

## บทความปริทัศน์

# การแพทย์แบบมีส่วนร่วมกับประชาชน: มุมมองเชิงปรัชญา Medical-People Engagement: Philosophical approach

วิเศษ แสงกาญจนวนิช ปร.ด. (ปรัชญาและจริยศาสตร์)\*  
เอนก สุวรรณบัณฑิต วท.บ. (รังสีเทคนิค), ศศ.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม),  
ปร.ด. (ปรัชญาและจริยศาสตร์)†

## เรื่องย่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทางการแพทย์เป็นความสนใจของทั้งฝ่ายวิทยาศาสตร์อันได้แก่การแพทย์และการบริหารสาธารณสุขกับฝ่ายปรัชญาเพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างสหวิทยาการ กระบวนทัศน์ทางความคิดด้านการแพทย์ได้มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยหายจากโรค โดยพัฒนาการอธิบายโรคด้วยหลัก humoral pathology ตามแนวคิดของกาเลนัสซึ่งมีลักษณะองค์รวม และเมื่อวิธีการวิทยาศาสตร์ก้าวหน้า เครื่องมือสมัยใหม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดอธิบายโรคด้วยหลัก cellular pathology โดยลดทอนโรคว่าเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงเฉพาะส่วนของอวัยวะหนึ่งๆ ของร่างกายมนุษย์ นั่นคือ มองมนุษย์ในลักษณะของหุ่นยนต์หรือระบบกลไก การแพทย์จึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องด้วยเครื่องมือที่ก้าวหน้ามากขึ้นโดยละเลยการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล

## Abstract

Improving the quality of life of people in the dimension of health was the interests of both parties, including science, medicine and health management and the philosophy achieve interdisciplinary integration. Medical paradigm has continued according to the effective treatment, and the patients recovered from the disease. The primary describing the disease with humoral pathology based on the concept of Galenus as holistic theory. When and how scientific advances modern tools are effectively use in medicine, the disease is described by the cellular pathology that the disease is reduced as changing one specific part of the body. That is the human body is a robot or mechanical system. Nowadays medicine focuses on diagnosis with high effective machine and protocols, most of them done by ignoring the engagement of the people as patients, which is an important concerning of good management based on good governance.

\* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

† คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทนำ

ภาครัฐมุ่งเน้นสุขภาพที่ดีเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นแม่งานสำคัญ แต่กรอบความคิดและทฤษฎีที่ขยายลงไปสู่การปฏิบัติย่อมเกิดการติดกรอบและทำให้ขาดความคล่องตัว ทั้งนี้นโยบายสาธารณสุขนี้ได้นำหลักการทรงงานข้อการมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อเพิ่มความคล่องตัวจึงตรงกันกับนโยบายการแพทย์แบบมีส่วนร่วม (medical-people engagement) ทำให้ต้องการการบูรณาการในทางความคิดและการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ทั้งนี้ย่อมมิได้มีผู้ใดที่จะคัดค้านหรือไม่เห็นด้วยกับการแพทย์แบบมีส่วนร่วม หากแต่การคิดอย่างมีวิจรรณญาณเพื่อให้เกิดความรอบคอบในการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยมุมมองทางปรัชญาเพื่อให้เกิดความกระจ่างและเพิ่มพื้นที่ทางความคิดแก่บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ปฏิบัติงานเชิงพื้นที่ และผู้บริหารที่จะอำนวยความสะดวกนโยบายสำเร็จได้ ทั้งนี้การดำเนินการย่อมต้องยึดหลักธรรมาภิบาลและลดทอนปัญหาจากสาเหตุต่างๆ ให้มากที่สุด

การพัฒนากระบวนการสุขภาพของประเทศได้ดำเนินการแก้ไขปัญหามาเป็นจุดๆ ทำให้เกิดการแบ่งการพัฒนาการบริการสุขภาพเป็นระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งได้มีการวางกรอบความคิดในการบริการทางการแพทย์ไว้อย่างลึกซึ้ง ได้แก่

**1) ระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ** หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคลครอบครัว และชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ยุ่งยากซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบ

บริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการอื่นๆ กับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

**2) ระบบบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ** หมายถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่จัดบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการสาธารณสุขระดับต้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น ระดับสูง และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

