

บทความพิเศษ

Special article

การทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ คนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับ จากการบริหารทุน สู่การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์

บัณฑิต ศรไพศาล พ.บ., วว. (จิตเวชศาสตร์), M.P.H., Ph.D.*, **, ***

Jürgen Rehm, Ph.D.*, **, ****

* Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health, Canada

** Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies,
Technische Universität Dresden, Germany

วันรับ:	5 พ.ค. 2563
วันแก้ไข:	15 ก.ค. 2563
วันตอบรับ:	22 ก.ค. 2563

บทคัดย่อ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทั้งในแง่ของการสร้างเสริมสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน กรอบแนวคิดการทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับ จากการบริหารทุนสู่การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์นี้ เป็นแผนที่การทำงานที่เชื่อมโยงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพขององค์การแพทย์ในประเทศไทย ตั้งแต่ระดับที่หนึ่ง การบริหารทุนและการวางระบบพื้นฐานสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย ระดับที่สอง การสร้างความเข้าใจสถานการณ์และเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสร้างความรู้และต้นแบบประเภทต่างๆ ระดับที่สาม การโน้มน้าวกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ระดับที่สี่ การรับแนวคิดและตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพขององค์การแพทย์ต่างๆ ในประเทศไทย ระดับที่ห้า การลงมือปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพจริงทั้งประเทศ ระดับที่หก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และระดับที่เจ็ด การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ เช่น ระดับความเป็นอยู่ที่ดีหรืออัตราการป่วยตายของประชากรไทย การเชื่อมโยงการทำงานทั้งเจ็ดระดับนี้จะทำให้เกิดการทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือการมีสุขภาพที่ดีและได้ใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีสำหรับคนไทยทั่วประเทศ นำสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ; กรอบแนวคิด; โมเดล; การบริหารทุน; การวิจัย; การชี้แนะ; การผลักดันนโยบาย; การปฏิบัติการ

บทนำ

วิวัฒนาการของระบบสาธารณสุขไทยสามารถแบ่งออกแบบคร่าว ๆ ได้เป็นสามยุค ตามแนวคิดของ นพ.วิชัย เทียนถาวร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หนึ่ง ยุคโรคระบาดของโรคติดต่อ (พ.ศ. 2461-2520) เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคต่างๆ มากมาย เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคโปลิโอ โรคบาดทะยัก สมอง ฉุกเฉินสาธารณสุขมูลฐาน (พ.ศ. 2521-2545) เป็นช่วงที่มีนโยบายให้ประเทศไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 (ค.ศ. 2000) มีการเน้นงานด้านสาธารณสุขมูลฐานหลายเรื่อง เช่น งานสุขอนามัย (น้ำสะอาด เป็นต้น) การฉีดวัคซีนต่างๆ เป็นต้น และสาม ยุคส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ (ปี 2546 ถึงปัจจุบัน) เป็นยุคที่ปัญหาสุขภาพเริ่มเปลี่ยนมาเป็นโรคไม่ติดต่อ (เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง) โรคจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ⁽¹⁾ อีกทั้งเป็นยุคที่มีองค์การของรัฐที่เกิดขึ้นเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงอย่างเป็นทางการ นั่นคือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2544⁽²⁾ จึงเกิดการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมากจากนั้นมา

ทั้งนี้มีองค์ประกอบอันทรงพลังอย่างน้อย 5 ประการในสังคมไทยที่สนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย ต่อไปนี้คือรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบและคำถามสำคัญที่จะต้องตอบ เพื่อยกระดับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

หนึ่ง ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ถูกพัฒนาโดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นยุทธศาสตร์ที่ทรงพลัง และเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ⁽³⁾ สำคัญของยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ พลังสามประสาน หมายถึง การเชื่อมประสานพลังทั้งสามด้านให้มาทำงานร่วมกัน หนุนเสริมกัน เพื่อขับเคลื่อนเรื่องยากๆ ในสังคม พลังทั้งสามนี้ ได้แก่ (1) พลังการเมือง/

ราชการ (2) พลังปัญญา และ (3) พลังสังคม โดยพลังการเมือง/ราชการ หมายถึงระบบราชการและระบบการเมืองที่มีหน่วยงานและบุคลากรต่างๆ มากมาย มีอำนาจงบประมาณ อำนาจสั่งการ อำนาจตามกฎหมายมากมาย พลังปัญญา หมายถึง พลังความรู้ พลังเครือข่าย นักวิชาการ และผู้มีความรู้ต่างๆ เช่น ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น ส่วนพลังสังคม หมายถึง พลังจากการมีส่วนร่วมขององคาพยพทุกภาคส่วนในสังคม ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เปรียบเทียบไว้ว่าการแก้ไขปัญหาใหญ่ๆ ของสังคมเสมือนการเขยื้อนภูเขา เป็นเรื่องยาก สังคมไม่ควรปล่อยให้เป็นการกระทำของฝ่ายการเมืองเพียงฝ่ายเดียว แต่ควรใช้พลังความรู้ และพลังสังคมมาร่วมกันขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาต่างๆ นี้ด้วยกัน ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานี้เป็นยุทธศาสตร์ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของการผลักดันนโยบายใหญ่ๆ จำนวนมาก ได้แก่ พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾ กฎหมายและภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(4,5) และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอีกมากมาย เช่น การควบคุมการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์ การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของคนไร้สัญชาติ เป็นต้น⁽⁶⁾

เมื่อกล่าวถึงการเขยื้อนภูเขาแล้วต้องตอบคำถามต่อว่าจะเขยื้อนภูเขาได้ ไปในทิศทางใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย?

สอง ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก

เมื่อกล่าวถึงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก น้อยคนที่จะไม่รู้จักกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ซึ่งได้รับการรับรองในการประชุมนานาชาติเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” ครั้งแรกในโลกที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดาในปี พ.ศ. 2529⁽⁷⁾ การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางของ Ottawa Charter ประกอบด้วยมาตรการสำคัญห้ามาตรการ ได้แก่

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ นโยบายการเก็บภาษียาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และน้ำตาลของประเทศไทย⁽⁸⁾ นโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์

ยาสูบ⁽⁹⁾ นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁰⁾ นโยบายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับเด็กและเด็กเล็ก⁽¹¹⁾ และนโยบายการห้ามซบซ่านพาหะขณะเมาสุรา⁽¹²⁾ เป็นต้น

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดให้มีสวนสาธารณะเพื่อการออกกำลังกาย การจัดให้มีการปลูกผักในโรงเรียนเพื่อทำอาหารสำหรับเด็กนักเรียน การกำหนดให้โรงงานเป็นเขตปลอดบุหรี่เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

3) การเอื้อให้กิจกรรมชุมชนเข้มแข็งยิ่งขึ้น ได้แก่ การที่ชุมชนรวมตัวกันจัดการขยะ จัดการแหล่งน้ำ สะสมทรัพย์ ออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนกันเอง

4) การพัฒนาทักษะระดับบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้ ส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม โทษภัยของการมีสถานบันเทิงใกล้สถานศึกษา พิษภัยของฝุ่นพิษ PM 2.5 เป็นต้น

5) การปรับเปลี่ยนให้ระบบบริการสาธารณสุขมาทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ได้แก่ การพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการอาหาร และการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การเลิกสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการรักษาเบาหวาน ความดันสูง มะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 มีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพ หรือ Bangkok Charter ซึ่งเน้น การผลักดันวาระสุขภาพบนฐานสิทธิมนุษยชน (Advocate) การลงทุนเพื่อสุขภาพ (Investment) การสร้างศักยภาพเพื่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (Build capacity) การควบคุมและการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อปกป้องสุขภาพ (Regulate and legislate) และการสร้างพันธมิตรในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ (Partner and build alliances)⁽¹³⁾ และในปี พ.ศ. 2556 มีการรับรองคำกล่าว Helsinki Statement on Health in All Policies ในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพ

โลกในวันที่ 10-14 มิถุนายน 2013 ที่ประเทศฟินแลนด์ สารสำคัญของคำกล่าวนี้ คือ การเรียกร้องการทำงานหลายภาคส่วน (Multisectoral collaboration) ที่จะคำนึงถึงสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in All Policies) เพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ (Social determinants of health) เพื่อมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม (Equity)⁽¹⁴⁾

คำถามสำคัญ คือ จะแปลงหลักยุทธศาสตร์เหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบได้อย่างไร จะมีการติดตามและประเมินผลอย่างไร จะวัดผลลัพธ์ความสำเร็จด้วยอะไรและวัดอย่างไร?

