

บทความวิชาการ

การบริการสุขภาพใน “ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์ โดยใช้ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”

Health Services among a Hamburger crisis using the Sufficiency Economy Philosophy

ศรีจันทร์ทิพย์ ขวพันธ์ุ Ph.D *

บทนำ

จาก “วิกฤตต้มยำกุ้ง” (tom yum kung crisis) ในปี 2540 ซึ่งเป็นวิกฤตเศรษฐกิจตกต่ำที่ส่งผลกระทบต่ออันเจ็บปวดและยาวนาน ก่อให้เกิดทุกขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมต่อประชาชนไทย ก่อนประเทศที่ต้องเผชิญกับปัญหาความยากจน การตกงานและความเครียดที่ต้องรับภาระอันหนักหน่วงทางด้านเศรษฐกิจ^{1,2,3,4} ทำให้วงการต่างๆ ในประเทศไทยเกิดกระแสความตื่นกลัวและกังวลต่อวิกฤตเศรษฐกิจโลก หรือ “วิกฤตเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์” (hamburger crisis) ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นขณะนี้ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากธุรกิจสินเชื่อก่อนที่อยู่อาศัยที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (subprime) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย^{1,3}

เศรษฐกิจไทยจึงเกิดภาวะหดตัวอย่างชัดเจนตั้งแต่ไตรมาสสุดท้ายของปี 2551 โดยอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ (GDP) ติดลบอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา¹ ยิ่งกว่านั้น ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตทางการเมืองภายในประเทศ ซึ่งนับได้ว่าเป็นวิกฤตซ้ำซ้อน (Twin crisis) ที่เป็นการซ้ำเติมสถานะเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ให้เลวร้ายลงไปอีก

ปัญหาตามมาจากวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง และแฮมเบอร์เกอร์ที่เหมือนกัน คือการปิดกิจการของสถานประกอบการ ทำให้มีคนตกงานเพิ่มขึ้นรายได้และกำลังซื้อของประชาชนลดลง จึงมีการบริโภคลดลง ทำให้ขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันเกิดความเครียด และความกดดันต่าง ๆ ในหลายๆ ด้านส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของไทย^{2,4} ดังนี้

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ผลงานวิจัยในหลายประเทศพบว่าวิกฤตการเงินแต่ละครั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (heart attack) โดยกลุ่มที่เสี่ยงมากที่สุดได้แก่ ผู้สูงอายุ⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าประสิทธิภาพในการทำงานของเม็ดเลือดขาวในผู้ที่ตกงานลดลง อันเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังที่ทำให้ต่อมหมวกไตปล่อยสารนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ทำให้เม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cells (Nk cells) มีปริมาณลดลงและอ่อนแอทำให้ภูมิคุ้มกันลดต่ำลง จึงติดเชื้อโรคและเกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น⁶ ในประเทศไทยผลกระทบที่ชัดเจนที่สุดคือด้านโภชนาการ พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้น ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้น หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง² และคลอดบุตรก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น^{2, 7} ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบมากในกลุ่มยากจนและผู้ที่ย่างงาน ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตใจที่เกิดจากวิกฤตเศรษฐกิจปี 2552 มีลักษณะใกล้เคียงกับที่เกิดขึ้นในปี 2540 คือมีรายงานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มยากจน ผู้ที่ตกงานและผู้สูงอายุพบว่ามีความเครียดและการป่วยทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มอื่น⁸ นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้รายงานผลการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างประชากร จำนวน 2,400 คน พบว่า ร้อยละ 50 มีภาวะเครียดและความคิดฆ่าตัวตาย⁹