**3) ระบบบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ** หมายถึงระบบบริการสาธารณสุขที่จัดบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

การวางกรอบความคิดของการบริหารงานทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ย่อมตีความได้ว่า นโยบายทางสาธารณสุขของประเทศไทยสนใจการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นั่นคือ การดูแลทั้งกายและจิตใจ อันเป็นกระแสร่วมสมัยที่คนทุกวงการไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีอาชีพนี้โดยตรงหรือคนทั่วไปผู้สนใจในการบำรุงรักษาสุขภาพต่างเห็นพ้องต้องกัน แต่เมื่อมองผ่านปรัชญาการแพทย์กลับเป็นทวิภาวะคือเป็นการใช้กระบวนการทวิทางทางการแพทย์ 2 ด้านมาคิดพร้อมกันและลงมือปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน ในด้านหนึ่งสนับสนุนการรักษาป้องกันโรคโดยเน้นเป็นอวัยวะๆ ไป แต่ในอีก

ด้านหนึ่งก็ส่งเสริมสุขภาพจากปัจจัยแวดล้อม อาหาร เสริมสุขภาพ การรักษาอารมณ์ให้แจ่มใส การออกกำลังกาย เป็นต้น แนวคิดทางปรัชญาในหลายๆ ด้านนั้น สามารถเชื่อมโยงเข้ากับแนวโน้มหลักคิดทางการแพทย์ ซึ่งได้กลายเป็นปรัชญาการแพทย์ (philosophy of medicine) ความรู้ความเข้าใจในปรัชญาการแพทย์นี้จะทำให้นักวิชาการทางการแพทย์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากการได้พบเห็นปัญหาในเวชปฏิบัติและการให้บริการทางการแพทย์ในด้านต่างๆ จะได้เข้าใจปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขได้ (Wulff, 1992) ปรัชญาการแพทย์นำไปสู่การครุ่นคำนึงถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทั้งฝ่ายวิทยาศาสตร์คือการแพทย์ และการบริหารสาธารณสุขกับฝ่ายปรัชญา (matters related to medicine and philosophy) เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างสหวิทยาการได้

### กระบวนการตรรกศาสตร์ทางการแพทย์: มุมมองเชิงปรัชญา

แนวทางใหม่ที่นำเสนอทางแก้ปัญหามาของการยึดมั่นในแนวคิดเบื้องหลังกระบวนการตรรกศาสตร์ความคิดในสังคมการแพทย์ คือ การบูรณาการ ทั้งนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนชาวไทย นั่นคือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงใช้ความรู้และวิชาการต่างๆ มาใช้ร่วมกัน ทรงเห็นอะไรที่กระทบหรือว่าเห็นปัญหาที่ทรงหาทางแก้ไข และเมื่อทำไปมากๆ ก็ออกมาเป็นทฤษฎี ทั้งนี้ได้ทรงพระราชทานหลักการทรงงานไว้เป็นข้อ 7 ไม่ติดตำรา อันเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับแนวคิดทางปรัชญาหลังนวยุคสายกลาง เช่นที่พอพเพอร์ (Karl Popper, 1902-94) ได้วิพากษ์ทฤษฎีของคุนน์ (Thomas Kuhn, 1922-96) ไว้ว่า “I do admit that at any moment we are prisoners caught in the framework of our theories...But...if we try, we can break out of our framework at any time” (Popper, 1970,

p.56) ซึ่งหมายความว่า เรามักจะเป็นนักโทษที่ถูกจับไว้ในกรอบของทฤษฎีของเราเอง แต่ถ้าเราพยายาม เราก็จะสามารถหนีออกไปจากกรอบทฤษฎีนั้นเมื่อไรก็ได้ คำกล่าวนี้แสดงว่ากิจกรรมทางปัญญามีโอกาสในการแหวกกฎเกณฑ์และกรอบความคิดเชิงทฤษฎีเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายซึ่งเป็นที่นิยมตามลัทธินวยุคได้

การแพทย์แบบมีส่วนร่วมตามมุมมองสหวิทยาการสามารถตีความกระบวนการตรรกศาสตร์ทางการแพทย์ได้ตามปรัชญากระบวนการตรรกศาสตร์ ดังนี้

