด้วยการบรรยายวัตถุประสงค์ คุณค่าและ ความเชื่อ 11 ประการ ซึ่งเป็นแนวคิดการสาธารณสุข พร้อมด้วยบันทึกท้ายบท เพื่ออธิบายความหมายและ หลักจริยธรรมการสาธารณสุข

หลักจริยธรรมการปฏิบัติงานสาธารณสุข (Principles of the Ethical Practice of Public Health)
มีดังนี้

1. การสาธารณสุขต้องแสดงสาเหตุที่เป็นพื้นฐานของโรคอย่างมีหลักการและแสดงความต้องการเพื่อ สุขภาพ มุ่งเน้นการป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ
2. การสาธารณสุข ต้องบรรลุการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชุมชน โดยเคารพสิทธิของแต่ละ บุคคลในชุมชน
3. นโยบายสาธารณสุข โครงการและลำดับความสำคัญ ต้องได้รับการพัฒนาและประเมินผล ผ่าน กระบวนการซึ่งให้โอกาสชุมชนมีส่วนร่วม
4. การสาธารณสุข ต้องทำให้ชุมชนเพิ่มพลังของตนเอง ไม่ใช่เป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งอย่างเดียว และให้ มีทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนในชุมชน
5. การสาธารณสุขต้องหาข้อมูลที่เป็น เพื่อสนับสนุนนโยบายที่มีผลดีมาปฏิบัติและเป็นโครงการส่งเสริม และป้องกันสุขภาพ
6. สถาบันการสาธารณสุข ต้องสนับสนุนให้มีการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน เพื่อช่วยในการตัดสินใจ เกี่ยวกับนโยบาย หรือโครงการ ซึ่งต้องการความยินยอมของชุมชน เพื่อปฏิบัติโครงการที่เขาสนใจ
7. สถาบันการสาธารณสุข ต้องแสดงข้อมูลอย่างทันเวลา ภายใต้ทรัพยากรและข้อกำหนดที่สาธารณะ มอบให้
8. โครงการและนโยบายสาธารณสุข ต้องนำวิธีการทั้งหลายที่คาดหมายหรือมุ่งหวังมาร่วม ด้วยความ เคารพในความหลากหลายของคุณค่า ความเชื่อและวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน
9. โครงการและนโยบายสาธารณสุข ต้องดำเนินการในทำนองการกระตุ้นส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทาง กายภาพและทางสังคมให้มากที่สุด
10. สถาบันการสาธารณสุข ต้องป้องกันหรือปกปิดข้อมูล ซึ่งอาจทำอันตรายต่อบุคคลหรือชุมชน หาก เปิดเผยสู่สาธารณะ แต่มีข้อยกเว้น คือ อันตรายต่อบุคคลนั้น แสดงได้ว่าจะเกิดผลเสียร้ายแรงจริง
11. สถาบันการสาธารณสุข ต้องมั่นใจในความสามารถทางวิชาชีพของบุคลากรในสังกัด
12. สถาบันการสาธารณสุขและบุคลากรในสังกัด ต้องมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน อ้างอิงกันทั้งในทาง สรรสร้างเชื่อถือของสาธารณะและประสิทธิภาพของสถาบัน

ผู้พิจารณาหลักเกณฑ์จริยธรรมหลายคน ลงมติให้ใช้ถ้อยคำด้านบวก ไม่ใช่ด้านลบ ตัวอย่างเช่น การเสนอเรื่องความสนใจด้านผลประโยชน์ที่ขัดกัน ให้ใช้ข้อความว่า “เพื่อความมั่นคงของการกระทำร่วมกัน ต้องจัดให้กระทำ โดยเพิ่มความเชื่อถือของสาธารณต่อสถาบันสาธารณสุข” เป็นต้น

ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2545 สมาคมสาธารณสุขแห่งอเมริกา ได้ยอมรับ Codes of Ethics การสาธารณสุขเป็นองค์กรแรก ผู้สร้างหลักเกณฑ์ดังกล่าวสามารถดำเนินการเผยแพร่ไปสู่องค์กรอื่น เช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สมาคมแห่งชาติ/เมืองและบุคลากรทางสุขภาพ ชุมชน สมาคมแห่งรัฐ บุคลากรสุขภาพของชายแดนและสมาคมโรงเรียนสาธารณสุข เมื่อองค์กรของรัฐบาล หรือองค์กรวิชาชีพ ยอมรับหลักเกณฑ์จริยธรรมแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ นำ Codes of ethics นี้ เข้าไปเป็นนโยบายและกระบวนการดำเนินงาน การอบรมในโรงเรียนและสอนนักศึกษาในกลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข รวมทั้งการศึกษาต่อเนื่อง หรือจัดหลักสูตรวิชาเพิ่มเติมที่มีหลักเกณฑ์จริยธรรมนี้ รวมทั้งวิธีการนำไปใช้

วิธีการจัดการเรียนการสอน

วิธีการจัดการเรียนการสอนและจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการสอน Codes of ethics สอดคล้องกับกลุ่มผู้เรียนหากกรณีตัวอย่างเพื่อแสดงหลักจริยธรรม 12 ประการ จัดทำคู่มือการทำงานที่ช่วยสถาบันพิจารณาการสร้างหลักจริยธรรมให้เป็นนโยบายและนำสู่การปฏิบัติ คำกล่าวสัตย์ปฏิญาณของผู้สำเร็จการศึกษาสาธารณสุขหรือคำกล่าวในฐานะผู้ปฏิบัติงานในสถาบันสาธารณสุข ต้องรวมข้อหลักจริยธรรมเข้าไปด้วย

Codes of ethics การสาธารณสุขนี้ ยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาต่อไป ให้วิชาชีพสาธารณสุขคุ้นเคยและพัฒนาประเด็นจริยธรรมใหม่ๆ ให้เหมาะสมตามสภาวการณ์และทันสมัยยิ่งขึ้น

หลักการสาธารณสุขในความเข้าใจของกลุ่มอาชีพ คือ ความร่วมมือ/พลังร่วม ที่ทำให้ประชากรมีสุขภาพดี บทบัญญัติจริยธรรม กล่าวถึงคุณค่าและความเชื่อที่เป็นพื้นฐานการสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะเฉพาะความเชื่อที่เป็นกุญแจสำคัญ คือ การพึ่งพาซึ่งกันและกันของประชากร ซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งของชุมชน การสาธารณสุขต้องมุ่งเน้นสุขภาพโดยรวมของชุมชน แต่ก็ยอมรับสุขภาพของปัจเจกบุคคลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนด้วย

คุณค่าและความเชื่อที่เป็นพื้นฐานของบทบัญญัติจริยธรรมการปฏิบัติงานสาธารณสุข

คุณค่าและความเชื่อ 11 ประการ ที่เป็นพื้นฐานของบทบัญญัติจริยธรรม (Values and beliefs Underlying the code) ครอบคลุม Health community และ Bases for action มีดังนี้

1. มนุษย์มีสิทธิในทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ เพื่อมาตรฐานของชีวิตของตนและครอบครัว
2. มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งพึ่งพากันและกันฉันท์เพื่อน ครอบครัวและสมาชิกของชุมชน ซึ่งเชื่อถือกันในความปลอดภัยและการดำรงชีพ ชุมชนที่มีสัญญาณสุขภาพดี คือ ประชากรมีปฏิสัมพันธ์ในทางบวกต่อกันและร่วมมือกัน ความกังวลในสิทธิส่วนบุคคล ที่จะตัดสินใจเฉพาะส่วนตัว ต้องถ่วงดุลกับผลการแสดงออกของบุคคลต่อบุคคลอื่นด้วย

3. ประสิทธิภาพของสถาบันสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับความไว้วางใจของสาธารณะเป็นอย่างมาก ปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจสถาบันสาธารณสุข รวมถึงท่าทีของสถาบันฯ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารกัน การพูดความจริง ความโปร่งใส (ไม่ปิดบังข้อมูล) การตรวจสอบได้ ความเชื่อถือได้และการโต้ตอบกันในรูปแบบการฟังและการพูดกับชุมชน

4. ความร่วมมือกัน เป็นหัวใจของการสาธารณสุข โครงสร้างงานสาธารณสุขในสังคมที่ประกอบด้วยองค์กรและวิชาชีพที่หลากหลายนั้น ต้องทำงานร่วมกันอย่างดี จึงจะเกิดประสิทธิผล นอกจากนี้ งานสาธารณสุขที่ทำหลายรูปแบบใหม่ๆ ต้องการความร่วมมือในรูปแบบหรือวิธีการใหม่ๆ ด้วย

5. ประชาชนและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีการพึ่งพากันและกัน ความเสียหายหรือความไม่สมดุลของสิ่งแวดล้อมในธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นด้วยการออกแบบที่ไม่ดี หรือสภาพไม่ดี จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของประชาชน ในทางกลับกัน ประชาชนสามารถได้รับผลดีของสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ผ่านการบริโภคทรัพยากรและการเกิดขึ้นของขยะมูลฝอย/หรือของเสีย

6. แต่ละคนในชุมชน ต้องมีโอกาสร่วมมาทบทวนสาธารณะกับผู้อื่น

7. การแจกแจงและสนับสนุนความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพชุมชน คือ พื้นฐานของการสาธารณสุข

8. ความรู้เป็นสิ่งสำคัญและทรงพลังอำนาจ การสะสมความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ได้จากการวิจัย ซึ่งต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แต่หากข้อมูลนั้นได้มาอย่างลับ ปกปิด ข้อมูลดังกล่าวจะต้องถูกปกป้อง

9. วิทยาศาสตร์ เป็นพื้นฐานของความรู้สาธารณสุข วิธีการทางวิทยาศาสตร์ สรรสร้างแนวทางจุดประสงค์ เพื่อแจกแจง แสวงหาปัจจัยที่จำเป็นสำหรับสุขภาพในกลุ่มประชากร ทั้งนี้รวมถึงวิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณด้วย

10. ประชากรต้องรับผิดชอบในการแสดงออกบนพื้นฐานความรู้ของเขา งานสาธารณสุข ต้องหาวิธีการนำความรู้ที่มีสู่การปฏิบัติอย่างทันเวลา ส่วนใหญ่จะใช้การวิจัยเพื่อเพิ่มเติม เติมสิ่งที่เรายังไม่รู้

11. การกระทำ ไม่ได้มีพื้นฐานบนข้อมูลอย่างเดียว ในหลายๆ สถานการณ์ นโยบาย คือสิ่งที่ต้องการ โดยคุณค่าพื้นฐานและศักดิ์ศรีของคนแต่ละคน ถึงแม้จะปฏิบัติตามนโยบาย ก็ไม่สามารถคำนวณหรือระบุได้ว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ตามหลักค่าใช้จ่ายต่อผลลัพธ์ที่ได้หรือไม่

บรรณานุกรม

- กิริติ บุญจือ. (2541) ปรัชญาสำหรับผู้เริ่มเรียน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมวิชาชีพเวชกรรม ฉบับที่ 5 พ.ศ.2544.
- คุณธรรมและจริยธรรม http://www.dhamma.mbu.ac.th/th/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=60
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2555) จริยธรรมทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2554) “พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์” พิมพ์ครั้งที่ 16, (ชำระ-เพิ่มเติม ช่วงที่ 1/ยุค) กรุงเทพฯ : สหธรรมิก
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2551). “พจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลธรรม” กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2551). สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- มูลนิธิโตโยต้าประเทศไทย. (2538). สิทธิมนุษยชน : รัฐบาลกับการสาธารณสุขในสังคมไทย กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ ราชบัณฑิตยสถาน, ISBN 974-9588-28-2.
- โรม. (2008). บทที่ 5 หน้า 2118, ความเชื่อและพระคุณ, ความเชื่อที่นำไปสู่ความรอด, พระคริสตธรรมคัมภีร์ ฉบับอธิบาย “ชีวิตครบบริบูรณ์”.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น. (2552). กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น และ ศูนย์ส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม สถาบันพระบรมราชชนก. (2553). นวัตกรรมกระบวนการ การจัดการความรู้สู่จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. ขอนแก่น:วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.
- สงศรี กิตติรักษัตระกูล. (2554). การพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: สองขาครีเอชั่น.
- สมชาติ ไตรรักษา (2556). ปรัชญา วิทยาศาสตร์ และ ศาสนา กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาติ ไตรรักษา (2556). หลักการบริหารสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สมชาติ โตรักษา (2559). การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพงษ์ สุรินทร์ และ ปกาสิต คำจันทร์. (2553). กลุ่มเสริมสร้างวินัยและระบบคุณธรรม สำนักงานบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: จุลสารข่าววินัยและคุณธรรม ฉบับที่ 5/2553 www.moph.go.th/ops/discipline/
- สัญญา สุขพนิชนันท์ และ บุขรา สุขพนิชนันท์. (2552). เวชบัณฑิตศิริราช ปฏิญญาเฮลซิงกิ 2551 พฤษภาคม-สิงหาคม 2552, ปีที่ 2, ฉบับที่ 2.
- สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council), www.tnc.or.th
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ/เล่มที่9/เรื่องที่5 การสาธารณสุข
- สุเมธ ตันติเวชกุล. (2551). คุณธรรมและจริยธรรมข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรม สำนักงาน ก.พ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2549). เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สำนักงาน ก.พ. (2549). วาระแห่งชาติด้านจริยธรรม ธรรมภิบาล และการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ ในภาครัฐ. กรุงเทพฯ: เอกสารเผยแพร่การส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรม.
- สำนักงาน ก.พ. (2551). ยุทธศาสตร์การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมในภาครัฐ. กรุงเทพฯ: เอกสารเผยแพร่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2554). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). นโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี. นนทบุรี: เอกสารประกอบการประชุม ครั้งที่ 2/2554 เมื่อ 5 เมษายน 2554.
- อุทัย สุตสุข. (2552). สาธารณสุขในพระไตรปิฎก. นนทบุรี: เทพประทานการพิมพ์
- อุทัย สุตสุข. จริยธรรมทางการแพทย์: กรณีศึกษาจริยธรรมของแพทย์ในต่างประเทศ วารสารยุพรัตน์.
- Carl H. Coleman, Marie-charlotte Bouesseaub, Andreas Reisb, The Contribution of ethics to public health, Bulletin of the World Health Organization.
- Carlo Petrini, Sabina Gainotti, A personalist approach to public-health ethics, Bulletin of the World Health Organization.
- Doctor-Patient Relationship, WHO-SEARO, Meeting of Experts 15-16 February 2011, SEA-HSD-346.
- Edelstein, Ludwig (1943). The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation. p. 56. ISBN 978-0-8018-0184-6
- James C Thomas, Michael Sage, Jack Dillenberg, and V James Guillory, A Code of Ethics for Public Health <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447186/>

- Jordan, M. C. (1998). "Ethics manual. Fourth edition. American College of Physicians".
Ann Intern Med 128 (7): 576-94
- Public Health Leadership Society 2002, Principles of the Ethical Practice of Public Health.
<http://www.phls.org>
- Public Health Philosophy from Wikipedia, the free encyclopedia.
- Rosenstock, Irwin (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model". Health Education
Behavior 2 (4): 328-335
- Schwitzgebel, Eric. (2006). "Belief" in Zalta, Edward, The Stanford Encyclopedia of
Philosophy, Stanford, CA: The Metaphysics Research Lab, retrieved 2008-09-19.
- Sixty-third World Health Assembly adopted resolution on a variety of global health issues
21 May 2010 Geneva http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/who_closes_20100521/en/
- United Nations. The Universal Declaration of Human Rights (UDHR), proclaimed by the
United Nations General Assembly in Paris on 10 December 1948, General Assembly
resolution 217 A
- UN Millennium Development Goals (MDG) United Nation General Assembly 2000.
- Williams, John (2015). Medical Ethics Manual (PDF) (3rd ed.). Ferney-Voltaire Cedex, France:
World Medical Association. ISBN 978-92-990079-0-7
- World Medical Association. <http://www.wma.net>. Principal features of medical ethics
- World Health Organization. International Health Regulations 2005 (IHR 2005). (2008).
2nd ed. Geneva, ISBN: 9789241580410.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2007). The Role of Ethics
in the Rational Use of Medicines. New Delhi, April 2007, SEARO Technical Publication
Series No.46

หน่วยที่ 4

การประยุกต์ปรัชญา
ในการพัฒนาระบบสุขภาพ
และการสาธารณสุข

หน่วยที่ 4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพ และการสาธารณสุข

ชุดวิชา ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขประยุกต์

หน่วยที่ 4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

- ตอนที่ 4.1 การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.2 หลักการ กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ และการสาธารณสุข
- 4.3 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ
- 4.4 การพัฒนางานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการพัฒนางาน ตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

แนวคิด

1. การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องทำความเข้าใจปรัชญาที่นำมาใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาการพัฒนาระบบเหล่านั้น
2. การนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ควรครอบคลุม หลักวิชาการของงาน สุขภาพและงานสาธารณสุข หลักวิชาการเฉพาะของงานที่ต้องการพัฒนา หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพ และงานสาธารณสุข ด้านวิทยาศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์ ด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องและด้านขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ชุมชนและสังคม
3. การบูรณาการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการผสมผสาน และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับระบบสาธารณสุข โดยมีการประสานความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและสิ่งสนับสนุน ทั้งด้านวิชาการ ด้านบริการและด้านบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ของประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
4. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการ 3 ด้าน ด้านวิทยาศาสตร์ ด้านปรัชญาและด้านศาสนา ควรเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนา ให้เกิดประโยชน์กานเรียนรู้อย่างกว้างขวางต่อประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาความรู้ทั้ง 3 แนวทาง ดังกล่าว อาจกระทำได้โดยพัฒนางานประจำตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ถือว่าเป็นงานสร้างองค์ความรู้ สร้าง นวัตกรรมที่มีคุณค่าแก่ตนเอง องค์การและสังคม

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข
2. หลักการ กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข
3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ
4. การวิจัยเพื่อการพัฒนาทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ตอนที่ 4.1

การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.1 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 4.1.1 ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 4.1.2 ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข
- 4.1.3 การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.1.4 วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ หลักของวิชาปรัชญา ทั้งอภิปรัชญา ญาณปรัชญา คุณปรัชญา ปรัชญาสุขภาพ และการสาธารณสุข ปรัชญาศาสนา ปรัชญาแต่ละสาขา ปรัชญาของแต่ละสำนักคิด คำสอนของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ปรัชญาของแต่ละองค์การ/สถาบัน รวมทั้งคำกล่าวหรือข้อความที่แสดงความหมาย ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคลหรือกลุ่มคน

2. การสรรหาและคัดเลือกปรัชญา ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีประเด็นหลักเกณฑ์การสรรหาและการคัดเลือก มีกระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการ ให้ได้มาซึ่งปรัชญาที่พึงประสงค์ตามหลักของวิชาปรัชญาเชิงความเป็นจริง

3. วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ใช้หลักของวิชาปรัชญาทั่วไป มาประยุกต์อย่างเหมาะสมกับงาน บริบทของปัญหาและสภาพพื้นที่

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 4.1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. ปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ
2. ปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข
3. การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
4. วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 4.1.1 ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพ (Health System) ประกอบด้วยงานหลัก 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริการสุขภาพ (Health services) ได้แก่งานบริการสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และงานบริการสุขภาพทางปัญญา จำแนกตามสถานที่ให้บริการ ดังนี้

1.1 งานบริการสุขภาพในสถานบริการ คือ งานบริการสุขภาพในสถานเอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน คลินิกรักษาหลายโรค (Polyclinic) สถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ/เทศบาล เป็นต้น

1.2 งานบริการสุขภาพของสถานพยาบาล นอกสถานบริการ เช่น งานบริการของโรงพยาบาลเอกชน งานบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หน่วยทันตสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานบริการสุขภาพที่บ้าน งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุ (Emergency Medical Services: EMS) งานบริการพยาบาลรับ-ส่งต่อผู้ป่วยงานบริการสุขภาพในงานเทศกาล เป็นต้น

1.3 งานบริการสุขภาพในชุมชน เช่น งานบริการสุขภาพโดย อสม.ในหมู่บ้าน งานบริการสุขภาพโดยคลินิกเอกชนในชุมชน งานบริการสุขภาพโดยร้านขายยาในชุมชน งานบริการสุขภาพโดยแพทย์พื้นบ้านในชุมชน งานบริการสุขภาพโดยคลินิกเอกชนในชุมชน งานบริการสุขภาพโดยพระ/นักบวช/ผู้นำทางศาสนา งานบริการสุขภาพโดยปราชญ์ชาวบ้านในชุมชน งานบริการสุขภาพโดยผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

1.4 งานบริการในสถานประกอบการ เช่น โรงเรียน โรงงานอุตสาหกรรม เรืออนำ เป็นต้น

2. การสนับสนุนทรัพยากรให้กับงานบริการสุขภาพ (Health resources supporting)

2.1 งานสนับสนุนทรัพยากรสิ่งของให้กับงานบริการสุขภาพ (Commodity resources supporting) ได้แก่ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์และวัสดุ

2.2 งานสนับสนุนทรัพยากรเงินให้กับงานบริการสุขภาพ (Monetary resources supporting)

2.3 งานสนับสนุนทรัพยากรบุคคลให้กับงานบริการสุขภาพ (Human resources supporting) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย เทคนิคการแพทย์ รังสีเทคนิค พนักงานผู้ช่วย พนักงานทำความสะอาด คนงาน เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่โภชนาการ เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ช่างไฟฟ้า ช่างประปา พนักงานขับรถยนต์ เป็นต้น

2.4 งานสนับสนุนทรัพยากรวิชาการ ความรู้และเทคโนโลยีกับงานบริการสุขภาพ (Scholar and technology resources supporting)

2.5 งานสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับงานบริการสุขภาพ (Utility resources supporting) เช่น ห้องพัก ห้องประชุม เครื่องดื่ม สนามกีฬา เครื่องออกกำลังกาย พัดลม เครื่องปรับอากาศ อาหาร เสื้อผ้า สวัสดิการ เป็นต้น

3. การพัฒนางานและหน่วยงานบริการสุขภาพ (Health services improving) ได้แก่ งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล งานวิจัย งานหลักประจำสู่งานวิจัย (R2R) งานนวัตกรรม งานพัฒนาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4. การบริหารจัดการระบบสุขภาพ (Health services management) เช่น
 - 4.1 งานข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ
 - 4.2 งานนโยบาย แผนงานและยุทธศาสตร์
 - 4.3 งานปรับปรุงโครงสร้างองค์การ
 - 4.4 งานพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ
 - 4.5 งานบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 - 4.6 งานติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
 - 4.7 งานงบประมาณที่ครบวงจร (Complete cycle) ได้แก่ การตั้งงบประมาณ การของบประมาณ การเบิก-จ่ายงบประมาณ การควบคุมงบประมาณและการรายงานงบประมาณ
 - 4.8 งานรายงาน ทั้งการรายงานปกติ เร่งด่วนและการรายงานกรณีเฉพาะ
 - 4.9 งานอื่นๆ

การพัฒนาระบบสุขภาพ

เป้าหมาย (Goal) การพัฒนาระบบสุขภาพ คือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (Sustainable Health for All) ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและพึงประสงค์ ตั้งแต่ก่อนเกิด จนถึงชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ได้แก่ หลักของวิชาปรัชญา ปรัชญาสุขภาพ ปรัชญาการสาธารณสุขและปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมจากสถาบันและนักปรัชญา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. ปรัชญาศาสนา

ได้มีการนำปรัชญาของแต่ละศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานและพัฒนาสุขภาพกันอย่างหลากหลาย ในแต่ละพื้นที่ ชุมชนและแต่ละประเทศ พบว่า ได้ผลมากในงานสร้างเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานรักษาพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) แบบประคับประคอง ด้วยการนำหลักพุทธศาสนา มาบูรณาการกับหลักการแพทย์ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างสุขภาพ ป้องกันและบำบัดรักษาโรคเรื้อรัง ในมิติการสร้างสุขภาพดี วิถีพุทธ เป็นต้น

2. ปรัชญาของหลักวิชาการแต่ละสาขา

ได้มีการนำปรัชญาของหลักวิชาการแต่ละสาขา ทั้งปรัชญาของสาขาวิชาแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เภสัชศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ นิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ เป็นต้น มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)

3. ปรัชญาของแต่ละสำนักคิด สำนักปรัชญา (School of thought)

ได้มีการนำปรัชญาของแต่ละสำนักคิด สำนักปรัชญา ทั้งปรัชญาตะวันตก ปรัชญาตะวันออก ปรัชญาของแต่ละประเทศ ปรัชญาของแต่ละชนเผ่าและปรัชญาของบุคคลต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานและการพัฒนาสุขภาพกันอย่างหลากหลาย สอดคล้องกับสภาพการณ์ในแต่ละพื้นที่ ชุมชนและแต่ละประเทศ

4. ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอนของบุคคลสำคัญ

ได้มีการนำพระราชดำรัสของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก “ขอให้คำนึงถึงประโยชน์ต่อบุคคลอื่นเป็นที่หนึ่ง ประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง” และของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เช่น “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” และ “ร่วมกันทำงาน โดยคำนึงถึงความคิดเห็นของประชาชนหรือความต้องการของสาธารณชนด้วย”

5. ปรัชญาของแต่ละองค์การ สถาบัน

ปรัชญาขององค์กรที่มีบุคคลสังกัดอยู่ เช่น ปรัชญาของสถาบันการแพทย์ ปรัชญาของกระทรวงสาธารณสุข ปรัชญาของกรมอนามัย ปรัชญาของมหาวิทยาลัยมหิดล ปรัชญาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปรัชญาของคณะพยาบาลศาสตร์ ปรัชญาของคณะทันตแพทยศาสตร์ ปรัชญาของคณะเทคนิคการแพทย์ ปรัชญาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น

6. คำกล่าวหรือข้อความเชิงปรัชญา

ที่แสดงความหมาย ความเป็นจริง ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล กลุ่มคน ชนเผ่า เป็นวิถีชีวิตที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาของแต่ละกลุ่มบุคคล เช่น ปรัชญาคนสู้ชีวิต ปรัชญาชาวไร่ ปรัชญาชาวนา ปรัชญาคนจน ปรัชญาชาวกระเหรี่ยง ปรัชญาชาวสุพรรณ เป็นต้น คำกล่าวหรือข้อความเหล่านี้ยังไม่เป็นปรัชญาที่แท้จริงตามหลักวิชาการ จำเป็นต้องพัฒนาต่อไป

สรุปได้ว่า การนำปรัชญาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในกาดำเนินงานและการพัฒนางานสุขภาพกันอย่างหลากหลายแนวทาง ในแต่ละพื้นที่ ชุมชนและแต่ละประเทศ พบว่าได้ผลดีมีมาก-น้อย แตกต่างกัน ตามบริบทเงื่อนไข ข้อจำกัดและทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละงาน กิจกรรมของงานสุขภาพ ซึ่งนักพัฒนางานสุขภาพจะได้มาร่วมกันเรียนรู้ ร่วมคิดและร่วมกันพัฒนางานสุขภาพให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างยั่งยืน เพื่อประโยชน์สุขของมวลหมู่มนุษยชาติทั้งโลกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

เรื่องที่ 4.1.2 ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข

การสาธารณสุข (Public health tasks) ประกอบด้วยงานหลัก 4 งาน คือ

1. งานส่งเสริมสุขภาพ (Health promotions) ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพกาย งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานส่งเสริมสุขภาพสังคมและงานส่งเสริมสุขภาพทางปัญญา จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 1.1 งานส่งเสริมสุขภาพบุคคลทั่วไป
- 1.2 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่และเด็ก
- 1.3 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่ขณะมีลูกวัยเด็กเล็ก
- 1.4 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่ขณะมีลูกวัยเรียน
- 1.5 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่ขณะมีลูกวัยรุ่น
- 1.6 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่วัยทำงาน
- 1.7 งานส่งเสริมสุขภาพพ่อแม่ก่อนเกษียณ
- 1.8 งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 1.9 งานส่งเสริมสุขภาพผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส
- 1.10 งานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 1.11 งานกลุ่มอื่น

2. งานป้องกันการเสียสุขภาพ (Health preventions) เน้น Primary prevention ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางปัญญา ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 2.1 งานป้องกันการเสียสุขภาพทั่วไป
- 2.2 งานป้องกันการเสียสุขภาพด้วยการให้วัคซีน
- 2.3 งานป้องกันการเสียสุขภาพด้วยการให้ความรู้/ฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติ
- 2.4 งานป้องกันการเสียสุขภาพด้วยการป้องกันความเสี่ยง
- 2.5 งานป้องกันการเสียสุขภาพด้วยการให้เรียนรู้ด้วยตนเอง
- 2.6 งานอื่นๆ ที่จำเป็น

3. งานแก้ไขการเสียสุขภาพ (Health corrections/corrections) ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางปัญญา ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายและในแต่ละชุมชน/พื้นที่ ได้แก่

- 3.1 งานรักษาพยาบาลโรคทางกาย
- 3.2 งานรักษาพยาบาลโรคทางจิตประสาท
- 3.3 งานรักษาการติดสารเสพติด
- 3.4 งานรักษาผู้กระทำความผิดกฎหมาย/ถูกระเบียบของสังคม/อันธพาลสังคม
- 3.5 งานแก้ไขการเสียสุขภาพทางปัญญา
- 3.6 งานแก้ไขैयाชุมชน/พื้นที่ ที่ได้รับภัยพิบัติ (ไฟไหม้ วาตภัย แผ่นดินไหว ซึนามิ น้ำท่วม)
- 3.7 งานแก้ไขการเสียสุขภาพสิ่งแวดล้อม/นิเวศวิทยา
- 3.8 งานแก้ไขเมื่อโรคระบาดเกิดขึ้น
- 3.9 งานอื่นๆ ที่จำเป็น

4. งานฟื้นฟูการเสียสุขภาพ (Health rehabilitations) ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพทางปัญญา ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายและในแต่ละชุมชน/พื้นที่ให้กลับมามีสุขภาพดีเหมือนเดิม ได้แก่

- 4.1 งานฟื้นฟูสุขภาพที่เสียหายไปหลังจากเจ็บป่วย
- 4.2 งานฟื้นฟูสุขภาพให้หายขาดจากการติดสารเสพติด
- 4.3 งานฟื้นฟูสุขภาพผู้กระทำผิดกฎหมาย/ถูกระเบียบของสังคม
- 4.4 งานฟื้นฟูสุขภาพชุมชน/พื้นที่ ที่ได้รับภัยพิบัติและเยียวยากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ
- 4.5 งานฟื้นฟูสุขภาพสิ่งแวดล้อม/นิเวศวิทยา
- 4.6 งานฟื้นฟูสุขภาพพื้นที่ ที่เกิดโรคระบาดและการเยียวยากลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ
- 4.7 งานอื่นๆ ที่จำเป็น

ปรัชญาที่นำไปใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข

เป้าหมาย (Goal) ของการพัฒนาการสาธารณสุข คือ ประชาชนทุกคนในพื้นที่/ชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถิ่นที่น่าอยู่อย่างยั่งยืน (Sustainable Quality of Life for All) ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและพึงประสงค์ ทั้งในแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว แต่ละหลังคาเรือน แต่ละชุมชน ครอบคลุมทั้งพื้นที่ในความรับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพทางปัญญา

ปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข ได้แก่ หลักของวิชาปรัชญา ปรัชญาสุขภาพ ปรัชญาสาธารณสุข ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ปรัชญาศาสนา ปรัชญาของหลักวิชาการแต่ละสาขา ปรัชญาของแต่ละองค์กร ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอนของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอนของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ปรัชญาของแต่ละองค์การ/สถาบัน รวมทั้งคำกล่าวหรือข้อความเชิงปรัชญา ที่แสดงความหมาย ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล กลุ่มคน ชนเผ่า เป็นต้น จนเป็นวิถีชีวิตที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาของแต่ละกลุ่มบุคคล ตัวอย่างเช่น

1. ใช้หลักของวิชาปรัชญาในการศึกษาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการสาธารณสุข ด้วยกระบวนการของญาณวิทยา ให้เห็นคุณค่าด้านจริยศาสตร์และสุนทรียศาสตร์ คุณปรัชญา อย่างมีเหตุผลตามหลักตรรกวิทยา เป็นต้น
2. ใช้ปรัชญาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เช่น สุขภาพดีถื่นหน้า เป็นต้น
3. ใช้ปรัชญาสาธารณสุข เป็นศาสตร์และศิลป์ ในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การช่วยให้ชีวิตยืนยาว และการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการรวบรวมสรรพกำลังและทางเลือกที่ประชาสังคม องค์กรทั้งหลาย ทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชนและแต่ละบุคคล ได้รับการชี้แจงทำความเข้าใจแล้ว มาจัดดำเนินการในพื้นที่ของชุมชน เป็นต้น
4. ใช้ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม เช่น จริยศาสตร์ เพื่อช่วยให้รู้ว่า ความเป็นจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น มีคุณค่าด้านความดีอะไรและจะรักษาเพิ่มพูนขึ้นได้อย่างไร เป็นต้น
5. ใช้ปรัชญาศาสนา เช่น ศาสนาสอนให้มนุษย์เป็นคนดี มีคุณธรรม มีศีลธรรมและจริยธรรม ให้มนุษย์รู้จักการดำเนินชีวิตเช่นไรจึงจะถูกต้อง สอนให้มีเป้าหมายในชีวิต เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ไม่เพียงแต่เกิดมาเพื่อกินอยู่ และเสพกาม เท่านั้น เป็นต้น

6. ใช้ปรัชญาของหลักวิชาการแต่ละสาขา เช่น ปรัชญาของสาขาวิชาแพทยศาสตร์ ที่ว่า มุ่งหวังผลิตบัณฑิตที่เพียงพอพร้อมด้วยความรู้ ทักษะคุณธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ สามารถนำไปแก้ปัญหาสาธารณสุขของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรัชญาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ว่า คนเป็นองค์รวมประกอบด้วยกาย จิต สังคมและปัญญา มีศักยภาพในการดูแลและพัฒนาตนเอง เพื่อดำรงสุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย โดยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ รวมทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ปรัชญาการแพทย์แผนไทย ที่ว่า เป็นการดูแลสุขภาพทั้งสภาวะปกติและสภาวะที่ผิดปกติ โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกายและกายวิภาค เป็นต้น

7. ใช้ปรัชญาของแต่ละสำนักคิด เช่น ปรัชญาขงจื๊อที่ว่า ความเจริญหรือความเสื่อมของโลก ของสังคม เกิดมาจากปัจเจกชนหรือแต่ละบุคคลเป็นรากฐาน เพราะฉะนั้นรัฐจะต้องพัฒนาคนให้ดีเสียก่อน แล้วพัฒนาสังคม ประเทศและโลก ซึ่งจะดีขึ้นต่อเนื่องโดยอัตโนมัติ ขงจื๊อเชื่อว่า การที่จะเป็นคนดีได้นั้น ประการแรก จะต้องได้รับการศึกษา ทั้งจากสถาบันการศึกษาหรือจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเอง เมื่อมีการศึกษาก็จะทำให้ฉลาดรู้ว่า อะไรดีอะไรชั่ว อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อะไรเป็นไปเพื่อความเจริญ อะไรเป็นไปเพื่อความเสื่อม เมื่อรู้แล้วก็จะหาทางหลีกเลี่ยงความเสื่อมและดำเนินไปสู่ความเจริญ สำหรับปรัชญาตะวันตก มีแรงกระตุ้นซึ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการคิดค้น ในทางปรัชญา คือ ความสงสัยใคร่จะรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความเป็นไปของธรรมชาติ หรือสิ่งรอบๆ ตัวมนุษย์ จึงมีลักษณะเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับธรรมชาติเพื่อให้เข้าใจธรรมชาติ เป็นต้น

8. ใช้ปรัชญาที่เป็นหลักคิด ได้แก่ คำสอนของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก เช่น เวลาเป็นของมีค่า เมื่อมันล่องไปแล้วมันจะไม่กลับมาอีก ถ้าเรามีโอกาสใช้มันให้เป็นประโยชน์แล้วเราไม่ใช้มันจะน่าเสียดาย เป็นต้น

9. ใช้ปรัชญาที่เป็นหลักคิด เช่น คำสอนของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร “ในบ้านเมืองนั้น มีทั้งคนดีและคนไม่ดี ไม่มีใครที่จะทำให้ทุกคนเป็นคนดีได้ทั้งหมด การทำให้บ้านเมืองเป็นปกติสุขเรียบร้อย จึงมิใช่การทำให้ทุกคนเป็นคนดี หากแต่อยู่ที่การส่งเสริมคนดี ให้คนดีปกครองบ้านเมืองและควบคุมคนไม่ดี ไม่ให้มีอำนาจ ไม่ให้ก่อความเดือดร้อนวุ่นวายได้” เป็นต้น

10. ใช้ปรัชญาของแต่ละองค์กร/สถาบัน เช่น ปรัชญามหาวิทยาลัยมหิดลที่ว่า ความสำเร็จที่แท้จริงไม่ได้อยู่ที่การเล่าเรียน แต่อยู่ที่การนำความรู้จากการเล่าเรียนไปประยุกต์/ใช้ เพื่อประโยชน์แก่มวลมนุษยชาติ เป็นต้น

11. ใช้คำกล่าวหรือข้อความ ที่แสดงความหมาย ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล กลุ่มคน ชนเผ่า เป็นต้น จนเป็นวิถีชีวิตที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาของแต่ละกลุ่มบุคคล เช่น ปรัชญาคนสู้ชีวิตที่ว่า “ทำงานไม่ไ้ แต่เป็นฮีโร่ของครอบครัว” “รวยไม่เคยคิดเพราะชีวิตมีแต่ครอบครัวที่เป็นสุข” เป็นต้น

การนำปรัชญาที่กล่าวข้างต้น มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานและการพัฒนาการสาธารณสุขนั้น พบว่าได้ผลดีมาก-น้อย แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ชุมชนและแต่ละประเทศ เนื่องจากมีบริบท เงื่อนไข ข้อจำกัดและทรัพยากรที่ใช้ ในแต่ละงาน และกิจกรรมของการสาธารณสุขที่ไม่เหมือนกัน นักพัฒนาการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมาร่วมกันเรียนรู้และร่วมกันพัฒนาการสาธารณสุขของโลกให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเน้นประโยชน์สุขของมวลมนุษยชาติที่ยั่งยืน เป็น Ultimate goal ร่วมกัน

เรื่องที่ 4.1.3 การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

หลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีประเด็นสำคัญที่ควรใช้ประกอบการพิจารณา ตามภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ประเด็นของหลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข

หลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาเพื่อการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข

มีรายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1. ความครอบคลุมปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข หมายถึง ปรัชญาที่สรรหาจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมทุกมิติ
2. ความครอบคลุมองค์ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข หมายถึง ปรัชญาที่สรรหาจะต้องมีความครอบคลุมองค์ความรู้และมาตรฐานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่เผชิญอยู่ได้
3. ขอบเขตการสรรหาปรัชญาฯ หมายถึง ความกว้างขวางของพื้นที่และแหล่งหรือหน่วยงาน/องค์กรที่นำปรัชญามาใช้ เช่น สถาบันการศึกษาหรือโรงพยาบาล ทั้งในกรุงเทพฯ ต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ เป็นต้น
4. ความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มประชากรที่ประสบปัญหา หรือมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหา ที่จะต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญห ด้วยการประยุกต์ใช้ปรัชญาที่เหมาะสม
5. ความครอบคลุมหน่วยงานหรือองค์กรที่นำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันแก้ไข และการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ด้วยการประยุกต์ใช้ปรัชญาที่เหมาะสม
6. ระบบสื่อสาร สารสนเทศและการสืบค้น หมายถึง สื่อและสารสนเทศที่สรรหาปรัชญามาประยุกต์ใช้ เช่น ตำรา เอกสาร รายงานผลการวิจัย เป็นต้น โดยสรรหาทาง Internet ห้องสมุด หรือสืบหาจากนักปรัชญานักคิด หรือผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องปรัชญาที่ต้องการ
7. ปริมาณปรัชญา หมายถึง จำนวนเรื่องหรือชิ้นปรัชญาที่สรรหา มีจำนวนมากน้อยเหมาะสมกับสภาพขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่จะต้องป้องกันและแก้ไข เพื่อให้มีทางเลือกหลากหลายและมีประสิทธิภาพ
8. คุณภาพของปรัชญา หมายถึง ปรัชญาที่สรรหานั้น มีคุณภาพในการประยุกต์ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญห รวมทั้งการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกปรัชญา



ภาพที่ 4.2 ประเด็นสำคัญในการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกปรัชญา

หลักเกณฑ์การคัดเลือกปรัชญา มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความเฉพาะเจาะจง (Specificity) หมายถึง ปรัชญาที่จะคัดเลือก ต้องมีความเฉพาะเจาะจง เกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข จะต้องมึเนื้อหาตรงต่อการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนางานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. ความเหมาะสม (Relevancy) หมายถึง ปรัชญาที่จะคัดเลือก ต้องมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาผู้ใช้บริการและศักยภาพของผู้ให้บริการในระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

3. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) พิจารณาจากการยอมรับความศรัทธาของปรัชญา โดยการสืบค้นจากนักปรัชญา สำนักปรัชญา ที่มีชื่อเสียง มีการเผยแพร่ตีพิมพ์ปรัชญา มีผู้นำปรัชญานั้นไปประยุกต์ใช้และประสบผลสำเร็จเป็นตัวอย่างเชิงประจักษ์

4. ความเป็นไปได้ (Feasibility) หมายถึง ปรัชญาที่จะคัดเลือกต้องสามารถนำปรัชญาไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้

5. ความพอเพียง (Sufficiency) หมายถึง ปรัชญาที่สนับสนุนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบสุขภาพ

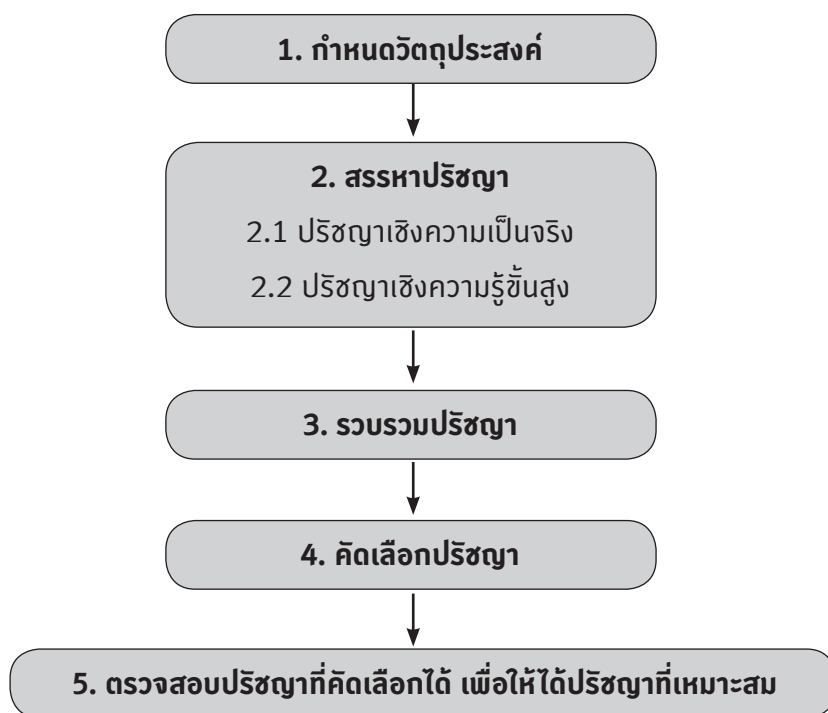
6. ความเพียงพอ (Adequacy) หมายถึง จำนวนปรัชญามีเพียงพอในการประยุกต์ใช้พัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข ครบทุกประเด็น

7. ความคุ้มค่า คำนวณจากต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) และต้นทุน-ประสิทธิภาพ (Cost-efficiency) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

ให้ประหยัดและคุ้มค่า ทั้งด้านการใช้ทรัพยากรและเวลา เป็นปรัชญาที่แสดงถึงการใช้ทรัพยากรทุกประเภทให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข รวมทั้งแสดงถึงค่าใช้จ่ายในการนำปรัชญาไปใช้ให้เกิดผลโดยค่าใช้จ่ายงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น ในจำนวนและอัตราส่วนที่หน่วยงาน องค์กร และประเทศชาติ สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายได้

กระบวนการ ขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข

การสรรหาปรัชญา เป็นกระบวนการในการค้นหาปรัชญาที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ ผู้สรรหาปรัชญาจะต้องเข้าถึงแหล่งที่มาต่างๆ ของปรัชญา สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องกำหนดกระบวนการและขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการนำมาใช้ โดยต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์ปรัชญา เพื่อให้มีทางเลือกหลากหลาย ทั้งนี้ มีขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือก ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 ขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์

เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา วัตถุประสงค์หลักของการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา คือ ค้นหาปรัชญาที่สามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐาน เป็นทิศทางและหลักยึดในการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้น ผู้รับผิดชอบในการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงประเด็นที่จำเป็นและเกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ที่หน่วยงานและองค์กรกำหนดแล้ว

1.2 ปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข

1.3 ศักยภาพของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ

1.4 เครือข่ายการพัฒนาในระบบสุขภาพ

1.5 กลวิธีการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

1.6 วิวัฒนาการของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุขและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.7 บริบทของพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

เมื่อผู้รับผิดชอบในการพัฒนางาน ได้ศึกษาประเด็นที่จำเป็นดังกล่าวแล้ว ต้องนำประเด็นเหล่านั้นมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดหัวข้อปรัชญา ทั้งปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขโดยตรงและปรัชญาด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเหมาะสม ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนางานที่ต้องการ

2. สรรหาปรัชญา

หลังจากที่ได้กำหนดหัวข้อปรัชญาที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ ในการนำมาประยุกต์ใช้พัฒนางาน โดยให้ครอบคลุมทั้งปรัชญาเชิงความเป็นจริงและปรัชญาเชิงความรู้ชั้นสูงแล้ว ผู้รับผิดชอบในการพัฒนางาน ต้องนำหัวข้อปรัชญาที่ได้ มาศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวคิดหลักของปรัชญาแต่ละหัวข้อของนักปรัชญาแต่ละคน หรือแต่ละสำนัก ต่อจากนั้นจึงกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

แหล่งปรัชญาที่สรรหานั้น ควรมีความหลากหลาย ทั้งแหล่งปรัชญาจากในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ แหล่งปรัชญาอาจจำแนกประเภทเป็นเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยต่างๆ ทั้งที่สามารถสืบค้นจากห้องสมุด Internet E-library นอกจากนั้นยังมีแหล่งบุคคล เช่น ปราชญ์ท้องถิ่น นักปรัชญา ซึ่งสามารถเข้าถึงได้โดยการสนทนาโดยตรง และผ่านเครื่องมือสื่อสารต่างๆ เช่น Skype E-mail เป็นต้น

3. รวบรวมปรัชญา

เมื่อได้ปรัชญาจากแหล่งต่างๆ แล้ว ให้รวบรวมปรัชญาเพื่อจัดระบบและจำแนกเป็นปรัชญาเชิงความเป็นจริง ปรัชญาเชิงความรู้ชั้นสูง เพื่อสังเคราะห์และจัดทำรายงานปรัชญาที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้

4. คัดเลือกปรัชญา

เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการสรรหาและรวบรวมปรัชญา การคัดเลือกปรัชญาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประกอบการพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งผู้นำในการคัดเลือกปรัชญาต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจปรัชญาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการนำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งต้องกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการคัดเลือกที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5. ตรวจสอบปรัชญาที่คัดเลือก

เป็นขบวนการ เพื่อให้ได้ปรัชญาที่เหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความเหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์เสียก่อน โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง (Peer group) ได้แก่ ผู้บริหาร นักวิชาการและอาจารย์จากสถาบันการศึกษาต่างๆ เป็นต้น

เรื่องที่ 4.1.4 วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีดังนี้

1. ปรึกษาผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและแนวทางพัฒนางาน ทั้งนี้ ผู้สรรหาปรัชญาอาจจะติดต่อปรึกษาหารือกับผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ที่ตนรู้จักโดยตรง หรืออาจขอคำแนะนำจากผู้อื่นแล้วจึงติดต่อปรึกษาหารือในขั้นตอนต่อไป นอกจากนี้ผู้สรรหาต้องมั่นใจในความเหมาะสมของผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ในระดับหนึ่ง การสรรหาวิธีนี้มีข้อดีคือ ง่าย สะดวกและรวดเร็ว แต่มีข้อจำกัด คือปรัชญาที่ผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์แนะนำนั้น อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาและสภาพพื้นที่ จึงควรนำปรัชญาเหล่านั้นมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และคัดเลือกอีกชั้นหนึ่ง

การแสวงหาที่ปรึกษาดังกล่าวข้างต้น ควรคำนึงถึงผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งภาคราชการ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทั้งที่กำลังอยู่ในตำแหน่งหน้าที่การงาน ผู้เกษียณอายุราชการหรือผู้ที่มีประสบการณ์ ทั้งที่อยู่ในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ตลอดจนปรัชญาชาวบ้าน โดยให้ความสำคัญทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีวุฒิการศึกษาสูงและผู้ทรงคุณวุฒิโดยประสบการณ์จากการเรียนรู้และการปฏิบัติ เมื่อได้รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เหมาะสมแล้ว ให้ผู้สรรหาจัดทำบัญชีรายชื่อจำแนกตามสาขาของความเชี่ยวชาญในงานหรือเกี่ยวข้องกับปรัชญาที่ต้องการนำมาประยุกต์ใช้

2. ค้นคว้าจากหนังสือ ตำราและวารสารทางวิชาการ จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ห้องสมุด E-Library ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เป็นเรื่องในแนวเดียวกันหรือเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา แนวทางการพัฒนางานระบบงานและเก็บประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้ ผู้สรรหาต้องจัดทำบัญชีรายชื่อ ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ชื่อหนังสือ/ตำรา/วารสารทางวิชาการ ชื่อผู้เขียน แหล่งและปีที่ตีพิมพ์ เพื่อใช้อ้างอิง เมื่อประเด็นสำคัญนั้นได้รับการคัดเลือกในขั้นตอนต่อไป

3. สืบค้น Website ต่างๆ จากอินเทอร์เน็ต ซึ่งสามารถสืบค้นจากเอกสารทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทความสาระสำคัญเชิงปรัชญาที่ลงในวารสารในประเทศและต่างประเทศ เช่น ได้จาก Website ทางวิชาต่างๆ จาก internet ซึ่งเป็น Website ทางวิชาการ เช่น Science direct, Pre-med, Cochrane library, Proquest Dissertation Publishing & Thesis WHO Publications วารสารของมหาวิทยาลัย วารสารของหน่วยงานและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วารสารของสถาบันทางวิชาการ ภาคเอกชน มูลนิธิหรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น

4. ศึกษาจาก องค์กรวิชาชีพ องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาและการพัฒนางานที่ต้องการ เช่น สภาการพยาบาล แพทย์สภา ทันตแพทย์สภา สภาเภสัชกรรม สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ สภาแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังมีองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบของราชวิทยาลัยต่างๆ เช่น ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ราชวิทยาลัยสูติ-นารีเวชกรรม ราชวิทยาลัยกุมารเวชกรรม ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

5. แต่งตั้งคณะทำงานสรรหาปรัชญา จากผู้แทนหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบหรืองานสุขภาพและการสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนา โดยวิธีนี้ จะทำให้ระยะเวลาที่สรรหานั้นสั้นลงและตรงประเด็นปัญหา

และการพัฒนาที่ต้องการมากขึ้น คณะทำงานสรรหาปรัชญานี้อาจแต่งตั้งขึ้นหลายคน หลายระดับ ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค หรือเป็นรายหน่วยงานก็ได้ ขึ้นอยู่กับปัญหาทางสุขภาพและการสาธารณสุขที่ต้องการมาตรการและความรู้เชิงปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน การพัฒนาและการแก้ปัญหา

6. จัดสัมมนาผู้แทนหน่วยงานและองค์การทางวิชาการ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปรัชญาที่บุคลากรหรือหน่วยงานเหล่านั้นมีอยู่ โดยขอความร่วมมือจากแหล่งหรือสถาบันหรือสำนักปรัชญา เพื่อนำเสนอปรัชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ต่อที่ประชุมสัมมนา หลังจากการสัมมนาเสร็จสิ้นแล้ว ต้องทำรายงานสรุปประเด็นของปรัชญาที่ได้จากการระดมสมองครั้งนั้นๆ อย่างครบถ้วน ชัดเจน ในทันที ไม่ปล่อยให้ล่องเลยเกินควร

7. จัดทำบัญชีปรัชญาที่สรรหามาได้ โดยจัดตามวัตถุประสงค์ของการนำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยประเภทของปรัชญา ชื่อนักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา แนวคิดหลัก ประสบการณ์ในการประยุกต์ใช้ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อนำไปวิเคราะห์และคัดเลือกไปประยุกต์ใช้ต่อไป หากมีจำนวนมาก ก็สามารถจัดทำเป็นห้องสมุดปรัชญาหรือคลังปรัชญา สำหรับพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นในอนาคต

การวิเคราะห์และคัดเลือกปรัชญาที่เหมาะสม ในการนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

เมื่อรวบรวมปรัชญาที่ได้จากแหล่งที่มาที่หลากหลายมาแล้วให้นำปรัชญาเหล่านั้นมาจัดระบบ จำแนกวิเคราะห์ และจัดการรวบรวมปรัชญาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการนำไปประยุกต์ใช้ โดยจำแนกแต่ละหัวข้อปรัชญาตามนักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา แนวคิดหลัก ประสบการณ์ในการนำไปใช้ ข้อดีและข้อจำกัดในการนำไปใช้ ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การรวบรวมปรัชญาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการคัดเลือกที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	ประเภทของปรัชญาที่นำไปประยุกต์		ชื่อนักปรัชญาหรือสำนักปรัชญา	แนวคิดหลัก	ประสบการณ์ในการนำไปใช้	ข้อดีและข้อจำกัดในการนำไปใช้
	ปรัชญาเชิงความเป็นจริง	ปรัชญาเชิงความรู้ชั้นสูง				

ภายหลังการจัดทำรายการปรัชญาแล้ว มีการคัดเลือกปรัชญาโดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นตามประเด็นสำคัญของหลักเกณฑ์การคัดเลือก 6 ประการ และให้คะแนนตามลำดับความเห็นด้วยจากมากไปหาน้อย ในแบบแสดงความคิดเห็นต่อการคัดเลือกปรัชญาเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ตามตัวอย่างแบบฟอร์มด้านล่าง

ตัวอย่าง

แบบแสดงความคิดเห็นต่อการคัดเลือกปรัชญาเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ชื่อโครงการ.....

วัตถุประสงค์ของโครงการ.....

เป้าหมายของโครงการ.....

นักปรัชญา/สถาบัน/สำนักปรัชญา.....

แนวคิดหลักของปรัชญา กายพิต จิตดี มีปัญญา พาชีวิตมีสุข

คำชี้แจง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3-1 โดยคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ประเด็นสำคัญของหลักเกณฑ์การคัดเลือก	ระดับความคิดเห็นที่มีต่อการคัดเลือกปรัชญา		
	3	2	1
1. ความเฉพาะเจาะจง			
2. ความเหมาะสม			
3. ความน่าเชื่อถือ			
4. ความคุ้มค่า			
5. ความเพียงพอ			
6. ความเป็นไปได้			

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนตามแบบแสดงความคิดเห็นในแต่ละปรัชญาแล้ว ให้นำข้อมูลที่ได้นำมาดำเนินการดังนี้

1. รวมคะแนนเฉพาะที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในระดับ 3 สำหรับแต่ละปรัชญา
2. รวมคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนที่ให้ความเห็นในระดับ 3 ในแต่ละปรัชญา
3. คำนวณผลลัพธ์คะแนนความถูกต้องของปรัชญาจากสูตรคำนวณ

$$\text{คะแนนความถูกต้องของปรัชญา} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}}$$

จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 17 คน (ตาม Delphi Technique)

4. นำผลที่ได้จากข้อ 3 มาแปลงเป็นร้อยละและแปลผลตามคะแนนร้อยละ ดังนี้

- ร้อยละ 80 ขึ้นไปการคัดเลือกปรัชญาถูกต้องมาก
- ร้อยละ 60-79 การคัดเลือกปรัชญาถูกต้อง
- ร้อยละ 60 ลงมาการคัดเลือกปรัชญาไม่ถูกต้อง

5. คัดเลือกปรัชญาที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้พัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ในการนำปรัชญาที่สรรหามาคัดเลือกและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเพื่อนำไปประยุกต์ใช้นั้น ควรจัดให้มีการดำเนินการในลักษณะโครงการนำร่องก่อน เมื่อมีการประเมินผลโครงการนำร่องเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปขยายผลการดำเนินงานให้กว้างขวางครอบคลุมประชากรเป้าหมายต่อไป

งานสุขภาพและการสาธารณสุขมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ทุกคน และจำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ทันยุคสมัย การสรรหา คัดเลือก วิเคราะห์และสังเคราะห์ปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาเพื่อให้ได้ปรัชญาที่เหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งควรคำนึงถึงและสอดคล้องกับแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์และประสบการณ์ในการนำไปประยุกต์ใช้ด้วย

ตอนที่ 4.2

หลักการ กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการในการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 4.2 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 4.2.1 หลักการในการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.2.2 กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.2.3 ประเภท และระดับของงานที่สามารถนำปรัชญาประยุกต์ใช้พัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. การนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข นอกจากใช้ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขโดยตรงแล้ว ควรคำนึงถึงหลักการหรือความเป็นจริงที่ระบบสุขภาพและระบบการสาธารณสุขไม่สามารถดำรงอยู่อย่างมั่นคงยั่งยืนได้โดยโดดเดี่ยวลำพัง จะต้องอาศัยความเชื่อมโยงและการบูรณาการเป็นเครือข่ายระหว่างสาขาการพัฒนากันต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา การเกษตร วัฒนธรรม ศาสนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดังนั้น ปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมาจากหลากหลายสาขา เช่น ปรัชญาเชิงศาสตร์ ปรัชญาเชิงศาสนา ปรัชญาเชิงการศึกษา

2. กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข สามารถใช้หลักการบริหารจัดการแบบวงจรเต็มมิ่ง (Deming Cycle : PDCA) (Plan, Do, Check, Act) มาประยุกต์ และควรนำผลงานและประสบการณ์ในการดำเนินงานไปเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การดำเนินงาน ควรครอบคลุมประชากรและพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น ให้เกิดการขยายผลและต่อยอด มุ่งสู่การพัฒนางานอย่างยั่งยืน

3. งานสุขภาพและการสาธารณสุข ทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ งานบริการ งานวิชาการและงานบริหารจัดการ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ แต่ละประเภทและแต่ละระดับมีลักษณะงาน ขอบเขต ขั้นตอนและประเด็นที่สามารถนำปรัชญาประยุกต์ใช้ให้งานนั้นๆ บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 4.2 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. หลักการในการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
2. กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข
3. ประเภท ระดับของงานและวิธีการในการนำปรัชญามาใช้พัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 4.2.1 หลักการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

หลักการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่

1. หลักของวิชาปรัชญา ที่ใช้ในการศึกษาเชิงปรัชญาของงานสุขภาพและการสาธารณสุข คือ อภิปรัชญา ญาณวิทยา อัมภวิทยา หรือคุณวิทยา และตรรกวิทยา โดยนำมาใช้ในหลักการพื้นฐานของการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและการพัฒนางานสุขภาพและงานสาธารณสุข ในแต่ละงานและในแต่ละประเด็นที่ต้องการศึกษา

2. หลักวิชาการของระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

2.1 หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่

1. หลักวิชาการที่เป็นหลักของงานสุขภาพและงานสาธารณสุข เช่น หลักวิชาการแพทย์ หลักวิชาการพยาบาล หลักวิชาการเภสัชกรรม หลักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

2. หลักวิชาการเฉพาะสาขาของงานสุขภาพและการสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนา เช่น

- หลักวิชาการผ่าตัด ในการพัฒนางานรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด
- หลักวิชาการจัดอัตรากำลังพยาบาล ในการพัฒนางานวิเคราะห์อัตรากำลังพยาบาล
- หลักวิชาการเภสัชกรรม ในการพัฒนางานเภสัชกรรมโรงพยาบาล
- หลักวิชาการส่งเสริมสุขภาพและหลักวิชาการดูแลผู้สูงอายุในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- หลักวิชาการป้องกันโรคและหลักวิชาการให้วัคซีนในการพัฒนางานการป้องกันโรคด้วยการให้วัคซีน
- หลักวิชาการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลักวิชาการกายภาพบำบัดและหลักวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการพัฒนางานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยอ้อมกับงานสุขภาพและงานสาธารณสุข ได้แก่

1. หลักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ ทั้งวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ รวมทั้งวิศวกรรมศาสตร์ เป็นต้น

2. หลักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เศรษฐกิจพอเพียง นิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ นิเวศวิทยา สารสนเทศ เป็นต้น

3. ปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ ปรัชญาการดูแลสุขภาพ ปรัชญาการแพทย์ ปรัชญาการพยาบาล ปรัชญาการเภสัชกรรม ปรัชญาการแพทย์แผนไทย ปรัชญาการดูแลสุขภาพองค์รวม ปรัชญาสาธารณสุข ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ ปรัชญาการป้องกันโรค ปรัชญาการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น

4. ปรัชญาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ เช่น ปรัชญาคนเมือง ปรัชญาชาวนา ปรัชญาชาวไร่ ปรัชญามนุษย์เงินเดือน ปรัชญาคนโสด ปรัชญานักเรียน เป็นต้น

5. หลักวิชาการด้านการบริหารจัดการงานสุขภาพและงานสาธารณสุข

5.1 หลักการบริหาร

5.2 หลักการบริหารงาน หน่วยงาน องค์กร

1. หลักการบริหารทั่วไป เช่น หลักการวางแผน หลักการทำงานเป็นทีม หลักการติดต่อสื่อสาร หลักการพัฒนาผู้นำ หลักการบริหารโครงการ เป็นต้น

2. หลักการบริหารเฉพาะ (งาน หน่วยงาน องค์กร) เช่น หลักการบริหารเชิงกลยุทธ์ หลักการบริหารพัสดุ หลักการบริหารการเงิน หลักการบริหารโรงพยาบาล หลักการบริหารความเสี่ยง เป็นต้น

5.3 หลักการพัฒนางาน หน่วยงาน องค์กร

1. หลักการพัฒนาคุณภาพ เช่น Quality Cycle: QC, Deming cycle (PDCA), ISO, Continuous Quality Improvement: CQI, Total Quality Management: TQM เป็นต้น

2. หลักการพัฒนาเฉพาะ (งาน หน่วยงาน องค์กร) เช่น Hospital Accreditation: HA, JCI เป็นต้น

5.4 หลักการแก้ปัญหาทางงาน หน่วยงาน องค์กร

1. หลักการแก้ปัญหาทั่วไป เช่น หลักการเจรจาต่อรอง หลักการแก้ปัญหาเชิงบวก หลักการแก้ปัญหาไฟฟ้าดับ หลักการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน หลักการพัฒนาองค์กร Happy workplace เป็นต้น

2. หลักการแก้ปัญหาเฉพาะ ในแต่ละงาน แต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร ที่ดำเนินการแก้ปัญหา เช่น หลักการแก้ปัญหาคารขาดแคลนทรัพยากร หลักการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรม หลักการแก้ปัญหาวัยรุ่น เป็นต้น

6. หลักวิชาการด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN)

7. หลักการด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับงานหรือโครงการ

8. หลักการด้านขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ องค์กรผู้ให้บริการ ชุมชนและสังคม ทั้งระดับชาติ จนถึงระดับครอบครัวและระดับบุคคล

การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

งานที่ได้รับการพัฒนาสู่ความยั่งยืน มีลักษณะดังนี้

1. มีผลการดำเนินงานดีขึ้นตลอดเวลา โดยวัดจากดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน (Working indicators)

5 ด้าน คือ

1.1 ด้านปริมาณของผลการดำเนินงาน

1.2 ด้านคุณภาพของปริมาณผลการดำเนินงานที่ทำได้

1.3 ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.4 ด้านเวลา แรงงานและค่าแรงงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1.5 ด้านผลการดำเนินงานทางเศรษฐศาสตร์ (Economics aspect) เช่น

- ต้นทุนเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการ (Average cost of service) ในแต่ละช่วงเวลา

- ต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยในการให้บริการ (Average unit cost of service)

- อัตราประสิทธิภาพของการดำเนินงาน (Efficiency rate)

- อัตราความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่และใช้ไป (คน เงิน ของ เวลา และเทคโนโลยี)
 - จุดคุ้มทุน (Break-even point)
 - จุดคืนทุน (Return on asset: ROA)
- ฯลฯ

2. พัฒนาเป็นงานประจำของหน่วยงาน องค์กร
3. ผู้ปฏิบัติงานสามารถพัฒนางานได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงการสั่งการ
4. พัฒนาเป็นค่านิยมร่วมขององค์กร
5. ได้ดำเนินงานติดต่อกันมานานกว่า 3 ปีและปัจจุบันดำเนินการต่อเนื่องอย่างจริงจัง

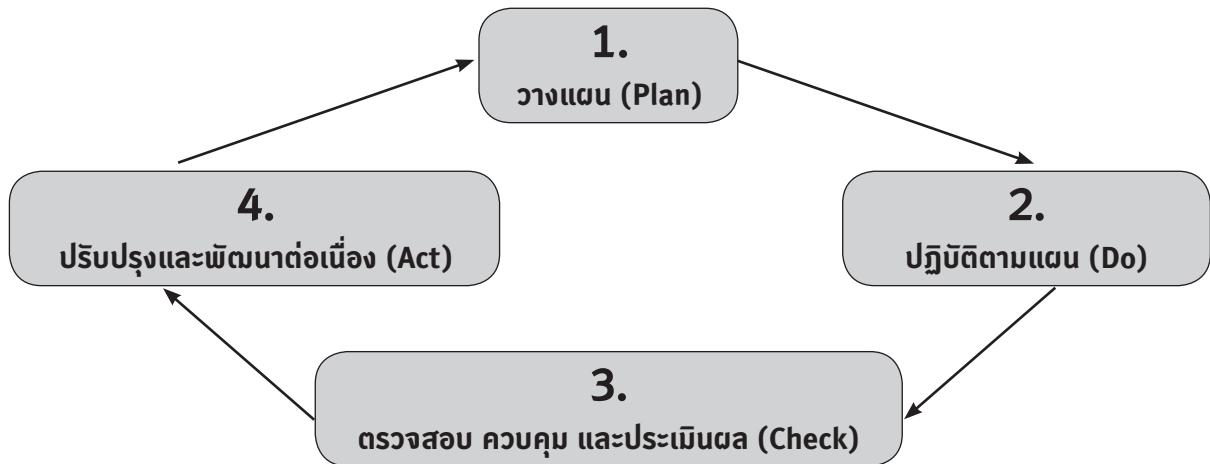
กุญแจสู่ความสำเร็จ (Key to success) ในการพัฒนางานสุขภาพและงานสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