ในส่วนของผลกระทบต่อสุขภาพครอบครัวและสังคม พบว่าจากอัตราการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นร่วมกับรายได้ที่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ย่างงานที่เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูทั้งบุตร บิดามารดา และผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดกับตัวเองและครอบครัว¹⁰ บางรายต้องทำงานหนักหาเงินให้พอใช้จนไม่มีเวลาให้ตัวเองและครอบครัว ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวนานและฟื้นตัวช้ายังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้นทั้งปัญหาภาวะโภชนาการ สุขภาพกายและจิตใจที่เพิ่มสูงขึ้น สร้างแรงกดดันจนอาจเกิดความแตกแยกรุนแรงในครอบครัว อาจทำลายระบบภูมิคุ้มกันที่ดีที่มีอยู่

ในสังคม ทำให้ครอบครัวขาดความเข้มแข็ง¹¹ ผลพวงของปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดขบวนการมิชฌาชีพ หลอกลวง ปล้น จี้ชิงทรัพย์ ทำร้ายร่างกาย ยาเสพติด อบายมุข โดยเฉพาะการละเมิดทางเพศ ดังปรากฏเป็นข่าวทางสื่อต่างๆ จำนวนมาก จำนวนคดีอาชญากรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยต่อภาวะสุขภาพและชีวิตของประชาชน

ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

สืบเนื่องจากผลกระทบของบุคคลและครอบครัวที่มีอำนาจการซื้อลดลง ส่งผลต่อเนื่องถึงระบบบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพคาดการณ์ว่าในปี 2552 จะมีผู้โอนย้ายสิทธิจากระบบประกันสังคมมาอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 2 ล้านคน ทำให้ผู้ที่เคยใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนหันมาใช้บริการของรัฐเพิ่มขึ้น^{2, 12} ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาบาลจบใหม่ร้อยละ 50 มุ่งไปทำงานในภาคเอกชนด้วยค่าตอบแทนที่สูงกว่า ปัญหาที่ตามมาคือภาระงานของสถานบริการของรัฐบาลซึ่งตามปกติก็มากอยู่แล้วจะยิ่งเพิ่มทวีมากขึ้น ทำให้พยาบาลต้องทำงานหนักเกินไป ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด^{13, 14, 15, 16} ซ้ำยังต้องอยู่เวรยามวิกาลและวันหยุดราชการ¹³ จึงมีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน จนอาจถูกฟ้องร้องและการร้องเรียนเพิ่มขึ้น^{14, 15}

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญคือ การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (preventive) การรักษาพยาบาล (curative) การฟื้นฟูสุขภาพ (rehabilitation) และการให้คำปรึกษาสุขภาพ (consulting) อย่างไรก็ตามพยาบาลก็เป็นบุคคลหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจไม่ทางตรงก็ทางอ้อม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเผชิญกับปัญหาและผลกระทบจาก “วิกฤตเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์” ดังกล่าวจัดว่าเป็นความท้าทายของวิชาชีพ บทความนี้ ผู้เขียนเสนอข้อคิดเห็นในการบริการสุขภาพในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยน้อมนำ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” (sufficiency economy)

มาประยุกต์ใช้ในการบริการสุขภาพของประชาชน ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชาชนไทยก้าวผ่าน ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ไปได้ด้วยสุขภาพที่ดีสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ

การบริการสุขภาพใน “ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แคมเบอร์เกอร์” โดยใช้ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”

หัวใจของ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” หรือที่ มักเรียกว่า “สามห่วง สองเงื่อนไข”¹⁷ ประกอบด้วย แนวทางหลัก 3 ประการ คือ ความพอประมาณ (moderation) ความมีเหตุผล (reasonableness) และการมีภูมิคุ้มกัน ที่ดี (self-immunity) โดยอาศัยเงื่อนไข คือความรอบรู้ และการมีคุณธรรม สรุปได้ดังนี้

หลักความพอประมาณ

การบริการสุขภาพที่มุ่งเน้น “หลักความพอประมาณ” หมายถึง “ความพอดีไม่สุดโต่ง” ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป ยึด “ทางสายกลาง” ทั้งในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติงานของพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริม ให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีเป้าหมายเพื่อพัฒนา สุขภาพประชาชน เน้นกระบวนการสร้างเสริมศักยภาพ ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การบริการสุขภาพบนหลักความพอประมาณมีแนวทาง ดังนี้

