

**แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่”:
จากกฎบัตรออตตาวา สู่ กฎบัตรกรุงเทพ และข้อเสนอเบื้องต้น
ต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก**

**The “New” Fundamental Concepts
of Health Promotion: From Ottawa Charter
to Bangkok Charter and Initial Recommendations
for Oral Health Promotion**

อดิศักดิ์ จิ๋งพัฒน์าวดี
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Atisak Chuengpattanaawadee
Community Dentistry Department, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2548; 26(1-2) : 37-48
CM Dent J 2005; 26(1-2) : 37-48

บทคัดย่อ

การประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 เมื่อปี 2529 ได้ประกาศกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ที่ในเวลาต่อมาได้รับการยอมรับในฐานะที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” อันประกอบไปด้วยแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ 1) การมองสุขภาพในความหมายที่กว้างขวางที่ไม่ได้หมายถึงการปราศจากโรคเท่านั้น และ 2) การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากส่วนอื่นๆ ของสังคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับสังคม ชุมชน และปัจเจกบุคคล และแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการนี้ได้รับการต่อยอดในการประชุมครั้งต่อไป มา จนถึงการประชุมครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2548 ภายใต้แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” การทำงานด้าน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากจึงต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและการใช้กลวิธีทางสังคมเพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยทันตบุคลากรต้องเรียนรู้การ

Abstract

The first international conference on health promotion, in Ottawa, in 1986 declared “the Ottawa Charter for Health Promotion.” Afterwards was accepted as the “new” health promotion paradigm. Two fundamental concepts of the Ottawa charter for health promotion are 1) understanding health in its broader meaning, not only implying the absent of disease and 2) the participation of social sectors other than the health sector for empowering society, community and people. This two fundamental concepts were extended in later conferences, including the latest conference in Bangkok in 2005. The oral health promotion programs under these concepts must be concerned with the social determinants and with using social process for improving the oral

ทำงานในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขทั่วไปและเข้าใจความหลากหลายของการให้ความหมายต่อการมีสุขภาพช่องปาก “ดี” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น

คำไขว่รหัส: การส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” กฎบัตรออกอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

health condition. Thus, oral health workers must learn to be involved in a general public health and to understand the diverse meanings of “good” oral health to gain the public participation in oral health promotion programs.

Key words: the “new” health promotion, ottawa charter for health promotion, Bangkok charter for health promotion, oral health promotion

บทนำ

เมื่อปี 2529 องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติขึ้นที่เมืองออกอตตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีประเทศที่เข้าร่วมในการประชุมครั้งนี้เพียง 38 ประเทศ และล้วนแล้วแต่เป็นประเทศอุตสาหกรรม⁽¹⁾ ทว่าผลลัพธ์และข้อเสนอจากการประชุมครั้งนั้นกลับเป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายภายใต้ชื่อที่รู้จักกันทั่วไปว่า “กฎบัตรออกอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (The Ottawa Charter for Health Promotion) จนกลายเป็นหลักโมลส์สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จนกระทั่งแนวคิด ความหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนกิจกรรมหลักที่เสนอจากการประชุมครั้งนั้น ได้รับการเรียกขานกันอย่างล่ำลึงว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่”⁽²⁾

“กฎบัตรออกอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” ได้รับการนำเข้ามาเผยแพร่ในวงการสาธารณสุขไทยอย่างจริงจังและเป็นทางการ ในการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เมื่อปี 2541⁽³⁾ ส่วนในวงการทันตสาธารณสุขนั้น แนวคิดนี้ถูกนำมาเขียนเป็นบทความวิชาการเผยแพร่อย่างเป็นทางการโดยอุทัยวรรณ กาญจนกมล ในปีเดียวกันนั่นเอง⁽⁴⁾ และแนวคิดดังกล่าวได้เริ่มถูกนำมาเข้าสู่วงการทันตสาธารณสุขไทยมากขึ้น ทั้งในแง่ของแนวคิด แนวทางปฏิบัติ^(2,5) ไปจนถึงเริ่มมีการวิเคราะห์สถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทั้งในระดับแนวคิด นโยบาย รูปธรรมของการทำงาน⁽⁶⁾ และแนวทางการพัฒนาทักษะของทันตบุคลากร⁽⁷⁾ เพื่อแสวงหาหนทางใหม่ในการพัฒนาสุขภาพ

ช่องปากของประชาชนทั้งในแง่ของแนวคิด และแนวทางปฏิบัติงาน ที่แต่เดิมการทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพนั้นถูกเข้าใจว่าเท่ากับการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม นับจากปี 2529 จนถึงปัจจุบันนั้น ได้มีการจัดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติต่อเนื่องกันมาอีก 5 ครั้ง ตามลำดับดังนี้ คือ ปี 2531 ที่เมืองแอตติเลด ประเทศออสเตรเลีย ปี 2534 ที่เมืองซันสวาลล์ ประเทศสวีเดน ปี 2540 ที่เมืองจาร์การ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ปี 2543 ที่เม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก ซึ่งในครั้งนั้นการประชุมได้ยกระดับและเปลี่ยนชื่อจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ เป็นการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก จนกระทั่งครั้งล่าสุด คือ ปี 2548 ที่กรุงเทพมหานคร⁽⁸⁾ โดยที่ผลจากการประชุมครั้งหลังๆ นั้นกลับไม่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางเหมือนเช่นการประชุมครั้งแรก

บทความนี้จึงเขียนขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถาม 3 ข้อ คือ

- 1) ความ “ใหม่” ของแนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของกฎบัตรออกอตตาวาคืออะไร และการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้ต่างกับการส่งเสริมสุขภาพ “แนวเก่า” อย่างไร
- 2) เหตุใดกฎบัตรออกอตตาวา จึงเป็นสิ่งที่ยังถูกอ้างอิงถึง แม้เวลาผ่านมาแล้วร่วม 20 ปี ในขณะที่ ผลจากการประชุมครั้งต่อไป มากกลับไม่ค่อยเป็นที่รับรู้และกล่าวถึง ข้อเสนอจากการประชุมอีก 5 ครั้งนั้นคืออะไร และ
- 3) ข้อควรคำนึงที่สำคัญในการดำเนินงานด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” ได้แก่อะไรบ้าง

แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวเก่า”

ก่อนหน้าการประกาศกฎบัตรออกตาวานั้น แนวคิดและการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเข้าใจถึงความหมายของ “สุขภาพ” ภายใต้คำอธิบายของ “ตัวแบบการแพทย์ชีวภาพ” (Bio-medical Model)⁽⁸⁾ ที่มีลักษณะสำคัญคือใช้ทัศนะแบบ แยกส่วนลดส่วน และกลไก ในการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองเกี่ยวกับ “สุขภาพ”