1. นโยบายสนับสนุนที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง
2. ผู้นำที่ดี เข้มแข็งและต่อเนื่อง
3. ทีมงานที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงอย่างต่อเนื่อง
4. ระบบงานที่ดีและเอื้ออำนวย ทั้ง 4 ระบบ
5. การสนับสนุนที่เข้มแข็งและต่อเนื่องจากภาคประชาชน
6. กลยุทธ์ที่ดีและทันยุคทันสมัย

การพัฒนางานสุขภาพและงานสาธารณสุขที่ยั่งยืน เป็นยอดปรารถนาของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยการนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน จริงจังและต่อเนื่อง โดยเน้นประโยชน์สุขของมวลหมู่มนุษยชาติทั้งโลกเป็นศูนย์กลาง

เรื่องที่ 4.2.2 กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข

กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาประยุกต์ สามารถใช้หลักของวงจรเดมมิง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขได้ ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการ PDCA ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การควบคุมและการประเมินผล (Check) การแก้ไขและพัฒนา (Act) ดังภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาประยุกต์เพื่อการพัฒนาด้วยกระบวนการ PDCA

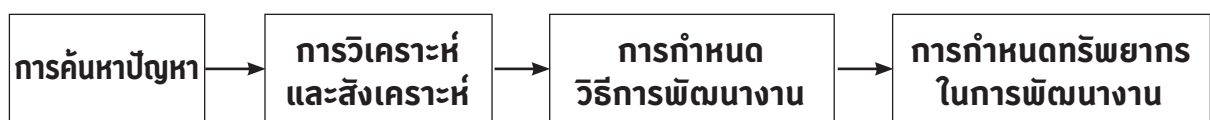
กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญามาประยุกต์เพื่อการพัฒนาด้วยกระบวนการ PDCA

โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวางแผน (Plan)

การวางแผน หมายถึง การคิดล่วงหน้าก่อนทำ ว่าจะทำอะไร ทำมากน้อยเพียงใด ทำอย่างไร ใช้อะไร ความรู้หรือปรัชญาอะไร ทำที่ไหน ทำเมื่อใด ใครเป็นคนทำ โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ

1. การค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ มีสาเหตุจากอะไร ใช้อะไรหรือปรัชญาใดในการแก้ไขปัญหาที่นั้น โดยดำเนินการตามวิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา
2. การสังเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนโดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
3. การกำหนดวิธีการพัฒนางาน
4. การกำหนดทรัพยากรในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ดังภาพที่ 4.5

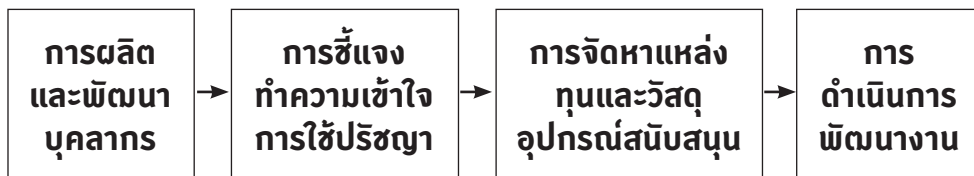


ภาพที่ 4.5 ขั้นตอนหลักในการวางแผนการนำปรัชญามาประยุกต์เพื่อการพัฒนา

2. การปฏิบัติตามแผน (Do)

เมื่อได้วางแผนในการพัฒนางานแล้ว ก็ถึงขั้นตอนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ด้วยการใช้องค์ความรู้ และปรัชญาที่เหมาะสม โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ

1. การผลิตและพัฒนาบุคลากร
2. การชี้แจงทำความเข้าใจให้เกิดการสนับสนุนการใช้ปรัชญานั้น
3. การจัดหาแหล่งทุนและวัสดุ อุปกรณ์
4. การดำเนินการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขที่ต้องการตามแผนที่วางไว้ ดังภาพที่ 4.6

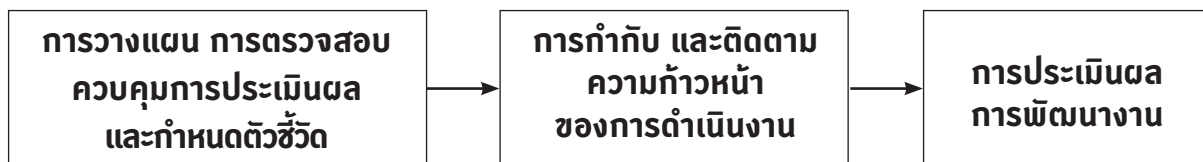


ภาพที่ 4.6 ขั้นตอนหลักในการปฏิบัติตามแผน

3. การตรวจสอบ ควบคุมและประเมินผล (Check)

เป็นขั้นตอนการตรวจสอบ ควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน ว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ปรัชญาที่ประยุกต์ใช้เหมาะสมหรือไม่ โดยมีกิจกรรมหลักสำคัญ คือ

1. การวางแผน การควบคุมและการประเมินผลพร้อมด้วยกำหนดตัวชี้วัด
2. การกำกับและติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน
3. การประเมินผลการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ดังภาพที่ 4.7



ภาพที่ 4.7 ขั้นตอนการตรวจสอบ ควบคุมและประเมินผล

4. การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง (Act)

เมื่อทราบผลการดำเนินงานว่ามีความก้าวหน้าหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ผลผลิต ผลลัพธ์หรือผลกระทบ มีมากน้อยเพียงใด หรือไม่ เป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ อย่างไร ประชญาที่นำมาประยุกต์ใช้ได้หรือไม่ ควรจะปรับปรุงแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร ควรใช้ประชญานั้นต่อไปหรือไม่ ในทางตรงกันข้าม หากติดตามและประเมินผลแล้วทราบว่า การดำเนินงานมีความก้าวหน้าและมีผลดี สมควรจะพัฒนางานต่อยอด ให้มีผลดีมากยิ่งขึ้นอย่างไร สมควรจะนำประชญานั้นไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นหรือไม่ อย่างไร

กิจกรรมสุดท้ายของการนำประชญามาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนา ได้แก่ การนำผลและประสบการณ์ ในการดำเนินงาน ไปเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ พัฒนาให้เกิดการขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมประชากร และพื้นที่ ให้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

เรื่องที่ 4.2.3 ประเภทและระดับของงานที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ประเภทของงานที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ระบบสุขภาพและการสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ งานบริการ งานวิชาการและงานบริหารจัดการ สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้

1. งานบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ งานบริการสุขภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลภาวะสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยเน้นที่การให้บริการแก่ปัจเจกบุคคลเป็นหลักสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยบริการสุขภาพประชาชน บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการเฉพาะโรค บริการสุขภาพต้องเป็นบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้ มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความเสมอภาค เพราะสุขภาพเป็นสิทธิโดยกำเนิดของคนทุกคน ส่วนบริการสาธารณสุขนั้น มุ่งเน้นการให้บริการแก่สาธารณสุขชนด้วยบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ และมีอายุยืนยาว ดังนั้น บริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข จึงมีความหมายกว้างขวางมาก จำเป็นต้องใช้ความรู้และความเป็นจริงจำนวนมาก มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนาต่อไป

1.1 ประเภทบริการสุขภาพและประเด็นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ได้ คือ

1. บริการสุขภาพที่พึงประสงค์
2. บริการสุขภาพพึ่งพาตนเอง
3. บริการสุขภาพภาคประชาชน
4. บริการสุขภาพปฐมภูมิ
5. บริการสุขภาพทุติยภูมิ
6. บริการสุขภาพตติยภูมิ
7. บริการสุขภาพตติยภูมิระดับสูง (Excellence center)
8. บริการสุขภาพชายแดน
9. บริการศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical hub)
10. บริการสุขภาพ วิถีชีวิตไทย (รวมบริการสุขภาพดี วิถีพุทธ)
11. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 ประเภทบริการสาธารณสุขและประเด็นที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ได้ คือ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน หรือการสาธารณสุขชุมชน
2. การสร้างเสริมสุขภาพ
3. การป้องกันควบคุมโรค
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. การสาธารณสุขชายแดน

7. การสาธารณสุขระหว่างประเทศ

8. การจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือด้านบริการสาธารณสุข ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

2. งานวิชาการ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ผสมผสาน ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาการบริการสุขภาพและการสาธารณสุข งานวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ประกอบด้วยงานข้อมูลและสารสนเทศ งานค้นคว้าวิจัย งานพัฒนา งานการศึกษา งานการผลิตและพัฒนาบุคลากร เป็นต้น งานวิชาการเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาทั้งองค์ความรู้และการประยุกต์ใช้ ด้วยความรู้เชิงปรัชญาทั้งสิ้น ได้แก่

2.1 งานข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการวางแผน การบริหารจัดการ การบริการสุขภาพและการสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

2.2 งานพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

2.3 งานวิศวกรรมอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์และการสาธารณสุข

2.4 งานผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์และการสาธารณสุข

2.5 งานสร้างและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์และการสาธารณสุข

2.6 งานศึกษาค้นคว้าวิจัยวิชาการทางการแพทย์และการสาธารณสุข

3. งานบริหารจัดการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาด้านวิชาการสุขภาพและการสาธารณสุขที่จำเป็น สำหรับการจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ให้เข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง สะดวก รวดเร็ว อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ การใช้งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น การบริหารจัดการงาน จึงต้องนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการสรรหาความรู้และความจริงมาพัฒนาศักยภาพของตนเองด้วย

การบริหารจัดการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่สามารถนำปรัชญาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้ มีดังนี้

1. การวางแผน การกำหนดนโยบายและการกำหนดยุทธศาสตร์ในหน่วยงานระดับนโยบาย การวางแผนกลยุทธ์สำหรับหน่วยงานระดับบริหาร และการวางแผนปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานและสถานบริการระดับปฏิบัติ

2. การวางแผนงบประมาณและทรัพยากร

3. การกำหนดหลักสูตรการอบรมและพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการจัดทำแผนการจัดการเรียน การสอน

4. การจัดทำคู่มือการดำเนินงานตามแผนและการติดตามประเมินผล

5. การวิเคราะห์ผลประเมินการดำเนินงาน การถอดบทเรียนและสังเคราะห์รูปแบบงาน/โครงการเพื่อขยายผลให้กว้างขวางและครอบคลุมเป้าหมายของแต่ละงาน

ระดับของงานที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

การดำเนินงานโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ งานระดับนโยบาย ระดับบริหารและระดับปฏิบัติ แต่ละระดับมีขอบเขต ขั้นตอนและประเด็นที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ ให้งานนั้นๆ บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ระดับนโยบาย ได้แก่ นโยบายนานาชาติ นโยบายระหว่างประเทศ นโยบายของชาติ นโยบายของรัฐบาล นโยบายของกระทรวง ทบวง กรม จังหวัด หน่วยงานและองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีขอบเขตและเนื้อหาสาระของนโยบายที่สอดคล้องกับพันธกิจ และบริบทของแต่ละหน่วยงานและองค์การเจ้าของนโยบาย ตัวอย่างเช่น

1.1 นโยบายนานาชาติด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คือ นโยบายขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนการพิทักษ์สิทธิโดยกำเนิดของมนุษย์ชนทุกคน ที่จะต้องมีสุขภาพดี ซึ่งมีเป้าหมายมารับคือ สุขภาพดีถ้วนหน้า

1.2 นโยบายระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ การให้บริการสุขภาพและการสาธารณสุขแก่คนต่างชาติทุกคนที่มารับบริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพซึ่งตั้งอยู่ที่ชายแดนทุกแห่ง เป็นต้น

1.3 นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นสิ่งที่พบเห็นและคุ้นเคยในวงการแพทย์และการสาธารณสุข การกำหนดหรือออกแบบนโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศในระดับต่างๆ ล้วนแต่ต้องการข้อมูล องค์ความรู้และความเป็นจริงมาประกอบการวิเคราะห์ สังเคราะห์และออกแบบนโยบายทั้งสิ้น

ขั้นตอนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ที่จะนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ มีดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายสุขภาพและการสาธารณสุข
2. การกำหนดขอบเขตของนโยบาย
3. การกำหนดเป้าหมายของนโยบายและยุทธศาสตร์
4. การวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศในการสนับสนุนการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการนโยบายและยุทธศาสตร์

5. การสังเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์

6. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการบริหารจัดการ

7. การติดตามและประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์

8. การปรับปรุงและพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ต่อเนื่อง

2. ระดับบริหารจัดการในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานและองค์การที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ก่อนจะถึงระดับปฏิบัติการในหน่วยงานและองค์การ รวมทั้งในพื้นที่ชุมชน ระดับบริหารจัดการในพื้นที่ มีหน้าที่กำหนดแผนงาน/โครงการพร้อมด้วยทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ กำหนดแนวทางหรือคู่มือในการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ ดำเนินการติดตามและประเมินผล การปรับปรุงแก้ไขสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากแผนงาน/โครงการที่วางไว้ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อขยายผลงาน กระบวนการเหล่านี้ จึงจำเป็นต้องใช้ปรัชญาประยุกต์ เพื่อให้การดำเนินงานสัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการบริหารจัดการในพื้นที่ ที่จะนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ มีดังนี้

1. การสรรหาข้อมูลและสารสนเทศ เกี่ยวกับศักยภาพและจุดอ่อนของหน่วยงานที่ต้องการนำปรัชญา มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการแผนงาน โครงการหรืองานตามนโยบายและยุทธศาสตร์
2. การสรรหาองค์ความรู้และรูปแบบในการบริหารจัดการ แผนงาน โครงการหรืองานที่จะนำปรัชญา มาประยุกต์ใช้
3. การวางแผนดำเนินงาน
4. การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด
5. การสรรหาทรัพยากรเพื่อการบริหารแผนงาน โครงการหรืองานในรูปของบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์
6. การสรรหาและพัฒนาเครื่องมือในการบริหารงาน
7. การติดตามและประเมินผล
8. การเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์

3. ระดับปฏิบัติ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลทั้งในและนอก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน หน่วยงานสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น สำนัก หรือกอง หรือศูนย์บริการของกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัด กรุงเทพมหานคร สังกัดเหล่าทัพ สังกัดสมาคม/มูลนิธิ ทั้งในหน่วยงานหรือในพื้นที่ชุมชน รวมทั้งหน่วยแพทย์หรือหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ เป็นต้น ในระดับปฏิบัตินี้เน้นการใช้ความรู้และความจริงในการวิจัยและพัฒนา งานปกติหรืองานประจำเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงาน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาพันธกิจของหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพที่รับผิดชอบปฏิบัติงาน
2. การศึกษานโยบาย แผนงาน โครงการที่ได้รับมอบหมายให้สนองตอบ
3. การพัฒนาเครื่องมือในการปฏิบัติงาน
4. การจัดระบบการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง
5. การออกแบบระบบ แบบบันทึก ระเบียบและรายงานให้ถูกต้องและสมบูรณ์
6. การจัดระบบและดำเนินการติดตามและประเมินผล
7. การจัดการสัมมนาถอดบทเรียนและขยายผล
8. การเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์

การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการประเมินผลงานสุขภาพและการสาธารณสุข

1. การประเมินผลงานสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากในกระบวนการบริหารจัดการ มีผู้เชี่ยวชาญด้านบริหาร กล่าวว่า การดำเนินงานใด ถ้าไม่มีการติดตามประเมินผล ก็อย่าทำงานนั้นเสียเลย ดีกว่า หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ในประเทศไทย เหมือนกับหลายประเทศที่มีจุดอ่อนด้านการติดตามและประเมินผลโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินผลงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เนื่องจากค่อนข้างจะเป็นนามธรรมในด้านผลลัพธ์และผลกระทบ ซึ่งต้องหาตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณที่วัดด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้ยาก จึงต้องใช้การประเมินผลเชิงคุณภาพ โดยใช้เหตุผลทางตรรกวิทยาเป็นหลัก ซึ่งเป็นหลักของวิชาปรัชญา

2. ประเด็นสำคัญของการประเมินผล ที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการหรือพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ได้แก่

2.1 การทำความเข้าใจถึงความหมายและส่วนประกอบของการประเมินผล คือ

การประเมินผล หมายถึง กระบวนการตัดสินคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยนำสารสนเทศหรือผลการวัดมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เป็นกระบวนการตัดสินใจหรือตัดสินคุณค่าขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นคุณค่าของ Being ในอภิปรัชญา ส่วนประกอบของการประเมินผล ประกอบด้วย ประเด็นหลัก 3 ประการ คือ

- สารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผล คำนวณ วิเคราะห์และแปลความหมายเป็น ข้อความที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ คือเป็นความรู้ที่มีอยู่หรือได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ Internet เป็นต้น

- การวัด หมายถึง การกำหนดค่าเป็นตัวเลขให้กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ตามวิธีการหรือเครื่องมือที่กำหนดขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณโดยตรง เช่น การนับจำนวนและความถี่ของสิ่งที่เราต้องการประเมิน การวัดส่วนสูง การชั่งน้ำหนัก การวัดอุณหภูมิ เป็นต้น และยังหมายถึงการใช้เครื่องมือทางสังคมศาสตร์ เช่น การใช้แบบสังเกต แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ที่นำไปเก็บข้อมูลแล้วนำมาแปลงเป็นตัวเลข กล่าวโดยสรุป การวัด คือ การให้ตัวเลขกับสิ่งต้องการที่จะวัดนั่นเอง

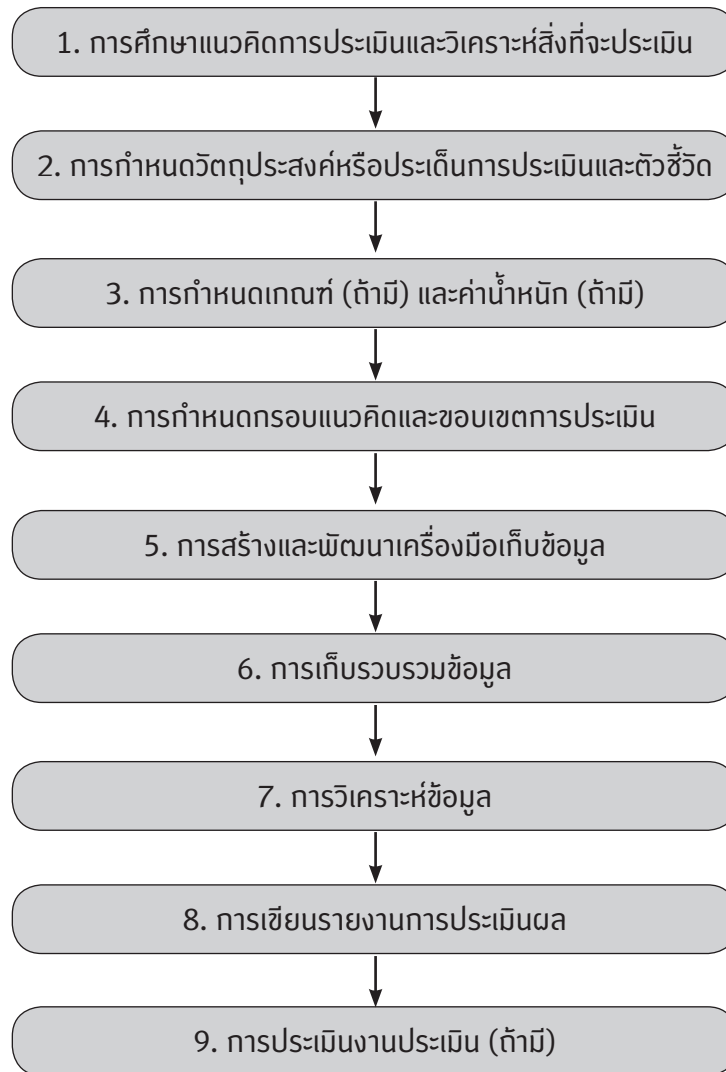
- เกณฑ์ หมายถึง ระดับที่กำหนดไว้ หรือมาตรฐานที่ควรจะเป็น เพื่อใช้ตัดสินสิ่งที่ต้องการประเมิน เช่น ระดับส่วนสูง น้ำหนักของคนตามอายุหรือวัยต่างๆ เช่น ทารกแรกเกิดควรมีน้ำหนักตัวไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น

คุณสมบัติของการประเมินผล คือ ใช้พัฒนาสิ่งที่จะประเมินและเป็นกลไกที่สำคัญที่จะนำไปสู่ การปรับปรุงและพัฒนา ซึ่งทำให้กระบวนการบริหารจัดการครบทุกขั้นตอนตามหลัก ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การควบคุมและประเมินผล และการแก้ไขและพัฒนา

การตัดสินคุณค่าของงานหรือโครงการที่ต้องการประเมิน ต้องใช้สารสนเทศ วิธีการวัด เกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดตามประเด็นการประเมิน ผลจากการวัด (ที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับหรือสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด) รวมทั้งการตัดสินใจปรับปรุงหรือพัฒนา ซึ่งเป็นกระบวนการของอภิปรัชญา ญาณปรัชญาและคุณปรัชญา

2.2 การดำเนินงานตามขั้นตอนของการประเมินผล คือ

1. ขั้นตอนการประเมินผลโครงการ แสดงได้ดังภาพที่ 4.8



ภาพที่ 4.8 ขั้นตอนการประเมินผล

การประเมินผลโครงการ มีขั้นตอนเช่นเดียวกับการประเมินผลสิ่งอื่นๆ ในที่นี้มี 8 ขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการประเมินก่อน ระหว่าง หรือสิ้นสุดโครงการ และถ้ามีการประเมินงานประเมินโครงการด้วย ก็จะเป็น 9 ขั้นตอน กล่าวคือ มีการตรวจสอบผลการประเมินในแต่ละขั้นตอนทั้ง 8 ขั้นตอน ทั้งนี้อาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ เช่น บางขั้นตอนอาจมีรายละเอียดแตกต่างกันบ้างตามลักษณะของโครงการที่จะประเมิน บางขั้นตอนมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน บางขั้นตอนอาจยุบรวมกันได้ บางขั้นตอนอาจสลับกันได้

2. สารโดยสรุปของการประเมินผลโครงการทั้ง 8 ขั้นตอน มีดังนี้

2.1 การศึกษาแนวคิดการประเมินและการวิเคราะห์สิ่งที่ประเมิน เป็นการศึกษาแนวคิดการประเมิน ศึกษาวิเคราะห์สิ่งที่ประเมิน พร้อมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ในการประเมินโครงการ ผู้ประเมินต้องศึกษา

แนวคิดการประเมินโครงการและสาระที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาจศึกษาเรื่องการติดตามโครงการและเอกสารหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติมด้วยก็ได้ หลังจากก็ต้องศึกษาวิเคราะห์โครงการที่จะประเมินจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งจากเอกสาร บุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ผลจากการศึกษาดังกล่าว จะได้ข้อสรุปนำไปกำหนดเป็นวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินและการพัฒนาตัวชี้วัดในขั้นตอนต่อไป ซึ่งอาจนับได้ว่าในขั้นตอนนี้ เป็นการศึกษารายละเอียดก่อนลงมือทำขั้นที่ 2

2.2 การกำหนดวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินและตัวชี้วัด เป็นการนำผลสรุปจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินที่ชัดเจนหรือค่อนข้างชัดเจน ซึ่งจะเป็นตัวตั้งให้นำไปพัฒนาตัวชี้วัด วัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมิน อาจได้จากวัตถุประสงค์โครงการ รูปแบบการประเมินความต้องการของผู้ใช้ผลการประเมิน หรือผู้ว่าจ้างหรือผู้บังคับบัญชา หรือผู้ร้องขอให้ประเมิน เป็นต้น โดยใช้ประสบการณ์ของผู้ประเมินเอง หรือจากการร่วมกันกำหนดของผู้เกี่ยวข้องจากหลายๆ แหล่งรวมกัน

2.3 การกำหนดเกณฑ์และค่าน้ำหนัก (ถ้ามี) คำว่า เกณฑ์ ในที่นี้ หมายถึง เกณฑ์การตัดสิน ส่วนค่าน้ำหนัก หมายถึง ระดับความสำคัญของประเด็นการประเมินและตัวชี้วัด ซึ่งยิ่งเกณฑ์มีความละเอียดและค่าน้ำหนักสอดคล้องกับสภาพโครงการเท่าไร สารสนเทศจากการประเมินยิ่งครอบคลุมชัดเจนมากขึ้นเท่านั้น แม้ว่าต้องแลกกับความยุ่งยากบ้างก็ตาม เช่นเดียวกับความละเอียดของจอภาพเครื่องรับโทรทัศน์ จอโทรทัศน์หรือจอคอมพิวเตอร์ วัดเป็นพิกเซล (Pixel) ยิ่งจำนวนพิกเซลมากก็ยิ่งชัดเจน แต่ราคาก็สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว

2.4 การกำหนดกรอบแนวคิดและขอบเขตการประเมิน อย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ประเด็นการประเมินกับตัวชี้วัด ถ้าจะให้ละเอียดยิ่งขึ้น กำหนดเกณฑ์และค่าน้ำหนัก โดยเกณฑ์อาจจะกำหนดได้มากกว่า 2 ระดับ และทำเป็นตารางกรอบแนวคิด ซึ่งมีช่องตารางตามองค์ประกอบข้างต้น

2.5 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล เป็นการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการเก็บข้อมูล ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ซึ่งโครงการแต่ละโครงการจะมีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างกันมาก จึงยากที่จะใช้เครื่องมือของผู้ที่สร้างหรือพัฒนาไว้แล้วได้ อย่างน้อยก็ต้องนำมาปรับบ้าง เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์หรือแบบสังเกต ที่จะต้องปรับหรือสร้างใหม่ ถ้าสร้างใหม่ควรหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย

2.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนนี้เป็นการเริ่มปฏิบัติในภาคสนาม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือและวิธีการต่างๆ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative observation) เป็นต้น

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล ในการประเมินโครงการ การวิเคราะห์ข้อมูลจะง่ายกว่าการวิจัย เพราะมักจะใช้สถิติพื้นฐานง่ายๆ เช่น จำนวนนับ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อาจจะมีการใช้สถิติอ้างอิงในการทดสอบ เช่น Chi-square, t-test, Alfa coefficient of Cronbach เป็นต้น

2.8 การเขียนรายงานการประเมิน เป็นรายงานการประเมินโครงการที่สมบูรณ์ มีโครงสร้างคล้ายกับรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ คือ มีส่วนนำ ส่วนที่เป็นเนื้อหา และส่วนท้าย ซึ่งจะเป็นภาคผนวกต่างๆ ข้อแตกต่างที่สำคัญคือ การรายงานการประเมินจะต้องเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ มากกว่าเผยแพร่แก่บุคคลหรือหน่วยงานทั่วไป นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความสามารถทั้งศาสตร์และศิลป์เข้าช่วย เพื่อจูงใจหรือ

โน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องนำผลการประเมินไปใช้ กรณีโครงการขนาดเล็กหรือมีความเร่งด่วน อาจเขียนเป็นรายงานสรุป ไม่ต้องมีโครงสร้างที่สมบูรณ์ อาจเขียนหน้าเดียว หรือเพียง 5-10 หน้า เท่านั้น

สำหรับการประเมินงานประเมินโครงการ เป็นการประเมินงานประเมินโครงการ ซึ่งยังมีน้อยมาก แต่ควรนำเสนอไว้ในลักษณะการตรวจสอบคุณภาพของรายงานการประเมินด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสม เพื่อเป็นการกระตุ้นหรือเร่งรัดให้การประเมินโครงการมีคุณภาพตามมาตรฐานที่สูงขึ้น คาดว่าในอนาคตจะต้องมีการนำมาใช้กันมากขึ้น

การประเมินผลโครงการในแต่ละขั้นตอนและแต่ละกิจกรรม เป็นกระบวนการของปรัชญาเชิงความเป็นจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลและคำตอบที่น่าเชื่อถือ

การนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขด้วยวิธีการที่หลากหลาย ดังที่กล่าวแล้วจำเป็นต้องนำหลักการและวิธีการของวิชาปรัชญา ทั้งอภิปรัชญา ญาณปรัชญา คุณปรัชญา และตรรกวิทยา มาประยุกต์ตามบริบทและเงื่อนไขของการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของแต่ละงาน ในงานสุขภาพและงานสาธารณสุข โดยยึดความถูกต้องตามหลักวิชาการของงานและกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง

ตอนที่ 4.3

การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 4.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 4.3.1 กระบวนการทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ
- 4.3.2 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การสาธารณสุข
- 4.3.3 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อการพัฒนาเครือข่ายและการเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขกับระบบการผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.3.4 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขของค์รวม

แนวคิด

1. กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ เป็นการค้นหามุมมองและทิศทางก้าวสู่การบูรณาการผสมผสานระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเกี่ยวกับการประสานความสัมพันธ์และองค์ประกอบของการบริการ วิชาการ การบริหารจัดการและการพัฒนาระหว่างสาขาเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม
2. การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข สามารถทำได้ทั้งขั้นตอนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบาย การปฏิบัติ การประเมินผลนโยบายและการทบทวนเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกนโยบาย
3. ปรัชญาสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาเครือข่ายสถานบริการระดับต่างๆ ทั้งแนวดิ่งและแนวนอนรวมทั้งการเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขกับระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในการดำเนินงานของเครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขทุกสาขาด้วย
4. การประยุกต์ปรัชญาเพื่อพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขของค์รวม ด้วยการนำมาใช้เป็นหลักการพื้นฐานของการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและการพัฒนาผู้นำแต่ละคน แต่ละงาน และในแต่ละประเด็นที่ต้องการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

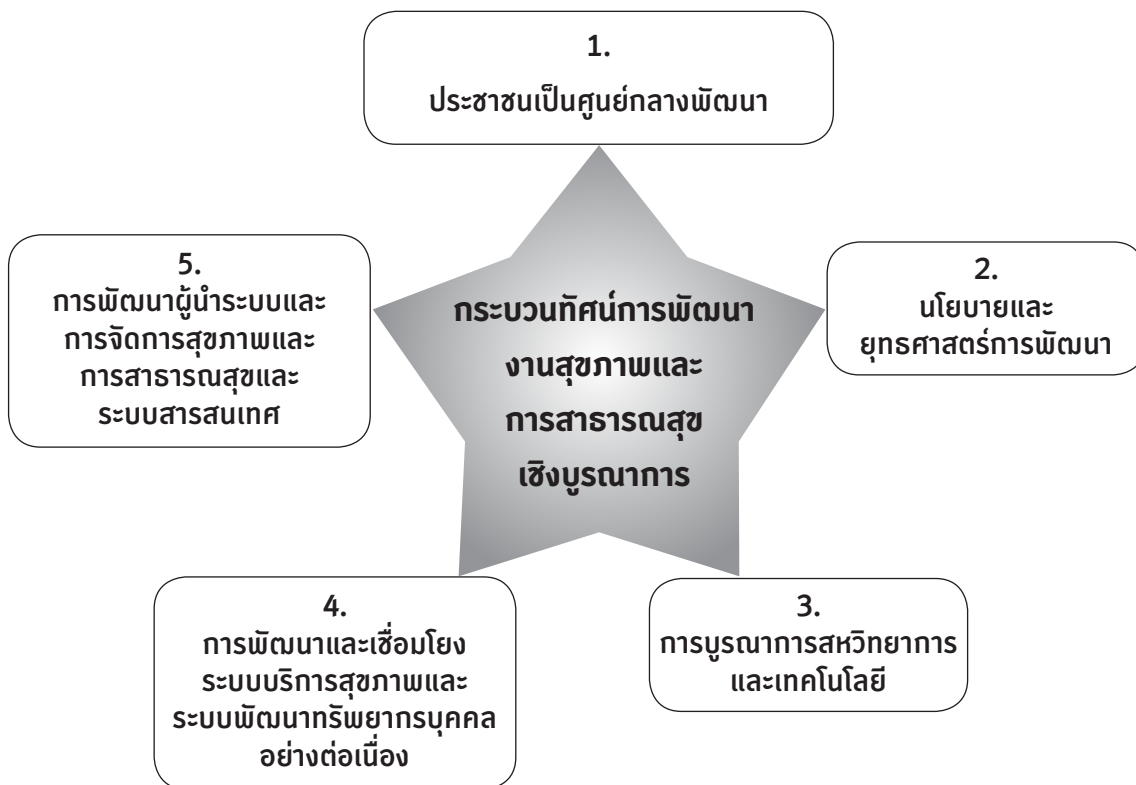
เมื่อศึกษาตอนที่ 4.3 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. กระบวนการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ
2. การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การสาธารณสุข
3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อนการพัฒนาเครือข่ายและการเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข กับ ระบบการผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การประยุกต์ปรัชญาเพื่อพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุของค์รวม

เรื่องที่ 4.3.1 กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ

กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ หมายถึง การพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุข ควบคู่ผสมผสานและพร้อมเพรียงกัน โดยมีการประสานความสัมพันธ์ องค์กรประกอบ และสิ่งสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ ด้านบริการและด้านบริหารจัดการทรัพยากร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล และยังหมายถึงการบูรณาการการดูแลประชาชนให้ครบทุกมิติของสุขภาพ กล่าวคือมิติทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ทั้งระดับปัจเจกบุคคล ชุมชนและสังคม ซึ่งจะต้องบูรณาการการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบสาธารณสุขกับระบบการสังคม การศึกษา การเศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการสนับสนุนเกื้อกูลระหว่างภาคส่วนต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและมั่นคง โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กระบวนการต่างๆ เหล่านี้ ล้วนแต่สามารถนำหลักปรัชญาและสาขาวิชาปรัชญาที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาได้ทั้งสิ้น

องค์ประกอบของกระบวนทัศน์ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ แสดงไว้ในภาพที่ 4.9



ภาพที่ 4.9 องค์ประกอบของกระบวนทัศน์การพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ

องค์ประกอบของกระบวนการพัฒนากิจการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ มีรายละเอียด 5 ประการดังนี้

1. ประชาชนเป็นศูนย์กลางพัฒนา หมายถึง การพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ปัญหาและวิธีการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและครอบครัว หากมีความจำเป็นก็สามารถตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพและการสาธารณสุขใกล้บ้านใกล้ใจเป็นอันดับแรก รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพชุมชน

2. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา หมายถึง การกำหนดทิศทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ทั้งมิติทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นหลักการสร้างสุขภาพและป้องกันโรค

3. การบูรณาการสหวิทยาการและเทคโนโลยี หมายถึง การนำศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ การสาธารณสุขกับศาสตร์และศิลปะสาขาอื่นๆ มาบูรณาการเพื่อพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น สังคมศาสตร์ ศาสนศาสตร์ นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ เป็นต้น

4. การพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพและพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การพัฒนาระบบสุขภาพต้องพัฒนาต่อเนื่อง (Continuous Improvement) สอดคล้องกับปัญหา บริบทของประชาชน และพื้นที่ มีการประสานและเชื่อมโยงกับระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพที่มีศักยภาพ

5. การพัฒนาผู้นำระบบจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขและระบบสารสนเทศ หมายถึง การพัฒนาศักยภาพผู้นำทุกระดับด้าน การพัฒนาระบบสารสนเทศ รวมทั้งการบริหารจัดการ ที่สนับสนุนการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขแบบองค์รวม

การประยุกต์ปรัชญาเพื่อบูรณาการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข เมืองค์ประกอบดังภาพที่ 4.10 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. คนเป็นศูนย์กลางจัดการสุขภาพตนเอง ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น การกินอาหารที่ถูกต้องหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การมีอารมณ์ดี เป็นต้น

2. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

3. ปัญหาและความต้องการด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ รายได้พอเพียงและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม

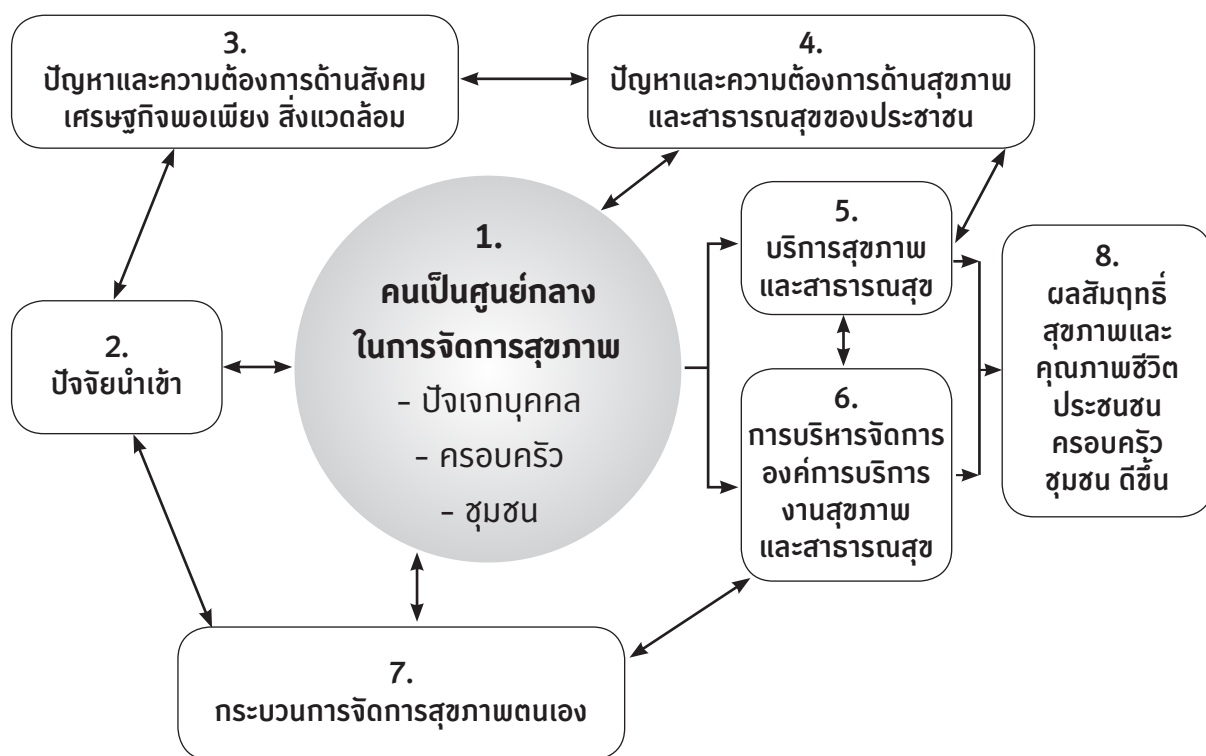
4. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประชาชน ได้แก่ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับความสมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคมอย่างเชื่อมโยงและสมดุลแบบองค์รวม

5. บริการสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ บริการของโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน

6. การบริหารจัดการงานสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ แผนทรัพยากร ในการจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุขแก่ประชาชน

7. กระบวนการจัดการสุขภาพตนเอง ได้แก่ การที่ประชาชนได้มีโอกาสเรียนรู้และปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารถูกหลักโภชนาการ การปรับอารมณ์และจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส การเว้นจากสิ่งที่เป็นพิษเป็นภัยต่อร่างกาย เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่เสพสิ่งเสพติด เป็นต้น รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานอื่นๆ หากมีข้อสงสัยในสุขภาพปรึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน หากจำเป็นมากกว่านั้น จึงไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ เป็นลำดับๆ ไป ประชาชนรายปัจเจกบุคคลจะต้องดูแลสุขภาพตนเองได้ ดูแลสุขภาพครอบครัวได้และร่วมมือในการดูแลสุขภาพชุมชนได้ด้วย

8. ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการที่ทุกคนดูแลสุขภาพตนเองได้เช่นนี้ จะช่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน



ภาพที่ 4.10 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อบูรณาการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและเป็นผู้จัดการสุขภาพตนเอง

ที่มา : ปรับปรุงจาก: Ellencweig, Aui yacar. Analysis Health Systems? A Modular Approach. 1992.38 ในการบริหารเชิงกลยุทธ์, ทองหล่อ เดชไทย, 2544

การค้นหาคำเป็นจริง (Being) ของแต่ละองค์ประกอบ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องแท้จริงตามหลักวิชาปรัชญา ทั้งปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์ ตามหลักวิชาการมาตรฐาน ในแต่ละงานในแต่ละเรื่อง แต่ละองค์การและแต่ละพื้นที่ เพื่อนำมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน ทั้งในแต่ละองค์ประกอบและในภาพรวม โดยใช้กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ เป็นศูนย์กลางสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

เรื่องที่ 4.3.2 การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการสาธารณสุข

ความหมายของนโยบาย

นโยบาย (Policy) หมายถึง ข้อความหรือความเข้าใจร่วมกันอย่างกว้างๆ ที่ใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ เพื่อการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ของผู้บริหารแต่ละหน่วยงาน โดยมีผู้มีอำนาจหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ เป็นผู้กำหนดขึ้น

ความหมายของยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ (Strategy) หมายถึง ศิลปะและศาสตร์ในการพัฒนาและการใช้อำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม-จิตวิทยาและทางการทหาร ในระดับชาติ ที่เรียกว่า ยุทธศาสตร์ชาติ (National Strategy) เพื่อเพิ่มพูนโอกาสและความได้เปรียบที่กำหนดมาจากนโยบายและลดโอกาสการเกิดปัญหา

ความสำคัญของนโยบาย

1. ช่วยให้ผู้บริหารเข้าใจทิศทางในการดำเนินงานว่าจะทำอะไร ทำอย่างไรและใช้ปัจจัยใดบ้าง
2. ช่วยให้บุคลากรทุกระดับในองค์กรเข้าถึงภารกิจของหน่วยงานที่ตนสังกัด
3. ช่วยให้เกิดเป้าหมายในการปฏิบัติงาน
4. ช่วยสนับสนุนส่งเสริมการใช้อำนาจของผู้บริหารให้เป็นไปโดยถูกต้อง มีเหตุผลและยุติธรรม
5. ช่วยให้เกิดการพัฒนางาน วิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงาน
6. ช่วยให้เกิดการบูรณาการแผนงาน โครงการและงานต่างๆ ของหน่วยงาน

ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย

1. คิดริเริ่มนโยบายโดยคำนึงถึงพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร
2. หาข้อมูลและข้อเท็จจริงในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานขององค์กร
3. วิเคราะห์ข้อมูล ข้อเท็จจริงและสังเคราะห์ประเด็นนโยบาย
4. เสนอและนำเสนอประเด็นนโยบาย เช่น การทำประชาพิจารณ์
5. อนุมัติและประกาศใช้นโยบาย
6. เผยแพร่นโยบายให้บุคลากรทราบทั้งหน่วยงาน

ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

1. แปลงนโยบายเป็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ แผนงานโครงการและกิจกรรม ตามลำดับ ตามระดับของหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบดำเนินงาน เช่น ระดับรัฐบาลรับผิดชอบการแปลงนโยบายเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงและกรมรับผิดชอบการแปลงยุทธศาสตร์เป็นแผนงาน โครงการและกิจกรรม เป็นต้น
2. กำหนดทักษะและสมรรถนะหลักของผู้รับผิดชอบ

3. กำหนดมาตรฐานในการสรรหา การพัฒนาทักษะและสมรรถนะหลัก
4. จัดอันดับความสำคัญก่อน-หลัง ของเป้าหมาย
5. เลือกเป้าหมายที่สำคัญอันดับต้นปฏิบัติก่อน
6. กำหนดเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์การที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย

การประเมินผลนโยบาย เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้ภายหลังการนำนโยบายไปปฏิบัติ กับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การวางแผนประเมินผล โดยกำหนดรายละเอียดการประเมินผลเกี่ยวกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด หลักเกณฑ์และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
2. การวัดผล โดยใช้หลักเกณฑ์และมาตรฐานเปรียบเทียบกับผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง
3. การวิเคราะห์ระบบ กระบวนการและผลการดำเนินงาน เช่น วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (Input) รวมทั้ง วิเคราะห์งบประมาณ วิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน (Process) และวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) รวมทั้งการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ (Cost-benefit analysis) ของผลงานด้วย เป็นต้น

ขั้นตอนการทบทวน เปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกนโยบาย

การทบทวน การเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกนโยบาย เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนโยบายสาธารณะ (Public policy cycle) โดยหลังจากการประเมินผลการดำเนินนโยบายแล้ว จะนำผลงานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยคำนึงถึงตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. อัตราความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพันธกิจขององค์การ
2. อัตราการลดลงของปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. อัตราการครอบคลุมประชากรเป้าหมาย
4. อัตราความพึงพอใจของประชากรเป้าหมาย
5. อัตราความคุ้มค่าของผลงานและต้นทุนค่าใช้จ่าย
6. ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินนโยบาย
7. ความยากง่ายของเทคโนโลยี เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินนโยบาย

ลักษณะที่พึงปรารถนาของบริการสาธารณสุข

1. คุณภาพของบริการสาธารณสุขหรือผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการครอบคลุมด้วยบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสูงขึ้น คุณภาพของกระบวนการหรือระบบ วิธีการทำงานและการให้บริการมีฐานคิดและฐานข้อมูลที่ดี (Evidence based health service)
2. บริการที่รัฐจัดให้ ประชาชนได้รับความเป็นธรรมและสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังคงอยู่ในภาวะวิกฤตต่อสุขภาพและชีวิต

3. การบริหารการจัดบริการ มีประสิทธิภาพตามความหมายทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ ต้นทุนต่อหน่วยต่ำในการจัดบริการให้ได้คุณภาพที่กำหนดไว้ หรือคุณภาพที่สูงกว่า

4. มีความโปร่งใสในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งด้านบริการ ด้านบริหารจัดการ ด้านวิชาการ เพื่อสนับสนุนให้การใช้ทรัพยากรเกิดประโยชน์สูงสุด

ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพพื้นฐานภูมิปัญญาไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย การจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยคุกคามสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา

ยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกกระดับ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมายและพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

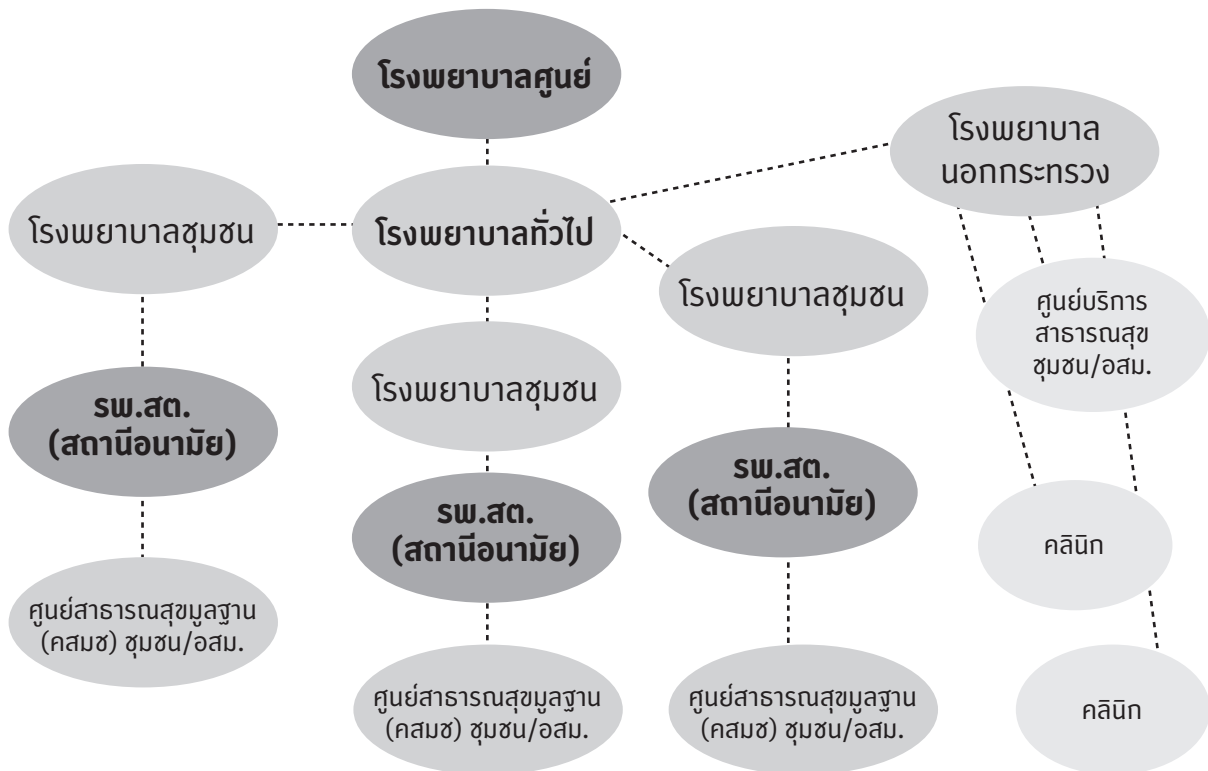
ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

เพื่อให้ระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีความเข้มแข็ง สามารถรองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและต่อเนื่อง มีความจำเป็นต้องทบทวนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม แล้วพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านั้นให้เป็นกรอบและทิศทางในการตัดสินใจ กำหนดแผนงาน โครงการ งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ที่ดีและการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขที่ดี ย่อมต้องอาศัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้และความเป็นจริงเชิงปรัชญามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดการบูรณาการที่สมบูรณ์ มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากที่สุด

**เรื่องที่ 4.3.3 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อการพัฒนาเครือข่าย การเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและ
การสาธารณสุข กับ ระบบการผลิตและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพและการสาธารณสุข**

ความหมายและองค์ประกอบของเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข

การสร้างและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นแนวความคิดเชิงนวัตกรรมในวงการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ.2528 เป็นต้นมา โครงการที่นำแนวความคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติได้แก่ โครงการพัฒนาสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค หรือชื่อที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า โครงการ พบส. (พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค) แนวคิดหรือหลักการของการสร้างเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ การนำสถานบริการสุขภาพและการสาธารณสุขมาเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยไม่คำนึงถึงสายการบังคับบัญชาแต่เชื่อมโยงกันโดยขอบเขตความสามารถ ความพร้อมของทรัพยากรบุคคลและเครื่องมืออุปกรณ์ ในการให้บริการในลักษณะของ “พี่ช่วยน้อง น้องแบ่งเบาภาระพี่” ของสถานบริการสุขภาพและการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ในโครงการ พบส.เดิม สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งเป็น 17 เครือข่าย มีโรงพยาบาลศูนย์ ในส่วนภูมิภาค 15 แห่ง และโรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร (สังกัดกรมการแพทย์) 2 แห่ง เป็นแม่ข่าย ในแต่ละแม่ข่ายมีความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) ในพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล ดังภาพที่ 4.11



ภาพที่ 4.11 เครือข่ายความเชื่อมโยงของสถานบริการสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน
ในแต่ละเครือข่าย

หมายเหตุ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานีอนามัยเดิม

ในการดำเนินงานของเครือข่าย นอกจากจะใช้การเชื่อมโยงสถานบริการระดับต่างๆ ทั้งแนวตั้งจากโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นแม่ข่ายจนถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนแล้ว ยังต้องเชื่อมโยงกันตามแนวนอนด้วย เช่น ระหว่างแม่ข่ายหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข หรือแม้แต่กับโรงพยาบาลตติยภูมิอื่น นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วย เช่น โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน รวมไปถึงคลินิกเอกชน

นอกจากนั้น การดำเนินงานของเครือข่ายจำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขทุกสาขาด้วย ได้แก่ การบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค กับบริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีมาตรฐานคุณภาพบริการสาขาต่างๆ ของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละประเภท เป็นเครื่องมือประกอบด้วย ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ หน่วยงานและระบบการสนับสนุนด้านบริหารจัดการ ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งควรจัดให้มีมาตรฐานและใช้หลักการของเครือข่ายด้วย เช่นเดียวกัน

คุณลักษณะของเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คุณลักษณะเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้แก่

1. มีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน ตอบสนองต่อนโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่

2. มีคณะกรรมการดำเนินงานเครือข่ายและคณะกรรมการวิชาการสนับสนุนระดับต่างๆ เช่น ระดับส่วนกลาง ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล โดยจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารืออย่างสม่ำเสมอ

3. มีการกำหนดมาตรฐานกลางของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ แต่ละประเภท เช่น มาตรฐานคุณภาพบริการ มาตรฐานอัตรากำลัง มาตรฐานเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ มาตรฐานค่าใช้จ่ายต่อหน่วย

4. มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีและฝึกปฏิบัติรูปแบบต่างๆ ในการให้บริการ เช่น การฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน การจัดสัมมนาทางวิชาการ การจัด Case conference การจัด Journal club และอื่นๆ โดยเน้นการจัดกิจกรรมดังกล่าวภายในเครือข่าย

5. มีการสร้างบรรยากาศ “พี่ช่วยน้อง น้องช่วยแบ่งเบาภาระพี่” เช่น ศัลยแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลทั่วไป สอนการผ่าตัดให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ ณ โรงพยาบาลชุมชน เมื่อได้รับการฝึกผ่าตัดหลายๆ ครั้ง แพทย์โรงพยาบาลชุมชนจะมีความเชี่ยวชาญ มั่นใจและในที่สุดสามารถทำการผ่าตัดได้เอง ซึ่งเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลทั่วไปได้

6. มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น เครื่อง CT Scan เครื่อง MRI

7. มีระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและหรือข้อมูลการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วยการสื่อสารที่มีอยู่มากมายและหลากหลาย ทั้งไปและกลับ ภายในเครือข่าย

8. มีการบูรณาการและร่วมมือประสานงานกันระหว่างภาคีองค์กรที่เกี่ยวข้องสาขาพัฒนาในด้านต่างๆ เกิดเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพและการสาธารณสุขตามแนวนอน ทั้งภายในสาขาการแพทย์และการสาธารณสุข และระหว่างสาขาสาธารณสุขกับสาขาเศรษฐกิจ สังคม การปกครองและสิ่งแวดล้อม ในระดับต่างๆ ทั้งเป็น

ทางการและไม่เป็นทางการ เช่น เครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งประกอบด้วย องค์กรหมู่บ้านหรือชุมชน (บ.) วัด (ว.) โรงเรียน (ร.) สถานบริการสุขภาพ (ส.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.) รวมเป็นชื่อย่อว่า เครือข่าย บวร สอ. ซึ่งทำหน้าที่ขับเคลื่อนผลักดันการดูแลป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการสาธารณสุข ร่วมกันในระดับตำบล หมู่บ้าน ครีวเรือน และปัจเจกบุคคล เป็นต้น

9. คุณลักษณะอื่นที่เป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่

เครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข และระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากร ได้มีวิวัฒนาการ มาเป็นระยะๆ จนถึง พ.ศ.2556 ได้พัฒนาเป็นพวงหรือกลุ่มบริการสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 12 พวงหรือกลุ่มบริการ สุขภาพ โดยมีแผนบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นเครื่องมือในการพัฒนา แต่ละพวงหรือกลุ่ม

การบูรณาการและการเชื่อมโยงของระบบบริการกับระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้าน สุขภาพและการสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำประเทศสมาชิกให้เห็นความสำคัญของการร่วมมือและประสานงานกัน และกัน ระหว่างระบบการพัฒนาบริการสุขภาพและการสาธารณสุขกับระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้าน สุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล สาธารณชนและสังคม โดยมีเครือข่าย องค์กรประกอบและการเชื่อมโยง ทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ ดังนี้

1. เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ หมายถึง กลุ่มหรือพวง หรือเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ประกอบด้วย บริการสุขภาพภาคประชาชน สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ (รวมถึงศูนย์บริการเฉพาะโรค) โดยเน้นที่สุขภาพรายปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอย่างใกล้ชิดและ ต่อเนื่อง

2. เครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข หมายถึง กลุ่ม หรือพวง หรือเขตพื้นที่บริการสาธารณสุข ซึ่ง ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้น ที่ภาวะสุขภาพของสาธารณสุขซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

3. เครือข่ายเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขกับระบบพัฒนาสาขาอื่น หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขและการสาธารณสุขจะพัฒนาไปโดยโดดเดี่ยวย่อมไม่ก้าวหน้า ไม่ต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนหรือพัฒนาคู่ขนานไปกับการพัฒนาสาขาอื่นๆ เช่น สาขาการศึกษา การพัฒนา สังคมและเศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4. ระบบการผลิตและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล หมายถึง ระบบการผลิต การสรรหา การบรรจุแต่งตั้ง การพัฒนา การบำรุงรักษาและการบำเหน็จบำนาญ ซึ่งจำเป็นจะต้องประสาน สัมพันธ์ เชื่อมโยงและสนับสนุน ซึ่งกันและกัน กับระบบพัฒนาบริการสุขภาพและการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการ สุขภาพและงานสาธารณสุข นำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสุขภาพของทั้งรายบุคคลและสาธารณสุข

5. เครื่องมือและกลไกเชื่อมโยงระบบบริการและระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรม การจัดตั้งองค์กรประสานงานระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศ การ ร่วมพัฒนาบุคลากรและการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ เช่น การร่วมวิจัยและพัฒนาทางวิชาการ เป็นต้น

6. สุขภาพองค์รวมของปัจเจกบุคคลและสาธารณชนของสังคมและประชาชนส่วนรวม เป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข ที่มีการร่วมมือและประสานงานอย่างใกล้ชิดกับเครือข่ายระบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ดังแสดงในภาพที่ 4.12



ภาพที่ 4.12 เครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขและการเชื่อมโยงกับระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 4.3.4 การประยุกต์ปรัชญาเพื่อการพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขของครอบครัว

การบริหารจัดการ เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารองค์การใช้ศาสตร์และศิลป์จูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงาน ด้วยการใช้งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เวลาและเครื่องมือที่มีอยู่ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การ การบริหารจัดการจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะผู้นำ ภาวะผู้ตามและภาวะผู้สนับสนุนขององค์การ ผู้นำที่มีความสามารถและสร้างสรรค์ย่อมได้รับความเชื่อมั่น การยอมรับและการปฏิบัติตามจากบุคลากรในองค์การ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างมั่นคง ดังนั้น การพัฒนาผู้นำจึงควรพัฒนาภาวะผู้นำ เพื่อให้สามารถพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาในองค์การให้มีศักยภาพในการดำเนินงานสู่เป้าหมายองค์การที่กำหนดไว้

การจะเป็นผู้นำที่ประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น จำเป็นต้องมีความสามารถเชิงการบริหาร 3 ปัจจัย ได้แก่ การบริหารตนเอง การบริหารคนและการบริหารงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารคนเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งจะต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารจัดการ ดังนั้น องค์ความรู้เชิงปรัชญาจึงมีบทบาทที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขในประเด็นที่สำคัญได้

ความหมายของผู้นำ (Leader) และภาวะผู้นำ (Leadership)

นักวิชาการและนักทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้นำในองค์การ ได้ให้ความหมายของผู้นำและภาวะผู้นำไว้หลากหลายทรรศนะ พอสรุปได้ว่า ผู้นำ หมายถึง ตัวบุคคล ส่วนภาวะผู้นำเป็นคุณลักษณะของบุคคล หมายถึง กระบวนการในการใช้ศาสตร์คือองค์ความรู้และศิลปะคือทักษะหรือประสบการณ์ รวมทั้งใช้อิทธิพลตามอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำในการติดต่อสื่อสาร โน้มน้าวจูงใจ ให้บุคคลอื่นแสดงพฤติกรรมออกมาเพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์การที่กำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม การเป็นผู้นำในหลักการบริหารจัดการและการปฏิบัติรวมทั้งในชีวิตจริง มิใช่มีผู้นำเฉพาะผู้บริหารสูงสุดขององค์การเท่านั้น หากแต่รวมถึงผู้นำหน่วยงานย่อยตามลำดับ เช่น ผู้นำกลุ่มงาน ผู้นำฝ่าย ผู้นำการทำงาน (Task leader) ตามสายบังคับบัญชา นอกจากนี้ยังเป็นผู้นำโครงการ ผู้นำกิจกรรม ผู้นำสายวิชาการ ตลอดจนผู้นำสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แม้กระทั่งมรรคกษัตริย์ พนักงานขับรถยนต์ ก็เป็นผู้นำสถานการณ์เดินทางนั้นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือมีทั้งเป็นผู้นำทางการ ผู้นำไม่เป็นทางการ ผู้นำโดยการแต่งตั้งและผู้นำตามธรรมชาติ เป็นต้น

ประเภทของผู้นำ

ประเภทของผู้นำ อาจแบ่งได้ตามพฤติกรรมผู้นำ วิธีการใช้อำนาจของผู้นำ ระดับความสามารถ ตามสถานการณ์ และตามความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ)

1. ผู้นำตามพฤติกรรมผู้นำ ได้แก่

1.1 ผู้นำแบบใช้พระเดช (Legalistic leader) เป็นผู้ที่ได้อำนาจกฎหมาย ซึ่งมักใช้อำนาจที่ตนมีอยู่ กระทำการทุกอย่างที่ตนพอใจ ไม่มีการยืดหยุ่นกฎระเบียบหรือข้อบังคับใดๆ

1.2 ผู้นำแบบใช้พระคุณ (Charismatic leader) เป็นผู้นำที่มีได้ใช้อำนาจที่ตนเองมีอยู่เป็นเครื่องมือในการบริหารงาน แต่จะใช้ศิลปะการเป็นผู้นำ โดยสร้างบารมีและสร้างศรัทธา จากผู้ใต้บังคับบัญชาขึ้นมาเอง ซึ่งจะมีผลผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความเต็มใจ การทำงานในองค์กรก็จะมีประสิทธิภาพ

1.3 ผู้นำแบบสัญลักษณ์ หรือแบบพ่อพระ (Symbolic leader) เป็นผู้นำที่ผู้ใต้บังคับบัญชายกย่องเคารพนับถือตามตำแหน่งที่ได้รับและเห็นว่าเป็นแบบอย่างแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้นำแบบนี้มักถูกเชิญเป็นประธานในที่ประชุม หรือเป็นสัญลักษณ์ในการเปิด-ปิด งานต่างๆ เป็นต้น

2. ผู้นำตามวิธีการใช้อำนาจของผู้นำ

ผู้นำประเภทนี้ มี 3 แบบ คือ

2.1 ผู้นำแบบเผด็จการหรือแบบอึดตายปไต (Authoritarian / Dictation leader) ผู้นำแบบนี้จะตัดสินใจเพียงคนเดียวและแจ้งให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทราบ เป็นผู้นำที่ต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเชื่อฟังและปฏิบัติตามโดยทันที การมอบหมายงานจะมีน้อยมาก คอยควบคุมผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างใกล้ชิด เป็นผู้กำหนดเป้าหมายและวิธีการเพื่อให้บรรลุความสำเร็จของเป้าหมายเอง

2.2 ผู้นำแบบเสรีนิยม หรือปล่อยตามสบาย (Laissez leader) ผู้นำประเภทนี้จะให้คำแนะนำโดยทั่วๆ ไป ว่าจะต้องทำอะไร แล้วปล่อยให้ทำหน้าที่ของผู้ใต้บังคับบัญชากำหนดแนวทางปฏิบัติเอง ไม่ใช้อำนาจตัดสินใจใดๆ อยู่ไปวันๆ หนึ่งเท่านั้น การทำงานในองค์กรจะขาดประสิทธิภาพ

2.3 ผู้นำแบบประชาธิปไตย (Democratic leader) ผู้นำประเภทนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ใต้บังคับบัญชา ร่วมกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะนำมาใช้เพื่อความสำเร็จของเป้าหมาย ใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นผู้อื่น ยึดถือความคิดเห็นของกลุ่มเหนือความคิดเห็นของตน เป็นแบบผู้นำที่ดีที่สุดในการบริหารทั่วไป

3. ผู้นำตามระดับความสามารถ

3.1 ผู้นำที่มีความสามารถสูงแต่สัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานต่ำ เน้นผลผลิตของงานมาก เป้าหมายอยู่ที่งาน ไม่ให้ความสำคัญกับผู้ร่วมงาน

3.2 ผู้นำที่มีความสามารถต่ำ แต่สัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานสูง เน้นการมีมนุษยสัมพันธ์กับทุกคนในองค์กรมาก ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ประนีประนอมทุกเรื่อง มีความเป็นกันเอง ไม่กล้าท้วงติงหรือขัดขวางการกระทำใดๆ ของผู้ร่วมงาน เมื่อมีการกระทำผิดวินัย จะไม่ยึดระเบียบเท่าที่ควร การทำงานขององค์กรจะขาดประสิทธิภาพ

3.3 ผู้นำที่มีความสามารถต่ำและสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานต่ำ บริหารงานโดยไม่ยึดกฎระเบียบมากนัก มีความรับผิดชอบต่องานน้อย ขาดความเด็ดขาดในการตัดสินใจ ขณะเดียวกันไม่สนใจเรื่องมนุษยสัมพันธ์ ขาดความสนใจผู้ใต้บังคับ ไม่ให้ขวัญกำลังใจเมื่อผู้ใต้บังคับบัญชาประสบความสำเร็จ สร้างความขัดแย้งขึ้นในองค์กร ประสิทธิภาพของงานในองค์กรจะต่ำ ผู้นำแบบนี้มักขาดความรักและความศรัทธาอย่างจริงจังจากผู้ใต้บังคับบัญชา การทำงานขององค์กรขาดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3.4 ผู้นำที่มีความสามารถสูงและสัมพันธ์ภาพกับผู้ร่วมงานสูง มีพฤติกรรมการทำงานดี มีความรับผิดชอบต่องานสูง มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ พัฒนางานในองค์กรตลอดเวลา ตัดสินใจเร็วและถูกต้อง เน้นผลผลิตของงานมาก ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา การทำงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูง

4. ผู้นำตามสถานการณ์

สถานการณ์และเวลาเป็นตัวกำหนด ทำให้เกิดสภาวะการณ์เป็นผู้นำขึ้น การเป็นผู้นำขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ สถานการณ์ที่แตกต่างกัน ย่อมต้องการแบบภาวะผู้นำที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดี คุณสมบัติผู้นำที่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับทุกสถานการณ์ได้ คือ ผู้นำที่มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างรวดเร็วและถูกต้อง สามารถจูงใจคน มีความรับผิดชอบ มีความฉลาดและมีไหวพริบ ผู้นำที่ดี จะต้องศึกษาสถานการณ์ต่างๆ ให้ถ่องแท้และต้องสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ดีผู้นำในลักษณะนี้ คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change leader) นั่นเอง

5. ผู้นำตามความฉลาดทางอารมณ์

การเป็นผู้นำที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดได้นั้น ย่อมมีความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligent Quotient) : IQ' ความฉลาดทางสติปัญญานั้นจะเกิดได้จากการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ความฉลาดทางอารมณ์เพิ่งจะเริ่มเป็นที่ประจักษ์ถึงความสำคัญและคุณประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการบริหารจัดการ เมื่อไม่นานมานี้เอง

ความฉลาดทางอารมณ์หรือบางสถาบันเรียกว่าปัญญาทางอารมณ์ หมายถึง ศักยภาพของบุคคลที่จะต้องตอบสนองอารมณ์ตนเองและความต้องการของผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง เป็นความสามารถในการรับรู้อารมณ์ตนเอง พร้อมทั้งจะจัดการกับอารมณ์ เช่น ทรศณะการปรับใจเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปรชญาชุ่นนาเสียวได้ให้คำนิยามความฉลาดทางอารมณ์ว่า หมายถึงความสามารถของบุคคลในการมีสติ เข้าใจถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น โดยมีความสามารถบริหารในการจัดการอารมณ์อย่างสร้างสรรค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นผู้ฉลาดรู้ฉลาดคิด ฉลาดพูด ฉลาดทำและฉลาดในการปรับอารมณ์ ก่อให้เกิดประโยชน์สุขสงบเรียบร้อยต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องความฉลาดทางอารมณ์ ได้แบ่งองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 3 ประการ คือ

1. ความดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองได้ รู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและมีความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม
2. ความเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น
3. ความสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิตและความสุขสงบทางใจ

ผู้นำตามความฉลาดทางอารมณ์ แบ่งเป็น 5 แบบ คือ

1. ผู้นำฉลาดรู้ หมายถึง ผู้นำที่หวังความสำเร็จในการทำงาน นอกจากจะฉลาดรู้ในกระบวนการทำงานแล้ว ยังต้องฉลาดรู้ในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น ดังคำกล่าวที่ว่ารู้เขารู้เรา รบร้อยครั้งชนะร้อยครั้ง
2. ผู้นำฉลาดทำ หมายถึง ความมีศิลปะเป็นเรื่องของการทำเป็น ไม่ใช่เพียงแต่ทำได้เท่านั้น คนที่ฉลาด

ทำการใดๆ นั้น อาจไม่ฉลาดพูดหรือฉลาดคิด

3. ผู้นำฉลาดพูด หมายถึง รู้จักเลือกพูดแต่สิ่งที่ดี มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงคำพูดที่จะทำให้ตนเอง และบุคคลอื่นเดือดร้อน ดังคำกล่าวที่ว่า พูดดีเป็นศรีแก่ตัว

4. ผู้นำฉลาดคิด หมายถึง เป็นผู้มีความฉลาดทางใจ ต้องมีสติสัมปชัญญะ สามารถควบคุมความคิดให้ไปในทางที่ดี คิดในทางที่สร้างสรรค์ ดังคำกล่าวที่ว่า อยู่คนเดียวให้ระวังความคิดอยู่กับมิตรให้ระวังวาจา

5. ผู้นำฉลาดปรับอารมณ์ หมายถึง ผู้ที่ทั้งฉลาดรู้ ฉลาดทำ ฉลาดพูดและฉลาดคิด

การพัฒนาผู้นำและผู้ตาม

การพัฒนาศักยภาพขององค์กรหรือหน่วยงานใดๆ ก็ตาม จำเป็นต้องพัฒนาทั้งผู้นำ ผู้ตามหรือผู้ปฏิบัติตาม เคียงคู่กันไป จึงจะเกิดสัมฤทธิ์ผลที่ดี วิธีการหรือรูปแบบการพัฒนาความสามารถและทักษะตามคุณลักษณะ และประเภทของผู้นำนั้น เป็นเรื่องที่จะต้องศึกษาวิจัยและพัฒนาตามสถานการณ์และบริบทของแต่ละองค์กร แต่ละบุคคล แต่ละช่วงเวลาและแต่ละพื้นที่ ซึ่งสามารถนำหลักคุณปรัชญา คุณธรรม จริยธรรมทั้งหลายมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาผู้นำและผู้ตามด้านสุขภาพและการสาธารณสุขแบบองค์รวมได้ ทั้งในแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่ม แต่ละทีมงาน แต่ละหน่วยงานหรือองค์กร

กลวิธีหรือเครื่องมือการพัฒนาผู้นำและผู้ปฏิบัติตาม มีดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้เป็นต้นแบบที่ดี
2. การกำหนดสมรรถนะ หรือความสามารถหลักและเป้าหมาย
3. การสอนแนะนำงาน
4. การเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง
5. การทำงานให้เป็นตัวอย่าง
6. การจัดอบรมและจัดสัมมนา
7. การจัดการศึกษาดูงาน
8. การเรียนรู้และปฏิบัติศาสนธรรม
9. การประเมินผล
10. การให้คุณให้โทษ

ผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขขององค์กร นอกจากจะมีคุณสมบัติที่ดีและลักษณะของผู้นำที่ดีดังกล่าวแล้ว ยังต้องเรียนรู้และปฏิบัติให้มีศาสตร์และศิลป์ด้านคุณธรรม จริยธรรม ตามหลักศาสนธรรม เช่น หลักพุทธธรรมหมวดพรหมวิหาร 4 คือ 1) เมตตา ความรัก ให้ผู้อื่นมีความสุข แข็งแรง สมบูรณ์ 2) กรุณา ความอยากให้อื่นพ้นทุกข์ รักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หาย 3) มุทิตา ความยินดีเมื่อผู้ป่วยหายจากเจ็บป่วย มีความสุข และ 4) อุเบกขา ความวางเฉย ปล่อยวาง เป็นกลาง มีจิตใจมั่นคง ควบคุมสติและอารมณ์ได้ ขณะที่ตรวจและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินหรือวิกฤติได้อย่างเรียบร้อย เป็นผลดีทั้งต่อตัวเอง ผู้ป่วยและผู้อื่น เป็นการประยุกต์หลักของวิชาปรัชญา ปรัชญาสุขภาพ ปรัชญาสาธารณสุข ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ปรัชญาศาสนา ปรัชญาของหลักวิชาการแต่ละสาขา ปรัชญาของแต่ละองค์กร/สำนักปรัชญา (School of thought) ปรัชญาที่เป็น

หลักคิด คำสอนของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอนของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ปรัชญาของแต่ละองค์การ/สถาบัน รวมทั้งคำกล่าวหรือข้อความ ที่แสดงความหมาย ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล กลุ่มคน ชนเผ่า จนเป็นวิถีชีวิตที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาของแต่ละบุคคล ที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยนำมาใช้เป็นหลักการพื้นฐานของการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและการพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพ และการสาธารณสุขในแต่ละคน แต่ละงานและในแต่ละประเด็นที่ต้องการศึกษา ค้นคว้า ต้องการวิเคราะห์ ประเมินและพัฒนา โดยใช้ความหมายของปรัชญา (Philosophy) คือ ความรู้ ความปราดเปรื่อง มาเป็นหลักของกระบวนการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องตลอดไป

ตอนที่ 4.4

การวิจัยเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 4.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 4.4.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.4.2 กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.4.3 การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ผลที่ได้จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 4.4.4 การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

แนวคิด

1. ความรู้ (Knowledge) คือ สิ่งที่สามารถก่อให้เกิดความคิดและการกระทำที่นำไปสู่สิ่งที่มนุษย์ต้องการ ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมีจำนวนมากและมีวิวัฒนาการอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อให้เจริญก้าวหน้าทันยุคทันสมัยและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องป้องกันและแก้ไข เพื่อให้มวลมนุษยชาติมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข กระทำได้ 3 แนวทาง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการทางปรัชญาและกระบวนการทางศาสนา

3. ความรู้ที่ได้จากการพัฒนา สมควรเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อประชาชนและกลุ่มเป้าหมาย ให้นำความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดคุณประโยชน์

4. วิธีการในการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย เป็นการใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากการ “ทำ” งาน ในการสร้างความรู้ โดยมุ่งให้ทำงานประจำที่มีมักจะเป็นงานที่นำเบื่อ กลายเป็นงานสร้างความรู้ เป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานมานานก็ยิ่งมีปัญหา มีความรู้ เกิดความภาคภูมิใจมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการทำให้เป็นผลงานวิจัย

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 4.4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งเหล่านี้ได้

1. ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
2. กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
3. การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ผลที่ได้จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 4.4.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความรู้ (Knowledge) คือ สิ่งที่สามารถก่อให้เกิดความคิดและหรือการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งที่ต้องการได้อย่างแน่นอน มิใช่โดยบังเอิญ ยิ่งใช้ยิ่งเพิ่มพูนหรือองงายขึ้น เกิดเป็นความรู้ความชำนาญ (Skill) ดังนั้นบรรดาข้อมูล (Data) และข่าวสาร (Information) ทั้งหลาย จึงยังไม่ถือว่าเป็นความรู้ จนกว่าจะผ่านกระบวนการที่ทำให้ข้อมูลและข่าวสารเหล่านั้น สามารถก่อให้เกิดความคิดและหรือการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งที่ต้องการได้อย่างแน่นอน ได้กล่าวมาแล้วในหน่วยที่ 3 ตอนที่ 3.1

โดยทั่วไป ความรู้ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ตามที่อยู่ของความรู้ ได้แก่

1. ความรู้ที่อยู่นอกตัวบุคคล (Explicit knowledge) คือ ความรู้ที่อยู่ในบันทึก เอกสาร หนังสือ ตำรา วารสารวิชาการ Manuscript เป็นต้น เป็นความรู้ในอดีต (Past knowledge) จำแนกย่อยได้อีก เช่น ความรู้เรื่องการรักษาโรคเบาหวาน ความรู้ด้านการวิจัย ความรู้สาขาการแพทย์ ความรู้สาขาการดูแลสุขภาพ ความรู้สาขาเภสัชกรรม ความรู้สาขาการแพทย์ทางเลือก ความรู้สาขาการพยาบาล ความรู้กลุ่มสาขาสังคมศาสตร์ ความรู้กลุ่มสาขานิติศาสตร์ ความรู้กลุ่มสาขาประวัติศาสตร์ เป็นต้น

2. ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในความทรงจำของบุคคล เกิดจากการลงมือปฏิบัติด้วยบุคคลผู้นั้นเองหลายๆ ครั้งจนเกิดเป็น Skill ผู้เขียนขอใช้คำว่า “ความรู้จริง” ตามแนวคิดของปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของทฤษฎีธรรมชาติของความรู้ มาเป็นคำที่บ่งบอกความหมายของ Tacit knowledge ซึ่งแตกต่างจาก “ความรู้จำ” ที่บุคคลจำนวนมาก ได้ศึกษาจาก Explicit knowledge แล้วท่องจำหรือจดจำไว้และนำมาบอกหรือเล่าให้ผู้อื่นฟัง หรือนำมาสอนนักเรียน สอนนิสิต นักศึกษา โดยไม่เคยลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งนักวิชาการและอาจารย์ในวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยหลายคน มีลักษณะเป็นผู้รู้จำเช่นนี้

Tacit knowledge นี้ เป็นความรู้ที่เป็นปัจจุบัน (Present knowledge) ซึ่งสามารถเพิ่มพูนหรือองงายขึ้นได้ตลอดเวลา โดยตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของรู้นั้น

กระบวนการที่จะก่อให้เกิดความรู้ในอนาคต (Future knowledge) ในทางปรัชญาคือกระบวนการญาณวิทยา ส่วนในทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์หรือศาสตร์อื่น คือ กระบวนการวิจัย (Research methodology) ความรู้จะเกิดขึ้นได้ทุกหนทุกแห่ง ทุกเวลา โดยเกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการคิดและหรือการกระทำ ซึ่งจะได้เป็นความรู้ที่สามารถนำมาแสดงให้เห็นได้จริงๆ จะมากน้อยเพียงใด ต้องอาศัยกระบวนการของการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ที่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีอยู่มากมาย ทั้งความรู้ที่อยู่ในงานสุขภาพ (Health tasks) 4 งานและความรู้ที่อยู่ในงานสาธารณสุข (Public health tasks) อีก 4 งาน ดังที่ได้กล่าวมาในเรื่องที่ 5.1.1 และเรื่องที่ 4.1.2 ประมาณการว่า “งาน” ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขมีรวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 25,000 งาน เฉพาะงานของโรงพยาบาลภาครัฐ มีไม่น้อยกว่า 15,000 งาน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งจะเป็นงานของกลุ่มภารกิจด้านการรักษาพยาบาล ที่เหลือเป็นงานของกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ งานของกลุ่มภารกิจ

ด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ งานของกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ งานของกลุ่มภารกิจด้านผลิตบุคลากรด้านการแพทย์ งานตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ งานตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา งานตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ งานของกลุ่มภารกิจด้านอำนวยการหรือฝ่ายบริหาร (Back office) และงานพิเศษอื่นๆ

ความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขทุกงานจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือต้องได้รับการพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าทันยุคทันสมัย เพื่อประโยชน์สุขของมวลหมู่มนุษยชาติ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขจึงมีความสำคัญทั้งต่อปัจเจกบุคคล (ประชาชน ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง) และกลุ่มบุคคล องค์กรที่ให้บริการ องค์กร/สถาบัน ที่รับผิดชอบงานสุขภาพและงานสาธารณสุข ทั้งในระดับชุมชน ประเทศชาติและโลก ดังนี้

1. ความสำคัญต่อปัจเจกบุคคล

1.1 ความสำคัญต่อประชาชนแต่ละคน คือ ช่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ความเจ็บไข้ได้ป่วยลดลง อายุยืนยาวขึ้น

1.2 ความสำคัญต่อผู้ใช้บริการ เช่น ความสำคัญต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ ช่วยให้ออกชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อน (Complication) ลดลง เป็นต้น

1.3 ความสำคัญต่อผู้ให้บริการ เช่น ความสำคัญต่อแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย คือ ช่วยให้ผู้สามารถพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เป็นต้น

1.4 ความสำคัญต่อผู้บริหาร เช่น ความสำคัญต่อผู้บริหารโรงพยาบาลผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย คือ ช่วยให้ผู้สามารถบริหารโรงพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น เป็นต้น

1.5 ความสำคัญต่อนักวิชาการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข คือ ช่วยให้ผู้สามารถพัฒนาองค์ความรู้หรือแยกประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว ครอบคลุม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.6 ความสำคัญต่อผู้เกี่ยวข้อง เช่น ความสำคัญต่อผู้จัดบริการประกันสุขภาพ คือ ช่วยให้ผู้สามารถพัฒนาบริการประกันสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2. ความสำคัญต่อกลุ่มบุคคล เช่น ความสำคัญต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ช่วยให้ผู้มีความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการช่วยกันดูแลสุขภาพของกันและกัน ในแนวทางของเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

3. ความสำคัญต่อหน่วยงาน/องค์กร ที่ให้บริการ ได้แก่

3.1 ความสำคัญต่อโรงพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้สามารถให้บริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น

3.2 ความสำคัญต่อสถานบริการสาธารณสุข คือ ช่วยให้ผู้สามารถบริการด้านการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น

4. ความสำคัญต่อองค์กร/สถาบัน ที่เป็นผู้รับผิดชอบ

4.1 ความสำคัญต่อสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คือ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการของแต่ละวิชาชีพได้อย่างทันยุคทันสมัย

4.2 ความสำคัญต่อกระทรวงสาธารณสุข คือ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาการดำเนินงานและการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของทั้งประเทศ ให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ยิ่งๆ ขึ้น

5. ความสำคัญต่อชุมชน คือ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในชุมชน ให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม อย่างยั่งยืน

6. ความสำคัญต่อประเทศชาติ เช่น ช่วยให้เราสามารถพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาประเทศ

7. ความสำคัญต่อโลก

7.1 ความสำคัญต่อประเทศกำลังพัฒนา (Developing country) คือ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ให้บรรลุการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าอย่างรวดเร็ว มั่นคงและยั่งยืน

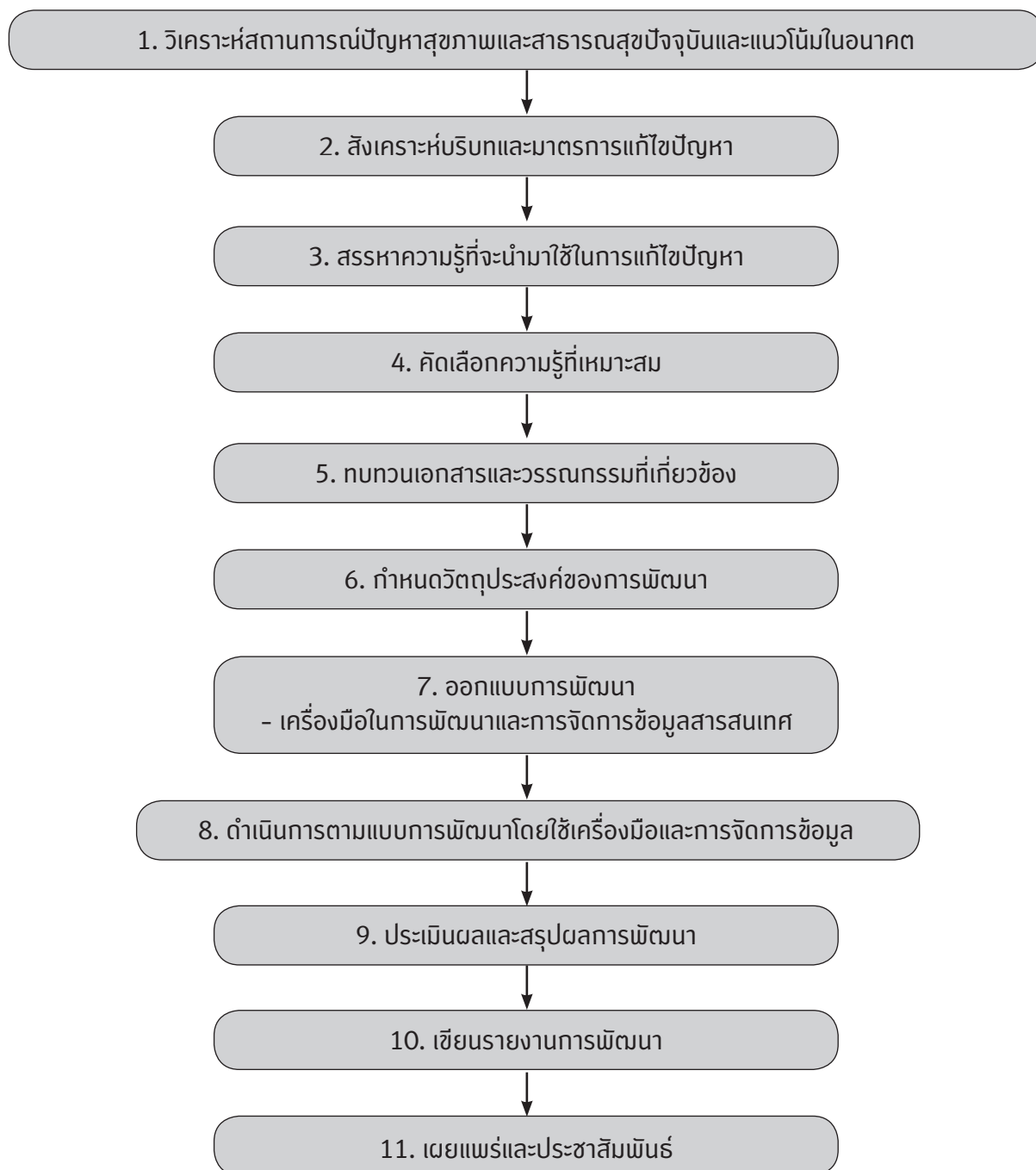
7.2 ความสำคัญต่อประเทศพัฒนาแล้ว (Developed country) คือ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ ให้เป็นต้นแบบ (Role model) ของประเทศที่สามารถบรรลุการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า ที่น่าชื่นชมของโลก

ความสำคัญของการนำปรัชญามาพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เนื่องจากเราต้องการความรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องนำหลักของวิชาปรัชญาเชิงความเป็นจริงหรือปรัชญาบริสุทธิ์ มาใช้เป็นพื้นฐาน (Fundamental) ในการศึกษาและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของทุกงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ

เรื่องที่ 4.4.2 กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข กระทำได้ 3 แนวทาง คือ การพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ด้วยกระบวนการทางปรัชญาและด้วยกระบวนการทางศาสนา

1. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ ความรู้ที่ได้จากใช้การวิจัยทางวิทยาศาสตร์ผสมผสานกับหลักการจัดการความรู้ (Knowledge management) ดังภาพที่ 4.13 ดังนี้



ภาพที่ 4.13 กระบวนการและขั้นตอนของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ในการพัฒนาความรู้

กระบวนการและขั้นตอนของการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ในการพัฒนาความรู้

มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ ที่จะทำให้อุปสรรคที่สมควรจะหาความรู้และข้อเท็จจริงมาดำเนินการป้องกันและแก้ไข

1.2 สังเคราะห์บริบทและมาตรการแก้ไขปัญหา เป็นการนำปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่จัดลำดับความสำคัญตามขนาดความรุนแรงและรีบด่วนไว้แล้ว มาค้นหาแนวทาง วิธีการและมาตรการ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นๆ ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ประชาชนและศักยภาพของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีอยู่

1.3 สรรหาความรู้ที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา เป็นการสรรหาความรู้ที่หลากหลาย ที่อาจนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อเสริมแนวทาง วิธีการและมาตรการเดิมที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

1.4 คัดเลือกความรู้ที่เหมาะสม ด้วยการนำหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการคัดเลือกความรู้ที่เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะสามารถนำมาใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาได้

1.5 ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถคัดเลือกความรู้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับการนำมาประยุกต์ใช้ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ต้องการ ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาหาความรู้จากแหล่งต่างๆ เพื่อตรวจสอบเพื่อให้ได้ความรู้ที่คัดเลือกไว้นั้น ถูกต้องและเหมาะสมกับการนำมาประยุกต์ใช้

1.6 กำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนา มี 2 ระดับ คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งบ่งบอกความต้องการในการพัฒนาและการแก้ไขปัญหานั้นๆ

1.7 ออกแบบการพัฒนาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งการกำหนดแบบการพัฒนา (Design) เครื่องมือในการพัฒนาและการจัดการข้อมูลสารสนเทศ ที่จะนำมาใช้ในการดำเนินงาน กำกับติดตามและประเมินผลงานในขั้นตอนต่อไป

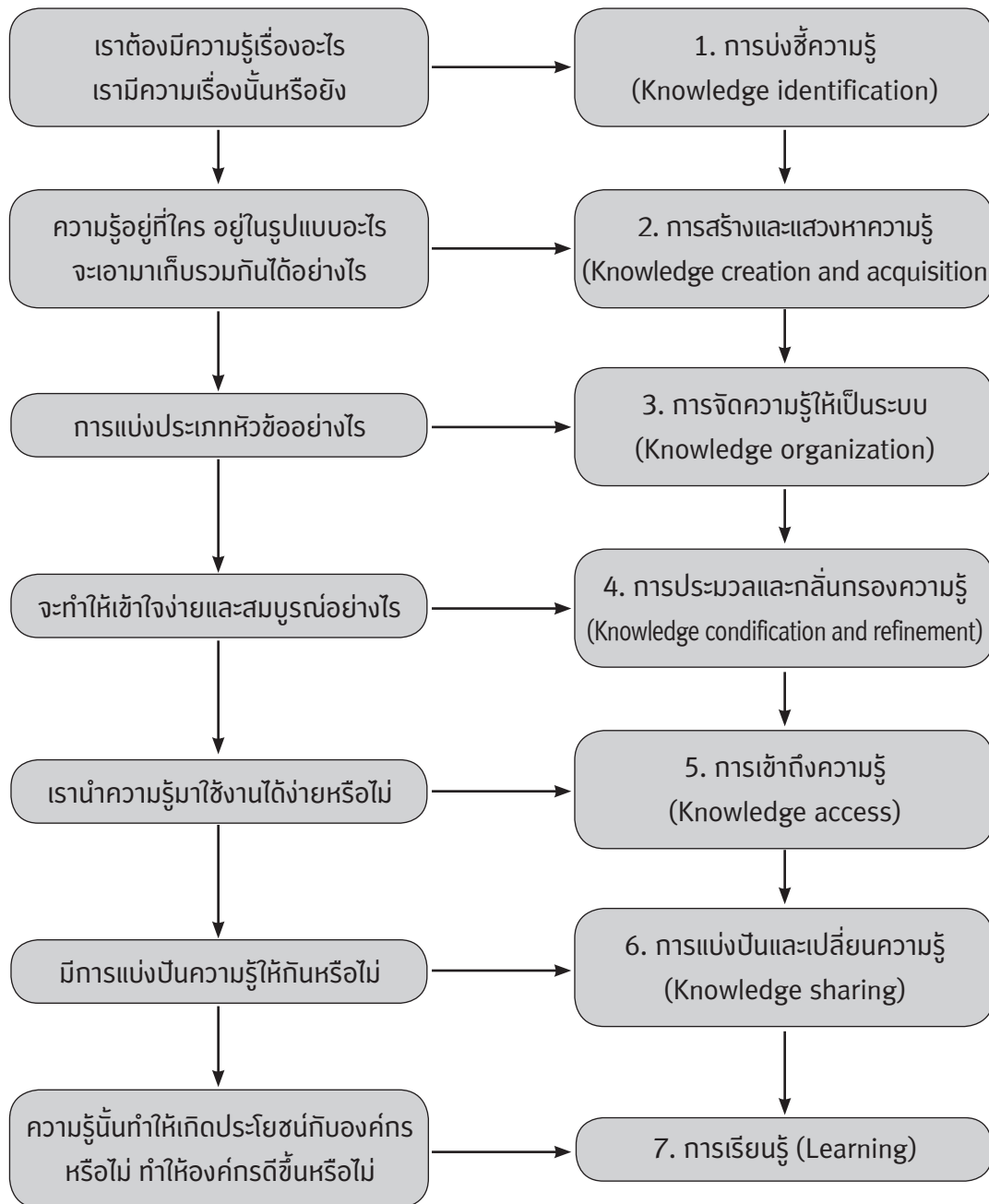
1.8 ดำเนินการตามแบบการพัฒนา โดยใช้เครื่องมือและการจัดการข้อมูล เน้นการบริหารจัดการและการประยุกต์ใช้ความรู้และทรัพยากร รวมทั้งเครื่องมือที่จำเป็นในการนำแบบการพัฒนาไปสู่การปฏิบัติ

1.9 ประเมินผลและสรุปผลการพัฒนา ด้วยการจัดระบบ วิธีการและเครื่องมือการติดตามและประเมินผล ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์และแบบการพัฒนา ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้และสรุปผลการดำเนินงาน

1.10 เขียนรายงานการพัฒนาเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนและครบถ้วน สามารถนำไปเผยแพร่ได้ ซึ่งอาจจัดพิมพ์เป็นเอกสารวิชาการ ที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำมาเป็นเอกสารอ้างอิงในการนำไปศึกษาและพัฒนาต่อยอดทางวิชาการให้กว้างขวางออกไป รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือการนำมาประยุกต์ในวิถีชีวิตประจำวัน

1.11 เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ด้วยการนำผลการพัฒนาไปแจกจ่ายเผยแพร่แก่บุคลากรและหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงานหรือที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง โดยการใช้สื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ จัดทำแผ่นพับ แผ่นซีดี websites บทความสั้นทางวิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น

ในการประยุกต์การจัดการความรู้แบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำความรู้ของตนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ให้ได้องค์ความรู้ที่ครบถ้วน สมบูรณ์มากขึ้น โดยมีขั้นตอนและกระบวนการ ดังภาพที่ 4.14 ดังนี้



ภาพที่ 4.14 กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management process)

กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management process)

โดยแต่ละขั้นตอนมีสาระสำคัญดังนี้

1. การบ่งชี้ความรู้ เช่น พิจารณาว่า วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายขององค์กร คืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร
2. การสร้างและแสวงหาความรู้ เช่น การสร้างความรู้ใหม่ การแสวงหาความรู้จากภายนอก การรักษาความรู้เก่า การกำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว เป็นต้น
3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการจัดเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต
4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น การปรับปรุงแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน การใช้ภาษาเดียวกัน การปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ เป็นต้น
5. การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ต้องการความรู้ สามารถเข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธี ถ้าเป็น Explicit knowledge อาจทำเป็นเอกสาร วิดีโอ เป็นต้น ถ้าเป็น Tacit knowledge อาจจัดทำเป็นระบบทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การเยี่ยมตัว การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้
7. การเรียนรู้ เป็นการทำให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และเพิ่มพูนความรู้

2. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางปรัชญา คือ การให้เหตุผลครุ่นคิด จนได้ความจริงตามหลักตรรกวิทยา

3. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางศาสนา เช่น การคิดอย่างมีเหตุผล จนได้ความจริงตามหลักโยนิโสมนสิการ ขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นการคิดพิจารณาโดยแยบคาย เพื่อการเข้าถึงความจริงโดยสืบค้นหาเหตุผลไปตามลำดับจนถึงต้นเหตุ แยกแยะองค์ประกอบ จนมองเห็นตัวสภาวะและความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย จนเกิดวิชา คือ ปัญญา ความจริงที่ได้ จะมาจากภายใน เป็นการทำหน้าที่ของจิตให้พบนิโรธเป็นความจริงอันเป็นนิรันดร์

เรื่องที่ 4.4.3 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่ได้จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ได้จากการพัฒนา สมควรเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง ซึ่งจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ด้านการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความรู้และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ให้ยอมรับความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดคุณประโยชน์

ความหมายของการประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์เป็นแขนงหนึ่งของนิเทศศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการติดต่อสื่อสารทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารมวลชน การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการพูดและการแสดง การประชาสัมพันธ์ จึงมีความหมายว่า เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างองค์การกับสาธารณชน เพื่อให้ทราบและสร้างความเข้าใจ ทำให้เกิดทัศนคติและภาพพจน์ที่ดีต่อองค์การ นำไปสู่การสนับสนุนและความร่วมมือจากสาธารณชนกลุ่มเป้าหมาย

ความสำคัญของการประชาสัมพันธ์

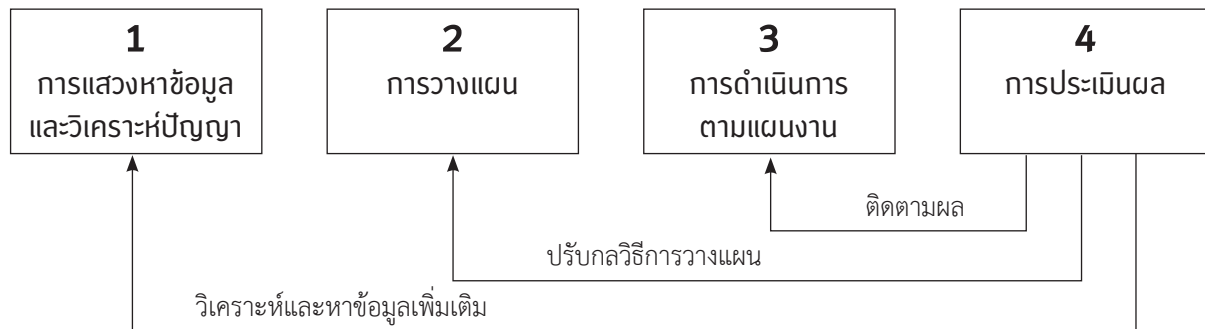
1. สร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับองค์การ
2. ชักจูงกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและมีประชาคมตสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การ
3. สร้างความเข้าใจนโยบาย วัตถุประสงค์และพันธกิจขององค์การ แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมาย ให้เกิดการยอมรับ ร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานแก่องค์การ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
4. ช่วยให้องค์การมีภาพพจน์และภาพลักษณ์ที่ดี ได้รับความเชื่อถือและยอมรับในวงการและสามารถขยายภาคีเครือข่ายให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
5. ป้องกันและแก้ไขความเข้าใจผิด การร้องเรียน การแก้ไขข้อวร้ายอันอาจเกิดความเสียหายต่อองค์การ หรือผู้นำองค์กรได้

ศาสตร์และศิลป์ของการประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ควบคู่กัน การประชาสัมพันธ์ต้องใช้ศาสตร์ หมายถึงวิทยาการความรู้ ทั้งนิเทศศาสตร์ สังคมศาสตร์และจิตวิทยา ซึ่งต้องมีการศึกษาค้นคว้าหาหลักการและทฤษฎีที่น่าเชื่อถือได้ ไว้ใช้เป็นแนวในการดำเนินงาน ดังนั้น ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ รวมทั้งประสบการณ์และทักษะของแต่ละบุคคล เป็นความสามารถเฉพาะตัว เช่น ความสามารถและทักษะในการสื่อสารด้วยการพูดจูงใจ ซึ่งถ่ายทอดและลอกเรียนแบบกันได้อย่าง

กระบวนการดำเนินงานประชาสัมพันธ์

การดำเนินงานประชาสัมพันธ์ขององค์กร เป็นกิจกรรมที่มีลำดับขั้นตอนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรต้องการ โดยต้องดำเนินอย่างต่อเนื่องเรียกว่า กงล้อประชาสัมพันธ์ (PR wheel) หมุนต่อเนื่องกันไปไม่มีหยุดนิ่ง การดำเนินงานประชาสัมพันธ์ว่ามี 4 ขั้นตอน ดังภาพที่ 4.15



ภาพที่ 4.15 กระบวนการดำเนินงานประชาสัมพันธ์

ที่มา : รัตนาวดี ศิริทองถาวร (2546: 92)

โดยแต่ละขั้นตอนมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ขั้นแสวงหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา (Fact-Finding and analysis of problem) เป็นขั้นตอนแรกของการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ ซึ่งจะเป็นการค้นหาข้อเท็จจริงและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับสถานการณ์หรือปัญหาที่องค์กรประสบอยู่ โดยอาศัยการวิจัย-การรับฟังความคิดเห็น (Research-Listening) การวิจัยการประชาสัมพันธ์เป็นการสื่อสารแบบสองทางระหว่างสถาบัน องค์กร กับกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมถึงการวิจัยด้านอื่นๆ ด้วย เช่น นโยบาย การดำเนินงาน สิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยนำผลการวิจัยมาพิจารณาประกอบการตัดสินใจ ในการกำหนดแผนการประชาสัมพันธ์ต่อไป

2. ขั้นการวางแผน (Planning) เป็นเรื่องของข้อเท็จจริง มีการกำหนดวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน ถูกต้องและมีเหตุผลเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การวางแผนประชาสัมพันธ์เป็นการกำหนดแนวทางหรือกำหนดกรอบในการปฏิบัติงานประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่ชื่อเสียงเกียรติคุณขององค์กรให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องได้เกิดความเข้าใจ เลื่อมใสศรัทธาและให้การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กร รวมทั้งกำหนดแนวทางในการรับฟังกระแสประชามติ เพื่อเป็นองค์ประกอบในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรด้วย

การจัดทำแผนการประชาสัมพันธ์ ควรกำหนดหลักการประชาสัมพันธ์ 6 ประการ ดังนี้

2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ (Objective) จะต้องกำหนดหรือระบุไว้อย่างชัดเจนว่า เพื่ออะไรบ้างหรือต้องการแก้ปัญหาอะไร

2.2 การกำหนดกลุ่มประชาชนเป้าหมาย (Target public) จะต้องระบุให้แน่ชัดว่ากลุ่มประชาชนเป้าหมายคือใคร มีพื้นฐานการศึกษาหรือภูมิหลังอย่างไร รวมทั้งรายละเอียดต่างๆ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนด้านจิตวิทยา เช่น ใครมีอิทธิพลต่อการแพร่กระจายข่าวสาร เป็นต้น

2.3 การกำหนดแนวหัวข้อเรื่อง (Themes) จะต้องกำหนดให้แน่นอนว่า แนวหัวเรื่อนั้นจะเน้นไปทางใด ตลอดจนการกำหนดสัญลักษณ์หรือข้อความสั้นๆ เป็นคำขวัญต่างๆ ที่จดจำได้ง่าย หรือดึงดูดความสนใจได้ดี

2.4 การกำหนดช่วงระยะเวลา (Timing) จะต้องมีการกำหนดช่วงระยะเวลาหรือจังหวะเวลาที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเป็นการปูพื้นก่อน

2.5 การกำหนดสื่อและเทคนิคต่างๆ (Media and techniques) จะต้องกำหนดการใช้สื่อ หรือเครื่องมือและเทคนิคใดในการประชาสัมพันธ์

2.6 การกำหนดงบประมาณ (Budget) จะต้องกำหนดงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินงานให้ชัดเจน รวมถึงบุคลากรที่ต้องใช้ในการดำเนินการด้วย

3. ขั้นการดำเนินการตามแผนงาน (Implementation) หรือ ขั้นตอนการสื่อสาร เป็นขั้นตอนลงมือปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ โดยอาศัยวิธีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งเทคนิคการสื่อสาร ในการเผยแพร่แนวคิด หรือกิจกรรมต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้ในการวางแผน ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่กำหนดไว้ใน การปฏิบัติจะต้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์และทันเวลา จึงจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

4. ขั้นการประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่วัดผลการดำเนินงานว่าได้ผลตามที่กำหนดไว้ในแผนหรือโครงการหรือไม่ อย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลเป็นผลดีต่อการดำเนินงานในครั้งต่อไป โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ การประเมินผลก่อนลงมือปฏิบัติการ (Pretesting) ทำให้ทราบข้อบกพร่องตั้งแต่ก่อนการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อการแก้ไขปรับปรุงและการประเมินผลเมื่อปฏิบัติงานตามโครงการเสร็จสิ้นแล้ว (Postesting) ทำให้ทราบผลการดำเนินงานและข้อบกพร่องผิดพลาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนา ในการดำเนินงานครั้งต่อไป

การประเมินผลมี 4 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การประเมินผลเชิงข้อมูลข่าวสาร/ความรู้ มีการประเมินใน 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินการเปิดรับข่าวสาร โดยศึกษาจำนวนขึ้นข่าวที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่สื่อต่างๆ แล้วคำนวณผู้มีโอกาสเปิดรับข่าวขึ้นนั้นที่ลงตีพิมพ์ในหนังสือแต่ละฉบับ โดยดูจากยอดจำหน่ายของหนังสือพิมพ์แต่ละฉบับ เครื่องนับจำนวนในอินเทอร์เน็ต

2. การประเมินความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร ประเมินโดยแบบวัดความรู้ ความเข้าใจ เนื้อหาของสารที่เผยแพร่ออกไป เช่น คู่มือความรู้ นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจ จากการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้แบบสอบถาม/สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

4.2 การประเมินผลทัศนคติ การประเมินทัศนคติ วัดได้จากการวิจัยเชิงสำรวจ โดยอาจวัดว่ามีการสร้างทัศนคติใหม่หรือไม่เพียงใด ทัศนคติที่มีอยู่แล้วถูกเสริมแรงให้เข้มแข็งขึ้น หรือยังคงหนักแน่นไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่เพียงใด มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติตามที่พึงประสงค์หรือไม่

4.3 การประเมินผลพฤติกรรม เป็นการประเมินพฤติกรรมภายหลังที่ได้เปิดรับสื่อหรือข้อมูลข่าวสารแล้ว โดยสอบถามกลุ่มเป้าหมายว่า ภายหลังที่เปิดรับข้อมูลข่าวสารหรือเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว พฤติกรรมได้เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่และอะไรที่เปลี่ยนแปลงไป หรือพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นมีหรือไม่ คืออะไร เช่น การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

4.4 การประเมินผลผลิต (Output) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้สื่อที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ เป็นการประเมินประสิทธิผลของการกระจายสื่อ การแจกจ่ายสื่อไปยังกลุ่มเป้าหมายกลุ่มต่างๆ วิธีการประเมิน เช่น การนับจำนวนขึ้นข่าวที่ส่งไปเผยแพร่ต่อสื่อมวลชน ซึ่งเป็นการวัดประสิทธิภาพของการทำงานด้านสื่อ

วิธีการเผยแพร่ความรู้

วิธีการเผยแพร่ผลที่ได้จากการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพและการสาธารณสุข เพื่อให้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง ในการสร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนและสังคมในส่วนรวม อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องคำนึงถึงช่องทางและวิธีการต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละงานและแต่ละพื้นที่ มีวิธีการ ดังนี้

1. การตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการของสถาบัน/องค์การ เช่น สถาบันการศึกษา ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งต่างประเทศและในประเทศ กรม เขต โรงพยาบาล เป็นต้น
2. การรวบรวมปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข แล้วจัดพิมพ์เป็นตำราหรือคู่มือประกอบการเรียนการสอน หรือประกอบการดำเนินงานของโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ
3. การจัดทำสื่อเผยแพร่ทาง Internet, CD, VCD, DVD เป็นต้น
4. การนำเสนอในที่ประชุมหรือสัมมนาทางวิชาการ

ประเด็นสำคัญของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ประเด็นสำคัญของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่ต้องคำนึงถึง มีดังนี้

1. แหล่งข้อมูล (Sources) มีความสำคัญมากเพื่อให้มีแหล่งและประเภทข้อมูลและสารสนเทศที่หลากหลาย เหมาะสมและเพียงพอ
2. เนื้อหาการสื่อสาร (Message) ต้องให้ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ชัดเจน ทันทสมัย เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทของผู้รับการสื่อสาร
3. ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ต้องเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้สะดวก รวดเร็ว เข้าใจถูกต้อง ชัดเจน ทั้งสื่อบุคคล สื่อเอกสาร สื่อซีดี สื่อวีซีดี Internet, E-mail เป็นต้น
4. ผู้รับการสื่อสาร (Receiver) ต้องให้เกิดการรับรู้ เรียนรู้ มีความศรัทธาเชื่อถือ นำไปใช้ในการปฏิบัติให้เกิดผลดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ต่อไป

เรื่องที่ 4.4.4 การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ความหมายของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

ภารกิจ (Task) คือ งานที่ปฏิบัติตามหน้าที่ ทั้งหน้าที่ของแต่ละตำแหน่ง (Position) หน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน (Unit/Department) และของแต่ละองค์การ (Organization) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ภารกิจหลัก หมายถึง งานที่ทำเพื่อความคงอยู่ของตำแหน่ง/หน่วยงาน/องค์การ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้กำหนดไว้ในการจัดตั้งตำแหน่ง/หน่วยงาน/องค์การ เช่น ภารกิจหลักของแพทย์และพยาบาล คือ การรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น แต่ละคนสามารถมีภารกิจหลักได้หลายภารกิจ ซึ่งแต่ละภารกิจสามารถประกอบด้วยงานหลายงาน

2. ภารกิจรอง หมายถึง งานที่ทำเพื่อสนับสนุนภารกิจหลัก เช่น ภารกิจรองของอาจารย์ คือ ดูแลนักเรียน/นิสิตนักศึกษา สนับสนุนภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์การที่ตนสังกัด รวมทั้งรักษาและทนุบำรุงชื่อเสียงเกียรติศักดิ์ของวิชาชีพและสถาบัน ภารกิจรองของบริษัท คือ การช่วยเหลือสังคม การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) เป็นต้น

3. ภารกิจสนับสนุน หมายถึง งานด้านธุรการและบริการ ที่ทำเพื่อสนับสนุนภารกิจหลักและภารกิจรองของบุคคล หน่วยงานหรือองค์การ

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยนี้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และภาคีเครือข่าย เรียกว่า R2R ย่อมาจาก Routine to Research แปลตรงๆ ว่างานประจำสู่งานวิจัย โดยมีหลักคิดและวัตถุประสงค์ว่า เป็นการใช้องค์ความรู้และประสบการณ์จากการ “ทำ” งาน ในการสร้างความรู้ โดยมุ่งให้ทำงานประจำ (Routine work) ที่มีจะเป็นงานที่น่าเบื่อ กลายเป็นงานสร้างความรู้ เป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานมานานก็ยิ่งมีปัญหา มีความรู้ เกิดความภาคภูมิใจมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการทำให้การทำงานประจำนั้น เป็นงานวิจัย

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการวิจัย R2R เป็นนโยบายและกิจกรรมสำคัญขององค์การและหน่วยงาน ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพงานประจำทั้งหลายให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีวัตถุประสงค์ 5 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนา “งาน” ตามภารกิจหลัก ของบุคคลหน่วยงานหรือองค์การ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น
2. เพื่อพัฒนา “คน” ของหน่วยงาน/องค์การ ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ในการพัฒนา “งานทั้งหลาย” ที่ตนทำและรับผิดชอบต่อผู้อื่นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. เพื่อพัฒนา “การประยุกต์วิชาการสู่การปฏิบัติ” ที่รวดเร็ว ชัดเจนและเสียค่าใช้จ่ายน้อย

4. เพื่อเพิ่มพูน Explicit knowledge ที่มีค่ามหาศาล ต่อองค์การและประเทศชาติ
5. เพื่อต่อยอดและขยายผลให้เกิด “นวัตกรรม (Innovation)” ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลักของบุคคล หน่วยงาน องค์การ อย่างมีความสุข

เป้าหมายของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีเป้าหมายจำแนกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล มีเป้าหมาย คือ เป็นบุคคลคุณภาพ มีผลงานวิชาการและมีความสุขในการทำงาน
2. ระดับหน่วยงาน มีเป้าหมาย คือ เป็นหน่วยงานคุณภาพ มีผลการดำเนินงานดี ที่ตรงตามความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง มีผลงานวิชาการที่บ่งบอกคุณค่าของหน่วยงาน และบุคลากรมีความสุขในการทำงาน
3. ระดับองค์การ มีเป้าหมาย คือ เป็นองค์การคุณภาพ มีผลการดำเนินงานดี ตรงตามความคาดหวังของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีผลงานวิชาการคุณภาพสูง ที่บ่งบอกคุณประโยชน์และคุณค่าขององค์การอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม บุคลากรมีความสุขในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ระดับประเทศชาติ มีเป้าหมาย คือ
 - 4.1 มีประชาชนที่มีคุณภาพ เป็นผู้เรียนรู้ (Learned person) มีความสามารถในการพัฒนางานที่ตนรับผิดชอบได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น ตลอดเวลา
 - 4.2 มีผลิตภัณฑ์ (Product) ที่มีคุณภาพสูงสู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา ทั้งผลิตภัณฑ์ทางวิชาการ สินค้า สิ่งประดิษฐ์และบริการ
 - 4.3 มีนักวิจัยคุณภาพ ที่ทำวิจัยในงานที่ตนทำอย่างต่อเนื่องและมีความสุข
 - 4.4 มี Explicit knowledge เป็นขุมความรู้ (Knowledge assets) ที่มีคุณค่าสูง คือ ความรู้และผลงานวิจัยที่วงการวิชาการให้การยอมรับ
 - 4.5 มีหน่วยงานและองค์การสุขภาพ ที่มีผลการดำเนินงานที่ดี น่าเชื่อถือ เพราะมีวิชาการรองรับ ช่วยสร้างชื่อเสียงให้กับประเทศ นำไปสู่ความเชื่อมั่นของนานาชาติ
 - 4.6 ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า
5. ระดับโลก มีเป้าหมาย คือ Quality of Life for All ของคนทั้งโลก

ประโยชน์ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีประโยชน์สรุปได้ 8 ประการ ดังนี้

1. มีประโยชน์ต่อ “งาน” คือ เกิดการพัฒนางานที่เป็นภารกิจหลัก ทั้งของบุคคล ของหน่วยงานและขององค์การ ให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น
2. มีประโยชน์ต่อ “คน” คือ
 - 2.1 ได้รับการพัฒนาคุณภาพที่ดี สะดวก ง่าย ตรงกับต้องการของตนและของผู้ที่เกี่ยวข้อง
 - 2.2 ได้ผลงานวิชาการ ที่ทรงคุณค่า สามารถนำไปใช้ในการเสริมสร้างความก้าวหน้าของตนได้
 - 2.3 มีความสุขในการทำงาน เกิดความรักงาน นำไปสู่ความรักและความภักดีต่อองค์การ

2.4 ได้องค์ความรู้ ที่มีคุณค่า ทั้งองค์ความรู้จากการศึกษาค้นคว้าและองค์ความรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติด้วยมือของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่จะติดตัวไปตลอดชีวิต

3. มีประโยชน์ต่อ “หน่วยงาน” คือ

3.1 ได้คนที่มีคุณภาพอยู่ในหน่วยงาน

3.2 ได้กระบวนการพัฒนาคน ด้วยการปฏิบัติงานในวิถีชีวิตประจำวัน ที่สะดวก ง่าย สอดคล้องกับบริบทและงานของแต่ละคน ตรงกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและสังคม

3.3 ได้ผลการดำเนินงานดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลการดำเนินงานตามภารกิจหลัก

3.4 ได้ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าทั้งต่อหน่วยงาน ต่อสังคมและต่อประเทศชาติ

3.5 มีบรรยากาศองค์การที่ดี สืบเนื่องจากบุคลากรมีความสุขในการทำงาน

4. มีประโยชน์ต่อ “องค์กร” คือ ได้ประโยชน์เช่นเดียวกับหน่วยงาน แต่กว้างขวางกว่า และถ้าเป็นองค์การหลักของส่วนรวม เช่น กระทรวง กรม จังหวัด มหาวิทยาลัย เป็นต้น จะมีผลกระทบต่อพื้นที่รับผิดชอบขององค์การ หรือต่อสาธารณะมาก

5. มีประโยชน์ต่อ “ชุมชน” คือ

5.1 ได้ผลประโยชน์ จากการที่คน หน่วยงานหรือองค์การที่มีคุณภาพ ได้มาสร้างสรรค์ผลงานดำเนินงานที่ดีในชุมชน หรือในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานหรือองค์การ

5.2 เกิดการพัฒนาจากผลงานวิจัย ที่เน้นการเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชน ทั้งทางตรงและทางอ้อม

6. มีประโยชน์ต่อ “สังคม” คือ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดความสุขสงบในสังคม เนื่องมาจากการที่ทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกองค์การ รู้ภารกิจหลักของตน และมาร่วมกันพัฒนาสิ่งดีๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมและชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพสูง ประกอบกับการที่คนทั้งหลายมีความสุขในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะยิ่งช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคมที่รุมเร้าอยู่ในปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น

7. มีประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ ดังนี้

1. ช่วยพัฒนา “งาน” ที่เป็นภารกิจหลักของประเทศ ที่ได้มีการกำหนดไว้ในนโยบายระดับประเทศ และถ่ายทอดลงมาตามสถาบัน/องค์การหลัก ลงสู่หน่วยงาน และบุคคล ตามลำดับ ให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งๆ ขึ้น

2. ช่วยพัฒนา “คน” ซึ่งเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าของประเทศ ให้เป็นนักพัฒนาระดับฐานราก

3. ช่วยพัฒนา “คน” ที่เป็นนักพัฒนา ให้เป็นนักวิจัยที่ติดดิน

4. ช่วยพัฒนา “ผลงานวิจัย” ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ อย่างต่อเนื่อง

5. ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน/ชุมชน/สังคม ด้วยกระบวนการ Happy workplace

8. มีประโยชน์ต่อ “โลก” คือ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมและกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเป็นองค์รวม ให้กับประชากรโลก

9. มีประโยชน์ต่อ “วิชาการ” คือ ช่วยในการประยุกต์องค์ความรู้ด้านวิชาการ ที่มีอยู่มากมาย ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับมวลหมู่มนุษยชาติอย่างต่อเนื่อง

ประเภทของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท ตามความซับซ้อนของการดำเนินงาน เป็นประเภทพื้นฐาน ประเภทวิชาการ ประเภทก้าวหน้าและประเภทเชี่ยวชาญ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละประเภท ดังนี้

1. ประเภทพื้นฐาน (Basic) เป็นประเภทที่มีความซับซ้อนของการดำเนินงานน้อย ใช้สำหรับผู้ปฏิบัติงานทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย ทุกหน่วยงาน ทุกกลุ่มอาชีพ
2. ประเภทวิชาการ (Academic) เป็นประเภทที่มีความซับซ้อนของการดำเนินงานมากขึ้น ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหรือจะเป็นนักวิชาการในอนาคต ได้แก่ นักเรียน นิสิตนักศึกษา ทั้งระดับวิชาชีพ ระดับปริญญา ระดับบัณฑิตศึกษาและระดับหลังปริญญาเอก
3. ประเภทก้าวหน้า (Advance) เป็นประเภทที่มีความซับซ้อนของการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ต้องการความเข้มข้นของระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology) มากในเชิงวิชาการ ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นหรือตั้งใจจะเป็นนักวิจัยหรือคณาจารย์ผู้สอน/ผู้สร้าง กลุ่มที่จะเป็นประเภทวิชาการในอนาคต ได้แก่ คณาจารย์มหาวิทยาลัยและนักวิจัยสาขาการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย
4. ประเภทเชี่ยวชาญ (Expert) เป็นประเภทที่มีความซับซ้อนของการดำเนินงานสูงมาก ใช้สำหรับการต่อยอดและขยายผลจากกลุ่มที่เป็นประเภทก้าวหน้า ให้เป็น “แกนหลัก” ในแต่ละสาขาวิชาการ เช่น สาขาสุขภาพ สาขาเกษตร สาขาประมง สาขากฎหมาย สาขาการท่องเที่ยว สาขาการค้าขาย สาขาอุตสาหกรรม สาขาการแสดง สาขาวิศวกรรม สาขาการเงิน เป็นต้น

วิธีการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับลักษณะของงาน บริบทหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กร ประกอบด้วย กิจกรรม ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ

1. การกำหนดเป็นนโยบายจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กรที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารสูงสุด นโยบายนี้ก็ยังคงอยู่
2. การกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและแน่นอน
3. การสรรหาบุคคลและทีมงานผู้รับผิดชอบ ที่มั่นใจได้ว่าจะสามารถนำมาซึ่งความสำเร็จที่มั่นคงและยั่งยืนได้ จึงเน้นที่การทำแผนการพัฒนากำลังคนทดแทน (Succession plan) ด้วย
4. การจัดทำ “โครงการ” พัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยขององค์กร ที่สามารถทำได้ครบถ้วนตามกระบวนการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ดังที่ได้กล่าวมาอย่างต่อเนื่อง
5. การจัดทำ “ระบบงาน” ของการดำเนินงานพัฒนาการทำงานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ที่เอื้ออำนวยและเหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดขององค์กร
6. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop training) ในการพัฒนาการทำงานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ในบริบทจริงขององค์กร คือ ได้ทั้งตัวบุคคลและผลงานวิจัยที่จับต้องได้ โดยไม่ยุ่ง ไม่ยากและไม่แพง

7. การจัดเวทีให้มีการนำผลงานทางวิชาการจากการทำงานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มาเผยแพร่ในองค์กรและส่งเสริมสนับสนุนให้นำไปเผยแพร่ในเวทีวิชาการนอกองค์กรด้วย

8. การสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยของบุคลากรแต่ละคน ให้เป็นผลงานทางวิชาการ อย่างเข้มแข็ง จริงจัง จริงใจและต่อเนื่อง ตลอดไป

การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. ด้งาน (The task) ที่ต้องการพัฒนา
2. ผู้ปฏิบัติงาน (The sctors) ทีมงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง
3. ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (Resources)
4. วิธีการในการปฏิบัติ (Methods)
5. เวลา (Time) ในการดำเนินงาน ทั้งจำนวนและช่วงเวลา ทั้งในการดำเนินงานแต่ละครั้งและในการดำเนินงานแต่ละช่วงเวลา (วัน สัปดาห์ เดือน ไตรมาส ปี)
6. สิ่งแวดล้อม (Environments) ณ ขณะที่ปฏิบัติงานแต่ละครั้งและแต่ละช่วงเวลา ทั้งทางกายภาพ เคมี ชีวภาพและทางสังคม
7. การวัดผลการดำเนินงาน (Measurement) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด (Indicators) เครื่องมือวัด (Instruments) ผู้วัด (Measurementors) วิธีการในการวัด (Methods of measurement) การแปลผลการวัด (Interpretation) การควบคุมคุณภาพการวัด (Quality control of measurement) ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantity data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Quality data)
8. วิธีการในการดำเนินงานตามหลัก Research methodology ให้ได้ผลการดำเนินงานที่น่าเชื่อถือ

สิ่งที่ได้จากการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

จากกระบวนการดำเนินงานของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ที่ใช้ระยะเวลาวงรอบละ 5 ปี ได้ผลการดำเนินงาน ที่สำคัญ 7 ประการ ดังนี้

1. ได้รูปแบบ ระบบงาน วิธีการใหม่ ของการดำเนินงานตามภารกิจหลัก ที่ได้ผ่านการนำไปใช้จริงในพื้นที่แล้ว รวม 5 ปี
2. ได้ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักอย่างต่อเนื่อง รวม 5 ปี
3. ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานตามภารกิจหลักอย่างต่อเนื่อง รวม 5 ปี
4. ได้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานตามภารกิจหลัก การวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัด การสร้างเครื่องมือวัด และการวัดผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. ได้ความคิดที่สร้างสรรค์และประสบการณ์จริงในการพัฒนางานตามภารกิจหลักด้วยทรัพยากรที่มีอยู่
6. ได้ประสบการณ์การทำวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ได้ผลจริง
7. ได้ผลงานวิชาการที่เกิดประโยชน์กับประชาชน สาธารณะและมนุษยชาติอย่างเป็นรูปธรรม
8. ได้ผลงานวิจัยที่ดีและมีคุณค่ายิ่ง เป็น Explicit knowledge ที่มีลักษณะของ Knowledge Asset

ลักษณะสำคัญของผลงานวิจัยที่ดี ที่ได้จากการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

ผลงานวิจัยที่ดีและมีคุณค่ายิ่ง ที่ได้จากการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย (ขอเรียกว่า R2R แท้และดี) มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นงานที่คณะผู้วิจัยเป็นผู้ทำด้วยตนเองและเป็นความจริง (Routine & Fact) ถ้าคณะผู้วิจัยรู้อยู่แก่ใจว่าผลงานหรือข้อมูล ที่นำมาแสดงเป็นผลงานวิจัยนั้น “ไม่จริง” ห้ามนำมาเขียนเป็นผลงานวิจัยอย่างเด็ดขาด

2. เกิดการพัฒนาที่มีหลักฐานยืนยัน (Evident based development) โดยวัดผลที่ “ผู้ใช้บริการ” ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ตามหลักของ Research methodology ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 95% ($p < 0.05$); ค่าน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 185 mg% เหลือเพียง 110 mg% เป็นต้น ในการนี้จะไม่ใช้ระดับความคิดเห็นจากแบบสอบถามมาใช้ในการเปรียบเทียบกัน เนื่องจาก “ความคิดเห็น” นั้น มี Factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อยู่มากมาย จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่ำ

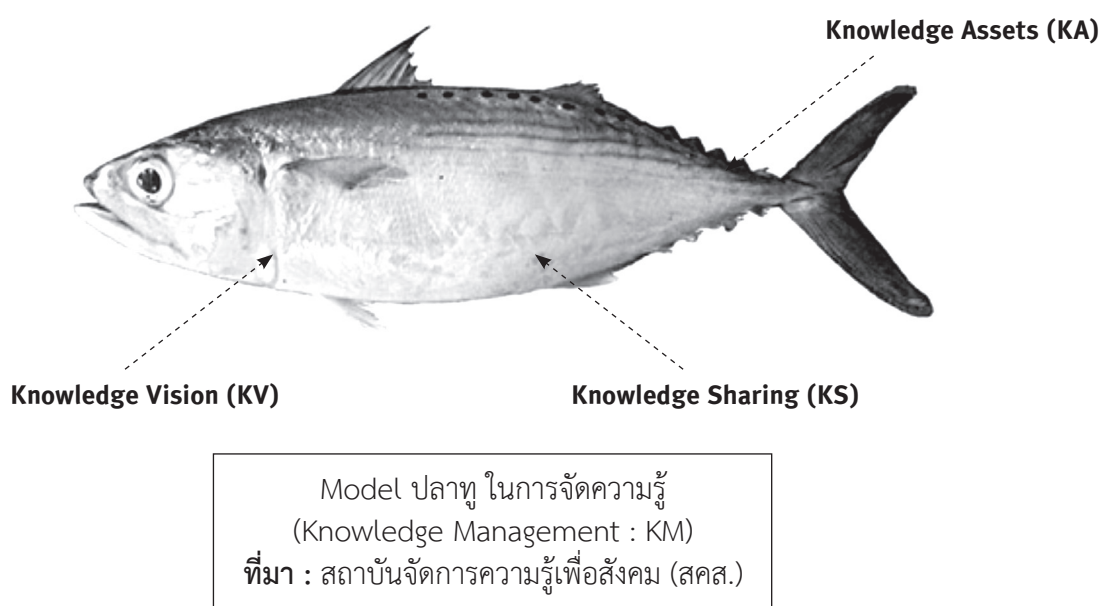
3. ใช้ระยะเวลาดำเนินการอย่างต่อเนื่องยาวนาน (Longtime continuous implementation) เกินกว่า 1 ปี โดยในการเปรียบเทียบนั้น จะนำข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกัน เพื่อลดความผันแปรที่อาจเกิดจากฤดูกาล (Seasonal variation) ประกอบกับการดำเนินงานตามภารกิจหลัก หรืองานประจำขององค์กรทั้งหลายนั้น จะใช้วงรอบ 1 ปี เป็นหลัก จึงถือเป็นการควบคุมตัวแปรภายนอกของการออกแบบวิจัยที่ดีได้อย่างหนึ่ง ดังนั้น ถ้าใช้ระยะเวลาดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และนำผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกัน ก็จะเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One group, Pre-test Post-test, Time series Design ที่มีคุณภาพดีกว่า One group, Pre-test Post-test Design ธรรมดา

4. เป็นงานวิจัยที่มีคุณค่าต่อทุกฝ่าย (Valuable Research for All) อย่างชัดเจนตั้งแต่เริ่มทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกิดประโยชน์และคุณค่าต่อผู้ใช้บริการ ผู้ป่วย ประชาชน หน่วยงาน องค์กร ผู้ให้บริการ หรือผู้รับผิดชอบ และประเทศชาติอย่างชัดเจน มากกว่างานวิจัยทั่วไป ที่มักเกิดประโยชน์กับผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น

5. ถูกต้องตามหลักวิชาการของวิทยาการวิจัย (Correct in research methodology) เนื่องจากผลงานวิจัยที่ได้จากการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่เรียกว่า R2R นั้น เป็น “วิจัย (Research)” จึงต้องทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาการด้านการวิจัย ซึ่งในที่นี้ เน้นที่ “การเขียน” เป็นหลัก โดยต้องเขียนให้กระชับ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และสั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น โดยใช้กลยุทธ์ ST (Strength-Threat Strategy) คือการนำจุดแข็ง (Strength) ของการวิจัยชนิดนี้ ที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ซึ่งแสดงอย่างชัดเจนว่า เกิดผลดีจริงต่อผู้ใช้บริการ (Customers) และประเทศชาติ มาปกป้องภาวะคุกคาม (Threat) จากนักวิชาการที่มุ่งเน้น Research methodology โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักวิจัยทางสังคมศาสตร์ ที่เน้นการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างมาเป็นข้อมูลหลักของการวิจัย

การพัฒนาต่อยอดการพัฒนาตามภารกิจหลักสู่การวิจัยและความเป็นเลิศ (Routine to Research to Excellence : R2R2E)

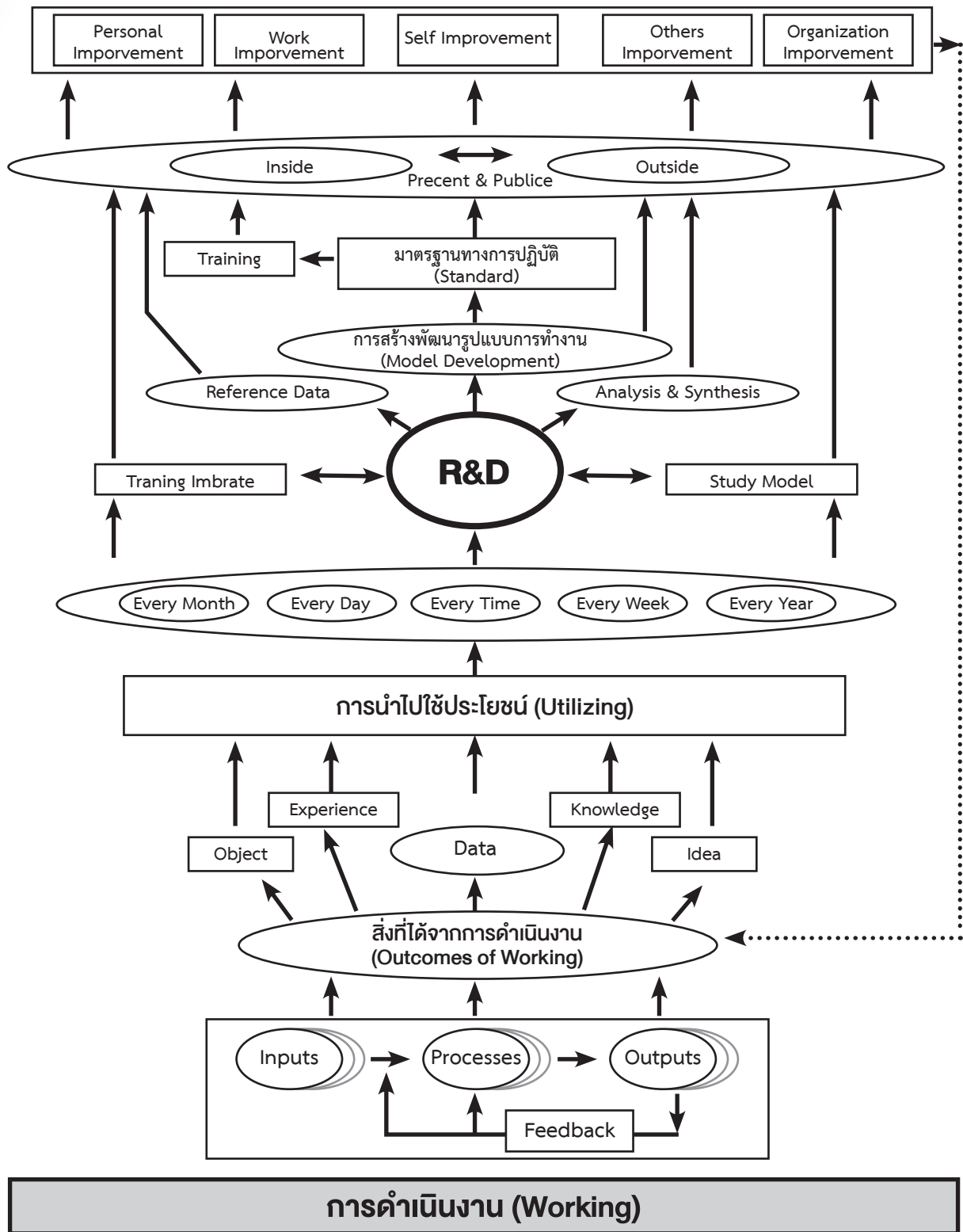
R2R2E เป็นการทำงานประจำให้เป็นผลงานวิจัยสู่ความเป็นเลิศ เป็นกระบวนการในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่องและทำให้ผลงานนั้นได้รับการยอมรับว่า เป็นผลงานทางวิชาการชั้นเยี่ยมอย่างยั่งยืน เป็นหนึ่งในวิธีการพัฒนางาน ที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนสามารถทำได้ โดยไม่ยุ่งยาก เป็นสิ่งที่ “ผสมผสาน” การทำงาน (Working) R2R และการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM ซึ่งประกอบด้วย Knowledge Vision: KV Knowledge Sharing: KS และ Knowledge Asset: KA) ทั้ง 3 อย่างนี้ เข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน มีประสิทธิภาพและเปี่ยมไปด้วยคุณประโยชน์ทั้งตงามนำภาคภูมิใจ แสดงด้วย Model ปลาหูของการจัดการความรู้ ของสถาบันจัดการความรู้เพื่อสังคม ดังภาพที่ 4.16



ภาพที่ 4.16 Model ปลาหู ของการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM)

ผลงาน R2R2E ที่ได้แล้ว หรือจะได้อีก คือ Knowledge Asset: KA ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต ที่เกิดอยู่ในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

R2R2E สามารถนำหลักการนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Principle of utilizing) มาประยุกต์อย่างเป็นระบบ ที่ครบวงจร ทุกครั้งที่ทำ ตลอดเวลา ดังภาพที่ 4.17



ภาพที่ 4.17 Principle of Utilizing

สิ่งที่ได้จากการพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีทั้งความรู้ ประสบการณ์และผลงานวิจัยที่ดี และมีคุณค่ายิ่ง สมควรนำไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งมีวิธีการเผยแพร่ที่หลากหลาย ขอเน้นการเผยแพร่เป็นผลงานวิจัย ทั้งการนำเสนอผลงานวิจัยในเวทีวิชาการและการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทางวิชาการ

องค์ความรู้และเทคนิคที่จำเป็นในการดำเนินงานและการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

ในการดำเนินงานและการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มีปรัชญาองค์ความรู้และเทคนิคที่จำเป็น 30 เรื่อง ดังนี้

1. ปรัชญาการวิจัยและปรัชญาการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย (Philosophy of Research & Philosophy of R2R)
2. ความรู้พื้นฐานของการทำงาน (Fundamental knowledge of working)
3. เป้าหมายของการทำงาน (Goal of working)
4. หลักการบริหาร (Principle of managing)
5. หลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Principle of change management)
6. หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Principle of Management by Participation: MBP)
7. หลักการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Principle of Management by Results: MBR)
8. หลักการบริหารตามสถานการณ์ (Principle of situation management)
9. หลักการวิเคราะห์สถานการณ์ (Principle of situation analysis)
10. แนวคิดการมองปัญหาเชิงสร้างสรรค์
11. หลักการวิเคราะห์ปัญหา (Principle of problem analysis)
12. หลักการของดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงาน (Principle of working indicators)
13. หลักการของระบบการดำเนินงาน (Principle of working Systems)
14. หลักการระบบงานบริการ (Principle of service systems)
15. วงจรเดมมิง (Deming cycle: PDCA)
16. หลักการนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินงานไปใช้ประโยชน์ (Principle of utilizing)
17. หลักการบริหารเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (Principle of IT management)
18. หลักการบริหารการติดต่อสื่อสาร (Principle of communication management)
19. หลักการพัฒนาย่างต่อเนื่อง (Principle of continuing improvement)
20. หลักการทำงานเป็น (Principle of team working)
21. หลักการเสริมพลัง (Principle of empowerment)
22. เทคนิค How to do ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน
23. SOAR Technique เพื่อการพัฒนางานและองค์การอย่างมีประสิทธิภาพ
24. หลักการทบทวนวรรณกรรม (Principle of literature review) ในการวิจัย
25. หลักการจัดการความรู้ (Principle of Knowledge Management: KM)

26. หลักการเขียนผลงานวิจัย (Principle of research writing)
27. หลักการของระเบียบวิธีวิจัย (Principle of research methodology) ได้แก่
 - แบบแผนการวิจัย (Research design)
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research instruments)
 - การเก็บข้อมูลการวิจัย (Data collection)
 - การทำความสะอาดข้อมูล (Data cleaning) ก่อนการวิเคราะห์
 - การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)
 - สถิติที่ใช้ในการวิจัย (Research statistics)
 - การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis testing)
28. หลักการสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (Principle of working model development/improvement)
29. หลักการอภิปรายผลการวิจัย (Principle of research discussion)
30. หลักการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย (Principle of research recommendation)

การพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนี้ เป็นปรัชญาในการทำงาน ที่มนุษย์ทุกคนสามารถทำได้อย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจ และมีศักดิ์ศรี เป็นการดำเนินงานที่มีลักษณะของวิชาปรัชญาที่สมบูรณ์ ทั้งอภิปรัชญา ญาณวิทยา คุณวิทยา จริยศาสตร์ สุนทรียศาสตร์และตรรกวิทยา สามารถนำไปเป็นหลักในการดำเนินชีวิต ที่มนุษย์ทุกคนทุกกลุ่มสามารถยึดถือเป็นหนึ่งในความจริงแท้ ในการดำเนินชีวิตตน ซึ่งถ้าสามารถทำให้เป็นผลงานวิจัย ที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างกว้างขวางในวงการวิชาการของงานนั้น และถ้ามีการตีพิมพ์เผยแพร่ต่อสาธารณชนทั่วไป ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ด้วย ก็จะมีคุณค่ามหาศาลต่อมนุษยชาติทั้งมวล

บรรณานุกรม

- กีรติ บุญเจือ. (2521)ปรัชญาเบื้องต้น. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช. กรุงเทพฯ :
- กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) นนทบุรี:
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546) คู่มือความฉลาดทางอารมณ์. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ:
- เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ อัครินทร์ นิมมานันต์ กุลธร เทพมงคล. บรรณาธิการ. (2552). เคล็ดไม่ลับ R2R บริบทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น
- ทองหล่อ เดชไทย. (2544) การบริหารเชิงกลยุทธ์. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล:
- ประพนธ์ ผาสุขยืด (2549) “การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ”, สำนักพิมพ์ไยใหม่, กรุงเทพฯ
- ประพนธ์ ผาสุขยืด (2550) “การจัดการความรู้ ฉบับขับเคลื่น”, สำนักพิมพ์ไยใหม่, กรุงเทพฯ
- พิพัฒน์ ลักษณะิจริกุล.(2542) กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เจริญดีการพิมพ์, กรุงเทพฯ:
- พิสนุ พองศรี. (2541) เทคนิควิธีประเมินโครงการ. พิมพ์ครั้งที่ 5, บริษัทพรอพเพอร์ตี้พริ้นท์ จำกัด. กรุงเทพฯ:
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก 19 มีนาคม 2550
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2551) พจนานุกรมพุทธศาสนา ฉบับประมวลศัพท์. บริษัทเอส.อาร์. พริ้นติ้งแมส โปรดักส์ จำกัด. กรุงเทพฯ:
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน, ISBN 974-9588-28-2.
- รัตนะ บัวสนธ์. ปรัชญาวิจัย. (2552) พิมพ์ครั้งที่ 2, บริษัทเอเชียแปซิฟิกพริ้นติ้ง จำกัด, กรุงเทพฯ:
- สุรพงษ์ โสธนเสถียร (2552) วิทยาปรัชญา พิมพ์ครั้งที่ 6, โรงพิมพ์ระเบียงทอง. กรุงเทพฯ:
- สมชาติ ไตรรักษา (2556). ดัชนีชี้วัดผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพัตรา ศรีวณิชชา และคณะ. (2554) มองมุมใหม่ ในระบบสุขภาพชุมชนเอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, กรุงเทพฯ:
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2555-2559 นนทบุรี
- สมชาติ ไตรรักษา (2548) หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การปละหน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์,
- สมชาติ ไตรรักษา (2556). ปรัชญา วิทยาศาสตร์ และ ศาสนา กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาติ ไตรรักษา, R2R: การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย. Rajabhat Journal of Science, Humanities & Social Sciences 2558; 16(2): 142-155

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2557). ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย” ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและตำราการวิจัย โครงการฝึกอบรม “วิทยากรหลักสูตรการพัฒนานักวิจัย” (Training for the trainers) (แม่ไก่), 311 หน้า.