สาม นโยบายระดับโลกด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและการพัฒนาที่ยั่งยืน

ในเดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2554 มีการประชุมระดับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขทั่วโลกในประเด็นวิถีชีวิตสุขภาพและการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจัดขึ้นที่กรุง Moscow ประเทศรัสเซีย และในเดือนกันยายนปีเดียวกันมีการจัดประชุม และมีการประกาศทางการเมือง (Political declaration) ของผู้นำระดับสูงของประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่เมือง New York ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁵⁾ ซึ่งคำประกาศทางการเมืองนี้ก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ เป็นลูกโซ่ตามมามากมาย

ในปี พ.ศ. 2556 สมัชชาอนามัยโลกรับรองแผนปฏิบัติการโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020) ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ การกำหนดดัชนีชี้วัด 25 ตัวชี้วัด และ 9 เป้าหมายระดับโลก ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมภาวะผิดปกติทางสรีรวิทยา การพัฒนาระบบบริการ และการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ⁽¹⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติให้ความเห็นชอบ กรอบการพัฒนาที่ยั่งยืน The 2030

Agenda for Sustainable Development ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) 17 ตัว (ที่คุ้นเคยกันดีกับคำว่า SDGs) ซึ่งจะครอบคลุมการพัฒนาในหลายๆ มิติ ได้แก่ การศึกษา ความเท่าเทียม สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นต้น ทั้งนี้ ในส่วนของเป้าหมายด้านสุขภาพมีความคล้ายคลึงกับ เป้าหมายการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นอย่าง มาก⁽¹⁶⁾

การสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งหมายที่จะให้บุคคลมี สุขภาพดี มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากโรคภัย ซึ่งส่ง ผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อ และเป็นส่วนหนึ่งของการ พัฒนาที่ยั่งยืนไปด้วย ในทำนองเดียวกัน การป้องกันโรค และการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อม และกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพก็เป็นการสร้าง เสริมสุขภาพเช่นกัน ดังนั้นหากเชื่อมการทำงานสร้าง เสริมสุขภาพเข้ากับการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อ (NCDs) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จะทำให้ การทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้รับความสำคัญไปด้วย

คำถามที่ควรจะต้องตอบ คือ จะอาศัยโอกาสการขับเคลื่อนระดับโลกนี้มาหนุนเสริมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างไร?

สี่ องค์ประกอบต่างๆ ในประเทศไทยที่ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประเทศไทยมีองค์ประกอบของภาคีเครือข่าย มากมาย ทั้งภาครัฐและที่ไม่ใช่ภาครัฐที่ให้ความสนใจกับการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และรวมไปถึงการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการพัฒนาสุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดี ภาคีเครือข่ายเหล่านี้ ได้แก่

1) “กลุ่มภาคีเครือข่ายภาครัฐ” กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มี ทรัพยากรและอำนาจรัฐในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มนี้ครอบคลุมกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงต่างๆ ที่ สามารถมีส่วนกำหนดนโยบายหรือให้บริการที่เป็นการ สร้างเสริมสุขภาพได้ เช่น การขึ้นภาษีสินค้าทำลายสุขภาพ โดยกระทรวงการคลัง การกำหนดให้สถานประกอบการ

มีนโยบายองค์กรเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวง แรงงาน การสร้างถนนที่คำนึงถึงความปลอดภัยของ กระทรวงคมนาคม การเสริมสร้างทักษะสุขภาพ ทักษะ ชีวิตให้กับนักเรียนนักศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น

2) “เครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรนอกภาครัฐ ต่างๆ” กลุ่มนี้คือกลุ่มที่ไม่ได้มีทรัพยากรหรืออำนาจรัฐ แต่มี “น้ำใจ พลังใจ ความมุ่งมั่น” ที่ต้องการทำงานสร้าง เสริมสุขภาพ สุขภาวะ หรือป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อ กลุ่มนี้ ได้แก่ กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครือข่ายองค์กรงดเหล้า ชมรม วัง ปันจังหวัดต่างๆ เครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา เครือ- ข่ายพ่อแม่ เครือข่ายครู เครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง องค์กร ไม่แสวงหากำไร มูลนิธิต่างๆ และธุรกิจเอกชนที่ทำ ประโยชน์เพื่อสังคม เป็นต้น

3) “กลุ่มหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนและองค์กรระหว่าง ประเทศต่างๆ” กลุ่มนี้ไม่ได้มีอำนาจรัฐในการทำงานสร้าง เสริมสุขภาพโดยตรง แต่มีอำนาจรัฐในฐานะที่มีหน้าที่รับ ผิดชอบที่เป็นทางการ มีทรัพยากรและความรู้เชิงเทคนิค ต่างๆ ที่สามารถชั้นนำหรือสนับสนุนการทำงานสร้าง- เสริมสุขภาพได้ กลุ่มนี้ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกัน- สุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) องค์การอนามัยโลกประจำ ประเทศไทย และองค์กรต่างๆ ของสหประชาชาติที่ประจำ อยู่ในประเทศไทย เป็นต้น

4) “กลุ่มภาคีเครือข่ายวิชาการ” กลุ่มนี้ไม่มีอำนาจ รัฐหรือทรัพยากรโดยตรง แต่มี “พลังความรู้” ที่สามารถ ชี้แนะหรือสนับสนุนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ตัวอย่างของภาคีเครือข่ายกลุ่มนี้ คือ กลุ่มสามพรานที่ ประกอบด้วยนักคิดและนักวิชาการด้านสุขภาพมาประชุม และเรียนรู้ประเด็นสาธารณสุขร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

คำถามที่สำคัญ คือ จะชักจูงพลังองคาพยพต่าง ๆ เหล่านี้เข้ามาทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้นได้อย่างไร?

ทำ งบประมาณสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เงิน หรืองบประมาณ เป็นทรัพยากรที่สำคัญ สามารถกำหนดสิ่งต่าง ๆ ได้มากมาย หน่วยงานที่มีเงินและงบประมาณในมือสามารถที่จะกำหนดทิศทางให้กับหน่วยงานหรือบุคคลที่เป็นฝ่ายรับเงินและงบประมาณนั้นได้ หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนดังที่กล่าวไว้ในกลุ่มภาคีเครือข่ายกลุ่มที่หนึ่งและสามข้างต้น อันได้แก่ หน่วยงานราชการต่าง ๆ สสส. สปสช. สวรส. และ สกสว. และแหล่งทุนอื่น ๆ จึงมีความสามารถที่จะใช้การบริหารงบประมาณที่มีในการกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยได้ในระดับหนึ่ง

คำถามสำคัญจึงมีอยู่ว่าจะบริหารงบประมาณเหล่านี้ได้อย่างไรให้สามารถชักจูงองคาพยพต่าง ๆ ให้มาทำงานร่วมกันได้อย่างมีพลัง และมีทิศทางจนสามารถขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนไทยทั้งประเทศได้อย่างแท้จริง?