1. ปรับกระบวนการบริหารการพยาบาล และระบบบริการสุขภาพ ในภาวะที่งบประมาณมีจำนวน จำกัด การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัดแต่เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดและได้คุณภาพมาตรฐาน เช่น การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ลดงบประมาณการจัดซื้อ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ราคาแพงจากเดิมที่มีมาก และเข้าช้อนเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน (share resources) รวมทั้งควบคุมการใช้ให้เหมาะสม และคุ้มค่าเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เน้นการใช้ของที่ผลิต ในประเทศที่มีราคาถูกแต่คุณภาพไม่แตกต่าง และ การเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและรู้เท่าทัน เป็นต้น

2. ใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนา ความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ (self care) อย่างเต็มศักยภาพ โดยเปลี่ยนวิธีคิด วิธีปฏิบัติตนจากแบบพึ่งพาผู้อื่นเป็นพึ่งพาตนเอง ด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ที่ดี มีภูมิปัญญาบูรณาการ มีการจัดการชีวิตของตนเองอย่าง มีแบบแผน มีภูมิต้านทานที่ดีต่อโรค ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งการบริโภค การทำงาน การออก กกำลังกาย การพักผ่อน การจัดสุขภาพกายที่อยู่ออาศัย และสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขอนามัยการใช้ยาและการเก็บออม ไม่สร้างความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ควบคุม พฤติกรรมเสี่ยงอันจะนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วย ลดละเลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด^{11, 18}

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกัน สร้างรูปแบบวิถีชีวิตสุขภาพพอเพียงที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและเศรษฐกิจในชุมชน ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ในท้องถิ่นเป็นเครื่องมือสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างมีเหตุผล นำเอาทุนความรู้ ในชุมชน คือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และทุนทางสังคม คือเครือข่ายพันธมิตรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการบริหารจัดการโดยพยาบาล ด้วยกระบวนการ จัดการความรู้ (knowledge management) แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตัวเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก^{11, 19, 20} ในบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักความมีเหตุผล

การบริการสุขภาพบนหลักความมีเหตุผล หมายถึง พยาบาลต้องสามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตัวเองเกี่ยวกับ ระดับของความพอเพียงของสุขภาพและการให้บริการ สุขภาพอย่างมีเหตุผล สามารถใช้ปัญญากลั่นกรอง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยการพิจารณาจากเหตุปัจจัย และศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในทุกมิติ¹⁹ โดยอาศัยความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประกอบการ

การตัดสินใจวางแผนปฏิบัติงานร่วมกับผู้รับบริการ ในการเลือกวิธีการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมบนฐานจริยธรรมและความคุ้มค่าของเงิน รวมทั้งมีความรอบคอบระมัดระวังทุกขั้นตอน และคำนึงถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดจากการตัดสินใจนั้นๆ การบริการสุขภาพบนหลักความมีเหตุผล มีแนวทางดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านวิชาการ การบริหาร การบริการ การวิจัย ทักษะ ในการสื่อสาร การสอน และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เพื่อสร้างคุณค่าในตนเองและสมรรถนะในการปฏิบัติ การพยาบาล โดยการสร้างระบบการจัดการความรู้ด้าน สุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ที่นำไปสู่การพึ่งพา ตนเองได้ลดค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพและบุคลากร ที่ขาดแคลน มีความรอบรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วของโลก ด้วยการใช้องค์ความรู้ มีวิจารณญาณ มีความวิริยะอุตสาหะ มีเหตุผล มีทักษะในการแก้ปัญหา ต่างๆ อย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพรวมทั้ง ต้องมีระบบการกำกับดูแล ตรวจสอบการบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ

2. ปรับกระบวนการทัศน์จากวิธีคิดแบบแยกส่วนมา เป็นวิธีคิดแบบเชื่อมโยงบูรณาการการบริการสุขภาพ อย่างมีเหตุผลให้เกิดมีความสมดุลของสุขภาพแบบองค์ รวม ทั้งในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายและจิตใจของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ได้ตามมาตรฐานสากล ตามกฎหมายวิชาชีพและการคุ้มครองผู้บริโภค¹⁷

3. พัฒนาศักยภาพตนเองให้มีบทบาทให้การ บริการสุขภาพแบบองค์รวมทั้งการตั้งรับในสถานพยาบาล ควบคู่ไปกับบริการเชิงรุกแบบปฐมนิเทศมากกว่ายว ยการเชิงรุกปกติ เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่าเดินทางและค่ารักษา) โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารให้ข้อมูล และคำปรึกษาด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุดที่ ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว

ในทุกที่ทุกเวลา ซึ่งต้องประกอบด้วยช่องทางที่เหมาะสม กับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น วิดีทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต ไปรษณีย์ อีเล็คทรอนิกส์ (email) โทรศัพท์สายด่วน เป็นต้น^{21, 22} รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีระบบการสื่อสารด้าน สุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กิจกรรม ในวัด ในโรงเรียนหรือภูมิปัญญาชาวบ้านที่เป็นสื่อท้องถิ่น เช่น (การแสดงพื้นบ้านทางภาคเหนือ) ลิเก (การแสดง พื้นบ้านของภาคกลาง)หมอลำ (การแสดงพื้นบ้าน ของภาคอีสาน)หนังตะลุง มโนราห์ (การแสดงพื้นบ้าน ของภาคใต้) เป็นต้น²⁰

หลักการมีภูมิคุ้มกันที่ดี

การบริการสุขภาพที่มีการสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่ดี หมายถึงการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นเกราะปกป้อง สุขภาพให้แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ป้องกันตนเอง จากความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วย โดยการเตรียมตัว ให้พร้อมรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต ทั้งที่เกิดจากวิกฤต ภายในและภายนอกประเทศ การบริการสุขภาพ บนหลักการมีภูมิคุ้มกันที่ดีมีแนวทาง ดังนี้

1. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดย มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care using holistic approach) แนวคิดนี้เริ่มจากความตระหนักว่า ครอบครัวเป็นสิ่งที่คงที่และสำคัญยิ่งของบุคคลตลอด ระยะเวลาของการดำรงชีวิตแต่พยาบาลเป็นเพียงตัวเสริม ที่ดูแลชั่วคราวชั่วคราว ด้วยเหตุผลนี้ การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงมุ่ง เพิ่มศักยภาพสูงสุดของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ของตนเองและสมาชิก บนพื้นฐานการทำงานร่วมกัน แบบเป็นหุ้นส่วนที่ได้รับประโยชน์ร่วมกัน (mutually beneficial partnerships) ระหว่างพยาบาลและครอบครัว ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนและการตัดสินใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้ง พยาบาลต้องเสริมสร้างความสามารถ (enabling)

และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) แก่ครอบครัว ให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี มีความรู้ ความสามารถ มีความมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกอย่างถูกต้องและ ต่อเนื่องทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้สมาชิก ในครอบครัวได้รับการดูแลโดยบุคคลที่มีความผูกพัน และคุ้นเคย เพิ่มความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างสมาชิก ในครอบครัว ลดความเครียดของครอบครัว ลดการ พึ่งพาบุคลากรสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และลดอัตราการกลับ เข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ^{23,24} เมื่อสมาชิกทุกคน ในครอบครัวมีความสุขทั่วหน้าการแก้ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ จึงสำเร็จ เช่น ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพ ของคนวัยทำงานที่เกิดจากความเครียด และคิดฆ่าตัวตาย ลดลง เป็นต้น