สมชาติ โตรักษา (2559). การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Edward M.Davis & Russell D.Lansbury, (1999) Managing Together. Addison Wesley Longman Australia Pty Limited, South Melbourne, Australia;

Peter Skarzynski & Rowan Gibson (2554). การสร้างนวัตกรรมให้เป็น Core Competently. บริษัท เอ็กซ์เปอร์ เน็ต จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ:

หน่วยที่ 5

แนวโน้มปรัชญาสุขภาพ
และการสาธารณสุขในอนาคต

หน่วยที่ 5 แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต

ชุดวิชา ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

หน่วยที่ 5 แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต

ตอนที่

- 5.1 อนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (Futures Studies in Health and Public Health)
- 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต
- 5.3 ทิศทางอนาคตสุขภาพดีถ้วนหน้า และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 5.4 รวมพลังสร้างสุขภาพในอนาคตสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development : SD)
- 5.5 โลกแห่งความสุข (Happy World) ระหว่างประเทศและสุขภาพโลกของประเทศไทยในอนาคต

แนวคิด

1. การนำอนาคตศึกษาด้านการสาธารณสุข มาประยุกต์สร้างฉากทัศน์ (Scenarios) ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในอนาคต ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อนาคตศึกษาได้ดี
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต มีหลายประการทั้งด้านประชากร ปัญหาสาธารณสุขและเทคโนโลยี
3. อนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข สามารถนำมากำหนดแนวโน้มและทิศทางของสุขภาพดีถ้วนหน้า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
4. การรวมพลังของสรรพสิ่งทั้งโลกในการจัดการกับปัญหาทั้งหมดนี้ มีความเป็นไปได้ด้วยการแสวงหาแนวทางและวิธีการใหม่ สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งเป็นเป้าหมายร่วมกัน
5. อนาคตศึกษาด้านการสาธารณสุขเป็นการนำหลักการของอนาคตศึกษาศาสตร์ (futurology) มาประยุกต์ในงานสาธารณสุข เป็นหลักการทำงานหรือคาดการณ์ที่นำมาใช้กับการกำหนดนโยบาย การวางแผนระยะยาวและการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขและมีความสำคัญต่อการจัดการเชิงกลยุทธ์การพัฒนาสู่โลกแห่งความสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 5 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. อนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
2. ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต
3. ทิศทางอนาคตสุขภาพดีถ้วนหน้าและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. รวมพลังสร้างสุขภาพในอนาคตสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
5. โลกแห่งความสุข ระหว่างประเทศและสุขภาพโลกของประเทศไทยในอนาคต

ตอนที่ 5.1

อนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.1 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง แนวคิดของอนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

- 5.1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
- 5.1.2 วิธีการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข
- 5.1.3 ประโยชน์และการประยุกต์ใช้อนาคตศึกษาการสาธารณสุข
- 5.1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข

แนวคิด

1. การศึกษาอนาคตด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นการศึกษาเพื่อแสดงภาพ หรือสร้างฉากทัศน์ ความเป็นไปที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์ คาดการณ์ ทดสอบนโยบาย และจินตนาการ ฉากทัศน์ด้านการสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
2. การศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข เป็นวิธีการใช้หลักฐานเชิงปริมาณ คือ ใช้ข้อมูล สถิติ แนวโน้ม สร้างฉากทัศน์จากแบบจำลองและการใช้ความเห็นเชิงคุณภาพ คือ ใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมสร้างฉากทัศน์
3. การศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ จัดทำแผน รวมทั้งบริหารความเสี่ยง
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 5.1 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. ความหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข
2. วิธีการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข
3. ประโยชน์และการประยุกต์ใช้อนาคตศึกษาการสาธารณสุข
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข

เรื่องที่ 5.1.1 ความหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษอนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

1. ความหมายและการสร้างฉากทัศน์ของอนาคตศึกษา

อนาคตศึกษา (Futures Studies) อนาคตศาสตร์ หรือ อนาคตวิทยา (Futurology) คือ วิชาที่ทำนายเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยใช้หลักการ เหตุผล การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน รวมทั้งประวัติศาสตร์ ประสบการณ์ ในการทำนายและวิเคราะห์อนาคต หลักการและวิธีการในอนาคตศึกษา จะพิจารณาจากความเป็นไปได้ต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินไปของเหตุการณ์ปัจจุบันทั้งทางสังคมและธรรมชาติ อนาคตศึกษาจะศึกษาอนาคตจากปัจจุบัน โดยอาศัยมุมมองจากหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา ประวัติศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ คณิตศาสตร์ จิตวิทยา ฟิสิกส์ ชีววิทยาและเทววิทยา จึงเป็นวิชาที่ศึกษาเพื่อแสดงภาพหรือสร้างฉากทัศน์ ความเป็นไปที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงความพยายามที่จะวิเคราะห์ที่มา แบบแผน สาเหตุของการเปลี่ยนแปลง เพื่อแสดงภาพหรือสร้างฉากทัศน์ ที่มีความหลากหลาย

การสร้างฉากทัศน์อนาคตศึกษา มีวัตถุประสงค์นำเสนอแนวคิด 4 ด้าน ที่สำคัญ ดังนี้

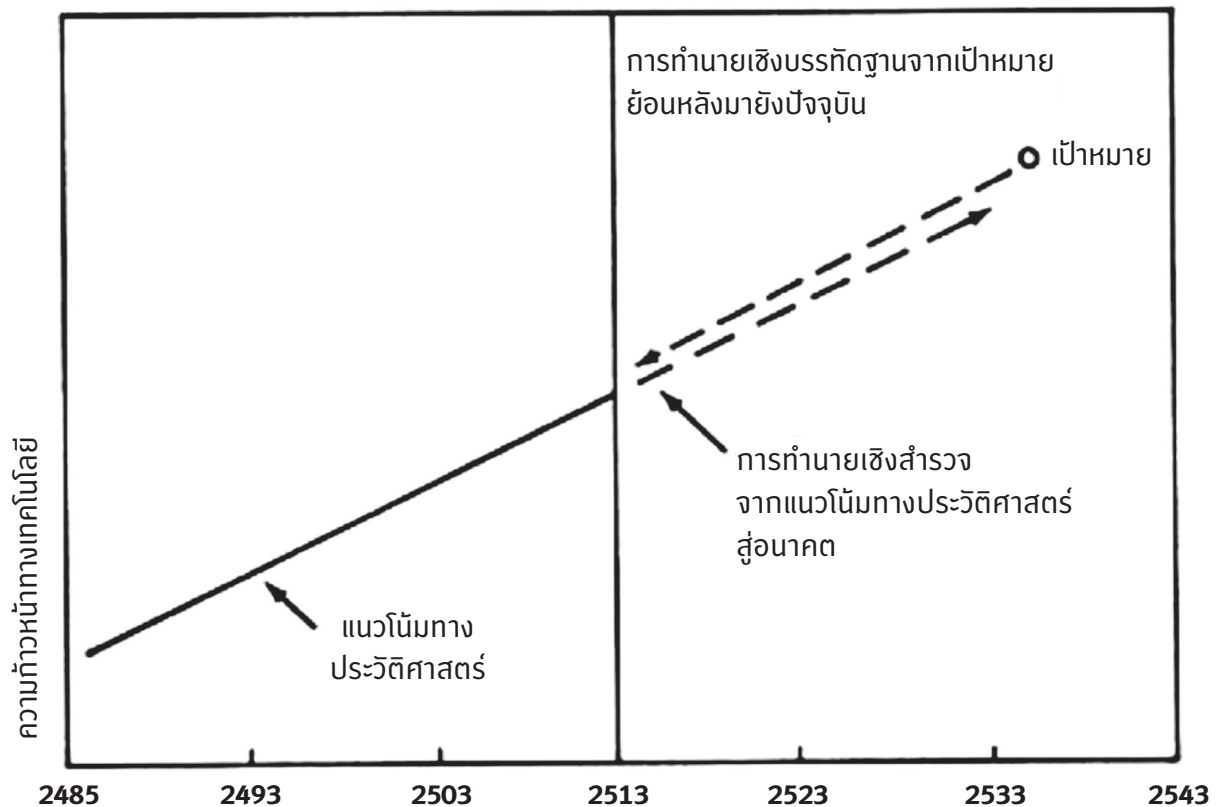
- 1) การพยากรณ์ (Forecasting) ในฉากทัศน์แสดงให้เห็นโอกาสที่เป็นไปได้มาก
- 2) การคาดการณ์ (Foresight) ในฉากทัศน์ที่มีโอกาสเป็นไปได้น้อย แต่มีความไม่แน่นอน (Uncertainty) บางอย่างที่จะทำให้เกิดขึ้นได้
- 3) การทดสอบนโยบาย (Testing Option) ในการสร้างฉากทัศน์ 2 ภาพขึ้นไป เพื่อให้เกิดทางเลือกในการตัดสินใจ มักเป็นฉากทัศน์ที่เกิดจากการใส่ตัวแปรทางนโยบาย เปรียบเทียบกับการไม่ใส่ตัวแปร
- 4) การจินตนาการ (Envisioning) ในการสร้างฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ ต้องการให้เกิดสถานการณ์นั้นขึ้นในอนาคต

การศึกษาฉากทัศน์ ต้องอาศัยองค์ความรู้ ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่หลากหลายประกอบกัน โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ความหมายของอนาคตอนาคตศึกษาจึงหมายถึงการนำเสนอแนวคิดโดยใช้ฉากทัศน์ (Scenarios) ที่มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ขึ้นได้ ที่ผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยสร้างขึ้น อนาคตศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาประเภทอื่นๆ คือ ข้อสรุปของอนาคตศึกษามีได้มีเพียงสิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุดเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่มีโอกาสเป็นไปได้ สิ่งที่ต้องการให้เป็นและสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยและไม่ต้องการให้เป็น แต่ถ้าเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออย่างมาก นอกจากนี้ อนาคตศึกษามักจะมองภาพในลักษณะองค์รวม (Holistic) หรือ เป็นระบบ (Systemic) ซึ่งต้องใช้ระเบียบวิธีการที่หลากหลาย

ดังนั้น การวิเคราะห์แนวโน้มของปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุขในอนาคต จึงควรนำเสนออนาคตศึกษาโดยวิธีการจัดสร้างฉากทัศน์ ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเนื่องมาจากผลของปัจจัยต่างๆ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อแนวโน้มและทิศทางของสุขภาพและการสาธารณสุข

เรื่องที่ 5.1.2 วิธีการศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ใช้กระบวนการทำนายเชิงบรรทัดฐานและสำรวจ (Normative & Exploratory Forecasting) ของ กิฟฟิลแลน (S. Colum Gilfillan) ที่ริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2450 โดยใช้การสำรวจ (Exploratory study) คือ การใช้แนวโน้มทางด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม ทำนายอนาคตจากข้อมูลที่ผ่านมา โดยพิจารณาระบบและความไม่แน่นอน (Uncertainty) ที่จะเกิดขึ้น เพื่อแสดงภาพหรือสร้างฉากทัศน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สำหรับบรรทัดฐานอนาคต (Normative Future) นั้น หมายถึง ภาพหรือฉากทัศน์ที่ดีกว่าและเป็นที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งองค์กรต่างๆ จะศึกษาเพื่อวางแผนไปสู่ฉากทัศน์ ตามแรงดึงของวัตถุประสงค์กับแรงผลักดันของโอกาสที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ตามแนวคิดของกิฟฟิลแลน ดังภาพที่ 5.1



ภาพที่ 5.1 การวิเคราะห์การทำนายเชิงสำรวจและปทัสถานตามแรงดึงของวัตถุประสงค์กับแรงผลักดันของโอกาส (Exploratory and normative forecasting as analysis according to the “pull” of objectives versus the “push” of opportunities.)

การศึกษาอนาคตศึกษาส่วนใหญ่จะใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ แต่มักไม่เคร่งครัดต่อกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากการทดลองทางวิทยาศาสตร์ มักมีปัจจัยสำคัญที่ควบคุมไม่ได้ คือปัจจัยด้านเวลาและยังต้องอาศัยจินตนาการร่วมด้วย

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เริ่มมีการฝึกอบรมบุคลากร เกี่ยวกับอนาคตศึกษาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข (Health Future Study) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 (ค.ศ. 1997) โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (WHO)

การรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ในการสร้างฉากทัศน์สำหรับอนาคตศึกษา มีแนวทางดำเนินการ 2 แบบ คือ

1. การใช้หลักฐานเชิงปริมาณ โดยวิธีการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูล เอกสารทางวิชาการและรายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสร้างฉากทัศน์ในอนาคต ตลอดจนการใช้วิธีการทางสถิติและแบบจำลอง เพื่อสร้างแนวโน้มต่อยอดจากข้อมูลซึ่งเก็บสะสมที่ผ่านมา เพื่อให้เห็นฉากทัศน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. การใช้การแสดงความเห็นเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาข้อสรุปในประเด็นปัญหาของปัจจัยต่างๆ ตลอดจนการมองภาพไปในอนาคตและคาดการณ์ถึงผลกระทบต่างๆ ต่อฉากทัศน์และการสร้างฉากทัศน์ในอนาคต

ระยะเวลาในการศึกษาอนาคตศึกษา ส่วนใหญ่มองไปข้างหน้าไม่น้อยกว่า 10 ปี ที่ใช้กันมากที่สุดคือ 20 ปี หากใช้ระยะเวลาสร้างฉากทัศน์สั้นกว่า 10 ปี ก็มีโอกาสที่ฉากทัศน์ที่สร้างขึ้นจะเบี่ยงเบนไป จากผลของปัจจัยระยะสั้นซึ่งเกิดขึ้นได้มาก ทำให้แนวโน้มแปรปรวนไปจากแนวโน้มหลักที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งเรื่องที่ต้องเป็นฉากทัศน์ของเรื่องที่เป็นระดับใหญ่ๆ เช่น ฉากทัศน์ของระบบบริการสาธารณสุข แต่จะไม่มีการศึกษาเรื่องย่อยๆ เช่น ฉากทัศน์ของบ้านหลังหนึ่ง หรือครอบครัวหนึ่ง เป็นต้น

เรื่องที่ 5.1.3. ประโยชน์และการประยุกต์ใช้อรรถศีกษาการสาธารณสุข

1) กระแสโลกาภิวัตน์ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่างๆ อย่างรวดเร็วและมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อเนื่องกันไปยังทุกประเทศทั่วโลก โรคติดต่อจากประเทศหนึ่งสามารถข้ามพรมแดนไปยังอีกประเทศหนึ่งได้อย่างง่ายดายและรวดเร็ว จนเกิดการระบาดทั่วโลกได้ในเวลาอันสั้น เช่นเดียวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากส่วนหนึ่งของโลก สามารถกระจายผลเสียไปทุกประเทศในโลกได้รับปัญหาไปด้วยกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว องค์กรต่างๆ ที่เคยทำกิจกรรมแบบที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างราบรื่นและได้ผลดี กลับกลายเป็นไม่สอดคล้องและไม่บรรลุเป้าหมาย ประสบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมมากมาย เนื่องจากไม่มีการปรับตัวและไม่มีการเตรียมตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นที่ทราบกันดีว่าการป้องกันปัญหา ดีกว่าการแก้ไขปัญหามาก ซึ่งวิทยาการด้านอรรถศีกษาจะช่วยสร้างฉากทัศน์ที่กำหนดให้เห็นปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้สามารถป้องกันและมีการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นภารกิจของรัฐที่ต้องจัดให้ประชาชนประเทศไทยกำลังอยู่ในยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งเดิมรัฐจ่ายเพียง ร้อยละ 26 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมด เปลี่ยนเป็นรัฐจ่ายงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวแทนประชาชน ซึ่งเคยร่วมแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข โดยงบประมาณในภาพรวมจากภาครัฐแทบมิได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ทั้งนี้มุ่งหวังให้มีประสิทธิภาพในการจัดบริการ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการและจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมากขึ้น การปรับเปลี่ยนระบบโดยมิได้เตรียมการล่วงหน้าเพียงพอ ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยในระยะยาว ทำให้ผลิตภาพของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง เช่นเดียวกับปัญหาสาธารณสุขที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง การศีกษาปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในอนาคต โดยให้มีการเตรียมการล่วงหน้า จึงเป็นสิ่งจำเป็น

2) การสร้างฉากทัศน์ต่างๆ ของด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่จะเกิดผลกระทบต่อฉากทัศน์เหล่านั้น เช่น ฉากทัศน์ของการจัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และยังสามารถนำฉากทัศน์ที่สร้างขึ้น มาวิเคราะห์ว่ามีโอกาสบรรลุเป้าหมายหรือไม่ สามารถนำผลการศีกษาไปจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมทั้งการจัดทำแผนงานสำหรับการจัดบริการเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ การจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต

3) อรรถศีกษายังสามารถกำหนดฉากทัศน์ที่ต้องการวิเคราะห์ จัดทำยุทธศาสตร์ รวมทั้งสร้างวิสัยทัศน์ และกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย ในเรื่องต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพได้อีกด้วย

เรื่องที่ 5.1.4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอนาคตศึกษาการสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพมีจำนวนมากบางชนิดเป็นสิ่งที่เรารู้จักกันดีแล้ว แต่บางชนิดเป็นเรื่องใหม่ ผู้ที่ศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชนิดก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีใด เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือและเทคนิคนั้น ในที่นี้จะยกตัวอย่างเครื่องมือและเทคนิคบางชนิดเพื่อให้มองเห็นแนวคิดพอสังเขป

1) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเชิงลึก เป็นเครื่องมือหาข้อมูลเชิงคุณภาพการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญประเด็นที่ศึกษา โดยกำหนดวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ให้ชัดเจน สร้างแบบสอบถามที่มีการเรียงลำดับคำถามให้ต่อเนื่อง ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี

2) การระดมสมอง เป็นการระดมความคิดความเห็นต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งความคิดอันหลากหลายจากกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ภายในเวลาอันสั้น คือ การระดมสมองเป็นเทคนิคการทำงานกลุ่มเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานแบบใหม่ๆ ต้องมีแนวทางการระดมสมองที่ชัดเจนและมีการกำหนดประเด็นที่จะอภิปรายอย่างชัดเจน จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมอย่างน้อย 8 คน และมากที่สุดไม่ควรเกิน 25 คน มีการบันทึกข้อคิดเห็นของทุกคนให้เห็นอย่างชัดเจนบนกระดานหรือกระดานขลิบ

3) การสร้างสถานการณ์จำลอง (Simulation game) ได้มีการสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตัวอย่างเช่น สตราตาเกม (Stratagem) เป็นเกมสมมติให้ผู้เล่นเป็นรัฐมนตรีประจำกระทรวงของรัฐบาล ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณตามงบประมาณที่รัฐบาลให้มาอย่างจำกัด โดยการตัดสินใจลงทุนในเรื่องของการให้บริการด้านสุขภาพ การลงทุน การคมนาคม เมื่อนำงบประมาณเข้าไปประมวลในคอมพิวเตอร์ ในแต่ละปี จะได้ผลเป็นคุณภาพชีวิตของประชากรและเศรษฐกิจของประเทศ การเล่นแต่ละรอบเปรียบเทียบกับการบริหารประเทศในแต่ละปี เมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี หรือ 10 ปี ประเทศอาจเจริญหรือเป็นหนี้ก็ได้ เป็นต้น

4) การสร้างมโนภาพ (Guided imagery) ผู้ดำเนินการใช้เวลาประมาณ 45 นาที เริ่มต้นด้วยให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเงียบๆ ปิดไฟบางดวงไม่จำเป็นและหลับตา ผู้ดำเนินการพูดจินตนาการว่าได้ท่องเที่ยวไปในอนาคต 10 ปี หรือ 15 ปี เพื่อไปเยี่ยมเยียนสังคมในจินตนาการ (หรืออาจเป็นชุมชน สถาบัน) ผู้ดำเนินการพูดเบาๆ นำผู้เข้าร่วมประชุมสู่อากาศ ชี้จุดที่ควรสนใจและสังเกตว่ามีอะไรแวบขึ้นมาในสมอง ข้อสำคัญผู้ดำเนินการจะต้องไม่ใส่ความรู้สึกของตัวเองลงไป เมื่อแบบฝึกหัดจบลงและให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนเขียนสิ่งที่พบในจินตนาการลงในกระดาษ สิ่งที่ได้นี้จะนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างวิสัยทัศน์ในขั้นตอนการสร้างฉากทัศน์ของโครงการอนาคตศึกษา

5) บทบาทสมมติ (Role playing) สมาชิกของกลุ่มจะแสดงบทบาทสมมติเป็นตัวบุคคลในหน่วยงานที่ศึกษาภายใต้สถานการณ์ที่มีเงื่อนไข เริ่มต้นด้วยให้ผู้แสดงบทบาทสมมติเข้าใจบทบาทของบุคคลที่เขาจะต้องแสดงบทบาทสมมติหรือสวมบทบาทคนอื่น ผู้ศึกษาจดบันทึกผลที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ หรือผู้ศึกษาร่วมกันวิเคราะห์บทบาทที่เห็น วิธีนี้มีประโยชน์สำหรับเรื่องที่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลโดยตรงจากตัวบุคคลในหน่วยงาน เช่น เรื่องทางด้านสังคม การเมืองและการตัดสินใจทางการเมือง

6) พยากรณ์อัจฉริยะ (Genius forecasting) เป็นการแสวงหาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความสามารถ

ในการพยากรณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต การเลือกผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้ได้ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่จะพยากรณ์เป็นอย่างดี

7) ตะแกรงช่วงเวลา (Time-space grids) หรือตารางอนุกรมเวลา (Time series table) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ชุด ในตารางตาข่าย (Matrix) ตัวแปรชุดที่ 1 เป็นคุณลักษณะของเรื่องที่จะศึกษา ตัวแปรชุดที่ 2 เป็นระยะเวลาที่ศึกษา ทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต

8) การสัมภาษณ์และสำรวจ (Actor interview and surveys) เป็นการสัมภาษณ์หรือสอบถามผู้ที่มีบทบาทสำคัญในสังคม เช่น นักการเมือง ผู้บริหารระดับสูง ผู้นำชุมชน ฯลฯ ซึ่งเป็นตัวแทนของคนในสังคมที่จะขอความคิดเห็น การแปลผลของการสัมภาษณ์จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวังและอาจต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้อาจจะหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถามหรือระมัดระวังในการให้ความคิดเห็น

9) ความสัมพันธ์แบบวิถีทางต้นไม้ (Relevance tree and paths) เป็นการวาดแผนผังที่มีลักษณะคล้ายต้นไม้ ฐานของต้นไม้ คือ ราก แต่ละรากแทนวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษาแต่ละข้อ กิ่งก้านของต้นไม้แทนวัตถุประสงค์ย่อยและแขนงย่อยของกิ่งก้านแทนกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ย่อยในแต่ละกิ่งก้านของต้นไม้จะถูกแบ่งออกเป็น 5-7 ระดับ ขึ้นต่อไป เป็นการให้น้ำหนักแก่วัตถุประสงค์ย่อยเพื่อบอกว่ามีส่วนที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ใหญ่มากน้อยเพียงใด หลังจากนั้นใช้ตารางตาข่ายเพื่อกำหนดความแตกต่างของแต่ละทางเดิน (แขนงต้นไม้)

10) การวิเคราะห์ผลกระทบไขว้กัน (Cross-impact analysis) เป็นการพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคตซึ่งมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มหนึ่งหรือเหตุการณ์หนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อเหตุการณ์อื่นด้วย ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมี 3 ลักษณะ คือ เหตุการณ์เหล่านั้นไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เหตุการณ์หนึ่งอาจเพิ่มหรือเสริมให้อีกเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น และเหตุการณ์หนึ่งอาจทำให้อีกเหตุการณ์หนึ่งมีโอกาสเกิดน้อยหรือไม่เกิดเลย หลังจากนั้นให้บันทึกเหตุการณ์เหล่านั้นในตารางตาข่ายผลกระทบไขว้กัน (Cross-impact matrix)

ตารางที่ 5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือกับหน้าที่

หน้าที่ เครื่องมือ	ขอ ความเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	สร้าง ความคิด	หาข้อสรุป	วิเคราะห์	ตรวจสอบ สถานการณ์ รอบด้าน	ฉายภาพ ไปข้างหน้า
การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เชิงลึก	XXX			X	X	X
การประชุมระดมสมอง		XXX				
การสร้างสถานการณ์ จำลอง		X		XXX		XXX
แนวทางการสร้างมโนภาพ		X				XXX
บทบาทสมมติ		X		XXX		XXX
การพยากรณ์อัจฉริยะ	XXX			X	X	X
ตารางอนุกรมเวลา		X		XXX	X	XXX
การสัมภาษณ์และสำรวจ ผู้มีบทบาท	X			XXX		X
ความสัมพันธ์และวิถีทาง ต้นไม้			XXX			
การวิเคราะห์ไขว้กัน						XXX

หมายเหตุ : XXX = หน้าที่หลักของเครื่องมือ
X = หน้าที่อย่างอื่นของเครื่องมือที่เป็นไปได้

ที่มา : ดัดแปลงจาก Martha J Garrett 1999 : 130

การศึกษาอนาคตศาสตร์ หรือการศึกษาอนาคตศึกษาด้านสุขภาพหรือด้านการสาธารณสุขล้วนเป็นกระบวนการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งอาจนำเสนอเป็นกราฟแสดงแนวโน้มของปัญหาสุขภาพหรือสาธารณสุข หรือองค์ประกอบที่มีอิทธิพลในการดำเนินงานของหน่วยงาน ส่วนใหญ่แล้วการศึกษานาคตศึกษาจะได้ผลลัพธ์เป็นฉากทัศน์หรือภาพลักษณ์ของอนาคตที่จะให้ได้ว่ามาซึ่งข้อมูลเพื่อนำมาสร้างฉากทัศน์ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการศึกษาวิจัย เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยทั่วไป รวมทั้งใช้เครื่องมือในการศึกษานาคตศึกษาด้านสาธารณสุข ดังนั้น การจัดทำโครงการศึกษานาคตศึกษาด้านสุขภาพอาจประกอบด้วยโครงการวิจัยโครงการสำรวจ หรือโครงการย่อยๆ อีกหลายโครงการ เพื่อให้ได้ข้อมูลมาสร้างฉากทัศน์ ซึ่งก็ใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปกติของเรื่องนั้นๆ เช่น ตัวอย่างการศึกษานาคตศึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับประชากร แห่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการพยากรณ์และจินตนาการ จึงสร้างฉากทัศน์ 2 รูปแบบ คือ ฉากทัศน์ที่คาดว่าจะเกิด และฉากทัศน์ที่อยากให้เป็น ตามลำดับ

ตอนที่ 5.2

ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคต

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.2 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 5.2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographic Structure Change) ในอนาคต
- 5.2.2 ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป (Problem And Demand Change) ในอนาคต
- 5.2.3 เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป (Technology Change)

แนวคิด

1. การเปลี่ยนแปลงประชากรในอนาคตมีความสำคัญต่อฉากทัศน์อนาคตศึกษาด้านการสาธารณสุข
2. ปัญหาและความต้องการด้านการสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออนาคต
3. การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญที่สุดต่อฉากทัศน์อนาคตศึกษาด้านการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาหน่วยที่ 5.2 แล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายสิ่งต่อไปนี้ได้

1. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในอนาคต
2. อธิบายปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต
3. อธิบายถึงเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เรื่องที่ 5.2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographic Structure Change)

1. ความเป็นมา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ทำให้ปัญหาสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้สามารถตอบสนองการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่อุบัติซ้ำหรืออุบัติใหม่จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ ได้แก่ อัตราเกิด (ต่อประชากร 1,000 คน) อัตราตาย (ต่อประชากร 1,000 คน) อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ร้อยละ) อัตราตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) อัตราเจริญพันธุ์รวมอัตราคุมกำเนิด อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ย่อมเป็นผลสะท้อนจากผลการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครองของประเทศและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

3. แนวโน้มของปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ปรากฏว่า มีแนวโน้มของปัจจัยที่สำคัญบางประการได้ดังนี้

- 1) อัตราเกิดลดลงจาก 12.5 ต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 เป็น 9.00 ต่อ 1,000 ประชากร ในปี 2576
- 2) อัตราเจริญพันธุ์รวม (จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อผู้หญิง 1 คน) อัตรา 1.6 ในปี 2556 ลดลงเหลือ 1.3 ในปี 2576
- 3) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ในปี 2558 เป็น 71.93 ในผู้ชายและ 78.82 ปี ในผู้หญิง เพิ่มเป็นผู้ชาย 75.96 ปี ผู้หญิง 82.66 ปี ในปี 2573
- 4) อัตราส่วนของเด็กอายุ 0-15 ปี ลดลงจากร้อยละ 19.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 14.4 ของประชากรทั้งหมดในปี 2578
- 5) ประชากรวัยแรงงานลดลงจากร้อยละ 67.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 60.5 ของประชากรทั้งหมดในปี 2578
- 6) ประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 14.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมดในปี 2578
- 7) ดัชนีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ/เด็ก 100 คน) เพิ่มขึ้น จาก 73.4 ในปี 2558 เป็น 174.4 ในปี 2578
- 8) อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มจาก 20.9 ในปี 2558 เป็น 41.4 ในปี 2578 ในขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงจาก 4.8 ในปี 2558 เป็น 2.4 ในปี 2578

จากข้อมูลประชากรสรุปได้ว่า ประชากรไทยในอนาคตเพิ่มช้าลงเรื่อยๆ อีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า อัตราเพิ่มของประชากรไทยจะใกล้เคียงกับศูนย์ และอาจเป็นไปได้ว่าอัตราเพิ่มประชากรลดลงไปจนต่ำกว่าศูนย์หรือติดลบ จำนวนประชากรไทยใกล้จะถึงจุดคงตัวแล้ว เมื่ออัตราเพิ่มประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ ประชากรก็จะมีจำนวนคงตัวที่ประมาณ 65 ล้านคน ในแต่ละปี ประชากรไทยจะไม่เพิ่มหรือลดไปจากจำนวนนี้มากนักและจะคงตัวในระยะเวลาอีกเพียงประมาณ 15 ปี

ในขณะที่จำนวนประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลง ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้สูงอายุของประชากรอย่างมาก เมื่ออัตราเกิดลดต่ำลงอย่างมากและมีอายุยืนยาว สังคมไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด หรือมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคน เมื่อถึงเวลานั้น ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรวัยเด็ก

สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่างๆ เปลี่ยนไป เดิมมีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตอันใกล้จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า

4. การพัฒนานโยบายในการจัดการการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

การเปลี่ยนแปลงประชากรไทยในอนาคตได้ก่อให้เกิดนโยบายหลายประการ ดังนี้

1) การที่เด็กเกิดใหม่แต่ละปีมีแนวโน้มลดน้อยลง ในอนาคตกังวลเรื่องปริมาณและสามารถมุ่งเน้นที่คุณภาพของเด็กเกิดใหม่ โดยเฉพาะมุ่งเน้นงานอนามัยแม่และเด็กให้มากยิ่งขึ้น

2) ประชากรเด็กและประชากรในวัยศึกษาเล่าเรียนมีแนวโน้มลดลง รัฐต้องสามารถเน้นคุณภาพของการศึกษา การขยายโอกาสความครอบคลุมและเข้าถึงระบบการศึกษาให้ดีขึ้น

3) แม้จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในอนาคต แต่ความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจของประเทศอาจมีเพิ่มขึ้น “การนำเข้า” แรงงานจากต่างประเทศอาจเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการจัดการแรงงานข้ามชาติให้เป็นระบบที่ดีจึงเป็นเรื่องที่ควรได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

4) ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการให้ประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน หรือเรื่องสุขภาพอนามัย ควรที่จะได้เริ่มตั้งแต่วัยก่อนผู้สูงอายุและวัยสูงอายุพร้อมๆ กันและจะต้องพัฒนาไปให้ทันกับการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในอนาคต โดยเน้นเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559 ให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปีและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี

5) ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีการบูรณาการกับการพัฒนาระหว่างสาขาทุกภาคส่วนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรทั้งในเชิงบวกและเชิงลบอย่างต่อเนื่อง

เรื่องที่ 5.2.2 ปัญหาสาธารณสุขและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาสาธารณสุข

ปัจจัยหรือตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาและความต้องการของประชาชน ได้แก่ มนุษย์ (Host) เชื้อโรคและพิษภัย (Agent Or Harzard) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ถ้าปัจจัยหรือตัวแปรทั้งสามนี้ มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยง และเกื้อกูลซึ่งกันและกันอย่างสมดุล ย่อมไม่เกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข แต่ในสภาพความเป็นจริงปัจจัยหรือตัวแปรเหล่านั้นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางบวกและทางลบ จึงทำให้ขาดสมดุล เกิดปัญหาสาธารณสุขขึ้น ตามรายละเอียดแผนภูมิที่ 1 แผนภูมิประวัติธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural History Of Disease)



แผนภูมิที่ 5.1 ประวัติธรรมชาติของการเกิดโรค
(Natural History of Disease)

ที่มา : ประยุกต์จาก Mausner & Bahn, Epidemiology, 1985

หมายเหตุ

Host หมายถึง คนหรือสัตว์ที่จุลชีพ หรือสารหรือวัตถุ อยู่หรือทำให้เกิดเจ็บป่วยหรือเป็นอันตรายได้ Agent หมายถึง จุลชีพหรือสารหรือวัตถุที่อาศัยหรือทำให้เกิดเจ็บป่วย Environment หมายถึง สิ่งแวดล้อมของคนหรือสัตว์ด้านต่างๆ ที่เอื้อหรือไม่เอื้อให้คนหรือสัตว์ เจ็บป่วยหรือเป็นอันตราย

1.1 ปัจจัยมนุษย์

ปัจจัยมนุษย์ ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงแล้วในโครงสร้างประชากรตามรายละเอียดในหัวข้อเรื่อง 5.2.1 แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงมิติอื่นๆ ภายในตัวคนเอง เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายไม่เพียงพอ การมีภาวะอารมณ์เครียด อาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกแบ่งกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ การอนามัยแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ (Injury) จึงนำเสนอภาวะอนามัยแม่และเด็ก และภาวะโภชนาการอยู่ในปัจจัยของคน ส่วนโรคติดต่อ โรคเรื้อรัง และการบาดเจ็บ จัดอยู่ในปัจจัยของจุลชีพ และสิ่งเป็นพิษภัยในหัวข้อถัดไป

1. ภาวะอนามัยแม่และเด็ก

ภาวะอนามัยแม่และเด็กมีการเปลี่ยนแปลงจากหลายปัจจัย ได้แก่ อัตราเกิด อัตราตาย อัตราทารกตาย อัตราการเพิ่มประชากร อัตราเจริญพันธุ์รวม อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ซึ่งจากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2556-2559 พบว่า อัตราต่างๆ ดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คาดว่า ในปีต่อไปจะมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงน้อยเช่นเดียวกัน

2. ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ซึ่งทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีหรือภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ภาวะโภชนาการที่ดี หมายถึง สภาวะของร่างกายที่สมบูรณ์ทางกาย จิต สังคมและปัญญา จากการรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องมีสารครบ 5 หมู่ มีโปรตีน ไขมัน ข้าวหรือแป้ง วิตามินและเกลือแร่ และต้องรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วนพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ได้แก่ รับประทานผัก 2 ส่วน โปรตีนเน้นปลา ไข่ 1 ส่วน และข้าวหรือแป้ง 1 ส่วน ส่วนภาวะโภชนาการที่ไม่ดีหรือทุพโภชนาการ หมายถึง สภาวะของร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เช่น รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง เช่น มากเกินความต้องการของร่างกายและไม่ออกกำลังกาย ทำให้มีภาวะอ้วนหรืออ้วนลงพุงกลายเป็นโรคอ้วน หรือรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน น้อยเกินไป เกิดภาวะผอมแห้งแรงน้อย ทำให้เกิดเป็นโรคโลหิตจาง

1.2 ปัจจัยของเชื้อโรคหรือพิษภัยอันตรายต่อสุขภาพ

เป็นมิติที่มีขอบเขตกว้างขวางและมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษภัยอันตราย ได้แก่ โรคติดต่อ โรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ (Injury) รายละเอียดมีดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงของโรคติดต่อ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการกำจัดกวาดล้างโรคติดต่อหลายชนิดให้หมดไปจากประเทศไทยแล้วก็ตาม เช่น โรคไข้ทรพิษ โรคคุดทะราด ไข้กาฬหลังแอ่น เป็นต้น ปัจจุบันมีโรคติดต่อประจำท้องถิ่น โรคอุบัติซ้ำ และโรคอุบัติใหม่ เกิดขึ้นเป็นระยะๆ รวมทั้งการระบาดของโคโรนาไวรัส หรือ COVID 19 ที่ระบาดทั่วโลก (Poondemie)

1) โรคติดต่อประจำท้องถิ่น ที่สำคัญในปัจจุบัน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2558 ได้แก่

(1) โรคติดต่อนำโดยแมลง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคชิกุนกูญา โรคเท้าช้าง โรคสครับไทฟัส เป็นต้น

(2) โรคติดต่อจากอาหารและน้ำ เช่น โรคไทฟอยด์ อหิวาต์โรค โรคบิด โรคไข้หูดับ (โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส)

(3) โรคติดต่อจากการสัมผัส เช่น เมลิออยโดสิส โรคตาแดง เป็นต้น

2) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ

หมายถึง โรคติดเชื่อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้วเป็นเวลานานหลายปี แต่กลับมาระบาดขึ้นอีก เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก มาลาเรีย โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคตาแดงจากเชื้อไวรัส เป็นต้น

3) โรคติดต่ออุบัติใหม่ หมายถึง โรคติดต่อที่เป็นโรคติดต่อใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อนในโลก และในประเทศไทยในอดีต แต่ได้อุบัติขึ้นและเกิดระบาดขึ้นในปัจจุบัน ขณะใดขณะหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากสัตว์ แล้วติดต่อมาถึงคน ณ ประเทศใดประเทศหนึ่งและในที่สุดก็ระบาดมายังประเทศไทย จากผลพวงของโลกาภิวัตน์ นอกจากนั้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังรวมถึงโรคติดต่ออุบัติซ้ำด้วย สำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้ป่วยทั้งที่พบการติดเชื้อภายในประเทศเองและเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศ หรือภูมิภาคที่มีการระบาดของโรค ดังตัวอย่างต่อไปนี้

(1) โรคไข้หวัดนก (Influenza a virus) พบในสัตว์ปีก ในประเทศให้ระหว่างปี 2547-2551 มีรายงานพบการติดเชื้อมาสู่คน มีผู้ป่วยเสียชีวิตในช่วงปี 2547-2549 และในปัจจุบันยังคงมีความเสี่ยงที่จะพบการติดเชื้อในประเทศซ้ำอีก เนื่องจากยังพบรายงานการติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก

(2) โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (Influenza 2009)

(3) โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) เป็นโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง พบเชื้อครั้งแรกที่เมืองกวางตุ้งทางตอนใต้ของจีนและแพร่ระบาดไปทั่วโลก เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (Corona Virus) มีระยะฟักตัว 2-7 วัน ผู้ติดเชื้อนี้จะมีอาการไข้สูง 38-40 องศาเซลเซียส ไอแห้งแห้ง หายใจขัดเป็นช่วงสั้นๆ ปอดอักเสบคล้ายปอดบวม เกิดระบาดใหญ่ระหว่างปี 2545-2546 อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

(4) โรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในปี 2558-2559 มีการระบาดจากประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลาง

(5) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคนี้พบรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 (ค.ศ. 2019) ที่สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาวันที่ 3 มกราคม 2563 (ค.ศ.2020) มีรายงานอย่างเป็นทางการว่าโรคปอดอักเสบที่ระบาดที่อุฮั่น มีสาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยสถานการณ์ได้เริ่มจากเมืองอุฮั่น มณฑลเหอเป่ย์และระบาดไปอีกหลายเมืองในทุกมณฑล และพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศ

เชื้อไวรัสโคโรนา สามารถแพร่ผ่านละอองไอ-จาม (drop-let) และการสัมผัสโดยตรง (direct contact) ระยะฟักตัวโดยเฉลี่ย 2 วัน (12 ชั่วโมง-5 วัน) ระยะฟักตัวของสายพันธุ์ SARS-COV-1 โดยเฉลี่ย 4-5 วัน (2-10วัน) และ MERS-COV โดยเฉลี่ย 5 วัน (2-14วัน) สำหรับไวรัส SARS-COV-2 พบมีระยะฟักตัวนานกว่า โดยคาดการณ์จากประวัติของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉลี่ย 14 วัน อาการทางคลินิก ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจถี่ และหายใจลำบาก ในกรณีรุนแรงมากขึ้นอาจพบอาการปอดอักเสบ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไตวายจนถึงขั้นเสียชีวิต โดยโรคนี้อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

การป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ล้างมือบ่อยๆ (ด้วยสบู่ และหรือแอลกอฮอล์) กินร้อน-ช้อนกลาง กักกันตัวผู้สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นเวลา 14 วัน

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มวางมาตรการตรวจคัดกรองผู้เดินทางจากเมืองอุฮั่น ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 ที่ 5 สนามบินผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงชาวจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 สถานการณ์ระบาดของโรคในไทยเข้าสู่ระยะที่ 2 เมื่อกุมภาพันธ์ 2563 เนื่องจากพบการติดเชื้อจากคนสู่คนภายในประเทศต่อจากนั้นได้มีการระบาด

ไปหลายประเทศทั่วโลก ถือว่าเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pan Denic) แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทย ได้จัดการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคนี้อย่างเข้มงวด กวดขันทุกมาตรการด้วยความร่วมมือร่วมใจกันทุกภาคส่วน ทั้งภาคส่วนการแพทย์ การสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นๆ รวมทั้งบุคลากรแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ทุกสาขาวิชาชีพ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ม.) ได้ปฏิบัติงานด้วยความวิริยะ อุตสาหะบากบั่น เสียอันตรายต่อชีวิต มีผลให้สามารถหยุดยั้งการระบาดของโรคได้ รูปแบบการดำเนินการของประเทศไทย ได้รับการยกย่องชมเชยจนได้รับการคัดเลือกจากองค์การอนามัยโลก 1 ใน 2 ประเทศเข้ามาทำการถ่ายทำสารคดีเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่ตัวอย่างแก่ประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

สถานการณ์การระบาดของโรค ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2563 พบว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ 3,321 คน หายแล้ว 3,142 คน รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 121 คน เสียชีวิต 58 คน ไม่มีผู้ติดเชื้อในประเทศเป็นเวลากว่า 60 วัน มีผู้ติดเชื้อเป็นลำดับที่ 112 ของโลก (จากจำนวน 214 ประเทศ) ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อจำนวน 4,918,420 คน เสียชีวิต 160,290 คน หายแล้ว 2,481,680 คน ป่วยอาการวิกฤต 18,407 คน เป็นอันดับ 1 ของโลก ส่วนสถานการณ์ทั่วโลกมีผู้ป่วย 18,701,672 คน เสียชีวิต 704,365 คน รักษาหาย 11,709,482 ป่วยอาการวิกฤต 65,492 คน

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงการเกิดของโรคเรื้อรัง

หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาพยาบาลติดต่อกันนานเป็นแรมเดือน แรมปี หรือตลอดชีวิต มักได้แก่โรคไม่ติดต่อเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง หัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมองมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนและอัตราการตายและอัตราป่วยที่สำคัญ

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555 สำนักระบาดวิทยาวิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 76 จังหวัด(ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) พบว่า

ในปี 2555 โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 937.58, 523.24, 38.79, 38.26, 32.17 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างปี พ.ศ.2551-2555 พบว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยสะสม ระหว่างปี พ.ศ.2551-2555 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัตราความชุก 5,288.01, 2,800.81, 176.77, 144.35 และ 104.51 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)

ระหว่าง พ.ศ.2551-2555 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเพศชายและหญิงมีอัตราป่วยใกล้เคียงกัน สำหรับโรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่างพบว่า เพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า

กลุ่มอายุในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 5 โรค พบว่า กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา กลุ่มอายุ 50-59 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี ตามลำดับ

ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนสูง ผู้ป่วยรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อนสูง ผู้ป่วยรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 17.54 สำหรับผู้ป่วยสะสมมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 26.94 ส่วนภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงพบ ร้อยละ 1.42

ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่และสะสม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงภาวะการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าปัญหาโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บเป็นความเสียหายหรืออันตรายต่อหน้าที่หรือโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุจากแรงหรือปัจจัยภายนอกทั้งทางกายภาพหรือเคมีและทั้งโดยเจตนา เช่น การฆ่าตัวตาย ฆาตกรรม การก่อการร้าย หรือไม่ได้เจตนา เช่น อุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บจากกีฬา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่สำคัญต่อไปในอนาคต

1.3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหลัก ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัญหาสาธารณสุขนอกเหนือจากปัจจัยคน จุลชีพและสิ่งเป็นพิษภัย หากมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสิ่งแวดล้อมที่ไม่สมดุลหรือไม่เป็นมิตรต่อคนและหรือจุลชีพ จะทำให้เกิดปัญหาต่อคนได้ สิ่งแวดล้อมดังกล่าวนี้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมพื้นฐาน เช่น อากาศร้อน ปล่อยก๊าซเรือนกระจก (คาร์บอนไดออกไซด์-Co2) ทำให้ก๊าซออกซิเจนในอากาศน้อยลง ดินปนเปื้อนสารพิษจากปุ๋ยเคมี สารกำจัดแมลงศัตรูพืชผัก ผลไม้ น้ำท่วม ภัยจากการก่อการร้าย ขาดน้ำบริโภคอุปโภค ภัยพิบัติ ความแห้งแล้ง ผลผลิตทางเกษตรน้อย ทำให้ขาดพืชพันธุ์ธัญญาหาร รั้งสีอัลตราไวโอเล็ต รั้งสี ปรมาณู

1.4 ความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

ความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป หมายถึง ความต้องการของประชาชนที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป สรุปได้ดังนี้

1.4.1 ความต้องการของประชาชน

- 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว เท่าเทียม เป็นธรรมตามสิทธิมนุษยชน
- 2) ค่าบริการสุขภาพของภาคเอกชนลดลง ทำให้ประชาชนสามารถจ่ายได้เมื่อจำเป็น
- 3) ผู้ใช้บริการสุขภาพได้รับการคุ้มครองในการใช้บริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย เพื่อป้องกันการเรียกร้องค่าเสียหายจากการใช้บริการ

- 4) ผู้ให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

- 5) ความสัมพันธ์และบรรยากาศแห่งความเป็นมิตรกับบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ถ่ายทอดข้อมูลความรู้และข่าวสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้

1.4.2 ความต้องการระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข

- 1) การคุ้มครองทางกฎหมายในการให้บริการสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการด้วยความไม่ประมาท

- 2) จำนวนบุคลากรให้บริการสุขภาพและการกระจายของบุคลากรแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีความเหมาะสมเพียงพอสอดคล้องกับปริมาณและคุณภาพของงาน

3) ส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและค่าตอบแทนบุคลากรในการปฏิบัติงาน
ทางการ

4) สนับสนุนงบประมาณการส่งเสริมและป้องกันโรค

5) สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ ในการให้บริการสุขภาพ

2. แนวทางการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

จากการวิเคราะห์เหตุปัจจัยของการเกิดปัญหาสาธารณสุข ความต้องการของประชาชน และระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขข้างต้น พอสรุปแนวทางในการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยี รวมทั้งปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในอนาคตดังนี้

2.1 พัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีรวมทั้งสารสนเทศที่เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาสาธารณสุขทั้งเหตุปัจจัย 3 ด้าน คือ มนุษย์ จุลชีพหรือสิ่งเป็นพิษภัย และสิ่งแวดล้อม ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

2.2 พัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ ให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับรวมทั้งเครือข่ายระหว่างประเทศ เพื่อเตรียมพร้อมรับโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำและมีการสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.3 นำยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ด้วยการสรรหาและพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีที่จำเป็นแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 1) พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ
- 2) เร่งขับเคลื่อนทางสังคมสื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
- 3) พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย
- 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล
- 5) ปฏิรูปการจัดบริการ เพื่อลดภาวะเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่
- 6) พัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างบูรณาการ

เรื่องที่ 5.2.3 เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป (Technology Change)

เทคโนโลยี หมายถึง การนำความรู้ทางธรรมชาติวิทยาและวิทยาศาสตร์ มาปฏิบัติและประยุกต์ใช้เพื่อช่วยในการทำงานหรือแก้ปัญหาต่างๆ อันก่อให้เกิดวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องจักร แม้กระทั่งองค์ความรู้ เช่น ระบบหรือกระบวนการต่างๆ เพื่อให้การดำรงชีวิตของมนุษย์ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น

1. เทคโนโลยี มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อการจัดการบริการสาธารณสุขมากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่อาจบอกผลกระทบได้อย่างตรงไปตรงมา เทคโนโลยีบางอย่างไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่มีผลข้างเคียงต่อการจัดบริการสาธารณสุข ตัวอย่างเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข ได้แก่

1.1 ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารคมนาคมและคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่ทำให้การบริการเปลี่ยนรูปไป ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน ได้แก่ บริการปฐมภูมิซึ่งเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการตั้งรับที่สถานบริการเป็นการให้บริการผ่าน โทรศัพท์โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับโทรศัพท์พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเชื่อมโยงกับร้านขายเวชภัณฑ์ที่ใกล้บ้านของผู้ใช้บริการ

1.2 ความก้าวหน้าในการพัฒนาวัคซีน ดี เอ็น เอ (DNA Vaccine) นำไปสู่การพัฒนาเพื่อใช้สำหรับโรคไม่ติดเชื้อ (Non-Infectious Disease) เช่น เบาหวาน มะเร็ง สมองเสื่อม รวมทั้ง การสูบบุหรี่ หรือยาเสพติด เป็นต้น

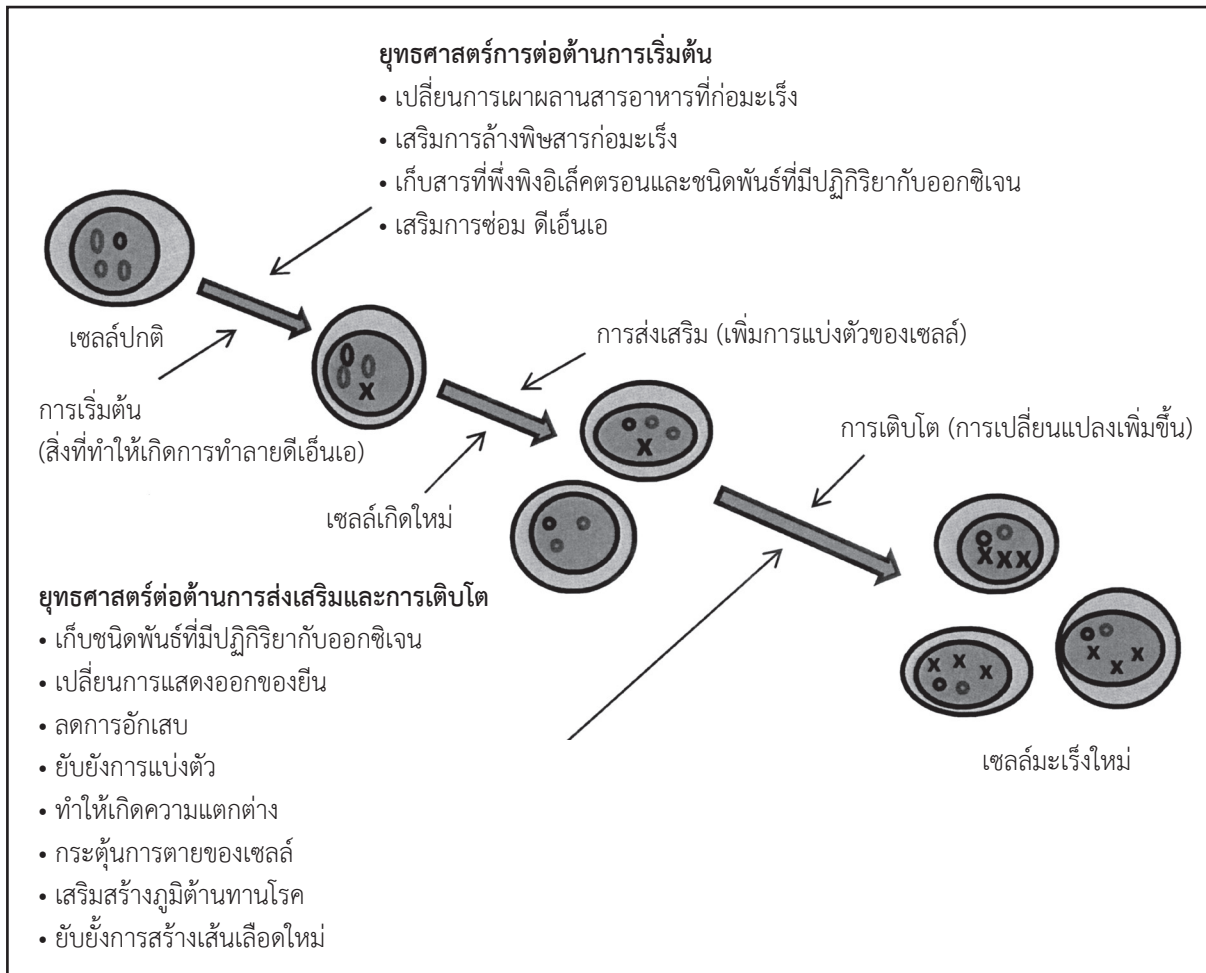
1.3 การป้องกันมะเร็งโดยใช้สารเคมี ซึ่งมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนทิศทางการรักษาโรคมะเร็งโดยสิ้นเชิงตามตัวอย่างแบบภาพที่ 6.2.3.1

1.4 ความก้าวหน้าด้านพันธุกรรม (Genetics) และนาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology) รวมทั้งหุ่นยนต์ (Robot) ส่งผลกระทบต่อเทคโนโลยีในการจัดบริการสาธารณสุข

1.5 เทคโนโลยีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทำให้เกิดระบบบริการการแพทย์ผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขทดแทนและบริการเสริม ระบบบริการสาธารณสุขแผนตะวันตก รวมทั้งบริการส่งเสริมและป้องกันควบคุมโรควิถีธรรม วิถีไทย

2. การทำนายความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข

การทำนายความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขที่สำคัญทำให้มีการวางแผนเตรียมการรองรับในระบบบริการอย่างเหมาะสม ตัวอย่าง การทำนายความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ดังภาพที่ 5.2 ข้างล่างนี้



ภาพที่ 5.2 แสดงความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษามะเร็งตั้งแต่ระดับเซลล์ด้วยสารเคมี

3. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในอนาคต

3.1 ความก้าวหน้าในเรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมากขึ้น ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารครบถ้วนเกี่ยวกับโรคต่างๆ เช่น HIV/AIDS เมื่อจะซื้ออาหารหรือยาที่มีตราของสำนักงานอาหารและยาเป็นรหัสคิวโค้ด ซึ่งใช้โทรศัพท์มือถือสแกนแสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์ รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพและคำแนะนำต่างๆ ได้ทันที พฤติกรรมสุขภาพเช่นการออกกำลังกายสามารถบันทึกได้ตลอดเวลาบนโทรศัพท์มือถือ รวมทั้งอุปกรณ์ติดตามสุขภาพเคลื่อนที่และแลกเปลี่ยนเปรียบเทียบกับเพื่อน ตลอดจนเปิดให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัวเข้ามาให้คำแนะนำได้ตลอดเวลา ทุกคนสามารถเดินทางไปไหนก็ได้ พร้อมกับประวัติสุขภาพและเวชระเบียนที่อยู่ในโทรศัพท์มือถือ ทุกคนสามารถติดต่อเพื่อปรึกษาและคัดกรองโรคผ่าน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดเวลาโดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือหรือแท็บเล็ต รวมทั้งติดต่อหรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ดีที่สุดในโลกได้ทันที โดยผ่านการแพทย์ทางไกล อุปกรณ์ติดตัวเช่นนาฬิกาและแว่นตา สามารถวัดสัญญาณชีพ รวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นอื่นๆ ได้ตลอดเวลา เหตุการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยเทคโนโลยีที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน และจะส่งผลกระทบต่อค่าบริการสาธารณสุขตลอดจนระบบสุขภาพทั้งระบบ