กล่าวโดยสรุป คำถามทั้งห้าที่กล่าวไว้ข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยต้องการ “กรอบแนวคิดการทำงานแบบองค์รวมใหม่” ที่สามารถเชื่อมร้อยการบริหารทุน การชักจูงองคาพยพต่าง ๆ การสร้างความรู้ การขับเคลื่อนสังคม และการผลักดันนโยบายตามแนวยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอย่างมีทิศทาง จนเกิดทัศนคติที่ถูกต้องเพียงพอในกลุ่มผู้นำขององคาพยพต่าง ๆ เพื่อจะทำให้เกิดการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพในงานของตนอย่างแท้จริง⁽¹⁷⁾ ไปจนถึงการแปลงยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพระดับโลกสู่การปฏิบัติซึ่งครอบคลุมการจัดให้มีการติดตามและประเมินผลที่เอื้อต่อการทำงาน⁽¹⁸⁾ และการอาศัยเป้าหมายโลกให้เป็นประโยชน์ จึงจะทำให้เกิดการเสริมพลังขององค์ประกอบทั้งห้าได้อย่างแท้จริง

โมเดลบันได 7 ระดับ จากการบริหารทุนสู่การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์

คณะผู้เขียนได้พัฒนากรอบแนวคิดการทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับจากการบริหารทุน สู่การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์ (ต่อจากนี้ จะเรียก “โมเดลบันได 7 ระดับ”) เพื่อให้เป็นแนวคิดที่สามารถชักจูงองคาพยพต่าง ๆ ในระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยให้สามารถทำงานหนุนเสริมกันได้อย่างมีทิศทางตั้งแต่ ต้นน้ำ อันได้แก่ การวางแผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น ตลอดจนถึง กลางน้ำ ซึ่งได้แก่ การสร้างความรู้ การใช้ความรู้ชั้นนำสังคม และการใช้ความรู้สนับสนุนการปฏิบัติ รวมการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพจริง ๆ และไปจนถึง ปลายน้ำ อันครอบคลุมการประเมินผลที่เกิดจากการปฏิบัติ

โมเดลบันได 7 ระดับ (Level, L) ประกอบด้วย ระดับที่หนึ่ง (L-1) “ระบบพื้นฐาน” (Foundation) หมายถึง การบริหารทุนและอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการสร้างเสริมและพัฒนากลไกพื้นฐานที่สำคัญสำหรับระบบสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ระดับที่สอง (L-2) “การสร้างความเข้าใจ” (Understanding) หมายถึง การสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับที่สาม (L-3) “การโน้มน้าว” (Persuasion) หมายถึง การอธิบาย ชี้ชวน ชี้แนะ เพื่อให้บุคคลเป้าหมายในการโน้มน้าวเกิดความเข้าใจใหม่หรือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนความคิดไปสู่การทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริง

ระดับที่สี่ (L-4) “การรับแนวคิดและการตัดสินใจ” (Adoption and Decision-Making) หมายถึง การที่บุคคล หรือผู้นำกลุ่มบุคคล หรือผู้นำองค์กร รับแนวคิดหรือตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในบทบาทของตนตั้งแต่ระดับองค์กรไปจนถึงระดับชาติ

ระดับที่ห้า (L-5) “การปฏิบัติการ (ขยายผลในระบบจริง)” (Implementation) หมายถึง การปฏิบัติการ

สร้างเสริมสุขภาพ ในระบบจริงอย่างกว้างขวาง โดยมุ่งหวังให้เกิดผลกระทบทั้งระบบ ที่เรียกว่า การขยายผล (scaling up)

ระดับที่หก (L-6) “พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม” (Behavior and environment) หมายถึง ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อันเป็นผลจากการลงมือปฏิบัติแบบขยายผลกว้างขวางในระดับที่ห้า

ระดับที่เจ็ด (L-7) “สถานะทางสุขภาพ” (Health status) หมายถึง ผลลัพธ์ปลายทางที่เป็นตัวชี้วัดสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรในประเทศ อันได้แก่ อัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต หรืออัตราการมีสุขภาพดี ในมิติต่างๆ

เพื่อให้เข้าใจโมเดลบันได 7 ระดับนี้ได้ง่ายขึ้น ผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้โมเดลเหตุและผล (logic model) ซึ่งประกอบด้วย บริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กิจกรรมและผลผลิต (activity and output) ผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact)⁽¹⁹⁾ ดังนั้นผู้เขียนได้กำหนดให้การทำงานระดับที่หนึ่ง (L-1) เป็นบริบทและปัจจัยนำเข้า (context and input) การทำงานระดับที่สอง (L-2) และระดับที่สาม (L-3) เป็นกิจกรรมหลักและผลผลิต (main activity and output) อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่หนึ่ง (outcome 1) คือการรับแนวคิดและการตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลและผู้นำขององค์การต่างๆ (L-4) และเมื่อองค์การต่างๆ ลงมือดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ (L-5) ถือเป็นผลลัพธ์ที่สอง (outcome 2) อันจะส่งผลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สาม (Outcome 3) คือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ (L-6) จนส่งผลกระทบต่อ (impact) ให้สถานะทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น (L-7) (ภาพที่ 1)

บันไดแต่ละขั้นมีรายละเอียดของแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 ระบบพื้นฐาน