ทัศนะแบบแยกส่วน คือ วิธีการทำความเข้าใจ “สุขภาพ” ด้วยการแยกแยะองค์ประกอบออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำการศึกษาย่างแยกจากกัน การทำความเข้าใจต่อ “สุขภาพ” จึงสามารถทำได้โดยแยกย่อย “สุขภาพ” ออกเป็นมิติต่างๆ และศึกษาลึกลงไป ทัศนะแบบลดส่วน คือ การทำความเข้าใจโดยลดทอนปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนของ “สุขภาพ” ลงเหลือเป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยา และนับว่าปรากฏการณ์ทางชีววิทยานั้นที่มีคุณค่าและความหมายที่ควรใส่ใจ ทัศนะแบบกลไกคือการอธิบาย “สุขภาพ” ด้วยเหตุและผลที่มีกฎเกณฑ์ทางชีวเคมีหรือฟิสิกส์ที่ตายตัวโดยไม่ต้องมีความรู้ลึกซึ้งนักคิดใดๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง⁽⁹⁾ ภายใต้ทัศนะเช่นนี้ “สุขภาพ” จึงถูกเข้าใจผ่าน 2 มิติคือ

1) ทำความเข้าใจโดยมุ่งเน้นมิติทางกาย คือการมองว่า สุขภาพดีเป็นสิ่งเดียวกับการปราศจากพยาธิสภาพทั้งปวง คือ เมื่อเป็นโรคย่อมปราศจากสุขภาพที่ดี และเมื่อโรคหมดไปสุขภาพที่ดีย่อมกลับคืนมา และ

2) มองสุขภาพจากฐานของปัจเจกแต่ละคน โดยมองว่าสุขภาพดี เป็นเรื่องของปัจเจกและไม่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม⁽¹⁰⁾

ความเข้าใจต่อสุขภาพภายใต้คำอธิบายของ “ตัวแบบการแพทย์ชีวภาพ” ข้างต้น ส่งผลให้เกิดความเข้าใจต่อการส่งเสริมสุขภาพดังต่อไปนี้ คือ

1) เป็นที่เข้าใจโดยทั่วกันว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กลวิธีทางสุขศึกษา (Health Promotion is Health Education)

2) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ “ถูกต้อง” ต่อประชาชน

3) เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพฤติกรรมที่ “ผิดๆ” มาเป็นพฤติกรรมที่ “ถูกต้อง”⁽²⁾

ภายใต้ความหมายเช่นนี้บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพจึงอยู่ในฐานะของ “ผู้รู้” และ “ผู้กระทำ” ในขณะที่ประชาชน คือ “ผู้ไม่รู้” และ “ผู้รอรับการให้ การสอน หรือการกระทำจากบุคลากรสาธารณสุข”⁽¹¹⁾

แนวคิดพื้นฐานที่เป็นความ “ใหม่” ของกฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

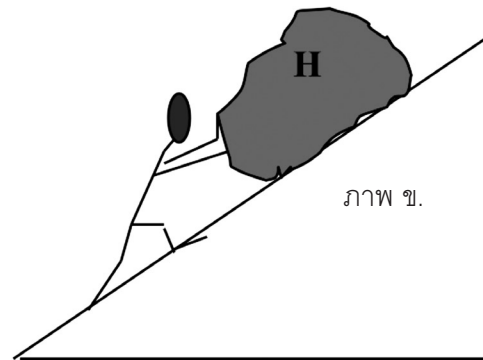
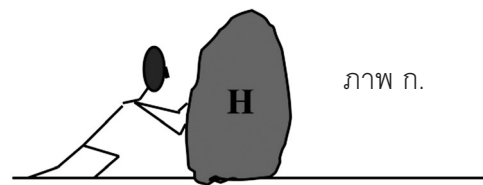
บริบททางสังคมของการเกิดขึ้นของกฎบัตรออกตาวา คือ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในประเทศตะวันตก โดยเฉพาะขบวนการเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิสตรี และสิ่งแวดล้อมในช่วงทศวรรษที่ 1970 ถึงทศวรรษที่ 1980⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นบริบททางสังคมที่ทำให้แนวคิดพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออกตาวาหันมาให้ความสำคัญกับการใช้กลยุทธ์เชิงสังคมในการพัฒนาสุขภาพ⁽¹²⁾ จนถึงกับกล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีนั้น ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยของสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี อาหารและรายได้ที่เพียงพอ การเสริมสร้างอำนาจให้แก่สตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค และให้ความสำคัญสูงสุดกับปัญหาความยากจนในฐานะเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุด⁽¹⁾

บนบริบททางสังคมดังกล่าว ความ “ใหม่” ของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา จึงอยู่ที่การปฏิเสธความหมายของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้อิทธิพลของตัวแบบการแพทย์ชีวภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา ปฏิเสธมุมมองต่อสุขภาพที่ถูกชี้นำโดยตัวแบบการแพทย์ชีวภาพ แต่กลับขยายความสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” ออกไปในความหมายที่กว้างขวางขึ้น โดยให้ความสนใจกับสุขภาพในทัศนะแบบองค์รวม มิใช่เป็นเพียงสภาวะที่ปราศจากโรค แต่มองว่าการมีสุขภาพดีนั้นเป็นสภาวะที่หมายถึงความ

สมดุลระหว่างมิติต่างๆ คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม (หรืออาจหมายรวมถึงมิติทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ตามนิยามที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่มีการผลักดันให้เกิดขึ้นอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน) ในแง่สุขภาพที่ดีจึงเป็นสถานะที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ ไม่เว้นแม้แต่คนที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้หรือคนพิการ นอกจากนั้นกฎบัตรออกตราว่ายังขยายจุดสนใจจากการมุ่งเพียงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกผ่านกลวิธีทางสุขศึกษา ไปให้ความสนใจกับปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ที่มีผลต่อสุขภาพ และเสนอว่า สถานะทางสุขภาพของประชาชนนั้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ตามที่กล่าวมาแล้ว การที่ประชาชนจะมีสถานะทางสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้นยังขึ้นอยู่กับว่าพวกเขาและเธอเหล่านั้นมีโอกาสที่จะเข้ามามีส่วนร่วม มีอิทธิพล และมีบทบาทต่อสังคมที่พวกเขาใช้ชีวิตอยู่มากน้อยเพียงใดด้วย⁽¹⁾