#### 1. การแพทย์กระบวนการตรรกศาสตร์ดึกดำบรรพ์

มนุษย์ในกระบวนการตรรกศาสตร์นี้เชื่อว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากความไม่พอใจหรือการลงโทษจากเบื้องบนหรือสิ่งมีฤทธิ์ทั้งหลาย การแพทย์จึงเน้นการแก้ไขโดยต้องขอร้องเบื้องบนและใช้สิ่งที่เป็นยาหรือสิ่งที่ได้รับพรจากเบื้องบนเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย การหายจากโรคหรือไม่หาย พิจารณา แม้กระทั่งการตายก็ล้วนอยู่ที่น้ำพระทัยของเบื้องบน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีจะต้องไม่ทำผิดข้อห้าม (taboo) ต่างๆ รวมไปถึงธรรมเนียมประเพณีของแต่ละท้องถิ่นด้วย การเซ่นบวงสรวงบูชาเพื่อเอาใจเทพเจ้าโดยหวังผลดีงามว่าเทพเจ้าจะบันดาลสุขภาพดี อายุยืนนานให้แก่ตนและครอบครัวได้

#### 2. การแพทย์กระบวนการตรรกศาสตร์โบราณ

การแพทย์วางระบบระเบียบที่ชัดเจน ถ้าทำแล้วได้ผลก็ให้ปฏิบัติตามนั้น มุ่งเน้นว่าบุคคลจะมีสุขภาพสมบูรณ์ถ้ากายและจิตดำเนินไปด้วยกันอย่างประสานกลมกลืนเพลโตถือว่ามนุษย์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กายและวิญญาณ ซึ่งจะต้องสมบูรณ์ทั้ง 2 ส่วน จึงถือว่ามีความสุขดี กาเลนัสเน้นว่าอารมณ์ของมนุษย์เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของร่างกาย ซึ่งแสดงความเกี่ยวเนื่องระหว่างมนุษย์กับจักรวาลโดยมีความเชื่อมโยงระหว่างจักรวาลภายใน (microcosmos) กับจักรวาลภายนอก (macrocosmos) ซึ่งแพทย์จะมีมุมมองต่อโรคในลักษณะทฤษฎีองค์รวม (holistic theory) การแพทย์แผนตะวันออกเน้นความสมดุลของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย

เน้นการวินิจฉัยโรคและรักษาด้วยยาเพื่อเป้าหมายในการปรับธาตุให้เกิดความสมดุลและร่างกายเป็นปกติ เช่นเดิมและท้ายสุดเป็นเรื่องที่ว่าด้วยอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

**3. การแพทย์กระบวนทรรศน์ยุคกลาง** โรคและการหายจากโรคเป็นการทดสอบของพระเจ้า (ศาสนาคริสต์-อิสลาม) หมอและยาจะเยียวยาตามหน้าที่ แต่ผู้รักษาที่ดีที่สุดคือพระเจ้า สำหรับพระพุทธรักษาโรคภัยไข้เจ็บเป็นความเชื่อไม่ไปของเหตุปัจจัย ไม่ควรยึดมาเป็นอารมณ์ ควรทำจิตใจให้ยอมรับความเป็นจริง และดำรงชีวิตได้ปกติกับโรคนั้นๆ ทั้งนี้จิตใจมีความสำคัญและมีอิทธิพลเหนือกว่าสุขภาพในมิติทางกายภาพ จิตใจที่เข้มแข็ง จิตใจสบายและคลายความวิตกกังวลต่างๆ พร้อมรับมือปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในชีวิตได้ บุคคลถ้าได้อยู่ในสังคมที่ดีที่เหมาะสม เป็นสังคมที่ฝึกฝนในการทำความดี รักษาศีล มีความเกื้อกูลแก่กันและกัน เป็นสังคมที่ไม่สร้างความทุกข์เดือดร้อน ให้แก่กันและกัน ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมที่มีสุขภาพ ย่อมส่งผลให้เกิดสุขภาพส่วนบุคคล คือ ทั้งสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพทางจิตใจที่ดี