3.2 เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร โดยเฉพาะระบบอุปกรณ์ติดตัวเคลื่อนที่มีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและกำลังเปลี่ยนโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข ตลอดจนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขให้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3.3 เทคโนโลยีที่ก้าวหน้ากำลังจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยไร้ขีดจำกัด การคัดกรองโรค การปรึกษาหารือไม่จำเป็นต้องทำในสถานบริการสาธารณสุขอีกต่อไป และไม่จำกัดอยู่ที่เจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้บริการรายใดรายหนึ่งเท่านั้น แต่มีโอกาที่จะหาความเห็นที่สอง สาม หรือสี่ได้จากสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งสามารถหาความรู้ได้ด้วยตนเองจากระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก ผ่านเครื่องมือค้นหาที่ทรงพลังของเว็บไซต์ของบริษัทต่างๆ ตั้งแต่กูเกิล (Google) ยาฮู (Yahoo) รวมไปถึงของบริษัทไมโครซอฟท์ ซึ่งสามารถค้นพบข้อมูลและองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เปิดให้เข้าถึงได้ทั่วกัน ทำให้ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่จำกัดวงไว้เฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ประชาชนทุกคนก็สามารถเข้าถึงได้เช่นกัน

3.4 ระบบบริการสาธารณสุขที่เคยตั้งรับอยู่ในหน่วยบริการ ก็สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการได้เช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นระบบการติดตาม กำกับข้อมูลสุขภาพแต่ละบุคคล ผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือหรือแท็บเล็ต การใช้อุปกรณ์บันทึกสถานะสุขภาพติดตามตัวต่างๆ เช่นเดียวกัน สื่อโซเชียลมีเดียก็มีความสำคัญ ข้อมูลส่วนที่บันทึกไว้ใน เพสบุ๊ค ทวิตเตอร์ สามารถนำมาใช้ในด้านสาธารณสุขได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ประเภท 2 สามารถช่วยนักวิจัยค้นหาได้ว่า อะไรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้กังวลมากที่สุดในเรื่องการแพทย์และการรักษาพยาบาลรวมทั้งบอกได้ว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีทางเลือกเข้ารับบริการสาธารณสุขอย่างไรบ้าง และอะไรเป็นทางเลือกที่ใช้อย่างน้อยที่สุด ข้อมูลทั้งหมดนี้ทำให้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพสามารถตัดสินใจหรือเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น

3.5 เทคโนโลยีภูมิศาสตร์สารสนเทศ ที่สามารถระบุตำแหน่งของโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์เคลื่อนที่ได้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในยุคดิจิทัล เช่นสามารถนำไปใช้ในการสอบถามเส้นทางอาหารเพื่อควบคุมกำกับอาหารของผู้ป่วย เนื่องจากสามารถติดตามได้ว่าผู้ป่วยไปรับประทานอาหารที่ใด ร้านขายอาหารประเภทใด หากผู้ป่วยไปรับประทานอาหารกลางวันที่ร้านอาหารจานด่วน ซึ่งไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ นอกจากได้แคลอรีเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็สามารถส่งข้อความไปเตือนผู้ป่วยก่อนอาหารกลางวัน หรือส่งข้อความไปบอกเมื่อผู้ป่วยเข้าไปในร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดแล้ว เทคโนโลยีมือถือสามารถนำมาใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและใช้ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพและบริบทของผู้ป่วยให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพได้

3.6 การเฝ้าระวังโรคติดต่อในอนาคต จากรายงานวิจัยของ J. Ginsberg และคณะในค.ศ.2009

พบว่า ข้อความสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีถึงสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ ซึ่งทำให้ภูเก็ลสามารถใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการค้นหาผ่านเครื่องมือค้นหา เพื่อประเมินสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ทั่วโลกในปัจจุบัน ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณการที่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังตามปกติ โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ค้นหาหัวข้อไข้หวัดใหญ่ กับจำนวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่จริง ทำให้สามารถประเมินได้ว่า ไข้หวัดใหญ่กำลังระบาดในประเทศและภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลกมากน้อยเพียงใด

การนำเทคโนโลยีต่างๆ เหล่านี้มาใช้ในแต่ละประเทศ จำเป็นต้องเข้าใจบริบทของประเทศนั้น ในบางพื้นที่อาจมีความท้าทายตรงข้ามกัน เช่น ในประเทศอินเดียกำลังมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ของคนชนชั้นกลางเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย ขณะที่ประชาชนยากจน มีรายได้น้อยยังมีจำนวนอีกมาก ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มีทั้งกลุ่มที่เป็นโรคอ้วน พร้อมกับมีกลุ่มที่เป็นโรคขาดอาหารในพื้นที่เดียวกัน กรณีที่มีปัญหาเช่นนี้ การแก้ไขปัญหาย่อมไม่สามารถใช้ความเชี่ยวชาญขององค์กรระหว่างประเทศที่ไม่เข้าใจบริบทของพื้นที่ได้ ดังนั้น บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการนำเทคโนโลยีมาใช้จึงควรสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรในพื้นที่ เพื่อที่จะกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ในที่สุดเทคโนโลยีต่างๆ เหล่านี้กำลังจะทำให้การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกเปลี่ยนโฉมหน้าไป

4. เทคโนโลยีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทสำคัญและมากขึ้นเป็นลำดับในวงการสาธารณสุขของไทยในช่วงเวลา 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการแพทย์และการสาธารณสุขแผนตะวันตกหรือแผนปัจจุบัน ที่มีบทบาทโดดเด่นมากในสังคมไทยมาหลายศตวรรษ ไม่สามารถตอบสนองการแก้ปัญหาสุขภาพได้ทุกเรื่องในขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพแผนปัจจุบันเผชิญกับปัญหาภายในหลายประการ เช่น เทคโนโลยีและอุปกรณ์การแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีราคาสูงมากขึ้นตามวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ราคาค่าบริการสุขภาพสูงมากขึ้นตามไปด้วย บุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ ในส่วนภูมิภาคมีบุคลากรจำนวนน้อย ไม่ได้สัดส่วนกับความต้องการของประชาชนในชนบท ประกอบกับปัญหาสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เป็นโรคเรื้อรังได้เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและสมอง มะเร็ง เป็นต้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสูงมากขึ้นทุกปี เป็นผลต่อการเพิ่มงบประมาณของประเทศ ในขณะที่การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้รับการพัฒนาขึ้นมาก ประชาชนหันมาใช้บริการมากขึ้น ดังนั้น รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายระดับชาติส่งเสริมสนับสนุนการใช้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นบริการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) หรือบริการการแพทย์เสริม (Complementary Medicine) หรือบริการการแพทย์ผสมผสาน (Integrative Medicine) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2559 มาตรา 55 ความว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง อีกทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” ซึ่งเป็นสัญญาณและหลักประกันให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งกระทรวง ทบวง

กรมอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนภาคเอกชนและภาคประชาชนมีความร่วมมือร่วมใจกันส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง รวมทั้งการผลิต การแปรรูปสมุนไพรไทยเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอและเป็นสินค้าเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติที่สำคัญต่อไป การพัฒนาการแพทย์ทางเลือกจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาองค์ความรู้วิชาการการวิจัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ผสมผสาน รวมทั้งการอุตสาหกรรม และพาณิชย์กรรม เพื่อสนองความต้องการของประชาชนและนโยบายของประเทศให้มีความมั่นคง มั่นคั่งและ ยั่งยืนดังนี้

1) พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แผนไทยในอนาคต ได้แก่ การพัฒนาตำรายาและตำหรับยาไทย มาตรฐาน ยาและเวชภัณฑ์ไทย ระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการนวดไทยให้ได้มาตรฐาน

2) พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์ทางเลือกในอนาคตให้มีขอบเขตกว้างขวาง เนื่องจากการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การแพทย์ทุกแผน ยกเว้นการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยที่แยกออกไปจากการแพทย์ ทางเลือก เทคโนโลยีการแพทย์ทางเลือกที่มีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ได้แก่ เสริมแนวคิดทางธรรมะ สุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย สวดมนต์บำบัด สมาริบำบัด การกดจุดปรับสมดุลร่างกายจิตใจ โสมิโอพาธิย์ ศิลชั้นบำบัด นวดจุดสะท้อนเท้า อาหารแมคโครไบโอติก อายุเวดะ การแพทย์แผนจีน ไคโรแพรกติก ยูนานิ เป็นต้น

3) การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) เป็นการแพทย์ที่บูรณาการทั้งการแพทย์ แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการพัฒนาเทคโนโลยีในอนาคต ได้แก่ เทคโนโลยี สารสนเทศในการจัดระบบการบริการแพทย์ผสมผสาน การให้บริการในโรงพยาบาล ชุมชนและครอบครัว เป็นต้น

ตอนที่ 5.3

ทิศทางอนาคตสุขภาพดีถ้วนหน้าและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.3 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 5.3.1 สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For all)
- 5.3.2 ทิศทางอนาคตของสุขภาพดีถ้วนหน้า (Future Health for All) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage)
- 5.3.3 รวมพลังสร้างสุขภาพ (Future All For Health)
- 5.3.4 เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข (Happy Thailand)
- 5.3.5 โลกแห่งความสุข (Happy World)

แนวคิด

1. สุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายทางสังคมที่ทำให้สังคมเข้มแข็งและเสมอภาค
2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพของประชาชน
3. การรวมพลังเพื่อสุขภาพ เป็นกลไกหนึ่งต่อการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า
4. เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข เป็นเป้าหมายการบูรณาการพัฒนางานสาธารณสุขสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครอง วัฒนธรรมและศาสนธรรม
5. โลกแห่งความสุข เป็นเป้าหมายสูงสุดของงานสาธารณสุขของพลโลกที่อยู่ร่วมกันด้วยความสงบสันติสุข ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 5.3 จบแล้ว ผู้เขียนสามารถอธิบายซึ่งต่อไปนี้ได้

1. อธิบายสุขภาพดีถ้วนหน้า
2. อธิบายทิศทางอนาคตของสุขภาพดีถ้วนหน้า : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. อธิบายการรวมพลังเพื่อสุขภาพ
4. อธิบายเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข
5. อธิบายโลกแห่งความสุข

เรื่องที่ 5.3.1 สุขภาพดีถ้วนหน้า (Future Health For All)

1. ความเป็นมา

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) คือ เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 ซึ่งกำหนดวิสัยทัศน์ที่สร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนทั่วโลกในปี ค.ศ.2000 (พ.ศ.2543) เป้าหมายนี้เป็นพื้นฐานของยุทธศาสตร์บริการสาธารณสุขปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก ซึ่งในประเทศไทยระยะแรกเรียกว่าสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้น วิถีชีวิต ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตตามมาด้วย

องค์การอนามัยโลกมีวิสัยทัศน์ต่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 ปัจจุบันปรากฏว่า โลกอนาคตกำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายด้านสาธารณสุขครั้งยิ่งใหญ่ ที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายดีถ้วนหน้าดังกล่าวมาแล้วในหัวเรื่อง 5.2. ในบริบทของประเทศไทย ในหัวเรื่อง 5.3.1 กล่าวถึงปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศซึ่งระบบสุขภาพในอนาคตมีปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลกระทบเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ขณะที่ประชากรมุสลิมกำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่องในทุกประเทศและภูมิภาค ปัญหาและความต้องการเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากโลกาภิวัตน์และกระแสวัฒนธรรมตะวันตกที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก จากระบบทุนนิยมและการค้าเสรี สิ่งแวดล้อมที่ถูกทำลายติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานกำลังส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศวิทยาของโลก ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่องขณะที่โลกยังอยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หรือมีการชะลอตัวของภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ปัจจัยทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขในอนาคตของโลกทั้งสิ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2. ความท้าทายของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

2.1 ปัญหาสาธารณสุขจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุ โลกกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว ระหว่างค.ศ.2000-2050 (พ.ศ.2543-2593) สัดส่วนประชากรที่อายุเกิน 60 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 โดยจำนวนผู้สูงอายุ 605 ล้านคน จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2,000 ล้านคน

ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรรวดเร็วมาก อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฝรั่งเศสที่ใช้เวลามากกว่า100 ปี ในการเปลี่ยนแปลงจากสังคมสูงอายุ (Population Aging) คือผู้มีอายุเกิน 65 ปีมีสัดส่วนร้อยละ 7 เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คือผู้อายุเกิน 65 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 14 ดังแสดงในภาพที่ 5.3.1.1 สำหรับประเทศพัฒนาในภายหลัง เช่น ญี่ปุ่นและประเทศกำลังพัฒนาเช่น เวียดนาม จีน บราซิลใช้เวลาน้อยกว่า 25 ปี เฉพาะกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 80-90 ปี มีจำนวนมากกว่าที่เคยเป็นมาก่อน คือเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า ระหว่างค.ศ.2000-2050 เป็น 395 ล้านคน ในอนาคตกลุ่มวัยกลางคนและกลุ่มผู้สูงอายุจะยังคงมีพ่อแม่ที่มีชีวิตอยู่ เด็กๆ จะรู้จักทั้งปู่ย่า ตายาย รวมทั้งทวด โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายประมาณ 6-8 ปีในเกือบทุกประเทศ

2.2 ปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การกระทำรุนแรงหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม แม้ในประเทศพัฒนาแล้ว ร้อยละ 4-6% ของผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติไม่เหมาะสมที่บ้าน การทำร้ายร่างกาย การกักขัง การปล่อยปละละเลย เช่น ไม่ดูแลชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งปล่อยให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

2) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) กลายเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าใน ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุเหล่านี้เคลื่อนไหวด้วยความยากลำบากและต้องพึ่งพาผู้อื่นคอยช่วยเหลือ อาจมีการเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องรับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลเป็นระยะๆ หากไม่มีระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุเหล่านี้อาจถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาลซึ่งทำให้ต้องใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลจำนวนมาก ทั้งที่ไม่มีโรคเฉียบพลันที่ต้องให้การรักษาพยาบาล

3) ปัญหาโรคสมองเสื่อม (Dementia) จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น โรคหลงลืม (Alzheimer's disease) ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ในกลุ่มวัยเกิน 85 ปี จะพบโรคนี้ถึง ร้อยละ 25-30 ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ไม่มีระบบบริการรองรับอย่างเพียงพอ รวมทั้งไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทำให้เป็นภาระของครอบครัวอย่างมาก

4) การเจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ หกล้ม ในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากและรุนแรง โดยเฉพาะในภาวะที่เกิดสาธรรณภัยหรือวิกฤตต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบากและเชื่องช้า การขนย้ายเป็นไปได้ยากทำให้ถูกทอดทิ้งในขณะที่เกิดสาธรรณภัย

5) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงไม่มีลูกหลานหรือญาติดูแล หลายรายถูกทอดทิ้ง การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น

2.3 การมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เนื่องจากวิถีชีวิตการทำงานและสันทนาการภายใต้สิ่งอำนวยความสะดวกทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การใช้กำลังทางกายเป็นไปอย่างจำกัด เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการนั่งทำกิจกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาโรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน ก่อให้เกิดโรคเมตาบอลิซึม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวานประเภท 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามขนาดของมวลร่างกาย (Body Mass Index : BMI) นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม ลำไส้ ต่อมลูกหมาก เยื่อบุกระดูก ไตและถุงน้ำดี ค่าที่เหมาะสมของขนาดมวลร่างกาย คือ 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร และจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเมื่อขนาดมวลร่างกายเพิ่มจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนจะรุนแรงมากเมื่อขนาดมวลร่างกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร

อัตราภาวน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนจะเพิ่มขึ้นเมื่อประเทศมีรายได้มากขึ้น ในประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลางจะมีอัตราภาวน้ำหนักตัวเกินมากกว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางระดับต่ำถึงสองเท่า ส่วนโรคอ้วนจะมีความแตกต่างรายได้ คือ ร้อยละ 24 ในประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลางระดับสูง และร้อยละ 7 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางระดับต่ำ เพศหญิงจะอ้วนมากกว่าเพศชายเป็นสองเท่าในประเทศส่วนใหญ่ สำหรับในประเทศที่มีรายได้สูง เพศชายและเพศหญิงจะเป็นโรคอ้วนพอๆ กัน

2.4 ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาของประเทศที่มีรายได้ปานกลางเป็น

ส่วนใหญ่ และมีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากแรงผลักดันจากเครือข่ายบริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่เชื่อมโยงไปทั่วโลกที่มีกิจกรรมทั้งการตลาด ทั้งการเมือง รวมทั้งใช้กลไกทางกฎหมายในการกดดันประเทศต่างๆ ที่การคุ้มครองประชาชนยังไม่เข้มแข็งพอ

ประเทศไทยมีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่อย่างเข้มแข็ง แม้ว่ารัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจะพยายามออกกฎหมายเพื่อให้บริษัทบุหรี่ ต้องแสดงภาพอันตรายจากการสูบบุหรี่บนซองบุหรี่ แต่เครือข่ายบริษัทบุหรี่ข้ามชาติก็พยายามใช้กลไกช่องว่างทางกฎหมาย รวมทั้งความเข้าใจต่อปัญหาสาธารณสุข เพื่อขัดขวางการประกาศบังคับใช้กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกและทั่วโลกต่างพากันยกย่องและสนับสนุนความพยายามของรัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้รับรางวัลในวันไม่สูบบุหรี่โลก 2013 (World No Tobacco Day 2013) ซึ่งเป็นรางวัลจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ให้แก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์) เนื่องจากมีผลงานปกป้องประชาชนไทยจากพิษภัยของบุหรี่

2.5 ปัญหาโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ว่าจะเป็นไวรัสเอชไอวี เอดส์ ไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ รวมไปถึงไวรัสไข้เลือดออกที่ยังคงก่อให้เกิดภาระโรคให้แก่ประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศพัฒนาแล้ว จากผลของโลกรวดเร็วที่มีการติดต่อสื่อสารคมนาคมกันอย่างสะดวก รวดเร็วไปทั่วโลก ทำให้โรคระบาดจากพื้นที่หนึ่ง สามารถแพร่กระจายไปทั่วประเทศ รวมทั้งทั่วโลกและยังไม่สามารถควบคุมให้ได้ผล ตลอดจนยังไม่มีหลักประกันใดๆ ที่จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าจะไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นอีก ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำจากกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสและเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด จะเป็นปัญหาสำคัญของโลกในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ๆ ที่มีความรุนแรงระบอบอย่างรวดเร็ว เป็นครั้งคราว นอกเหนือจากการระบาดจากคนไปสู่คนแล้วยังมีการแพร่ระบาดจากสัตว์มาสู่คน เช่น ไข้หวัดนก ทั้งสายพันธุ์เดิมที่กลายเป็นโรคประจำถิ่นในบางพื้นที่และสายพันธุ์ใหม่

2.6 การแพร่ระบาดของเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้ออื่นๆ ที่เคยควบคุมกำกับได้ในบางพื้นที่ กลับแพร่ระบาดเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในพื้นที่ซึ่งเคยควบคุมกำกับได้ เนื่องจากผลของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น วัณโรคที่เริ่มกลายเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศไทย เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อไวรัส HIV/AIDS และการอพยพของแรงงานต่างชาตินอกจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในประเทศไทย รวมทั้งยังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ เนื่องจากการให้บริการของศูนย์บริการทางการแพทย์ (Medical Hub) แก่ชาวอินโดนีเซีย เป็นต้น

การระบาดของโรคอาจกลายเป็นปัญหาใหญ่ในระดับภูมิภาค เช่น กรณีเชื้อวัณโรคคือยาหลายชนิด (Multidrug Resistant Tuberculosis) ที่กำลังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นบริเวณชายแดนไทยพม่า รวมทั้งมาลาเรียดื้อยา (Artemisinin Resistant Malaria) และกำลังเป็นปัญหาบริเวณชายแดนไทยพม่า ไทยกัมพูชาและกัมพูชา เวียดนาม

2.7 ปัญหาการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชาคมยุโรป ซึ่งใช้งบประมาณเฉลี่ยของประเทศสมาชิกจำนวนร้อยละ 8 ของรายได้ประชาชาติ (GDP) เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ใน ค.ศ.2000 ได้มีการประมาณการว่าจะต้องใช้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ใน ค.ศ.2030 เนื่องจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ ร่วมกับค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีและยาใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาล การวิจัยและพัฒนาที่ใช้งบประมาณมหาศาล

ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลบางแห่งในประเทศอังกฤษต้องใช้วิธีให้บุคลากรวิชาชีพสาธารณสุข ออกจากงานและลดจำนวนการผ่าตัดลงเนื่องจากถูกตัดงบประมาณ

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นตัวอย่างสำคัญของปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่กำลังสูงขึ้น เนื่องจาก สหรัฐอเมริกาใช้งบประมาณด้านสุขภาพสูงที่สุดในโลก คือ มากกว่าร้อยละ 16 ของรายได้ประชาชาติ (GDP) ต่อปี และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นประมาณปีละร้อยละ 3 ทุกปี ขณะที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลับเป็น ตรงกันข้าม สหรัฐอเมริกามีอายุคาดเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้ว อัตราตายทารกและเด็ก รวมทั้งอัตราป่วย ด้วยโรคมะเร็งและโรคหัวใจ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วในระดับเดียวกันทั้งหมด อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันน้อย ประเทศ ที่ใช้งบประมาณด้านบริการสาธารณสุขน้อยกลับมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่า ได้แก่ ประเทศรัสเซียที่มีแพทย์และ จำนวนเตียงในโรงพยาบาลต่อประชากรมากกว่าประเทศชิลี แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำกว่าในทุกมิติ

2.8) ปัญหาสิ่งแวดล้อมถูกทำลายส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมาในระดับของการทำลายสิ่งแวดล้อม เป็นเพียงระดับพื้นที่ ได้แก่ อำเภอ จังหวัด หรือจำกัดขอบเขตอยู่ภายในประเทศ การปลดปล่อยสารพิษ เช่น สารปรอทจากโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่สิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดโรคมินามาตะในญี่ปุ่น แต่ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ กำลังเกิดขึ้นระดับโลกและกำลังจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคตอย่างมาก คือ ปัญหาโลกร้อน ผลกระทบนี้ จะก่อให้เกิดปัญหาไปทั่วโลกและจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความสำเร็จของสุขภาพถ้วนหน้า ความแห้งแล้ง และการขาดแคลนน้ำจะเกิดขึ้นหลายพื้นที่ในประเทศจีนและแอฟริกา เนื่องจากภาวะโลกร้อน ซึ่งจะก่อให้เกิด ผลผลิตด้านเกษตรกรรมตกต่ำและเกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการตามมา ร่วมกันกับปัญหาเศรษฐกิจในบางประเทศ ภาวะดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรโลกและโรคต่างๆ ที่จะมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นหนีจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบทางลบไปสู่พื้นที่อื่นๆ ทำให้โรคติดต่อที่เคยอยู่เฉพาะถิ่น กระจายไปอย่างกว้างขวาง

3. แนวทางการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า

ปัจจัยปัญหาดังกล่าวมาแล้วตอนต้น สรุปเป็นภาพรวมได้ว่าปัญหาสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม ล้วนแต่เป็นปัญหาท้าทายต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของ ประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในการแก้ปัญหาที่ท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่ ในเชิงวิทยาศาสตร์และเชิงปรัชญาอย่างกว้างขวาง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้สร้างความเป็นไปได้ต่อการบรรลุเป้าหมาย สุขภาพดีถ้วนหน้าในอนาคต ตามเป้าหมายสังคมขององค์การอนามัยโลกที่ประกาศไว้ เมื่อปี ค.ศ.1978 (พ.ศ. 2521) สรุปการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ให้สอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

1) สร้างความร่วมมือร่วมใจของประชาชนทุกคนในชุมชนให้ดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของชุมชนกล่าวคือ “ทุกคนร่วมสร้างสุขภาพ” (All for Health) เพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วน หน้า (Health for All)”

2) สร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างสาขาการพัฒนาทั้งด้านสาธารณสุข สังคม วัฒนธรรม ศาสนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและสิ่งแวดล้อม

3) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยการและเทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) สำหรับองค์กรชุมชน เช่น อสม. องค์กรปกครองท้องถิ่นและบุคลากรหน่วยงานในเครือข่ายความร่วมมือ

4) ปฏิรูประบบงานโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงานในเครือข่ายความร่วมมือ ระหว่างสาขาวิชาชีพ ให้มีความเชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินงานของประชาชนและองค์กรชุมชนทุกระดับ โดยเน้นงานต่อไปนี้

(1) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพ กับสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

(2) จัดให้มีและพัฒนาหอครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลกลุ่มประชาชนแบบบูรณาการทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

(3) สนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) ให้เชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับล่างและระดับบน

(4) พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพตนเองแบบบูรณาการสำหรับประชากร 5 กลุ่มวัย

(5) พัฒนาแผนสุขภาพระดับจังหวัดและบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล

(6) สนับสนุนให้เขตบริการสุขภาพสามารถติดตามประเมินผลกระทบของการดำเนินงานสุขภาพ และการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ และประสานงานระหว่างสาขาพัฒนา

(7) จัดตั้งองค์การสุขภาพและสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อกำกับและสนับสนุนการพัฒนาระหว่างสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เรื่องที่ 5.3.2 ทิศทางอนาคตของสุขภาพดีถ้วนหน้า (Future Health for All) สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage)

ความเป็นมา

วิสัยทัศน์สุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลกที่ประเทศต่างๆ เห็นพ้องด้วย ยังเป็นเป้าหมายที่อยู่ห่างไกล เนื่องจากปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจนองค์การสุขภาพต้องปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อติดตามให้ทันปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น แนวโน้มในอนาคตที่กลายเป็นกระแสหลัก เพื่อนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าที่เริ่มต้นชัด คือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังคำกล่าวของ ดร.มากาเร็ต ชาวผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 66 เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2555 ดังนี้

“โรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นใหม่สามารถทำให้คนทั้งโลกหันมาร่วมมือกันได้ เพื่อที่จะช่วยกันปกป้องมนุษยชาติจากความสูญเสีย ด้วยเหตุนี้ทำให้ความร่วมมือระดับโลกในงานสาธารณสุขโดดเด่นจากเรื่องอื่น ทั้งการสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดคุณค่าและมุ่งเน้นไปในเรื่องที่มีความสำคัญ ระดับรากหญ้าได้รับประโยชน์ทั่วกันอย่างเต็มที่ คือร่วมกันผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีคุณค่ามาก เพราะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีที่สุดสำหรับทุกคน ทุกระดับ ทุกฐานะ ควรจะต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามความจำเป็น โดยไม่มีข้อจำกัดด้านการเงิน”

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยเริ่มต้นพัฒนาการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2515-2559 และโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ.2518 ซึ่งมีพัฒนาการจนครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ตามลำดับจนกลายเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทุกคน รายละเอียดตามตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 วิวัฒนาการสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปี พ.ศ.	นโยบาย โครงการ กฎหมาย	ผู้มีสิทธิ
2515	ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103	เริ่มให้การคุ้มครองผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน
2518	โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	ผู้มีรายได้น้อย
2523	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523	ข้าราชการ คู่สมรสและบุตร รวมทั้ง บิดา มารดา
2527	บัตรสุขภาพ	ผู้ซื้อบัตรและครอบครัว
2533	พระราชบัญญัติประกันสังคม	ผู้ประกันตน (ลูกจ้างสถานประกอบการ)
2535	สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ คนชรา เด็ก พระสงฆ์
2535	พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ
2537	พระราชบัญญัติเงินทดแทน	ผู้เจ็บป่วยบาดเจ็บทุพพลภาพ เสียชีวิตในงาน
2540	วิฤตเศรษฐกิจ	ขยายโครงการผู้มีรายได้น้อย
2545	โครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรค เริ่มต้น 6 จังหวัด นำร่อง ขยายไป 21 จังหวัด และทั่วประเทศ	ผู้มีสิทธิได้อยู่ภายใต้ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
2546	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ผู้มีสิทธิได้อยู่ภายใต้ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
2547	มติคณะรัฐมนตรี ให้ลงทะเบียนและมีการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพให้แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและบุตร 3 สัญชาติ รวมทั้งให้ใบอนุญาตทำงานชั่วคราว	แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ผู้ติดตามและบุตร ที่ลงทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทยมี ทร. 38/1
2552	มติคณะรัฐมนตรี ให้คุ้มครองด้านสุขภาพแก่คนกลุ่มน้อยที่ยังไม่มีสิทธิ	คนกลุ่มน้อยบริเวณชายแดน ชาวมอแกน ชาวเกาะชาวไทยภูเขา
2559	การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ	ประชากรทุกคน
2562	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ	ประชากรทุกคน

กลไกและเครื่องมือที่ทำให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า มีความสำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องสร้างขึ้นและพัฒนาให้มีศักยภาพอย่างแท้จริง กลไกและเครื่องมือดังกล่าวมีขอบเขตกว้างขวางมาก ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในวงการแพทย์และการสาธารณสุข หากแต่ครอบคลุมถึงมาตรการทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง และการปกครองในรูปแบบของการบูรณาการและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์การภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน อย่างไรก็ตาม ในที่นี้ขอกล่าวถึงกลไกการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศ

สถานการณ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากรายงานของคณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายแห่งชาติ ลงวันที่ 24 มีนาคม 2559 สรุปประเด็นปัญหาต่างๆ ด้านอภិบาลระบบสุขภาพดังนี้

1) ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีหลายระบบและไม่บูรณาการทั้งจากระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ในระบบภาษียังมีแยกย่อยเป็นระบบงบประมาณปกติ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบงบประมาณท้องถิ่น พระราชบัญญัติ ผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) รวมถึงหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ โดยการอภิบาลการคลังระบบสุขภาพแต่ละระบบย่อย มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง

2) มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลไกตลาดในระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในภูมิภาคและชนบทไม่สมดุล เนื่องจากมีเพียงสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก กลไกการซื้อขายบริการจึงทำงานได้จำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามาแทรกแซงให้เกิดการพัฒนาบริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ

3) กระทรวงสาธารณสุขโดยพันธกิจตามกฎหมายเป็นองค์กรรัฐระดับชาติที่ต้องกำกับทิศทางและอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยรวม แต่เนื่องจากกระทรวงเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ของประเทศ ทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขจึงเสมือนเป็นผู้ให้บริการ และเจรจาต่อรองกับกองทุนต่างๆ ในเรื่องค่าบริการมิได้ดำเนินการตามพันธกิจที่ควรจะเป็นในการอภิบาลระบบสุขภาพให้ไปในทิศทางเดียวกัน

4) การพิจารณาโครงสร้างการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันพบว่า มีช่องว่างสำคัญ คือ กลไกกำกับทิศทางและการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานประมาณดำเนินบทบาทเพียงการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่จำกัดในแต่ละปีให้แก่กระทรวง ทบวงกรมต่างๆ ในขณะที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินก็มุ่งตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริตเป็นสำคัญ แม้ทุกระบบต้องรายงาน ต่อรัฐบาลและรัฐสภา แต่ไม่มีกลไกใดที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศ รวมถึงการวางแผนระยะยาวและกำกับระบบให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพโดยรวม

5) ประเทศไทยขาดกลไกบูรณาการนโยบายระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมทุกกระทรวง หน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน รวมทั้งการอภิบาลระบบ กำกับติดตามการดำเนินการจัดระบบสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ส่งผลทำให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยในภาพรวมยังขาดประสิทธิภาพความเป็นธรรม และมีความเสี่ยงในระยะยาวเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลกระทบมหภาคทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจจากนโยบายสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงานที่ไม่มีการประสานงานในระดับนโยบายอย่างเป็นเอกภาพ การที่มีสถานพยาบาลรัฐหลายสังกัดและสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้บูรณาการ จัดบริการกลไกราคาที่เหมาะสม ทำให้มีปัญหาการกระจายสถานพยาบาล ระบบส่งต่อและมีการลงทุนเครื่องมือ ราคาแพงซ้ำซ้อนขนาดประสิทธิภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

6) ปัญหาการไม่สมดุลกันระหว่างการสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพกับการจัดบริการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูป เสนอให้มีการจัดทำกลไกอภิบาลระบบสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ครอบคลุมทั้งการวางแผนการจัดระบบบริการและการคลังสุขภาพ เพื่อให้มาตรการที่ดำเนินการ มีความสอดคล้องกัน โดยการวางแผนการจัดระบบสุขภาพครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องเป็นการดำเนินการร่วมกันของรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและหน่วยงานเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) มีทิศทางและเอกภาพในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ
- 2) ลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ โดยผ่านกลไกบูรณาการทรัพยากรทั้งแหล่งเงิน กำลังคน อุปกรณ์ ที่ระดับเขตสุขภาพ
- 3) แยกบทบาทของฝ่ายกำกับนโยบาย (Regulator) กับฝ่ายปฏิบัติ (Operator) ให้ชัดเจน
- 4) กระจายอำนาจการจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหา บริบทของ ประชาชนในแต่ละพื้นที่
- 5) มีกลไกส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งจากผู้ใช้บริการ ภาคประชาชนทั่วไป หรือผู้ให้บริการทุกสังกัด รวมทั้งผู้บริหารกองทุน
- 6) วางระบบตรวจสอบและระบบธรรมาภิบาล

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว ควรจัดตั้งคณะกรรมการ นโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการอภิบาลระบบบริการสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ประกอบด้วยคณะกรรมการ 3 ระดับ คือ

- 1) คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) เป็นกลไกอภิบาล ระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ
- 2) คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board) เป็นกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพระดับเขต พื้นที่

3) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด (Provincial Health Promotion and Disease Prevention Board) เป็นกลไกอภิบาลระบบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด

กล่าวโดยสรุป หากประเทศไทยสร้างพัฒนาการและเครื่องมือในการปฏิรูประบบสุขภาพและสาธารณสุข ทั้งระบบดังกล่าว พร้อมกับการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือบูรณาการเชื่อมโยงภาคส่วนสุขภาพและสาธารณสุข กับภาคส่วนสังคม เศรษฐกิจพอเพียง สิ่งแวดล้อม การเมืองและการปกครอง รวมทั้งวัฒนธรรมและศาสนธรรม ย่อมมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในอนาคต

เรื่องที่ 5.3.3 รวมพลังสร้างสุขภาพ (Future All For Health)

1. ประสบการณ์การรวมพลังสร้างสุขภาพของประเทศไทย

1.1 เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี ค.ศ.2000 ด้วยกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน

การรวมพลังสร้างสุขภาพอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นครั้งแรก เพื่อให้เป็นกลไกและเครื่องมือดำเนินการสนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี ค.ศ.2000 เป็นเป้าหมายทางสังคมขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสมัชชาองค์การอนามัยโลกได้มีมติให้กำหนดขึ้นในปี ค.ศ.1977 (2520) โดยประกาศอัลมาตา ในปี พ.ศ.2521 (ค.ศ. 1978) กำหนดให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีหลักในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยได้ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังในปี 2522 เป็นต้นมา ในช่วงเวลาของแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)

1.2 หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

- 1) ชุมชนร่วมมือและดำเนินการเอง (Community Involvement)
 - 2) ทุกภาคส่วนระหว่างสาขาพัฒนาร่วมดำเนินงานและประสานงาน (Inter-Sectoral Co-Operation and Co-Ordination)
 - 3) ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology)
 - 4) ปรับโครงสร้างระบบสาธารณสุขพื้นฐานใหม่ (Re-Orientation of Health Infrastructure)
- ให้เชื่อมโยงและสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน

1.3 หลักปฏิบัติของการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่

- 1) กรรมการในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการหมู่บ้านหรือคณะกรรมการชุมชน มีหน้าที่บริหารจัดการโครงการ กิจกรรมและประสานงานกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่
- 2) กำลังคน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนทุกคนร่วมมือกันดำเนินงาน
- 3) กองทุน ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้าน กองทุนยาประจำหมู่บ้าน กองทุนอาหาร กองทุนสุขภาพิบาล เป็นต้น เพื่อระดมทุนจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านหรือชุมชน

1.4 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายระดับชาติมีองค์ประกอบเริ่มต้น 8 องค์ประกอบ (อันดับ 1-8) ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ต่อมาประเทศไทยได้เพิ่มอีกครั้งแรก 2 องค์ประกอบ (อันดับ 9-10) และครั้งที่สองเพิ่ม 4 องค์ประกอบ (อันดับ 11-14) รวมเป็น 14 องค์ประกอบ ถึงปัจจุบันดังนี้

- 1) การสุศึกษา (Health Education)
- 2) โภชนาการ (Nutrition)
- 3) น้ำและการสุขาภิบาล (Water and sanitation)
- 4) สร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immunization)
- 5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Simple Treatment)

- 6) อนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health)
- 7) ป้องกันโรคประจำท้องถิ่น (Prevention of Endemic Disease)
- 8) ยาสามัญประจำบ้าน (Drug Availability)
- 9) สุขภาพจิต (Mental Health)
- 10) ทันตสุขภาพ (Dental Health)
- 11) ป้องกันโรคเอดส์ (HIV/AIDS Prevention)
- 12) อาหารและยา (Food and Drug Control)
- 13) อุบัติเหตุ (Accident Prevention)
- 14) อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)

ประเทศไทยมีประสบการณ์จากการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน 3-4 ปี จึงได้ดำเนินการรณรงค์สาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติขึ้นทั่วประเทศในปี 2526 และจัดให้มีการรณรงค์ จปฐ. ปี 2527-2528 การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) เป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่าง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงศึกษาธิการ โดยมีสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านนโยบายทั้งการรณรงค์การสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติและการรณรงค์ปี จปฐ. ใช้กลยุทธ์การรวมพลังประชาชนและหน่วยงานองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ในการดำเนินงานจึงเป็นช่วงเวลาที่เกิดการใช้กลยุทธ์ “All For Health” “ทุกคนสร้างสุขภาพ” คือ “รวมพลังสร้างสุขภาพ”

จากบทเรียนที่ได้จากการรวมพลังสร้างสุขภาพในการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานและโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยกระบวนการ จปฐ. พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ผู้นำทุกระดับ กล่าวคือ ผู้นำฝ่ายการเมือง สนับสนุนนโยบาย ผู้นำ 4 กระทรวงหลักและผู้นำสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สนับสนุนด้านการบริหารนโยบาย ผู้นำองค์กรอนามัยโลกสนับสนุนวิชาการและการพัฒนารูปแบบและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้ประเทศไทยเป็นต้นแบบ ผู้นำระดับจังหวัด สนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้นำระดับอำเภอและตำบล สนับสนุนด้านวิชาการ การถ่ายทอดองค์ความรู้ การสร้างขวัญและกำลังใจแก่กรรมการประจำหมู่บ้านและกำลังคน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน 1 คนต่อ 10-15 หลังคาเรือน ปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ องค์กรเอกชนร่วมกับทุกระดับ มีบทบาทร่วมมือร่วมใจสนับสนุนขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง

ความสำเร็จของการสาธารณสุขมูลฐาน อีกประการหนึ่ง ได้แก่ การสนับสนุนทางวิชาการและบริหารบริการสาธารณสุขโครงสร้างพื้นฐานต่อยอดสนับสนุนสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขโดยจัดให้มีโครงการพัฒนาสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายพลังสร้างสุขภาพให้กว้างขวาง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2. ทิศทางการรวมพลังสร้างสุขภาพในอนาคต

จากประสบการณ์การรวมพลังสร้างสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาประกอบกับการประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ.2560-2579 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติไทย 20 ปี ด้านสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขสามารถกำหนดทิศทางในอนาคตได้ ดังนี้

2.1 สนับสนุนให้ประเทศไทยมีนโยบายสุขภาพแห่งชาติ โดยมีคณะกรรมการกำกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบกำกับการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการสหวิชาชีพทุกสาขาพัฒนาที่เกี่ยวข้อง

2.2 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ โดยมีเนื้อหาสาระเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบวิชาการที่ใช้ในวงการแพทย์และการสาธารณสุขและรูปแบบประชาชนที่ผู้ไม่อยู่ในวงการแพทย์และสาธารณสุขก็สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและเข้าใจง่าย โดยใช้สื่อที่ทันสมัย ใช้ง่าย เป็นระบบที่ใช้เครื่องมือในครัวเรือน ที่สามารถพกพาติดตัวเคลื่อนที่ได้ง่าย

2.3 สนับสนุนและการพัฒนาศักยภาพการพึ่งตนเองทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลทุกกลุ่มวัยและครอบครัว โดยสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวได้รับการเรียนรู้เป็นผู้ดูแลสุขภาพครอบครัว (หมอประจำครอบครัว) สามารถดูแลและแนะนำสมาชิกในครอบครัว ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อยก่อนพบแพทย์หากมีความจำเป็น โดยปลูกฝังแนวความคิดของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ว่า “เจ็บป่วยคราวใด ใ้ยาสมุนไพรก่อนไปหาแพทย์”

2.4 พัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขทุกระดับแบบบูรณาการเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น

2.5 สร้างและพัฒนาเครือข่ายหน่วยงานระหว่างสาขาพัฒนางานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและองค์กรภาคเอกชนทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค เช่น หน่วยงานสาธารณสุข ศึกษา เกษตร มหาดไทย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ สมาคม สโมสรโรตารี สโมสรไลออน บริษัท ห้างร้านที่มีกองทุนคืนกำไรแก่สังคม

2.6 จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาสหวิทยาการและเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการแพทย์ผสมผสานทั้งการแผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การศาสนา การสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจพอเพียงและสิ่งแวดล้อม เพื่อประยุกต์สร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของประชาชน

2.7 พัฒนาระบบนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ

2.8 ส่งเสริมสนับสนุนความร่วมมือและประสานงานกับองค์การระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาค ระดับโลก เช่น องค์การอนามัยโลก ประชาคมอาเซียน (ASEAN) องค์การยูนิเซฟ รวมทั้งความร่วมมือระหว่างแต่ละประเทศหรือกลุ่มประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมมือกันในการป้องกันควบคุมโรคและภัยอันตรายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาระหว่างชายแดนโดยรอบของประเทศไทย

เรื่องที่ 5.3.4 เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข (Happy Thailand)

ความเป็นมา

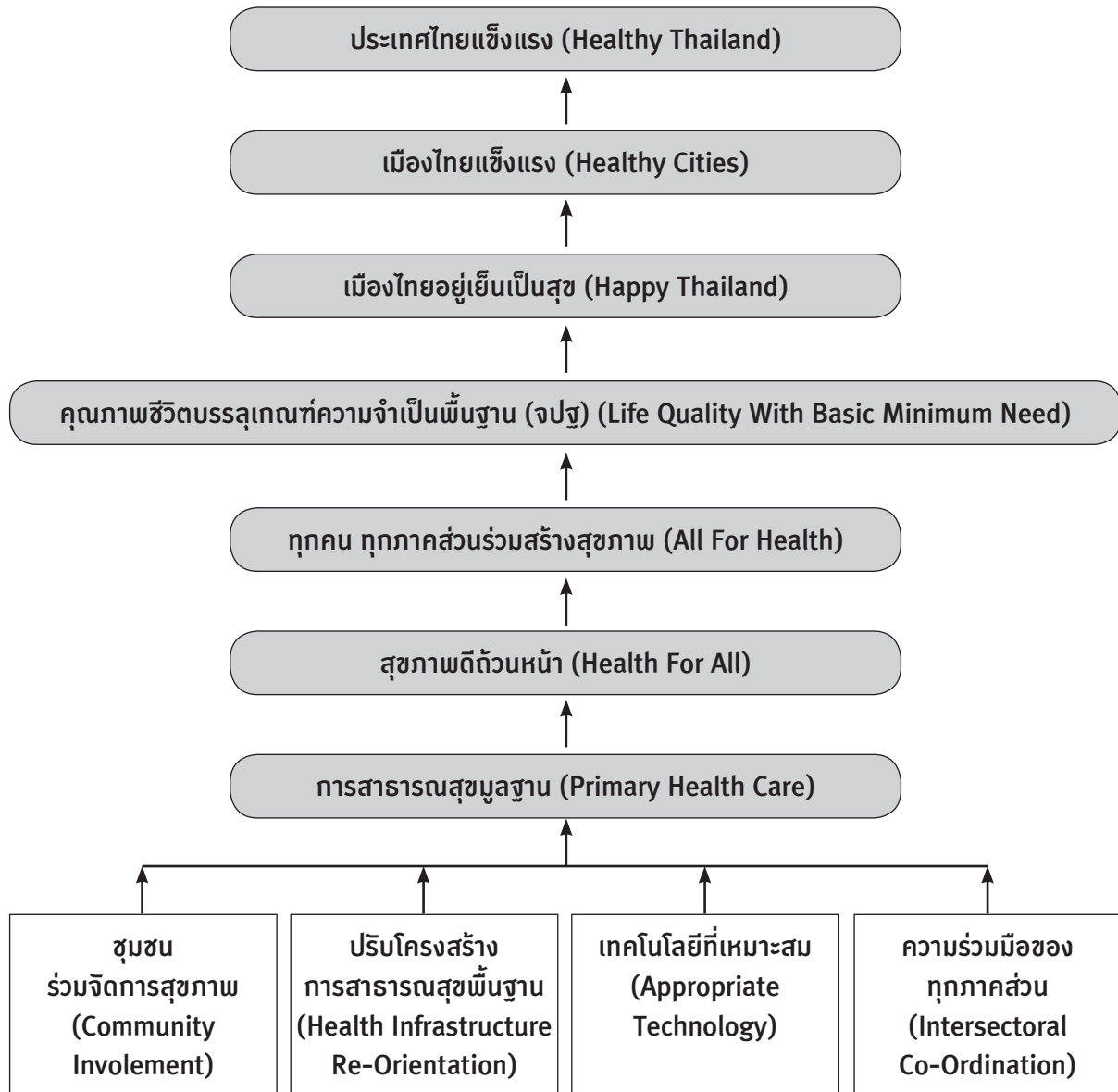
ประเทศไทยได้พัฒนาด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่เป้าหมายสูงสุดของสังคม คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ด้วยการใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลัก ต่อมาได้เน้นการบูรณาการการพัฒนาทั้งสาขาทั้ง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการพัฒนาทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้วยการใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของประชาชนและการร่วมมือของมวลประชาชนตามหลักการที่ว่า “ทุกคนร่วมมือกันเพื่อสุขภาพ (All For Health)” ประกอบกับการดำเนินการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่สนับสนุนการดำเนินงานสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543. ประเทศไทยได้มุ่งมั่นตั้งใจดำเนินงานด้วยกลวิธีและเครื่องมือต่างๆ ดังกล่าว จนเกิดวิวัฒนาการและความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นต้นแบบของการสาธารณสุขมูลฐานที่ประสบความสำเร็จอันดับต้นๆ ของโลก ได้รับความสนใจจากผู้บริหาร แพทย์และนักวิชาการสาธารณสุขเกือบทุกประเทศในโลกและได้เข้ามาศึกษาดูงานต้นแบบการสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่กว่าล้านคนทั่วประเทศ มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีการเชื่อมโยงกับการพัฒนาการสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จอีกประการหนึ่ง

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ให้ความหมายของสุขภาพดีถ้วนหน้าว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า มิได้หมายความว่าประชาชนทุกคนไม่เจ็บป่วย แต่ไม่ควรป่วยด้วยโรคที่มีวัคซีนสามารถป้องกันได้ เมื่อป่วยก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสมด้วยความเสมอภาค สุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและประกอบอาชีพดำรงชีวิตบนพื้นฐานของความพอเพียง ดังนั้นการพัฒนางานสาธารณสุขต้องดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง ตามกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกในฐานะเป็นองค์กรชำนาญพิเศษด้านสาธารณสุขขององค์การสหประชาชาติได้คิดค้นขึ้นมาตามวิวัฒนาการของโลกในแต่ละยุคสมัย สำหรับประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ใช้ คือ “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) และเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข (Happy Thailand)

ในปี 2547 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้กำหนดการสร้างเมืองไทยเข้มแข็งเป็นยุทธศาสตร์แห่งชาติ โดยกำหนดวิสัยทัศน์ “เมืองไทยแข็งแรง” และหลังจากคณะรัฐมนตรีได้กำหนดวิสัยทัศน์เมืองไทยเข้มแข็งประมาณ 1 เดือน ก็ได้กำหนดนโยบายเมืองไทยแข็งแรงไว้ดังนี้

“รัฐบาลมีนโยบายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดี พอประมาณ อย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพล อดุลยเดช รัชกาลที่ 9 มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีเป้าหมายร่วมกันในการนำพาทุกชุมชนของประเทศไทยสู่การเป็นเมืองไทยแข็งแรง ภายในปี พ.ศ.2560”

จากนโยบายเมืองไทยแข็งแรง จะเห็นว่ามีความเชื่อมโยงกันในลักษณะที่เมืองไทยจะแข็งแรงได้ถ้าเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข และได้พัฒนาจนถึงระดับเมืองไทยแข็งแรงคือ ประเทศไทยแข็งแรง ในภาพรวมจะต้องผ่านการพัฒนาสุขภาพของปัจเจกบุคคลให้ได้ผลดีตามลำดับดัง แผนภูมิที่ 5.2



แผนภูมิที่ 5.2 ลำดับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้าสู่ประเทศไทยแข็งแรง

การพัฒนาเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข

การพัฒนาต่อยอดให้เป็นเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข จำเป็นต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานต่างๆ ในอดีตควบคู่กับการวางรากฐานการพัฒนาปัจจัยต่างๆ ตามกรอบแนวคิดและนโยบายของรัฐบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยใช้ข้อริเริ่มความรู้วิชาการขั้นสูงและปรัชญาด้านสุขภาพและด้านการสาธารณสุขที่เกื้อกูลต่อการพัฒนาแต่ละเรื่อง ดังนี้

1) การแก้ไขปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุขที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันให้ลดน้อยลงหรือหมดไป หรือควบคุมให้ปัญหาลดลงจนเหลือในระดับที่ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป และดำเนินการป้องกันมิให้ปัญหาใหม่เกิดขึ้น กล่าวคือ ดำเนินการตามนโยบายที่เน้น “การสร้างสุขภาพ” นำ “การซ่อมสุขภาพ” อย่างจริงจัง เป็นรูปธรรม มั่นคงและยั่งยืน โดยดำเนินการตามยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) 5 ประการ ได้แก่ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้กิจกรรมชุมชน การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนการจัดบริการสาธารณสุขและการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพ

2) การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน กลุ่มมวลชนและสังคมพัฒนาตนเองตามแนวคิดความสุข 8 ประการของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้แก่ ความสุขร่างกาย จิตใจ สังคม ผ่อนคลาย สติปัญญา คุณธรรมจริยธรรม พอเพียงและครอบครัวอบอุ่น

3) การสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการระดมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมทั้งภาคการเมือง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ เอกชนและประชาชนมา ร่วมคิดร่วมทำอย่าง เป็นระบบเป็นรูปธรรม จริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคีเครือข่ายองค์กรพื้นที่ตำบล หมู่บ้านและชุมชน ได้แก่ หมู่บ้าน (บ.) วัด (ว.) โรงเรียน (ร.) สถานบริการสาธารณสุข (ส.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.) ภายใต้คำย่อว่า บวร.สอ.

4) การสื่อสารสาธารณะให้เกิดการรับรู้ร่วมกัน ร่วมเรียนรู้และร่วมเคลื่อนไหวผ่านสื่อต่างๆ

5) การส่งเสริมการปฏิบัติศาสนารธรรมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม สำนึกสาธารณะ ความเชื่อมั่นในตัวเอง ความรับผิดชอบต่อสังคมและยึดทางสายกลาง

6) การพัฒนาปรับเปลี่ยนการจัดบริการด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

7) การใช้มาตรการทางสังคมยึดพระราชกระแส เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาเป็นหลัก เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

8) การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and Learning Management) อย่างต่อเนื่อง

9) การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management) ให้ทันสมัย รวดเร็ว คล่องตัว ประหยัด มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

10) สร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ เช่น ประเทศเพื่อนบ้าน ประชาคมอาเซียน ประชาคมยุโรป เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายเมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข ต้องการองค์ความรู้ เทคนิควิธีการสร้างสรรค์ใหม่ ยุทธศาสตร์ใหม่หลายสาขามาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ในแต่ละช่วงเวลาและบริบทของประชาชนตามกลุ่มวัยต่างๆ อย่างเหมาะสม พอเพียง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

เรื่องที่ 5.3.5 โลกแห่งความสุข (Happy World)

ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้เชื่อมโยงผูกพันกันและกันรวมทั้งส่งผลกระทบต่อกันและกัน โรคระบาดร้ายแรงจากประเทศหนึ่งสามารถกระจายข้ามทวีปไปทั่วโลกได้ภายใน 24 ชั่วโมง อุบัติเหตุโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ประเทศรัสเซียและญี่ปุ่นไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้าน แท้จริงแล้วส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลก ประเทศแห่งความสุข (Happy Country) จึงไม่สามารถเกิดได้เพียงประเทศเดียวแต่ต้องสร้างโลกทั้งโลกให้มีความสุข (Happy World) การสร้างโลกแห่งความสุข จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศและการสุขภาพโลก เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและปัญหาที่เกี่ยวข้องทั่วโลก

ความพยายามที่จะสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อจัดการปัญหาสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีมาตลอดเวลา นับตั้งแต่มนุษย์เริ่มตระหนักถึงปัญหาสาธารณสุขและการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่สามารถส่งผ่านเชื้อโรคจากคนหนึ่งไปยังอีกหลายๆ คนได้ โดยมีจุดเริ่มต้นจากความพยายามที่จะป้องกันการติดต่อของโรคผ่านชายแดนระหว่างประเทศและวิวัฒนาการจนกลายเป็นการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ในปัจจุบันนี้ การพัฒนาดังกล่าว มีแรงขับเคลื่อน ผู้ขับเคลื่อนแนวทางดำเนินการ รวมทั้งความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนจนกลายเป็นรากฐานของการพัฒนาต่อยอดขึ้นไปจนถึงปัจจุบัน และจะยังคงมีวิวัฒนาการต่อไปอย่างไม่หยุดยั้งในอนาคต

วิวัฒนาการไปสู่โลกแห่งความสุข

1. เริ่มต้นจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องอนามัยและอนุสัญญาระหว่างประเทศ

คริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นยุคของการเตรียมการก่อตั้งองค์การระหว่างประเทศ (Kennedy 1987, 844) โดยเริ่มต้นจากการขยายตัว การแลกเปลี่ยนและการค้าระหว่างประเทศ อันเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ ก่อให้เกิดการพัฒนาการเดินทางและคมนาคมให้เจริญขึ้นอย่างมาก ขณะเดียวกัน โรค ความยากจน ความขาดแคลนเริ่มหมดไป แต่ผลข้างเคียงที่ตามมาคือ การกระจายของโรคอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว (Howard-Jones 1975) โดยที่ยังไม่มีนโยบายระดับชาติหรือแนวทางดำเนินการในการป้องกันโรคในสมัยนั้น และส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคอย่างร้ายแรง เช่น การระบาดของอหิวาตกโรค ใน ค.ศ.1821 และ 1851 ในยุโรป ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากในเมืองหลวงของประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศสและรัสเซีย การรายงานโรคและการกักกันผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อยังไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มาตรการกักกันโรคของประเทศใดๆ ที่นำมาใช้ ก็อาจกลายเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้าและก่อให้เกิดความวิตกกังวลจนไม่เป็นที่ยอมรับกันระหว่างประเทศ

การสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องแรกๆ ที่ก่อให้เกิดการประชุมนานาชาติขึ้น เพื่อหาโอกาสในการทำความตกลงร่วมกันระหว่างประเทศ (Fidler 2001) โดยเริ่มต้นในหลักการที่จะใช้นโยบายร่วมกันเพื่อจัดการกับปัญหา ร่วมกัน (on a common policy with regard to a common problem) จากนั้นก็มีการประชุมร่วมกันอีก เพื่อติดตามว่า ประเทศต่างๆ ดำเนินการอะไรไปบ้าง และปรับปรุงมาตรการการดำเนินการเหล่านั้นให้ดีขึ้นหลังการประชุมหลายครั้ง ประเทศต่างๆ ได้ตระหนักถึงหลักการความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศว่า

ปัญหาทางเทคนิคต่างๆ ด้านสาธารณสุขนั้น ต้องการผู้เชี่ยวชาญจากประเทศต่างๆ มาร่วมกันให้ความเห็นแก้ไขปัญหาพร้อมๆ กัน ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยความร่วมมือเพียงระหว่างสองประเทศเท่านั้น ดังนั้นเป้าหมายในการประชุมระหว่างประเทศจึงเป็นไปเพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันระหว่างประเทศในเรื่องที่ไม่ใช่การเมือง (WHO 1958, p. 5) การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องอนามัย (First International Sanitary Conference) เริ่มครั้งแรกใน ค.ศ. 1851 ที่กรุงปารีส (WHO 1958, 3-6) โดยมี 12 ประเทศเข้าร่วมประชุม ระยะเวลาการประชุมนานถึง 6 เดือน และเกิดข้อตกลงร่วมกัน คือเรื่อง บริการที่สำคัญสำหรับการค้าและการเดินเรือ หลังจากนั้นอีก 8 ปีต่อมา ได้มีการประชุมครั้งที่สอง ซึ่งใช้เวลานาน 5 เดือน

2. การเริ่มสถาปนาองค์การระหว่างประเทศด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการ

ในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 เริ่มมีการสถาปนาองค์การระหว่างประเทศอย่างเป็นทางการ โดยประเทศต่างๆ พากันให้ความเห็นชอบให้มีการก่อตั้ง League of Nations ขึ้นใน ค.ศ.1919 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสันติภาพและการแก้ไขปัญหาผ่านการทูตโดยมีองค์การระหว่างประเทศรองรับ (Kennedy 1987) ด้วยการสรุปบทเรียนมาจากสงครามโลกครั้งที่ 1 กลไกการทำงานเปิดเผยต่อสาธารณะ ซึ่งเชื่อกันว่าจะได้ผลดีกว่าการแอบเจรจากันเงียบๆ กิจกรรมที่สำคัญ คือ การจัดการประชุมร่วมกันเป็นระยะๆ โดยเลขานุการขององค์การระหว่างประเทศ ซึ่งมุ่งเน้นดำเนินการตามวัตถุประสงค์ขององค์กร แทนที่จะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแต่ละประเทศเช่นที่ผ่านมา (Nicolson 1969) ทั้งนี้ข้อตกลงร่วมกันที่เกิดขึ้นเป็นลำดับต้นๆ คือ ข้อบังคับที่ 23 (f) ที่กำหนดให้ทุกประเทศต้องป้องกันและควบคุมโรค ข้อกำหนดนี้กลายเป็นส่วนสำคัญที่ยอมรับกันเป็นสากล โดยทุกประเทศและทุกองค์กร นำไปสู่การจัดตั้งสันนิบาตสหประชาชาติสำนักงานสาธารณสุข League of Nations Health Office (LNHO) ในที่สุด

อย่างไรก็ตามสันนิบาตสหประชาชาติสำนักงานสาธารณสุข LNHO มีใช้องค์การระหว่างประเทศองค์กรแรก เนื่องจากใน ค.ศ.1902 ภูมิภาคอเมริกาได้ก่อกำเนิด สำนักอนามัยภูมิภาคอเมริกาขึ้น (Pan American Sanitary Bureau : PASB) ซึ่งถือเป็นการจัดตั้งองค์กรสุขภาพระหว่างประเทศแห่งแรก แต่เป็นในระดับภูมิภาค (Cueto 2007) โดยมีการประชุมหารือกันเป็นส่วนใหญ่กว่าจะมีข้อตกลงเป็นข้อกำหนดอนามัยภูมิภาคอเมริกา (Pan American Sanitary Code) ซึ่งมีประเทศต่างๆ ลงนามถึง 21 ประเทศ นอกจากนั้น ใน ค.ศ. 1907 ยังมีการจัดตั้ง International office of Public Hygiene (OIHP) โดยประเทศต่างๆ 12 ประเทศทั้งจากยุโรป อเมริกา และรัสเซียอีกด้วย

องค์การระหว่างประเทศที่เกิดขึ้น มีเอกชนที่จัดตั้งกองทุนต่างๆ เช่น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ที่จัดตั้งขึ้นใน ค.ศ.1913 และได้ทำงานระหว่างประเทศด้านสุขภาพร่วมกับ LNHO มาตลอด รวมทั้งมีการจัดตั้งแผนกสาธารณสุขระหว่างประเทศขึ้นที่สำนักงานใหญ่ในนิวยอร์กเมื่อ ค.ศ.1928 โดยมีกิจกรรมในการปฏิบัติการโครงการด้านสุขภาพ การวิจัยพัฒนาและการศึกษามากกว่า 90 ประเทศทั่วโลก (Cueto 1994) ส่วนกาชาดสากลได้จัดตั้งกรรมการเมื่อ ค.ศ.1863 โดยเน้นจริยธรรมไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใดเป็นกลาง และได้มีการจัดตั้งองค์กรกาชาดสากลขึ้นใน ค.ศ.1919

การก่อกำเนิดองค์กรระหว่างประเทศด้านสุขภาพ ทำให้เกิดเวทีเจรจาทางการทูตเพื่อแก้ไขปัญหาที่ประเทศต่างๆ กังวลและสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประเด็นด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศจึงกลายเป็นสากลที่ทุกประเทศให้ความสำคัญและยอมรับ ตลอดจนสามารถทำความตกลงร่วมกันได้ เพื่อป้องกันโรคติดต่อและกลายมาเป็นแนวทางการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก

3. องค์การอนามัยโลก บทบาทการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก

ปลายศตวรรษที่ 20 หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทุกประเทศตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือระหว่างประเทศต่างๆ จากทุกฝ่าย การประชุมที่ซานฟรานซิสโกเพื่อก่อตั้งสหประชาชาติใน ค.ศ.1945 มีผู้แทนจาก 46 ประเทศ ที่ประชุมร่วมกันเห็นชอบที่จะก่อตั้งองค์กรระหว่างประเทศพิเศษด้านสุขภาพขึ้นตามข้อเสนอของประเทศบราซิลและจีน (Birn et al. 2009) ในการประชุมสามัญสหประชาชาติ ที่ประชุมตกลงให้มีการจัดตั้งองค์กรนี้โดยรวมพันธกิจทั้ง OIHP และ LNHO ไว้ด้วยกันเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ ที่มีองค์การการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศเพียงหนึ่งเดียว เพื่อให้องค์กรนี้เข้มแข็งและปลอดภัยจากการเมือง ภายในองค์การสหประชาชาติ จึงถูกกำหนดให้เป็นหน่วยงานด้านเทคนิคเฉพาะ ซึ่งมีองค์กรแยกต่างหากจากการบริหารจัดการขององค์การสหประชาชาติที่เป็นองค์กรแม่ การปฏิวัติการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก เพื่อนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสาธารณสุข ประเทศต่างๆ ตระหนักดีว่า การแพทย์เป็นเสาหลักหนึ่งที่มีความสำคัญของสันติภาพ (WHO 1958)

การประชุมเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 1948 ที่นิวยอร์ก สมาชิกองค์การสหประชาชาติ 51 ประเทศและประเทศที่ยังไม่เป็นสมาชิกอีก 13 ประเทศอยู่ในฐานะที่ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ได้รับเชิญ เช่น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์และองค์การกาชาดสากล ตลอดจนอดีตเจ้าหน้าที่ของ LNHO และ OIHP ร่วมกันประชุมเป็นเวลาเดือนครึ่ง เพื่อร่างธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกให้สำเร็จ โดยมีโทมัส พาร์เรน ศัลยแพทย์ทั่วไปเป็นประธาน ประเทศต่างๆ 61 ประเทศให้การรับรอง โดยมีสองประเทศแรก คือ อังกฤษและจีนลงนามเป็นสมาชิกทันที

ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกถูกบังคับใช้ใน ค.ศ.1948 โดยองค์การอนามัยโลกมีหน้าที่เป็นองค์กรกำหนดทิศทางและประสานงานการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก สมาชิกประกอบด้วยประเทศต่างๆ ซึ่งมีสิทธิและเสียงเท่าเทียมกัน ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกเป็นศูนย์กลางของการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ตั้งแต่การประชุมครั้งแรกที่เจนีวาในวันที่ 24 มิถุนายน 1948 สำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลกสร้างขึ้นที่เจนีวาเสร็จพร้อมใช้งาน เมื่อ ค.ศ. 1960 ในแต่ละปีจะมีการประชุมประจำปีขององค์การอนามัยโลกโดยมีผู้แทนจากประเทศสมาชิก ซึ่งมีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขรวมทั้งเป็นตัวแทนผู้บริหารสาธารณสุขระดับประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขและผู้สังเกตการณ์จำนวนมากจากองค์กรพิเศษต่างๆ

หลังจากนั้นเป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกกลายเป็นองค์กรหลักด้านเทคนิคในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ที่ได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิกทั้งหมด รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ทั่วโลกด้วย

ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก

ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ตกลงในการประกาศธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตร สหประชาชาติ (United Nations) ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกมีหลักการที่เป็นพื้นฐานของความสุข (Happiness) ความสัมพันธ์สมัครสมานสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmonious Relations) และความปลอดภัย (Security) ของประชาชนทุกคน ดังนี้

1. สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจและความเป็นอยู่ในสังคมและมีใช้เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น
2. ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะมีสุขภาพที่ได้มาตรฐานสูงสุด โดยปราศจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง ภาวะเศรษฐกิจหรือสังคม และวัฒนธรรม
3. สุขภาพของประชาชนทุกคนเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้เกิดมีความสงบและปลอดภัย ขึ้นอยู่กับการร่วมมืออย่างเต็มที่ของปัจเจกบุคคลทุกคนและประเทศของตน
4. ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สุขภาพของประเทศหนึ่ง ย่อมมีคุณค่าต่อประเทศอื่นๆ ทุกประเทศ
5. ประเทศที่ไม่พัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อย่อมเป็นอันตรายร่วมกันของทุกประเทศ
6. การเจริญเติบโตของเด็กให้มีสุขภาพดี มีความสำคัญพื้นฐานความสามารถในการมีชีวิตอยู่อย่างสามัคคีกลมกลืน ภายใต้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตของเด็ก
7. การขยายประโยชน์ของความรู้ด้านการแพทย์ จิตวิทยาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับประชาชนทุกคน มีความจำเป็นต่อการมีสุขภาพสูงสุด
8. ความคิดเห็นและความร่วมมือของสังคม มีความสำคัญสูงสุด ต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน
9. รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะบรรลุเป้าหมายได้ด้วยการใช้มาตรการทางสุขภาพและทางสังคม