เมื่อเรามองต่อสุขภาพถูกขยายออกไปอย่างกว้างขวางสู่การมองแบบองค์รวมและมองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ กฎบัตรออกตราว่าจึงเสนอว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพนั้นมีใช้ภาระหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป “สุขภาพ” จึงถูกดึงออกจากเงื้อมมือความรับผิดชอบของบุคลากรทางสาธารณสุขไปสู่ส่วนต่างๆ ของสังคมทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคมและประชาชน นอกจากนั้นเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออกตราว่า ไม่ใช่เพียงแคเป็นการมุ่งยกระดับสุขภาพของผู้คนเท่านั้น หากแต่ยังเน้นย้ำถึงการให้ความเคารพต่อความหลากหลายของผู้คน ที่มีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ความเชื่อทางศาสนา ค่านิยมและวิถีชีวิต การปกป้องรักษาศักดิ์ศรีของผู้คนมีความหลากหลาย และมุ่งให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽⁸⁾

ภาพด้านขวาคือการอุปมาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ ปัจเจกบุคคล และสังคม ในขณะที่ ภาพ ก. คือการเปรียบเปรยกับฐานความคิดของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวเก่า” ที่เชื่อว่า สุขภาพเป็นภาระหน้าที่ของปัจเจกผู้เป็นเจ้าของสุขภาพ โดยภาพนี้เปรียบเทียบให้เห็นว่าปัจเจกแต่ละคนกำลังเข็นก้อนสุขภาพตนเองไปบน



ภาพที่ 1 ภาพจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ ปัจเจกบุคคล และสังคม (ดัดแปลงจาก ศศิธร, 2544)⁽²⁾

หนทางที่ราบเรียบ ซึ่งการทำงานบนฐานคิดนี้จะเชื่อว่าการที่จะทำให้คนแต่ละคนสามารถเข็นสุขภาพตนเองไปได้ตลอดรอดฝั่งจะสามารถทำได้โดยวิธีการใดๆ ก็ตามที่ทำให้คนแต่ละคนมีความแข็งแรงที่สุด ความเชื่อบนฐานคิดเช่นนี้จะสะท้อนออกมาในรูปของกิจกรรมที่มุ่งกระทำกับปัจเจก เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การฉีดวัคซีน การออกกำลังกาย หรือการสอนทันตสุขศึกษา เคลือบฟลูออไรด์หรือเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น

แต่การส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” ได้แย้งกับ ภาพ ก. ว่ามิใช่จินตนาการที่ถูกต้อง แต่เสนอว่าแท้จริงแล้วคนแต่ละคนมิได้กำลังเข็นสุขภาพไปบนหนทางที่ราบเรียบ หากแต่ต้องเข็นและแบกรับสุขภาพของตนไปบนทางแห่งสังคมที่มีความชันกันขวางอยู่ ดังภาพ ข. ความชันทางสังคมนั้นมีอยู่มากมายไม่ว่าจะเป็น ปัญหาความยากจน การศึกษา เศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพ จากฐานความคิดที่มองว่าสังคมมีความชันเช่นนี้ จึงกล่าวได้ว่าไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะมีความแข็งแรงส่วนตัวมากเพียงใดก็ตาม ก็มีอาจที่จะแบกรับภาระสุขภาพของตนไปได้ตลอดรอดฝั่ง เพราะบุคคล

แต่ละคนต่างก็กำลังใช้ชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความซับซ้อน คอยแต่จะผลัดสุขภาพให้กลิ้งตกลงมาทับเจ้าของสุขภาพ ตลอดเวลา หรือหากจะกล่าวอีกแบบหนึ่งก็คือว่าบุคคล คนเดียวกันหากดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะทางสังคมที่มีความซับซ้อนแตกต่างกันบุคคลผู้นั้นก็จะมีสุขภาพหรือสภาวะที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น การที่คน 2 คนที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพและคุณสมบัติทางร่างกายเหมือนกันทุกประการ แต่บุคคลหนึ่งต้องใช้ชีวิตอยู่ในเมืองขนาดใหญ่ที่เต็มไปด้วยการแออัดแอ่งแอ่งแข่งขันท่ามกลางสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ แต่อีกบุคคลหนึ่งใช้ชีวิตอยู่ในเมืองเล็กๆ ที่สงบเรียบง่ายท่ามกลางธรรมชาติ บุคคล 2 คนนี้ย่อมที่จะมีสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปอย่างแน่นอนแม้ว่าบุคคลทั้ง 2 จะมีคุณสมบัติต่างๆ เหมือนกันทุกประการก็ตาม

บนฐานความคิดสังคมแห่งความซับซ้อนเช่นนี้ทำให้ทิศทางของการทำงานส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” จึงต้องไม่มุ่งเน้นที่การทำให้ปัจเจกแต่ละคนแข็งแรงที่สุด แต่เพียงด้านเดียว หากแต่ต้องพยายามลดความซับซ้อนที่คุกคามสุขภาพของปัจเจกแต่ละคนลงด้วย การทำงานส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” จึงมิใช่เป็นการ ผลักภาระให้ปัจเจกแต่ละคนต้องดูแลสุขภาพของตนเองแต่เพียงด้านเดียว หากแต่ต้องมุ่งเน้นให้สุขภาพของปัจเจกแต่ละคนเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันของชุมชนและสังคม

กล่าวโดยสรุปคือ ความเป็น “แนวใหม่” ของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาประกอบไปด้วยแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 แนวคิดที่แตกต่างและแตกหักกับการส่งเสริมสุขภาพ “แนวเก่า” คือ

1) แนวคิดพื้นฐานที่ขยายมุมมองต่อสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวาง ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับแนวคิดที่ทำความเข้าใจสุขภาพบนพื้นฐานของตัวแบบการแพทย์ชีวภาพ

2) แนวคิดพื้นฐานเรื่องการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นแนวคิดที่ส่งผลให้เกิดการตั้งพื้นที่ของการทำงานส่งเสริมสุขภาพออกจากความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ไปสู่การแสวงหาความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพูนศักยภาพด้านสุขภาพ

ให้กับสังคม ชุมชน และปัจเจกบุคคล

ทำความเข้าใจ 3 ยุทธศาสตร์ และ 5 กิจกรรมหลักของกฎบัตรอตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการข้างต้น กฎบัตรอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้เสนอยุทธศาสตร์หลักของการดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์ อันได้แก่ 1.การก่อกระแส (Advocate) 2.การไกล่เกลี่ยประสาน (Mediate) และ 3.การก่อภูมิลำเนา (Enable)^(1,4)

