

บทบรรณาธิการรับเชิญ การสร้างเสริมสุขภาพแบบพอเพียง

Sufficiency Economy and Health Promotion

อาภาพร เฝ้าวัฒนา Ph.D.*

ในพ.ศ. 2551 นี้ สภานายาบาลระหว่างประเทศ (The International Council of Nurse : ICN) กำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมภายใต้หัวข้อ “Delivering quality, serving communities: Nurses leading primary healthcare” หรือ “พยาบาลก้าวหน้าสร้างสรรค์บริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มพูนคุณภาพบริการชุมชน” เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹ ซึ่งสอดคล้องกับระบบสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนจะเห็นได้ว่าสุขภาพถือเป็นเรื่องของทุกคนไม่ใช่เฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพจึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสะท้อนถึง“การสร้าง” คือการทำให้ดีขึ้น และ “การเสริม” คือการทำให้เพิ่มขึ้นที่ทุกคนทุกฝ่ายช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางส่วนของอาจต้องรอการ “ส่งเสริม” จากผู้อื่นด้วย

เส้นทางการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

กว่า 30 ปีที่ผ่านมามีความพยายามขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดย มุ่งกระจายบริการสาธารณสุขออกสู่ชนบทระดับอำเภอและตำบลทั่วประเทศ โดยมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยตำบลทั่วประเทศขึ้นพร้อม ๆ กับการมีการรับ

แนวทาง “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาใช้เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในเรื่องสุขภาพควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นการปฏิรูปการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชนบทอย่างชัดเจน

การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1-5 เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการผลิต และพัฒนาบุคลากร เพื่อการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระดับเขต และระดับจังหวัด รวมทั้งการสนับสนุนส่งเสริมพันธมิตร และภาคี เครือข่ายทั้งภาคราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์²

ช่วงปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ. 2529 ได้มีการประกาศใช้กฎบัตรอตตาวา ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นระบบมากขึ้น เช่น 1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยกำหนดให้ พ.ศ. 2545 เป็น “ปีการส่งเสริมสุขภาพ” 2) การปรับระบบบริการสาธารณสุขให้บูรณาการสร้างเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเพื่อการป้องกันโรค 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการเมืองนำอยู่ โดยใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วม

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ของประชาชน จุดเริ่มของการพัฒนาเป็นการแก้ไขที่เน้นปัญหาด้านสุขภาพการอนามัย และการป้องกันโรค² เช่น การอนามัยแม่และเด็ก ทั้งการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การลดความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ การลดอัตราการตายมารดาและทารกการคลอด การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด การป้องกันโรคในมารดาและเด็ก และการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6-7 ซึ่งได้รับอิทธิพลจากอเดลเลดต์ ชาร์เตอร์ พ.ศ. 2531 (Adelaid Charter) และ ซันสวอลล์ ชาร์เตอร์ พ.ศ.2534 (Sunswall Charter) ที่เน้นเรื่องนโยบายสาธารณะ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลขั้นพื้นฐาน กิจกรรมในช่วงนี้เน้นการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาหน้าสะอาด การสร้างส้วม การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การเฝ้าระวัง การควบคุม และการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมทั้งอากาศ น้ำ ขยะ และสิ่งก่อเหตุรำคาญ ก็ดำเนินการควบคู่กับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เพื่อลดปัญหาการกระจายบริการ การกระจายบุคลากร คุณภาพบริการและความไม่เป็นธรรมภาพของการพัฒนาสาธารณสุขแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาฉายเด่นชัดขึ้นในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ผ่านทางระบบบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งครอบครัวชุมชน และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยนอกระบบสาธารณสุขที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และเทคโนโลยี²

การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ใช้แนวทางของจารีกาตาร์ ชาร์เตอร์ (Jakarta Charter) ที่เน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การบริการแบบบูรณาการ เน้นกลยุทธ์หลักของ Ottawa Charter ยึดพื้นที่เป็นฐานประสานงานทุกภาคส่วนและสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นไปในแนวทางที่พัฒนาสุขภาพโดยรวม (promote well-being) ทั้งด้านโภชนาการ ทนตสุขภาพ การอนามัยเจริญพันธุ์ การออกกำลังกายตามกลุ่มอายุ การควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จะเห็นได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ต่อฉบับที่ 9 นั้นเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของคนไทยอย่างชัดเจน โดยเน้นที่การสร้างนำข้อมให้มีความสำคัญกับการสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น²