องค์การอนามัยโลกได้จัดโครงสร้างองค์การบริหารเป็นสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ สำนักงานภูมิภาคเขต 6 เขต และสำนักงานผู้แทนประจำประเทศสมาชิก สำหรับประเทศไทย ขึ้นอยู่กับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีสำนักงานผู้แทนประเทศไทยตั้งอยู่ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

บทบาทขององค์การอนามัยโลกในฐานะเป็นองค์กรชำนาญพิเศษด้านสาธารณสุขขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านแนะนำทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศสมาชิก สนับสนุนด้านวิชาการตามแผนงานโครงการที่มีลำดับความสำคัญสูง ส่วนการสนับสนุนงบประมาณมีเพียงจำนวนเล็กน้อย เพื่อช่วยในการริเริ่มแต่อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้สนับสนุนงานขององค์การอนามัยโลกอย่างมีนัยสำคัญเป็นต้นแบบของการพัฒนาสุขภาพและควบคุมโรคหลายประการและได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกเป็นอย่างดี มีความร่วมมือประสานงานกับองค์การอนามัยอย่างใกล้ชิด เป็นพันธมิตรที่ดีต่อกัน

กล่าวโดยสรุป โลกแห่งความสุข (Happy World) มีความเป็นไปได้จากการนำหลักการ 9 ประการของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก มาประยุกต์ตามบทบาท และความรับผิดชอบของประเทศสมาชิก องค์การอนามัยโลก องค์การระหว่างประเทศในเครือสหประชาชาติ รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศสมาชิก ในการสื่อสารสัมพันธ์สู่ประชาชนทุกหมู่เหล่า ทุกพื้นที่ของโลกเป็นลำดับๆ ไป

ตอนที่ 5.4

รวมพลังสร้างสุขภาพในอนาคตสู่การพัฒนายั่งยืน (Sustainable Development: SDUN)

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิด และวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.4 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 5.4.1 ความหมายและแนวคิดของการพัฒนายั่งยืน
- 5.4.2 เป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาศาสตร์สหวิชาชีพเพื่อลดความยากจน
- 5.4.3 เป้าหมายและตัวชี้วัดขององค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวคิด

1. การพัฒนายั่งยืน หมายถึง การพัฒนาที่สามารถตอบสนองความต้องการของคนรุ่นปัจจุบัน โดยไม่ทำให้ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของคนรุ่นต่อไปต้องลดลง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
2. เป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาศาสตร์สหวิชาชีพเป็นเป้าหมายที่สมัชชาองค์การสหประชาชาติมีมติกำหนดให้ประเทศสมาชิกร่วมกันผลักดันตามกำหนดการให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ทุกประเทศสามารถลดความยากจนได้ทั้งหมดภายในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015)
3. เป้าหมายและตัวชี้วัดเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นเป้าหมายที่สมัชชาองค์การสหประชาชาติมีมติกำหนดให้ประเทศสมาชิกร่วมกันผลักดันตามกำหนดการให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้ทุกประเทศประสบความสำเร็จเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งหมดภายในปี พ.ศ.2572 (ค.ศ. 2030)

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 5.4 จบแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายซึ่งต่อไปนี้ได้

1. อธิบายแนวคิดของการพัฒนายั่งยืน
2. อธิบายเป้าหมายและตัวชี้วัดของการพัฒนาศาสตร์สหวิชาชีพ เพื่อลดความยากจน
3. อธิบายเป้าหมายและตัวชี้วัดขององค์การสหประชาชาติ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

เรื่องที่ 5.4.1 ความหมายและแนวคิดของการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความเป็นมา

องค์การสหประชาชาติ (United Nations-UN) ซึ่งเป็นองค์การระหว่างประเทศสูงสุด มีประเทศต่างๆ ทั่วโลกเป็นสมาชิกร่วมกันจัดตั้งขึ้นเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ.2485 (ค.ศ.1942) ได้ดำเนินการตามกฎบัตรสหประชาชาติ ในการซึ่งนำประเทศสมาชิกในการพัฒนาตนเองและร่วมมือกันพัฒนาและขจัดปัญหาของโลก รวมทั้งกำกับดูแล องค์การชำนาญพิเศษระหว่างประเทศในเครือข่าย เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติได้ประกาศ สหพันธรัฐขององค์การสหประชาชาติในวันที่ 6-8 กันยายน พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) แสดงความมุ่งมั่นที่จะสร้างความ เป็นหุ้นส่วนกันทั่วโลกเพื่อลดความยากจน ภายในปี พ.ศ.2515 เป็นเป้าหมายการพัฒนาสหพันธรัฐ (Millennium Development Goals-MDG) ที่ถือเป็นความมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้ลดความยากจนที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ของโลก ประเทศสมาชิกได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด สหพันธรัฐ มีความก้าวหน้า หลายประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่ประชาชนยากจนที่สุด ในพื้นที่เข้าถึงได้ยากมากที่สุด

เมื่อครบกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสหพันธรัฐในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) แล้ว สมัชชาขององค์การ สหประชาชาติได้มีการประชุม เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDG) เป็นการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

ความหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำว่าพัฒนาที่ยั่งยืนได้มีการใช้ครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2530 (ค.ศ.1987) คณะกรรมการธิการโลกว่า ด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาของสหประชาชาติ (United Nation's World Commission on Environment and Development) บรุนท์แลนด์ (The Bruntland Commission) ได้ให้คำนิยามของการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ “การพัฒนาที่สามารถตอบสนองความต้องการของคนรุ่นปัจจุบันโดยไม่ทำให้ความสามารถให้การตอบสนอง ความต้องการของคนรุ่นต่อไปต้องลดลง”

ได้มีผู้ให้คำนิยามของการพัฒนาที่ยั่งยืนไว้หลายราย เช่น เอดเววิด บาร์แบร์ (Edward Barbier) ได้ให้ความหมายว่า การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการบรรลุเป้าหมายทั้งสามองค์ประกอบให้ได้ดีที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยที่สังคมไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่สูงสุดในทุกส่วนประกอบ จึงจำเป็นต้องยอมลดเป้าหมายในบางองค์ประกอบ เพื่อให้เป้าหมายในองค์ประกอบอื่นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การจัดลำดับความสำคัญระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่จะให้องค์ประกอบใดมีลำดับความสำคัญที่สูงกว่าองค์ ประกอบอื่นๆ เช่น ถ้าให้ลำดับความสำคัญทางการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในอันดับแรก ก็อาจต้องชดเชย ด้วยการให้เป้าหมายทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมลดลง แต่อย่างไรก็ตามในทุกๆ คำนิยามของการพัฒนาที่ยั่งยืน มีจุดเน้นร่วมกันว่า หมายถึง การปรับปรุงคุณภาพชีวิตมนุษย์ภายใต้ศักยภาพของระบบนิเวศวิทยาของโลก

แนวคิดของการพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวคิดของการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นการสะท้อนความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและหลักการของกฎบัตรสหประชาชาติ ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1. การดำเนินการสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน จะทำให้เกิดการร่วมมือระหว่างประเทศในการที่จะแก้ปัญหาทั้งภายในและระหว่างประเทศ ในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ศาสนธรรมและมนุษยธรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

2. ส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพสิทธิมนุษยชน อิสรภาพ ความยุติธรรม ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน

3. เป็นศูนย์กลางสำหรับประสานการดำเนินการของประชาชนทั้งปวง ในอันที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

4. ส่งเสริมสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ มีความสัมพันธ์ สันติภาพ สันติสุขและความมั่นคงของประเทศและระหว่างประเทศ

5. ประเทศสมาชิกทั้งปวงได้รับการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการระหว่างประเทศสมาชิกและระหว่างประเทศสมาชิกกับองค์การสหประชาชาติ

6. เป็นการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนมากำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด แผนงานโครงการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศของตนตลอดช่วงเวลาของการพัฒนาจนถึงปี 2573

7. ประชาชนของประเทศสมาชิกได้รับผลของการพัฒนาที่ยั่งยืนส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้นเป็นลำดับๆ ไป

8. ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของชาติ บรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

เรื่องที่ 5.4.2 เป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาสิทธิสตรีเพื่อลดความยากจน

ความเป็นมา

ดังได้กล่าวแล้วในตอนต้นว่า องค์การสหประชาชาติได้ประชุมผู้นำประเทศสมาชิก เมื่อวันที่ 6-8 กันยายน พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) ประกาศสิทธิสตรีครบรอบพันปี ขึ้นสู่ศตวรรษที่ 21 โดยประกาศดังกล่าว มีองค์ประกอบ 8 ประการดังนี้

1. ค่านิยมและหลักการ
2. ความสงบ ความปลอดภัย และการปราศจากอาวุธ
3. การพัฒนาและขจัดความยากจน
4. คู่ครองสิ่งแวดล้อมร่วมกัน
5. สิทธิมนุษยชน ประชาธิปไตย ธรรมภิบาล
6. คู่ครองผู้มีภาวะเสี่ยงภัย
7. สนับสนุนความจำเป็นพิเศษของชาวแอฟริกา
8. เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์การสหประชาชาติ

ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะองค์ประกอบที่ 3 คือการพัฒนาและการขจัดความยากจน

การพัฒนาและการขจัดความยากจน

เป้าหมายสูงสุดของประกาศสิทธิสตรี ได้แก่ การขจัดปัญหา ความยากจน แต่ในขั้นต้นเป็นการลดความยากจนให้ทั่วถึง ประกาศนี้ได้กำหนดวัตถุประสงค์ขององค์การสหประชาชาติ ดังนี้

1) พยายามช่วยให้ผู้ชายผู้หญิงและเด็กพ้นจากภาวะที่ยากจนขั้นแค้นที่สุดอย่างสิ้นหวังและความเป็นมนุษย์ ไร้ศักดิ์ศรี ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนสองพันล้านคน ให้ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการพัฒนาโดยทุกชีวิต ทุกเผ่าพันธุ์ ปราศจากความหวาดหวั่น

2) สร้างสิ่งแวดล้อมระดับชาติและระดับโลก ให้เกื้อกูลต่อการพัฒนาและการกวาดล้างความยากจน

3) ความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านี้ ขึ้นอยู่กับธรรมภิบาลภายในประเทศและนานาชาติ ความโปร่งใสเกี่ยวกับการเงิน การคลังและระบบการค้าขาย โดยเน้นระบบการค้าและการคลังหลายฝ่าย

4) สนใจปัญหาและอุปสรรคที่ประเทศที่กำลังเผชิญอยู่ ใช้ความพยายามในการดำเนินการกิจกรรมในระดับนานาชาติและระหว่างประเทศในการจัดการการเงิน เพื่อการพัฒนาที่จะจัดขึ้นในปี พ.ศ.2544 (ค.ศ.2001)

5) ดำเนินการสนับสนุนความจำเป็นพิเศษของประเทศที่กำลังพัฒนาโดยการเรียกร้องให้ประเทศอุตสาหกรรมให้การสนับสนุน

6) ดำเนินการกับปัญหาหนี้สินของประเทศที่กำลังพัฒนากลุ่มรายได้ต่ำและปานกลางอย่างมีประสิทธิภาพด้วยมาตรการต่างๆ ในระดับประเทศและนานาชาติโดยให้ยัดเวลานี้สินให้ยาวนานขึ้น

7) สนับสนุนการสนองความจำเป็นพิเศษของประเทศเกาะเล็กๆ ที่กำลังพัฒนา โดยเรียกร้องให้สังคมนานาชาติให้การช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นต่างๆ

8) สนับสนุนการสนองความจำเป็นพิเศษและปัญหาของประเทศเล็กๆที่พื้นแผ่นดินไม่มีทางออกทะเล โดยเรียกร้องให้ประเทศผู้ให้เงินช่วยเหลือในรูปของประเทศต่อประเทศและระหว่างประเทศ เพิ่มเงินทุนและการช่วยเหลือทางวิชาการ ในการพัฒนาทางภูมิศาสตร์โดยการปรับปรุงระบบการขนส่ง

เป้าหมายการพัฒนาที่ 8 สวรรค์เกี่ยวกับการสาธารณสุข

เป้าหมายการพัฒนาที่ 8 ประการ ในจำนวนนี้เป็นเป้าหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุข 6 เป้าหมาย ดังนี้

- เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย
- เป้าหมายที่ 2 การศึกษาขั้นพื้นฐานถ้วนหน้า (ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการสาธารณสุข)
- เป้าหมายที่ 3 ส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศและเสริมสร้างพลังสตรี (ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการสาธารณสุข)
- เป้าหมายที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก
- เป้าหมายที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์
- เป้าหมายที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาเลเรีย วัณโรคและโรคสำคัญอื่นๆ
- เป้าหมายที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
- เป้าหมายที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วน เพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

ตัวชี้วัดการพัฒนาที่ 8 สวรรค์และผลการพัฒนาระดับนานาชาติและประเทศไทย

การสร้างตัวชี้วัดการพัฒนาที่ 8 สวรรค์กลายเป็นยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์สำคัญในการผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาบางอย่างที่ไม่สามารถจัดการได้โดยประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือโดยทวิภาคีที่มีการเจรจาตกลงกันเพียงสองประเทศ อย่างไรก็ตามปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการยังคงมีอยู่ในหลายประเทศ แม้ว่ารัฐบาลของประเทศต่างๆ ให้คำมั่นว่าจะดำเนินการให้เป้าหมายการพัฒนาที่ 8 สวรรค์ (MDG) ตามตัวชี้วัดต่างๆ ให้บรรลุความสำเร็จภายใน พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) และมีการดำเนินการหลายอย่างเพื่อพัฒนาประเทศให้บรรลุตัวชี้วัดดังกล่าว ประเด็นสำคัญทางด้านสุขภาพ ตามตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 4 คือ ลดอัตราการตายในเด็ก ซึ่งข้อมูลจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกชี้ให้เห็นว่ายังมีเด็กเสียชีวิตอยู่ถึง 7.6 ล้านคนต่อปี ด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ และตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 5 คือการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ ซึ่งจะต้องแก้ปัญหาอัตราการตายมารดาให้ดีขึ้น นั่นเอง

ประเทศต่างๆ ให้ความสนใจในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคง การศึกษา โครงสร้างพื้นฐาน เช่น สาธารณูปโภคและน้ำ ขณะเดียวกันในส่วนสาธารณสุขสนใจการรักษาพยาบาล โรคเฉพาะที่สังคมตระหนักว่าเป็นปัญหา เช่น โรคเอดส์ วัณโรค ขณะที่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ซึ่งจะลดการตายในเด็กและมารดา กลายเป็นปัญหาที่ให้ความสนใจน้อย เด็กและมารดาจำนวนมากจึงต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ในประเทศต่างๆ ที่ไม่ให้ความสนใจกับปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนี้ การตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ 8 สวรรค์ โดยกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการทำให้ประเทศต่างๆ และสังคมโลก ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศหันมาให้ความสนใจประเด็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ไม่ยาก เช่น ปัญหาการตายและเด็ก รวมทั้งเทคโนโลยี

ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พร้อมสำหรับแก้ไขปัญหาดังกล่าว การร่วมกันผลักดันในภาพรวมระดับโลกจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาประเทศให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาที่สพรชงานสาธารณสุข ซึ่งเน้นตัวชี้วัดที่สามารถบรรลุได้ร่วมกัน

กระทรวงสาธารณสุขไทยได้นำหลักการพัฒนาที่สพรชมาประยุกต์ใช้โดยกำหนดประเด็นพัฒนา 4 ประเด็น ได้แก่ สุขภาพสตรีมีครรภ์และสุขภาพเด็ก โรคเอดส์ มาลาเรีย วัณโรคและโรคหัวใจ แต่ละประเด็นได้กำหนดเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัดเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทของการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย

เรื่องที่ 5.4.3 เป้าหมายและตัวชี้วัดขององค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ความเป็นมา

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals-SDG) 17 เป้าหมาย 169 ตัวชี้วัด ดังกล่าวแล้ว ซึ่งเป็นการร่วมกันดำเนินการในทุกคน ทุกภาคส่วน ทุกประเทศในกลุ่มประเทศสมาชิก เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้ถือเป็นความมุ่งมั่นที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือโดยนัย คือการสร้างสันติภาพ เสรีภาพให้แก่มนุษยชาติอย่างยั่งยืน ซึ่งถือเป็นวิสัยทัศน์ของโลกในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030) ที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์

ยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนที่กำหนดขึ้น มุ่งเน้นการดำเนินการโดยเป็นหุ้นส่วนร่วมกันของทุกคน ทุกภาคส่วน ทุกประเทศ ถือว่ามีความชัดเจนกว่ายุทธศาสตร์เพื่อบรรลุเป้าหมายสหประชาชาติเพื่อลดความยากจน รวมทั้งมีบูรณาการทั้งในส่วนของประชาชน โลกและความสุขสมบูรณ์หรือสมดุลระหว่างมิติด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ตลอดจนการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการร่วมมือและการบูรณาการมิติต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นการสรุปทริเพิลยูทธศาสตร์ให้พัฒนาขึ้นไปจากการพัฒนาที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด เป้าหมายที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้ง 17 เป้าหมาย มีความชัดเจนและครอบคลุมมิติที่หลากหลายกว้างขวางกว่าเป้าหมายการพัฒนาสหประชาชาติ

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทุกสาขาการพัฒนา

เมื่อเดือนสิงหาคม 2558 (ค.ศ.2015) ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ 193 ประเทศตกลงที่จะปฏิบัติตาม 17 เป้าหมายดังนี้

1. ขจัด **ความยากจน** ขจัดความยากจนไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใดหรือที่ใด
2. ขจัด **ความอดอยาก** ยุติความหิวโหย บรรลุเป้าหมายความมั่นคงทางอาหาร การปรับปรุงด้านการโภชนาการและส่งเสริมการเกษตรแบบยั่งยืน
3. **สุขภาพที่ดี** ทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาพในการดำรงชีพและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงอายุ
4. **การศึกษาที่มีคุณภาพ** ทำให้แน่ใจได้ว่าการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และส่งเสริมโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีพแก่ทุกๆ คน
5. **ความเท่าเทียมกันทางเพศ** บรรลุถึงความเท่าเทียมกันทางเพศ ส่งเสริมพลังของสตรีและเด็กหญิงทุกคน
6. **น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล** ทำให้มั่นใจว่าจะมีการจัดการน้ำและสุขาภิบาลที่ยั่งยืนสำหรับทุกคน
7. **พลังงานที่ไม่มีวันหมดในราคาที่ซื้อได้** ทำให้มั่นใจว่าทุกคนจะสามารถเข้าถึงพลังงานที่มีราคาซื้อได้มั่นใจได้ ยั่งยืนและทันสมัย
8. **อาชีพและเศรษฐกิจที่ดี** ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและยั่งยืนส่งเสริมศักยภาพการทำให้เกิดอาชีพ การจ้างงานอย่างถ้วนหน้า เป็นธรรมและงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน
9. **นวัตกรรมและโครงสร้างพื้นฐานที่ดี** สร้างโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการอุตสาหกรรมที่ยั่งยืน ทัวถึงและสนับสนุนนวัตกรรม

10. ลดความไม่เท่าเทียม ลดความไม่เท่าเทียมกันทั้งภายในและระหว่างประเทศ
11. เมืองและชุมชนที่ยั่งยืน ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย ทัวถึง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน
12. การใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืนและรับผิดชอบ ทำให้แน่ใจว่ามีการบริโภคและรูปแบบการผลิตที่ยั่งยืน
13. การปฏิบัติการเกี่ยวกับสภาพภูมิอากาศ ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
14. การใช้ทรัพยากรในมหาสมุทรอย่างยั่งยืน รักษาและใช้ทรัพยากรในมหาสมุทร ทะเลและแหล่งทรัพยากรทางน้ำอื่นๆ เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
15. การใช้ที่ดินอย่างยั่งยืน ปกป้อง บูรณะและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศนิเวศวิทยาดินและการจัดการทรัพยากรจากป่าอย่างยั่งยืน ต่อสู้กับการตัดไม้ทำลายป่า หยุดยั้งความเสื่อมโทรมของดินและการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ
16. สันติและความยุติธรรม ส่งเสริมสังคมที่มีความสงบสุข ไม่มีการแบ่งแยกเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ให้มีความยุติธรรมสำหรับทุกคนและสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่พึ่งของส่วนรวมและเป็นที่ยอมรับในทุกระดับ
17. การร่วมมือกันเพื่อ การพัฒนาอย่างยั่งยืน เสริมสร้างวิธีการปฏิบัติให้เข้มแข็งและสร้างพลังความร่วมมือกับนานาชาติเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและสุขภาพโดยตรง ได้แก่ เป้าหมายที่ 3 โดยมีรายละเอียดเป้าหมายและตัวชี้วัด ดังนี้

เป้าหมายที่ 3 สุขภาพที่ดี : สร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีสุขภาพดีและได้รับการส่งเสริมสุขภาวะตลอดทุกช่วงอายุทุกคน

เป้าหมายนี้เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาที่ยั่งยืน จุดมุ่งหมายหลัก คือการยืดอายุคาดเฉลี่ยให้ยาวนานขึ้น รวมทั้งลดโรคที่เป็นสาเหตุการตายสำคัญและพบบ่อย ตลอดจนลดการตายมารดาและเด็ก ความก้าวหน้าสำคัญที่ผ่านมาในการบรรลุความสำเร็จ คือการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงน้ำสะอาดและการมีสุขอนามัยที่ดี การลดโรคมalaria วัณโรค โรคโปลิโอและลดการกระจายและติดเชื้อของโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่ต้องพยายามต่อไปเพื่อที่จะลดโรคที่เป็นปัญหาที่ยังดำรงอยู่อีกจำนวนมาก รวมทั้งปัญหาและโรคที่อุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นแล้วและจะเกิดขึ้นตามมาอีกในอนาคต ภายใต้เป้าหมายนี้ มีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มที่ทุกคนทุกภาคส่วนและทุกประเทศต้องให้ความสำคัญร่วมกัน ได้แก่ สุขภาพเด็ก สุขภาพมารดา โรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค

ตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 : สร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีสุขภาพดีและได้รับการส่งเสริมสุขภาพตลอดทุกช่วงอายุทุกคน มีตัวชี้วัด ดังนี้

1) ลดอัตราการตายมารดาให้เหลือน้อยกว่า 100,000 คนต่อการคลอดมีชีวิตร ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ. 2030)

2) ยุติการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากโรคหรือภาวะที่ป้องกันได้ของทารกและเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี รวมทั้งทุกประเทศต้องร่วมกันลดอัตราการตายทารกแรกคลอดให้เหลือไม่เกิน 12 ต่อ 1000 การคลอดมีชีพตลอดจนอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องลดลงต่ำกว่า 25 ต่อ 1000 การคลอดมีชีพ ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030)

3) ยุติการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนอื่นๆ รวมทั้งไวรัสตับอักเสบบี โรคที่เกิดจากน้ำไม่สะอาดและโรคติดต่ออื่นๆ ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030)

4) ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง 1 ใน 3 โดยการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพที่ดี ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030)

5) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบป้องกันและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุหรือสารเสพติด ตลอดจนการดื่มสุราจนเกิดอันตราย

6) ลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020)

7) สร้างความมั่นใจว่า ประชาชนจะเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการวางแผนครอบครัว การให้คำแนะนำและการศึกษาโดยถ้วนหน้า ตลอดจนบูรณาการอนามัยเจริญพันธุ์ให้เกิดยุทธศาสตร์ชาติและมีโครงการดำเนินการระดับชาติ ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030)

8) บรรลุความสำเร็จในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง ตลอดจนสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำคัญที่มีคุณภาพ อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและได้รับยาและวัคซีนที่จำเป็นสำหรับทุกคน

9) ลดการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยจากสารเคมี อากาศและน้ำ ตลอดจนดินที่ปนเปื้อนด้วยสารพิษและมลภาวะ ภายใในปี พ.ศ.2573 (ค.ศ.2030)

10) สร้างความเข้มแข็งและดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศอย่างเหมาะสม

11) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนและยา สำหรับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งจัดหาและวัคซีนให้ประชาชนเข้าถึงได้ในราคาที่ไม่เป็นภาระ ภายใต้ประกาศตามข้อตกลงการค้าโลกเรื่องสินค้าที่มีสิทธิบัตร (TRIPS) และการสาธารณสุข ซึ่งให้สิทธิประเทศกำลังพัฒนาในการใช้ข้อตกลงนี้อย่างยืดหยุ่นให้เกิดประโยชน์ต่อการสาธารณสุข รวมทั้งให้เกิดการเข้าถึงยาโดยทั่วกัน

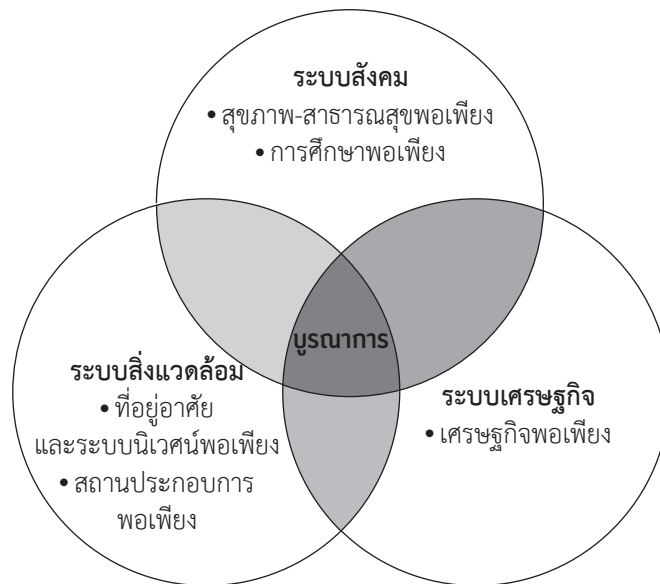
12) พัฒนาระบบการคลังสุขภาพที่ยั่งยืน รวมทั้งพัฒนาและจัดหากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาและรัฐที่เป็นเกาะห่างไกล

13) สร้างความเข้มแข็งให้ทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาให้มีความสามารถในการเตือนภัยลดความเสี่ยง บริหารจัดการปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งระดับชาติและระดับโลก

จะเห็นได้ว่า ตัวชี้วัดเหล่านี้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทุกกลุ่ม ทุกวัย รวมทั้งปกป้องความเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกผลักดันหรือส่งเสริมจากอุตสาหกรรม อันเป็นเหตุให้เกิดโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ตลอดจนอุบัติเหตุและการบาดเจ็บอีกด้วย

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

จากการศึกษาความเป็นมา เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทุกสาขารวมทั้งสาขาการสาธารณสุขและสุขภาพ ตลอดจนความหมายและความสำคัญของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข จะเห็นว่าปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ ทั้งการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขโดยตรงและการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการบูรณาการระหว่างสาขาวิชาชีพ คือ ด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาค้นคว้าหาคำความรู้และเทคโนโลยีมาสนับสนุนการพัฒนาทุกสาขาวิชาชีพตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของการพัฒนาที่ยั่งยืนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ภายใต้บริบทปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามองค์ประกอบของการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยั่งยืน ดังภาพที่ 5.3



ภาพที่ 5.3 องค์ประกอบของการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยั่งยืน

จากภาพที่ 5.3 ข้างต้น องค์ประกอบหลักของการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่ยั่งยืน ได้แก่ ความยั่งยืนของระบบหลัก 3 ระบบ คือ ระบบสังคม ซึ่งสุขภาพและการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ระบบเศรษฐกิจ ซึ่งเน้นปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ รัชกาลที่ 9 และระบบสิ่งแวดล้อมหรือระบบนิเวศน์สิ่งแวดล้อม สถานที่ประกอบการ ซึ่งทั้ง 3 ระบบหลักนี้ มีความสัมพันธ์และเกื้อกูลพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีระบบย่อยตามสภาพปัญหาสาธารณสุขความต้องการและความจำเป็นของประชาชน รวมทั้งบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ ส่วนที่เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนที่สุดที่พึงประสงค์ คือ ส่วนที่ทับซ้อนกันทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ตรงกลาง (บูรณาการ) ซึ่งถ้าซ้อน ทับ สัมพันธ์กันทั้ง 3 วงกลม จนเป็นวงกลมเดียวกันแสดงว่า องค์ประกอบทั้ง 3 มีการบูรณาการระหว่างกันและกันมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพและการสาธารณสุขมีความยั่งยืน

ตอนที่ 5.5

โลกแห่งความสุขระหว่างประเทศและสุขภาพโลกของประเทศไทยในอนาคต

โปรดอ่านหัวเรื่อง แนวคิดและวัตถุประสงค์ของตอนที่ 5.5 แล้วจึงศึกษารายละเอียดต่อไป

หัวเรื่อง

- 5.5.1 การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก
- 5.5.2 บทบาทขององค์กรและประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ
- 5.5.3 โลกหลายขั้ว (Multipolar World) ยุคแห่งความร่วมมือ (Multilateralism) และบทบาทของประเทศไทย

แนวคิด

1. กระแสโลกาภิวัตน์รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขระดับภูมิภาคและระดับโลกตลอดจน ขีดจำกัดด้านการเงินการคลังและการบริหารจัดการทรัพยากร ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก
2. ประเทศต่างๆ องค์กรระหว่างประเทศ ต่างให้ความสนใจกับปัญหาสาธารณสุขมากขึ้น รวมทั้งการสาธารณสุขกลายเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันทางการเมืองทั้งระดับชาติและระดับโลก
3. บทบาทของประเทศไทยในภาวะที่ขั้วอำนาจของโลกกระจัดกระจาย ยิ่งทำให้การสร้างความร่วมมือเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขร่วมกันเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์

เมื่อศึกษาตอนที่ 5.5 จบแล้วผู้เรียนสามารถอธิบายซึ่งต่อไปนี้ได้

1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก
2. อธิบายและยกตัวอย่าง บทบาทขององค์กรและประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ
3. อธิบายโลกหลายขั้ว ยุคแห่งความร่วมมือและบทบาทของประเทศไทย

เรื่องที่ 5.5.1 การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก

1. ปัจจัยที่เป็นเหตุของการเปลี่ยนแปลง

1.1 โลกหลังสงครามเย็น ทำให้เกิดประเทศใหม่ๆที่แตกตัวจากสหภาพโซเวียตหลายประเทศ ใน ค.ศ. 1980 ยังเกิดการระบาดของโรคติดต่อใหม่คือ HIV/AIDS ขึ้น รวมทั้งความก้าวหน้าในด้านต่างๆ และกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ผลประโยชน์ของประเทศในแง่ใหม่ๆ ขณะที่ความท้าทายการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศใหม่ๆ ทำให้การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในแบบดั้งเดิมไม่สามารถแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น โรค HIV/AIDS เป็นต้น

1.2 นับตั้งแต่มีการระบาดของโรค HIV/AIDS ก็เริ่มเป็นการส่งสัญญาณชัดเจนว่า การจัดการปัญหาสาธารณสุขในยุคใหม่นี้ไม่สามารถจำกัดวงอยู่เฉพาะเรื่องสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องทางการเมืองและต้องการการจัดการแบบสหสาขา สหวิชาชีพอีกด้วย นอกจากนี้ประเด็นด้านสุขภาพยังทวีความสำคัญมากขึ้น แสดงให้เห็นข้อจำกัดของการจัดการสาธารณสุขระหว่างประเทศในลักษณะเดิม สุขภาพเริ่มกลายเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาประเทศ ขณะที่บทบาทขององค์การอนามัยโลกในฐานะองค์กรนำของโลก การสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างวิชาชีพ การวางแผนความร่วมมือระหว่างประเทศด้านเทคนิค และการให้คำจำกัดความของมาตรฐานบริการสุขภาพ เริ่มไม่เพียงพอ

1.3 ช่วง 20 ปี ที่ผ่านมามีความท้าทายสำคัญๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอื่นๆ อันเนื่องมาจากบริบทเปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านสังคม วัฒนธรรมและเทคโนโลยี อีกทั้งความคาดหวังต่อองค์การอนามัยโลกในการแก้ปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนเหล่านี้ได้เพิ่มมากขึ้น แต่ความร่วมมือจากประเทศสมาชิกกลับมีไม่เพียงพอ เนื่องจากผลประโยชน์ของประเทศในรูปแบบต่างๆ เป็นอุปสรรคสำคัญในการร่วมมือกัน องค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติจำนวนมากต้องดิ้นรนเพื่อสร้างผลงานที่กลุ่มผู้ให้เงินพึงพอใจ รวมทั้งองค์การอนามัยโลกด้วย ดูเหมือนว่าระบบองค์กรระหว่างประเทศกำลังตกอยู่ในภาวะวิกฤต ทั้งความรู้เชิงเทคนิคที่เคยมีไม่อาจตอบสนองต่อปัญหาปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งภาวะทิศทางและนโยบายทางการเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปจนระบบเดิมไม่สามารถรองรับได้ ปัญหางบประมาณถูกจำกัดตั้งแต่ พ.ศ.2523 (ค.ศ.1980) เป็นต้นมา ทำให้องค์กรเหล่านี้ต้องปฏิรูป เพื่อให้กลุ่มผู้ให้เงินคลายกังวล แต่ปัญหาเรื่องบทบาทขององค์การอนามัยโลกในยุคหน้าและการได้รับงบประมาณอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืนยังคงไม่มีคำตอบในขณะนี้

1.4 ขณะเดียวกันองค์กรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เข้ามาร่วมและเริ่มมีบทบาทมากขึ้นในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก เช่น กลุ่มองค์กรเอกชนระหว่างประเทศและในประเทศ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาข้อกำหนดด้านการตลาดของนมผงดัดแปลง ที่การประชุมองค์การอนามัยโลก โดยกลุ่มเครือข่ายสนใจปัญหาสาธารณสุขในเครือข่าย ปฏิบัติการด้านอาหารทารกสากลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลัก พวกเขาผลักดันการเคลื่อนไหวในระดับต่างๆ รวมทั้งการชักชวน (การล๊อบบี้) รัฐบาลประเทศต่างๆ ติดตามกำกับอุตสาหกรรม โดยการเปิดเผยข้อมูลเชื่อมโยงกับสื่อมวลชนนานาชาติและสร้างแนวร่วมให้ได้รับการสนับสนุนจากมวลชนจนประสบความสำเร็จ แม้ว่าอุตสาหกรรมจะทุ่มเทงบประมาณเพื่อต่อต้านปฏิบัติการของเครือข่ายเหล่านี้

1.5 ขณะที่ทิศทางของการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ เกิดขึ้นนี้ องค์กรเอกชนด้านเอดส์และองค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ต่างก็มองเห็นว่ากลไกการจัดการระบบ

ขององค์การอนามัยโลกที่ผ่านมาไม่สามารถแก้ไขปัญหาความท้าทายต่างๆ ในอนาคตได้ ทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญให้แก่ประเทศต่างๆ และกลไกในการจัดการงานสาธารณสุขทางการเมืองขององค์การอนามัยโลก ไม่สามารถจัดการกับปัญหาในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพได้อีกต่อไป อำนาจต่างๆ ไม่ได้ใช้ในการควบคุมของประเทศสมาชิก หรือองค์กรใดๆ อีกแล้วหากไม่มีการสนับสนุนจากประเทศสมาชิก องค์กรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเทคนิคสาธารณสุข คือ องค์การอนามัยโลกก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาอะไรได้ ผลของการผลักดันจากองค์กรเอกชนต่างๆ รวมทั้งทิศทางในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศใหม่ๆ ทำให้้องค์การอนามัยโลกต้องปิดโปรแกรมด้าน HIV/AIDS ลง และเกิดองค์กรใหม่ที่ทำหน้าที่บูรณาการการแก้ไขปัญหา HIV/AIDS แบบเบ็ดเสร็จขึ้น คือ UNAIDS ใน พ.ศ.2539 (ค.ศ.1996)

1.6 ปลายปีทศวรรษที่ 80 องค์กรเอกชนด้านการเงินเติบโตขึ้น ได้ให้ความสนใจทางด้านสาธารณสุขมากขึ้น ธนาคารโลก ธนาคารพัฒนาภูมิภาคต่างๆ ตลอดจนองค์กรด้านการเงินทั้งหลายต่างพากันบรรจุเรื่องการสาธารณสุขเข้าไปในแผนงาน โครงการขององค์กร รวมทั้งเข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุน และจัดสรรทรัพยากรด้านการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ตลอดจนมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจนโยบายสุขภาพระดับโลก

1.7 สถานะสุขภาพของประชาชนถูกประเมินใหม่ในฐานะผลลัพธ์ของการลงทุน การจัดบริการสาธารณสุข ได้รับการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาและลดความยากจน ธนาคารโลกใน พ.ศ.2530 (ค.ศ. 1987) ได้ทบทวน รายงานการเงินการคลังสำหรับบริการสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนาและรายงานเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2536 (ค.ศ.1993) เอกสารสองฉบับดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงแนวคิดสำคัญด้านธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไป จากการวัดประสิทธิผลและสมรรถนะ ด้วยการบริหารจัดการ ตัวเลขทางการบริหารและเป้าหมายต่างๆ ที่วัดเชิงปริมาณได้ หันกลับมาใช้กลไกทางการตลาดและการเงินการคลังเข้ามาสู่การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ธนาคารโลกชี้ให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณไม่ตรงกับสภาพปัญหาและการขาดประสิทธิภาพเป็นปัญหาหลักที่สำคัญ บทบาทของภาคเอกชนจำเป็นที่จะต้องเสริมเข้าไปเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการตัดสินใจ การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก จะต้องมุ่งเป้าไปยังการปฏิรูประบบสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในช่วงต้นทศวรรษที่ 20 อาจจะมีเริ่มต้นด้วยองค์กรนำด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยสมาชิกจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งมักเป็นตัวแทนจากภาครัฐ แต่ในปลายทศวรรษกลับมาให้ความสำคัญกับการตลาดที่เป็นพหุภาคี

1.8 ระบบใหม่นี้นำหลักการสำคัญใหม่ๆ ที่หลากหลายเข้ามาในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อถึงระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ องค์กรและกลไกทางการตลาดใหม่ๆ ตลอดจนภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพและขับเคลื่อนอย่างรวดเร็วกว่าการผลักดันเฉพาะจากองค์กรระหว่างประเทศที่รวมตัวแทนประเทศต่างๆ จากภาครัฐเป็นหลัก การขับเคลื่อนในลักษณะภาคีเครือข่ายที่หลากหลายมากขึ้นทำให้ระดมทรัพยากรสาธารณสุขได้อย่างกว้างขวางขึ้นและขยายขอบเขตไปครอบคลุมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐสูญเสียการผูกขาดในเวทีระหว่างประเทศ ขณะที่กลุ่มต่างๆ เข้ามามีบทบาทรับผิดชอบในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบริบทใหม่ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2. การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในยุคหลายขั้วอำนาจ

2.1 เมื่อโลกเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกกำลังปรับตัวเนื่องจากสภาพแวดล้อมและการท้าทายใหม่ๆ ด้านสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสาธารณสุขไปสู่โฉมหน้าใหม่ ประเทศต่างๆ ไม่สามารถกำหนดนโยบายและดำเนินการด้านสาธารณสุขเพียงลำพังได้อีกต่อไป การจัดการประเทศและองค์กรต่างๆ ที่เป็นอิสระต่อกันให้บรรลุเป้าหมายผลประโยชน์ของแต่ละประเทศ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขร่วมกันระดับภูมิภาคหรือระดับโลกซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ท้าทาย ตัวแทนประเทศและองค์กรต่างๆ ซึ่งมีภารกิจในการรับผิดชอบต่อผลประโยชน์ของประเทศรวมกันกับผลประโยชน์ของชุมชนโลกทั้งหมดไม่เพียงแค่นั้น การสาธารณสุขในฐานะที่เป็นสิทธิสำหรับทุกคนเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญ รวมทั้งต้องทำให้มั่นใจว่า ในการเจรจาทางเศรษฐกิจ การค้าและการพัฒนา จะต้องมีข้อตกลงส่วนที่ปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมไม่ให้ถูกทำลายและต้องปกป้องเพื่อสุขภาพดีอีกด้วย

2.2 โลกปัจจุบันโรคสามารถแพร่กระจายได้รวดเร็วยิ่งกว่าอดีตที่เคยเป็นมาอย่างมาก ทุกประเทศจำเป็นต้องตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อชุมชนโลกทั้งหมด ประเทศต่างๆ ต้องทำความเข้าใจว่า เรื่องใดที่สามารถจะสร้างอิทธิพลผลักดันให้เกิดประโยชน์ร่วมกันทั้งหมดได้ ดังคำกล่าวของ ฮิลลารี คลินตัน เมื่อ พ.ศ.2552 (ค.ศ.2009) ที่ว่า “เราจะนำความร่วมมืออันยิ่งใหญ่ระหว่างประเทศต่างๆ จำนวนมาก เพื่อลดการแข่งขันและสร้างสมดุลเพื่อปรับเปลี่ยนโลกที่มีอำนาจหลายขั้วให้กลายเป็นโลกที่มีความร่วมมือหลากหลายแทน”

2.3 ขั้วอำนาจของโลกมีการเคลื่อนย้ายก่อให้เกิดความท้าทายขึ้นใหม่ เนื่องจากการแบ่งกลุ่มประเทศต่างๆ แบบเดิมที่เคยทำมาไม่สอดคล้องกับบริบทใหม่ๆ อีกต่อไป รวมทั้งเกิดองค์กรใหม่ๆ ชาติ ที่เคยมีบทบาทด้านอื่นหันมามีบทบาทมากขึ้นในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางสามารถสร้างโอกาสในการพัฒนาจากการร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับโลก การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกกลายเป็นเครื่องมือสำคัญของประเทศเหล่านี้ เช่น เคนยา เม็กซิโก บราซิล จีน อินเดีย ไทย และแอฟริกาใต้

2.4 กลุ่มประเทศที่มีเศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็วใหม่ๆ เช่น บราซิล หันมาใช้สุขภาพเป็นยุทธศาสตร์นำในการพัฒนา โดยร่วมกันกับประเทศอื่นๆ ในระดับเดียวกัน สนับสนุนกันและกัน ทำให้คณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติเห็นชอบกับนโยบายเช่นนี้ รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศด้านการเงินอีกด้วย ภูมิภาคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น European Union, African Union, Common Market of the Southern Cone, Shanghai Cooperation Organisation, ASEN, APEC, Asia-African Summit/FOCAC, the Union of the South American Nations (UNASUL) ต่างพากันให้ช่วยเหลือประเทศในภูมิภาคเดียวกันมากขึ้น รวมทั้งเน้นเรื่องนโยบายสุขภาพและความร่วมมือในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศมากขึ้นอีกด้วย

2.5 ขณะที่การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกทวีความสำคัญมากขึ้น ในความร่วมมือระดับภูมิภาค ความเข้าใจต่อบริบทในแต่ละประเทศในภูมิภาคนั้นๆ เพื่อพัฒนาให้เกิดการแก้ไขปัญหาในแต่ละประเทศให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ภายใต้หลักการที่มีเป้าหมายเดียวกันในระดับภูมิภาคและระดับโลก จึงเป็นสิ่งสำคัญ ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศจึงเป็นแกนหลักที่สำคัญของระบบสุขภาพโลก ดังคำกล่าวที่ว่าสุขภาพโลกเริ่มต้นและสิ้นสุดที่บ้าน (global health begins and ends at home) แต่ละประเทศจึงจำเป็นต้อง

ต้องมองเห็นความสัมพันธ์และเชื่อมโยงระหว่างนโยบายสุขภาพของประเทศและสุขภาพโลก และต้องทำให้นโยบายสุขภาพสอดคล้องและเชื่อมโยงกันภายในกระทรวงต่างๆ และหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งต้องทำให้นโยบายสุขภาพดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์ของประเทศ ขณะเดียวกันก็ตอบสนองรับผิชอบต่อโลกในภาพรวม การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก มีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และมีผลกระทบเกิดขึ้น ตามตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 วิวัฒนาการของการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลก ระหว่าง พ.ศ.2445-2573

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
พ.ศ.2445	ภูมิภาคอเมริกาได้ก่อกำเนิดสำนักอนามัยภูมิภาคอเมริกาขึ้น (Pan American Sanitary Bureau : PASB)	มีการจัดตั้งองค์กรสุขภาพระหว่างประเทศแห่งแรกระดับภูมิภาค
พ.ศ.2450	มีการจัดตั้ง International office of Public Hygiene (OIHP) ขึ้น	สมาชิกประกอบด้วยประเทศต่างๆ 12 ประเทศทั้งจากยุโรปและอเมริกา รวมทั้งรัสเซียอีกด้วย
พ.ศ.2462	เริ่มมีการสถาปนาองค์กรระหว่างประเทศอย่างเป็นทางการ โดยประเทศต่างๆ พากันให้ความเห็นชอบให้มีการก่อตั้ง League of Nations	กำเนิด League of Nations Health office (LNHO) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสันติภาพและการแก้ไขปัญหาผ่านทาง การทูตโดยมีองค์กรระหว่างประเทศรองรับ
พ.ศ.2469	ข้อกำหนดอนามัยภูมิภาคอเมริกา (Pan American Sanitary Code)	ซึ่งมีประเทศต่างๆ ลงนามถึง 21 ประเทศ
พ.ศ.2471	League of Nations Health Office (LNHO) มีการจัดตั้งแผนกสาธารณสุขระหว่างประเทศขึ้น ที่สำนักงานใหญ่ในนิวยอร์ก	มีกิจกรรมในการปฏิบัติการโครงการด้านสุขภาพ, การวิจัยพัฒนาและการศึกษา มากกว่า 90 ประเทศทั่วโลก
พ.ศ.2488	ผู้แทนจาก 46 ประเทศที่ประชุมร่วมกันในการประชุมที่ซานฟรานซิสโก เพื่อก่อตั้งสหประชาชาติต่างเห็นชอบที่จะก่อตั้งองค์กรระหว่างประเทศพิเศษด้านสุขภาพขึ้นตามข้อเสนอของประเทศบราซิลและจีน	กำเนิด WHO โดยรวมภารกิจของ LNHO และ OIHP

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
พ.ศ.2489	ที่นิวยอร์กสมาชิกองค์การสหประชาชาติ 51 ประเทศ และประเทศที่ยังไม่เป็นสมาชิก 13 ประเทศในฐานะผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งองค์กรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ได้รับเชิญ เช่น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และองค์การกาชาดสากล ตลอดจนอดีตเจ้าหน้าที่ของ LNHO และ OIHP ร่วมกันประชุมเป็นเวลาเดือนครึ่งร่างธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกสำเร็จ โดยมีโทมัส พาร์แรน ศัลยแพทย์ทั่วไป เป็นประธาน	ประเทศต่างๆ 61 ประเทศให้การรับรองครบถ้วน ตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อ 7 เมษายน ค.ศ.1948 (พ.ศ.2491) โดยมีสองประเทศแรกคืออังกฤษและจีนลงนามเป็นสมาชิกทันทีโดยไม่มีข้อสงวน
พ.ศ.2543	มีการกำหนดตัวชี้วัดในการพัฒนาระหว่างประเทศในการประชุม Millennium Summit of the United Nations in 2000	กำหนดตัวชี้วัด 8 ตัว ซึ่งมีตัวชี้วัดที่ 4, 5, 6 ที่เป็นด้านสาธารณสุข
พ.ศ.2545	มีการจัดตั้งกองทุนโลก โดยมีวัตถุประสงค์ในการระดมทุนเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการจัดการโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย	ดำเนินการโดยอาศัยการบริหารจัดการแบบศตวรรษใหม่คือ สร้างหุ้นส่วน มีความโปร่งใส เรียนรู้ตลอดเวลาและให้ทุนโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ผลงาน
พ.ศ.2558	ปีที่กำหนดไว้ว่าจะบรรลุเป้าหมาย MDG	ประเทศสมาชิกลำบากเป้าหมายไปปฏิบัติ
พ.ศ.2573	ปีที่กำหนดว่าจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	ประเทศสมาชิกลำบากเป้าหมายไปปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุป เหตุปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกมีหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข ระบบสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ระบบการเงิน-การคลัง ความหลากหลายของประเทศสมาชิกและองค์กรเอกชนสาธารณสุขเป็นต้น สำหรับการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในยุคหลายชั่วอนาจนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจขององค์การสหประชาชาติจัดระเบียบโลกใหม่ (New world order) ปรับเปลี่ยนโลกหลายชั่วอนาจนให้กลายเป็นโลกแห่งความร่วมมือ

เรื่องที่ 5.5.2 บทบาทขององค์กรและประเทศที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ

ความเป็นมา

องค์การและประเทศที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการสาธารณสุขระหว่างประเทศมีจำนวนมาก โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นศูนย์กลางและเป็นแกนนำ จัดตั้งขึ้นเมื่อ 7 เมษายน 1948 (พ.ศ.2491) มีบทบาทหน้าที่เป็นองค์กรชำนาญพิเศษด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของโลก ผ่านโครงสร้างองค์กรขององค์การอนามัยโลก ระดับสำนักงานใหญ่ ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ระดับสำนักงานภูมิภาค 6 ภูมิภาค ประเทศไทยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และระดับสำนักงานตัวแทนประจำประเทศสมาชิกทุกประเทศทั่วโลกประมาณ 181 ประเทศ นอกจากนี้ยังมีองค์กรชำนาญพิเศษด้านอื่นๆ ขององค์การสหชาติ องค์กรเอกชนระหว่างประเทศ และประเทศมหาอำนาจหรือประเทศที่พัฒนาแล้วและมีฐานะเศรษฐกิจดี ให้การสนับสนุน งบประมาณ นอกเหนือจากเงินบำรุงจากประเทศสมาชิกโดยตรง เช่น องค์การยูนิเซฟ (Unicef) โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) องค์กรระหว่างประเทศเพื่อความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมและการศึกษาแห่งสหราชอาณาจักร (British Council) แผนความร่วมมือระหว่างประเทศโคลอมโบ (Colombo Plan) รางวัลสุขภาพซาคาคาวา (Sasakawa Health Prize) กลุ่มประเทศจี 8 (G8) ประชาคมอาเซียน (ASEAN) เป็นต้น ในระดับประเทศที่มีบทบาทสนับสนุนการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ ได้แก่ สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา รัสเซีย จีน ญี่ปุ่น ไทย เป็นต้น ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเฉพาะองค์การอนามัยโลกและประเทศไทย

บทบาทขององค์การอนามัยโลกในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศ

ในเรื่องนี้เน้นการอธิบายเกี่ยวกับบทบาทด้านบริหารจัดการขององค์การอนามัยโลกซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ หน้าที่ แผนงานโครงการและนวัตกรรมที่รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก ในภาพรวมพร้อมตัวอย่างกรณีความร่วมมือกับประเทศไทย

1.1 วัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลกเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนทุกคนมีภาวะสุขภาพสูงสุดที่สามารถเป็นไปได้

1.2 หน้าที่ความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดหน้าที่ ไว้ดังนี้

- 1) ทำหน้าที่เป็นองค์กรชั้นนำทิศทางและประสานงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
- 2) สร้างและคงสภาพความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพกับองค์การสหประชาชาติ องค์กรชำนาญการพิเศษ หน่วยงานราชการด้านสาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพและองค์กรอื่นๆ ที่จำเป็น
- 3) ช่วยเหลือรัฐบาลในการเสริมความแข็งแกร่งของบริการสาธารณสุขหากได้รับการร้องขอ
- 4) ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการที่เหมาะสม
- 5) จัดบริการหรือช่วยจัดบริการสาธารณสุขรวมทั้งวัสดุอุปกรณ์สำหรับประชากรกลุ่มพิเศษ เช่น ประชากรในดินแดนอาร์กติก เมื่อองค์การสหประชาชาติร้องขอ
- 6) สร้างและคงไว้ซึ่งบริการทางบริหารจัดการและวิชาการ รวมทั้งบริการของการระบาดวิทยา และสถิติ เมื่อได้รับการร้องขอ

- 7) กระตุ้นและทำงานล่วงหน้าในการกวาดล้างโรคระบาด โรคประจำถิ่นและโรคอื่นๆ
- 8) ส่งเสริมการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ด้วยความร่วมมือขององค์กรชำนาญการพิเศษ ตามความจำเป็น
- 9) ส่งเสริมการพัฒนาภาวะโภชนาการ บ้านที่อยู่อาศัย สุขาภิบาล การพักผ่อนหย่อนใจ ภาวะเศรษฐกิจหรือการทำงานและประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งนี้ด้วยความร่วมมือขององค์กรชำนาญการพิเศษ ที่เกี่ยวข้อง
- 10) ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างนักวิทยาศาสตร์และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพต่างๆ

นอกจากหน้าที่และความรับผิดชอบ 10 ประการดังกล่าวข้างต้น องค์การอนามัยโลกยังมีหน้าที่ความรับผิดชอบด้านอื่นๆ อีก 12 ประการ ในจำนวนนี้มีหน้าที่เสนอประกาศ ข้อตกลง กฎข้อบังคับและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพและการสงเคราะห์แม่และเด็กให้สามารถอยู่อาศัยได้อย่างกลมกลืนในสภาวะสิ่งแวดล้อมที่กำลังเปลี่ยนแปลง

บทบาทหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก กว้างขวาง ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับคน สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสาธารณสุขอย่างครบวงจร รวมทั้งการบูรณาการกับสาขาการพัฒนาสาขาวิชาชีพอื่นๆ

1.3 การชี้แนะและสร้างความร่วมมือในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก ในช่วง 60 ปี พ.ศ.2493-2543 (ค.ศ.1950-2000)

ในทศวรรษแรก พ.ศ.2493 (1950s) หลังสงครามโลกครั้งที่สอง องค์การอนามัยโลกมุ่งเน้นการป้องกันและให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของโลกเป็นส่วนใหญ่

ทศวรรษที่สอง พ.ศ.2503 (1960s) เนื่องจากบริบทของโลกเปลี่ยนแปลงไป ประเทศที่เคยเป็นเมืองขึ้นได้รับการปลดปล่อยเป็นอิสระจำนวนมาก การพัฒนากำลังคนในประเทศกำลังพัฒนาเป็นสิ่งจำเป็น บทบาทสำคัญขององค์การอนามัยโลกจึงมุ่งเน้นไปสู่การพัฒนากำลังคนในประเทศกำลังพัฒนา

ทศวรรษที่สาม พ.ศ.2513 (1970s) องค์การอนามัยโลกมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ยาปฏิชีวนะอย่างมาก จึงเริ่มมีการตั้งเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ การกำจัดโรคฝีดาษ ประเด็นสำคัญทางสังคมเริ่มได้รับการยอมรับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนา ได้แก่ การมีบุตรมากและความไม่พร้อมในการมีบุตร ทำให้บทบาทขององค์การอนามัยโลกมุ่งไปสู่การวางแผนครอบครัว ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการวางแผนครอบครัว

ทศวรรษที่สี่ พ.ศ.2523 (1980s) องค์การอนามัยโลก เริ่มตระหนักว่า ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาใหม่ๆ แต่หากประชาชนเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข ภาวะสุขภาพดีก็จะกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนที่มีกำลังทรัพย์ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างไม่มีอุปสรรค แต่คนจนและคนในชนบทและที่ห่างไกลยังไม่สามารถได้รับผลประโยชน์จากความเจริญก้าวหน้าดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มวัยเด็ก ที่ต้องการวัคซีนป้องกันโรค แม้ที่ต้องการฝากครรภ์ ทศวรรษนี้จึงเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ (UNICEF) ร่วมกันผลักดันบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) รวมทั้งการผลักดันให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) โดยเน้นความร่วมมือเพื่อให้บริการสาธารณสุขกระจายไปอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ทศวรรษที่ห้า พ.ศ.2533 (1990s) เป็นการลงทุนด้านเทคโนโลยีสาธารณสุข รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข ทั้งนี้มีเป้าหมายชัดเจนที่จะให้เกิดการขจัดความยากจนให้หมดไปจากทุกประเทศในโลกนี้ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ เป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (MDG)

ทศวรรษที่หก พ.ศ.2543 (2000s) ขององค์การอนามัยโลก เป็นเรื่องของการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน และเริ่มมีแนวคิดว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะที่ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงได้ โดยไม่มีการแบ่งแยก ไม่ว่าจะยากดี มีเงิน ทั้งนี้สุขภาพดีเป็นสิทธิที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ

บทบาทของประเทศไทยในองค์การอนามัยโลก

ในช่วงเวลาที่ผ่านมากว่า 70 ปี ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและองค์การอนามัยโลกมีลักษณะต่างฝ่ายต่างได้รับประโยชน์ซึ่งกันและกัน (win-win collaboration) ในช่วงเวลาแรกของการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ระบบสุขภาพและการสาธารณสุขของไทยยังไม่เข้มแข็ง องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขของไทยหลายโครงการเป็นจำนวนเงินช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการควบคุมโรคติดต่อ การอนามัยแม่และเด็ก การสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนากำลังคนและการพัฒนาระบบสาธารณสุข

ในระยะต่อมาองค์การอนามัยโลกสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขในด้านการพัฒนาศักยภาพของการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับประเทศ การสร้างนวัตกรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรคติดต่อ การอนามัยแม่และเด็ก การสร้างภูมิคุ้มกันโรคมalariaเรื้อรังและยาที่จำเป็น

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือในการพัฒนาสาธารณสุขกว้างขวางมากขึ้น รวมทั้งการกำจัดภาวะขาดไอโอดีน การควบคุมเชื้อ HIV และโรคเอดส์ กลยุทธ์ป้องกันวัณโรค การอบรมระบาดวิทยา การควบคุมโรคมalariaเรื้อรัง การสนับสนุนโครงการเมืองแห่งความสุข การควบคุมโรคเรื้อรัง การเตรียมรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ การแพทย์และการสาธารณสุขฉุกเฉิน เป็นต้น

สิ่งที่ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและร่วมมือจากองค์การอนามัยโลกเป็นลักษณะความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยี การอบรมบุคลากร การวิจัยและพัฒนา และการสนับสนุนงบประมาณจำนวนน้อยเป็นลักษณะเงินทุนตั้งต้น (seed money) ในการดำเนินงานแผนงานโครงการ ส่วนที่ประเทศไทยคืนความร่วมมือและความช่วยเหลือให้กับองค์การอนามัยโลกมีมากมายเช่นเดียวกัน เช่น สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขการปฏิบัติภาคสนาม แล้วนำรูปแบบของประเทศไทยไปเผยแพร่ต่อประเทศสมาชิกอื่นๆ ผลิตเอกสารคู่มือหรือแนวทางการพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นศูนย์การเรียนรู้สำหรับผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารองค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศสมาชิกอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป การจัดการสาธารณสุขระหว่างประเทศมีความสำคัญและมีคุณประโยชน์ต่อบุคลากรการแพทย์การสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องรวมทั้งพลโลกในการยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น ตามสิทธิมนุษยชนและความมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ องค์การระหว่างประเทศและประเทศสมาชิกร่วมมือประสานงานระหว่างกันและกัน ดังตัวอย่างของประเทศไทย ทำให้เกิดการพัฒนาคณะความรู้ ประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองของมนุษยชาติ

เรื่องที่ 5.5.3 โลกหลายขั้ว (Multipolar World) ยุคแห่งความร่วมมือและบทบาทประเทศไทย

ความเป็นมา

ในประวัติศาสตร์โลกยุคใหม่ หลังจากมีความขัดแย้งในระดับนานาชาติจนลุกลามไปถึงสงครามโลกจะมีการ “จัดระเบียบ” ตัวเองใหม่โดยมี “ผู้ชนะ” เป็นแกนนำทำให้เกิดคำศัพท์ในเชิงรัฐศาสตร์ว่า “New World Order” หรือ “ระเบียบโลกใหม่”

คำว่า “ระเบียบโลกใหม่” ถูกใช้ครั้งแรกหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง โดยมีผู้ชนะเข้ายึดครองทรัพยากรของผู้แพ้และจัดตั้งองค์กร “สันนิบาตชาติ” (League of Nations) เพื่อประสานดุลยภาพการเมืองโลก แต่ก็ไม่สามารถทำได้ถาวรจนกระทั่งเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง และจัดระเบียบโลกใหม่อีกครั้ง กลายเป็นโลกสองขั้วที่มีสหรัฐอเมริกาและสหภาพโซเวียตเป็นแกนนำ โดยใช้เวทีสหประชาชาติ (United Nations) เป็นเวทีต่อรองผลประโยชน์ควบคู่ไปกับ “สงครามเย็น” ซึ่งเป็นสงครามตัวแทนระหว่างอุดมการณ์สองขั้ว

“ระเบียบโลกและต่อมาสู่โลกใหม่” ยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ยาวนานประมาณ 40 ปี คือ หลังสงครามโลกในยุค ค.ศ.1950 (พ.ศ.2493) จนกระทั่งการล่มสลายของสหภาพโซเวียตอย่างเป็นทางการในปี 1991 (พ.ศ. 2534) ผู้ชนะครั้งนี้คือสหรัฐอเมริกา หัวหน้าใหญ่แห่งอุดมการณ์โลกเสรีนิยม-ทุนนิยม โลกกลายเป็น “ขั้วเดียว” ที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นแกนนำ

โลกขั้วเดียว (Unipolar World)

ชัยชนะของสหรัฐเด่นชัดมากก่อนปี 1991 (พ.ศ.2534) ในช่วงนี้ “ระเบียบโลกใหม่” ที่มีสหรัฐเป็นผู้นำเดี่ยวได้เริ่มแสดงพลังออกมาให้เห็น เราจึงเห็นพลังของ “ทุนนิยมอเมริกัน” ไหลบ่าไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก ยึดครองทั้งทรัพยากรทางเศรษฐศาสตร์และวัฒนธรรม สัญลักษณ์ของทุนนิยมอเมริกันที่ชัดเจนที่สุดคือการเปิดร้านแมคโดนัลด์ในกรุงมอสโกหลังโซเวียตล่มสลาย

ระเบียบโลกใหม่ในทศวรรษ 1990s (พ.ศ.2537) ย่อมมีทั้งผู้ได้ประโยชน์และเสียประโยชน์ แต่ผู้ที่เสียประโยชน์กลับไม่มีปากเสียงมากนัก เพราะไม่สามารถปฏิเสธ “ความจริงที่อยากยอมรับ” ว่าสหรัฐอเมริกามีอำนาจล้นฟ้า ทั้งทางเศรษฐกิจและการทหาร อำนาจของสหรัฐในโลกขั้วเดียวถูกแสดงให้เห็นครั้งแรกในสงครามอ่าวเปอร์เซียครั้งที่สหรัฐสวมบทบาทเป็น “ตำรวจโลก” ปฏิบัติการขับไล่ผู้ร้ายอย่าง “อิรัก” ช่วยเหลือเหยื่อผู้เคราะห์ร้าย “คูเวต” อย่างงดงามและได้รับเสียงปรบมือจากประเทศเสรีนิยมทั่วโลก จากนั้นสหรัฐก็แสดงแสนยานุภาพ ทั้งการทหารและเศรษฐกิจเรื่อยมา โดยที่ไม่มีประเทศใดสามารถเทียบเคียงได้เลย

การสิ้นสุดโลกขั้วเดียว

เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2001 (พ.ศ.2544) ผู้ก่อการร้ายมุสลิมเพียงไม่กี่คนก็แสดงให้เห็นว่าคนกลุ่มเล็กๆ สามารถถล่มตึกใหญ่ของสหรัฐได้ถึงถิ่น สังหารพลเมืองสหรัฐถึง 3 พันคนในชั่วพริบตา และทำลายภาพลักษณ์ทางเศรษฐกิจและการทหารอย่างอาคารเวิลด์เทรดเซ็นเตอร์ที่ไม่เคยมีศัตรูของสหรัฐร้ายไหนสามารถทำได้มาก่อนในประวัติศาสตร์ อัลไคด้าได้แสดงให้เห็นว่า แท้จริงแล้วอำนาจล้นฟ้าของสหรัฐอเมริกานั้นประจักษ์เพียงใดและในความเป็นจริง พลังทางอำนาจของสหรัฐอเมริกาทั้งทางเศรษฐกิจและทางการทหารยังไม่เพียงพอ

ต่อการปกครองและจัดระเบียบโลกให้เป็นไปตามที่สหรัฐอเมริกาต้องการได้ ถึงแม้ว่าสหรัฐอเมริกาถือว่าความมั่นคงของมาตุภูมิ (homeland security) เคยเป็นสิ่งที่มีความจริงแท้แน่นอนไม่ต้องสงสัย ด้วยอำนาจของกองเรือบรรทุกเครื่องบินและขีปนาวุธนิวเคลียร์ ซึ่งเชื่อว่าไม่มีวันที่ประเทศศัตรูรายใดจะมาคุกคามบ้านเกิดเมืองนอนของตัวเองได้