**4. การแพทย์กระบวนทรรศน์นวยุค** เป็นการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ เชื่อว่าความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์จะทำให้ในวันหนึ่งสามารถสร้างยาที่รักษาโรคได้ทุกชนิด อาจจัดความตายและความชราภาพได้ การแพทย์สมัยใหม่จึงเน้นการวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคให้พบและรักษาตรงที่สาเหตุนั้น เน้นการพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคให้ละเอียดได้ เช่น เครื่องมือทางรังสีทำให้สามารถมองในแนวลึกหรือแนวตั้งได้ละเอียดชัดเจนขึ้นโปรแกรมการตรวจและสร้างภาพดิจิทัล และงานประมวลผลภาพดิจิทัล ในด้านการบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการวิจัยทางเทคโนโลยีการแพทย์ที่เกี่ยวข้องด้วยเครื่องมือทางรังสี เช่น เครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รวมไปถึงสาขาภาพรังสีระดับโมเลกุล (mo-

lecular imaging) ซึ่งเป็นงานพัฒนาวิทยาศาสตร์ด้านการสร้างภาพ (imaging science) การสร้างภาพวินิจฉัยระดับโมเลกุล (molecular image processing) ซึ่งเป็นการประมวลผลภาพจากเครื่อง CT Scan, MRI เพื่อการวิเคราะห์ผลในระดับการทำงานของอวัยวะนั้นๆ (functional imaging) เช่น perfusion CT for ischemic stroke หรือ perfusion MRI ซึ่งนำไปสู่งานวิจัยต่างๆ จำนวนมากในการตรวจต่างๆ เพื่อพัฒนาความแม่นยำ ความเที่ยงตรง ความไวในการวินิจฉัยโรค ซึ่งก็เป็นส่วนหนึ่งของงานด้านการประมวลผลภาพรังสี (เอนก สุวรรณบัณฑิตและคณะ, 2559) การแพทย์แผนปัจจุบันจึงดำเนินไปบนความจำเป็นของความรู้ทางการแพทย์ในเชิงประจักษ์ (evidence based knowledge) เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาโรคเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมและสามารถรักษาโรคได้จริง เมื่อวินิจฉัยโรคได้ก็จะรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเพื่อให้หายจากโรคนั้นโดยสิ้นเชิง หากเป็นโรคที่รักษาไม่หายก็ต้องกำกับควบคุมโรคไว้ไม่ให้ก่อให้เกิดอาการ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพให้ดีและการมีอายุยืนยาวนาน

**5. การแพทย์กระบวนทรรศน์หลังนวยุค** เปิดให้เลือกการรักษาได้ตามความชอบของแต่ละคน ตามหลักสิทธิมนุษยชนและมนุษยนิยม โบดิริยาร์ดได้ชี้ว่าประชาชนถูกล้อมกรอบอยู่ในการเล่นภาพพจน์ฉากอลังการที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งภายนอกหรือความเป็นจริงภายนอกน้อยลงไปเรื่อยๆ (วิเศษ แสงกาญจนวนิช, 2549 หน้า 18) ซึ่งก็ได้เกิดกับวงการแพทย์ทั่วโลก การมีสุขภาพดีถูกขยายภาพให้เป็นเรื่องใหญ่โต ทั้งด้านความทันสมัยของเทคโนโลยีที่แข่งขัน ภาพโรงพยาบาลที่ทันสมัย มีเครื่องมือราคาแพงและอาคารที่ใหญ่โต แม้แต่ด้านโภชนาการ อาหารเสริมและยาถูกขยายให้เป็นสิ่งที่ต้องสรรหาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป ซึ่งทั้งหมดนี้ได้นำไปสู่การใช้จ่ายจำนวนมากของประชาชนในการดูแลสุขภาพที่ดีตามความเชื่อที่ได้ถูกชักจูงจนเกินกว่าความพอดี การ

แพทย์ในกระบวนการครั้งนี้จึงสนใจการแพทย์องค์รวมที่ต้องดูแลทั้งกายและจิตคล้ายกับการแพทย์กระบวนการนโยบราณ แต่ก็ยังใช้เครื่องมือสมัยใหม่และหลักการพื้นฐานของการแพทย์กระบวนการนโยบราณด้วย

## การแพทย์แบบมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การแพทย์แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเชิงรุก คือ การแพทย์แบบมีส่วนร่วมต้องเน้นความต้องการความเสมอภาค (demand for equity) ที่สืบเนื่องมาจากความเท่าเทียมกันทางการแพทย์ (equality of health) จริยธรรมทางการแพทย์และหลักการอำนาจในการตัดสินใจของผู้ป่วย รัฐบาลต้องถือว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการบริการสุขภาพที่ดี โดยหลักการพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ได้แก่ การให้ความสำคัญกับสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ ร่างกายมีความแข็งแรง สมส่วน และไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ

2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพจิตใจที่ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ การพัฒนาทางจิตใจด้วยการให้ทาน การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง การพักผ่อน การท่องเที่ยว

3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม ใช้เวลาว่างบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชน ให้ความร่วมมือกับสังคมในด้านต่างๆ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติตนด้วยคุณธรรม จริยธรรม

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การอ่านหนังสือ การรับสื่อสารสนเทศ การสังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม มีความพร้อมสำหรับการศึกษาเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงแล้วจะทำให้บุคคลนั้นสามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับคนอื่น ๆ

ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการพัฒนาการแพทย์แบบมีส่วนร่วม

คุณค่าของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีต่อนโยบายการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขของไทย การพัฒนาการสาธารณสุขของไทยดำเนินการผ่านการจัดสรรงบประมาณภาครัฐจึงนำหลักเศรษฐศาสตร์มาใช้กำกับกับดำเนินการ หากแต่เป้าหมายสูงสุดทางเศรษฐศาสตร์เน้นกำไรได้ถูกนำมาใช้จนเกิดการกระจายตัวของทรัพยากรสาธารณสุขที่ไม่เท่าเทียมกัน จึงได้ปรับท่าทีมาสู่เศรษฐศาสตร์เน้นคุณธรรม โดยเชื่อว่ามนุษย์เกิดมาเป็นเพื่อนกันและสังคมมนุษย์เกิดขึ้นและดำรงขึ้นจากความร่วมมือกัน ดังนั้นจึงต้องกระจายทรัพยากรอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน (equity) สอดคล้องกับแนวคิดของ Culyer and Wagstaff (1993) ซึ่งเป็นท่าทีล่าสุดของวงการสาธารณสุขและการแพทย์ของไทยซึ่งได้รับผลมาจากปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และต้องคิดพิจารณาญาณ 4 ด้าน ได้แก่

1) การเน้นหลักการของปรัชญาหลังนโยบราณคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยพลังแห่งการสร้างสรรค์ ปรับตัวร่วมมือและแสวงหา

2) การเน้นความสุขตามสัจธรรมตามปัญญาคือการมีสมรรถนะคิดด้วยวิจารณญาณคือ รู้จักวิเคราะห์ วิจัยและวิธานสิ่งต่างๆ

3) การกำกับความประพฤติดีด้วยองค์ประกอบคุณธรรม 4 คือ ความรอบคอบรอบรู้ ความกล้าหาญ ความพอเพียงและการดูแล

4) หลักเมตตาที่ปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุขโดยไม่หวังสิ่งใดตอบแทนในมิติต่างๆ

การมีวิจารณญาณทั้ง 4 ด้านอย่างครบถ้วนจะทำให้มนุษย์ปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้บนทางสายกลาง นั่นคือไม่ติดอยู่ในการแพทย์กระบวนการ

ทรรศน์นวยุคที่มุ่งเน้นการวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยอันทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทรัพยากรสุขภาพ การส่งตรวจทางพยาธิวิทยา การส่งตรวจทางรังสีที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น นำไปสู่การแสวงหากำไรจากการบริการทางการแพทย์ และการคอร์รัปชันในเชิงนโยบายได้ การนำมโนปรัชาญาเศรษฐกิจพอเพียงจะต้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (participation) เพื่อให้เกิดการพัฒนาใน 3 หลักการได้แก่

1. **การพัฒนาคุณภาพที่พอเพียง** ได้แก่ ความพอประมาณ (moderation) เป็นการพัฒนาคุณภาพโดยใช้ความเป็นตัวตน ชุมชนหรือโรงพยาบาลเป็นฐานในการพัฒนา (hospital - based) การเป็นไปตามสภาพของชุมชนและโรงพยาบาลเองที่ได้ใช้ทรัพยากรต่างๆ แสดงความสามารถที่เป็นความเป็นจริงให้องค์กรสามารถในการดำรงอยู่ สร้างให้เกิดความมีคุณค่า

