



คู่มือการใช้

เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรม
ด้านสุขภาพในเขตเมือง
Urban HEART: User manual

โครงการตำรา 5/2556

คู่มือการใช้
เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรม
ด้านสุขภาพในเขตเมือง
Urban HEART: User manual

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
88/22 หมู่ 4 ต.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 02 590 4316

คู่มือการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองของความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง Urban HEART: User manual



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือการใช้

เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง

Urban HEART: User manual

ชื่อหนังสือ

คู่มือการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
ในเขตเมือง [*Urban HEART: User manual*]

ปีที่พิมพ์

พ.ศ. 2557

จำนวน

1,000 เล่ม

บรรณาธิการ

นางณิรนุช อภาการัส

แปลและจัดพิมพ์โดย

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
314-316 ถนนบำรุงเมือง ป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100
โทรศัพท์ 0 2223 3351, 0 2223 5548
โทรสาร 0 2621 2910, 0 2621 2911



Urban HEART

User Manual

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทนำ	ข
การดำเนินงาน Urban HEART 6 ขั้นตอน: การนำเสนอภาพรวม	1

สรุปขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1	สร้างทีมงานที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน	4
ขั้นตอนที่ 2	กำหนดชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์การเปรียบเทียบ	12
ขั้นตอนที่ 3	รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและมีความถูกต้อง	17
ขั้นตอนที่ 4	การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์	24
ขั้นตอนที่ 5	จัดลำดับความสำคัญของปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ	28
ขั้นตอนที่ 6	กำหนดการตอบสนองที่ดีที่สุด	33

ขั้นตอนต่อไป: บูรณาการ Urban HEART กับวงจรการพัฒนานโยบาย

ภาคผนวกที่ 1	การเอาใจใส่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ-บทสรุปเชิงนโยบาย	43
ภาคผนวกที่ 2	ตัวอย่างแนวทางการดำเนินงานของทีมงาน Urban HEART	51
ภาคผนวกที่ 3	ตัวชี้วัดการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ	53
ภาคผนวกที่ 4	การจัดทำตารางหลายมิติ Urban HEART- คำแนะนำทางวิชาการ	83
ภาคผนวกที่ 5	การติดตามผล Urban HEART- คำแนะนำทางวิชาการ	89
ภาคผนวกที่ 6	การแปลผลตารางหลายมิติและการติดตามผล Urban HEART - ตัวอย่างและฉากทัศน์	96
ภาคผนวกที่ 7	กลยุทธ์การตอบสนองตามเครื่องมือการประเมินและการตอบสนอง ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง	99
ภาคผนวกที่ 8	การประเมินการดำเนินงานที่มีศักยภาพ-ตัวอย่างตารางการให้คะแนน	134
ภาคผนวกที่ 9	อภิธานศัพท์	135



Urban HEART

User Manual

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง (Urban HEART: User manual) ฉบับนี้ เป็นผลจากความพยายามและความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก ศูนย์การพัฒนาสุขภาพ เมืองโกเบ ประเทศญี่ปุ่น ร่วมกับสำนักงานภูมิภาคองค์การอนามัยโลก และเจ้าหน้าที่ในประเทศและเมืองต่าง ๆ ทั่วโลก ข้อมูลนำเข้าต่าง ๆ ที่ได้รับจากทีมงานเมืองนำร่อง ที่ได้มีการทดสอบการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง ได้แก่

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| - เมืองกัวรูลฮอส | ประเทศบราซิล |
| - กรุงจาร์กาตา เดนพาซา | ประเทศอินโดนีเซีย |
| - กรุงเตหะราน | ประเทศอิหร่าน |
| - เมืองนากรู | ประเทศเคนยา |
| - รัฐซาราวัค | ประเทศมาเลเซีย |
| - เมืองเม็กซิโก | ประเทศเม็กซิโก |
| - เมืองยูลาอันบาอาตาร์ | ประเทศมองโกเลีย |
| - เมืองดาเนา นากา โอลองกาโป | สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ |
| - เมืองโคลัมโบ | ประเทศศรีลังกา |
| - เมืองโฮจิมินห์ | ประเทศเวียดนาม |

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอขอบคุณกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนในพื้นที่นำร่อง ที่ได้แสดงบทบาทนำและความกระตือรือร้นในการสนับสนุนการทดลองใช้เครื่องมือนี้ เพื่อให้มีการหยิบยกประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นประเด็นการดำเนินงานภายในเมืองของพวกเขา การดำเนินงานโดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นปัจจัยสำคัญของการวางเส้นทางเดินสำหรับ Urban HEART

ขอบคุณศูนย์วิจัย Inner City Health เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา ที่สนับสนุนการเขียนคู่มือฉบับนี้ บนฐานของข้อมูลนำเข้าจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย

บทนำ

Urban HEART คือ อะไร

เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง (Urban HEART) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการกำหนดและลดความไม่ธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง Urban HEART ช่วยให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจ ทั้งระดับประเทศ ระดับเมือง ผู้จัดการโครงการ และชุมชนระดับพื้นที่

- เข้าใจมากยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม ต้องเผชิญอยู่ ทั้งในเมืองหนึ่ง ๆ หรือระหว่างเมือง

- ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนและเสนอแนะให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

- มีส่วนร่วมดำเนินงานเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ประยุกต์ใช้แนวทางการฉายภาพความเป็นธรรมด้านสุขภาพในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร

คู่มือฉบับนี้มีอะไรบ้าง

คู่มือฉบับนี้ เป็นเอกสารที่จัดทำคู่กับเอกสาร Urban HEART (ฉบับนำเสนอแนวคิดและปรัชญา Urban HEART) ที่ช่วยให้เข้าใจขั้นตอนและกระบวนการใช้เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมืองและการตอบสนอง ทั้ง 6 ขั้นตอน นอกจากนี้ ยังเสนอแนวทางการดำเนินงานบนข้อมูลหลักฐานทางการวิจัย แบบปฏิบัติที่ดีและประสบการณ์ในอดีตจากเมืองต่าง ๆ ที่ได้มีการนำ Urban HEART ไปใช้แล้ว

ใครบ้างที่ควรใช้คู่มือฉบับนี้

คู่มือฉบับนี้ จัดทำขึ้นสำหรับบุคคลหรือคณะทำงานที่มีบทบาทโดยตรง หรือมีบทบาทในการดำเนินงาน ประสานงาน หรือจัดการเกี่ยวกับการใช้กระบวนการ Urban HEART ในเมืองของตน นอกจากนี้ ยังใช้สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่ให้ความร่วมมือ ที่ต้องการทราบภาพรวมของกระบวนการ Urban HEART คู่มือนี้ มิใช่เป็นคู่มือวิชาการที่ใช้เก็บหรือแปลผลข้อมูลสุขภาพของประชาชนในเมือง และมีใช้เพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และนักประเมินผลโครงการ ควรให้คำปรึกษา หรือเข้าร่วมในคณะทำงาน Urban HEART ด้วย

แลกเปลี่ยนประสบการณ์

คู่มือฉบับนี้ มีเนื้อหาจากฐานประสบการณ์การใช้ Urban HEART จากเมืองนำร่องทั่วโลก ซึ่งแต่ละเมืองที่ได้ใช้ Urban HEART ต่างมีเอกลักษณ์ และเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ การรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลและการเรียนรู้ใหม่ ๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อการปรับปรุงคู่มือให้มีความทันสมัยอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ข้อมูลออนไลน์ Urban HEART ที่มีการพัฒนาขึ้น คือ <http://www.who.or.jp/urbanheart> เว็บไซต์นี้นำเสนอข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการนำ Urban HEART ไปดำเนินการ นอกจากนี้ ยังสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือถ้ามีข้อสงสัย คำถาม สามารถเขียนถามไปได้ที่ urbanheart@wkc.who.int.



Urban HEART

User Manual

การดำเนินงาน Urban HEART 6 ขั้นตอน

การนำเสนอภาพรวม

กระบวนการดำเนินงาน Urban HEART มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน โดยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าว ได้รับการออกแบบให้ดำเนินการตามลำดับขั้น อย่างไรก็ตาม บางขั้นตอนอาจต้องทำซ้ำในวงจรการดำเนินงาน Urban HEART ซึ่งควรดำเนินการซ้ำและมุ่งการขยายผลแบบสะสม เนื่องจาก Urban HEART เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง แต่ละขั้นตอนในคู่มือ จัดทำขึ้นภายใต้ข้อคำถาม ดังนี้

- ทำไมต้องทำ Urban HEART
- ทำอะไรบ้าง
- ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ
- ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับดำเนินงานมีอะไรบ้าง
- ความรู้และทักษะที่จำเป็นมีอะไรบ้าง
- ต้องใช้เวลามากเท่าไร ในการดำเนินงาน Urban HEART
- ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงาน Urban HEART คือ อะไร

รายการสำหรับตรวจสอบ (ใช้รายการสำหรับการตรวจสอบ ที่ให้ไว้ในตอนสุดท้ายของแต่ละขั้นตอน เพื่อกำกับความก้าวหน้าการดำเนินงาน กรณีที่ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในขั้นตอนนั้น ๆ ให้ใช้รายการสำหรับตรวจสอบ เป็นเครื่องเตือนความจำในการนำเป้าหมายที่ยังไม่บรรลุ ไปไว้ในขั้นตอนหลัง หรือให้ย้อนกลับไปทำขั้นตอนนั้นในตอนหลัง)

สรุปขั้นตอน Urban HEART

ขั้นตอนที่ 1 สร้างทีมงานที่มีองค์ประกอบหลายภาคส่วน

• มีเป้าหมายเพื่อสร้างค่านิยมสัญญาทางการเมือง ให้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นวาระสำคัญของเมือง การสร้างทีมงานมีความครอบคลุม อาจจะเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามาก แต่เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากที่สุด กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การสร้างภาคี การให้ความรู้และการชี้ชวน โน้มน้าวให้ร่วมดำเนินการ

- รับผู้ที่ดำเนินการได้ดีมาร่วมทีมงาน
- เพิ่มความตระหนักในภาคส่วนอื่น ๆ ให้เห็นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ของ

Urban HEART

- สร้างแกนนำทีมงานที่สามารถสละเวลาเพื่อดำเนินงาน Urban HEART และส่งเสริมความยั่งยืนของการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ โดยบูรณาการร่วมกับโครงสร้างและความรับผิดชอบที่มีอยู่แล้ว

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์การเปรียบเทียบ

- ชุดตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จะช่วยให้ทีมงานสามารถจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญของประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่เมืองเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- นำตัวชี้วัดหลักของ Urban HEART มาดำเนินการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกตัวชี้วัดอื่น ๆ เพื่อกำหนดเป็นประเด็นงานสำคัญของเมือง การพิจารณาตัวเลือกดังกล่าว ควรปรึกษาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- จำแนกตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถช่วยประเมินความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพได้ดี
- กำหนดเกณฑ์เปรียบเทียบหรือค่าเป้าหมาย เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเหล่านั้น ซึ่งต้องการข้อมูลจากหน่วยงานระดับนโยบาย