หลังเหตุการณ์โศกนาฏกรรมอาคารเวิลด์เทรดตึงกล่าว สหรัฐอเมริกาไม่สามารถยอมเสี่ยงที่จะโดนโจมตีลักษณะเดียวกันได้อีกแม้แต่ครั้งเดียว สิ่งที่สหรัฐต้องการมากที่สุดในตอนนั้นคือ “ทำอะไรก็ได้ให้ความเสี่ยงที่สหรัฐจะโดนโจมตีอีกหายไป” ดังนั้นจึงเข้าไปปฏิบัติการในอัฟกานิสถานและโค่นล้มรัฐบาลตาลีบัน ซึ่งให้ที่พักพิงแก่ขบวนการก่อการร้าย สงครามครั้งนี้เริ่มขึ้นหลังจากเหตุการณ์ผ่านไปได้ไม่ครบเดือน แสดงให้เห็นว่าสหรัฐอเมริกา “ร้อนรน” ต่อภัยคุกคามครั้งนี้เป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม สหรัฐอเมริกาได้มีปัญหาตามมา คือ ภาวะลึกลับ (dilemma) ของสงครามในอัฟกานิสถาน เพราะไม่ทำสงครามก็ไม่ได้ แต่พอทำสงครามไปแล้วก็ไม่สามารถปิดฉากได้เร็วดังที่คาดหวัง เพราะแสนยานุภาพของกองทัพสหรัฐที่เคยเป็นเลิศของ “สงครามในแบบ” กลับแทบจะไร้ประโยชน์อย่างสิ้นเชิงใน “สงครามกับการก่อการร้าย” (War on Terror) คือ สงครามในอิรักเพื่อปราบรัฐบาลซัดดัม ฮุสเซน ถึงแม้ประธานาธิบดีบุชจะยอมรับในภายหลังว่าเขาตัดสินใจผิดพลาดเพราะข้อมูลเรื่อง “อาวุธทำลายล้างสูง” ไม่ถูกต้อง ซึ่งก็แสดงให้เห็นชัดเจนว่า สหรัฐ “กลัวการโจมตี” มากเพียงใด ความเปราะบางทางความมั่นคง สู่ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ “หล่มปลักของสงคราม” ทั้งสองแห่งทำให้สหรัฐหมดทรัพยากรไปมหาศาลในรอบสิบปีให้หลัง และกลายเป็นปัจจัยกระตุ้นให้สหรัฐพบกับวิกฤตอีกด้านเร็วขึ้น นั่นคือ วิกฤตทางเศรษฐกิจ ความรุ่งเรืองของเศรษฐกิจสหรัฐในยุค ค.ศ.1980-1990 (พ.ศ.2523-2533) ทำให้ความรอบคอบเริ่มจางหายไป และความเปราะบางก่อตัวขึ้นซ้ำๆ ภายใต้ภาพลักษณ์อันสดใสของสภาพเศรษฐกิจในฉากหน้า คนอเมริกันใช้จ่ายฟุ่มเฟือยก่อนนี้สะสม ส่วนภาครัฐมีการใช้งบประมาณสุรุ่ยสุร่าย ขาดดุลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อบวกกับสงครามสองแนวรบพร้อมกัน รัฐบาลสหรัฐจึงเกิด “วิกฤตงบประมาณ” และต้องกู้เงินอนาคตอยู่เรื่อยๆ

เมื่อฟองสบู่เศรษฐกิจสหรัฐมาแตก ในปี ค.ศ.2008 (พ.ศ.2551) เกิดจากวิกฤตซับไพร์ม และระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ที่เกี่ยวข้องไปยังประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะประเทศยุโรปตะวันตก สามารถจุดให้เศรษฐกิจยุโรปดิ่งลงไปด้วย

การก่อเกิดโลกหลายขั้ว

เมื่อพลังอำนาจของสหรัฐเสื่อมถอยลง เปิดโอกาสให้ประเทศอื่นๆ ที่สะสมกำลังอย่างเงียบๆ ในรอบ 10-20 ปีก่อน เริ่มจะแสดงบทบาทในเวทีโลกได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้ชัดจากประเทศกลุ่ม BRIC นำโดยจีน ที่พ้นตัวจากศตวรรษที่สาบสูญ และรัสเซีย ที่ฟื้นตัวอย่างซ้ำๆ จากการล่มสลายของโซเวียต รวมถึงมหาอำนาจใหม่อย่างบราซิลและอินเดีย จึงทำให้เกิดการจัด “ระเบียบโลกใหม่” โดยมีสหรัฐเป็นผู้นำเช่นเดิม เพียงแต่ไม่ได้นำเดี่ยวเพียงลำพังเหมือนระเบียบโลกในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โลกมี “ขั้ว” อื่นๆ อีกหลายขั้วที่เกิดขึ้นใหม่ได้แบ่งอำนาจการนำไปจากสหรัฐและขั้วเหล่านี้ไม่ได้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากนัก อีกทั้งทำให้โลกมีความซับซ้อนวุ่นวายมากขึ้น ประเทศจีน รัสเซียและอินโดนีเซีย เสนอให้มีการจัดระเบียบโลกใหม่เป็นแบบหลายขั้วอำนาจซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือที่ต่างฝ่ายต่างได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

ลักษณะของขั้วอำนาจ

ลักษณะของขั้วอำนาจอาจเป็นลักษณะเดียวหรือลักษณะผสมผสาน ขึ้นอยู่กับปัญหา ความสนใจและประโยชน์ร่วมกัน เช่น ขั้วการทหาร ขั้วความมั่นคง ขั้วเศรษฐกิจ ขั้วการเมือง ขั้วสังคมและวัฒนธรรม ขั้ววิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขั้วสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ขั้วผสมผสาน เช่น การทหารและเศรษฐกิจ การเศรษฐกิจและสังคม การเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ความมั่นคงและเศรษฐกิจ เป็นต้น

ตัวอย่างขั้วอำนาจในโลก

มีวิวัฒนาการของการรวมกลุ่มประเทศเป็นขั้วอำนาจต่างๆ เช่น

1) สหรัฐอเมริกา

2) รัสเซีย

3) จีน

4) ญี่ปุ่น

5) กลุ่มประเทศประชาคมยุโรป

6) กลุ่มประเทศอาเซียน

7) สามเหลี่ยมแห่งการพัฒนา (Growth Triangle) ได้แก่ 3 ประเทศรวมกลุ่มกัน เช่น อินโดนีเซีย สิงคโปร์และมาเลเซีย กับกลุ่มสหรัฐอเมริกา ประชาคมยุโรปและญี่ปุ่น เป็นต้น โดยเน้นการเป็นผู้นำร่วม

8) เขตเศรษฐกิจพิเศษ

9) กลุ่มประเทศจี 7

บทบาทของประเทศไทยในโลกหลายขั้ว

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคที่เหมาะสมและเอื้อต่อการรวมกลุ่มประเทศหลายขั้วอำนาจหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง ความมั่นคง ประกอบกับประเทศไทยประสบความสำเร็จและมีประสบการณ์ในการพัฒนาประเทศหลายด้าน เช่น โครงการตามพระราชโอบาย พระราโชวาท พระราชดำรัสและพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ มีจำนวนมากว่า 4,000 โครงการ ถือเป็นโครงการนวัตกรรมต้นแบบเป็นที่รู้จักและยอมรับกันทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีผู้นำประเทศ ผู้บริหารและนักวิชาการด้านต่างๆ มาดูงานเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ประชาชนไทยมีมิตรไมตรีต่อชาวต่างประเทศโดยเสมอเหมือนกันทุกชาติ ดังนั้นจึงเป็นที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมลงทุนในด้านอุตสาหกรรม ด้านพาณิชย์กรรม ด้านการท่องเที่ยว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรมรวมทั้งด้านการเมืองและการทหาร ประเทศไทยจึงมีศักยภาพที่จะร่วมกับประเทศต่างๆ เป็นขั้วอำนาจหนึ่ง เช่น กลุ่มประชาคมอาเซียน ร่วมกับอีก 9 ประเทศ รวมเป็น 10 ประเทศ ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 5 ประเทศที่ร่วมก่อตั้งขึ้น มีพันธกิจในการร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในด้านเศรษฐกิจ โดยประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) ด้านการเมืองและความมั่นคงโดยประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political Security Community : APSC) และด้าน

สังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Social - Cultural Community : ASCC) ในด้านสังคมและวัฒนธรรมนั้น มีการสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญร่วมด้วย

นอกจากกลุ่มหลายชั่วอำนาจอาเซียนแล้ว ประเทศไทยได้ร่วมการประชุมกับประเทศกลุ่ม 77 และกลุ่มสามเหลี่ยมแห่งการพัฒนา เช่น ประเทศไทย สาธารณรัฐประชาชนลาวและเวียดนาม

กล่าวโดยสรุป การจัดระเบียบโลกในอนาคตจะมีความสำคัญและวิวัฒนาการหลายรูปแบบ ซึ่งย่อมส่งผลต่อการวิวัฒนาการของกลไกและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้หลายประการ ซึ่งประการหนึ่งในหลายกลไกและเครื่องมือ ได้แก่ การสร้างการพัฒนารูปแบบและเครือข่ายของการร่วมกลุ่มของประเทศในภูมิภาคต่างๆ ของโลก เพื่อรวมพลังอำนาจในการพัฒนาหรือต่อสู้ เพื่อความอยู่รอดปลอดภัย รักษาผลประโยชน์ และสิทธิเสรีภาพของตนและกลุ่มอำนาจของตนซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนและการพัฒนาองค์ความรู้เชิงปรัชญาที่เป็นวิทยาศาสตร์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการประยุกต์ใช้ในรูปแบบต่างๆ ของการรวมกลุ่มอย่างต่อเนื่องด้วย

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จุฬารักษ์ มาเสถียรวงศ์ (2544) <http://www.midnightuniv.org/midnight/2544/0009999659.html> WHO. 1999
- ชาญวิทย์ ทระเทพ (2012), สำนักสาธารณสุขระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2549.) การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-2568 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. มปป. สัมมะโนประชากร พ.ศ.2503.
- _____ . มปป. สัมมะโนประชากร พ.ศ.2503.
- _____ . มปป. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523.
- _____ . มปป. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533.
- _____ . 2545. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543.
- HR. Leavell and E.G. Clark. (1965) ประวัติธรรมชาติของการมีภาวะสูงอายุ. แปลจากเวชศาสตร์ป้องกัน สำหรับแพทย์ในชุมชน: มาตรการการระบาดวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 3) ค.ศ.1965 บริษัทแมคกรอว์ฮิลล์ จำกัด ทศนีเวศ ยะโส. พ.ศ.2555 การให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสุขภาพปีงบประมาณ 2555. สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี
- พันธุ์ทิพย์ รามสุด. (2540) สัจพยากรณ์ : งานสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษหน้า, Poridiction : PHD in the next decade. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด, กรุงเทพฯ :
- นิรขรา อัครวีระกุล และสมพร เฟื่องคำ. (2548) สร้างเครือข่ายสร้างพันธมิตร สร้างความอยู่เย็นเป็นสุข. ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง” สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข.
- ณัฐวดี ศรีสง. (2548) วาระแห่งชาติ “คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง”. ยุทธศาสตร์ “เมืองไทย แข็งแรง” สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข.
- โสภณ เมฆธน. หลากหลายมุมมอง ลดเสี่ยง ลดโรค (วันที่สืบค้น 27 มีนาคม 2555); เข้าถึงได้จาก [URL:http://203.157.10.11/screen2/sdownload/sdoc/knowl](http://203.157.10.11/screen2/sdownload/sdoc/knowl)
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. ข้อมูลโครงการภาควิชาใจ คนไทยไร้พุง. (วันที่สืบค้น 12 มีนาคม 2555); เข้าถึงได้จาก [URL:http://nutrition.anamai.moph.go.th](http://nutrition.anamai.moph.go.th)
- สมชาย ภคภาสน์.(2536) สามชั่วในเศรษฐกิจการเมืองโลก. นิตยสารผู้จัดการ, <http://info.gotomanager.com/news/printnews.aspx?id=35958>

สพ.ญ.เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย. สถานการณ์ของโรคติดต่อปี พ.ศ.2548-2557 และแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่อปี พ.ศ.2558. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่. กันยายน 2559

<http://www.sahavicha.com/?name=knowledge&file=readknowledge&id=1851>

สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.พ.ศ.2553

รายงานสถานการณ์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก.2550-2552.

บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. กรุงเทพฯ

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การจัดตั้ง คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” 24 มีนาคม 2559

เสาวลักษณ์ กิตติประภัสร์. (2555) ก้าวอย่างใหม่ในการพัฒนา : สู่อัจฉริยะแห่งความสุข. สถาบัน พระปกเกล้า. สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. “5.1.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเทคโนโลยี”. ประมวลสาระชุดวิชาไทยศึกษา หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2553). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

อเนก เหล่าธรรมทัศน์. (2558). โลกเปลี่ยนชั่วคราวกับอนาคตประเทศไทย. กรุงเทพฯ,

อำพล จินดาวัฒนะ. (2548) ร่วมกันสร้างเมืองไทยแข็งแรง-เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข ด้วยพลังเครือข่ายพันธมิตร. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปี 2548 ว่าด้วยความอยู่เย็น เป็นสุข.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ

Birn, A. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success of successes of history? *Global Public Health*, 4 (1), 50-68.

Buchanan, G. S. (1934). International action to control the spread of infectious diseases. *British Medical Journal*, 2 (3856), 977-83.

Birn, A. (2009). The stages of international (global) health: Histories of success of successes of history? *Global Public Health*, 4 (1), 50-68.

Bull, B., & McNeill, D. (2007). Market multilateralism: Towards a new institutional form. In B. Bull & D. McNeill (Eds.), *Development issues in global governance: Public-private partnerships and market multilateralism*. Warwick studies in globalisation . London: Routledge.

Birn, A., Yogan, P., & Holtz, T. (2009). *Textbook of international health: Global health in a dynamic world* . New York: Oxford University Press.

- Cueto, M. (2007). *The Value of Health. A History of the Pan American Health Organization*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Cueto, M. (Ed.). (1994). *Missionaries of science: The Rockefeller foundation and Latin America*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Frenk, J. (2010). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 7 (1), e1000089. doi: 10.1371/journal.pmed.1000089.
- Fidler, D. (2001). The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9), 842-9.
- G Jones, Tracking Demographic Changes in Thailand and Policy Implications. In G. Jones, W. Im-em. *Impact of Demographic Change in Thailand*. UNFPA, United Nations Population Fund Country Office in Thailand. 2011. <http://countryoffice.unfpa.org/thailand>, <http://www.unfpa.org>
- G20 Research Group. (2008). *The group of 20: A history*. G20 Information Centre, University of Toronto, Munk School of Global Affairs. America. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the international sanitary conferences*. Geneva: WHO.
- Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the international sanitary conferences*. Geneva: WHO.
- http://www.isranews.org/thaireform-other-news/item/37277-america_372771.html
- <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong>-http://www.thairath.co.th/column/pol/thai_remark/271795
- <http://www.gfaidsboe.com/aids-situation.php>
- http://www.wfpha.org/online-newsletter/items/WFPHA_Newsletter_May_2012.
- World Vision, 2013. http://www.worldvision.org/content.nsf/6d1210430917461d8825735a007e2f2b/globalissues-millennium-development-goals?open&lpos=day_Txt-mdgs. access on 2013.
- <http://www.who.int/globalchange/summary/en/index12.html> access on 2013.
- <http://www.thenewatlantis.com/publications/putting-health-in-perspective>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Future_Studies
- <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html> (accessed Oct 23, 2013).
- http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/ (accessed Oct 20, 2013).
- [kim-speech-at-world-health-assembly](#) (accessed Oct 23, 2013).

- J. Ginsberg, et al.(2009) Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature* 457, 1012-1014 (19 February 2009)
- Kelloff GJ, Crowell JA, Steele VE, Lubet RA, Malone WA, Boone CW, et al. 2000: 467s-471s
- Kennedy, D. (1987). The move to institutions. *Cardozo Law Review*, 8 (5), 841-988.
- Lee, K. (2009). *The World Health Organization* (pp. 1-25). London: Routledge.
- M. Chan. Address to the Sixty-sixth World Health Assembly Geneva, Switzerland. 20 May 2013
Available from [cited 29 Jan 2014]:http://www.who.int/dg/speeches/2013/world_health_assembly_20130520/en/index.html
- Muldoon, J., Jr., Sullivan, E., Aviel, J. F., & Reitano, R. (2005). *Multilateral diplomacy and the United Nations today*. Cambridge: Westview Press.
- Nicolson, H. (1969). *Diplomacy*. Oxford: Oxford University Press.
- Peabody, J. (1995). An organizational analysis of the World Health Organization: Narrowing the gap between promise and performance. *Social Science & Medicine*, 40, 731-42.
- R. Docksaï. Revolutionary Health: Local Solutions for Global Health Problems. *The Futurist*, July-August (Vol. 46, No. 4) 2012.
- Szlezk, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., et al. (2010). The global health system: Actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Medicine*, 7 (1), e1000183. doi: 10.1371/journal.pmed.1000183 .
- T. Quraishi, 2012. Global Health 2.0 : What Does the Future Hold? February 1, 2012.
[http://www.hcs.harvard.edu/hghr/print/spring-2011/global-health-2/\(accessed Oct 23, 2013\)](http://www.hcs.harvard.edu/hghr/print/spring-2011/global-health-2/(accessed Oct 23, 2013)).
- United Nations. (2009a). *Global Health and Foreign Policy: Strategic opportunities and challenges*. Note by the Secretary-General A/64/365.
- united nations secretary-general ban Ki-moon, *Global Strategy for Womens and Children, Health*.[http://www. everywomaneverychild. org/images/content/files/global_strategy/full/ 20100914_gswch_en.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf) (accessed Oct 19, 2013).
- WHO, 2010. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*.
- WHO 2002 <http://www.dmh.go.th/download/who.asp> Jan 2005
- WHO, *Global report on antimalarial drug efficacy and drug resistance: 2000-2010*,
- World Health Organization. (1958). *The first ten years of the World Health Organization: 19 Geneva: World Health Organization/Palais des Nations*.
- World Bank Group President Jim Yong Kim's Speech at World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future. World Health Assembly, Geneva, Switzerland. May 21, 2013

World Health Organization. (1968). The second ten years of the World Health Organization: 1958-1967. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). The third ten years of the World Health Organization: 1968-1977. Geneva: World Health Organization.

World Bank. (1993). World development report. Investing in health . Oxford: Oxford University Press.

หน่วยที่ 6

บทสรุปปรัชญาสุขภาพ
และการสาธารณสุข

หน่วยที่ 6 บทสรุปปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

สรุปหน่วยที่ 1 หลักปรัชญา

หลักปรัชญาประกอบด้วย 5 แนวคิดและ 5 ตอน ได้แก่ (1) ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญาทั่วไป (2) วิวัฒนาการของปรัชญา (3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา (4) วิธีการศึกษาปรัชญาและ (5) ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา

ความหมาย ขอบเขต ประเภทและความสำคัญของปรัชญา

1.1 แนวคิดหลักประการหนึ่งคือ ปรัชญาเกิดจากความสงสัย ความพิศวงและความสนใจของมนุษย์ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ซึ่งกำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์แต่ละกลุ่มชนหรือชนเผ่าตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ เป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดของการดำรงชีวิต ปรัชญาที่เป็นวิชาการได้มีการบันทึกเป็นหลักฐานในเวลาต่อมาและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จำแนกเป็นปรัชญาตะวันตกและปรัชญาตะวันออก ปรัชญาที่มีความสำคัญมากต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ มีการศึกษา ค้นคว้าหาคำตอบของปัญหาที่มีความสงสัยและสนใจ ทำให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรมที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดคุณประโยชน์และขยายผลต่อยอดให้กว้างขวางและลุ่มลึกมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับความหมายของปรัชญา ได้มีผู้รู้และนักปรัชญาทั้งไทยและต่างประเทศได้ให้คำนิยามของปรัชญาและ “philosophy” ในภาษาอังกฤษไว้จำนวนมากจากแหล่งหรือสถาบันต่างๆ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1) “ปรัชญา” เป็นศัพท์บัญญัติ ของพระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนคราธิพงศประพันธ์ เพื่อแปลคำว่า Philosophy ในภาษาอังกฤษ มีความหมายตามรากศัพท์ของคำ 2 คำ นี้ แตกต่างกัน คือ

คำว่า “Philosophy” ที่มาจากรากศัพท์ภาษากรีกโบราณว่า Philo แปลว่า ความรักหรือความสนใจและ Sophia แปลว่า ความรู้ ปัญญา (wisdom) หรือความปราดเปรื่อง

Philosophy จึงมีความหมายว่า ความรัก ความใฝ่เรียน เพื่อให้เกิดความรู้ ปัญญา ความปราดเปรื่อง

คำว่า “ปรัชญา” ที่มาจากรากศัพท์ภาษาสันสกฤต 2 คำ คือ ปฺร แปลว่ารอบหรือประเสริฐหรือความรู้อันประเสริฐ ชญา แปลว่า รู้ เข้าใจ เป็น ปฺรชญา แปลว่า ความปราดเปรื่องหรือความรอบรู้ **ปรัชญา** จึงแปลว่า ความปราดเปรื่อง ความรอบรู้ ในความรู้อันประเสริฐ

Philosophy เป็นภาษาทางตะวันตก เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศกรีซ ผู้ใช้คำนี้เป็นครั้งแรก คือ พิทากอรัส Pythagoras ใช้หลักการทางคณิตศาสตร์พิสูจน์ความจริง ส่วนปรัชญาเป็นภาษาทางตะวันออก ซึ่งนำมาใช้ครั้งแรกในประเทศอินเดีย

Philosophy แปลว่า รัก หรือความสนใจในความรู้หรือในปัญญา สมัยนั้นความหมายเทียบเท่ากับ “วิชาการ” ในสมัยนี้ คือ ความรู้ทั้งปวงล้วนเป็นปรัชญา อริสโตเติล ได้ให้เหตุผลว่าเพื่อสนองความอยากรู้ อยากเห็นอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ คำนี้มาก่อนที่จะรับเรื่องพระเจ้าในสมัยกลาง ทั้งนี้เพราะความรู้หรือปัญญา เป็นของพระเจ้าแต่ผู้เดียว ส่วนปรัชญา แปลว่า ความรู้อันประเสริฐ ความรู้รอบ มนุษย์เราสามารถรู้รอบหรือมีความรู้ประเสริฐได้

2) Philosophy จาก Webster's Intermediate Dictionary มีความหมาย 4 ประการ คือ

(1) The study of the basic ideas about knowledge, truth, right and wrong, God, and the nature and meaning of life.

(2) The philosophical teachings or principle of a person or group (Greek philosophy)

(3) The general principles of a field of study or activity (philosophy of history, philosophy of cooking)

(4) Someone's basic beliefs about the way people should live.

สรุปความหมายภาษาไทยของ Philosophy ดังกล่าวข้างต้น ได้เป็น 4 นัย คือ

1) การศึกษาว่าด้วยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ ความจริง ความถูกต้องและความผิด พระเจ้า ธรรมชาติ และความหมายของชีวิตและหลักการทั่วไปของการศึกษาวิชาหนึ่ง หรือกิจกรรม สาขาหนึ่ง เช่น ปรัชญา ประวัติศาสตร์ ปรัชญาการประกอบอาหาร เป็นต้น

2) คำสอนหรือหลักการ หรือทฤษฎีเชิงปรัชญา ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือกลุ่มบุคคลหนึ่ง เช่น ปรัชญากรีก เป็นต้น และความเชื่อพื้นฐานของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของประชาชน

ทั้งนี้ อาจกล่าวโดยย่อเพื่อความเข้าใจง่ายเป็นเบื้องต้นว่าปรัชญามี 2 ด้าน คือ ด้านการศึกษาหลักแห่งความรู้และความจริงและด้านเนื้อหาสาระความรู้และความคิดเกี่ยวกับความจริงของบุคคล เช่น นักปรัชญา คณะนักปราชญ์ สำนักปรัชญาหรือสำนักคิด สถาบันการศึกษา เป็นต้น

3) ความหมายของปรัชญาตามพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530 คือ วิชาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริง นักปรัชญาหรือนักปราชญ์ หมายความว่า ผู้รู้ ผู้มีปัญญา ปราชญ์ หมายความว่า ปัญญา

4) เพลโต (Plato) กล่าวว่าปรัชญา คือ ความรู้เกี่ยวกับความจริงสำหรับคำนิยามของเพลโต มีคำถามว่าจริงแท้เป็นเช่นไร คำตอบสั้นๆ คือ ความจริงแท้เป็นภาวะสากล ความจริงแท้มีภาวะไม่เปลี่ยนแปลงและความจริงแท้ เป็นสิ่งนิรันดร์ ความรู้ของเราย่อมเกี่ยวข้องกับสิ่ง 2 สิ่ง คือ สิ่งปรากฏกับสิ่งที่ไม่ปรากฏ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง สิ่งที่เราไม่สามารถใช้ประสาทสัมผัส เพื่อเข้าถึงหรือรู้จักสิ่งที่อยู่เหนือปรากฏการณ์ เป็นกระบวนการของการใช้เหตุผล เพื่อให้เรารู้จักความเป็นจริงที่อยู่เบื้องหลังของปรากฏการณ์นั้นๆ

สรุปความหมายของปรัชญาหรือปรัชญาบริสุทธิ์ จากการประมวลและวิเคราะห์คำนิยามของปรัชญาจากแหล่งอ้างอิงต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นได้ว่า ปรัชญา หมายถึง การศึกษาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความจริงเกี่ยวกับความสงสัย ความพิศวง หรือความสนใจของมนุษย์ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อม และหมายถึง ความคิด ทฤษฎี กฎเกณฑ์ หลักการ ของนักปรัชญาหรือของสำนักปรัชญา ตลอดจนความเชื่อและคำสอนของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง บนพื้นฐานของการใช้เหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของมนุษย์

1.2 ปรัชญาเป็นแหล่งความรู้และปัญญาไม่มีขอบเขตจำกัด หากบุคคลใดหรือสถาบันใดมีความสนใจใฝ่รู้ปัญหาใด คำตอบใด ก็สามารถทำการศึกษาค้นคว้า สร้างนวัตกรรม เมื่อมีองค์ความรู้ มีคำตอบเชิงตรรกวิทยาต่อปัญหานั้น เป็นความจริงชัดเจนจำนวนมากพอ ก็สามารถแยกตัวจากปรัชญาบริสุทธิ์ออกไปตั้งเป็นปรัชญาประยุกต์สาขาใหม่ได้ เช่น ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น

1.3 ประเภทของปรัชญา ประกอบด้วย ปรัชญาบริสุทธิ์และปรัชญาประยุกต์

1.3.1 ปรัชญาบริสุทธิ์ หมายถึง การศึกษาว่าด้วยความเป็นจริง จำแนกออกเป็น 3 สาขา คือ อภิปรัชญา เป็นการศึกษาที่กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่าความเป็นจริงคืออะไร (What is reality) ญาณวิทยา เป็นการศึกษาที่กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่าเรารู้ความเป็นจริงได้อย่างไร (How to know reality?) และคุณวิทยา หมายถึงการศึกษาที่กล่าวถึงปัญหาเชิงปรัชญาว่าด้วยทฤษฎีคุณค่า (Theory of Value) ซึ่งคุณวิทยา จำแนกออกเป็นสาขาย่อย 3 สาขา ได้แก่ ตรรกศาสตร์ (Logic) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงเหตุผลความจริง ความเท็จ จริยศาสตร์ (Ethics) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความประพฤติและสุนทรียศาสตร์ (Aesthetics) เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความงาม

1.3.2 ปรัชญาประยุกต์ หมายถึง ศาสตร์ที่นำความรู้ของปรัชญาบริสุทธิ์มาประยุกต์ใช้กับวิชาเฉพาะ สาขาต่างๆ จนเกิดเป็นศาสตร์และปรัชญาสาขาต่างๆ ขึ้นมา เรียกว่า ปรัชญาประยุกต์ เช่น ปรัชญาศาสนา ปรัชญาคณิตศาสตร์ เป็นต้น สำหรับวิชาแพทยศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์อื่นๆ ได้มีนักปรัชญา นักวิชาการและสถาบันการศึกษา ได้ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย แสวงหาคำตอบต่อปัญหาเชิงปรัชญาด้านสุขภาพ และการสาธารณสุขของมนุษย์มาทุกยุคทุกสมัย จนมีเนื้อหาสาระความรู้และความเป็นจริงที่เป็นที่นิยมเรียนรู้ และถือปฏิบัติจำนวนมาก จึงเกิดเป็นปรัชญาประยุกต์สาขาหนึ่งโดยเฉพาะ ได้แก่ ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มีความหมายเป็น 2 นัย กล่าวคือ นัยด้านการศึกษาวิชาว่าด้วยหลักแห่งความรู้และความเป็นจริงเรื่องสุขภาพและการสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงการศึกษาปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ในขณะใดขณะหนึ่งว่าปัญหานั้นคืออะไรและมีมาตรการ หลักการหรือทฤษฎีอย่างไรบ้างที่พิสูจน์หรือชี้วัดหรือบ่งบอกว่า เป็นความจริง ส่วนความหมายอีกนัยหนึ่ง ได้แก่ นัยด้านเนื้อหา สาระ หมายถึง การแสวงหาหรือรวบรวมความเป็นจริงเกี่ยวกับมาตรการ หลักการ ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข หรือทฤษฎีที่นักปรัชญาหรือสำนักปรัชญาหรือสถาบันการศึกษาได้พิสูจน์ หรือชี้วัดหรือบ่งบอกว่า เป็นความจริงอย่างมีเหตุผลหรือสมเหตุสมผล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น ปรัชญาสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ ด้านสุขภาพ ปรัชญาสุขภาพดีถ้วนหน้าและทุกคนร่วมมือกันเพื่อสุขภาพ ทั้งสำหรับปัจเจกบุคคลและสำหรับ สาธารณชน ซึ่งหมายถึงการสาธารณสุขนั่นเอง เป็นต้น

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจความหมายและประเภทของปรัชญาชัดเจนขึ้น ผู้เขียนได้ยกตัวอย่างข้อความเชิงปรัชญาที่เป็นความจริงตามนัยด้านเนื้อหาสาระของปรัชญาแต่ละประเภทประกอบในหนังสือเล่มนี้ด้วย

1.4 ความสำคัญของปรัชญาทั่วไปหรือปรัชญาบริสุทธิ์ จำแนกตามประเภทปรัชญา อภิปรัชญา เป็นหัวใจของปรัชญาทั้งหลาย เป็นที่ก่อกำเนิดของปรัชญาต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ได้ ญาณวิทยา ช่วยแสวงหามาตรการและเครื่องมือในการวัดความเป็นจริงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่วนคุณวิทยาช่วยในการระบุคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในด้านเหตุผล คุณธรรมและความดีงาม สำหรับปรัชญาประยุกต์ในที่นี้คือ ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข มีความสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพของปัจเจกบุคคลและสาธารณชน

วิวัฒนาการของปรัชญา

1) ปรัชญา เกิดจากความสงสัยหรือความสนใจของมนุษย์ ในปรากฏการณ์ต่างๆ ของโลกและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว จึงกำเนิดมาพร้อมกับมนุษย์ตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ ในแต่ละกลุ่มชน/ชนเผ่า ระยะเวลาแรกๆ จะเป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ ในระยะต่อมาปรัชญาที่เป็นวิชาการจึงมีการบันทึกเป็นหลักฐานและมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน จำแนกเป็นปรัชญาตะวันออกและปรัชญาตะวันตก โดยปรัชญาตะวันออกเกิดขึ้นที่ประเทศอินเดีย ส่วนปรัชญาตะวันตกเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศกรีก มีวิวัฒนาการเป็นปรัชญายุคกรีกโบราณ ยุคกลางและยุคใหม่ นักปรัชญาในยุคกรีกโบราณที่มีชื่อเสียงควรกล่าวถึงได้แก่ โพรตาโกรัส ที่เสนอว่าคนเป็นมาตรการทุกสิ่งเพลโต กล่าวว่า มโนคติ (Ideas) มีอยู่จริง การเรียนรู้จากประสบการณ์เอง ครูสอนและปัสนา คือ การพิจารณาเพ่งมองคิดถึงและอาริสโตเติล กล่าวว่ามโนคติ ที่เป็นมาตรการ ความจริงมีอยู่ในโลกนี้ รู้ได้จากประสบการณ์โดยการถอดจากสิ่งสากล 3 ชั้น คือ วิเคราะห์ คัดออกและสังเคราะห์

2) ปรัชญาตะวันออก มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดีย แล้วจึงกระจายไปยังประเทศต่างๆ ปรัชญาอินเดีย มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาสติกะ เป็นกลุ่มที่มีพระเจ้า สนับสนุนคัมภีร์พระเวท และกลุ่มนาสติกะ เป็นกลุ่มที่ปฏิเสธพระเวท ไม่มีพระเจ้า พุทธปรัชญาขึ้นอยู่กับทางสายกลางหรือหลักมัชฌิมาปฏิปทา ปรัชญาจีนเป็นปรัชญาชีวิต ปรัชญาไทยมีวิวัฒนาการตามอิทธิพลของความเชื่อของชนชาติไทย ที่มีศิลปะ วัฒนธรรมและประเพณีที่สืบเนื่องกันมา ปรับตัวเก่ง รู้จักผสมผสานและรวบรวมจุดดีของสังคมรอบตัวมาไว้ ปรัชญาจีนที่มีชื่อเสียงและสำคัญต่อการดำเนินชีวิตมี 2 ลัทธิ คือ ลัทธิเต๋าและลัทธิขงจื้อ นักปรัชญาลัทธิเต๋าคือเล่าจื้อ ที่เน้นจริยศาสตร์เป็นหลักการดำเนินชีวิตที่ดี เช่น การรู้จักตนเอง ชนะตนเอง รู้จักพอ เป็นต้น

สำหรับปรัชญาไทย เมื่อประมาณ 60 ปีที่ผ่านมา ปรัชญาเป็นของใหม่เพิ่งจะรับการบรรจุในหลักสูตรการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย เมื่อไม่นานมานี้ นักปรัชญาไทยที่สำคัญคือ พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ที่ทรงบัญญัติคำว่า ปรัชญา เพื่อแปล philosophy ในภาษาอังกฤษ

3) ปรัชญาตะวันตกได้ก่อตัวขึ้นมาในสมัยกรีกโบราณ เมื่อประมาณปี 60-450 ปีก่อนคริสตศักราช มีบทบาทซึ่งนำสังคมในการสร้างองค์ความรู้ขึ้นมากมาย ทำให้สังคมตะวันตกมีแกนความรู้ที่มีปรัชญาเป็นศูนย์กลางแล้วสะสมพอกพูนขึ้นมาอย่างต่อเนื่องและได้มีการพัฒนาแนวคิดทางปรัชญาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน แยกเป็น 2 ลักษณะ คือ จิตนิยมกับวัตถุนิยม นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงของประเทศตะวันตก คือ โซคราตีส ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาตะวันตก ได้ให้หลักการว่า philosophy เกิดจากความสงสัยในทุกอย่าง ทุกเหตุการณ์และได้ศึกษาสืบสวน ค้นหาเพื่อให้ได้คำตอบ ส่วนคานท์ (Kant) นักปรัชญาเยอรมัน ยึดถือความสงสัยเป็นหลักเช่นกัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ philosophy ส่วนเนื้อหาหรือเนื้อเรื่องของ philosophy คือการบรรยายหรือการค้นหาคำตอบของปัญหานั้น โดย Kant ได้ตั้งลัทธิกาละ (Time) และเทศะ (Space) ผนวกไว้ใน philosophy ด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญา มีดังต่อไปนี้

1. มนุษย์ มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ เปลี่ยนแปลงพัฒนา และสูญดับไปของสรรพสิ่ง ผลที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของมนุษย์ มีทั้งทางบวกที่เป็นคุณประโยชน์และทางลบที่เป็นโทษในมุมมองทางพุทธศาสนา มนุษย์แปลว่า ผู้มีจิตใจสูง รู้จักเหตุและผล มุมมองทางสังคมศาสตร์ มนุษย์หมายถึง สภาพชีวิตของสัตว์โลก หรือมนุษย์เป็นสัตว์สังคมดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยปัจจัย 4 มนุษย์มีความต้องการ 5 ลำดับขั้น (Maslow) จากทางสรีระร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก ความยกย่องนับถือและการกระทำเพื่อส่วนรวม คุณธรรมจริยธรรม มนุษย์จึงต้องขนขวายหาความรู้และปรัชญา เพื่อใช้พัฒนาการดำเนินชีวิตให้บรรลุผลสำเร็จ

2. โลก จักรวาลและสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอในรูปแบบ มนุษย์จึงพยายามศึกษาความเป็นมาของโลก ดาราศาสตร์และอวกาศ พร้อมทั้งพัฒนาความรู้และวิทยาการใหม่ๆ เพื่อให้รู้เท่าทันสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทุกสาขามีการพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง ย่อมเกิดผลต่อการวิวัฒนาการของปรัชญา

3. ตรรกศาสตร์ เป็นวิชาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความคิดในการให้เหตุผล มีเกณฑ์ของการใช้เหตุผลอย่างสมเหตุสมผลเป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาในศาสตร์อื่นๆ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาปรัชญาทุกประเภท มีหลักเกณฑ์ที่เป็นแนวทางในการตัดสินความจริงหรือการกระทำตามความจริง สำหรับกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ได้คำตอบต่อปัญหาที่ต้องการที่เชื่อถือได้ วิธีการทางวิทยาศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการหาความรู้และความเป็นจริง ซึ่งก็คือ “ตัวปรัชญา” นั่นเอง ทั้งในปัญหาเดิมและปัญหาใหม่ รวมทั้งการนำไปประยุกต์ใช้ประพจน์ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ที่แสดงถึงวิวัฒนาการของปรัชญา ด้วยกระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์

4. นักปรัชญามีการศึกษาค้นคว้าหาเหตุผลและใช้เหตุผลเชิงตรรกศาสตร์มาอธิบายและค้นหาความจริงของปัญหาเชิงปรัชญาที่สงสัยและสนใจในการเรียนรู้และการปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามทฤษฎีหรือคำสอนของนักปรัชญาหรือศาสนาต่างๆ เมื่อมีการศึกษา ประยุกต์ใช้และเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นความจริงให้กว้างขวางมากขึ้นในหมู่ชนและสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้นักปรัชญาและหรือนักศาสนาเหล่านั้นค้นหาความจริงให้มากขึ้นตามไปด้วย

5. ศิลปะมีบทบาทและอิทธิพลต่อวิวัฒนาการของปรัชญาประเภทสุนทรียศาสตร์ ทั้งในด้านการศึกษา วิชาว่าด้วยสุนทรียศาสตร์และด้านเนื้อหาสาระของสุนทรียศาสตร์ ด้านการศึกษาสุนทรียศาสตร์ มีความก้าวหน้ามากโดยเฉพาะอย่างยิ่งศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของไทย ในภูมิภาคและยุคสมัยต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ค้นพบและเกิดเนื้อหาสาระของศิลปะวัฒนธรรม อันล้ำค่าทางภูมิประวัติศาสตร์ ซึ่งสามารถพัฒนาต่อยอดเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ นำรายได้สู่ประชาชนและประเทศชาติได้เป็นอย่างดี

วิธีการศึกษาปรัชญา

1. วิธีการศึกษาปรัชญาของนักปรัชญา มีหลากหลาย ได้แก่ วิธีการอนุมาน วิธีการสงสัย วิธีการนิยาม วิธีการบรรยาย วิธีการวิจารณ์ วิธีการนำเสนอ วิธีการวิทยาศาสตร์ วิธีการหยั่งรู้และวิธีการวิเคราะห์ ภาษาในวิธีการศึกษาปรัชญาทุกวิธีดังกล่าวล้วนแต่อาศัยตรรกวิทยา คือ วิชาว่าด้วยเหตุผล เป็นเครื่องมือหนึ่งผสมผสานกับเครื่องมืออื่นเสมอ ส่วนวิธีการหยั่งรู้นั้นใช้วิธีพุทธปัญญาหรืออาศัยสติ ปัญญาที่เกิดจากการคิด ผ่านจิตใจโดยตรง เป็นความรู้ด้านในหรือเกิดจากภายใน ที่เรียกว่ารู้จริง (insight)

2. วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักการทางศาสนา โดยทั่วไปศาสนาส่วนใหญ่เป็นบ่อเกิดแห่งความรู้จากการแสวงหาความจริงและความรู้ด้วยหลักศาสนา โดยทั่วไปแต่ละศาสนาถือว่าความรู้ที่แท้จริงนั้นได้มาจากการเผยแผ่ของพระผู้เป็นเจ้ากับบุคคลที่มีลักษณะพิเศษบางคน และผู้นั้นนำมาบอกแก่มนุษย์ สืบทอดกันมาถึงคนรุ่นหลังๆ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์ ศาสนาพราหมณ์-ฮินดูและศาสนาซิกข์ ถือเช่นว่านี้ ส่วนศาสนาพุทธ พระพุทธองค์ทรงเรียกผู้ถือการเผยแผ่เป็นบ่อเกิดของความรู้ เนื่องจากพระพุทธองค์ทรงตรัสรู้เองโดยชอบด้วยพระองค์เอง โดยชอบในปัญญาและสัจธรรม แล้วสอนพุทธบริษัทให้รู้ตาม บ่อเกิดของความจริงสำหรับพระพุทธศาสนา คือ ประสบการณ์จากการสำรวจตัวเองกับการสังเกตเป็นฐานของความรู้ของมนุษย์

3. วิธีการศึกษาปรัชญาตามหลักตรรกศาสตร์ เป็นการค้นหาปัญหาเชิงปรัชญา การคิดหาเหตุผลทางตรรกศาสตร์ในการแก้ปัญหา การหาคำตอบที่น่าเป็นไปได้ การสรุปความรู้และปรัชญาในการแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์ มี 2 แบบ คือ แบบอุปนัยและแบบนิรนัย แบบอุปนัยคือ การให้เหตุผลจากข้อมูลที่เราประสบไปยังสิ่งที่เราไม่ได้ประสบ ส่วนแบบนิรนัยเป็นการคิดหาเหตุผลจากหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้วและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้ว จากนั้นจึงนำข้อมูลใหม่มาหาข้อสรุปว่าตรงกับกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าตรงกันเหตุผลนั้นก็จะสมเหตุสมผล

4. วิธีการศึกษาความรู้ในทางวิทยาศาสตร์บริสุทธิ์ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์กายภาพ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับเงื่อนไขในการพิสูจน์กฎทางวิทยาศาสตร์ การทดลองจึงเป็นหนทางที่จำเป็นและสำคัญต่อการทดสอบกฎในทางวิทยาศาสตร์นี้ โดยจะต้องเป็นการทดลองที่ปฏิบัติได้จริง มีจำนวนตัวอย่างที่มากพอ รวมทั้งสามารถกำหนดทิศทางใหม่ๆ ให้แก่วงการวิทยาศาสตร์ได้ แต่อย่างไรก็ดี การศึกษาในเรื่องวิทยาศาสตร์สุขภาพของมนุษย์ยังเป็นลักษณะเป็นเหตุเป็นผลที่ยังแฝงด้วยอัตวิสัย รวมทั้งการพยากรณ์ที่ขาดความสมบูรณ์แน่นอน เนื่องจากความรู้เรื่องมนุษย์ยังคงไม่สามารถสร้างความเป็นกฎ (Law) ได้ ผลการทดลองทางวิทยาศาสตร์สาขาเกี่ยวข้องกับมนุษย์ไม่อาจอธิบายครอบคลุมทุกปรากฏการณ์ได้ โดยวิธีการแสวงหาความจริงตามหลักวิทยาศาสตร์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา การตั้งสมมติฐาน การคาดคะเนและการพิสูจน์ทดลอง ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับวิธีการทางพระพุทธศาสนา ในอริยสัจ 4 คือ การกำหนดรู้ทุกข์ การค้นหาสาเหตุแห่งทุกข์ การกำหนดเป้าหมายขจัดทุกข์และหนทางดับทุกข์

ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา

1. ประโยชน์ของปรัชญาและการประยุกต์ใช้ปรัชญา จำแนกได้เป็น 5 ประการ คือ ประโยชน์ของตัวปรัชญา ของกระบวนการทางปรัชญา ของการนำปรัชญาไปใช้ ของการประยุกต์ใช้ปรัชญาและประโยชน์ของวิวัฒนาการปรัชญา ทั้งด้านการศึกษาและด้านเนื้อหาสาระของแต่ละปรัชญา ประโยชน์ด้านการศึกษาปรัชญา

ที่สำคัญคือทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ นวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการ ความสนใจ ความสงสัยในปรากฏการณ์ใหม่ๆที่เกิดขึ้นและเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้แก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เช่น กรณีเกิดโรคระบาดใหม่ เป็นต้น ประโยชน์ในการประยุกต์ปรัชญาที่เป็นผลการศึกษา ทำให้สามารถนำมากำหนดนโยบายยุทธศาสตร์แผนงาน โครงการ กฎระเบียบปฏิบัติต่างๆ เพื่อป้องกันแก้ไขและพัฒนาทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และประเทศชาติได้

2. ความรู้และความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ ไม่ได้เน้นด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม ดังนั้น หากได้นำปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้สนับสนุนความรู้ทางสังคมและความเป็นจริงทางวิทยาศาสตร์ ไปใช้ประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ในยุคปัจจุบันมนุษย์มีความต้องการและเรียกร้องความอิสระ เสรีภาพ ความเสมอภาคและสิทธิมนุษยชน ให้แก่ตนเองและหมู่คณะในหลายๆ เรื่อง รวมทั้งเรื่องสุขภาพและการสาธารณสุขด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการทางวิทยาศาสตร์ เกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ปรัชญาทางสังคมศาสตร์จะมีส่วนช่วยประสานความเข้าใจอันดีของทั้งสองฝ่ายให้มีความสุขได้

3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาประเภทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมในการทำงานบำรุงองค์ประกอบหลักของชีวิตมนุษย์ ด้วยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของปัจเจกบุคคลและสังคม การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริโภคทรัพยากรและรักษาสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมสิทธิเสรีภาพของมนุษย์และสังคมด้วยหลักคุณธรรม จริยธรรม สามารถนำอภิปรัชญา ญาณวิทยาและคุณวิทยามาประยุกต์ใช้ในการศึกษาและการพัฒนาการดำเนินชีวิตของมนุษย์และสังคมแบบผสมผสานอย่างสอดคล้องกับแต่ละบริบทของการดำเนินชีวิต

4. การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ การประยุกต์ปรัชญาเป็นวิชาพื้นฐานในหลักสูตรแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์สาธารณสุขทุกแขนง จะช่วยให้บัณฑิตนักศึกษา มีองค์ความรู้ ทักษะ แนวคิด และวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลต่อวิชาชีพของตนและสามารถบูรณาการให้เข้ากับเครือข่ายสุขภาพและการสาธารณสุขได้อย่างกลมกลืนและการนำเนื้อหาสาระของปรัชญาไปประยุกต์ใช้พัฒนาระบบงานสุขภาพและการสาธารณสุขย่อมมีคุณประโยชน์มาก โดยจะส่งผลให้ระบบสุขภาพและการสาธารณสุขมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างปรัชญาเนื้อหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่นำมาประยุกต์ใช้มากได้แก่ “อาโรครยา ปริมาลาภา” ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ “การป้องกัน ดีกว่าการแก้” “ประชาชนทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการได้รับสุขภาพที่ได้มาตรฐาน” เป็นต้น

สรุปหน่วยที่ 2 ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่มีแนวคิด หลักการที่ชัดเจนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ในการค้นหาคำตอบอย่างมีเหตุผลที่มีผลที่พิสูจน์ยืนยันได้ การประยุกต์ใช้ญาณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขเป็นการนำ “บางสิ่ง” ขององค์ความรู้ในวิทยาการต่างๆ มาบูรณาการเพื่อตอบประเด็นปัญหาต่างๆ ในเรื่องสุขภาพและการสาธารณสุข

องค์การอนามัยโลกได้ระบุนิยาม “สุขภาพ” ไว้ในธรรมนูญ เมื่อ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2489 ว่า คือ สภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม และมีไม่ใช่เพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity) นิยามนี้ถือเป็นปรัชญาสุขภาพของโลก

ได้มีความพยายามในการเสนอให้เพิ่ม “สุขภาพทางวิญญาณ” เข้าในนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ พ.ศ.2526 โดยสมาชิกจากประเทศในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ข้อเสนอดังกล่าวมีทั้งผู้สนับสนุนและผู้คัดค้าน ในที่สุดคณะกรรมการบริหารขององค์การอนามัยโลก มีข้อยุติให้ปรับปรุงคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพเป็น “สภาวะที่สมบูรณ์อย่างมีพลวัตทั้งร่างกาย จิตใจ วิญญาณและสังคมและมีไม่ใช่เพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น” แต่ยังไม่มีการยอมรับเป็นมติของสมัชชาอนามัยโลก และได้มีการเคลื่อนไหวในประเทศไทยให้เพิ่ม “สภาวะทางจิตวิญญาณ” ในคำจำกัดความของสุขภาพ แต่มีการคัดค้านจากหลายองค์กรที่ปฏิเสธคำ “จิตวิญญาณ” ว่าเป็นความคิดเทวนิยม ในที่สุดได้ข้อยุติให้ใช้คำว่า “ปัญญา” เป็นมิติที่ 4 ของสุขภาพตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และเสนอให้ไม่ต้องหาข้อยุติในประเด็นดังกล่าว เพราะหาข้อยุติได้ยาก และได้เสนอแนวทางพัฒนาสภาวะทั้ง 4 มิติ ตามแนวพุทธเป็นพื้นฐาน ส่วนผู้ศรัทธาในศาสนาอื่นย่อมพัฒนาหรือขยายความได้โดยอิสระตามพื้นฐานความเชื่อของตน

การสาธารณสุข (Public Health) คือ สุขภาพของสาธารณะเป็นศาสตร์และศิลป์ในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การช่วยให้ชีวิตยืนยาวและการส่งเสริมสุขภาพด้วยการรวบรวมสรรพกำลังและทางเลือกที่ประชาสังคมองค์กรทั้งหลาย ทั้งภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชนและแต่ละบุคคลได้รับการชี้แจงทำความเข้าใจแล้วทั้งมวลมาจัดดำเนินการในพื้นที่ของชุมชนหนึ่งๆ ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นปรัชญาการสาธารณสุขคือการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ของชุมชนซึ่งเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า (Quality of Life for All) ได้แก่ การมีสุขภาพดี การมีอาชีพดี การมีคุณธรรมดี การมีการศึกษาดี และการมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินดี โดยพัฒนาเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานหรือ จปฐ. ทั้งในเขตชนบทและในเขตเมืองมาเป็นตัวชี้วัดภาวะคุณภาพชีวิต

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็น “เครื่องมือ” ของสังคมไทยที่จัดให้มีกลไกที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพด้วยกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย ทำหน้าที่หนุนเสริมกลไกต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวงทบวงกรมต่างๆ กลไกภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลไกภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกลไกภายใต้ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้มีสถานตัวเข้ากันเพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกัน

ความรู้ (Knowledge) คือ สิ่งที่สามารถก่อให้เกิดความคิดและหรือการกระทำ ที่จะนำไปสู่สิ่งที่ต้องการได้อย่างแน่นอนอนมิใช่โดยบังเอิญ มีความพิเศษ คือ เมื่อนำมาใช้แล้วจะไม่มีวันหมด แต่จะยิ่งเพิ่มพูนหรืองอกเงยขึ้น ดังนั้น บรรดาข้อมูลและข่าวสารทั้งหลาย จึงยังไม่ถือว่าเป็นความรู้ จนกว่าจะผ่านกระบวนการที่ทำให้ข้อมูลและข่าวสารเหล่านั้นสามารถก่อให้เกิดความคิดและหรือการกระทำที่จะนำไปสู่สิ่งที่ต้องการได้อย่างแน่นอนแล้ว จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ตามการเกิดของความรู้ คือ ความรู้ในอดีต ความรู้ในปัจจุบัน

และความรู้ในอนาคต ซึ่งจะเกิดขึ้นอีกมากมายไม่มีวันสิ้นสุด กระบวนการที่จะก่อให้เกิดความรู้ในทางปรัชญา คือ กระบวนการญาณวิทยา ส่วนในทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์และเทคโนโลยีต่างๆ หรือศาสตร์ต่างๆ คือ กระบวนการวิจัย

ในการแสวงหาความเป็นจริงนั้น การวิจัย (Research) เป็นหนึ่งในวิธีการที่แต่ละสาขาของศาสตร์ยอมรับกันโดยทั่วไปด้วย “กระบวนการวิจัย” (Research Methodology) งานวิจัยที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คือ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือการวิจัยและพัฒนา เพื่อค้นหาค้นคว้าความรู้ใหม่ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่บนพื้นฐานความรู้เดิม เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้เดิมและเพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำวัน

การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (R&D for CSWI) เป็น R&D ที่มุ่งเน้นให้ “งาน” ใดๆ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยกลยุทธ์ R2R โดยใช้หลักการ แนวทางและวิธีการของ Practical R&D เป็นแนวทางหลัก เน้นให้ได้ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพและการสาธารณสุขอย่างครบวงจร ด้วยการทำงานประจำให้เป็นงานวิจัยชั้นเลิศ (R2R2E)

ระบบบริการสุขภาพไทยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันในแต่ละระดับ แต่มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญร่วมกัน คือเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ยังสามารถสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชนได้ และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะเป็นแกนกลางของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีหน่วยงานในสังกัดทั้งหน่วยงานด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ กระจายอยู่ทั่วประเทศ แต่ในขณะเดียวกันก็มีกระทรวงอื่นที่มีบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานเข้าด้วยกัน ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ดังนั้นปรัชญา All For Health ที่ให้ข้อสรุปว่า “ทุกคน” มีส่วนในการทำให้เกิดสุขภาพ (Healthy) ในสังคมจึงเป็นคำตอบที่ชัดเจนของปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข โดยเกี่ยวข้องกับ “ทุกกระทรวง”

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ “กฎบัตรรอดตาย” ซึ่งถือว่าเป็นคัมภีร์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมั่นปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษทำลายสุขภาพ ให้ความสำคัญหรือเน้นให้มีการเพิ่มปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ นำมาสู่คำปฏิญาณโลกที่ประกาศว่า “สุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคน”

การป้องกันโรค (Prevention of Disease) หมายถึง วิธีการหรือมาตรการที่นำมาใช้เพื่อช่วยไม่ให้เกิดโรคขึ้นในมนุษย์หรือสัตว์ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural of disease) ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiology Triage) ได้แก่ การจัด

กระบวนการติดต่อของโรค เป็นงาน หรือกิจกรรมที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมการสร้างสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค โดยมีเป้าหมายให้ “ทุกคน” ได้รับการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ที่เหมาะสมกับบริบทและสภาพการณ์ของตน ในแต่ละกลุ่ม ชุมชนหรือพื้นที่ อย่างถ้วนหน้าและยั่งยืน

การรักษาพยาบาล (Curative, Treatment) เป็นการดูแลรักษาบุคคลที่เจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและ/หรือทางจิตใจ จำแนกเป็น ผู้ป่วยใน (In-Patient) คือผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก (Out-Patient) คือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้หายจากความเจ็บป่วย เป็นงานบริการหลักของโรงพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการ คือ ตัวบริการในการรักษาพยาบาล สถานที่ในการให้บริการ ช่องทางในการให้บริการ วิธีการในการให้บริการ ทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ใช้บริการ มีเป้าหมายคือ “ผู้ป่วยทุกคน” ได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทั้ง 4 มิติที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลและยั่งยืน

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นกระบวนการที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการปรับสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ กลับคืนสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด ให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมทั้งหลายให้มากที่สุดเท่าที่พึงกระทำได้ ตามบริบทและข้อจำกัดตามอัตรภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่สัมพันธ์กับระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์/เทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขกับสุขภาพ ความรู้ด้านสังคมศาสตร์กับระบบสุขภาพ ความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกับระบบสุขภาพ ความรู้ด้านการวิจัยสุขภาพและการสาธารณสุข โดยเน้นความรู้ขั้นสูงที่สามารถนำไปประยุกต์ พัฒนา ต่อยอดและขยายผลได้อย่างกว้างขวาง

วิทยาศาสตร์ (Science) เป็นความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆในธรรมชาติ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต รวมทั้งกระบวนการประมวลความรู้เชิงประจักษ์ที่เรียกว่า กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Methods) และกลุ่มขององค์ความรู้ที่ได้จากกระบวนการดังกล่าว มีกระบวนการหาความรู้ที่มีระบบและจัดไว้อย่างมีระเบียบแบบแผน โดยอาศัยการสังเกตเป็นพื้นฐาน เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้ผ่านการทดสอบยืนยันแล้วว่าถูกต้องจากการทดสอบหลายๆ ครั้ง

วิทยาศาสตร์เชื่อในเหตุผลและต้องมีหลักฐานมายืนยัน ไม่เชื่ออะไรรอยๆ ไม่อาศัยศรัทธา เชื่อการทดลองว่าให้ความจริงแก่มนุษย์ได้ ไม่เชื่อการดลบันดาลของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าทุกสรรพสิ่งในจักรวาลล้วนดำเนินไปอย่างมีกฎเกณฑ์ มีเหตุผล มีความเป็นระเบียบและกฎเกณฑ์ที่แน่นอน โดยใช้ปัญญาและเหตุผลเป็นตัวตัดสินความจริง ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ แบ่งเป็น 6 ประเภท คือ ข้อเท็จจริง (Fact) ความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ (Concept) หลักการ (Principle) สมมุติฐาน (Hypothesis) ทฤษฎี (Theory) และกฎ (Law)

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Science) มีลักษณะสำคัญ คือ สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยที่ไม่จำเป็นต้องอธิบายสาเหตุ ใช้คณิตศาสตร์เป็นภาษาหลักของวิทยาศาสตร์และทำให้ Scientific Methods อยู่ในสถานะที่จะถูกปฏิเสธ (Reject) ได้ ทำให้เกิดการปฏิเสธความเชื่อพื้นฐานที่ว่า มีระเบียบวิธี ‘หนึ่งเดียว’ ที่ใช้ได้กับวิทยาศาสตร์ทุกแขนง

ญาณวิทยาด้านวิทยาศาสตร์ที่นำมาใช้กับสุขภาพ คือ เทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่ได้จากการนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ อย่างเป็นระบบ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพของมนุษย์ ที่สำคัญ คือ Information Technology, Biotechnology, Nanotechnology และ Management Technology

ความรู้ด้านบริหารจัดการเป็นความรู้ที่จำเป็นและสำคัญยิ่ง ในการนำความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสู่การปฏิบัติที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการ กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์สุขภาพเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายความร่วมมือทางสุขภาพและการสาธารณสุข โดยเน้นการประยุกต์ที่นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริง ซึ่งเหมาะสมกับบริบทที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบัน

ในการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้น จำเป็นต้องมีกฎหมายมาเป็นกฎเกณฑ์ กติกา หรือมาตรฐานมาเป็นแนวทางพื้นฐานในการดำเนินการเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม อย่างสงบสุข โดยไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้หนึ่งผู้ใด โดยเน้นจริยธรรมด้านการดูแลสุขภาพ (Ethics of healthcare) สิทธิผู้ป่วย (patients' Rights) จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งการทดลองทางคลินิก (Clinical trials)

มนุษย์ทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขตั้งแต่เกิด รัฐบาลผู้บริหารประเทศมีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคน ทุกวัย มีสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงต้องจัดบริการด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้กับประชาชน ตั้งแต่เกิดจนสิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ตามกำลังความสามารถของประเทศอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่ทุกรัฐบาลต้องปฏิบัติ

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานโดยกำเนิดของมนุษย์เป็นสิ่งที่ ทำให้บุคคลมีความเป็นมนุษย์ แบ่งได้ 5 ประเภท ได้แก่ สิทธิพลเมือง สิทธิทางการเมือง สิทธิทางสังคม สิทธิทางเศรษฐกิจและสิทธิทางวัฒนธรรม ซึ่งมีเนื้อหาสำคัญที่ปรากฏในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่สหประชาชาติได้ให้การรับรอง ถือเป็นสิทธิประจำตัวมนุษย์ที่ไม่อาจโอนให้แก่กันได้และไม่อาจถูกทำลายล้างโดยอำนาจใดๆ เป็นสิทธิจำเป็นที่มนุษย์พึงมี ให้สามารถดำรงชีวิตและพัฒนาตนเองเพื่อให้บรรลุถึงการมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยขยายออกไปถึงสิทธิของกลุ่มมนุษย์ด้วย ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักจริยธรรมว่า แพทย์และพยาบาลควรปฏิบัติต่อคนไข้อย่างไรจึงจะถูกต้องและเหมาะสม โดยผู้ป่วยมีสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างเต็มที่ เพื่อให้เขาได้ประโยชน์สูงสุด โดยต้องนำองค์ความรู้จากศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาประยุกต์ให้เกิดบริการที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างครบถ้วน ตลอดเวลา และนำมาสู่การกำหนด “สิทธิผู้ป่วย” ซึ่งเป็นความชอบธรรมที่ผู้ป่วย รวมถึงผู้ที่ไปใช้บริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น มีบทบัญญัติทั้งในกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่างๆ เพื่อจัดระเบียบการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบริการด้านสุขภาพต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ระบบสุขภาพแห่งชาติ วางอยู่บนฐานของจินตนาการ “สุขภาพดี” การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเป็นทิศทางหลัก บนแนวคิด สุขภาพพอเพียง ให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าและเกิดสุขภาวะทั่วทั้งสังคม โดยยึดประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง

การพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ จำแนกเป็นการพึ่งตนเองได้ทั้งทางเทคโนโลยี ทางเศรษฐกิจ ทางทรัพยากรธรรมชาติ ทางจิตใจและทางสังคม มีทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและระดับชาติ เพื่อให้เกิดความมั่นคงต่อชุมชน ท้องถิ่น องค์กรอาชีพ ที่ยั่งยืนทางพลังงาน ทางพันธุกรรมทั้งพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ ทางอาหารและทางสิ่งแวดล้อม ด้วยการใช้แนวคิด หลักการ และวิธีการของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่สอดคล้องกับลักษณะภูมิศาสตร์และสังคมของชุมชนหรือท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นหนึ่งในกลไกและกระบวนการหลักของการดำเนินงานทางสุขภาพและการสาธารณสุขของทุกๆ ประเทศ

การพึ่งตนเองทางสุขภาพและสาธารณสุขของมนุษย์นั้น เนื่องจาก สุขภาพ ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และ จิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และ สิ่งแวดล้อม การพัฒนาด้านสุขภาพของทุกประเทศ จึงต้องปรับมุมมอง เน้นการสร้างนำซ่อม ด้วยการพัฒนา ให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และ ระดับประเทศ

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นกลไกการเชื่อมประสานระบบบริการด้านสุขภาพ และการสาธารณสุขของรัฐสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าของประชาชน เป็นหลักการที่สำคัญในการพัฒนาการพึ่งตนเองทางการสาธารณสุขหลายประเทศทั่วโลก ให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานในพื้นที่ระดับหมู่บ้านและตำบล ด้วยการผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและติดตามประเมินผล โดยรัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก พร้อมทั้งผสมผสานไปกับการพัฒนาทางการศึกษา การเกษตร การอาชีพ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ด้วยการลงมือทำ และการสร้างปัจจัยเอื้อทั้งจากองค์กรภายในและภายนอกชุมชน โดยมุ่งเน้นการระดมสรรพกำลังและทรัพยากรที่หลากหลายและเปิดโอกาสให้มีการวางกลวิธีและกิจกรรมได้ตามความถนัดของแต่ละชุมชน ภายใต้อายุ 4 กลยุทธ์หลัก คือ การมีส่วนร่วม การสร้างกระบวนการเรียนรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคมและการสื่อสารเพื่อประชาชน

สรุปหน่วยที่ 3 คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุข

คุณปรัชญา หรือคุณวิทยา หรืออรรถวิทยาเป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มี 5 ตอน ประกอบด้วย 1) ความหมาย ความสำคัญและแนวคิดคุณปรัชญา 2) ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขกับศาสนาและความเชื่อ 3) ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมกับจรรยาวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 4) ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ด้านการสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไข 5) การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน

ความหมาย ความสำคัญและแนวคิดคุณปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรม

คุณปรัชญาหรือ คุณวิทยา หรืออรรถวิทยา หมายถึงทฤษฎีคุณค่า Theory of value เป็นสาขาหนึ่งของปรัชญาบริสุทธิ์คุณค่า 3 ด้าน ที่เป็นสาขาย่อยของคุณปรัชญาได้แก่ ตรรกศาสตร์ เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงเหตุผล จริยศาสตร์เป็นวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความประพฤติและสุนทรียศาสตร์ เป็นระบบวิชาว่าด้วยคุณค่าเชิงความงาม ดังที่ได้กล่าวแล้วในหน่วยที่ 1 สำหรับหน่วยนี้จะได้นั้นหนักในคุณปรัชญาสาขาจริยศาสตร์ เนื่องจากมีความสำคัญกับระบบสุขภาพและการสาธารณสุข คุณปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับศาสนาและความเชื่อ

ความสำคัญ องค์ประกอบและประโยชน์คุณปรัชญา

1) ด้านจริยศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าความจริงของสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นมีคุณค่า ด้านดีมีอะไรและจะรักษาเพิ่มพูนได้อย่างไร จริยศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณค่าด้านความดีของมนุษย์

2) ด้านสุนทรียศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าความเป็นจริงของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีคุณค่าด้านความงามอะไร จะรักษาเชิดชูและชื่นชมอย่างไร สุนทรียศาสตร์จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณค่าด้านความจริงของสิ่งต่างๆ ที่มนุษย์สัมผัสได้ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกปีติ ยินดี อิ่มเอมใจ พอใจและมีความสุข

คุณค่าด้านความงาม เป็นการศึกษาเรื่องความงามของสิ่งต่างๆ ในธรรมชาติและต้องค้นหาคำตอบเชิงทฤษฎี ได้แก่ สิ่งสวยงามคืออะไร เราจะตัดสินใจได้อย่างไร เราจะใช้อะไรเป็นมาตรฐานในการตัดสิน การตัดสินความงามของมนุษย์มี 2 ด้านคือ ด้านศิลปะและด้านความสวยงาม คุณค่าของความงามจึงเป็นผลิตภัณฑ์หรือสิ่งที่เกิดจากการมีคุณค่าของบุคคลตามหลักเกณฑ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

3) ด้านตรรกศาสตร์ ช่วยให้รู้ว่าเหตุผลที่นำมาใช้ในการแสวงหาความเป็นจริงและการให้เหตุผลในการอธิบายความหมายและคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยมีเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ต่างๆ ซึ่งต้องใช้การคิดหรือการตรรกะตรองหาเหตุผลอย่างถูกต้องตามแต่ละลัทธิธรรมนั้นๆ

คุณธรรม หมายถึง คุณงามความดีที่เป็นธรรมชาติ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม คุณธรรมเป็นความดีงามในจิตใจทำให้บุคคลประพฤติดี ผู้มีคุณธรรมเป็นผู้มีความเคยชินในการประพฤติดี ด้วยความรู้สึกในทางดีงาม คุณธรรมเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับกิเลส ผู้มีคุณธรรมเป็นผู้ที่ไม่มีกิเลส ซึ่งจะได้รับการยกย่องว่าเป็น “คนดี”

ลักษณะของผู้มีคุณธรรมตามแนวคิดของ อริสโตเติล มี 4 ประการ คือ มีความรอบรู้ มีความกล้าหาญ รู้จักประมาณตนและมีความยุติธรรม