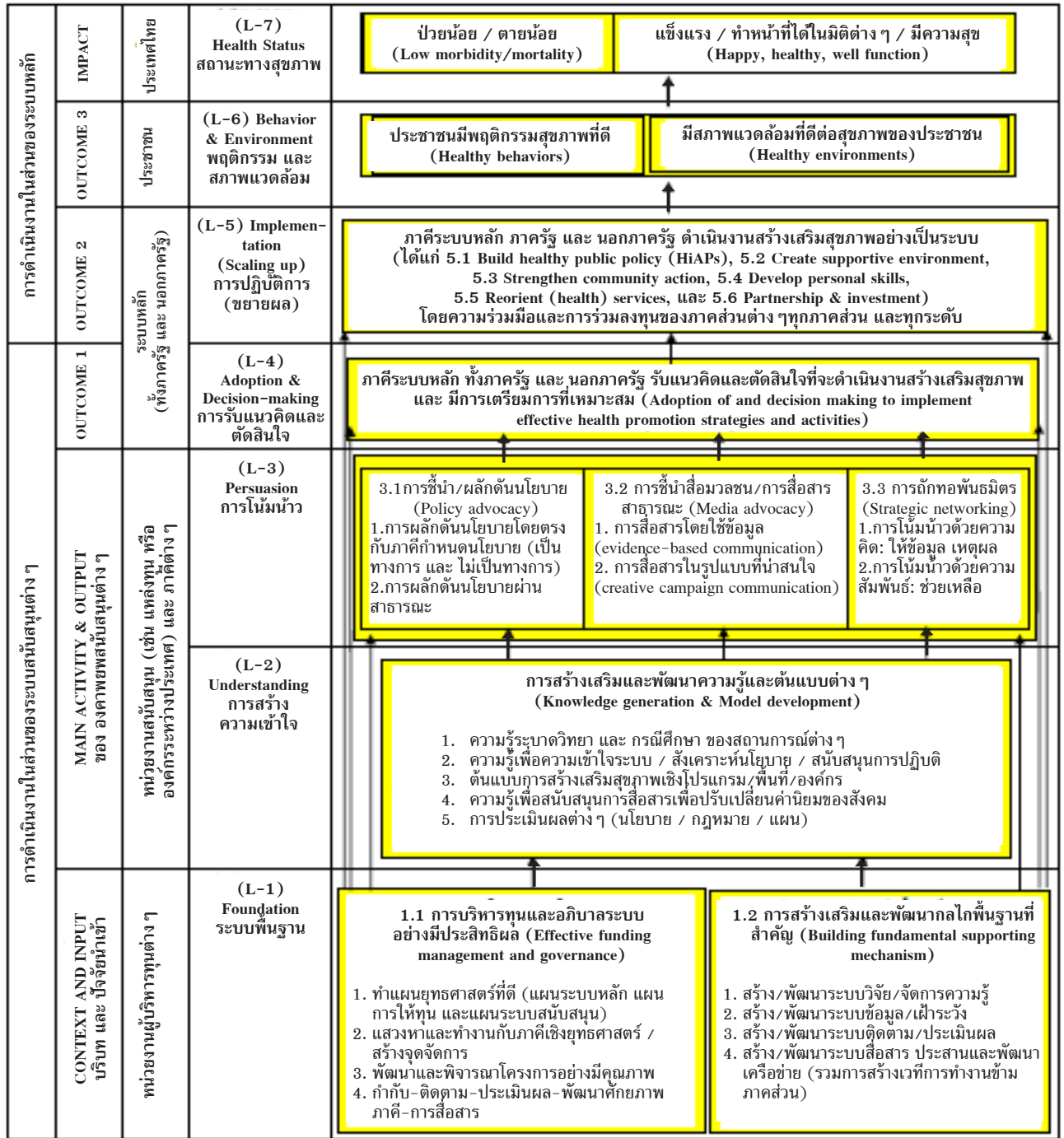
ระบบพื้นฐานประกอบด้วยสองส่วน คือ ส่วนที่การบริหารทุนและอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ (effective funding management and governance) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบของหน่วยงานบริหารตนเอง และส่วนที่สอง การสร้างเสริมและพัฒนากลไกพื้นฐานที่สำคัญ (building fundamental supporting mechanisms) เป็นการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบ

(1.1) การบริหารทุนและอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การออกแบบระบบเพื่อใช้งบประมาณ และการกำกับการทำงาน ให้หน่วยงานบริหารทุนสามารถกำหนดทิศทางและดูแลการทำงานในบันไดขั้นที่เหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันประกอบด้วย

(1.1.1) การทำแผนยุทธศาสตร์ ทั้งแผนการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของระบบหลัก และแผนของระบบสนับสนุน แผนที่ตีควรมีลักษณะเหมือนแผนที่การเดินทาง (road map) จะทำให้ผู้เดินทางรู้ว่าจะไปทิศทางใด จะไปด้วยความเร็วเท่าใด จะมีค่าใช้จ่ายเท่าใด จะถึงที่หมายวันใด เป็นต้น ในที่นี้จะต้องทำ “แผนเส้นทางหลัก” (road map 1) และ “แผนเส้นทางสนับสนุน” (road map 2) ทั้งนี้ควรที่จะต้องมีการทำแผนเส้นทางหลักก่อนว่าจะทำงานสร้างเสริมสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายภาครัฐและนอกภาครัฐอะไร อย่างไร เพียงใด เมื่อใด งบประมาณเท่าใด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพอะไร อย่างไร เพียงใด เมื่อใด ตามด้วยการทำแผนสนับสนุนว่าจะสร้างความรู้และการโน้มน้าว ชี้นำ ผลักดันอะไร อย่างไร เพียงใด เมื่อใด งบประมาณเท่าใด เปรียบเหมือนกับ นั่งรถจักรยานยนต์เพื่อไปต่อรถไฟฟ้าไปยังเป้าหมายที่ต้องการได้ การนั่งรถไฟฟ้าไปสถานีเป้าหมาย คือ Road map 1 ส่วนการนั่งรถจักรยานยนต์คือ Road map 2 นั้นเอง หากไม่รู้ว่าจะขึ้นรถไฟฟ้าที่สถานีไหน ก็ไม่สามารถวางแผนนั่งรถจักรยานยนต์ให้สอดคล้องได้ จึงจำเป็นที่จะต้องคิดแผนเส้นทางหลักและแผนเส้นทางสนับสนุนให้สอดคล้องกัน

การทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับ

ภาพที่ 1 การทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับ จากการบริหารทุนสู่การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์



หมายเหตุ: L (Level) คือ ระดับ

(1.1.2) การแสวงหาและทำงานกับภาคีเชิงยุทธศาสตร์ ตลอดจนการสร้างจุดจัดการต่างๆ หมายถึง การที่หน่วยงานบริหารทุนจะต้องแสวงหาภาคีเชิงยุทธศาสตร์เพื่อทำงานด้วยจึงจะประสบความสำเร็จ ไม่ใช่ทำงานหรือสนับสนุนให้กับใครก็ได้ เพราะงบประมาณเป็นทรัพยากรที่มีจำกัด และต้องสร้างจุดจัดการที่มีความสามารถเป็นผู้ประสานและทำงานกับภาคีวงกว้างต่อไป เพราะหน่วยงานบริหารทุนไม่สามารถที่จะประสานการทำงานกับองค์การทั้งหมดได้ด้วยตนเอง การมีจุดจัดการประเด็นต่างๆ ที่แข็งแรงจึงจะทำให้การบริหารภาพรวมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(1.1.3) การพัฒนาระบบการพัฒนาและพิจารณา (รีวิว) โครงการที่มีคุณภาพ หน่วยงานบริหารทุนจะต้องพัฒนาระบบการพัฒนาและพิจารณา (รีวิว) โครงการอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ได้โครงการที่มีคุณภาพเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์เป็นลูกโซ่ต่อไปจนสุดบันได 7 ระดับ

(1.1.4) การพัฒนาระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผล การให้ทุน และพัฒนาระบบพัฒนาศักยภาพภาคี ตลอดจนพัฒนาระบบการสื่อสารกับภาคีต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งทำให้ดียิ่งๆ ขึ้นไปเรื่อยๆ ด้วย

(1.2) การสร้างเสริมและพัฒนากลไกพื้นฐานที่สำคัญต่างๆ ของระบบการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระบบ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างเสริมระบบหลักสี่ระบบ ได้แก่

(1.2.1) การสร้างเสริมและพัฒนากระบวนการวิจัยและจัดการความรู้ การวิจัย คือ การสร้างความรู้ใหม่ การจัดการความรู้ คือ การจัดการทำให้ความรู้ที่มีอยู่แล้วเข้าใจง่ายขึ้นและเข้าถึงง่ายขึ้น

(1.2.2) การสร้างเสริมและพัฒนากระบวนการและเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล คือ ระบบที่มีการบันทึกข้อมูลสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น คนไข้มารับบริการที่โรงพยาบาล อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบนท้องถนน ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน) และบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการและผลการดำเนินการกิจกรรมเหล่านั้น (เช่น การบริการรักษาและผลการ

รักษา การรณรงค์และผลการรณรงค์) ส่วนการเฝ้าระวัง คือ ระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าดูสถานการณ์บางอย่างอย่างต่อเนื่อง

(1.2.3) การสร้างเสริมและพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล ระบบติดตาม คือ การติดตามการปฏิบัติการดำเนินงานต่างๆ ส่วนระบบประเมินผล คือ การประเมินดูผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหรือดำเนินการนั้นๆ