2. มีระบบบริหารความเสี่ยง (risk management) ที่มีประสิทธิภาพ องค์กรบริการสุขภาพต้องมีแผนเตรียม รับความเสี่ยงที่ดีพร้อม มีดัชนีชี้วัดที่เป็นเสมือนกระจก สะท้อนคุณภาพของระบบการให้บริการ โดยมีการระบุ ความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง (ความเป็นไปได้ และผลกระทบ) การวางกลยุทธ์เพื่อจัดการกับความเสี่ยง อย่างมีประสิทธิภาพ (การหลีกเลี่ยง การป้องกัน การควบคุม และการถ่ายโอนความเสี่ยงที่รัดกุม) การแก้ไขผล ที่ไม่พึงประสงค์ หรือบรรเทาผลกระทบให้ทุเลาลง มีเครื่องมือรองรับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ให้เกิดความเสี่ยงซ้ำ และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งต้องมีสมรรถนะ ในการพัฒนาระบบการติดตาม ตรวจสอบ และประเมิน ผลที่มีคุณภาพ²⁴ เพื่อป้องกันความสูญเสียต่อสุขภาพ และทรัพย์สินที่ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวร หรือต้องอยู่ โรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือเสื่อมเสีย ชื่อเสียงของสถานบริการสุขภาพนั้น

เงื่อนไขด้านความรู้

การบริการสุขภาพบนเงื่อนไขทางด้านความรู้ หมายถึง พยาบาลต้องมีความรู้ทางวิชาการและเทคนิค ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพอย่างรอบด้าน สามารถนำความรู้และหลักวิชาการต่าง ๆ มาพิจารณา เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เพื่อใช้เป็นประโยชน์พื้นฐาน ประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน

ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงต้องมีความรอบคอบ ระมัดระวังอย่างยิ่งยวดและมีสติตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นได้ในการนำแผนงานที่ตั้งอยู่บนหลักวิชาการ ต่าง ๆ เหล่านั้นไปใช้ในการปฏิบัติงานโดยปรับให้เหมาะสม กับสภาพการณ์ต่างๆ²⁵ นอกจากนั้น หน่วยงานต้อง มีนโยบายการสร้างสังคมแห่งความรู้ ให้บุคลากร ทุกระดับได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพอย่าง ต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการบริหารงานและกำหนด ทิศทางการพัฒนาหน่วยงาน สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรปลูกฝังและพัฒนาให้ผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์ มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) มีการจัดการความรู้ รวมทั้งความสนใจใฝ่หา ความรู้และมีความสามารถที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถพัฒนา และปรับตนเองให้ก้าวทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจของโลก

เงื่อนไขด้านการมีคุณธรรม

การมีคุณธรรม คือ การมีใจโอบอ้อมอารี มีใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความยุติธรรม มีความซื่อสัตย์ มีความเมตตาและเป็นกัลยาณมิตรต่อผู้อื่นเสมอ เป็นการสร้างสังคมแห่งสุขภาวะให้มีภูมิคุ้มกันในการ ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข เช่น การให้บริการพยาบาล แบบองค์รวมอย่างเอื้ออาทร (caring) ด้วยหัวใจ ของความเป็นมนุษย์ (humanized care) ที่เคารพ ในคุณค่า ศักดิ์ศรีและศักยภาพของความเป็นมนุษย์ ของผู้รับบริการ รวมทั้งการมี “น้ำใจไมล์ที่สอง” (the spirit of the second mile) ซึ่งหมายถึง “ถ้าผู้ใดเกณฑ์ ท่านให้เดินทางไปหนึ่งไมล์ ก็ให้เลยไปกับเขาถึงสองไมล์” มีความหมายดังนี้ ไมล์ที่หนึ่ง (the first mile) หรือหน้าที่ที่หนึ่ง (the first duty) คือการปฏิบัติหน้าที่ ตามบทบาทหลักอย่างเต็มกำลัง เต็มความสามารถ และเต็มเวลาด้วยความซื่อสัตย์ ไมล์ที่สอง (the second mile) หรือหน้าที่ที่สอง (the second duty) คือการทำ หน้าที่เพิ่มขึ้นนอกเหนือจากหน้าที่หลักด้วยน้ำใจที่ พร้อมจะช่วยเหลือทุกเวลาและสถานที่ด้วยความปิติ ยินดีที่ได้ทำ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องปฏิบัติงานโดยยึดมั่น ใน “สัจจะ-บริการด้วยน้ำใจไมล์ที่สอง” หมายความว่า