ขั้นตอนที่ 3 รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและมีความถูกต้อง

- การดำเนินงาน Urban HEART ควรใช้ชุดข้อมูลที่สามารถหาได้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ต้องเก็บหรือสำรวจข้อมูลใหม่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ อาจมีความอ่อนไหวทางการเมือง จึงควรที่จะประสานกับทีมงาน เพื่อให้การสนับสนุนในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล
- เข้าถึงชุดข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ โดยการปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลและชุมชน และคัดเลือกข้อมูลที่มีคุณภาพที่สุด รวมทั้งแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูล
- เจาะจากขออนุญาตอย่างเป็นทางการ จากผู้เก็บรักษาข้อมูลและผู้รับรองความถูกต้องของชุดข้อมูล ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำทางด้านกฎหมายหรือสารสนเทศ เพื่อเตรียมชุดข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์

- ใช้ชุดตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และชุดข้อมูลที่รวบรวมแล้ว แสดงเป็นกราฟหรือแผนภูมิอย่างง่าย (ตารางหลายมิติ และเครื่องมือติดตามผล) เพื่อแสดงให้เห็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง
- เริ่มต้นโดยพัฒนาตารางหลายมิติและใช้ตารางนี้ในการระบุตัวชี้วัด ตามลำดับความสำคัญ ซึ่งควรมีการทบทวน หรือได้รับการตรวจสอบโดยเครื่องมือติดตามผลด้วย

- ทำให้มั่นใจว่า มีการลงข้อมูลตามตัวชี้วัด พร้อมลงรหัสสีต่าง ๆ อย่างถูกต้อง ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจความเร่งด่วนและความสัมพันธ์ของปัญหาที่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5 ลำดับความสำคัญของปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

- ขั้นตอนนี้สำคัญมากที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหา โดยการประเมินข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการดำเนินงาน Urban HEART ถึงแม้ว่าตารางหลายมิติและเครื่องมือการติดตามผลจะแสดงผลเชิงปริมาณ แต่ในขั้นตอนนี้ควรจะรวมการประเมินเชิงคุณภาพเข้าไว้ด้วย
 - ทำให้มั่นใจว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถแปลความหมายแผนภูมิต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะการแสดงผลเป็นตัวเลขและการลงรหัสสีต่าง ๆ
 - สนับสนุนให้มีการอภิปรายเพื่อให้การพิจารณาเป็นไปอย่างระมัดระวังและรอบคอบ ซึ่งมีหลายกลยุทธ์ที่ใช้สำหรับการทบทวนแผนภูมิ ขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการมุ่งเป้าหมายที่แนวโน้มและหลุมพรางของปัญหาความไม่เป็นธรรม (ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ)
 - ลำดับความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับความเป็นธรรมที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 6 กำหนดการตอบสนองที่ดีที่สุด

- เมื่อประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่กำหนดไว้ได้รับความสนใจแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การกำหนดการตอบสนองที่เหมาะสม ขั้นตอนนี้ควรปรึกษากับหน่วยงานกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงชุมชนด้วย โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งจะช่วยโน้มน้าวผู้มีอำนาจตัดสินใจและช่วยให้แผนดังกล่าวได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติ
 - จัดทำร่างกลยุทธ์และกิจกรรมดำเนินงาน ตามรายการ Urban HEART ที่กำหนดให้เพื่อจุดประกายความคิด ซึ่งกลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงานดังกล่าว ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพจากเมืองต่าง ๆ แล้ว
 - ประเมินจุดแข็งของกิจกรรมการดำเนินงานที่มีศักยภาพ พิจารณาขอบเขตของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ผลกระทบที่สำคัญเกี่ยวกับความเป็นธรรม ความชอบหรือความสนใจของชุมชน แหล่งข้อมูลที่สามารถหาได้และความสอดคล้องกับลำดับความสำคัญที่มีอยู่เดิมของรัฐบาลหรือหน่วยงาน
 - สรุปแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งกระบวนการดำเนินงาน Urban HEART ช่วยให้มั่นใจว่า แผนดังกล่าวอยู่บนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ความเป็นไปได้ และสอดคล้องกับสถานการณ์ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง

ขั้นตอนที่ 1

สร้างทีมงานที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน

1.1 ทำไมต้องทำ Urban HEART

การดำเนินงาน Urban HEART จำเป็นต้องประสานความร่วมมืออย่างแข็งขันระหว่างหน่วยงานกำหนดนโยบายที่หลากหลาย ทั้งระดับรัฐบาลและชุมชน ในการพูดคุยกันเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ

ถึงแม้ว่า อาจเป็นไปได้ที่หน่วยงานด้านสุขภาพจะเป็นหน่วยงานแรก ๆ ที่สนใจใช้เครื่องมือการประเมินความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Urban HEART) หรืออาจเป็นหน่วยประสานงานหลักในการดำเนินกระบวนการดังกล่าว แต่จำเป็นที่จะต้องสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ โดยเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้ การเริ่มต้นสร้างทีมงานที่มีความครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วในกระบวนการก่อนระยะการประเมิน เป็นทั้งกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติที่ต้องใช้ข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและทุกระดับ เพื่อวิเคราะห์ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง ในทางกลยุทธ์ วิธีการที่ครอบคลุมช่วยสร้างค้ำประกันสัญญาทางการเมือง และเป็นไปได้อย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนจะรับเป็นเจ้าของการแก้ไขปัญหา ถ้าพวกเขาได้มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ และได้รับบทบาทที่สำคัญตั้งแต่การระบุปัญหา ในขณะที่การสร้างทีมงานอาจจะเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากที่สุดในกระบวนการ Urban HEART แต่ก็ยังเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด การสร้างทีมงานที่มีองค์ประกอบครอบคลุมหลายภาคส่วน ถือเป็น การวางพื้นฐานสำหรับการดำเนินงาน Urban HEART ที่ได้ผล

1.2 ต้องทำอะไรบ้าง

เขียนแผนที่เครือข่าย เริ่มต้นโดยทำความรู้จักว่าใครควรเข้าร่วมดำเนินงานด้วย ถือเป็นความท้าทายที่จำเป็นต้องเริ่มทำโดยการตรวจสอบสภาพแวดล้อมอย่างคร่าว ๆ หรือการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อระบุบุคคลที่ควรร่วมทีมงาน ในเมือง Parañaque สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ กลุ่มผู้ริเริ่มจัดการประชุมระดมสมองเพื่อระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน ผลที่ได้จากการประชุมดังกล่าว คือ แผนที่เครือข่าย ที่แสดงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ทั้งหน่วยงานต่าง ๆ และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมืองและการตอบสนอง รวมทั้งได้แผนการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านั้นด้วย

ขับเคลื่อนแกนนำที่ทรงอิทธิพล สื่อสารและพบกับผู้ที่มีบทบาทนำ และผู้มีอำนาจตัดสินใจบ่อยเท่าที่จำเป็น เพื่อให้มั่นใจเกี่ยวกับการสนับสนุนและการเตรียมพวกเขาให้ยอมรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะตามมา เมื่อผู้บริหารระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ เช่น นายกเทศมนตรีปลัดเทศบาล ผู้บริหารคณะกรรมการระดับตำบล หรือเจ้าหน้าที่ประเภทอื่น ๆ กลายมาเป็นผู้มีบทบาทนำในการประเมินและตอบสนองความไม่เป็นที่ธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง และสามารถสนับสนุนหรือสั่งให้หน่วยงานในสังกัดเข้าร่วมดำเนินการ การยอมรับ Urban HEART ของคณะกรรมการระดับเมือง ถือเป็นหลักไมล์ที่สำคัญในเมืองนาร่อง และช่วยกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ จำนวนมาก พิจารณาจากบทสรุปทางนโยบาย Urban HEART ในภาคผนวกที่ 1 และเอกสารความรู้อื่น ๆ ที่สามารถสืบค้นได้ที่ <http://www.who.or.jp/urbanheart>

ให้ความรู้ ผู้มีส่วนร่วมหลายกลุ่มอาจไม่คุ้นเคยกับแนวคิด “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ขั้นตอนแรกในการพัฒนาแกนนำและทีมงาน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีศักยภาพ เข้าใจประเด็นต่าง ๆ และเป็นโอกาสในการสร้างความร่วมมือ สิ่งสำคัญ คือ ไม่เห็นห่างกับกลุ่มที่ต้องการให้เข้ามามีส่วนร่วม เอกสารความรู้ต่าง ๆ สามารถหาได้ที่เว็บไซต์ Urban HEART และสามารถจัดทำเอกสารความรู้ที่ขึ้นใหม่ตามคำแนะนำ เพื่อแจกจ่ายให้กับผู้มีส่วนร่วมกลุ่มต่าง ๆ และเสนอให้มีการประชุมปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และปรึกษาหารือกัน

มองหาวิธีการเสริมพลังเพื่อส่งเสริมความยั่งยืน การแข่งขันกันดำเนินงานเป็นความท้าทายที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในการเริ่มต้นและการส่งเสริมความยั่งยืน เมืองนาร่องต่าง ๆ แนะนำให้บูรณาการ Urban HEART เข้ากับนโยบาย โครงการ แผนงานต่าง ๆ และภารกิจที่มีดำเนินการอยู่แล้ว ดึงศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดออกมาร่วมดำเนินงาน Urban HEART ซึ่งเป็นเครื่องมือการวางแผน ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยหน่วยงานหรือโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่แนะนำให้ดำเนินงาน Urban HEART เป็นโครงการใหม่ที่ต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

ใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เพิ่มเติมจากช่องทางปกติ ทีมทำงานในเมืองนาร่องต่าง ๆ ใช้การประชุมงานส่วนตัวเพื่อกำหนดผู้ร่วมดำเนินงาน Urban HEART ของเมืองนาร่องบางเมือง หน่วยงานที่สามหรือองค์กรกลางด้านสถิติได้เข้ามามีส่วนสนับสนุนการเข้าถึงชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

กำหนดกรอบการทำงาน การเขียนกรอบการทำงานร่วมกัน เป็นวิธีการสำคัญในการสร้างคำมั่นสัญญาและความรู้ในทีมงาน นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมศักยภาพบทบาทและความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม แผนการดำเนินงาน Urban HEART ที่อธิบายความอย่างชัดเจน และกำหนดการวัดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ระยะเวลาการทำงาน บทบาทหน้าที่และเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ช่วยสร้างความมั่นใจว่ามีการกำหนดบทบาทของชุมชนที่ได้รับผลกระทบไว้ในกรอบการดำเนินงานนั้นด้วย รวมทั้งกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยจูงใจให้ชุมชนเหล่านั้นมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญ

สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ อาจตัดสินใจจัดตั้งทีมงานย่อยต่าง ๆ ที่มุ่งงานเฉพาะประเด็นหรือเฉพาะนโยบาย วิธีนี้สามารถช่วยให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น และมั่นใจว่าผู้ใช้ประโยชน์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสมาชิกทีมงานอย่างมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการบริหารสามารถประสานการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของทีมงานย่อยได้

จัดทำเอกสารกระบวนการทำงาน เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการติดตามและประเมินผล และให้คำแนะนำเมืองที่จะดำเนินการ Urban HEART ในอนาคตได้ว่าจะเริ่มต้นดำเนินการอย่างไร

1.3 ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับนโยบายด้านสังคม เศรษฐกิจและสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการให้ข้อมูล รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาคการศึกษา การบังคับใช้กฎหมาย และตำรวจ การกำจัดของเสีย และการสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับการใช้ถนนและการจราจร ที่อยู่อาศัย และการเงินการคลัง ตลอดจนหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบการกำหนดยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถเข้าถึงชุดข้อมูลที่หลากหลายได้ ถ้าคาดหวังที่จะได้รับงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด ก็มีความสำคัญที่จะต้องนำหน่วยงานด้านการเงินการคลังมาร่วมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แผนงานทั้งหมดของภาครัฐทุกระดับ เช่น ระดับประเทศ ระดับเมืองและอำเภอ ผู้นำชุมชนต่าง ๆ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการเลือกตั้ง หน่วยงานระดับรากหญ้าและองค์กรพัฒนาเอกชน (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น องค์กรสตรี องค์กรด้านสิ่งแวดล้อม และองค์กรด้านการศึกษา รวมทั้งองค์กรที่สนับสนุนกลุ่มประชากรชายขอบและกลุ่มเปราะบางในเมืองนั้น ๆ รวมทั้งกลุ่มสุขภาพ) เปิดรับสมาชิกใหม่ที่สามารถส่งเสริมพลังอำนาจชุมชนและผู้มีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ชุดข้อมูลขนาดใหญ่ ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจมาจากหน่วยงานที่ร่วมดำเนินการหรือจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ

1.4 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

งบประมาณที่จำเป็นต้องใช้ ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการประชุมต่าง ๆ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าจ้างเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากร โดยมุ่งให้บูรณาการงบประมาณที่ต้องใช้ดำเนินงาน Urban HEART เข้ากับโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว โดยอาจเพิ่มงบประมาณส่วนที่ต้องใช้เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ๆ อาจขอความช่วยเหลือด้านงบประมาณจากหน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน หรือมูลนิธิต่าง ๆ นอกจากนี้ เอกสารฉบับย่อหรือสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ และบทสรุปเชิงนโยบายที่รวบรวมไว้ในภาคผนวกที่ 1 ผู้ใช้สามารถปรับแต่งหรือแปลความให้เหมาะสมกับบริบทของเมืองที่จะนำไปใช้ได้ และยังสามารถใช้รายงานฉบับสมบูรณ์ของคณะกรรมการปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (The Commission on Social Determinants of Health) การเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง แบบฟอร์มกรอบการดำเนินงาน ตัวอย่างที่ได้แสดงไว้ในภาคผนวก 2 และต้องการเวลาสำหรับการประชุมกับบุคคลและกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย เพื่ออธิบายการดำเนินงาน Urban HEART และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมจากบุคคลและกลุ่มบุคคลเหล่านั้น

1.5 จะต้องใช้เวลามากเท่าไรในการดำเนินงาน

อาจต้องใช้เวลามากในการพัฒนาให้เกิดทีมงาน Urban HEART บางเมืองใช้เวลาประมาณ 6-12 เดือน ในการสร้างทีมงาน สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง คือ ต้องตระหนักว่าการสร้างทีมงานเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ที่รวมถึงการผดุงรักษาและสนับสนุนทีมงาน แนวทางในบทนี้จะให้แนวคิดการดำเนินงานได้ ควรทบทวนกรอบการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และควรปรับปรุง ถ้าจำเป็น ทบทวนสมาชิกภาพของทีมงาน เมื่อมีสมาชิกออกจากกลุ่มต้องพยายามหาคนทดแทนในตำแหน่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบ เพื่อให้ทีมงานที่เหลืออยู่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.6 ความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่มีความเป็นไปได้ที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชนในเมือง ความรู้ที่เข้มข้นเกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน Urban HEART เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ Urban HEART อ่านเกี่ยวกับการใช้เครื่องมืออย่างรอบคอบ ปรึกษากับเจ้าหน้าที่องค์กรอนามัยโลกในประเทศหรือพื้นที่นั้น ๆ และสานสัมพันธ์กับบุคคลที่เคยนำ Urban HEART ไปใช้ในเมืองต่าง ๆ เยี่ยมชมเว็บไซต์ Urban HEART เพื่อรับทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่ <http://www.who.or.jp/urbanheart> ทักษะการนำเสนอ มีความจำเป็นสำหรับใช้อธิบายกระบวนการ Urban HEART และความสำคัญของการดำเนินงานให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีศักยภาพ ทักษะการสื่อสารกลยุทธ์ เพื่อแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง Urban HEART กับลำดับความสำคัญในปัจจุบันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาวะผู้นำ การอำนวยความสะดวก และทักษะการจัดการชุมชน ใช้ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อประสานงานกับกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนวิสัยทัศน์กับกลุ่มบุคคล

ที่อาจจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแตกต่างกันไป หรือประวัติศาสตร์การสร้างความสัมพันธ์ที่ล้มเหลว ทักษะการจัดทำเอกสารเพื่อบันทึกกระบวนการดำเนินงาน และการพัฒนากรอบการทำงาน (TOR) สำหรับทีมงาน

1.7 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน คือ อะไร

- เครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องและบุคคลต่าง ๆ ได้รับการแนะนำและพร้อมที่จะร่วมดำเนินงาน Urban HEART (ตามความสามารถที่หลากหลาย)
- คำมั่นสัญญาและอำนาจการแลกเปลี่ยนข้อมูล จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานและชุมชน อย่างน้อยจำนวนหนึ่ง
- การพิจารณาให้ความยินยอมให้ข้อมูลและจัดสรรทรัพยากรสนับสนุน
- การรับรอง Urban HEART โดยผู้ที่ดำเนินการได้สำเร็จแล้วจำนวนหนึ่งคน หรือมากกว่านั้น
- กรอบการดำเนินงาน (TOR) หรือเอกสารประเภทเดียวกัน
- แรงกระตุ้นต่อเนื่องเพื่อการทำงาน

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

มองหาพลังร่วม: ทีมทำงานที่มีสมาชิกจากหน่วยงานต่าง ๆ และมีความเกี่ยวข้องกับ Urban HEART อาจมีอยู่แล้ว ซึ่งสามารถนำกระบวนการ Urban HEART ไปดำเนินการได้ ในเมือง Ulaanbaatar ประเทศมองโกเลีย คณะกรรมการเมืองนำอยู่ขององค์การอนามัยโลก (WHO Healthy Cities Committee) ได้ช่วยสนับสนุนการจัดทำข้อมูลภาพรวมของ Urban HEART และกระตุ้นการมีส่วนร่วมจากรัฐบาลกลาง

เตรียมรับกับการต่อต้าน: สาเหตุของความเป็นไม่ธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง เป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน จึงอาจเป็นเรื่องยากที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่ไม่มีอำนาจโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น แรงงาน บริการสาธารณะ หรือตำรวจ ที่จะเห็นบทบาทของตนเองในการดำเนินงาน Urban HEART กลุ่มคนที่สนใจเข้าร่วมที่ไม่เห็นความสัมพันธ์ของความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่มีต่องานที่พวกเขาทำอยู่ ทำให้ต้องใช้เวลามากกว่าขั้นตอนอื่น ๆ ในกระบวนการ Urban HEART แต่ก็เป็นเรื่องที่จำเป็น

ทำให้น่าเชื่อถือ: เมื่อต้องประชุมร่วมกับผู้มีอำนาจตัดสินใจที่เป็นผู้อาวุโส ควรไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถโดดเด่นจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาค หรือผู้สนับสนุนอื่น ๆ ที่สามารถโน้มน้าวให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจเห็นความสำคัญและเชื่อถือใน Urban HEART การแปลความหรือปรับการดำเนินอย่างเหมาะสม รวมทั้งเอกสารสรุปการดำเนินงานที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การแปลความและปรับเปลี่ยน: การอธิบายเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คำนิยามเกี่ยวกับขนาดของทีมงาน: ขนาดและองค์ประกอบของทีมงานที่แน่นอนขึ้นอยู่กับความจำเพาะของบริบทที่แตกต่างกัน และไม่สามารถกำหนดล่วงหน้าได้ แนวทางปฏิบัติคือ ควรกำหนดทีมงานให้ครอบคลุมมากเท่าที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ แต่ต้องไม่ทำให้เกิดความไม่สัมพันธ์และยากลำบากที่จะประสานงาน ทีมงานหนึ่ง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงและครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ทีมงานที่เหมาะสมที่สุดในบางกรณีอาจเหมาะสมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล โดยไม่มีการเข้าร่วมทีมงานอย่างเต็มที่ การสร้างทีมงานหนึ่ง ๆ ควรมีสมาชิกประมาณ 10-12 คน

บ่มเพาะความต้องการ: การดำเนินงาน Urban HEART จะได้ผลดีที่สุด เมื่อตัวแทนจากชุมชนที่ได้รับผลกระทบและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความต้องการที่จะใช้กระบวนการนี้ และเชื่อว่าจำเป็นต้องมี Urban HEART ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาให้เกิดความต้องการใช้ Urban HEART ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยการอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อที่มีผลสุภาพให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ หลังจากนั้นจึงใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล Urban HEART แสดงให้เห็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในชุมชนที่ต้องเผชิญหน้าอยู่ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหา

เตรียมการเพื่อการสืบทอดการดำเนินงาน: เมื่อเวลาผ่านไป อาจมีการสูญเสียผู้ที่เข้าร่วมดำเนินการและผู้ที่มีฝีมือ ตัวอย่างเช่น จากการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ หรือการเลือกตั้งใหม่ จึงควรบูรณาการ Urban HEART เข้ากับระบบขององค์กร และงานปกติ เพื่อลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบุคลากร เตรียมความพร้อมสำหรับการนำเสนอหรือชี้ชวนการดำเนินงาน Urban HEART อย่างต่อเนื่องกับผู้ที่ดำรงตำแหน่งใหม่ ความต้องการใช้ Urban HEART ที่เกิดจากผู้มีส่วนร่วมดำเนินงาน ชุมชนและสื่อมวลชน สามารถส่งผลต่อการเข้าร่วมกระบวนการของเจ้าหน้าที่ที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน Urban HEART ได้

จำไว้ว่าการสร้างทีมงานเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง: ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ทีมงานทุกคนเริ่มต้นพร้อมกัน เมืองนาร์่องต่าง ๆ เช่น เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม และเมืองนากรู ประเทศเคนยา สามารถนำคนใหม่ ๆ มาร่วมดำเนินงานได้ โดยการเสนอผลลัพธ์ของการดำเนินงาน Urban HEART

ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง: ตามอุดมคติแล้ว ทีมงานจะประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ควรติดต่อกับกลุ่มเหล่านี้ เพื่อให้มั่นใจว่าพวกเขาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการ Urban HEART ที่ทันสมัยและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ลืม Urban HEART และเป็นการเตรียมพวกเขาสำหรับเข้าร่วมดำเนินงานในขั้นตอนที่ 5 และ 6 ซึ่งเป็นขั้นตอนการทบทวนและตอบสนองต่อเหตุการณ์ตามข้อมูลเชิงประจักษ์

รายการตรวจสอบ

<ul style="list-style-type: none"> • มีผู้ที่ดำเนินการได้ดี หรือเป็นแกนนำการดำเนินงานหรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีการปรึกษาหารือและให้ความรู้เกี่ยวกับ Urban HEART กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องหรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีการเข้าร่วมของผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานระดับนโยบายที่หลากหลาย รัฐบาลระดับต่าง ๆ และชุมชนในพื้นที่หรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีความสมดุลเรื่องเพศของผู้ร่วมทีมงานหรือไม่ และสตรีได้รับการสนับสนุนให้ร่วมดำเนินงานอย่างเป็นธรรมหรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีร่างกรอบการดำเนินงานหรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีการคิดเกี่ยวกับความยั่งยืนหรือการสืบทอดผู้ดำเนินงานหรือไม่
<ul style="list-style-type: none"> • มีการจัดทำเอกสารบันทึกเกี่ยวกับกระบวนการสร้างทีมงานหรือไม่

ใครบ้างที่ควรอยู่ในทีมงาน

เมืองนาร์รองต่าง ๆ แนะนำให้ทีมงานมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. การเข้าร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ Urban HEART เน้นเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ นโยบายหลักใน Urban HEART หลายเรื่อง (เช่น การพัฒนาสังคมและทรัพยากรมนุษย์ เศรษฐกิจ และโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ) ไม่ได้เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของหน่วยงานด้านสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงาน Urban HEART จำเป็นต้องนำหน่วยงานอื่น ๆ นอกเหนือจากหน่วยงานด้านสุขภาพมาร่วมดำเนินการด้วย เพื่อให้เข้าใจปัญหาต่าง ๆ และกำหนดแผนการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ

2. การเข้าร่วมของหน่วยงานราชการต่าง ๆ Urban HEART เน้นความไม่ธรรมด้านสุขภาพ ทั้งระดับเมืองใหญ่ และระดับอำเภอ ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้เป็นผลพวงของการดำเนินนโยบายและการบริหารจัดการโครงการ โดยหน่วยงานราชการระดับสูง การทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจของหน่วยงานราชการระดับประเทศ หรือระดับจังหวัดเข้าร่วมด้วย จะช่วยทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ง่ายขึ้น และมีการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ เมืองนาร์รองต่าง ๆ ในประเทศบราซิล เคนยา มองโกเลีย และฟิลิปปินส์ ต่างได้ประโยชน์จากรัฐบาลกลางในการสนับสนุนการดำเนินงาน Urban HEART

3. การเข้าร่วมดำเนินการของชุมชน หลักการสำคัญของ Urban HEART คือ แก้ไขผลกระทบจากปัญหาการถูกแยกออกจากสังคม และเสริมพลังให้กับชุมชนในพื้นที่ ในการเรียกร้องสิทธิที่จะมีสุขภาพดี ในทุก ๆ ขั้นตอนของกระบวนการ Urban HEART ต้องการการมีส่วนร่วม

อย่างเข้มแข็งของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ต้องแน่ใจว่าทีมงานมีการประสานงานที่ดีกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ และกลุ่มที่เป็นตัวแทนของคนชายขอบและกลุ่มเปราะบางในเมืองนั้น ๆ รวมทั้งสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด แรงงานย้ายถิ่นและคนไร้ที่อยู่อาศัย ควรหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมของชุมชนในลักษณะที่ไม่เกิดผลแท้จริง การเข้าร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน Urban HEART ต้องเป็นเรื่องจริงและมีความหมาย ซึ่งควรเสริมพลังให้กลุ่มชุมชนมีส่วนร่วม โดยให้ความรู้และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เขียนหลักการและกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการมีบทบาทร่วมของชุมชนโดยตรงไว้ในกรอบการดำเนินงาน

จัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้ให้มากที่สุด

คำแนะนำเพิ่มเติมในที่นี่ ได้มาจากเมืองนาร์รองที่ดำเนินงาน Urban HEART ได้แก่ การเข้าร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่และผู้มีอำนาจตัดสินใจ เพื่ออำนวยความสะดวกในการประชุมปฏิบัติการ มั่นใจที่จะอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และเน้นว่าความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นแบบแผนและไม่ยุติธรรม ใช้สิ่งสนับสนุนความรู้ต่าง ๆ ที่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้รับและบริบทที่เกี่ยวข้อง อธิบายวิธีการที่ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้าร่วมกระบวนการและเป้าหมายของการดำเนินงาน Urban HEART อภิปรายว่าทำไมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงจำเป็น และ Urban HEART จะช่วยให้พวกเขาบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร เป็นเรื่องสำคัญมากเมื่อมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข การจัดการประชุมปฏิบัติการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม วิธีการเข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่กล่าวมา ช่วยแสดงให้เห็นว่า Urban HEART ถูกออกแบบมาเพื่อพวกเขา และควรออกค่าใช้จ่ายการเดินทางและค่าอาหารให้กับผู้เข้าร่วมประชุม พึงระวังเกี่ยวกับสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่อาจสกัดกั้นการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น สตรี และแรงงานย้ายถิ่น และพยายามทำให้พวกเขามั่นใจว่ามุมมองต่าง ๆ ที่นำเสนอไป ได้รับการเอาใจใส่ ยกตัวอย่างเช่น อาจตัดสินใจที่จะจัดการประชุมฯ เป็นการเฉพาะสำหรับสตรีเท่านั้น เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2

กำหนดชุดตัวชี้วัดและเกณฑ์การเปรียบเทียบ

2.1 ทำไมต้องทำ

ในขั้นตอนนี้ ทีมงานต้องตัดสินใจว่าในเมืองของเรามีความสนใจเกี่ยวกับประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพประเด็นใด และกำหนดชุดตัวชี้วัดที่จะเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดในการประเมินประเด็นต่าง ๆ เหล่านั้น ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่สลับซับซ้อน คุณค่าของตัวชี้วัดที่ดีจะต้องมีประสิทธิภาพในตัวเอง คือ สามารถวัดได้ว่าอะไรสำคัญ โดยไม่ต้องวัดทุกสิ่งทุกอย่าง Urban HEART ได้เสนอรายการตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่จัดกลุ่มตามประเด็นนโยบายและปัจจัยทางสุขภาพ ตัวชี้วัดเหล่านี้ ได้รับการทดสอบแล้วในเมืองนาร์รอง และตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยกลุ่มที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก ควรนำตัวชี้วัดหลักทั้งหมดของ Urban HEART ไปใช้ และพิจารณาใช้ตัวชี้วัดเพิ่มเติม เพื่อดำเนินการเป็นการเฉพาะในเมืองของตน

2.2 ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ

สมาชิกทีมงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และด้านอื่น ๆ อีก 4 ด้าน ตามประเด็นนโยบาย (ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนามนุษย์และสังคม เศรษฐกิจ และการบริหารจัดการภาครัฐ) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากชุมชนท้องถิ่น หรือในพื้นที่ และหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้ง หน่วยงานที่เป็นเจ้าของข้อมูล

2.3 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

รายการตัวชี้วัด Urban HEART (ดูในภาคผนวกที่ 3)

2.4 ต้องใช้เวลามากเท่าไร

ควรประมาณการเวลาที่จะใช้สำหรับการประชุมทีมงาน 2-4 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปชุดตัวชี้วัด

2.5 จะความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็น

- ความรู้เรื่องตัวชี้วัดสุขภาพของประชาชน และประเด็นนโยบายทั้ง 4 ด้าน รวมทั้งตัวชี้วัดที่มีความสัมพันธ์กัน

- ความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถหาได้
- ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน Urban HEART ในเมืองอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นประโยชน์และช่วยปรับชุดตัวชี้วัดให้เป็นแนวเดียวกับเมืองอื่น ๆ ซึ่งทำให้สามารถทำการเปรียบเทียบระหว่างเมืองได้
- ทักษะภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง เพื่อการเสนอแนะแนวทางให้กับทีมงาน เน้นให้ทีมงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันเกี่ยวกับชุดตัวชี้วัด ที่มีความเป็นไปได้และที่มีความสัมพันธ์กัน

2.6 ต้องทำอะไรบ้าง

- ทบทวนว่าตัวชี้วัดสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ สามารถเปิดเผยความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพได้อย่างไร ทำให้มั่นใจว่าสมาชิกทีมงานมีความเข้าใจเป็นอย่างดี เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและจุดมุ่งหมายของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพและโอกาสต่าง ๆ ได้รับการแบ่งปันอย่างยุติธรรมระหว่างกลุ่มและภาคส่วนต่าง ๆ ภายในเมือง ซึ่งอาจต้องปรึกษานักวิจัยหรือจัดการประชุมปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้
- **ปรึกษาหารืออย่างกว้างขวางในการกำหนดประเด็นที่ห่วงใยเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง** ปรึกษากับสมาชิกทีมงาน และชุมชนที่ได้รับผลกระทบและผู้มีหน้าที่ตัดสินใจ เพื่อเข้าใจประเด็นที่พวกเขามีความห่วงใย ได้ดียิ่งขึ้น
- **เลือกตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนประเด็นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความห่วงใย** ทบทวนและเลือกตัวชี้วัดดังกล่าวจากรายการทั้งหมดของตัวชี้วัด Urban HEART ซึ่งสามารถดูได้จากภาคผนวกที่ 3 พยายามรวมตัวชี้วัดหลัก 12 ตัวชี้วัด ของ Urban HEART ไว้ในชุดตัวชี้วัดสุดท้าย เพื่อให้ผลของการเลือกตัวชี้วัดมีความครอบคลุม (ตัวชี้วัดเหล่านั้นสามารถแสดงให้เห็นประเด็นนโยบายสำคัญได้ทั้งหมด) และสามารถเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ ได้ อาจใช้ตัวชี้วัดอื่นที่สามารถหาได้แทนตัวชี้วัดหลัก ในกรณีที่ไม่มีตัวชี้วัดหลัก จัดลำดับความสำคัญตัวชี้วัดตามความสามารถวัดได้ โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ และอาจต้องรวมตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดหลัก ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของเมืองที่ดำเนินการไว้ด้วย
- **กำหนดตัวแปรจำแนกกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับเป็นตัวชี้วัด** ตามที่ได้ปรึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และคำแนะนำเกี่ยวกับรายการตัวชี้วัด (ดูข้างล่าง “เกี่ยวกับตัวแปรจำแนกกลุ่ม”)
- **กำหนดแหล่งข้อมูลที่สามารถหาข้อมูลตามตัวชี้วัดเหล่านี้ได้** ใช้เครือข่ายของสมาชิกทีมงานสร้างรายการแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดแหล่งข้อมูลที่มีความสำคัญ แหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งควรบันทึกเกี่ยวกับตัวแปรจำแนก (เช่น อายุ เพศ รายได้ การศึกษา พื้นที่ที่อยู่อาศัย) ซึ่งอาจมีการเก็บรวมไว้อยู่แล้ว และทำสัญลักษณ์ไว้ว่าตัวชี้วัดใดที่ต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่โดยการสำรวจ