นอกจากมาตรการทางเทคนิค และมาตรการทางสังคมดังกล่าวแล้ว มาตรการทางกฎหมาย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เข้ามามีบทบาทในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ซึ่งถือว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล และรัฐบาลต้องมีนโยบายสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพ เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การใช้หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย และการรณรงค์เมาไม่ขับ เป็นต้น

กฎบัตรกรุงเทพ ที่ประกาศในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 เมื่อเดือนสิงหาคม 2548 ณ กรุงเทพมหานคร โดยองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขไทย และสมาชิกประเทศ ได้เสนอพันธะสัญญาที่จะส่งเสริมสุขภาพประชากรโลก

ด้วยกลยุทธ์สร้างเสริม สุขภาพยุคโลกาภิวัตน์ ดังนี้
 1) การชี้นำ (advocacy) เพื่อสุขภาพ บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ 2) การลงทุน (invest) เพื่อการพัฒนานโยบายที่ยั่งยืนเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการดำเนินงาน 3) การสร้างศักยภาพ (building capacity) เพื่อการพัฒนานโยบายสร้างภาวะผู้นำพัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพการบริหารจัดการความรู้และความแตกฉานด้านสุขภาพ 4) กฎหมาย กฎเกณฑ์และระเบียบ (regulation) เพื่อการคุ้มครองประชาชนจากภัยอันตราย และมีโอกาสสุขภาพดีเท่าเทียมกัน 5) พันธมิตร (partner) ทั้งภาครัฐ เอกชนประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน²

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจ สังคมทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการประเทศที่ยังคงขาดสมดุล ดังนั้น ในแผนพัฒนาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) จึงอัญเชิญปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวปฏิบัติควบคู่กับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” อย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการพัฒนาประเทศที่สมดุล เป็นธรรม และยั่งยืน³

ความพอเพียง (sufficiency) หมายถึง ความพอประมาณความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมกันในตัวที่ดีต่อการกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวัง จึงเป็นที่มาของ “3 ห่วง 2 เงื่อนไข” ซึ่งประกอบด้วย ความ พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน บนเงื่อนไข ความรู้และ คุณธรรม³

การประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในการสร้างเสริมสุขภาพ

ทำไมต้องสร้างเสริมสุขภาพอย่างพอเพียง หรือลองคิดในคำถามตรงกันข้ามว่า ถ้าใช้ชีวิตอย่างไม่พอเพียงแล้วจะเป็นอย่างไร เช่น ดูแลสุขภาพอย่างไม่พอเพียงบริโภคอย่างไม่พอเพียง ทำงานอย่างไม่พอเพียง มากไปน้อยไป การใช้ชีวิตการปฏิบัติตนอย่างไม่พอเพียง ไม่พอดี พอเหมาะ พอควรกับความสามารถกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้างให้กับบุคคล คนรอบข้าง สังคม และกับสิ่งแวดล้อมส่งผลถึงอนาคตของตนเองและสังคม ในบทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่หลักในการส่งเสริมให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นการยกตัวอย่างการให้ข้อมูลโภชนาการที่เหมาะสมกับประชาชน⁴ ดังนี้

ด้านความมีเหตุผล

การให้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับประชาชน การแนะนำหลักโภชนาการให้กับประชาชนมีวิธีการที่หลากหลายเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สูงที่สุด มีการประเมินความต้องการเชิงเนื้อหาของการสื่อสารก่อนว่ามีวิธีการใดบ้างที่จะทำให้ประชาชนสามารถรับรู้ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับทางโภชนาการได้ดีและสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงก็คือ ใช้วิธีหรือสื่ออะไรในการสื่อความหมายกับประชาชน สื่อความหมายอาจมีวิธีการโฆษณาทางทีวีเข้าไปในกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ด้านความพอประมาณ

อาจจะออกมาในรูปของการใช้สื่อที่หลากหลายคือ อย่าทำสื่อชนิดใดชนิดหนึ่งแบบสุดโต่ง เพราะจะ