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การก่อกระแส เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งการนำเสนอข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชนและสังคมเพื่อให้เกิดกระแสสังคมที่สามารถระดมพลังและสร้างจิตสำนึกร่วมกันของสมาชิกในชุมชนเพื่อให้เกิดการดำเนินการในกิจกรรมหนึ่งๆ อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงสังคมและชุมชน และนำไปสู่สุขภาพที่ดีในท้ายที่สุด การก่อกระแส คือ การพยายามจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะของการร่วมคิดร่วมแรงแข่งขัน หรือชี้ให้เห็นถึงผลเสียหากเพิกเฉยไม่เอาเป็นธุระ^(1,4)

อย่างไรก็ดีจะต้องทำความเข้าใจให้ชัดว่าการก่อกระแสเป็นเพียงยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเลือกใช้เลือกดำเนินการภายใต้จุดมุ่งหมายสำคัญ คือ มุ่งหวังเพื่อระดมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคของสังคมหรือชุมชนให้เข้ามาร่วมกันดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง การก่อกระแสจึงมิใช่ยาวิเศษที่สามารถเลือกใช้ในการทำงานกับ “ทุกประเด็น” ได้ “ทุกครั้ง” ไป เพราะการเลือกประเด็นตามที่บุคลากรสาธารณสุขในฐานะที่เป็นคนนอกชุมชนให้ความสนใจแล้วนำประเด็นนั้นเข้าไปก่อกระแสในชุมชนอย่างพร่ำเพรื่อตามใจตนเอง ผลที่ได้รับอาจมีตั้งแต่การไม่เกิดกระแสขึ้นภายในชุมชน หรือการเกิดกระแสหลอกโดยชุมชนเพื่อเอาใจหรือตามใจบุคลากรสาธารณสุข แต่ผลลัพธ์สุดท้ายกระแสนั้นก็ตกลงทันทีที่บุคลากรสาธารณสุขจากมา และการมีส่วนร่วมที่แท้จริงก็อาจเกิดขึ้น

ในแง่ “การก่อกระแส” จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่พึงใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยก่อนที่จะก่อกระแสในประเด็นใดๆ ก็ตาม ควรเริ่มจากการทำความรู้จักชุมชนอย่าง

ถ่วงแต่เสียก่อน และพยายาม “จับกระแส” ภายในชุมชนให้ได้ว่า มีกระแสอะไรที่กำลังอยู่ในความสนใจของชุมชนที่อาจหยิบยกมาเป็นจุดเริ่มในการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ (Entry Point) หรือหากประเด็นที่บุคลากรสาธารณสุขสนใจอยากจะทำดำเนินการมีความสำคัญจริง ๆ ที่จำเป็นที่จะต้องนำเข้าไปก่อกระแสในชุมชน สิ่งที่เราควรจะทำก่อนหน้าที่จะใช้ยุทธศาสตร์การก่อกระแส (เช่น การออกประชาสัมพันธ์ จัดเวทีชาวบ้าน) ก็คือการ “ตรวจสอบกระแส” ในชุมชนก่อนว่าประเด็นที่จะนำไปก่อกระแสนั้นมีโอกาสหรือไม่ในการทำให้เกิดกระแสภายในชุมชน ซึ่งการตรวจสอบกระแสนั้นอาจทำได้โดยการสอดแทรกประเด็นที่บุคลากรสาธารณสุขสนใจในระหว่างการพูดคุยกับผู้คนในชุมชน (โดยมิใช่การไปนำเสนอและชักชวนสั่งสอนชี้แจงอย่างโจ่งแจ้ง) และสังเกตปฏิกิริยาตอบรับว่าเป็นไปในทิศทางใดเพื่อประเมินว่าประเด็นที่ต้องการเข้าไปก่อกระแสนั้นเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดในการที่จะก่อให้เกิดกระแสนั้นอย่างแท้จริงภายในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การไกล่เกลี่ยประสาน (Mediate) เป็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและนอกชุมชน รวมถึงไกล่เกลี่ยความขัดแย้งไม่ลงรอยที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน นอกจากนั้นคำว่า “ประสาน” ยังรวมถึงการพยายามมองหาบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่น่าจะมีศักยภาพในการผลักดันให้การทำงานสำเร็จลุล่วงไปได้ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม^(1,4)

หากพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ทั้ง 2 ประการนี้ ค่อนข้างเป็น “วิธีทำ” มากกว่าที่จะเป็น “วิธีคิด” และด้วยความเป็น “วิธีทำ” ทำให้สามารถถูกหยิบไปใช้ได้โดยปราศจากแนวคิดพื้นฐานสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชนก็เป็นได้ เช่น หากทันตบุคลากรอยากทำโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในศูนย์เด็กเล็กในชุมชนแห่งหนึ่ง ก็อาจจะใช้วิธีการก่อกระแสให้ชุมชนหันมาให้ความสำคัญกับโรคฟันผุในเด็ก และดึงเอาบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง อบต. กรรมการศูนย์ เข้ามาช่วยดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยยุทธศาสตร์การไกล่เกลี่ย

ประสาน กิจกรรมในลักษณะเช่นนี้จึงเป็นกิจกรรมที่อาจกล่าวได้ว่าดำเนินไปโดยใช้ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรอตตาวา แต่เมื่อปราศจากแนวคิดพื้นฐานสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมเสียแล้ว กิจกรรมเช่นนี้จึงเป็นเพียงแต่ “การขอความร่วมมือ” หรือ “การมีส่วนร่วมแบบพอป้อนฟี” หรือหากเราจะเรียกโครงการเช่นนี้ว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ก็คงจะเป็นได้เพียงแค่ “การส่งเสริมสุขภาพแบบพอป้อนฟี” เท่านั้นเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การก่อกลไกให้เกิด (Enable) นอกจากแนวคิดพื้นฐานสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชนที่จะช่วยในการกำกับการใช้ยุทธศาสตร์ของการก่อกระแสและการไกล่เกลี่ยประสานให้อยู่ในร่องรอยของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” แล้ว ยุทธศาสตร์ที่ 3 ที่ว่าด้วย “การก่อกลไกให้เกิด” ก็เป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถใช้กำกับการใช้ยุทธศาสตร์ 2 ชนิดก่อนหน้านั้นได้เป็นอย่างดีเช่นกัน เพราะด้วยการที่ยุทธศาสตร์นี้ค่อนข้างมีความเป็น “วิธีคิด” มากกว่ายุทธศาสตร์อื่นๆ เพราะเป็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทในการใช้อำนาจให้ชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ และเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีสิทธิที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับชุมชนแทนที่จะถูกยึดเยียดให้คิดและทำในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างมีอาจปฏิเสธได้ และหากคำนึงถึงยุทธศาสตร์ชนิดนี้ที่อยู่ตลอดเวลาที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์นี้ก็จะ เป็น “วิธีคิด” ที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดบุคลากรสาธารณสุขตกอยู่ในหลุมพรางและกลายเป็น “การส่งเสริมสุขภาพแบบพอป้อนฟี” ได้เป็นอย่างดี