- กำหนดเกณฑ์การเปรียบเทียบและเป้าหมายการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดต่าง ๆ ระหว่างระยะการประเมิน ทำการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในพื้นที่กับค่าเป้าหมายที่ควรเป็น อาจเลือกใช้เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) หรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายของรัฐบาลท้องถิ่นหรือของประเทศที่กำหนดไว้
- จัดตั้งทีมงานที่มีประสิทธิภาพ อาจตัดสินใจตั้งทีมงานย่อยเฉพาะประเด็นนโยบาย วิธีการนี้สามารถเพิ่มความเร็วในการดำเนินงาน และทำให้มั่นใจว่ามีการใช้ผู้เชี่ยวชาญในทีมงานอย่างมีประสิทธิภาพ และคณะกรรมการบริหารสามารถประสานการดำเนินกิจกรรมของทีมงานย่อยต่าง ๆ ได้
- จัดทำเอกสารกระบวนการดำเนินงาน สามารถใช้ข้อมูลที่ทำกรบันทึกไว้เป็นเอกสาร สำหรับการติดตามและประเมินผล และให้คำแนะนำเมืองที่จะดำเนินงาน Urban HEART ในอนาคต ว่าควรเริ่มต้นดำเนินการอย่างไร

2.7 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน คือ อะไร

- ชุดตัวชี้วัดที่แสดงลำดับความสำคัญของเป้าหมายระดับพื้นที่ ประเทศ และระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนาสุขภาพและสังคม
- ชุดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับระบบข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่แล้ว
- ทีมงาน Urban HEART ที่พร้อมจะเริ่มทำการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- **ปรับตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับโครงการและประเด็นงานสำคัญที่มีอยู่:** จะช่วยเสริมความสำคัญของการใช้ Urban HEART สำหรับการตัดสินใจ และสามารถกระตุ้นให้มีการนำ Urban HEART ไปใช้อย่างกว้างขวาง ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศฟิลิปปินส์ หลายเมืองปรับชุดตัวชี้วัด Urban HEART ให้เป็นแนวเดียวกับระบบการจัดการงบประมาณของเมืองต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในเมืองเม็กซิโก ทีมงานเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ประกอบด้วย การตรวจภาวะอ้วนในเด็ก โรคเบาหวาน และการควบคุมบุหรี่
- **ปรับแก้ไขตัวชี้วัด ถ้าจำเป็น:** อาจตัดสินใจที่จะปรับแก้ไขตัวชี้วัดต่าง ๆ ได้ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติและสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม เพิ่มอีก 7 โรค ในตัวชี้วัดหลัก ที่เกี่ยวกับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก เพราะโครงการป้องกันโรคต่าง ๆ ดังกล่าว เป็นเรื่องที่มีความสำคัญระดับประเทศ ทีมงานรู้ว่ามีความเป็นไปได้ที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ จะดำเนินงานเกี่ยวกับตัวชี้วัดดังกล่าว ถ้าความไม่เป็นที่ประจักษ์ให้เห็น ในเมืองเตหะราน ประเทศอิหร่าน ทีมงานได้เพิ่มตัวชี้วัดเกี่ยวกับโภชนาการ สุขภาพจิต และทุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน

- **ใช้ความเชี่ยวชาญของทีมงาน:** เมือง Ulaanbaatar ประเทศมองโกเลีย ตัดสินใจแบ่งทีมงานออกเป็นทีมย่อย ๆ เพื่อคัดเลือกตัวชี้วัด ผู้เชี่ยวชาญแต่ละประเด็นนโยบายตัดสินใจเลือกชุดข้อมูลและตัวชี้วัดที่เหมาะสม วิธีการนี้ช่วยเพิ่มพื้นที่ในการทำงาน เพิ่มคุณค่าความรู้ของผู้ร่วมดำเนินงาน และทำให้สามารถรักษาการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ได้
- **ทำให้ขนาดของชุดตัวชี้วัดสามารถจัดการได้:** ชุดตัวชี้วัดมีความหลากหลายทั้งขนาดและขอบเขต ในประเทศฟิลิปปินส์ รัฐบาลต้องการให้ทุกเมืองทั่วประเทศเก็บข้อมูลจำนวน 26 ตัว ซึ่งเป็นชุดตัวชี้วัดที่มีขนาดใหญ่ แต่รัฐบาลมีแผนที่จะใช้ข้อมูลทั้งหมดนี้ สำหรับการวางแผนระดับประเทศ เมืองที่ดำเนินงาน Urban HEART ในระดับเมืองตนเอง การใช้ชุดตัวชี้วัดขนาดใหญ่เช่นนี้อาจไม่เหมาะสม เมืองอื่น ๆ อาจมีข้อจำกัดของตนเองในการวิเคราะห์ตัวชี้วัดเพียง 15 ตัวชี้วัด
- **สร้างแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีศักยภาพ:** ยกตัวอย่างเช่น เมืองเม็กซิโกเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับข้อมูลภาษี เพื่อสร้างข้อมูลให้มากขึ้น

รายการตรวจสอบ

- **ความสอดคล้องและครอบคลุม:** ตัวชี้วัดต่าง ๆ เหล่านั้น สามารถชี้ประเด็นที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจในท้องถิ่นและชุมชนให้ความสนใจใช่หรือไม่
- **ความเป็นไปได้:** ข้อมูลที่มีอยู่ ใช้วัดตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้ หรือจำเป็นต้องสำรวจข้อมูลใหม่ ที่เป็นไปได้ คือ เลือกตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่สามารถวัดได้โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
- **การเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น ๆ หรือเป้าหมายที่กำหนด:** ตัวชี้วัดต่าง ๆ เปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายระดับภาคหรือระดับประเทศใช่หรือไม่ ตัวชี้วัดต่าง ๆ เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการดำเนินงาน Urban HEART ในเมืองอื่น ๆ หรือไม่
- **การเปรียบเทียบตามช่วงเวลา:** ตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่เลือกใช้ วัดได้ในช่วงเวลาต่อเนื่อง และสามารถเปรียบเทียบกันได้ในแต่ละช่วงเวลาใช่หรือไม่
- **ประสิทธิภาพ:** แต่ละตัวชี้วัด แสดงความเฉพาะของการดำเนินงานเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง หรือมีมากเกินไป

การคัดเลือกเกณฑ์เปรียบเทียบและค่าเป้าหมาย

การคัดเลือกเกณฑ์เปรียบเทียบและค่าเป้าหมายต่าง ๆ เป็นการตัดสินใจที่สำคัญที่สุดที่ทีมงานต้องทำ เนื่องจากมีค่ามาตรฐานและค่าเป้าหมายที่จะใช้วัดผลการดำเนินงานของเมืองที่ดำเนินงานกับเมืองข้างเคียงต่าง ๆ อาจพบว่า เกณฑ์การเปรียบเทียบหรือค่าเป้าหมายที่แตกต่างกันมีความเฉพาะสำหรับแต่ละตัวชี้วัด ยกตัวอย่างเช่น สามารถเปรียบเทียบอัตราการตายของ

ทารกแรกเกิดกับค่าเฉลี่ยของเมือง ค่าเฉลี่ยของประเทศ ค่าเป้าหมายที่กำหนดระดับประเทศ หรือเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ เกณฑ์การเปรียบเทียบบางตัวอาจมีความเหมาะสมกับประชาชนในเมืองนั้น และสะท้อนผลทางการเมืองมากที่สุด การเปรียบเทียบที่มีความหมายจะดึงความสนใจของรัฐบาล สื่อมวลชนและชุมชนท้องถิ่นได้

เกี่ยวกับตัวแปรจำแนกกลุ่ม

ข้อมูลที่ถูกจัดกลุ่มแล้ว แสดงผลลัพธ์ที่เป็นค่าเฉลี่ยของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ข้อมูลตามตัวแปรจำแนกกลุ่ม แสดงผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากรเฉพาะ หรือปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ (อาทิ เพศ รายได้ชนกลุ่มน้อยหรือชุมชนใกล้เคียงรอบ ๆ เมือง) จะถูกเปิดเผยให้เห็น วิธีการนี้ใช้ในการตรวจหาความไม่เป็นธรรมที่แอบแฝงอยู่ ยกตัวอย่าง อาจใช้หาความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ทางการศึกษาของเพศชายและเพศหญิง หรือดูว่าการเข้าถึงน้ำสะอาดมีความแตกต่างกันระหว่างชุมชนใกล้เคียงหรือไม่ หรืออัตราการเกิดวัณโรคมีความเกี่ยวข้องกับรายได้หรือไม่ ในหลายเมือง ตัวแปรจำแนกกลุ่มเกี่ยวกับพื้นที่ (อาทิ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ข้างเคียงหรือตำบลที่แตกต่างกัน) เนื่องจากข้อมูลทางภูมิศาสตร์ถูกเก็บไว้ในชุดข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะสำคัญอื่น ๆ (ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาและรายได้) มักไม่สามารถหาข้อมูลได้ และข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มที่ยากจนที่สุด (เช่น คนไร้ที่อยู่อาศัย หรือแรงงานต่างถิ่น) มักไม่ถูกรวมไว้ในสถิติที่มีการจัดการอย่างเป็นทางการ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากรเหล่านี้ควรมีการเก็บรวบรวมจากการสำรวจที่จะทำขึ้นใหม่ การดำเนินงาน Urban HEART ที่ทีมงานสามารถสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการการสำรวจ ให้มีความครอบคลุมมากขึ้นได้

ขั้นตอนที่ 3

การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเชื่อถือได้

3.1 ทำไมต้องทำ

การดำเนินงาน Urban HEART ควรอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ชุดข้อมูลที่สามารถหาได้จากหน่วยงานระดับนโยบายที่หลากหลายในเมืองนั้น ๆ การเก็บข้อมูลใหม่เพิ่มเติม มักใช้เวลาามาก เป็นภาระด้านงบประมาณ และไม่มีความยั่งยืน ทีมงานที่เน้นการสำรวจข้อมูลใหม่อาจต้องเสียแรงมาก ก่อนที่จะถึงระยะสำคัญในการประเมินและตอบสนอง ในทางตรงกันข้ามการแลกเปลี่ยนข้อมูลสามารถทำให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินงานในระยะต่อมา