2. **ความมีเหตุผล (reasonableness)** เน้นความสามารถในการทำงานของคนทำงานที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ต้องทำงานภายใต้ความมีเหตุมีผลที่มาจากเหตุปัจจัยต่างๆ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมา การดำเนินการใดๆ จะต้องมีความหมายในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะในระดับการใช้ทรัพยากร การดำเนินงานและเป้าหมายระดับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นล้วนมีความหมายที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันทั้งสิ้นที่เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละองค์กร

3. **ภูมิคุ้มกันในตัว (self-immunity)** คือ การกำกับอยู่จิตใจของเรา ความเป็นมนุษย์ซึ่งได้รับการปลูกฝังมาจากขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมคุณธรรม จริยธรรม จริยธรรมวิชาชีพ จรรยาบรรณ ความมีสติ ที่รู้ว่าทำและไม่ทำอะไร ที่ปรากฏออกมาเป็นความรัก ความเมตตา ความกังวลเมื่อเห็นเขาได้รับทุกข์ ความเกื้อกูล รวมถึงความยินดีเมื่อเห็นเขามีความสุข การมีภูมิคุ้มกันจึงเป็นพื้นฐานทำให้เกิดความมีสติระลึกรู้ ดูแลร่างกาย สุขภาพและ

จิตใจที่ต้องกระตุ้นสร้างในทุกระดับ

กระแสการแพทย์แบบมีส่วนร่วมนี้ ผู้ดำเนินการจะต้องปรับตัวและสร้างการร่วมมือโดยพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยไม่ลืมที่จะคิดถึงวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม รวมไปถึงภูมิประเทศ การพัฒนาใดๆ ต้องคำนึงถึงสภาพภูมิประเทศของบริเวณนั้นว่าเป็นอย่างไร จะพัฒนาเรื่องใดต้องสนใจกายภาพของสถานที่ ดิน น้ำ อากาศ ทรัพยากรธรรมชาติ ความใกล้เคียงสถานที่อื่น ย่อมเป็นสิ่งที่ต้องสืบค้นให้รู้เพื่อจะได้บริหารจัดการได้เบื้องต้น หากติดขัดต่อปัญหานี้เสียแล้วย่อมทำให้การมุ่งมั่นพัฒนาสะดุดลง หลังจากนั้นต้องสนใจสังคมวิทยา จิตวิทยา ประเพณี วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกันกับลักษณะนิสัยใจคอของคนทั้งในระดับภาพรวมและความเป็นท้องถิ่นเพื่อแสวงหาการมีส่วนร่วม (participation) การเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา (engagement) และการมีพันธะที่จะต้องกระทำด้วยใจอย่างจิตอาสา (commitment) การพัฒนาที่ดำเนินการโดยสนใจในผู้อื่น (concerning in the other) ย่อมเป็นการพัฒนาที่ต้องใช้พลังแห่งการสร้างสรรค์ การปรับตัว การร่วมมือและการแสวงหาสิ่งใหม่ที่ดียิ่งกว่าเดิม เพราะผู้อื่นในที่นี้ไม่ใช่เพียงเรื่องของคน แต่ยังมีคน สัตว์ สิ่งของ ธรรมชาติและโลกใบนี้ อันเป็นสิ่งที่รายล้อมและบีบกรอบ (enflame) การดำรงชีวิตของมนุษย์ให้มุ่งไปในทิศทางหนึ่งทิศทางใด หากแต่สังคมโลกปัจจุบันมุ่งหวังให้อารยธรรมของมนุษยชาติอยู่ร่วมกันกับโลกอย่างสันติสุข กิรีติ บุญเจือ (2546) เสนอว่า มนุษย์มุ่งแสวงหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามปรัชญากระบวนการทรรศน์หลังนวยุคสายกลาง (moderate postmodern philosophy) เขาจึงไม่หยุดยั้งที่จะพัฒนาตนเอง ดังนั้น การเสริมภูมิคุ้มกันด้วยการรักษาสุขภาพที่ดีของประชาชนในแนวทางการแพทย์แบบมีส่วนร่วม นั้น จึงมิใช่การปฏิเสธการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์ทางเลือก และก็มิใช่การเลือกรับทั้งสองอย่างเข้าด้วยกันอย่างไม่มีคิด