(1.2.4) การสร้างเสริมและพัฒนากระบวนการสื่อสาร ตลอดจนการประสานและพัฒนาเครือข่าย ซึ่งหมายรวมถึงการทำงานหลายภาคส่วนด้วย

หน่วยงานบริหารทุนต่างๆ ต้องลงทุนสร้างระบบบริหารทุนและอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ และลงทุนสร้างเสริมและพัฒนากลไกพื้นฐานที่สำคัญเหล่านี้้อย่างเพียงพอ เมื่อบันไดขั้นที่หนึ่งแข็งแรง จึงจะสามารถขึ้นบันไดขั้นถัดๆ ไปได้ตั้งปรารถนา

บันไดขั้นที่ 2 การสร้างความเข้าใจ

การสร้างความเข้าใจ ครอบคลุมการสร้างเสริมและพัฒนาความรู้และต้นแบบต่างๆ (Knowledge generation and model development) เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนเหตุปัจจัยที่เอื้อให้เกิดสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งประกอบไปด้วยประเภทความรู้ ๕ ประเภท ได้แก่

(2.1) ความรู้ด้านระบาดวิทยา และกรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ ความรู้ด้านระบาดวิทยาของสถานการณ์ต่างๆ หมายถึง ความรู้ที่ทำให้เข้าใจขนาด การกระจาย และสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสถานการณ์ต่างๆ (เช่น ระบาดวิทยาของการติดเชื้อ COVID19 ระบาดวิทยาของการป่วยด้วยโรคเมะเร็ง และระบาดวิทยาของการสูบบุหรี่ เป็นต้น) กรณีศึกษาของสถานการณ์ต่างๆ หมายถึง การบันทึกสถานการณ์ต่างๆ ในลักษณะเป็นกรณีศึกษาให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในเบื้องต้นได้ ซึ่งเป็นฐานเบื้องต้นก่อนทำการศึกษาระบาดวิทยา

(2.2) ความรู้เพื่อความเข้าใจระบบ สังเคราะห์นโยบาย สนับสนุนการปฏิบัติ ความรู้เพื่อความเข้าใจระบบ เป็นความรู้ที่ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ อย่างเป็นระบบ เช่น ความรู้เรื่องระบบบริการรักษาเบา-

หวาน คือ ความรู้ที่บอกว่าระบบบริการมีผู้ป่วยที่ต้องรักษาที่คน อยู่ที่ไหน เจ้าหน้าที่ที่ต้องใช้ในการรักษามีเท่าใด ยารักษาและอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีเท่าใด การบริการมีความครอบคลุมทั่วประเทศเพียงใด และผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดีเพียงใด เป็นต้น ความรู้เชิงระบบนี้กว้างไปกว่าความรู้เรื่องวิธีรักษาเบาหวาน ซึ่งคือ ความรู้ที่บอกว่าจะต้องใช้ยาอะไรในการรักษาเท่านั้น ความรู้เพื่อการสังเคราะห์นโยบาย คือ ความรู้ที่สามารถใช้ประกอบการเสนอทางเลือกของนโยบายต่างๆ ได้และแต่ละทางเลือกนั้นมีต้นทุนและประสิทธิผลเท่าใด ทางเลือกใดคุ้มค่ากว่ากัน เช่น หากจะจำกัดอายุผู้ที่สามารถซื้อบุหรี่ได้ควรจะเป็นที่อายุ 15, 18 หรือ 20 ปี ทางเลือกเหล่านี้มีต้นทุนและประสิทธิผลแตกต่างกันอย่างไร ทางเลือกใดคุ้มค่ากว่ากัน เป็นต้น และ ความรู้สนับสนุนการปฏิบัติ คือ ความรู้ที่บอกชี้แนะแนวทางการปฏิบัติให้กับผู้ปฏิบัติต่างๆ เช่น ความรู้ในการรักษาผู้ป่วย ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ความรู้ในการสร้างถนนที่ปลอดภัย เป็นต้น

(2.3) ความรู้ในรูปแบบของต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงโปรแกรม พื้นที่ องค์กร ต้นแบบ คือ การทำตัวอย่างของจริงที่ประสบความสำเร็จให้ปรากฏจริงสัมผัสได้ ต้นแบบเชิงโปรแกรม คือ ต้นแบบในการดำเนินการเชิงประเด็น เช่น ต้นแบบการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ต้นแบบการทานอาหารสุขภาพเพื่อควบคุมเบาหวาน เป็นต้น ต้นแบบเชิงพื้นที่ คือ ต้นแบบการดำเนินงานที่ใช้พื้นที่เป็นจุดมุ่งหมาย เช่น ต้นแบบระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น และต้นแบบเชิงองค์กร คือ ต้นแบบการดำเนินงานที่ใช้องค์กรเป็นจุดมุ่งหมาย เช่น ต้นแบบองค์กรภาครัฐ ต้นแบบองค์กรเอกชน ต้นแบบโรงงาน เป็นต้น

(2.4) ความรู้เพื่อสนับสนุนการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนค่านิยมของสังคม การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมเป็นเครื่องมือที่สำคัญและทรงพลังหากสามารถเข้าถึงและทำได้ตรงใจผู้รับสาร ที่เรียกว่า “โดนใจ” ซึ่งก็ต้องการความรู้บางประการเพื่อให้ผู้ส่งสารสามารถเข้าใจ

ผู้รับสารได้ดี เช่น การรู้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเป็นคนกลุ่มใด มีช่องทางการรับสารทางใด เป็นต้น หรือความรู้ที่ต้องรู้ว่าการโน้มน้าวผู้ชายต้องพูดถึงความสำเร็จในชีวิต แต่การโน้มน้าวผู้หญิงต้องพูดถึงความสัมพันธ์ การโน้มน้าวเยาวชนต้องพูดถึงเพื่อน การเป็นที่ยอมรับ แต่การโน้มน้าวผู้สูงอายุต้องพูดถึงการมีสุขภาพดี การโน้มน้าวผู้มีรายได้สูงต้องพูดถึงการได้รับการสรรเสริญ การโน้มน้าวผู้มีรายได้น้อยต้องพูดถึงการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย เป็นต้น

(2.5) ความรู้การประเมินผลต่างๆ ทั้งการประเมินนโยบาย กฎหมาย และแผนต่างๆ ความรู้ประเภทนี้จริง ๆ แล้วมีความสำคัญอย่างมากแต่ก็มักไม่ได้รับการให้ความสำคัญเท่าที่ควร เปรียบเสมือนว่าได้ออกเดินทางตามแผนที่วางไว้ แล้วเกิดอุปสรรคขึ้นทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย หากไม่รู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหนของการเดินทาง (ไม่มีผลการประเมิน) ก็ย่อมไม่สามารถวางแผนการเดินทางต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลจึงมีความสำคัญมาก แม้กระทั่งบรรลุผลสำเร็จ ก็ต้องประเมินเพื่อให้รู้ว่าสำเร็จได้อย่างไร อะไรเอื้อให้สำเร็จ อะไรเป็นอุปสรรค และแก้ไขอุปสรรคนั้นได้อย่างไร ความรู้จากการประเมินเหล่านี้จะทำให้สามารถเดินทางต่อได้อย่างมั่นใจ หรือทำให้ดีขึ้นไปอีกได้ หรือแม้แต่เป็นบทเรียนให้กับผู้อื่นที่จะเดินตามมา การประเมินนโยบาย กฎหมาย และแผนยังเป็นเรื่องสำคัญ เช่น การประเมินนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกาย การประเมิน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการประเมินแผนชาติเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น