3.2 ต้องทำอะไรบ้าง

ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลและชุมชนที่เป็นเจ้าของข้อมูลในการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ทีมงานควรพยายามใช้ข้อมูลที่สามารถหาได้สำหรับการดำเนินงาน Urban HEART ระวังไว้เสมอว่าชุดข้อมูลอาจมีปัญหาด้านคุณภาพอยู่บ้าง อาจทำสัญลักษณ์เกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดปกติของข้อมูลไว้จนกว่าจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 4 ถ้าต้องเผชิญกับปัญหาหนักมากให้มองหาแหล่งข้อมูลทางเลือกอื่น ๆ ที่สามารถหาได้

เจรจาขอความยินยอมให้ข้อมูล โดยอาจใช้แบบฟอร์มที่จัดทำขึ้น การทบทวนเกี่ยวกับการขอความยินยอมให้ข้อมูลอาจจำเป็นต้องดำเนินการ

กำหนดผู้ได้รับความไว้วางใจในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ที่สามารถใช้เป็นที่เก็บและวิเคราะห์ชุดข้อมูลที่จะใช้ในการดำเนินงาน Urban HEART โดยอาจตัดสินใจตั้งหน่วยเก็บข้อมูลออนไลน์ที่มีการป้องกันโดยใช้รหัสผ่าน หรือขอให้ผู้ให้บริการออนไลน์ประจำหน่วยงานเข้าร่วมดำเนินงาน

จัดการฐานข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย การจัดระเบียบ รวบรวม จัดกลุ่ม และจำแนกข้อมูลเพื่อสะดวกต่อการเชื่อมโยงและการเปรียบเทียบ งานนี้ควรดำเนินการโดยผู้จัดการข้อมูลที่มีทักษะ ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงาน

สำรวจข้อมูลใหม่ ถ้าจำเป็น การสำรวจข้อมูลใหม่ ถือว่าไม่สอดคล้องกับหลักการของ Urban HEART อย่างไรก็ตาม วิธีนี้อาจเป็นทางเลือกในระยะสั้นของเมืองที่ไม่มีข้อมูลเดิมที่เกี่ยวข้อง เช่น เมืองนาร์่องบางแห่ง พบว่าข้อมูลตัวชี้วัดด้านสังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (เช่น การศึกษา การสุขภาพ) จำเป็นต้องสำรวจใหม่ ให้ดำเนินงานร่วมกับนักวิจัยที่มีประสบการณ์ เพื่อให้มั่นใจว่าจะระเบียบวิธีการสำรวจมีความถูกต้องแม่นยำ และสามารถเป็นตัวแทนที่ครอบคลุมประชาชนชายขอบด้วย และแน่ใจว่าจะสนับสนุนให้มีการรวมข้อมูลใหม่นี้ ไว้เป็นส่วนหนึ่งของการเก็บรวบรวมข้อมูลในอนาคต

กำหนดเกณฑ์การเปรียบเทียบและค่าเป้าหมายสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว ในระหว่างระยะการประเมิน อาจเปรียบเทียบผลสำเร็จการดำเนินงานของพื้นที่กับค่าเป้าหมายต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น อาจเลือกเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) หรือเกณฑ์การเปรียบเทียบที่ประกาศโดยรัฐบาลท้องถิ่นหรือรัฐบาลระดับประเทศ

สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ อาจตัดสินใจตั้งทีมงานย่อย ๆ เพื่อมุ่งเน้นการทำงานประเด็นนโยบายเฉพาะ วิธีนี้ช่วยเพิ่มความเร็วในการดำเนินกิจกรรม และมั่นใจได้ว่าจะมีการใช้ประโยชน์ความเชี่ยวชาญของสมาชิกทีมงานอย่างมีประสิทธิภาพ และคณะกรรมการบริหารสามารถประสานกิจกรรมของทีมงานย่อย ๆ ได้

จัดทำเอกสารกระบวนการทำงาน สามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อการติดตามและประเมินผล และให้คำแนะนำเมืองที่จะดำเนินการ Urban HEART ในอนาคต ว่าควรเริ่มต้นดำเนินการอย่างไร

3.3 ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ

คนที่สามารถสนับสนุนการประเมินความถูกต้องและคุณภาพของข้อมูล การจัดการข้อมูลและระเบียบวิธีทางระบาดวิทยา ผู้เก็บรักษาข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการให้ข้อมูลได้ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงสำรวจ ถ้ามีแผนการดำเนินงานที่จะสำรวจข้อมูลใหม่

3.4 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

งบประมาณสำหรับการจัดตั้งและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐาน หรือแหล่งที่ได้รับ ความไว้วางใจในการให้ข้อมูล การเข้าถึงชุดข้อมูลของหน่วยงานกลาง หรือหน่วยงานด้านนโยบาย ที่หลากหลาย และงบประมาณการวิจัยเชิงสำรวจ (ถ้าจำเป็น)

3.5 ความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็น

- องค์ความรู้ที่มีอยู่ และชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ทักษะต่าง ๆ ในการจัดการชุดข้อมูลขนาดใหญ่ (อาทิ การประเมินคุณภาพข้อมูล การเชื่อมโยงและจัดระเบียบข้อมูล เป็นต้น) ทักษะเหล่านี้ อาจหาได้จากหน่วยงานเกี่ยวข้องที่ถือครองข้อมูลและศูนย์วิจัยด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัย

- ทักษะการเจรจาต่อรอง และการสนับสนุน หรืออำนวยความสะดวกกระบวนการทำงาน
- ความช่วยเหลือด้านกฎหมาย ในการทบทวนการขอความยินยอมให้ข้อมูล
- ความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงสำรวจ การขอคำปรึกษาจากสถาบันการศึกษา

ในท้องถิ่น

3.6 จะต้องใช้เวลามากเท่าไรในการดำเนินงาน

การขอความยินยอมให้ข้อมูล ในระยะเริ่มแรกอาจต้องดำเนินการทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าการขอความยินยอมนั้นเป็นการขอโดยใช้ความสัมพันธ์ที่มีอยู่เดิม การจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล ควรได้รับการพิจารณาอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการดำเนินงาน และเป็นกระบวนการมีส่วนร่วม การประมวลผล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอาจใช้เวลา 3 ถึง 5 เดือน โดยการทำงานอย่างทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ ขึ้นอยู่กับจำนวน ขนาด และขอบเขตของชุดข้อมูล ที่อาจขยายตามกระบวนการประมวลผลที่เคยดำเนินการมาก่อนหน้านี้ การสำรวจโดยการพบหน้ากันหรือติดต่อทางจดหมาย อิเล็กทรอนิกส์ หรือทางโทรศัพท์ อาจใช้เวลาประมาณ 1 ปี จึงจะแล้วเสร็จ ข้อควรจำ คือ กลุ่มประชากรบางกลุ่ม อาจมีปัญหาด้านการรู้หนังสือ หรือไม่มีโทรศัพท์ จึงต้องแน่ใจว่า ระเบียบวิธีการสำรวจมีความเหมาะสม ขั้นตอนการสำรวจ ประกอบด้วย การออกแบบการสำรวจ การดำเนินงานในพื้นที่ การนำเข้าข้อมูลเพื่อประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

3.7 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน คือ อะไร

ความสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างชุมชน การริเริ่มโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล มาตรฐานสำหรับการตรวจสอบความถูกต้อง และความเป็นระเบียบของข้อมูล ความเป็นระเบียบและถูกต้องของข้อมูลตามชุดตัวชี้วัดของพื้นที่ ทีมทำงานที่มีความพร้อมในการประเมินความไม่เป็นที่ธรรมด้านสุขภาพในพื้นที่

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

เริ่มดำเนินการโดยเร็วและเริ่มจากงานเล็ก ๆ: ไม่จำเป็นต้องรอรอบรวมชุดข้อมูลให้ได้ครบทั้งหมดจึงเริ่มดำเนินการ ในระหว่างขั้นตอนที่ 3 กำลังดำเนินการอยู่ เลือกชุดข้อมูลที่ง่าย ๆ มาทำการวิเคราะห์ก่อน (ขั้นตอนที่ 4) นำเสนอผลการวิเคราะห์กับภาคีที่มีศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อทบทวนคุณภาพข้อมูล และแสดงประเภทของข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ Urban HEART สามารถสร้างขึ้นได้ ในเมืองนากูรู ประเทศเคนยา ทีมงานเสนอผลการวิเคราะห์เบื้องต้นให้กลุ่มนักวิชาการ

แกนนำ การปรึกษานี้ช่วยให้ทีมงานจำแนกปัญหาช่องว่างของข้อมูล และทำการแก้ไขได้ การได้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถจุดใจหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ไม่มั่นใจ ให้เข้ามามีส่วนร่วมและมอบชุดข้อมูลที่ตนเองมีเพื่อการดำเนินงาน Urban HEART

การตรวจสอบข้อมูลร่วมกับชุมชน: เมือง Davao สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ชุมชนท้องถิ่น แสดงให้เห็นว่า สถิติภาพรวมเกี่ยวกับคุณภาพน้ำไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์น้ำที่แท้จริงในตำบลต่าง ๆ ของเมืองได้

การแลกเปลี่ยนข้อมูลอาจเป็นประเด็นอ่อนไหวทางการเมือง: ผู้ให้บริการบางส่วน อาจไม่ได้รับอนุญาตให้หน่วยงานอื่น ๆ นำข้อมูลไปใช้ได้โดยตรง วิธีการที่ใช้ได้ในหลายเมือง คือ การตั้งหน่วยสังเกตการณ์ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นภาคีที่สาม เช่น มหาวิทยาลัย หรือโดยสมาชิกของทีมงานที่ทำงานอย่างเปิดเผยกับหน่วยงานภาคี การแสดงตัวอย่างวิธีการต่าง ๆ และการปรึกษากับเมืองที่ดำเนินงาน Urban HEART (เช่น เมืองเตหะราน) ที่ตั้งหน่วยสังเกตการณ์สุขภาพ อาจเป็นประโยชน์ในการจุดใจเจ้าของข้อมูลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Urban HEART

ระดมสมองร่วมกับผู้เก็บรักษาข้อมูลในประเด็นที่มีการแลกเปลี่ยนกัน: ความเชื่อมโยงของข้อมูล การยอมรับได้ หน่วยการเก็บข้อมูลสนับสนุนที่เหมือนกัน ความรู้และประสบการณ์ของผู้เก็บรักษาข้อมูลเหล่านั้น จะมีคุณค่าและช่วยกำหนดแนวทางการร่วมมือได้ การยอมรับวิธีการจัดการข้อมูล ยังจะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการดำเนินงาน Urban HEART