ต้องอาศัยความรอบรู้อันเป็นสัจจะของวิชาชีพ และให้บริการพยาบาลเป็นองค์รวมอย่างเอื้ออาทร²⁶ เป็นต้น ซึ่งเป็นการให้ทั้งความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่ผู้รับบริการทุกคน อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน ช่วยเหลือและเสียสละ โดยการอุทิศตนอย่างเต็มที่ เต็มความสามารถ กอปรด้วยคุณธรรม จริยธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต ความอดทนขยันหมั่นเพียร มีสติปัญญาความรอบคอบ และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติงาน อย่างเคร่งครัด รวมทั้งสร้างระบบการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพที่มีธรรมาภิบาล (good governance) ซึ่งจะก่อให้เกิดความรัก ความสามัคคี เอื้อเฟื้อเกื้อกูล ความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาหน่วยงาน มีการประสานงานที่ดีในระหว่างผู้ปฏิบัติงานและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ ขณะเดียวกันต้องเสริมสร้างพื้นฐานในจิตใจของประชาชน ให้มีจิตสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต มีสติ ขยัน อดออม แบ่งปัน และอยู่ร่วมกันแบบเอื้ออาทร ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อนำไปสู่การดำรงชีวิตที่สมดุล มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี

สรุป

วิกฤตเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยและทั่วโลกเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของคนไทยด้วย พยาบาลวิชาชีพจึงควรน้อมนำ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรมในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ต้องเผชิญกับ “ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจแฮมเบอร์เกอร์” เพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีพร้อมที่จะเผชิญและรับมือกับวิกฤตเศรษฐกิจในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรณ์ จาติกวณิช. รายงานประมาณการเศรษฐกิจไทยปี.[ออนไลน์] 25 มีนาคม 2552. [ค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.mof.go.th/>.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ผลกระทบด้านสุขภาพจากพลวัตทางเศรษฐกิจ.[ออนไลน์] 2544 [ค้นเมื่อ 19 มกราคม 2553] จาก: URL:http://www.moph.go.th/ops/thealth_44/09.PDF
3. วราภรณ์ สามโกเศศ. สาเหตุวิกฤตแฮมเบอร์เกอร์. มติชน.[ออนไลน์] 2 ตุลาคม 2551 [ค้นเมื่อ 19 มกราคม 2553] จาก: URL:http://laic.dpu.ac.th/images/matichon_daily/article/year2551/02_10_51
4. กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ.[ออนไลน์] 2547 [ค้นเมื่อ 19 มกราคม 2553] จาก: URL:http://www.moph.go.th/ops/health_48/2544_2547.htm
5. Bank crises ‘deadly for health.[online] 2008 Feb.26 [cited 2009 March 4] Available from: URL:<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7263476.stm>
6. Cohen F, Kemeny ME, Zegans LS, Johnson P, Kearney KA, Stites DP. Immune Function Declines With Unemployment and Recovers After Stressor Termination. Journal of Psychosomatic medicine [online]. 2007 [cited 2009 March 21]; 69: 225–34. Available from: URL:<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/69/3/225>
7. อภิรักษ์ โกษะโยธิน. เศรษฐกิจแย่ ว่าที่คุณแม่โหมงานหนักเลยเรื่องสุขภาพ. หนังสือพิมพ์แนวหน้า.[ออนไลน์] 28 พฤษภาคม. 2551[ค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2552] จาก: URL:<http://www.thaihealth.or.th/node/4228>. 2551 [ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2552] จาก: URL:
8. จงกล เลิศธีรธำรง. วิกฤตเศรษฐกิจกับสุขภาพคนไทย. เดลินิวส์ .[ออนไลน์] 30 ธันวาคม 2551. [ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.dailynews.co.th/web/html/home/>.