เข้าถึงได้เฉพาะคนบางกลุ่ม แต่พลาตคนบางกลุ่มการ
ทุ่มไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจไม่ได้ประโยชน์มากนัก เช่น
การใช้สื่อแบบแผ่นพับ จะเข้าถึงเฉพาะกลุ่มที่อ่านหนังสือ
ออกเท่านั้น ควรเน้นสื่ออื่นบ้าง เช่น วิทยุโทรทัศน์
เพราะจะได้คนกลุ่มอื่นๆ และเลือกเวลาในการเผยแพร่
เพื่อให้สื่อที่ผลิตเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ด้านคุณธรรม

การให้ความรู้กับประชาชน สื่อบางชนิด เช่น
ไปทำที่ร้านอาหารตาม fast food ตามห้างสรรพสินค้า
ที่มีร้านอาหาร และเน้นการให้ความรู้ในส่วนเหล่านี้
แล้วบางทีอาจนึกถึงคนบางกลุ่มได้ว่าเขาไม่มีโอกาสเดิน
ห้างสรรพสินค้าจะมีโอกาสได้รับความรู้ เหล่านี้หรือไม่
คนที่อยู่ตามชุมชนหรือวัยทำงาน เช่นสาวโรงงาน ซึ่ง
ต้องทำงานเป็นกะอาหารที่รับประทานก็เป็นรถเข็นหน้า
โรงงาน โอกาสที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารก็ไม่มี เพราะ
ฉะนั้นสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ก็เป็นการชี้แนะว่าควรให้เกิด
ความเป็นธรรมในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อให้บุคคลได้
เกิดการตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง การหา
วิธีให้ข้อมูลกับผู้ด้อยโอกาสต่างๆ เช่น คนชรา (โอกาส
ที่จะเรียนรู้ข้อมูลน้อย) ผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น เป็นสิ่งที่
จำเป็นและท้าทายเนื่องจากบุคคลเหล่านี้มักหลุดออก
จากระบบบริการสุขภาพ

ด้านภูมิคุ้มกัน

การใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์
วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น เป็นหลักการสร้างภูมิคุ้มกัน
อย่างหนึ่งเพราะว่าแต่ละบุคคลมีโอกาสในการเข้าถึงสื่อ
แต่ละประเภทแตกต่างกัน ในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า
สื่อทางโทรทัศน์เป็นสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้
มากที่สุดแต่ในขณะเดียวกันก็อาจมีประชาชนบางกลุ่ม
ยังเข้าไม่ถึงดังนั้นการใช้สื่อที่หลากหลายเป็นการเพิ่ม
การเข้าถึง และผลที่ได้รับคือประชาชนมีการสร้าง
ภูมิคุ้มกันในตนเองเพราะฉะนั้นการทำการกิจกรรมที่

หลากหลาย ก็เป็นทั้งเรื่องความพอประมาณและการ
สร้างภูมิคุ้มกัน ถ้าจะลงทุนในวิธีการต่างๆ อาจมีการ
ทดลองทำเป็นขั้นตอน เช่น ไม่เคยเล่นสื่อทาง internet
ก็อาจทดลองทำไปก่อน ยังไม่เคยทำสื่อทางทีวีมากนัก
ก็อาจทดลองทำเล็กๆ ก่อนส่วนทำแล้วพบว่าใช้ได้
และคนดูก็นำไปปฏิบัติ ปีหน้าอาจขยายงบประมาณ
สื่อทางทีวีเป็นต้น

ด้านความรู้

เป็นการศึกษาข้อมูลโดยทั่วๆ ไป ศึกษาวิธีการ
ทั้งในประเทศและในต่างประเทศ และนำมาประยุกต์
ใช้ในประเทศไทย เป็นการเรียนรู้จากสิ่งที่มีอยู่แล้วไม่ใช่
ทุกอย่างต้องสร้างขึ้นใหม่หมด

จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศ
หนึ่งที่มีพัฒนาการของระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย ตัวอย่างของ
ความพอเพียงที่ผ่านมา อาทิ การปรับโครงสร้างการ
บริหาร การสร้างโรงพยาบาลในชนบท การสร้าง
ความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้ง
ความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้คนไทย
ได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการสร้างเสริมสุขภาพ
อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เป็นตัวอย่างที่ดีที่จะนำไปสู่
ระบบการสุขภาพพอเพียงของประเทศเป็นการพัฒนา
ที่ยึดทางสายกลางและตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมดุล
พอดี รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล มีความรอบรู้
เท่าทันโลกและกระแสโลกาภิวัตน์ และเป็น การสร้าง
ภูมิคุ้มกันที่ดีของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในด้าน
“พัฒนาจิต” ที่จะเป็เงินเงื่อนไขของการสร้างสุขภาวะ
ในระดับบุคคลรวมทั้งสังคมโดยรวมในที่สุด

ก้าวต่อไปของสุขภาพพอเพียงในประเทศไทย

ระบบสุขภาพสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจและ
กระแสโลกาภิวัตน์ ผลลัพธ์ที่ชัดเจน เช่น ปัญหา

โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน โรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาการกระจายทรัพยากรที่ไม่พอระหว่างเมืองกับชนบท เป็นต้น การสร้างระบบสุขภาพพอเพียงที่ยั่งยืนในสังคมไทย ย่อมนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งฝ่ายประชาชนและบุคลากรด้านสาธารณสุข⁵ โดยมีแนวทางดังนี้

1. การส่งเสริมแนวคิดสุขภาพพอเพียง โดยใช้ *ความพอประมาณ* หากสามารถนำเอา ความพอประมาณ เข้าไปในทุกส่วนของการดำเนินงาน ทุกฝ่ายคำนึงถึงเรื่องจิตวิญญาณในด้านสุขภาพ การบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ การเกื้อกูลกันระหว่างวิชาชีพกับผู้ป่วย การหันมาพิจารณาภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯลฯ และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ จิต (*ความมีธรรมาภิบาล*) ก็จะเกิดขึ้นทำให้ระบบสุขภาพเป็นระบบที่เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สร้างภาวะความสุขทั้งต่อตนเองและคนอื่นๆ อย่างถาวรแน่นอนแท้จริง

2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็น ธรรมนูญด้านสุขภาพของไทยที่น่าหลักการพอประมาณ มาพัฒนาระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยให้เกิดขึ้น เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย สาระหลักของ พรบ.นี้ ให้ความสำคัญครองข้อมูลสุขภาพเป็นความลับส่วนบุคคล ให้ภาครัฐเปิดเผยข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิธีป้องกันให้ประชาชนรู้โดยเร็ว ให้มีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่

3. การสร้างความสุขและการสร้างอุดมการณ์ในบุคลากรวิชาชีพ ใช้หลักการความพอประมาณในผู้รับบริการและความมีคุณธรรมในฝ่ายผู้ให้บริการ

4. การลด ละ เลิก ปัจจัยคุกคามสุขภาพ โดยการยึดหลักความพอประมาณในการบริโภคและดำเนินชีวิต เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในระดับปัจเจกและสังคมโดยรวม

5. การส่งเสริมการวิจัยสาธารณสุขอย่างกว้างขวางเงื่อนไขสำคัญของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คือ ความรู้และความรอบรู้ และการพัฒนาคนของเราให้รู้เท่าทันกระแสโลกาภิวัตน์ ย่อมนำมาซึ่งการมีภูมิคุ้มกันที่ดีด้านสุขภาพกับคนไทย

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต้องอยู่บนรากฐานของการมีคุณธรรม และจริยธรรม เคารพในสิทธิคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างความเท่าเทียมและสอดคล้องกันอย่างมีบูรณาการ โดยใช้ปัญญา/ความรู้เป็นฐานประสานกับวิถีชีวิตและสังคม เพื่อการพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (Allfor Health) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All)

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ. พยาบาลก้าวหน้า สร้างสรรค์บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มพูนคุณภาพบริการชุมชน. เอกสารเผยแพร่วันพยาบาลสากล 12 พฤษภาคม 2551.
2. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน. ในสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย 2548-2550 (หน้า 121-123). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2551.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10. ค้นหวันที่ 6 กรกฎาคม 2550, ค้นหจาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>
4. อติศรี อิศรางกูร ณ อยุธยา. น้อมนำเศรษฐกิจพอเพียงสู่การสร้างเสริมสุขภาพคนไทย. ค้นหวันที่ 10 กรกฎาคม 2550, ค้นหจาก <http://kcenter.anamai.moph.go.th/index.php>
5. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด 2550.