หากแต่จะต้องเลือกสรร ตรวจสอบ ทบทวนความรู้จากแหล่งข้อมูล สื่อต่างๆ อย่างรอบด้านว่าการรักษาสุขภาพที่ดี มีอะไรที่ตรงกัน และอะไรที่ควรระวัง การดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมจึงจะเกิดขึ้นได้จริง การเน้นภูมิปัญญาไทยจะทำให้เงื่อนไขความรู้และเงื่อนไขคุณธรรมของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้กระทำอย่างเต็มกำลัง จึงจะผลักดันให้เกิดนโยบายการสาธารณสุขที่พอเพียง คือ นโยบายการพัฒนาประเทศทั้งด้านคน สังคม สิ่งแวดล้อม ที่ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป และไม่ละเลยกลุ่มใดหรือพื้นที่ใดเลย ความพอประมาณ ความมีเหตุมีผลและการมีภูมิคุ้มกันจะทำให้รัฐออกแนวทางการปฏิบัติงานภาครัฐที่เหมาะสม ทุกภาคส่วนยอมรับได้ และมีแนวทางแก้ไขเมื่อพบปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้ง นโยบายหมอบรรอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการจึงจะเป็นการพัฒนาคู่กันกับระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คือ ระบบที่เสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ควบคู่ไปกับจัดระบบประสานงานให้บริการที่บ้าน กับบริการในระบบบริการเชื่อมต่อและหนุนเสริมซึ่งกันและกัน หมอบรรอบครัวเป็นที่งานใหญ่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัคร (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และภาคประชาชน ซึ่งร่วมกันทำงานทีมเพื่อที่จะดูแลสุขภาพของประชาชน เมื่อกำหนดกฎเกณฑ์อย่างพอเหมาะและร่วมขับเคลื่อนการแพทย์แบบมีส่วนร่วม ต้องส่งเสริมปรัชญากระบวนการหลังนวยุคสายกลางเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยหลัก 4 ประการคือ

**1. การสร้างสรรค์ (creativity)** โดยเป็นการสร้างสรรค์ทั้งในเชิงนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เป็นเครื่องช่วยให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ ภายใต้หลักคิดของการเป็น “เครื่องช่วย” หรือ “เครื่องลดข้อจำกัด” บางประการ นอกจากนี้ สื่อโทรทัศน์ยังถือเป็นงาน

สร้างสรรค์ในเชิงเนื้อหา หรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสื่อสารในมุมมองทางสังคม ซึ่งต้องสร้างสรรค์ให้เกิดข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทั้งต่อสังคมในภาพรวมบนพื้นฐานความรับผิดชอบ และความแตกต่างหลากหลาย

**2. การปรับตัว (adaptivity)** เมื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย อารมณ์ สังคมและปัญญาแล้วทุกภาคส่วนก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมข้อมูลข่าวสารหน่วยงานภาครัฐต้องมีความเข้าใจและตอบรับต่อปรัชญากระบวนการทศวรรษหลังนวยุค เพื่อให้กำหนดนโยบายและดำเนินการส่งเสริมเท่าที่เหมาะสม ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพก็ต้องเข้าใจ ปรับใช้เทคโนโลยี และมีความรับผิดชอบในการโฆษณา เพื่อให้เกิดการประยุกต์ใช้ให้เป็นคุณ ลดทอนโทษ หรือเมื่อได้รับโทษก็ต้องปรับตัว

**3. การร่วมมือ (collaboration)** การส่งเสริมสิ่งใดก็ตามต้องเกิดจากความร่วมมือเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ และขจัดอุปสรรค ปัญหา จากภาคส่วนต่างๆ เพื่อการสร้างสรรค์ตามความเหมาะสม และเกิดความรู้ ความเข้าใจให้เกิดการเตรียมการเพื่อปรับตัว ซึ่งเป็นหลักสำคัญของปรัชญากระบวนการทศวรรษหลังนวยุคในด้านการมีส่วนร่วม

**4. การแสวงหา (requisitivity)** โดยปรัชญากระบวนการทศวรรษหลังนวยุคเชื่อว่า ปัญญาของมนุษย์มีศักยภาพที่จะคิดเข้าใจถึงโลก จึงต้องการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นเรื่อยๆ นั้นหมายความว่า การส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพอารมณ์ สุขภาพสังคมและสุขภาพปัญญาเป็นเรื่องที่มีพลวัต ไม่หยุดนิ่ง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมตามพื้นที่ ความต้องการ และประโยชน์ของบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย รวมทั้งเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