นอกจาก 3 ยุทธศาสตร์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานส่งเสริมสุขภาพแล้ว กฎบัตรอตตาวายังได้นำเสนอกิจกรรมอีก 5 กิจกรรม ที่เป็นกิจกรรมหลักในการทำงานส่งเสริมสุขภาพเอาไว้ อันได้แก่ 1.การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี 2.การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3.การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4.การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน และ 5.การปรับระบบบริการสาธารณสุข กิจกรรมหลักทั้ง 5 นี้เป็นเสมือนหนึ่งเครื่องมือช่วยคิดที่สามารถใช้ประกอบการวางแผนการดำเนินโครงการว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพนั้น นอก

จากการไปทำให้คนแต่ละคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ แล้ว ควรที่จะคิดถึงอะไรอื่นอีก

หากพิจารณาให้ดีจะพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เกิดบนฐานความคิดที่มองว่า “สุขภาพของปัจเจกแต่ละคนขึ้นอยู่กับความชันของสังคม และเป็นภาระของสังคมและชุมชนที่จะต้องร่วมกันรับผิดชอบ” 3 กิจกรรมจาก 5 กิจกรรม อันได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน จึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงความชันของสังคม และมีเพียงกิจกรรมเดียว คือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ

ช่วงต่อไปของบทความ จะเป็นการทำความเข้าใจในเนื้อหาของกิจกรรมหลักแต่ละกิจกรรม

1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี กิจกรรมนี้มุ่งเสนอให้บุคลากรสาธารณสุขคำนึงถึงการกระตุ้นให้ “สุขภาพ” กลายเป็นประเด็นของสาธารณะ โดยการพยายามทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจทั้งในและนอกชุมชนมาสร้างมาตรการใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้คนในชุมชน^(1,4)

อย่างไรก็ดีสิ่งที่พึงตั้งคำถามในการดำเนินการตามกิจกรรมนี้ ก็คือ นโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นภายในชุมชนจากการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชนนั้น เป็นเพียง “นโยบายเพื่อสาธารณะ” ที่กำหนดขึ้นโดย “คนนอก” ซึ่งหมายความว่านโยบายที่มีผลต่อสุขภาพของสาธารณะหรือของสมาชิกในชุมชน แต่อาจจะเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นโดยบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นคนนอก แต่ปราศจากการมีส่วนร่วมของชุมชนก็เป็นได้ หรือเป็น “นโยบายโดยสาธารณะและเพื่อสาธารณะ” ด้วย ซึ่งหมายความว่า เป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นโดยสาธารณะภายใต้การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจของชุมชนเพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้คนภายในชุมชนนั้น หากคำนึงถึงแนวคิดพื้นฐานสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน การใช้กิจกรรมนี้ก็ย่อมจะไม่หยุดอยู่เพียงแค่การสร้าง “นโยบายเพื่อสาธารณะ” โดยไม่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ กิจกรรมนี้เกิดจากการคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างกันของ “สุขภาพ” และ “สิ่งแวดล้อมอื่นๆ” ที่มีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบถึงกันและกันอยู่ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นให้ประชาชนดูแลรักษา ปรับเปลี่ยน หรือจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และเอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ^(1,4)

3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล กิจกรรมนี้มีได้มีความหมายเพียงแค่การพัฒนาทักษะทางกาย เช่น วิธีการแปรงฟัน การทำความสะอาดช่องปาก หรือการบริโภคที่ทำให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี อาหารชนิดไหนที่ควรและไม่ควรกินเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เท่านั้น แต่กิจกรรมนี้มีความหมายกว้างขวางกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยปัจจุบันมีความสลับซับซ้อนและซ่อนเร้นไว้ด้วยสิ่งยั่วยวนและครอบงำในรูปแบบต่างๆ มากมาย การส่งเสริมสุขภาพจึงควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะชีวิต (life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพตนเองโดยไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งยั่วยวนและควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลจึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน ผ่านการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา^(1,4)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมหลักของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กรอบตรรกะที่ว่า ใน 3 กิจกรรมแรกที่กล่าวมานี้มีส่วนละม้ายคล้ายกับยุทธศาสตร์ในการทำงาน 2 ยุทธศาสตร์แรกที่ว่าด้วยการก่อกระแส และการไล่เกลี่ยประสาน ในแง่ที่ว่า กิจกรรมทั้ง 3 นี้ ค่อนข้างเป็น “วิธีทำ” มากกว่าที่จะเป็น “วิธีคิด” และด้วยความเป็น “วิธีทำ” ของมันทำให้สามารถหยิบกิจกรรมเหล่านี้ไปใช้โดยปราศจากแนวคิดพื้นฐานสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชนก็เป็นได้เช่นกัน เพราะกิจกรรมเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและมุ่งพัฒนาทักษะส่วนบุคคล รวมไปถึงการใช้ยุทธศาสตร์ของการก่อกระแสและไล่เกลี่ยประสานนั้น สามารถดำเนินไปโดยมิต้องคำนึงถึงแนวคิดพื้นฐานเรื่องการมีส่วนร่วมก็เป็นไปได้

4) การเสริมความเข้มแข็งให้แก่การทำงานของชุมชน^(1,4)
หัวใจของการดำเนินงานภายใต้กิจกรรมนี้อยู่ที่การตระหนักว่าการที่จะสามารถทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมีชีวิตชีวา มีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคลากรจะต้องไม่ล้อมกรอบตนเองเอาไว้กับหน้าที่เฉพาะส่วน แต่จะต้องก้าวให้พ้นกรอบของความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของเรา (ในที่นี้สำหรับทันตบุคลากร คือเรื่องช่องปาก) เพื่อมองภาพในมุมกว้างให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นต่างๆ และเข้าร่วมทำงานกับผู้อื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมลงมือทำ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นเพียงผู้ที่ทำหน้าที่เอื้อให้ชุมชนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5) การปรับระบบบริการสาธารณสุข กิจกรรมนี้เกิดจากการมองว่า ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นอยู่ในเรื่องการรักษา จึงจำเป็นที่จะต้องปรับระบบให้มีการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับวิถีคิดของบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ และปรับบทบาทจากความคุ้นเคยในการเป็นผู้สั่งการ หรือลงมือกระทำเอง ไปสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้คอยอำนวยความสะดวกให้บุคคลและชุมชนได้พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการดูแล ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมมุ่งสู่การมีสุขภาพดี^(1,4) นอกจากนั้นการปรับระบบบริการสาธารณสุขจากการมุ่งเน้นที่โรคมาอยู่ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังเป็นการเปิดพื้นที่ให้บุคคลนอกแวดวงสาธารณสุขตลอดจนชาวบ้านเข้ามามีส่วนในการร่วมทำงานได้ ด้วยเพราะพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้างสำหรับทุกคน พื้นที่นี้จึงเป็นพื้นที่ที่บุคลากรสาธารณสุขจะสามารถระดมสรรพกำลังจากคนทุกหมู่เหล่าเข้ามาเป็นพันธมิตรในการทำงานร่วมกันได้ เมื่อหันมาทำงานในแง่ของสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องเข้าใจว่าสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับตรงอยู่กับชีวิตของผู้คน และชีวิตนั้นมีความหลากหลายซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบายและจัดการได้ด้วยความรู้ในรูปแบบที่ตนเองถือครองอยู่เท่านั้น ด้วยความเข้าใจเช่นนี้ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเปิดกว้างเพื่อเรียนรู้ความคิด