พิจารณาข้อมูลที่รวบรวมจากการสำรวจสำมะโนประชากร: ข้อมูลที่แตกต่างกัน ที่เก็บรวบรวมโดยหน่วยงานต่าง ๆ อาจจะมีข้อมูลรายละเอียด หรือข้อมูลสนับสนุนในระดับที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ข้อมูลอาจถูกเก็บเป็นระดับบุคคล (เช่น การใช้บริการสุขภาพ) ระดับสถานที่อยู่อาศัย (เช่น การใช้ประโยชน์บริการสาธารณะ) การแบ่งเขตด้วยถนน (เช่น การเข้าถึงน้ำสะอาด) หรือ ขอบเขตของการสำมะโนข้อมูล (เช่น รายได้) ในบางเมือง การรวมกลุ่มข้อมูลในขอบเขตและช่วงเวลาของการสำมะโนเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เนื่องจากทำให้ง่ายต่อการเข้าใจความหมายของการวิเคราะห์ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ และไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

ทำให้ครอบคลุม: เมื่อเวลาผ่านไป ผู้เก็บรักษาข้อมูลอาจกลับมาให้ความสนใจที่จะแลกเปลี่ยนหรือสนับสนุนข้อมูล ด้วยการยอมรับชุดข้อมูลที่มีความครอบคลุม (แม้ว่าชุดข้อมูลเหล่านี้จะไม่ได้อยู่ในลำดับความสำคัญของการประเมินของทีมงานก็ตาม) จะช่วยสร้างความเข้มแข็งของชุดข้อมูลด้านสุขภาพในเขตเมือง และสร้างโอกาสการตอบสนองใหม่ ๆ มากขึ้น นอกจากนี้ ยังจะช่วยสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมจากชุมชน

วางแผนเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระยะยาว: การแลกเปลี่ยน การปกปิดหรือป้องกัน และการวิเคราะห์ชุดข้อมูลสำหรับการดำเนินงาน Urban HEART ควรได้รับการพิจารณาให้เป็น

คำมั่นสัญญาระยะยาว มากกว่าที่จะเป็นโครงการเดี๋ยวจบ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สามารถลดลงได้ด้วย การบูรณาการการจัดการข้อมูล Urban HEART เข้ากับหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีอยู่แล้ว ของภาคีที่ร่วมดำเนินงาน ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ข้อมูลมีลักษณะเฉพาะ: บางเมือง เช่น เมืองโฮจิมินห์ ประเทศเวียดนาม มีระบบการบริหารจัดการข้อมูลระดับท้องถิ่นที่ดี หรือเมืองอื่น ๆ เช่น เมืองจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย ได้ข้อมูลคุณภาพสูงจากระบบการสำรวจระดับประเทศ และผู้รักษาข้อมูลระดับประเทศ ทีมงานทำการรวบรวมข้อมูลได้ง่ายและอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เมืองอื่น ๆ อาจมีระบบข้อมูลที่อ่อนแอกว่า บางเมือง ตัวอย่างเช่น เมืองเม็กซิโก ข้อมูลที่มีคุณภาพสูงและมีการเก็บอย่างต่อเนื่อง มีแหล่งข้อมูลกระจายไปตามหน่วยงานต่าง ๆ ทีมงานจึงต้องใช้เวลามากขึ้นในการรวบรวมและจัดระบบข้อมูล

นำชุมชนมาร่วมเก็บข้อมูล: ถ้าต้องการสำรวจข้อมูล ต้องพยายามใช้วิธีการมีส่วนร่วม ที่นำสมาชิกชุมชนมาร่วมในการจัดทำแบบสำรวจ การรับสมัครใหม่และการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการนี้ช่วยให้อัตราการตอบกลับและคุณภาพการตอบกลับแบบสำรวจดีขึ้น ในเมืองเตหะราน ประเทศอิหร่าน ทีมงาน Urban HEART ทำการสำรวจครัวเรือนใหม่ เกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคม นำมาซึ่งโอกาสใหม่ ๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

รายการตรวจสอบ

<ul style="list-style-type: none"> มีการอธิบายถึงอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลใช่หรือไม่?
<ul style="list-style-type: none"> มีชุดข้อมูลจำแนกกลุ่ม ที่แสดงฐานะทางเศรษฐกิจ และจำแนกกลุ่มประชากรจากพื้นที่ข้างเคียงหรือไม่?
<ul style="list-style-type: none"> มีการพัฒนามาตรฐานข้อมูลและหน่วยนับ ที่เหมือนกันของข้อมูลจำแนกกลุ่มใช่หรือไม่?
<ul style="list-style-type: none"> มีการตรวจสอบด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลหรือไม่?
<ul style="list-style-type: none"> มีการดำเนินโครงการสาธิตการเก็บรวบรวมชุดข้อมูลอย่างง่าย และเสนอผลการวิเคราะห์ระยะเริ่มต้น ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและชุมชนใช่หรือไม่ ใช้การดำเนินงานลักษณะนี้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและกระตุ้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระยะต่อไปหรือไม่?
<ul style="list-style-type: none"> มีหน่วยให้บริการออนไลน์หรือเว็บไซต์ สำหรับเก็บรักษาชุดข้อมูลของภาคีต่าง ๆ อย่างปลอดภัย หรือไม่?

ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูล

ประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูลที่อาจต้องเอาใจใส่เป็นพิเศษ ได้แก่

ไม่สามารถหาข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่สำคัญได้ ตัวชี้วัด Urban HEART บางตัวที่สามารถชี้ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการทำผิดทางกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ความรุนแรงในชุมชน การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และการทารายได้จากการกักขังผู้หญิง เป็นตัวชี้วัดที่ยากในการวัด เนื่องจากฝ่ายบริหารจัดการ ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างสม่ำเสมอ ขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดเหล่านี้ของแต่ละเมือง อาจตัดสินใจที่จะทำการสำรวจข้อมูลใหม่ โดยรวมตัวชี้วัดเหล่านี้ได้ด้วย

ไม่มีตัวแปรจำแนกกลุ่ม หลายทีมงานพบว่า ตัวแปรจำแนกกลุ่มต่าง ๆ (ได้แก่ เพศ การศึกษา และระดับรายได้) ไม่ได้ถูกเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ทางเลือก คือ ทำการสำรวจใหม่ ผสมผสานกับชุดข้อมูลที่มีอยู่เดิม (ความเชื่อมโยงของข้อมูล) หรือใช้ตัวแปรแทนข้อมูลที่ขาดหายไป ก่อนที่จะทำการสำรวจใหม่ ตรวจสอบว่าความเชื่อมโยงของข้อมูลหรือการใช้ตัวแปรทดแทนสามารถอธิบายข้อมูลที่ต้องการได้ วิธีการเหล่านี้มีประสิทธิผลมากกว่าการสำรวจใหม่

หมายเหตุ: ทีมงานจำนวนมากพบว่า ข้อมูลที่จำแนกกลุ่มเกี่ยวกับพื้นที่ ไม่สามารถอธิบายตัวชี้วัด “อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด” ได้ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมในระดับประเทศ

เผชิญกับการรายงานข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ทีมงานอาจพบความแตกต่างเชิงระบบเกี่ยวกับคุณภาพหรือความครอบคลุมของข้อมูลในกลุ่มประชากรบางกลุ่มหรือบางตำบลของเมือง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนแออัด หรือการตั้งถิ่นฐานที่ไม่เป็นทางการ) ปัญหานี้เรียกว่า การรายงานที่ต่ำกว่าความจริง ซึ่งเป็นปัญหารุนแรงโดยตัวมันเอง เกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมที่กระบวนการ Urban HEART ต้องให้ความสำคัญ ในฐานะที่ Urban HEART มุ่งเน้นประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหรือชุมชนที่เสียผลประโยชน์ เป็นข้อมูลที่จำเป็น หากทีมงานเผชิญกับปัญหาการรายงานต่ำกว่าเป็นจริงเช่นนี้ มีหลายทางเลือกที่ต้องพิจารณา เช่น อาจเพิ่มข้อมูลเชิงคุณภาพแทนการขาดหายไปของข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการสำรวจใหม่ หรือใช้ตัวแปรทดแทนในการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ นักวิเคราะห์ข้อมูลหรือนักวิจัยที่มีทักษะหรือความชำนาญ สามารถให้แนวทางเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่เหมาะสมได้ รวมทั้งใช้โอกาสนี้เสนอให้เมืองนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ดีขึ้น

มีหลายแหล่งข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดเดียวกัน เรียนรู้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่ง ก่อนที่จะเลือกใช้แหล่งข้อมูลใด หรือชุดข้อมูลใดมีคุณภาพดีที่สุดในกรอบคลุมมากที่สุด แหล่งข้อมูลใดเป็นปัจจุบันที่สุด นักวิจัยเสนอให้เลือกแหล่งข้อมูลใดมากกว่ากันทำไมจึงเสนอเช่นนั้น อาจต้องทำการวิเคราะห์ห้งาย ๆ โดยการใช้ชุดข้อมูลที่แตกต่างกันและทำการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูล แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันนำไปสู่ข้อสรุปที่แตกต่างกันหรือไม่สำหรับตัวชี้วัดหนึ่ง ๆ ถ้าใช่ จำเป็นต้องพิสูจน์ว่าชุดข้อมูลใดมีความเที่ยงตรงที่สุด ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูล เกี่ยวกับเทคนิคที่เหมาะสมและอภิปรายเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูลกับชุมชนในพื้นที่

ข้อมูลที่เก็บมีช่วงการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่เก็บโดยหน่วยงานต่าง ๆ อาจไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ เพราะว่าเก็บข้อมูล ณ เวลาที่แตกต่างกัน ควรทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูล หรือนักวิจัย (เช่น นักระบาดวิทยา) เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาท้าทายนี้

ขั้นตอนที่ 4

การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 ทำไมต้องทำ

Urban HEART สามารถทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเมืองนั้น ๆ และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหา จุดมุ่งหมายของขั้นตอนที่ 4 คือ การสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนเริ่มต้นในระยะเวลาประเมิน Urban HEART การใช้ชุดตัวชี้วัดและข้อมูลที่รวบรวมได้ นำมาสร้างเป็นแผนภูมิและกราฟอย่างง่าย ทีมงานสามารถสร้างแผนภูมิและกราฟที่อ่านง่าย (ตารางหลายมิติและตารางติดตามผล) เพื่อแสดงความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง สิ่งเหล่านี้ช่วยเปิดเผยประเภทของปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพที่เป็นปัญหามากที่สุดหรือน้อยที่สุด และใครที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดหรือน้อยที่สุด และตารางติดตามผลยังสามารถแสดงแนวโน้มความเป็นธรรมด้านสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาได้

4.2 ต้องทำอะไรบ้าง

ใช้โปรแกรมแผนภูมิและกราฟอย่างง่าย อาจต้องใช้โปรแกรม Microsoft Excel **เริ่มด้วยตารางหลายมิติ** โดยทำตามคำแนะนำการกรอกข้อมูลลงในตารางหลายมิติ (รวมทั้งเกณฑ์การเปรียบเทียบ) สามารถดูคำแนะนำทางเทคนิคได้จากด้านหลังของคู่มือฉบับนี้ ในภาคผนวกที่ 4