บันไดขั้นที่ 3 การโน้มน้าว

การโน้มน้าว หมายถึง การอธิบาย ชี้ชวน ชื่นำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจใหม่เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนความคิดและนำไปสู่การทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริง การโน้มน้าวนี้ ครอบคลุมถึงการโน้มน้าวกลุ่มเป้าหมายสามกลุ่ม คือ การชี้แนะ/ผลักดันนโยบาย (policy advocacy) การชี้นำสื่อมวลชน/การสื่อสารสาธารณะ (media advocacy) และการ

ถักทอพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ (strategic networking)

(3.1) การชี้แนะ/ผลักดันนโยบาย หมายถึง การโน้มน้าวผ่านนโยบาย สามารถทำได้ โดยการผลักดันนโยบาย โดยตรงกับภาคีผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งสามารถทำได้แบบเป็นทางการ (เช่น นำเสนอในที่ประชุม) และแบบไม่เป็นทางการ (เช่น การให้ข้อมูลเมื่อพบกันแบบไม่เป็นทางการ และการผลักดันนโยบายผ่านสาธารณะ เช่น การจัดบรรยายที่มีสื่อมวลชนเข้าร่วม หรือการจัดเสวนาสำหรัลสื่อมวลชนโดยตรง หรือการส่งข่าวประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้ต่างๆ ให้กับสื่อมวลชน เป็นต้น

(3.2) การชี้แนะสื่อมวลชน/การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง การโน้มน้าวสังคมผ่านการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน สามารถทำได้โดย การสื่อสารโดยใช้ข้อมูล (evidence-based communication) เช่น การจัดประชุมวิชาการหรือจัดบรรยาย หรือแจกข่าวสารข้อมูลให้กับสื่อมวลชน และการสื่อสารในรูปแบบที่สร้างสรรค์และน่าสนใจ (creative campaign communication) เช่น การจัดวิ่ง ปั่นเพื่อออกกำลังกาย การจัดประกวดลดน้ำหนัก การเชิญสื่อมวลชนเยี่ยมชมวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น

(3.3) การถักทอพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ (strategic networking) หมายถึง การโน้มน้าวกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพทางใดทางหนึ่ง สามารถทำได้โดย การโน้มน้าวทางความคิด โดยการให้ข้อมูล (เช่น ให้ข้อมูลว่าเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากเพียงใด) และการให้เหตุผล (เช่น ให้เหตุผลว่าเยาวชนที่ดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยจะกลายเป็นผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหา มากกว่าคนที่เริ่มดื่มสุราตอนอายุมาก) และการโน้มน้าวด้วยความสัมพันธ์ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ กรณีที่ผู้ต้องการโน้มน้าวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผูถูกโน้มน้าว เช่น เกิดมีการช่วยเหลือกันและกันมาก่อนและผูถูกโน้มน้าวยินดีที่จะช่วยเหลือผูโน้มน้าวกลับเป็นการตอบแทน เป็นต้น

บันไดขั้นที่ 4 การรับแนวคิดและตัดสินใจ

ระดับที่สี่ “การรับแนวคิดและการตัดสินใจ” (adoption and decision-making) หมายถึง การที่บุคคล หรือผูนำกลุ่มบุคคล หรือผูนำองค์กร รับแนวคิดและตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในบทบาทของตน ทฤษฎีทางจิตวิทยาหนึ่ง ชื่อว่า “stage of change”⁽¹⁶⁾ (ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง) อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งหมด 6 ขั้นตอน เริ่มต้นจาก ขั้นที่ 1 การไม่รู้ ไม่มีความตั้งใจจะเปลี่ยนพฤติกรรม (pre-contemplation) ขั้นที่ 2 การรับรู้ เริ่มมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นที่ 3 การเตรียมการ (preparation) ขั้นที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (action) ขั้นที่ 5 การรักษาพฤติกรรมต่อเนื่อง (maintenance) และขั้นที่ 6 การสิ้นสุดการเปลี่ยนพฤติกรรม (termination) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลผูนั้นได้เปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้ว ไม่หวนกลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีกต่อไป ผูที่ทำงานโน้มน้าวจึงควรมุ่งหมายที่จะโน้มน้าวกลุ่มบุคคล ผูนำที่เป็นกลุ่มเป้าหมายให้เกิดการรับแนวคิดเรื่องการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ไปจนเกิดการเตรียมการซึ่งครอบคลุมการวางแผนที่มีทรัพยากรกำกับ (ทั้งคน เงิน ของ) และตัดสินใจลงมือปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งควรจะเป็นการตัดสินใจที่เกิดจากจิตสำนึกภายในมากกว่าเป็นเพียงการเขียนระบุเป็นเอกสารภายนอกในลักษณะงานประจำ และเลยไปจนถึงการทำให้เกิดเป็นความต่อเนื่องมั่นคงต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพระยะยาว ซึ่งจะเป็ต้นทางนำไปสู่การปฏิบัติในบันไดระดับที่ห้า

บันไดขั้นที่ 5 การปฏิบัติการ (ขยายผล)

ระดับที่ห้า “การปฏิบัติการ (ขยายผลในระบบจริง)” (implementation) หมายถึง การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพในระบบจริงอย่างกว้างขวาง (ซึ่งรวมถึงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วย) โดยมุ่งหวังให้เกิดผลกระทบทั้งระบบ ที่เรียกว่า การขยายผล (scaling up) การปฏิบัติการนี้ครอบคลุมการดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการพิสูจน์ในระดับนานาชาติว่ามีประสิทธิผล เช่น Ottawa Charter,

Bangkok Charter, และ Helsinki Statement of Health in All Policies ตูรายละเอียดข้างต้นที่ได้กล่าวไว้แล้ว

บันไดขั้นที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ระดับที่หก “พฤติกรรมและสภาพแวดล้อม” (behavior and environment) หมายถึง ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บันไดขั้นที่หกนี้ไม่ได้เป็นกิจกรรมให้ดำเนินการ แต่เป็นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติแบบขยายผลกว้างขวางในบันไดระดับที่ห้า ความสำคัญ คือ การวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้ได้ อีกทั้งควรวัดว่าผลลัพธ์นี้เกิดจากเหตุปัจจัยใดในการปฏิบัติในระดับที่ห้าด้วย เพื่อที่จะเข้าใจและพัฒนาให้เกิดการปฏิบัติที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 7 สถานะทางสุขภาพ

ระดับที่เจ็ด “สถานะทางสุขภาพ” (Health status) หมายถึง ผลลัพธ์ปลายทางที่เป็นตัวชี้วัดสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรในประเทศ อันได้แก่ อัตราการป่วย การเสียชีวิต หรืออัตราการมีสุขภาพดีในมิติต่างๆ เช่นเดียวกับระดับที่หก คือ ระดับที่เจ็ดนี้สำคัญที่การวัดผลกระทบปลายทางสุดท้าย การวัดผลกระทบในระดับที่ 7 นี้มีความสำคัญตรงที่ทำให้รู้ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำงานทั้งระบบว่าบรรลุอะไร เพียงใด อีกทั้งยังทำให้รู้วาระบบสามารถก้าวไปสู่การบรรลุเป้าหมายระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้หรือไม่ และควรวัดให้ทราบด้วยความสำเร็จหรือไม่สำเร็จนั้นเกิดจากการดำเนินการขึ้นก่อนหน้าอย่างไรบ้าง เพื่อให้สามารถเข้าใจสาเหตุเพื่อการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ความเชื่อมโยงของบันไดทั้ง 7 ระดับ

ความเชื่อมโยงที่หนึ่ง “ความเชื่อมโยงระหว่างบันไดระดับที่สอง-สาม-สี่” คือ ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อน