คุณค่าตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อการบริหารจัดการที่ดีนั้น ย่อมเป็นไปตามหลักการทรงงานข้อที่ 8 ประหยัด เรียบง่าย ได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งเน้นว่าการ

พัฒนาและช่วยเหลือราษฎรในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตต้องใช้หลักในการแก้ไขปัญหาด้วยความเรียบง่ายและประหยัด ราษฎรสามารถทำได้เอง หาได้ในท้องถิ่นและประยุกต์ใช้สิ่งที่มีอยู่ในภูมิภาคนั้นๆ มาแก้ไขปัญหาโดยไม่ต้องลงทุนสูงหรือใช้เทคโนโลยีที่ยุ่งยากนัก ในการวิจัยเชิงปรัชญาเรื่องนี้จึงยืนยันว่าการแพทย์แบบมีส่วนร่วมด้วยปรัชญาการแพทย์กระบวนทรรศน์หลังนวยุคและการปฏิบัติด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงย่อมทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเชิงรุกและจะทำให้การพัฒนานั้นมีการบูรณาการและสอดคล้องกับกระแสสังคมได้อย่างแท้จริง

### สรุป

การแพทย์แบบมีส่วนร่วมกับภาคประชาชนคือการเปลี่ยนกระบวนทรรศน์ทางความคิดในวงการแพทย์จากกระบวนทรรศน์นวยุคที่เน้นความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเครื่องมือทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคให้หายขาด มาสู่กระบวนทรรศน์ทางความคิดหลังนวยุคที่เน้นการเปิดโอกาสให้เลือกวิธีการรักษาได้ด้วยตนเองของประชาชนและสนใจการแพทย์องค์รวมที่ต้องดูแลทั้งกายและจิตคล้ายกับการแพทย์กระบวนทรรศน์โบราณ แต่ก็ยังใช้เครื่องมือสมัยใหม่และหลักการพื้นฐานของการแพทย์กระบวนทรรศน์นวยุคร่วมด้วยทั้งนี้ต้องดำเนินการตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ไม่เอียงข้างจนขาดหรือเกินซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพต้องเน้นการพัฒนาสุขภาพกาย อารมณ์ สังคมและปัญญา โดยความรู้และข้อมูลสุขภาพนั้นประชาชนยังต้องพึ่งพาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ แม้จะมีสื่อสารสนเทศมากขึ้น แต่ก็ต้องเลือกสรรตรวจสอบอย่างรอบด้านและร่วมกันรับผิดชอบสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม

### บรรณานุกรม

กิริติ บุญเจือ. (2546). ปรัชญาภาษาชาวบ้าน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น.

วิเศษ แสงกาญจนวนิช. (2549). ปรัชญาหลังนวยุค. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). พระมหากษัตริย์นักพัฒนาเพื่อประโยชน์สุขสู่ปวงประชา. กรุงเทพฯ, ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ่ง.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ. (2543). ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอนก สุวรรณบัณฑิต, ปริญญา ศิริวิลาศ, ตรงธรรม ทองดี, พิพัฒน์ เขียววิทย์. (2559). รังสีวิทยากับวิศวกรรมชีวการแพทย์. วารสารรังสีวิทยาศิริราช. 2: 71-86.

Culyer, A.J., Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. J Health Economics; 12: 431-457.

Chongsuvivatwong, V., Phua, KH., Yap, MT., et al. (2011). Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions. Lancet; 377: 429-37.

Dosay-Akbulut, M. (2016). A review on determination and future of the predictive and personalized medicine. Int J Biology, 8(1): 32-41.

Gruman, J., Jeffress, D., Edgeman-Levitan, S., Simmons, LH., Kormos, WA. (2000). Supporting patient engagement in the patient-centered medical home.

O'Donnell, O., Doorslaer, E., Rannan-Eliya, RP., et al. (2008). Who pays for health care in Asia?. J Health Economics; 27: 460-75.

Popper, K. (1970). Normal science and its dangers. In: Lakatos I, Musgrave A, eds. Criticism and the growth of knowledge. London: Cambridge University Press :51-8.

Stempsey, WE. (2001). Plato and holistic medicine. Medicine, Health care and Philosophy, 4: 201-9.

Wulff, H.R. (1992). Philosophy of medicine-from a medical perspective. Theoretical Medicine, 13: 79-85.