9. สมชาย จักรพันธุ์, ม.ล. พิชการเมือง-:วิกฤตเศรษฐกิจทำคนไทยฆ่าตัวตายพุ่ง. คม ชัด ลึก. [ออนไลน์] 3 มิถุนายน 2551. [ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.giggog.com/politic/cat3/news21318/>.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความเสี่ยงของแรงงานไทยจากเศรษฐกิจโลกซบเซา. [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.nesdb.go.th/>.
11. เสรี พงศ์พิศ. เศรษฐกิจพอเพียงเกิดได้ถ้าใจปรารถนา. [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.phongphit.com/index.php?>.
12. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อัมมารชื่:วิกฤตเศรษฐกิจปี 52 เปิดโอกาส “อภิสิทธิ์” เล่นบทนายกาใจดี โปรยเงินสู่ระบบ. [ออนไลน์] 24 ธันวาคม 2551. [ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2552] จาก: URL: http://www.suthichaiyoon.com/WS01_A001_news.php?newsid=7271
13. มานิต นพอมรบดี. มาตรการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาล. [ออนไลน์] 19 มกราคม 2009. [ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2552] จาก: URL: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new
14. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. :วิกฤตเศรษฐกิจพอเพียงทางการแพทย์ของประเทศไทย. [ออนไลน์] 6 สิงหาคม 2550 [ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.thaihealth.net/h/article-print-686.html>.
15. Parry J, Humphreys G. Health amid a financial crisis. Bull World Health Organ. [online] 2009 [cited 2009 March 21]; 87:4-5. Available from: URL: <http://aaahrh.org/news/Health.pdf>.
16. พัชรีย์ สมกำลัง, สุพร แก้วสุด, อรพิน พุทธวงศ์, พะยอม สินธุศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551 ; 31(4) : 58-66.
17. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรอบแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. [ออนไลน์] 2547. [ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.nesdb.go.th/>.
18. งานประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวนปรุง. ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับแนวคิดสุขภาพ. . [ออนไลน์] [ค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.suanprung.go.th/article/article11.php> .
19. พัทธกษพงศ์ ปันตะ. การสร้างเสริมสุขภาพในยุคเศรษฐกิจพอเพียง. . [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2552] จาก: URL: http://www.learning.pyo.nu.ac.th/school_nurse/news.
20. ณัฐวิทย์ ศรีสง และ นลินี มกรเสน. การพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของชุมชน บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง. [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://www.thaihed.com/dbweb/download/24Oct200832-download.doc>.
21. กุลยา ตันติผลาชีวะ. มองพยาบาลหลังปี 2000. วารสาร ส.พ.ส. 2542; ก.ค.-ธ.ค.; 11(2): 64-75.
22. อาริยา สัพพะเลข. แนวโน้มการบริการสุขภาพในอนาคต. วารสาร ส.พ.ส. 2543; ก.ค.-ธ.ค.; 11(2):13-16.
23. คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (หน่วยที่ 1-5). นนทบุรี: นำกิจการพิมพ์; 2548.
24. รัชนี นามจันทรา. แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม พระเกียรติ. [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2552] จาก: URL: http://www.academic.hcu.ac.th/forumboard_posts.
25. ณัฐพงษ์ ทองภักดี. ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในภาครัฐแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารสุศึกษา 2549; พ.ค.-ส.ค.; 29(103):1-14.
26. คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ. หลักสูตร. [ออนไลน์] 2551 [ค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2552] จาก: URL: <http://nurse.payap.ac.th>