ภูเขา โดยที่ระดับที่สอง คือ การสร้างพลังความรู้ ระดับที่สาม คือ การใช้ความรู้ไปโน้มน้าวอีกสองเหลี่ยม คือ ฝ่ายนโยบายและฝ่ายสังคม ผ่าน Policy advocacy, Media advocacy และ Strategic networking และระดับที่สี่ คือ ผลของการโน้มน้าว คือ ผู้นำขององค์กร เครือข่ายต่างๆ เกิดการรับแนวคิดและตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ

ความเชื่อมโยงที่สอง “ความเชื่อมโยงระหว่างบันไดระดับที่ห้า-หก-เจ็ด” คือ เมื่อผู้นำภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐและนอกภาครัฐมีแนวคิดและตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว ก็ควรดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับห้า อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและเกิดการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่หก ซึ่งจะส่งผลไปสู่การที่ประชากรไทยมีดัชนีสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้นจนบรรลุเป้าหมายโลกด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global NCDs Targets) และการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในระดับที่เจ็ด

ความเชื่อมโยงที่สาม “ความเชื่อมโยงระหว่างระดับที่สอง-สาม-สี่ และระดับที่ห้า-หก-เจ็ด” องค์ภาพที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในระดับห้า-หก-เจ็ด จะหวังให้เกิดผลขึ้นจริงในประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานเชิงระบบทั้งประเทศของหน่วยงานภาครัฐ หรือการทำงานในพื้นที่เล็กๆ ของบุคคลหรือหน่วยงานนอกภาครัฐ ซึ่งเรียกรวมกันว่า “ระบบหลัก” ส่วนการดำเนินงานสร้างความรู้เพื่อความเข้าใจและการโน้มน้าวในระดับสอง-สาม-สี่ เรียกรวมกันว่า “ระบบสนับสนุน” บางครั้งการดำเนินงานของระบบหลักและระบบสนับสนุนอาจคล้ายกัน เช่น อาจมีโครงการที่มุ่งให้นักเรียนปลูกผักในโรงเรียนเป็นอาหารกลางวันให้กับเด็กนักเรียนเหมือนกัน แต่โครงการของระบบหลักมุ่งทำทุกโรงเรียนทั่วประเทศ แต่โครงการของระบบสนับสนุนมุ่งทำกับโรงเรียนเพียงบางแห่งให้เห็นเป็นตัวอย่าง หรือฝ่ายสนับสนุนอาจดำเนินโครงการชุมชนงดเหล้าทั้งชุมชนตลอดปีเป็นตัวอย่างนำร่องจังหวัดละหนึ่งหมู่บ้านรวม 77 หมู่บ้าน แต่ไม่ได้ครอบคลุมทั้ง

80,000 หมู่บ้านทั่วประเทศไทย โดยมุ่งหวังว่าตัวอย่างความสำเร็จนี้จะถูกนำไปขยายผลต่อทั่วประเทศโดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ความสำเร็จของการดำเนินงานของระบบหลัก จังหวัดที่ “ความครอบคลุม (Coverage)” ว่าการทำงานขององค์กาพพต่าง ๆ รวมแล้วสามารถครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้มากน้อยเพียงใด ส่วนความสำเร็จของการดำเนินงานของระบบสนับสนุน จะวัดที่ “ประสิทธิผล (Effectiveness)” ซึ่งคือการวัดว่า “ความรู้ถูกนำไปใช้ และผู้นำและบุคคลต่าง ๆ ได้รับการโน้มน้าวจนเกิดการรับแนวคิดและตัดสินใจดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ” มากน้อยเพียงใด

ความเชื่อมโยงที่สี่ “ความเชื่อมโยงระหว่างบันไดขั้นที่หนึ่ง กับบันไดขั้นที่เหลือ” ในฐานะบันไดขั้นแรก บันไดขั้นที่หนึ่งนี้จึงเป็นบันไดที่กำหนดทิศทางของการสร้างบันไดขั้นถัด ๆ ไป ดังที่รู้จักกันว่าหากกลัดกระดุมเม็ดแรกผิด กระดุมเม็ดถัด ๆ มา ก็จะผิดไปด้วย การบริหารทุนและการอภิบาลระบบ ตลอดจนการสร้างเสริมและพัฒนากลไกพื้นฐานที่สำคัญต่างๆ จะเป็นตัวบ่งบอกว่าการสร้างความรู้ การโน้มน้าว และการปฏิบัติการเชิงระบบนั้นดำเนินการได้ถูกต้องหรือไม่ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้หรือไม่ และจะบรรลุเป้าหมายต่างๆ ในระดับโลกหรือไม่ หน่วยบริหารทุนต่างๆ ควรหารือและร่วมกันลงทุนในทุกระดับและทุกองค์ประกอบในแต่ละระดับอย่างครบถ้วนเหมาะสม

การเข้าใจความแตกต่างและความสัมพันธ์กันระหว่างระบบหลักและระบบสนับสนุนตามที่ได้อธิบายไว้ที่ความเชื่อมโยงที่สามนั้นมีความสำคัญมากสำหรับหน่วยบริหารทุน เพราะหากหน่วยงานบริหารทุนต้องการให้การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเกิดขึ้นจริงทั้งประเทศต้องสนับสนุนให้ “ระบบหลัก” ทำงานให้เกิดความครอบคลุม และสนับสนุน “ระบบสนับสนุน” ให้ทำงานสร้างความรู้และต้นแบบ และโน้มน้าวระบบหลักให้ยอมรับแนวคิดที่ถูกต้องตามความรู้ที่ค้นพบมา

ข้อสังเกตที่สำคัญ “บันไดระดับที่สี่เป็นข้อต่อที่เชื่อมการทำงานของระบบระบบหลักกับระบบสนับสนุนเข้าด้วยกัน” ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญมากแต่ถูกมองข้ามไป ด้วยปัญหา คือ ผู้ที่ทำงานสร้างความรู้ หรือโน้มน้าว ชี้นำ ผลักดันนโยบายหรือให้ความรู้สังคม ก็ทำไป โดยไม่คาดหวังการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ เพราะคิดว่าตนเองคือฝ่ายสนับสนุน ไม่มีสิทธิ์ที่จะคาดหวังการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบได้ เช่น นักวิชาการทำวิจัยและตีพิมพ์รายงานเสร็จแล้วก็จบไป ผู้ดำเนินการให้ความรู้สาธารณะจัดกิจกรรมสื่อสารสาธารณะแล้วก็จบไป หรือแหล่งทุนให้ทุนแล้วผู้รับทุนดำเนินการและส่งรายงานเสร็จแล้วก็จบไป ส่วนผู้ที่ทำงานปฏิบัติการจริงในระบบก็ทำไปโดยไม่มีข้อมูลและความรู้มาสนับสนุนการปฏิบัติอย่างเพียงพอ ทำไปโดยไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนปฏิบัตินั้นครบถ้วนเพียงพอหรือไม่ ไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนปฏิบัตินั้นส่งผลให้เกิดอะไรขึ้นบ้าง เช่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพก็ให้บริการไปโดยไม่รู้ว่ามีบริการเข้าถึงบริการหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ก็ไม่ทราบว่าสถานบริการสัดส่วนเท่าใดที่ให้บริการได้อย่างถูกต้อง ผู้ผลักดันกฎหมายก็ทำไปโดยไม่ทราบว่ามีการบังคับใช้กฎหมายเพียงใด เป็นต้น การสร้างความเข้าใจและการรับแนวคิดของผู้นำต่างๆ ในระบบปฏิบัติการในระดับที่สี่จึงเป็นจุดเชื่อมที่สำคัญ โดยฝ่ายสนับสนุนที่ทำงานระดับที่สองและสามต้องมุ่งนำความรู้ที่สร้างขึ้นไปส่งต่อให้กับผู้นำต่างๆ ในระดับที่สี่ และการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับห้าจะมีประสิทธิผลมากเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความเข้าใจของผู้นำต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับที่สี่