และทำความเข้าใจในระบบความรู้ของชาวบ้านที่เกี่ยวข้องกับชีวิต สุขภาพ ความเจ็บไข้ได้ป่วย และการเยียวยารักษา และเปิดโอกาสให้ระบบความรู้เหล่านี้เข้ามาในพื้นที่ร่วมอยู่ในการทำงานด้วย โดยมีมองระบบความรู้เหล่านั้นเป็นเพียงแค่ความเชื่อที่มั่งายไร้สาระเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า กิจกรรม 2 ชนิดสุดท้ายนี้ค่อนข้างแตกต่างกับ 3 กิจกรรมแรกในแง่ของการที่ค่อนข้างมีความเป็น “วิถีคิด” มากกว่าที่จะเป็น “วิถีทำ” เพราะฉะนั้นหากบุคลากรสาธารณสุขแม่นยำในกิจกรรม 2 ชนิดหลังนี้ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพก็必将มีความมั่นคงและไม่หลงทาง

จากแนวคิดพื้นฐานของกฎบัตรอตตาวาสู่กฎบัตรกรุงเทพ

เนื้อหาช่วงต่อไปของบทความคือการหาคำตอบต่อวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของบทความที่ว่า เหตุใดกฎบัตรอตตาวา จึงเป็นสิ่งที่ยังถูกอ้างอิงถึงมาตลอด ในขณะที่ผลจากการประชุมครั้งต่อๆ มา อีก 5 ครั้งกลับไม่ค่อยเป็นที่รับรู้ ข้อเสนอจากการประชุมอีก 5 ครั้งนั้นคืออะไร และ เหตุใดจึงไม่ค่อยมีผู้ใดกล่าวถึง

จากการทบทวนข้อเสนอจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพระดับโลกครั้งถัดๆ มา พบว่าการประชุมตั้งแต่ครั้งที่ 2 จนถึงครั้งที่ 6 ที่เพิ่งผ่านพ้นไปนั้น มิได้มีข้อเสนอในลักษณะที่ได้แย้งแตกหักกับแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการของกฎบัตรอตตาวาแต่อย่างใด และไม่ได้มีการเสนอแนวคิดพื้นฐานใหม่ หากแต่เป็นการต่อยอด ขยายความ และลงรายละเอียดบนแนวคิดพื้นฐานของกฎบัตรอตตาวาเท่านั้นเอง โดยพอที่จะสรุปสาระสำคัญของการประชุมในครั้งหลังๆ ได้ดังต่อไปนี้ คือ

การประชุมครั้งที่ 2 ที่เมืองแอดดีเลด ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี 2531 เป็นการขยายความและขยายภาพที่เป็นรูปธรรมของแนวคิดที่ว่าด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เป็น 1 ใน 5 กิจกรรมหลักของกฎบัตรอตตาวา⁽¹³⁾

การประชุมครั้งที่ 3 เมื่อปี 2534 ที่เมืองซันสวาลส์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นการขยายความในอีกหนึ่งกิจกรรมหลักของกฎบัตรอตตาวา คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่

เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยได้เสนอมุมมองให้คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมในมิติที่ไกลออกไปกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อันได้แก่สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง และเชื่อมโยงสู่แนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽¹⁴⁾

หากจะกล่าวโดยสรุปเนื้อหาของการประชุมทั้ง 2 ครั้งก็คือการขยายความในแนวคิดที่ว่าด้วยปัจจัยปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) ภายใต้แนวคิดพื้นฐานข้อแรกของกฎบัตรออกตราที่ว่าด้วยการขยายมุมมองต่อสุขภาพให้กว้างขวางนั่นเอง

การประชุมครั้งที่ 4 เมื่อปี 2540 ที่เมืองจาร์การ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ได้มีการประกาศประเด็นสำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษใหม่ ไว้ 5 ประเด็น ได้แก่

- 1) ส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ
- 2) เพิ่มการลงทุนสำหรับการพัฒนาสุขภาพ
- 3) ฝึกและขยายภาคีทางสุขภาพ
- 4) เพิ่มศักยภาพของชุมชนและเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ปัจเจกบุคคล และ
- 5) การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (แนวคิดนี้มีตัวอย่างรูปธรรมในสังคมไทย ก็คือการกำเนิดขึ้นของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)⁽¹⁵⁾

จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 ประเด็นนี้ล้วนแล้วแต่เป็นการขยายความของแนวคิดพื้นฐานข้อที่สองของกฎบัตรออกตราว่าด้วยการเปิดพื้นที่ของการส่งเสริมสุขภาพสู่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ของสังคม

การประชุมครั้งที่ 5 เมื่อปี 2000 ที่เม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก เป็นการตอกย้ำในแนวคิดพื้นฐานข้อที่สองด้วยการพยายามสร้างพันธสัญญาทางการเมือง (Political Commitment) ระหว่างประเทศต่างๆ โดยเสนอให้การส่งเสริมสุขภาพกลายเป็นนโยบายทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและนานาชาติ เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนลง⁽¹⁶⁾

การประชุมครั้งที่ 6 เมื่อเดือนสิงหาคม 2548 ที่กรุงเทพมหานคร ได้มีข้อเสนอว่าโลกจะก้าวสู่การมีสุขภาพดีนั้น ต้องประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ 3 ประการ คือ

(1) การมีกิจกรรมทางการเมืองที่มีความเข้มแข็ง (Strong political action)

(2) การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง (Broad participation) และ

(3) การก่อกระแสทางสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustained advocacy)

และภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ กฎบัตรกรุงเทพได้เสนอกิจกรรมหลัก 5 ประการ ได้แก่

1. การก่อกระแสสังคมเพื่อสุขภาพ บนพื้นฐานของการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

2. การลงทุนในการกำหนดนโยบาย แนวทางการปฏิบัติ และโครงสร้างพื้นฐานที่มีผลต่อปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพอย่างยั่งยืน

3. สร้างศักยภาพในด้านต่างๆ อันได้แก่ การพัฒนานโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะผู้นำ การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การส่งผ่านองค์ความรู้และการค้นคว้าวิจัย และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy)

4. การใช้มาตรการทางกฎหมาย เพื่อคุ้มครองความปลอดภัย และเกื้อกูลให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเท่าเทียม

5. การสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ และภาคประชาชน ประชาสังคม เพื่อสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีความยั่งยืน⁽¹⁷⁾

เห็นได้อย่างชัดเจนว่าบางกอกชาร์เตอร์เองก็เป็นข้อเสนอที่ยังคงวนเวียนอยู่ในแนวคิดพื้นฐานทั้ง 2 ข้อของกฎบัตรออกตราอยู่นั่นเอง

จากการทบทวนทั้งหมดทำให้มองเห็นคำตอบต่อวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของบทความนี้ได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ ถึงแม้ว่าข้อเสนอจากการประชุมตลอด 6 ครั้งที่ผ่านมาจะมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สภาวะที่สัดส่วนของประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุขยายตัวขึ้น ความชุกของโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อที่พุ่งสูงขึ้น และการเกิดขึ้นของโรคติดต่อใหม่ๆ ที่แพร่กระจายในระดับโลก ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเมือง สิ่งแวดล้อมที่

เสื่อมโทรมลง ความเป็นเมืองที่ขยายตัวขึ้น ช่องว่างของความไม่เท่าเทียมที่ขยายกว้างขึ้นทั้งในระดับภายในประเทศและระหว่างประเทศ ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของวิถีการบริโภคภายใต้สังคมแบบบริโภคนิยมที่แปรเปลี่ยนทุกสิ่งทุกอย่างให้กลายเป็นสินค้า การสื่อสารที่รวดเร็วและทั่วถึงขึ้น และ กระบวนการโลกาภิวัตน์เป็นต้น⁽⁸⁾ บริบทจำนวนมากมายที่มีผลต่อสุขภาพเหล่านี้ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นสำคัญที่แตกต่างกันไปในการประชุมแต่ละครั้ง นำไปสู่จุดเน้นของข้อเสนอที่เกิดขึ้นจากการประชุมแต่ละครั้งที่มีความแตกต่างกัน

แต่หากพิจารณาในระดับของแนวคิดพื้นฐาน และเปรียบเทียบกับภาพของต้นไม้ใหญ่ ที่ต้นไม้แต่ละต้นย่อมมีราก ซึ่งเปรียบได้กับชุดของแนวคิดพื้นฐาน มีลำต้น ใบ ดอก และผล ซึ่งเปรียบได้กับเทคนิคและวิธีทำที่ออกเงยออกมาจากรากเหง้าทางแนวคิดแบบหนึ่งๆ นั้น จะเห็นได้ว่า เมื่อเทียบเคียงกับภาพของต้นไม้แล้ว ข้อเสนอจากการประชุมทั้ง 6 ครั้งนั้น ไม่ได้เป็นต้นไม้ต่างชนิด 6 ต้นที่ยืนอยู่แยกจากและแตกต่างกัน หากแต่เป็นภาพของไม้ต้นเดียวกันที่ค่อยๆ เติบโตขึ้น จากกฎบัตรออกคราวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเปรียบเสมือน “ราก” ที่เป็นการสถาปนาพื้นฐานแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” ที่แตกต่างออกไปจากต้นไม้ต้นเดิม (คือ การส่งเสริมสุขภาพภายใต้อิทธิพลของตัวแบบการแพทย์ชีวภาพ) ในขณะที่การประชุมในครั้งต่อไป มาเปรียบเสมือนการแทงยอด ผลิดอก ออกผลและใบแห่งรายละเอียด และเทคนิควิธีที่ค่อยๆ งอกเงยเพิ่มเติมขึ้นจากรากของกฎบัตรออกคราว

ด้วยเหตุนี้จึงเป็นคำตอบว่า แม้จะผ่านกาลเวลามาร่วม 20 ปี กฎบัตรออกคราวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพก็ยังถูกอ้างอิงถึงอยู่เสมอจากผู้ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ เพราะตลอด 20 ปีที่ผ่านมาไม่ได้มีการเสนอแนวคิด “ใหม่” ที่เป็นการโต้แย้งแตกหักกับรากเหง้าพื้นฐานแนวคิดเดิมที่ประกาศโดยกฎบัตรออกคราวแต่อย่างใด และเมื่อไม่มี “แนวใหม่” อันใหม่เกิดขึ้น กฎบัตรออกคราวจึงยังคงเป็นการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” อยู่เสมอ โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ากาลเวลาจะผ่านไปนานเพียงใด และการยังคงกำกับคำว่า “แนวใหม่” เอาไว้ ห้อยท้ายยังมีความจำเป็นอยู่เสมอ ตราบใดที่ “แนวเก่า”

ที่มองการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับการให้สุขศึกษา ยังคงเป็นความคิดที่ดำรงอยู่และทรงพลังอย่างยิ่งในแวดวงสาธารณสุขปัจจุบัน การกำกับคำว่า “แนวใหม่” ห้อยท้ายไว้ จึงสามารถเป็นเครื่องเตือนใจมิให้บุคลากรสาธารณสุขกลับไปตกหลุมร่องของความคิดเดิมๆ และหากพูดถึง “การส่งเสริมสุขภาพ” แบบลอยๆ นั้น แต่ละคนก็จะตีความ และให้ความหมายแตกต่างกันไปอย่างหลากหลาย ทันทีที่บุคลากรแทบทุกคนก็จะบอกว่าตนเองก็เข้าใจและทำงานส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว คำว่า “แนวใหม่” ก็ดูจะเป็นคำที่จำเริญที่ยังคงมีพลังและอาจจะสามารถเรียกร่องและกระตุ้นความสนใจของบุคลากรที่ยังคงยึดติดกับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในแบบเดิมๆ ให้หันกลับมาสนใจและสนใจกับแนวคิดแบบนี้ได้บ้าง

บทสรุป: การทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบนพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่”

ข้อเสนอต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ “แนวใหม่” ที่ได้กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น มีดังนี้