จริยธรรม หมายถึง หลักหรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติที่ดีในสังคม ผู้มีจริยธรรมจะได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลในวงการหรือวงสังคมนั้นๆ

ลักษณะของผู้มีจริยธรรม 5 ประการคือ เป็นผู้มีความเพียรพยายาม ประกอบคุณงามความดีละอายต่อการประพฤติชั่ว ซื่อสัตย์สุจริต ยุติธรรม มีเมตตากรุณา มีสติ มีปัญญา ไม่ประมาท ใฝ่หาความรู้ในการประกอบอาชีพและเป็นผู้ที่ภาคีรัฐสามารถอาศัยเป็นแกนนำให้กับสังคม เพื่อการพัฒนางานต่างๆ กล่าวได้ว่า จริยธรรมเป็นหลักหรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติที่ดี มีคุณธรรม คุณงามความดี

เนื่องจากคุณธรรมและจริยธรรมเป็นคุณสมบัติของคนดี เป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของคนจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีพของประชากรทั้งประเทศ รัฐบาลไทยจึงได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมเป็นวาระแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมุ่งพัฒนาจิตใจของประชาชนด้วยการปลูกฝัง ฝึกอบรมสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ทั้งด้านศิลปะ วัฒนธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ถูกต้อง ดีงาม ตามหลักศาสนา หลักศีลธรรมหลักคุณธรรมจริยธรรม โดยมุ่งหวังจะช่วยลดปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน การก่ออาชญากรรม การเสพและการค้าสารเสพติด รวมทั้งลดปัญหาการทะเลาะวิวาทของนักเรียน นักศึกษา ทั้งภายในสถาบันเดียวกันและต่างสถาบัน

องค์กร หน่วยงานหรือสถาบันควรมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของบุคคลของตนเพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่พึงประสงค์ ทั้งองค์กรและประเทศชาติ ด้วยการสร้างบรรยากาศหรือสภาวะแวดล้อมที่มีการสอดแทรกคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น การพิจารณาความดี ความชอบที่ยุติธรรม การสร้างและส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ในองค์กร เป็นต้น

การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขทำให้เกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและประชาชนในชุมชนอย่างคุ้มค่า ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ให้เห็นคุณค่าทางคุณธรรมและจริยธรรมของงานที่ปฏิบัติและจะต้องพัฒนาผู้ให้บริการให้เห็นคุณค่าของการดำเนินงานและผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศชาติและต่อโลก

ดังนั้น การประยุกต์ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องเรียนรู้ระบบสุขภาพและระบบการสาธารณสุข ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลักษณะของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ปรัชญาสุขภาพและการสาธารณสุขกับศาสนาและความเชื่อ

การดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข จำเป็นต้องนำศาสนาและความเชื่อมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับกาล เทศะ บุคคล กิจกรรมและสถานการณ์ ซึ่งจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับความหมาย องค์ประกอบ หลักการและความสำคัญของศาสนา ความเชื่อในศาสนาและความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข คำสอนในศาสนาที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

ทุกศาสนามีคำสอนที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสาธารณสุข ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกเป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การดำเนินงานให้ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องทำให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างยั่งยืน ซึ่งต้องใช้ความเชื่อมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบุคคลและกลุ่มเป้าหมายทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน ชนเผ่า ผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติงาน

ความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลแต่ละคน ยึดถือว่าเป็นความจริงและจะปฏิบัติตามความเชื่ออย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เช่นใด และจะรู้สึกไม่พอใจถ้าใครบอกว่าสิ่งที่เขาเชื่อนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือให้เลิกปฏิบัติ

การพัฒนาทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 เน้นประชากรและชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งการดูแลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขไทย มุ่งหวังและให้ความสำคัญในการเพิ่มกำลังความสามารถให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงในระบบ

ความเชื่อเป็นวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัวและสังคม ต่อสุขภาพ จะต้องมีความรู้ รู้จักแหล่ง ให้บริการดูแลสุขภาพ สามารถดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในทุกสภาวะการณ์ จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ความเชื่อและนำความเชื่อทั้งหลายที่มีอยู่ มาใช้ให้เกิดประโยชน์รวมทั้งเสริมสร้างและพัฒนาความเชื่อที่พึงประสงค์ให้มีและเพิ่มพูนขึ้นเพื่อเพิ่มพลังการดำเนินงานสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืนต่อไป

การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพและการสาธารณสุขของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เช่น การกระตุ้นเตือน การใช้ข้อมูลที่ชัดเจน การสร้างความตระหนัก ซึ่งจะเป็นสิ่งเน้นย้ำให้บุคคลปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

ศาสนาและความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการรวมทั้งการจัดกิจกรรม กระบวนการ วิธีการในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบุคคลและกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีแนวทางที่หลากหลาย เช่น การประยุกต์คำสอนของศาสนาอิสลาม โดยมีกฎเกณฑ์กำหนดไว้ เช่น เรื่อง ความสะอาดทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย สำหรับการประยุกต์คำสอนของศาสนาพุทธ ได้แก่ การงดเหล้าเข้าพรรษา นำมาใช้ในการทำความดีด้วยการไม่ดื่มสุราและของมีเมาในช่วงเข้าพรรษาเป็นเวลา 3 เดือน การพัฒนากระบวนการเรียนรู้แนวจิตตปัญญาศึกษา การประยุกต์โยนิโสมนสการ คิดอย่างแยกคาง ทำจิตใจให้บริสุทธิ์เพื่อสร้างปัญญาซึ่งจะนำไปสู่การพ้นจากทุกข์ การพัฒนาบริการสุขภาพ ด้วยจิตวิญญาณและหัวใจความเป็นมนุษย์ การพัฒนาสุขภาพองค์กรรวม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

การประยุกต์ศาสนาและความเชื่อในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสุขภาพ ในรูปแบบของสุขภาพดี วิถีธรรม โดยกำหนดเป็นนโยบาย แผนงาน โครงการ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของรัฐบาลที่แถลงต่อสภาผู้แทนราษฎร ก่อนเข้ารับบริหารประเทศ หรือแผนการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระดับพื้นที่ ซึ่งเน้นการดูแลโดยชุมชน ครอบครัว ด้วยการสร้างความเข้มแข็ง สนับสนุนความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สังคมไทยมีความเข้มแข็ง เสียสละ เผื่อแผ่ แบ่งปัน อยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ สามัคคีและพัฒนางานสาธารณสุขด้วยจิตอาสา ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีของสังคมไทย

ปรัชญาการดูแลสุขภาพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

ปรัชญาการดูแลสุขภาพ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข มีประเด็นเนื้อหาธรรม 5 ประการ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ปรัชญาการดูแลสุขภาพ
- 2) จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาล สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์
- 3) คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข
- 4) ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- 5) การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์

ปรัชญาการดูแลสุขภาพ เน้นการศึกษาเกี่ยวกับจริยศาสตร์ กระบวนการและประชาชนที่ได้รับการแต่งตั้งมอบหมายจากผู้มีอำนาจ ให้มีอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบในการดูแล ทะนุบำรุงสุขภาพมนุษย์ทั้งมวล การดูแลสุขภาพ เน้นการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลายมาประมวล พัฒนาหาความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกับเทคโนโลยีชีวภาพการแพทย์และการสาธารณสุขมาพิจารณาทั้งระบบ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้บริหาร ผู้ประกอบกิจการประกันสุขภาพที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของประชาชนและปัจเจกบุคคล ทั้งภาครัฐและเอกชน

เป้าหมายสูงสุดของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คือ ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบได้รับการดูแลสุขภาพ เป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า

ปรัชญาการดูแลสุขภาพ มีเนื้อหาการนำเสนอ 15 ประเด็น เช่น ความเป็นมาและความสำคัญของปรัชญาการดูแลสุขภาพ คำถามที่สำคัญเกี่ยวกับปรัชญาการดูแลสุขภาพ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของปรัชญาการดูแลสุขภาพ ความหมายของปรัชญาการดูแลสุขภาพ ประเภทของปรัชญาการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

จริยธรรมกับจรรยาบรรณวิชาชีพด้านการแพทย์ การพยาบาล สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

จริยธรรมทางการแพทย์ใช้คำปฏิญาณของฮิพอกراطีส มาเป็นแนวปฏิบัติ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมตามยุคสมัย โดยมีประเด็นหลักของจริยธรรม คือความศักดิ์สิทธิ์และบริสุทธิ์สูงส่งของวิชาชีพแพทย์ ความมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วยและกล่าวถึงการป้องกันมิให้แพทย์กระทำการฉ้อฉล เบียดบัง เอาประโยชน์จากผู้ป่วย รวมทั้งโทษของการกระทำดังกล่าวและต่อมาแพทย์สมาคมโลก ได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์และสิทธิผู้ป่วยบนพื้นฐานหลักจริยธรรม

จรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ประกอบด้วยคุณธรรม 10 ประการ

1. มีเมตตาจิตแก่ผู้ป่วยไม่เลือกชั้นวรรณะ
2. มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ยกตนข่มท่าน
3. มีความละเอียดเกรงกลัวต่อบาป
4. มีความละเอียดรอบคอบ สุขุม มีสติใคร่ครวญ
5. มีเหตุผล ไม่โลภ ไม่โอ้อวดวิชาให้ผู้อื่นหลงเชื่อ
6. ไม่เผลอเรามักง่าย

7. ไม่เกียจคร้าน
8. ไม่ลู่แก่อำนาจ
9. ไม่หวั่นไหวต่อความมีและความเสื่อมของลาภยศ สรรเสริญ
10. ไม่มัวเมาต่ออบายมุข

แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่น จะนำองค์ความรู้จากศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น มาประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุดจากการดูแลรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คุณธรรมในการรักษาผู้ป่วย คือ กระบวนการที่กระทำเพื่อผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ด้วยวิธีที่เป็นที่ยอมรับในวงการสาขาปรัชญา แม้กฎหมายจะระบุชัดเจนว่า แพทย์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถกระทำต่อร่างกายมนุษย์ได้ในกรณีใดบ้างและก่อนการกระทำดังกล่าวจะต้องปรึกษาหารือกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก่อน เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงจะดำเนินการต่อไปได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่สามารถให้การรักษาหรือปฏิบัติเพื่อทุเลาอาการได้มากกว่า 1 วิธี คณะแพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบก่อน พร้อมทั้งอธิบายข้อดี ข้อด้อยของแต่ละวิธีจนเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิบัติวิธีใดวิธีหนึ่งแล้วคณะแพทย์จึงจะเริ่มดำเนินการได้

แพทย์สภาได้กำหนดให้มีคณะกรรมการจริยธรรม ทำหน้าที่ในการพัฒนาการบริการผู้ป่วยและสุขภาพประชาชน โดยควบคุมและส่งเสริมวิชาชีพแพทย์ กำหนดนโยบายจริยธรรม พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน และศึกษาวิจัยเกี่ยวกับจริยธรรมของแพทย์ที่กำลังศึกษาและที่กำลังประกอบวิชาชีพที่มีประเด็นหลักการจริยธรรมของแพทย์ ประกอบด้วย บทนำ ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ ความสัมพันธ์โรงพยาบาล การรักษาความลับ การโฆษณาและการสื่อสารสัมพันธ์ ค่าธรรมเนียมและค่าบริการ ระเบียบของแพทย์ การประกอบวิชาชีพ สิทธิและความรับผิดชอบของวิชาชีพและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล เป็นการประมวลหลักความประพฤติให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล พ.ศ.2528 ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลประพฤติ ปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่อที่กำหนดเน้นความรับผิดชอบต่อประชาชน ความรับผิดชอบต่อประเทศชาติ ความรับผิดชอบต่อผู้ร่วมวิชาชีพและความรับผิดชอบต่อตนเอง

จริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในมนุษย์ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และ การศึกษาวิจัยที่กระทำต่อสารต่างๆ ของร่างกายมนุษย์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงบุคคลต่างๆ รวมทั้งการศึกษาวิจัยจากเวชระเบียนและสิ่งต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย

ปรัชญาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมด้านการแพทย์และการพยาบาล คือ การศึกษาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืนตลอดเวลาและตลอดไป ปรัชญานี้จึงเป็นหลักในการช่วยให้ผู้ที่อยู่ในสาขาการแพทย์และการพยาบาล นำมาประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ได้ประโยชน์สูงสุด

คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข

คุณธรรมและจริยธรรมด้านการสาธารณสุข เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญของวิชาการสาธารณสุข ซึ่งต้องปลูกฝังให้เกิดขึ้นในบุคลากรสาธารณสุขทุกคน ทั้งด้านปรัชญา แนวความคิดหลักและวิธีการดำเนินงานให้เป็นที่ชื่นชม ยกย่องในความเป็นวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

กระทรวงสาธารณสุขไทย เห็นความสำคัญในการสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่ดั่งามให้บุคลากรเพื่อปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการสร้างจิตสำนึกที่ดีให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำหลักคุณธรรมและน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างถูกต้อง ทั้งยังเกิดประโยชน์และความมั่นคงต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ มีการส่งเสริม ยกย่อง เชิดชูบุคคลหรือองค์กรที่เป็นแบบอย่างในทางคุณธรรมและการทำความดี มีการแสวงหาแนวทางการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นความโปร่งใส ประหยัด เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ มีการสร้างและขยายเครือข่ายการพัฒนาให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมแก่บุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานให้เหมาะสมกับบริบท โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดไว้ในแผนตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขและในปี พ.ศ.2553 ได้ประกาศจรรยาบรรณข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มี 6 ข้อ คือ ซื่อสัตย์ สุจริตและรับผิดชอบต่อ ยืนหยัดและยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมและเสมอภาค ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและตรวจสอบได้ มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานและดำรงชีพตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การสร้างและพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของบุคลากร ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล เป็นภารกิจที่ต้องมีการส่งเสริมให้เกิดรูปธรรมอย่างต่อเนื่องทั้งองค์กรซึ่งในระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศเพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมที่ดีขององค์กร การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่มีคุณค่า เป็นทรัพยากรองค์การที่มีทุนทางสังคมสูง สามารถเป็นตัวกำหนดความก้าวหน้าของสังคมได้อย่างมีคุณค่ายิ่ง

ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ มีความเสี่ยงมากมายหลากหลายกรณี ดังในเอกสารวิชาการของนิธิพัฒน์ เจริญกุล ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ระบุไว้ รวม 26 กรณี เช่น เวชระเบียน การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว การออกใบรับรองแพทย์ การมีส่วนร่วมในงานวิจัยทางการแพทย์ เป็นต้น

การประกอบวิชาชีพเวชปฏิบัติ มีความท้าทายเชิงจริยธรรม ทั้งต่อตัวแพทย์ ทีมงาน ผู้ร่วมปฏิบัติงาน สถาบันที่แพทย์และทีมงานสังกัด องค์กรที่ดูแลรับผิดชอบผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติที่จะมีผลต่อตัวผู้ป่วยญาติ และสังคมภายนอก ในฐานะที่แพทย์เป็นบุคคลที่ได้รับความเชื่อถือและยกย่องด้านคุณธรรมและจริยธรรม จึงต้องยึดมั่นในหลักการ “การเอาใจเขามาใส่ใจเรา” และ “การคำนึงถึงประโยชน์เพื่อนมนุษย์ให้อยู่คู่กับสังคมและเป็นหลักให้กับทีมผู้ร่วมปฏิบัติงานด้วย

ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุข การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขของแต่ละพื้นที่จะมีความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน 8 ประการ คือ ตัวงาน เป้าหมาย กรอบเวลา

ทรัพยากร ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ กิจกรรมกระบวนการและวิชาการและสภาพการณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวจำแนกเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาของการดำเนินงาน คือ ความเสี่ยงเชิงคุณธรรมและจริยธรรม ในระยะก่อนดำเนินการ ในขณะที่ดำเนินการและระยะหลังการดำเนินการ ซึ่งที่เน้น “การป้องกันความเสี่ยง”

การพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้เป็นผู้เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์

คุณธรรมและจริยธรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลในสังคมไทย บุคคลที่จะได้รับความเคารพยกย่องนับถือจากสังคมจะมีคุณลักษณะประจำตัว 11 ประการ คือ เป็นผู้ที่มีศีล มีความเพียรพยายาม มีสติ มีปัญญา มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความยุติธรรม มีพรหมวิหาร 4 ใฝ่หาความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพและเป็นผู้ที่สละประโยชน์ส่วนน้อยของตนเพื่อประโยชน์ส่วนใหญ่ของบ้านเมือง

ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจึงต้องมีคุณธรรมจริยธรรมที่ดีและพึงประสงค์ ในคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล อย่างครบถ้วนและเข้มข้นกว่าผู้ปฏิบัติงานทั่วๆ ไปและใช้ปรัชญาสากลเฮลซิงดี เป็นแนวทางในการกำหนดจริยธรรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตามสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติและพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพที่ดีของสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหน้าที่หลักขององค์การด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการตั้งแต่เข้ามาปฏิบัติงานและพัฒนาต่อเนื่องทั้งกลุ่มผู้ปฏิบัติ กลุ่มผู้บริหารและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้ใช้และผู้ให้บริการเกิดความสุขและมีความภาคภูมิใจ

รัฐบาลไทยได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของประชาชนไว้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540) จนถึงปัจจุบัน ด้วยการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กเล็ก วัยเรียนจนถึงวัยทำงาน ด้วยการประสานพลังจาก 7 สถาบันหลัก คือสถาบันครอบครัว สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมืองและการปกครอง สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันนันทนาการและสถาบันสื่อสารมวลชน

ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขและแนวทางแก้ไข

ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขและแนวทางแก้ไขขอนำเสนอใน 4 เรื่อง คือ ประเด็นปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข แนวทางการป้องกันและแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุขในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

การแก้ปัญหาเชิงคุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันโดยใช้หลักการแก้ปัญหาแบบองค์รวมบนพื้นฐานจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและมีการกำหนดแนวทางการเสริมสร้างและพัฒนาจริยธรรมของแพทย์และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้มีการกำหนดสิทธิของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการไว้อย่างชัดเจนเป็นที่ประจักษ์ อีกทั้งกำหนดให้วิชาจริยธรรมเป็นวิชาบังคับในหลักสูตรทางการแพทย์ การพยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุข และมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคุณธรรมและจริยธรรมด้วยสื่อที่หลากหลายและทุกช่องทาง เพื่อสร้างและส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มกำลังความสามารถให้แก่ชุมชนให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและรู้จักการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข

ดังนั้น สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันสร้างความตระหนัก กระตุ้นหรือควบคุมการประกอบวิชาชีพอย่างจริงจัง อย่างมีคุณธรรมและจริยธรรมกับบุคคล องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระบบเพื่อรักษามาตรฐานความปลอดภัยต่างๆ อย่างเข้มงวด จริงจังต่อเนื่องและตลอดเวลา

การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน

การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุขให้เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

การบูรณาการความรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมในการพัฒนาสุขภาพของประชาคมโลก

จากการประชุมสุดยอดสหประชาชาติเมื่อปี 2543 (ค.ศ.2000) รัฐสมาชิกสหประชาชาติ 189 ประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ 23 องค์กร ได้รับรองปฏิญญาแห่งสหประชาชาติ ซึ่งเน้นเป้าหมายในการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยากหิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยต่างๆ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดระยะเวลาชัดเจนและวัดผลได้ โดยมีหลักการสำคัญ คือ การแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อให้บรรลุ 8 เป้าหมายหลักตามกรอบระยะเวลาและตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 18 ประเด็น ในปี 2558 โดยใช้ข้อมูล พ.ศ.2533 เป็นบทสรุปในการวัดความก้าวหน้า

สำหรับประเทศไทย คณะรัฐมนตรีมีมติมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นแกนในการจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามเป้าหมาย โดยเน้นไปที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ได้แก่ การสร้างหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม การลดความไม่เท่าเทียมกันทางโอกาสและการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งการจัดให้มีกลไกหรือเครื่องมือสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติผ่านการผนึกกำลังของหน่วยปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อน

การพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ให้เป็นผู้มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์

ลักษณะของผู้มีจิตวิญญาณการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มี 18 ประการ เช่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา เสียสละเวลา ให้อะไรที่มากกว่าหน้าที่ ความรัก ให้บริการแบบองค์รวม มองผู้ใช้บริการเสมือนญาติ ยิ้มให้และทักทายอย่างเป็นกันเอง เราอยากได้อะไรก็ทำสิ่งนั้นให้เขา ภูมิใจในงานที่ทำ รักในงานที่ทำ เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการ ปรับปรุง พัฒนาตนเองอยู่เสมอ ให้ในสิ่งที่เราอยากได้และผู้ใช้บริการก็อยากได้ กระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น

หลักสำคัญในการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ ต้องทำงานอย่างเต็มศักยภาพด้วยจิตบริการ ทำให้การทำงานเพิ่มไปอย่างราบรื่นและมีผลทางด้านจิตใจร่วมด้วย ซึ่งเป็นหัวใจของการทำงานอย่างแท้จริง คือ “งานได้ผล คนเป็นสุข”

การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข

การพัฒนาหลักจริยธรรมเพื่อการสาธารณสุข ต้องมุ่งเน้นถึงคุณค่าและความเชื่อมั่นในทีมงานสาธารณสุข มีความเข้าใจ และความร่วมมือของกลุ่มวิชาชีพที่จะทำให้ประชากรมีสุขภาพดี มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การสาธารณสุขต้องทำให้ชุมชนเพิ่มพลังตนเองและให้มีทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนในชุมชนและต้องบรรลุป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชุมชน โดยเคารพสิทธิของแต่ละบุคคลในชุมชน

สรุปหน่วยที่ 4 การประยุกต์ปรัชญาในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

ประกอบด้วย 4 ตอนได้แก่ การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข หลักการ กระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และการพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

1. การพัฒนาระบบสุขภาพ กล่าวถึงงานบริการสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพปัญญา หรือจิตวิญญาณ ทั้งงานบริการสุขภาพในสถานบริการภาครัฐ งานบริการสุขภาพของสถานพยาบาลในภาคเอกชน งานบริการสุขภาพของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ งานบริการสุขภาพที่บ้าน งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน งานบริการสุขภาพในชุมชน ในโรงเรียน หรือในเรือนจำ ตลอดจนงานสนับสนุนการบริการสุขภาพ เช่น ทรัพยากรบุคคล งบประมาณวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ทรัพยากรวิชาการและเทคโนโลยี ทรัพยากรบริหารจัดการ เช่น ข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศและอื่นๆ

หลังจากทราบความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ สรรหาปรัชญาที่เหมาะสมและนำมาประยุกต์ พัฒนาระบบสุขภาพแต่ละงาน แต่ละเรื่องจากสำนักปรัชญาหรือสำนักวิชาการหรือนักปราชญ์แต่ละด้านได้ เช่น

1. ปรัชญา ตามหลักศาสนาเหมาะสมผสมผสานกับหลักการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย
2. ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอน ของสมเด็จพระราชาธิบดี 9 แห่งมาเลเซีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพระราชดำรัส “ขอให้คำนึงถึงประโยชน์ต่อบุคคลอื่นเป็นที่หนึ่ง ประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง”
3. ปรัชญาที่เป็นหลักคิด คำสอนของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ รัชกาลที่ 9 เช่น ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง “ร่วมกันทำงานโดยคำนึงถึงความคิดเห็นของประชาชนหรือความต้องการของสาธารณสุขชนด้วย”
4. ปรัชญาของแต่ละองค์การ สถาบัน ที่แต่ละบุคคลสังกัดอยู่
5. คำกล่าวหรือข้อความเชิงปรัชญา ที่แสดงความหมาย ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล กลุ่มคน ชนเผ่า

2. การพัฒนาการสาธารณสุข กล่าวถึงงานหลักของการสาธารณสุข ได้แก่ งานที่ส่งเสริมสุขภาพ ทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา (จิตวิญญาณ) เช่น งานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทุกกลุ่มวัย งานป้องกัน การเสียสุขภาพเน้นการป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) ทั้งทางกาย จิต สังคมและปัญญา (จิตวิญญาณ) เช่นงานป้องกันการเสียสุขภาพด้วยวัคซีน การฝึกอบรม การป้องกันความเสี่ยง การเรียนรู้ด้วยตนเอง งานแก้ไข การเสียสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เช่นเดียวกัน เช่น งานรักษาพยาบาลโรคทางกาย ทางจิตประสาท รักษาการติดสารเสพติด งานแก้ไขทั้ง 4 มิติ เช่น งานฟื้นฟูสุขภาพที่เสียหายไปหลังจากเจ็บป่วย งานฟื้นฟูสุขภาพให้หายขาดจาก การติดสารเสพติด งานฟื้นฟูสุขภาพชุมชน งานฟื้นฟูสุขภาพสิ่งแวดล้อม นิเวศวิทยา ในการนำปรัชญามา ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายคือ ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน (Sustainable Quality of Life for All) ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและพึงประสงค์ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ 1) ปรัชญาณามวิทยาให้เห็นคุณค่าด้านจริยศาสตร์และสุนทรียศาสตร์ อย่างมีเหตุผลตามหลักตรรกวิทยา 2) ปรัชญาสุขภาพถ้วนหน้า ขององค์การอนามัยโลก 3) ปรัชญาสาธารณสุข เช่น ศาสตร์และศิลป์ ในการป้องกันโรคภัย การช่วยให้ชีวิตยืนยาวและการส่งเสริมสุขภาพ 4) จริยศาสตร์เพื่อ ช่วยให้รู้ว่ามีคุณค่าด้านความดี มีคุณธรรม ศีลธรรมและจริยธรรม 5) ปรัชญาของหลักวิชาการการแพทย์และการสาธารณสุขแต่ละสาขา เช่น ปรัชญาของสาขาวิชาชีวะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ว่าผลิตบัณฑิต ที่พร้อมด้วยความรู้ ทักษะ คุณธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ 6) ปรัชญาของสมเด็จพระราชชนก ที่ว่า ความสำเร็จที่แท้จริงไม่ได้อยู่ที่การเล่าเรียน แต่อยู่ที่การนำความรู้จากการเล่าเรียนไปประยุกต์ใช้ เพื่อประโยชน์แก่มวลมนุษยชาติ

3. การสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข มีขั้นตอนการกำหนดหลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข หลักเกณฑ์การคัดเลือก กระบวนการขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือก โดยมีสาระโดยสังเขปดังนี้

1. การกำหนดหลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข หลักเกณฑ์การสรรหาปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ ความครอบคลุม ปัญหาสุขภาพและการสาธารณสุข ความครอบคลุมองค์ความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ขอบเขตการสรรหา และค้นหาปัญหา ความครอบคลุมประชากรเป้าหมาย ความครอบคลุมหน่วยงานและองค์การที่จะนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ ระบบการสื่อสาร สารสนเทศและการสืบค้น ปริมาณเรื่องปรัชญาและคุณภาพของปรัชญา เมื่อหลักเกณฑ์สรรหาแล้ว ก็นำหลักเกณฑ์เหล่านี้ไปประกอบการคัดเลือกปรัชญาต่อไป

2. การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกปรัชญา กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการคัดเลือกปรัชญาที่จะสรรหามาใช้ โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย ความเฉพาะเจาะจง ความเหมาะสม ความน่าเชื่อถือ ความเป็นไปได้ ความพอเพียง ความเพียงพอและความคุ้มค่า

3. กระบวนการ ขั้นตอนการสรรหาและคัดเลือกปรัชญา ในการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุข ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ สรรหาปรัชญา ปรัชญาเชิงความเป็นจริง ปรัชญาเชิงความรู้ชั้นสูง รวบรวมปรัชญา คัดเลือกปรัชญา และตรวจสอบปรัชญาที่คัดเลือกได้เพื่อให้ได้ปรัชญาที่เหมาะสมที่สุด

4. วิธีการสรรหาและคัดเลือกปรัชญาที่ควรนำมาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

1. วิธีการสรรหา ได้แก่ การปรึกษาผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและแนวทางพัฒนางานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน การค้นคว้าจากตำราหนังสือและวารสารจากแหล่งต่างๆ เช่น ห้องสมุด E-Library ทั้งในและต่างประเทศ การสืบค้น Website ต่างๆ การศึกษาจากองค์กรวิชาชีพการพยาบาล แพทย์สภา ราชวิทยาลัยต่างๆ การแต่งตั้งคณะทำงานสรรหาและการจัดสัมมนาผู้แทนหน่วยงานและองค์กรทางวิชาการ เมื่อสรรหาปรัชญามาได้แล้วก็นำมาจัดทำบัญชีปรัชญาตามประเด็นที่จะคัดเลือกต่อไป

2. การวิเคราะห์และคัดเลือกปรัชญาที่เหมาะสมในการนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข โดยใช้ Delphi Technique โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิไม่น้อยกว่า 17 คน พิจารณาให้ความเห็นเป็นคะแนนประกอบการคัดเลือกปรัชญา ตามประเด็นสำคัญของหลักเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้แล้วข้างต้นแต่ละประเด็น เช่น ความเฉพาะเจาะจง ความเหมาะสม ความน่าเชื่อถือ ความคุ้มค่า ความเพียงพอและความเป็นไปได้ จากนั้นก็นำเอาคะแนนจากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มารวมกันแต่ละประเด็นแล้วหารด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ สุดท้ายทำการคัดเลือกปรัชญาที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนรวมกันร้อยละ 80 ขึ้นไป เพื่อนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขต่อไป

หลักการและกระบวนการ ขั้นตอนและวิธีการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

1. หลักการในการนำปรัชญามาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่

1. หลักของวิชาปรัชญาอภิปรัชญา ญาณปรัชญา คุณปรัชญาและตรรกศาสตร์ โดยนำมาใช้ในหลักการพื้นฐานของการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานและการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุขในแต่ละงานและในแต่ละประเด็นที่ต้องการศึกษา

2. หลักวิชาการระบบสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น หลักวิชาการแพทย์ หลักวิชาการพยาบาล หลักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

3. หลักวิชาการเฉพาะสาขาที่ต้องการพัฒนา เช่น หลักวิชาการผ่าตัด หลักวิชาการเภสัชกรรม หลักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4. หลักวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยอ้อมกับงานสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น หลักวิชาการด้านวิทยาการ หลักวิชาการด้านสังคมศาสตร์

5. ปรัชญาด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ได้แก่ ปรัชญาการดูแลสุขภาพ ปรัชญาการแพทย์แผนไทย

6. ปรัชญาการดำเนินวิถีชีวิต

7. หลักวิชาการบริหารงานหน่วยงานองค์กร

8. หลักวิชาการด้านการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์กรสหประชาชาติ

9. หลักการด้านกฎหมายระเบียบข้อบังคับ

10. หลักการด้านขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม

2. กระบวนการและขั้นตอนการนำปรัชญาใช้ในการพัฒนาสุขภาพและสาธารณสุข ยึดหลักกระบวนการและขั้นตอนของ DEMING cycle ในการขับเคลื่อนพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยวางแผน plan (P) ปฏิบัติตามแผน - DO-(D) ตรวจสอบควบคุมและประเมินผล check (C) ปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง Act (A) รวมย่อว่า PDEA โดยกำหนดรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนไว้ด้วยแล้ว

3. ประเภทและระดับของงานที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข

1. ประเภทของงานบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุข ที่นำปรัชญามาประยุกต์ได้ มีหลายประการ งานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด งานบริการสาธารณสุขชุมชน เป็นต้น

2. บริการสุขภาพที่พึงประสงค์ บริการสุขภาพพึ่งพาตนเอง บริการสุขภาพภาคประชาชน บริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการสุขภาพทุติยภูมิ บริการสุขภาพตติยภูมิ บริการสุขภาพตติยภูมิระดับสูง (Excellence Center) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

3. ประเภทบริการสาธารณสุข ได้แก่ การสาธารณสุขมูลฐานหรือการสาธารณสุขชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น

4. งานวิชาการ เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ได้แก่ งานข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ งานพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนทางเลือก การแพทย์ผสมผสาน เป็นต้น

5. งานบริหารจัดการด้านสุขภาพและสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการสุขภาพและการสาธารณสุข ขั้นตอนหรือประเด็นการบริหารจัดการสามารถนำวงจร P D C A ของ Deming Cycle มาใช้ได้ในที่นี้ด้วย

4. ระดับของงานที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุข แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติ ได้แก่

1. ระดับนโยบาย ได้แก่ นโยบายนานาชาติ นโยบายระหว่างประเทศ นโยบายของชาติ นโยบายรัฐบาล นโยบายของกระทรวง ทบวง กรม จังหวัด หน่วยงานและองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีขอบเขตและเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับพันธกิจ บริบทของแต่ละหน่วยงานและองค์การ เจ้าของนโยบาย

2. ระดับบริหารจัดการ โดยหน่วยงานและองค์การมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติก่อนจะถึงระดับปฏิบัติการ ในหน่วยงานและองค์การรวมทั้งในพื้นที่ชุมชน ระดับบริหารจัดการในพื้นที่ มีหน้าที่กำหนดแผนงาน โครงการพร้อมด้วยทรัพยากร กำหนดแนวทางหรือคู่มือปฏิบัติตามแผนงาน โครงการ ดำเนินการติดตามประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข สิ่งที่ยั่งยืนไปจากแผนงานโครงการรวมทั้งเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อขยายผลต่อไป

3. ระดับปฏิบัติ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขและสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการพัฒนางานปกติหรืองานประจำเป็นงานวิจัยหรืองานนวัตกรรม เพิ่มพูนความรู้และนำมาใช้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การประยุกต์ใช้ปรัชญาในการประเมินผลงานสุขภาพและการสาธารณสุข เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ในกระบวนการบริหารจัดการ เป็นจุดอ่อนของการบริหารจัดการโครงการทุกขนาดและทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการด้านสุขภาพและสาธารณสุข เนื่องจากค่อนข้างเป็นนามธรรมและต้องใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีและ ประสบการณ์มาประกอบ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่ปรัชญามีความจำเป็นที่จะต้องนำมาประยุกต์ใช้จากน้อยถึงมาก ตามความยุ่งยาก สลับซับซ้อนและขนาดของแผนงานโครงการที่จะทำการประเมิน การประเมินผลเป็นกระบวนการ ตัดสินคุณค่าของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยนำสารสนเทศหรือผลการวัดมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นกระบวนการ ตัดสินใจหรือตัดสินคุณค่าขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นคุณค่าของ Being ในอภิปรัชญา ส่วนประกอบของการประเมินผล ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักคือ สารสนเทศ การวัดและเกณฑ์ประเมิน

คุณประโยชน์ของการประเมินผล คือ การประเมินผลใช้พัฒนาสิ่งที่จะประเมินและเป็นกลไกที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาซึ่งทำให้กระบวนการบริหารจัดการครบทุกขั้นตอน ตามกระบวนการบริหารจัดการวงจรเดมมิง (Deming Cycle)

การนำปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานสุขภาพและการสาธารณสุข ด้วยวิธีที่หลากหลาย โดยจำเป็นต้องนำหลักการและวิธีการของวิชาปรัชญาทั้งอภิปรัชญา ญาณปรัชญา คุณปรัชญา และตรรกศาสตร์ มาประยุกต์ตามบริบทและเงื่อนไขของการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของแต่ละงาน โดยยึดความถูกต้องตาม หลักวิชาการของงานและกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง

การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ

1. กระบวนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพและการสาธารณสุขเชิงบูรณาการ หมายถึงการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบการสาธารณสุขควบคู่ผสมผสานพร้อมเพรียงกัน โดยมีการประสานความสัมพันธ์องค์ประกอบ และสิ่งสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ ด้านบริการและเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล และยังหมายถึงการบูรณาการ การดูแลสุขภาพประชาชนให้ครบทุกตำแหน่ง ให้ครบทุกมิติของสุขภาพ คือ ทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม โดยมีองค์ประกอบของกระบวนทัศน์เชิงบูรณาการ ได้แก่ ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา บูรณาการสหวิทยาการและเทคโนโลยี การพัฒนาและเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพและระบบพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างต่อเนื่องการพัฒนาผู้นำระบบการจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขและระบบสารสนเทศ เมื่อนำปรัชญามาประยุกต์ใช้พัฒนาองค์ประกอบทั้ง 5 ประการดังกล่าว ย่อมจะเกิดกระบวนการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน มีการเรียนรู้ และปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารถูกหลักโภชนาการ การปรับอารมณ์และจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส ถ้าทุกคนดูแลสุขภาพตนเองได้เช่นนี้ จะทำให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่ยั่งยืน

2. การประยุกต์ปรัชญาเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการสาธารณสุข ขั้นตอนของนโยบายที่สามารถนำปรัชญามาประยุกต์พัฒนาได้แก่ ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ขั้นตอนการทบทวน เปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกนโยบาย โดยมีเป้าประสงค์ให้บริการสาธารณสุขเป็นที่พึงปรารถนาของประชาชน เช่น มีคุณภาพดี ครอบคลุมประชากรทั่วถึง เข้าถึง เป็นธรรม การให้บริการที่มีฐานคิดและ

ฐานข้อมูลที่ดี (Evidence Based health service) จะมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามความหมายของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีความโปร่งและตรวจสอบได้ เป็นต้น

สำหรับประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนารองรับนโยบายนั้น ได้แก่ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการสร้างสุขภาพที่พึ่งพาตนเองบนพื้นฐานของภูมิปัญญาไทย ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยคุกคาม ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพ ให้มีมาตรฐานทุกระดับ ทุกปัญหาสุขภาพและพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ รวมทั้งยุทธศาสตร์สร้างกลไกระดับชาติในการดูแลระบบสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ให้เกิดบริการสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ย่อมต้องอาศัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้และความเป็นจริงเชิงปรัชญา มาประยุกต์ใช้ให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน

3. การประยุกต์ใช้ปรัชญาเพื่อการพัฒนาเครือข่าย การเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุข กับระบบการผลิตและการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเน้นแนวคิดเชิงนโยบายและนวัตกรรม ในวงการสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมาได้มีโครงการต้นแบบ คือ โครงการพัฒนาสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคหรือโครงการ พ.บ.ส. ที่รู้จักกันทั่วไป เป็นการนำสถานบริการสุขภาพและการสาธารณสุขมาเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยไม่คำนึงถึงสายการบังคับบัญชา แต่เชื่อมโยงกันโดยขอขีดความสามารถ ความพร้อมของทรัพยากรบุคคลและเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ จัดบริการในลักษณะของ “พี่ช่วยน้อง” และ “น้องแบ่งเบาภาระพี่” จากโรงพยาบาลศูนย์ เป็นแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลทั่วไป สู่โรงพยาบาลชุมชน สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานและอสม.รวมเป็น 1 เครือข่าย ในระยะเริ่มต้นมีจำนวน 17 เครือข่าย ต่อมาในปี 2556 ได้พัฒนาเป็น พวงหรือกลุ่มบริการสุขภาพ 12 พวงกลุ่มบริการสุขภาพ โดยมีแผนบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาแต่ละพวง หรือกลุ่มบริการ

โครงการ พ.บ.ส. มีคณะกรรมการดำเนินงานและคณะกรรมการวิชาการสนับสนุนแต่ละระดับ ทั้งส่วนกลางและภูมิภาค มีมาตรฐานกลางของสถานบริการทั้งอัตรากำลัง เครื่องมือและวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลบริการแต่ละระดับ แต่ละประเภท มีการบูรณาการและร่วมมือประสานงานกัน ทั้งภายในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคลากรทั้งด้านบริการ ด้านบริหารจัดการและด้านวิชาการอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนความร่วมมือและเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการกับระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้วย ดังนั้นจึงต้องอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และอื่นๆ จากกระบวนการศึกษาทางปรัชญามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครือข่าย พ.บ.ส. ในภาครวมด้วย

4. การประยุกต์ปรัชญาเพื่อการพัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขของครุวม ผู้นำการบริหารจัดการมีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์การและหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีความสามารถและทักษะหลัก คือ การบริหารตนเอง การบริหารคนและการบริหารงาน

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารคน การบริหารจัดการต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ดังนั้นองค์ความรู้เชิงปรัชญา จึงมีบทบาทสำคัญที่จะนำมาประยุกต์ใช้ พัฒนาผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขในประเด็นที่สำคัญต่างๆ ได้

กลวิธีหรือเครื่องมือการพัฒนาผู้นำและผู้ตาม ที่ควรนำปรัชญามาพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ การปฏิบัติตนให้เป็นต้นแบบที่ดี การกำหนดสมรรถนะหรือความสามารถหลักและเป้าหมาย การสอนแนะนำ การเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง การทำงานให้เป็นตัวอย่าง การจัดการอบรมและจัดสัมมนา การจัดการศึกษาดูงาน การเรียนรู้และปฏิบัติศาสนธรรม การประเมินผล การให้คุณให้โทษ เป็นต้น

ผู้นำต้องพัฒนาให้มีความฉลาดทางเชาวปัญญา (I.Q) และความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำการบริหารจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขขององค์กรวม ต้องเรียนรู้และปฏิบัติให้มีศาสตร์และศิลป์ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ตามหลักศาสนธรรม เช่น หลักพุทธธรรมหมวดพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ปรัชญาคำสอนของสมเด็จพระราชาธิบดี กรมหลวงสงขลานครินทร์ ที่ให้คำนี้ถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นอันดับหนึ่งก่อนประโยชน์ส่วนตน ปรัชญาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ที่ให้ข้าราชการประพฤติดี ประพฤติชอบ ให้เหมาะสมกับเป็นข้าราชการของพระราชา เป็นต้น

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย

1. ความสำคัญของการพัฒนาทั้งความรู้ที่อยู่นอกตัวบุคคล (Explicit Knowledge) เช่น ความรู้ในเอกสาร หนังสือตำรา วารสารทางวิชาการอาจเรียกว่าความรู้จริงทั้งความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล (Tacit Knowledge) คือความรู้ที่อยู่ในความทรงจำของบุคคล เกิดจากการลงมือปฏิบัติหลายๆ ครั้งจนเกิดเป็นทักษะถือเป็นความรู้จริง

1. กระบวนการสร้างความรู้ในอนาคต (Future Study) ในทางปรัชญาคือกระบวนการญาณวิทยา ส่วนในทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ หรือศาสตร์อื่น คือกระบวนการวิจัย (Research Methodology) ความรู้จะเกิดขึ้นทุกเวลา ทุกหน ทุกแห่ง ที่มีการคิดและหรือการกระทำ ซึ่งจะเป็นความรู้ที่สามารถนำมาแสดงให้เห็นได้จริง จะมากน้อยเพียงใดต้องอาศัยกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management KM.) ที่ดี

2. ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีอยู่มากมายที่จะต้องพัฒนาเนื่องจากมีความสำคัญต่อปัจเจกบุคคล ในการดูแลตนเอง ให้มีความแข็งแรง สมบูรณ์ทุกมิติ คือ ทางกาย จิต ปัญญาและสังคม ต่อกลุ่มบุคคล เช่น เครือข่ายผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งได้ช่วยกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ต่อหน่วยงานหรือองค์กรบริหารจัดการดูแลแบบกลุ่มและคลินิกเฉพาะโรค ต่อชุมชน ต่อประเทศชาติและต่อโลก ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมมือกันศึกษาวิจัย เช่น การวิจัยวัคซีนโรคไวรัส COVID-2019 เป็นต้น

2. กระบวนการและขั้นตอนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีได้ 3 แนวทาง คือ การพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการทางปรัชญาและกระบวนการทางศาสนา

1. การพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับหลักการจัดการความรู้ โดยการวิจัยเป็นการสร้างสรรค์และค้นหาคำตอบหรือความรู้ใหม่จากการวิจัยต่อยอดจากความรู้ที่มีอยู่แล้วเดิม หรือทำการทดลองให้ได้อรรถความรู้ใหม่หรือนวัตกรรม แล้วนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติ

ซึ่งจะเชื่อมโยงกับการจัดการความรู้ ซึ่งมีทั้งขั้นตอนบ่งชี้ความรู้ที่ต้องการใช้เพื่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายอะไร สร้างและแสวงหาความรู้จากภายนอก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ให้เป็นมาตรฐาน รวมทั้งการใช้ภาษาเดียวกัน การเข้าถึงความรู้ได้ง่ายและสะดวก เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น ถ้าเป็น Explicit Knowledge อาจจัดทำเอกสาร วิดีโอ เป็นต้น ถ้าเป็น Tacit Knowledge อาจจัดกิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

2. การพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางปรัชญา คือ การให้เหตุผลครุ่นคิด จนได้ความจริงตามตรรกวิทยา

3. การพัฒนาความรู้ด้วยกระบวนการทางศาสนา คือการคิดอย่างมีเหตุผลจนได้ความจริง ตามหลักธรรมโยนิโสมนสิการ ของพุทธศาสนา เป็นการคิดพิจารณาโดยแยกแยะ เพื่อเข้าถึงความจริง โดยสืบค้นหาเหตุผลไปตามลำดับจนถึงต้นเหตุ แยกแยะองค์ประกอบจนมองเห็นสภาวะธรรมและความสัมพันธ์แห่งเหตุและผล จนเกิดวิชาคือปัญญาความจริงที่ได้ จะมาจากภายในซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของจิต อีกวิธีหนึ่งเพื่อสร้างความรู้หรือปัญญา คือการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยสติปัญญา 4 เป็นประจำ ก็เกิดปัญญารู้เห็นสังขารที่ต้องการได้ ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญและประสบการณ์ปฏิบัติเน้นการเรียนรู้จากวิปัสสนาจารย์ สำนักใดสำนักหนึ่งก็ได้

3. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลที่ได้จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข มีความสำคัญที่ทำให้ความรู้เข้าสู่บุคคล ครอบครัวและสังคม เพื่อให้เกิดมีองค์ความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) สอดคล้องกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือมีความรู้ Knowledge (K) เจตคติ Attitude (A) เกิดการปฏิบัติ Practice (P) หรือที่รู้จักกันไปว่า K A P การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ที่มีผลทั้งแนวกว้างและแนวลึก มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในเวลาอันรวดเร็ว จำเป็นต้องใช้ข้อมูลข่าวสารและช่องทางสื่อสารสังคม (Social Media) โดยอาศัยเทคโนโลยีข่าวสาร (Information technology- IT) ซึ่งกระบวนการทางปรัชญาจะมีส่วนในการพัฒนาเทคโนโลยีด้านข่าวสารนี้ได้ทั้งแหล่งข้อมูล เนื้อหาการสื่อสาร ช่องทางการสื่อสาร และการเตรียมความพร้อมของผู้รับการสื่อสาร

4. การพัฒนางานตามภารกิจหลัก (งานประจำ) สู่งานวิจัยด้านสุขภาพและการสาธารณสุข หรือเรียกโดยย่อว่า R2R (Routine to Research) แปลว่างานประจำสู่งานวิจัย โดยมีหลักคิดและวัตถุประสงค์คือ เป็นการนำข้อมูลและประสบการณ์จากการ ทำงานในการสร้างความรู้ โดยมุ่งให้ทำงานประจำที่มักจะเป็นงานที่น่าเบื่อ กลายเป็นงานสร้างความรู้ เป็นงานที่มีคุณค่า ยิ่งทำงานมานานก็ยิ่งมีปัญหา มีความรู้ เกิดความภาคภูมิใจมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการทำให้การทำงานประจำนั้น เป็นงานวิจัย

วัตถุประสงค์ของการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย เพื่อพัฒนางานและคนของหน่วยงาน องค์การ เพื่อประยุกต์วิชาการสู่การปฏิบัติ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของคน (Explicit Knowledge) ที่รวดเร็ว ชัดเจนและประหยัด เพื่อต่อยอดและขยายผลให้เกิดนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลักของบุคคล หน่วยงาน องค์การอย่างมีความสุข

ประเภทของการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ประกอบด้วย ประเภทพื้นฐาน (Basic) ประเภทวิชาการ ประเภทก้าวหน้าและประเภทเชี่ยวชาญ

วิธีการพัฒนางานประจำเป็นงานวิจัยประกอบด้วย การกำหนดนโยบายจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กร กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ สรรหาบุคคลและทีมงานผู้รับผิดชอบ จัดทำเป็นโครงการ จัดระบบงาน ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการทำงาน R2R จัดเวทีให้มีการนำเสนอผลงานทางวิชาการ R2R สนับสนุนการทำงาน R2R ให้เป็นผลงานทางวิชาการอย่างจริงจัง ต่อเนื่องและนำมาใช้ประกอบการพิจารณาความดีความชอบประจำปีด้วย

การพัฒนาต่อยอด R2R สู่ความเป็นเลิศ R2R2E (Routine to Research to Excellence) เป็นการทำงานประจำให้เป็นผลงานวิจัยสู่ความเป็นเลิศ โดยการทำให้เป็นผลงานวิจัยต่อเนื่อง ทำให้ผลงานนั้นได้รับการยอมรับว่าเป็นผลงานการวิจัยชั้นยอดเยี่ยมที่ยั่งยืน สามารถนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์โดยการประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ สิ่งที่ได้มีทั้งความรู้ ประสบการณ์และผลงานวิจัยที่ดี มีคุณค่า สมควรนำไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง โดย R2R2E มีปรัชญา องค์ความรู้และเทคนิคที่จำเป็นหลายประการ เช่น ปรัชญาการวิจัย ปรัชญาการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย หลักการบริหาร วงจรเดมมิง (Deming Cycle : PDCA) หลักการจัดการความรู้ เป็นต้น R2R และ R2R2E มีประโยชน์ต่อการพัฒนางานปกติและงานวิจัย ต่อการเพิ่มพูนสมรรถนะของบุคลากร ความก้าวหน้าขององค์กรและหน่วยงาน รวมทั้งสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้ใช้บริการ ชุมชน สังคมและประเทศชาติส่วนรวม

สรุปหน่วยที่ 5 แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุขในอนาคต

การศึกษาแนวโน้มปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุขในอนาคตจำเป็นต้องเข้าใจวิวัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย จากอดีตมาสู่ปัจจุบันไปยังอนาคต ซึ่งใช้วิธีการศึกษาอนาคตสาธารณสุข (Health Future Study) เพื่อสร้างฉากทัศน์ต่างๆ ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การศึกษาอนาคตสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์ คาดการณ์ ทดสอบนโยบายจินตนาการฉากทัศน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้วิธีการ Hard Approach คือใช้ข้อมูล สถิติ แนวโน้มสร้างฉากทัศน์จากแบบจำลองและ Soft Approach คือ ใช้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมาสร้างฉากทัศน์ ทั้งนี้การศึกษาศาสตร์สาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ การทำแผนงานรวมทั้งการบริหารความเสี่ยง ตลอดจนมองเห็นแนวโน้มความเป็นไปของปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุขในอนาคตได้อีกด้วย

ประโยชน์ของการศึกษาปัญหาสาธารณสุขในอนาคต เป็นสิ่งจำเป็นเพราะทำให้การจัดบริการสาธารณสุขสามารถบรรลุเป้าหมายในอนาคตได้ โดยมีการเตรียมการล่วงหน้า สร้างฉากทัศน์ของการจัดบริการสาธารณสุข จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่เกิดผลกระทบต่อฉากทัศน์เหล่านั้นและยังสามารถนำฉากทัศน์ของการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคตที่สร้างขึ้น มาวิเคราะห์ว่ามีโอกาสบรรลุเป้าหมายการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคตหรือไม่ สามารถนำผลการศึกษาไปจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมทั้งการจัดทำแผนงานสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ การจัดบริการอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดบริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในอนาคต สร้างวิสัยทัศน์และสร้างทางเลือกเชิงนโยบายในเรื่องต่างๆ ออกมาได้อีกด้วย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการจัดบริการสาธารณสุขในอนาคตแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงประชากรในอนาคต ในส่วนของประเทศไทยพบว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีอัตราผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปีมากกว่า 7% ของประชากรทั่วประเทศและกำลังขยายตัวไปสู่ 14% อย่างรวดเร็ว

2. ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต หมายรวมถึงปัญหาโรคไม่ติดต่อที่กำลังเป็นภาระโรคเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการค้าโลก นอกจากนี้กระแสโลกาภิวัตน์ยังทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างรวดเร็วและสามารถทำให้เกิดโรคอุบัติใหม่ขึ้นในภูมิภาคต่างๆ และกระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเกิดโรคบางโรคที่เคยควบคุมได้แล้วกลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งเนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย

3. เทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เทคโนโลยีเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งเทคโนโลยีด้านการแพทย์และเทคโนโลยีอื่น ที่มีผลกระทบด้านสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบมากที่สุดคือเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ทิศทางสุขภาพและการสาธารณสุขในอนาคตมีแนวโน้มมุ่งสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For all) ซึ่งองค์การอนามัยโลกพยายามผลักดันมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2503 (ค.ศ.1960) ขณะที่แนวโน้มในอนาคตจะมุ่งสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health Coverage) ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขและกระจายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ประเทศไทยประสบความสำเร็จในเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีความพยายามที่จะสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ลูกจ้างที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน ผู้มีรายได้น้อย ขยายตัวไปครอบคลุมข้าราชการและครอบครัว ลูกจ้างสถานประกอบการและกลายเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อมีการดำเนินโครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรคในปี.ศ.2545 ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอีกต่อไป

นอกจากกระแสหลักในเรื่อง การประกันสุขภาพถ้วนหน้าบรรลุเป้าหมายแล้ว แนวโน้มหลักที่สำคัญอีกเรื่องคือ สุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งหมายถึงแนวคิดที่จะผลักดันนโยบายทุกส่วน ให้มีความตระหนักรู้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละนโยบายนั้นควรเป็นไปเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อได้รับการยอมรับแล้ว ยังส่งผลกระทบให้เกิดตัวชี้วัดการพัฒนาในระดับโลกด้วย โดยเริ่มต้นจากความต้องการที่จะลดความยากจนของประชาชน และพัฒนาเป็นเป้าหมายสหัสวรรษ (Millennium Development Goals (MDGs)) ซึ่งสมาชิกองค์การสหประชาชาติทุกประเทศจะต้องผลักดันให้บรรลุเป้าหมายในปี.ศ.2558 หลักการสำคัญบรรลุเป้าหมายในเรื่องนี้คือ

1. แนวคิดในการสร้างความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในโลก
2. แนวคิดที่เน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ
3. แนวคิดในการให้ความสำคัญกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นกลุ่มประชากรและบุคคล
4. แนวคิดเรื่องการแก้ไขปัญหปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) ร่วมกันในระดับโลก

5. แนวคิดและหลักการในการร่วมกันพัฒนาแต่ละองค์ประกอบของ ระบบสุขภาพ (Health System)

6. แนวคิดและหลักการในเรื่องข้อตกลง พันธกรณีระหว่างประเทศ (International Health regulation, Resolution, Convention)

เราสามารถนำปรัชญาแนวคิดเหล่านี้มาประกอบกันเพื่อสร้างเป้าหมาย “เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข” (Happy Thailand) โดยผลักดันผ่านกระแสเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรวมพลังสร้างสุขภาพ ให้กลายเป็นสองทิศทางหลักเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า ให้ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจนเกิดภาพอนาคต “เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุข” ในที่สุด ทั้งนี้ต้องเอาชนะอุปสรรคต่างๆ เช่น ปัญหาทำเลเรียคือยาบริเวณชายแดน ปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง

นอกเหนือจากการพัฒนาประเทศไทยให้กลายเป็น “เมืองไทยอยู่เย็นเป็นสุขแล้ว จะพบว่าโลกในยุคหน้าจะต้องมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนสินค้า ประชาชนรวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ระหว่างกันและกัน จนไม่อาจที่ประเทศใดประเทศหนึ่งจะอยู่เย็นเป็นสุขได้ ขณะที่ประเทศอื่นๆ มีปัญหาเนื่องจากทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้ เชื่อมโยงผูกพันกันและกันรวมทั้งส่งผลกระทบต่อกันและกัน โรคระบาดร้ายแรงจากประเทศหนึ่งสามารถกระจายข้ามทวีปไปทั่วโลกได้ภายใน 24 ชั่วโมง การรวมตัวเป็นภูมิภาคและประชาคมเพื่อร่วมกันพัฒนาและสนับสนุน ส่งเสริมกันและกันกลายเป็นกระแสหลักของโลกในอนาคต เพื่อให้เกิดโลกแห่งความสุข (Happy Thailand) หากมองดูวิวัฒนาการ จะเห็นว่าเริ่มมีวิวัฒนาการโลกแห่งความสุขมาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 1 โดยมีการประชุมนานาชาติเพื่อหารือกันในการแก้ไขปัญหาการระบาดของอหิวาตกโรค ซึ่งแพร่กระจายไปหลายประเทศ ในยุโรป การสาธารณสุขจึงเป็นเรื่องแรกๆ ที่ก่อให้เกิดการประชุมนานาชาติขึ้น เพื่อหากลไกในการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างประเทศ เกิดเป็นหลักการที่จะใช้นโยบายร่วมกันเพื่อจัดการกับปัญหาาร่วมกัน (on a common policy with regard to a common problem) ขึ้น กลายเป็นการจัดตั้งองค์การขึ้นมาดูแลเรื่องสุขภาพโลก พัฒนาขึ้นจนกลายเป็นองค์การอนามัยโลกในที่สุด

องค์การอนามัยโลกจะมีบทบาทสำคัญในการประสาน ผลักดันให้เกิดการดำเนินการสาธารณสุขระหว่างประเทศและงานสุขภาพโลก ในทิศทางและแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด MDGs และการจัดการปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก ภูมิภาคและประเทศต่างๆ ทั้งนี้หลักการสำคัญที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกทำให้เกิดการเรียนรู้และแบ่งปันบทเรียนซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาไปทั่วโลก

เมื่อโลกเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 การจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกได้มีการปรับตัว เนื่องจากสภาพแวดล้อมและการท้าทายใหม่ๆ ด้านสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสาธารณสุขไปสู่โฉมหน้าใหม่ ประเทศต่างๆ ไม่สามารถกำหนดนโยบายและดำเนินการด้านสาธารณสุขเพียงลำพังได้อีกต่อไป เกิดการจัดการประเทศและองค์กรต่างๆ ที่เป็นอิสระต่อกัน ให้บรรลุเป้าหมายผลประโยชน์ของแต่ละประเทศ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขร่วมกันระดับภูมิภาค หรือระดับโลกซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ท้าทาย ตัวแทนประเทศและองค์กรต่างๆ มีภารกิจในการรับผิดชอบต่อผลประโยชน์ของประเทศร่วมกันและผลประโยชน์ของชุมชนโลก ทั้งหมด ทำให้การสาธารณสุขในฐานะที่เป็นสิทธิสำหรับทุกคนเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายจำเป็นต้องตระหนักและให้ความ

สำคัญ รวมทั้งต้องทำให้มั่นใจว่าในการเจรจาทางเศรษฐกิจ การค้าและการพัฒนานั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ในส่วนที่ต้องปกป้องรักษาสิ่งแวดล้อมไม่ให้ถูกทำลายและต้องเป็นไปเพื่อสุขภาพที่ดีอีกด้วย

เมื่อข้าอำนาจของโลกมีการเคลื่อนย้ายจะก่อให้เกิดความท้าทายขึ้นใหม่ เนื่องจากการแบ่งกลุ่มประเทศต่างๆ แบบเดิมที่เคยปฏิบัติไม่สอดคล้องกับบริบทใหม่ๆ อีกต่อไป รวมทั้งเกิดองค์กรรณานาชาติที่เคยมีบทบาทด้านอื่นได้หันมามีบทบาทในการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศมากขึ้น ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางสามารถสร้างโอกาสในการพัฒนาความร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการสุขภาพ

ในสวนประเทศไทยได้ร่วมมือกับมาเลเซียและฟิลิปปินส์ รวมกลุ่มกันในภูมิภาคกลายเป็นสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nation : ASEAN) หรือประชาคมอาเซียน เป็นองค์การระหว่างประเทศระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีสมาชิก 10 ประเทศ กลายเป็นอีกข้าอำนาจที่มีประเทคมหาอำนาจร่วมมือกันได้แก่สหรัฐอเมริกา จีน ญี่ปุ่น รวมทั้งกลุ่มประชาคมยุโรป ได้มีความร่วมมือกันในประชาคม ดังนี้

1. ประชาคมการเมืองความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political-Security Community หรือ APSC)
2. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community หรือ AEC)
3. ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community หรือ ASCC)

ทั้งนี้ในประชาคมอาเซียนได้มีการดำเนินการด้านการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) เช่นกัน

แนวโน้มปรัชญาสุขภาพและปรัชญาการสาธารณสุข จึงมุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development: SD UN) โดยเน้นการพัฒนาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นสำคัญ ทั้งนี้เทคโนโลยีต่างๆ จะมีบทบาทสำคัญและถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสุขภาพและการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น เทคโนโลยีเหล่านี้จะทำให้ฉันทันทีในอนาคตกลายเป็นภาพที่ประชาชนสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารครบถ้วนเกี่ยวกับโรคต่างๆ เมื่อจะซื้ออาหารหรือยาก็มีตราของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรหัสคิวอาร์โค้ด ซึ่งใช้โทรศัพท์มือถือสแกนก็แสดงข้อมูลผลิตภัณฑ์ รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพรวมทั้งคำแนะนำต่างๆ ได้ทันทีทันใด อีกทั้งพฤติกรรมสุขภาพเช่นการออกกำลังกายสามารถบันทึกได้ตลอดเวลาบนโทรศัพท์มือถือและแลกเปลี่ยนเปรียบเทียบกับเพื่อนได้และสามารถเปิดให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัวเข้ามาให้คำแนะนำได้ ทุกคนสามารถเดินทางไปไหนต่อไหนพร้อมกับประวัติสุขภาพและเวชระเบียนอยู่ในโทรศัพท์มือถือ ทุกคนสามารถติดต่อเพื่อปรึกษาและคัดกรองโรคผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตลอดเวลา โดยใช้แอปพลิเคชันบนมือถือหรือแท็บเล็ต รวมทั้งติดต่อหรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ดีที่สุดในโลกได้ทันทีทันใด โดยผ่านการแพทย์ทางไกล การใช้อุปกรณ์ติดตัว เช่นนาฬิกาและแว่นตา สามารถวัดสัญญาณชีพ รวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นอื่นๆ ได้อีกด้วย เหตุการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมานี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยเทคโนโลยีที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน และจะส่งผลกระทบต่อการบริการสาธารณสุขตลอดจนระบบสุขภาพทั้งระบบต่อไป

นอกจากนี้ การเฝ้าระวังโรคติดต่อในอนาคตอาจมีเปลี่ยนแปลงได้ ข้อความสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตจะกลายเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีถึงสถานการณ์ใช้หวัดใหญ่ ซึ่งทำให้ผู้เกิดสามารถใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการค้นหาผ่าน

เครื่องมือค้นหาเพื่อประเมินสถานการณ์ใช้หัตถ์ใหญ่ทั่วโลกในปัจจุบัน ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณการที่ใกล้เคียงกับข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังตามปกติอย่างมาก โดยมีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ค้นหาหัวข้อใช้หัตถ์ใหญ่กับจำนวนผู้ป่วยใช้หัตถ์ใหญ่จริง ทำให้สามารถประเมินได้ว่า ใช้หัตถ์ใหญ่กำลังระบาดในประเทศและภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลกมีอย่างน้อยเพียงใด ในขณะที่โลกกำลังกลายเป็นโลกหลายขั้ว (Multipolar world) ประเทศและองค์กรต่างๆ จะต้องหันมาร่วมมือกันด้านการสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น

ประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพระหว่างประเทศและสุขภาพโลกในอนาคต ซึ่งในปัจจุบันได้มีบทบาทในฐานะผู้นำที่สำคัญด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเป็นบทเรียนให้แก่ประเทศกำลังพัฒนาในด้านการดำเนินการด้วยรูปแบบ “โครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรค” ที่ประสบความสำเร็จ จนได้รับการยกย่องไปทั่วโลกทั้งประเทศต่างๆ และองค์การระหว่างประเทศ ทั้งนี้ได้ร่วมกันกับภูมิภาคและประเทศต่างๆ เพื่อผลักดันให้เกิด “โลกแห่งความสุข” ขึ้นในที่สุด

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 1. ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข | อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข | บรรณาธิการ |
| 2. รศ.ดร.นายแพทย์พิทยา จารุพูลผล | อดีตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล | รองบรรณาธิการ |
| 3. รศ.ดร.ประยูร ฟองสถิตกุล | อดีตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล | รองบรรณาธิการ |
| 4. ศ.แพทย์หญิง เพ็ญศรี พิชัยสนิธ | อดีตหัวหน้าภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 5. รศ.แพทย์หญิงอรพินท์ สิงห์ราช | อดีตอาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 6. รศ.นายแพทย์สมชาติ ไตรรักษา | อดีตหัวหน้าภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 7. นายแพทย์ชาญวิทย์ ทรเทพ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 8. ดร.ธีรพร สติรอังกูร | ที่ปรึกษาระดับกระทรวงสาธารณสุข
ด้านการพยาบาลวิชาชีพ
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 9. นางนันทนา ศรีพินิจ | อดีตผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 10. นางนลินี มกรเสน | กรรมการมูลนิธิอุทัย สุดสุข | ผู้ช่วยบรรณาธิการ |
| 11. นางอาริยา สัมพะเลข | อดีตผู้อำนวยการกองการพยาบาล
และผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการพยาบาล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ
พิสูจน์อักษร |
| 12. รศ.จรรยา เสี่ยงเสนาะ | อดีตอาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ผู้ช่วยบรรณาธิการ
พิสูจน์อักษร |
| 13. ดร.สมพร เนติรัฐกร | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ | ผู้ประสานการพิมพ์ |
| 14. นายสถาพร หุ่นสุข | สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย | ออกแบบปก |
| 15. นางสาวทัศนนันท์ ธรรมรัมย์ | พนักงานธุรการและการเงิน มูลนิธิอุทัย สุดสุข | ผู้พิมพ์ต้นฉบับ |
| 16. นางเฉลิมศรี อินทร์บุญ | พนักงานมูลนิธิอุทัย สุดสุข | ผู้ช่วยพิสูจน์อักษร |