ข้อควรคำนึงในการใช้โมเดลบันได 7 ระดับ

การแบ่งส่วนต่างๆ ไม่ได้มุ่งหวังการแบ่งแบบเด็ดขาด เพราะบางบุคคลหรือบางหน่วยงานก็ทำหน้าที่ทั้งเป็นระบบหลักและระบบสนับสนุน บ้างก็ทำทั้งสร้างความรู้และโน้มน้าว บ้างก็สร้างความรู้เองใช้ในการปฏิบัติการจริงของตนเองด้วย เป็นต้น จึงไม่จำเป็นต้องถกเถียงความ

ถูกต้องแน่นอนของกรอบแนวคิดโมเดลในลักษณะนี้ ความสำคัญอยู่ที่การใช้กรอบแนวคิดนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงานของแต่ละส่วนงาน

การเชื่อมโยงระหว่างบันไดแต่ละระดับ ไม่ได้เป็นแบบความสัมพันธ์ที่ละขั้นเท่านั้น อาจข้ามขั้นได้ เช่น ความรู้ที่เกิดขึ้นในระดับที่สองอาจถูกใช้โดยระดับที่สี่หรือห้าเลยก็ได้ ไม่จำเป็นต้องผ่านระดับที่สาม ระบบพื้นฐานที่สำคัญในระดับที่หนึ่ง เช่น ระบบวิจัยและจัดการความรู้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกระดับได้พร้อมกัน เป็นต้น นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ยังไม่เป็นเพียงความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นตรงจากระดับหนึ่งไปถึงระดับเจ็ดเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์แบบป้อนกลับอีกด้วย เช่น เมื่อทราบผลว่าผลระดับห้า-หก-เจ็ด เป็นอย่างไร ก็จะต้องป้อนกลับมาที่การทำแผนระดับที่หนึ่ง และการสร้างความรู้ในระดับที่สองให้ดำเนินการให้ดียิ่งขึ้น เป็นต้น

หน่วยงานบริหารทุน หมายถึง หน่วยงานที่มีทุนในมือ และสามารถใช้บริการบริหารทุนนั้นกำหนดวิธีการทำงานของผู้รับทุนได้ หน่วยงานบริหารทุนในประเทศไทยที่มีพันธกิจการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ รัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กรมควบคุมโรค เป็นต้น) สสส. สปสช. (กองทุนในส่วนของกรมสร้างเสริมสุขภาพ P&P) สวรส. (การวิจัยระบบสุขภาพในด้าน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) (ในพันธกิจสนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ และสนับสนุนการพัฒนาแบบ ระบบและวิธีการ ในการติดตามและประเมินผลงานวิจัย เป็นต้น) และอื่นๆ หน่วยงานทั้งหมดนี้สามารถที่จะนำโมเดลบันได 7 ระดับนี้ไปใช้ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาภาพใหญ่ของการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยทั้งประเทศได้

สรุป

การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทั้งในแง่ของการสร้างเสริมสุขภาพภาวะ ความเป็นอยู่ที่ดี การ

ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน กรอบแนวคิดการทำงานแบบองค์รวมใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย: โมเดลบันได 7 ระดับ จากการบริหารทุน ผู้การวิจัย การปฏิบัติการ และการวัดผลลัพธ์ นี้ เป็นแผนที่การทำงานที่เชื่อมโยงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยของทุกองคาพยพในประเทศไทย ตั้งแต่ การบริหารทุน การสร้างและเผยแพร่ความรู้ตามแนวยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเข็มนา การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก อันจะนำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดคือการมีสุขภาพที่ดีและได้ใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดีที่สุดในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เทียนถาวร. 3 ยุคสมัย การสาธารณสุขไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://www.matichon.co.th/columnists/news_125602
2. ปาริชาติ ติวรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
3. Wasi P. Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Research Institute; 2000.
4. Sompaisarn B, Rehm J. Strategies used to initiate the first alcohol control law in Thailand: lessons learned for other low- and middle-income countries. International Journal of Drug Policy (in press).
5. Thamarangsi T. The “triangle that moves the mountain” and Thai alcohol policy development: four case studies. J Contemporary Drug Problems 2009;36(1-2):245-81.
6. World Health Organization. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand’s National Health Assembly (2008-2016). Geneva: World Health Organization; 2017.
7. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. [cited 2020 Apr 25]. Available

- from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
8. พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 32 ก (ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2560).
 9. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 39 ก (ลงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2560).
 10. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 33 ก (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551).
 11. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 72 ก (ลงวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2560).
 12. พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 (ฉบับที่ 12). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136, ตอนที่ 67 ก (ลงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2562).
 13. World Health Organization. Milestones in health promotion: statement from global conferences. Geneva: World Health Organization; 2009.
 14. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization; 2014.
 15. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
 16. United Nations. Knowledge platform: Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
 17. Cecelia Health Marketing. The five stages to successful behavior change [Internet]. 18 April 2019 [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://www.ceceliahealth.com/blog/2016/1/20/the-five-stages-to-successful-behavior-change>
 18. Galbally R, Fidler A, Chowdhury M, Tang KC, Tantivess S. Ten-year review of Thai Health Promotion Foundation: Nov 2001 – Nov 2011. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2012.
 19. De-Regil LM, Peña-Rosas, JP, Flores-Ayala R, Jefferds MEdS. Development and use of the generic WHO/CDC logic model for vitamin and mineral interventions in public health programmes. *Public Health Nutr* 2014; 17(3):634–9.

Abstract: A New Comprehensive Approach for Health Promotion Initiatives in Thailand: an Overview of Steps for Funding, Research, Implementation, and Outcome Measurement

Bundit Sornpaisarn, M.D., FRCPsy–Thailand, M.P.H., Ph.D.*,,***; Jürgen Rehm, Ph.D.*,**,******

** Institute for Mental Health Development, Centre for Addiction and Mental Health, Canada; ** Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada; *** Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand; **** Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität Dresden, Germany*

Journal of Health Science 2020;29(5):939–53.

Health promotion efforts are crucial in Thailand to increase the overall well-being of the Thai people, to prevent and control non-communicable diseases, and ultimately to achieve the Sustainable Development Goals. A new, comprehensive, and stepwise approach to promote the health of the Thai people is proposed. This conceptual framework provides a step-by-step, “how-to” guide which covers everything from funding, to research strategies, to implementation of initiatives, and finally to outcome measures. Its goal is to serve as a guide that Thai citizens and various coalitions can adopt in order to collectively execute health promotion strategies and activities aimed at improving the health of the Thai people. This approach consists of seven steps. The first is the foundation step, which includes the creation of effective funding management and governance systems and fundamental supporting mechanisms, such as health promotion monitoring and evaluation systems. The second is the research step, used to generate knowledge and model development. The third is the persuasion step, which includes policy advocacy, media advocacy, and strategic networking for health promotion activities. The fourth is the adoption step, which involves the decision-making process around implementing effective health promotion strategies and activities. The fifth is the systematic implementation step required for health promotion strategies and activities. The sixth step identifies changes in health behaviours and healthy environments. The seventh step is the health outcomes step, used to measure changes in morbidity, mortality and well-being of the Thai people. This new systematic approach will synergize all stakeholder efforts towards health promotion in Thailand, with the aim of achieving better health for all Thai people, and eventually achieving the Sustainable Development Goals.

Keywords: health promotion; model; funding; research; policy advocacy; implementation