1) ข้อเสนอส่วนใหญ่จากการประชุมครั้งที่ 2 ถึง 6 ตามที่กล่าวมานั้น เน้นย้ำอย่างชัดเจนถึงการให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และการใช้กลวิธีทางสังคม ทั้งในแง่ของกฎหมายนโยบาย และกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อนำไปสู่การบรรลุสุขภาพดี การทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จึงต้องปลดปล่อยตนเองออกจากการทำงานภายใต้ความคิดที่ว่า สุขภาพช่องปากที่ “ดี” นั้นเป็นความรับผิดชอบของปัจเจก ซึ่งเป็นแนวทางการทำงานที่มีข้อจำกัดในการประสบความสำเร็จตลอดมา ไปสู่การทำงานในระดับกฎหมาย นโยบาย และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก

2) ทันตบุคลากรต้องเรียนรู้การทำงานในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ที่มีความรู้และใส่ใจกับมิติอื่นของสุขภาพที่กว้างขวางออกไป ไม่กักขังความรู้ความสนใจและบทบาทหน้าที่ของตนเอาไว้เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก (เพราะการทำเช่น

นี่ก็คือ การส่งเสริมสุขภาพ “แนวเก่า” เพราะเป็นการใช้ทัศนะแบบแยกส่วนตามตัวแบบการแพทย์ชีวภาพในการมองสุขภาพ) เพราะสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์อยู่กับสุขภาพทั่วไป และขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมอื่นๆ อย่างกว้างขวาง

3) ภายใต้มุมมองต่อสุขภาพแบบ “ใหม่” ทันตบุคลากรต้องเข้าใจว่า การมีสุขภาพช่องปากที่ “ดี” นั้นหาใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยการทำให้คนปราศจากโรคในช่องปากหรือมีความชุกของโรคอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ทันตบุคลากรตั้งขึ้นแต่เพียงด้านเดียว ในทางกลับกันสุขภาพช่องปากที่ “ดี” สัมพันธ์อยู่กับการมีสุขภาพที่ “ดี” ซึ่งสุขภาพที่ “ดี” เป็นอย่างไรนั้น นอกจากจะถูกกำหนดโดยตัวชี้วัดทางชีววิทยาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าความหมายที่แตกต่างกันไปในปัจเจกแต่ละคน ชุมชนแต่ละแห่ง และมีความผันแปรไปตามบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ ทันตบุคลากรจึงจำเป็นต้องรับฟัง เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และยอมรับคุณค่า ความหมาย ต่อสุขภาพช่องปากที่ “ดี” ที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ชุมชน และสังคม

4) บนความเข้าใจเรื่องความหลากหลายของสุขภาพช่องปากที่ “ดี” นั้น บทบาทสำคัญของทันตบุคลากร จึงมิใช่การนำเอามาตรฐานสุขภาพช่องปากที่ “ดี” ตามแนวคิดของตน ไปบอกหรือสั่งผู้อื่นให้ทำตาม (เพราะนั่นหมายถึงการดำเนินงานตามทัศนะแบบเก่า) หากแต่จะต้องทำหน้าที่รับฟังและทำความเข้าใจทัศนะของผู้อื่น ให้ข้อมูลในทัศนะของตน ทำการเจรจาต่อรองและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อกำหนดความหมายของสุขภาพช่องปากที่ “ดี” ในทัศนะของทุกฝ่าย (ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับทัศนะทางวิชาการของทันตบุคลากร ในขณะที่ไม่ใช่ปล่อยให้สุขภาพช่องปากที่ “ดี” นั้นเป็นไปตามความต้องการของคนไข้ ชาวบ้าน หรือชุมชนอย่างอิสระ โดยที่ไม่ทำอะไร)

5) บนพื้นฐานของการเปิดกว้าง การเจรจาต่อรองเพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกันนั้น จะเป็นการเปิดโอกาสให้การมีส่วนร่วมจากผู้อื่นเป็นไปได้มากขึ้น และการทำงานแบบมีส่วนร่วมนี้เองที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพูนศักยภาพด้านสุขภาพให้กับสังคม ชุมชน และปัจเจกบุคคลในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*, An International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986.
2. ศศิธร ไชยประสิทธิ์. สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม: จากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ. เชียงใหม่, ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทแห่งยุคของทุกคน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2. 6-8 พฤษภาคม 2541.
4. อุทัยวรรณ กาญจนกามล. การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. ชม.ทันตสาร 2541; 19(ฉบับพิเศษ): 6-10.
5. อัญชลี คุชฎีพรรณ. ทันตกรรมป้องกันในชุมชนในยุค “30 บาท รักษาทุกโรค”. ชม.ทันตสาร 2545; 23(1-2): 7-16.
6. ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ และคณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการวิจัย. 2547.
7. สุปรีดา อุดุลยานนท์ และ ปิยะฉัตร พัทธานันต์. การพัฒนาทักษะทันตบุคลากรในการสร้างเสริมสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับประชาชน ณ ศูนย์อบรมงานอภิบาลบ้านผู้หว่าน จังหวัดนครปฐม. 3-4 ตุลาคม 2544.
8. World Health Organization. *Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015*. WHO Secretariat Background Document for the Sixth Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand. 7-11 August 2005.
9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, บก.: มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ.

- กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2545: 41-69.
10. นิธิ เอียวศรีวงศ์. กระบวนทัศน์การพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย. ใน: ศศิธร ไชยประสิทธิ์, บก.: *กระบวนทัศน์ในการศึกษาและพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย*. เชียงใหม่, ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543: 1-22.
 11. Kirmayer, Laurence. Mind and Body as Metaphor: Hidden Values in Biomedicine. in Lock, Margaret and Gordon, Deborah, eds: *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1988: 57-94.
 12. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. สังคมกับสุขภาพ. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543: 12.
 13. World Health Organization. *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*, Second International Conference on Health Promotion. Adelaide, 1988.
 14. World Health Organization. *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*, Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, 1991.
 15. World Health Organization. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, The Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, 1997.
 16. World Health Organization. *Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health*, Fifth Global Conference on Health Promotion. Mexico City, 2000.
 17. World Health Organization. *Bangkok Charter for health Promotion in a Globalized World*, Sixth Global Conference on Health Promotion. Bangkok, 2005.
 18. พริตจ๊อฟ คาปร้า. พระปรีชา ปสนุนธมโม และคณะ, แปล: *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 3*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2543: 83.

ขอสำเนาบทความ:

อ.ทพ. อติศักดิ์ จีงพัฒน์วดี ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50202

Reprint requests:

Dr. Atisak Chuengpattanawadee, Community Dentistry Department, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Muang, Chiang Mai 50202