จัดทำรูปแบบการทดสอบหลายทางของตารางหลายมิติ เพื่อค้นหาแนวโน้มหรือแบบแผนการใช้ตัวแปรที่แตกต่างกัน ควรจัดทำตารางหลายมิติที่สามารถเปรียบเทียบได้กับทุก ๆ เมืองข้างเคียง หรือขอบเขตการสำมะโน (ตารางแนวคอลัมน์) และตัวชี้วัดหลักทั้งหมด (ตารางแนวแถว)

นำเสนอผลด้วยตัวเลขสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัวและรหัสสีต่าง ๆ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจปัญหาที่เร่งด่วน (อาทิ อย่างไรก็ตามใช้สีแดง) ซึ่งจะช่วยจำแนกพื้นที่เสี่ยงหรือกลุ่มเสี่ยง (อาทิ ตัวชี้วัดที่ใส่รหัสสีเหลืองมีค่าเกือบจะเป็นสีเขียวหรือใกล้เคียงสีแดง)

ตรวจสอบผลลัพธ์เพื่อความถูกต้อง ถ้าเห็นความผิดปกติอย่างชัดเจน ควรทบทวนคุณภาพแหล่งข้อมูล อาจจำเป็นต้องแก้ไขข้อมูล หรือใช้แหล่งข้อมูลที่แตกต่างออกไป ในขั้นตอนที่ 5 จะมีโอกาสเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำให้ข้อมูลเชื่อถือได้ เมื่อทบทวนผลลัพธ์เหล่านี้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ

จัดทำตารางติดตามผล ต่อมาต้องใส่ข้อมูล (รวมทั้งเกณฑ์เปรียบเทียบ) ลงในตารางติดตามผล คำแนะนำทางเทคนิคในการจัดทำตารางติดตามผล สามารถดูได้ในภาคผนวกที่ 5

4.3 ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ

เจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคการจัดทำแผนภูมิต่าง ๆ สมาชิกทีมงานคนอื่น ๆ ควรทบทวนแผนภูมิที่จัดทำขึ้นเพื่อมองหาความผิดปกติ

4.4 จะต้องใช้เวลามากเท่าไรในการดำเนินงาน

หลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำตารางหลายมิติและตารางติดตามผล มาใช้เป็นเครื่องมือการทำงานอย่างรวดเร็ว สำหรับนักเทคนิคที่มีประสบการณ์ใช้เวลาประมาณหนึ่งสัปดาห์ ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าในการใช้โปรแกรมแผนภูมิ อาจใช้เวลามากขึ้นอีกเล็กน้อย

4.5 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

- โปรแกรมแผนภูมิและกราฟ (เช่น Microsoft Excel)
- ข้อมูลระดับพื้นที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดและตัวแปรจำแนกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องมีข้อมูลเหล่านี้ไว้ในแผนภูมิของตารางหลายมิติและตารางติดตามผล
- ข้อมูลเกณฑ์การเปรียบเทียบ ต้องการข้อมูลเหล่านี้สำหรับการใส่รหัสสีในตารางหลายมิติและตารางติดตามผล
- คำแนะนำทางเทคนิคสำหรับการสร้างตารางหลายมิติและตารางติดตามผล ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 4 และ 5
- เจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคจัดทำตารางหลายมิติและตารางติดตามผล

4.6 ความรู้และทักษะอะไรที่จำเป็น

ทักษะทางเทคนิคหรือทางวิชาการ การสร้างตารางหลายมิติและตารางติดตามผล สามารถดำเนินการได้โดยใครก็ตามที่มีประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมการคำนวณหรือแผนภูมิ การคำนวณอย่างง่าย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสถิติและระบาดวิทยา จะมีประโยชน์สำหรับทีมงาน

4.7 ผลลัพธ์การดำเนินงาน คือ อะไร

- แผนภูมิหลายมิติที่สมบูรณ์ สามารถแสดงให้เห็นอำนาจตัดสินใจหรือชุมชนเข้าใจยิ่งขึ้นเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของปัญหาความเป็นธรรมในเมือง หรือระหว่างเมืองต่าง ๆ ได้
- ตารางติดตามผลที่สมบูรณ์ นักวางแผนสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแต่ละช่วงเวลาได้
- ทีมงานจัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่มีประโยชน์ สามารถเข้าใจและใช้ได้ง่าย สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

จัดทำแผนภูมิสำหรับทุกพื้นที่ในเมือง ไม่จำกัดการวิเคราะห์เฉพาะในพื้นที่ที่รวยที่สุดหรือพื้นที่ที่จนที่สุด แนวทางนี้ทำให้สามารถสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ที่หนักแน่นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพโดยรวม ส่วนประกอบต่าง ๆ ของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ อาจค้นพบความไม่เป็นธรรมที่ไม่เคยรู้มาก่อน

เสนอผลลัพธ์ที่ได้จากตารางหลายมิติเป็นอันดับแรก อาจต้องรอที่จะใส่ข้อมูลในตารางติดตามผล หลังจากเสนอผลลัพธ์ของตารางหลายมิติ (ขั้นตอนที่ 5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถช่วยทีมงานเลือกตัวชี้วัดที่สำคัญเพื่อทบทวนเกณฑ์การเปรียบเทียบแล้วจึงกลับไปขั้นตอนที่ 4 เพื่อจัดทำตารางติดตามผล

บอกจำนวนว่าอย่างไร คือ สีแดง ในตารางหลายมิติ ประกอบด้วยตัวเลขจริงและรหัสสีต่าง ๆ ตัวเลขแสดงจำนวน ช่วยให้ผู้ทบทวนเข้าใจเกี่ยวกับขนาดของความไม่เป็นธรรมได้

รายการตรวจสอบ

- มีการทบทวนคำแนะนำด้านเทคนิคในการจัดทำตารางหลายมิติและตารางติดตามผลที่ถูกต้องหรือไม่
- มีการประเมินซ้ำเกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูล ไม่ว่าที่ใดก็ตามที่เห็นผลลัพธ์ที่ไม่ได้คาดหวังในตารางหลายมิติหรือตารางติดตามผลหรือไม่
- มีการเลือกใช้ผลลัพธ์จากตารางหลายมิติ ช่วยวางแผนจัดทำตารางติดตามผลหรือไม่

ตารางหลายมิติและเครื่องมือติดตามผล (Matrix and Monitor)

Urban HEART เสนอเครื่องมือดำเนินงาน 2 ชนิด ที่ใช้สำหรับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านความเป็นธรรม

ตารางหลายมิติ แสดงให้เห็นว่าพื้นที่หรือประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในเมืองที่แตกต่างกัน ได้รับความยุติธรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัดในแต่ละประเด็นนโยบาย ณ ช่วงเวลาที่กำหนด และยังสามารถใช้เปรียบเทียบกับระหว่างเมืองได้ด้วย แต่ไม่บอกทิศทางของการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป ตารางหลายมิติที่ใส่รหัสสีในแต่ละตัวชี้วัด เพื่อแสดงผลการดำเนินงานที่ไม่ดี (สีแดง) ผลการดำเนินงานที่มีความเสี่ยง (สีเหลือง) และผลการดำเนินงานที่ดี (สีเขียว) สัมพันธ์กับเกณฑ์การเปรียบเทียบที่กำหนด ตารางหลายมิติเป็นการนำเสนอที่มีพลัง และเป็นเครื่องมือการขับเคลื่อนทางสังคมสำหรับชุมชนและผู้มีอำนาจตัดสินใจ และช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นความสำคัญของความสัมพันธ์และปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมืองที่เร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว สามารถกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยเกี่ยวกับสาเหตุของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ และกลยุทธ์การตอบสนองที่เหมาะสม ทุกทีมงานควรพัฒนาตารางหลายมิติเพื่อเปิดเผยความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเมืองของตน

เครื่องมือติดตามผล เป็นกราฟบอกทิศทางของปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพเมื่อเวลาผ่านไป เครื่องมือติดตามผลช่วยให้เห็นว่าปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง (หรือภาค หรือประเทศ) กำลังขยายตัวเพิ่มขึ้น หรือลดลง นักวางแผนสามารถใช้เครื่องมือติดตามผลช่วยแนะแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของความเป็นธรรม และนักประเมินผลยังสามารถใช้วัดผลกระทบเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพจากโครงการหรือนโยบายได้ด้วย สำหรับการจัดลำดับความสำคัญ สามารถใช้เครื่องมือติดตามผลช่วยประเมินว่าปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพกำลังขยายตัวเพิ่มขึ้น และต้องมีการพูดคุยกัน หรือว่าสถานการณ์กำลังดีขึ้น สำหรับการประเมินผลกระทบความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สามารถตรวจสอบว่าปัญหาความเป็นธรรมกว้างขึ้นหรือลดลง หลังจากที่มีการเปิดตัวโครงการหรือนโยบายใหม่ และเครื่องมือติดตามผลสามารถใช้วัดผลกระทบของโครงการหรือนโยบายที่ดำเนินการในอดีต และที่จะดำเนินไปข้างหน้า สามารถใช้วัดผลกระทบกลยุทธ์การตอบสนองที่ได้ดำเนินการตาม Urban HEART

เพื่อจุดมุ่งหมายด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน ทีมงานควรจัดทำตารางหลายมิติก่อนการเสนอผลลัพธ์ (ขั้นตอนที่ 5) จากการปรึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถเลือกที่จะใช้เครื่องมือติดตามผลเพื่อติดตามตัวชี้วัด เฉพาะตัวใดตัวหนึ่งอย่างลึกซึ้งได้

ขั้นตอนที่ 5

ประเมินและจัดลำดับความสำคัญปัญหา

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและองค์ประกอบต่าง ๆ

5.1 กำไรต้องทำ

ขณะนี้ทีมงานได้จัดทำข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเข้มแข็ง เพื่อแสดงความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง เป้าหมายของขั้นตอนที่ 5 คือ เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข ในขั้นตอนที่ 6 จะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้คำแนะนำนโยบายที่ดีที่สุดและลำดับความสำคัญของปฏิบัติการในการตอบสนองต่อปัญหาเหล่านี้ ขั้นตอนที่ 5 และ 6 มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด ทั้งสองขั้นตอนเน้นการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ขั้นตอนที่ 6 เน้นการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของการแก้ไขปัญหา

5.2 ต้องทำอะไรบ้าง

เรียงลำดับการจัดการประชุมปฏิบัติการและการประชุมต่าง ๆ ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จุดมุ่งหมายของบทนี้ คือ เพื่อนำชุมชนและผู้มีอำนาจตัดสินใจโดยตรงเข้าร่วมดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของตารางหลายมิติและเครื่องมือติดตามผล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไข ใช้เครือข่ายของทีมงานที่มีการติดต่อกันอยู่ เพื่อเชิญชวนผู้เข้าร่วมประชุม และต้องมั่นใจว่าได้นำบุคคลและองค์กรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 มาร่วมประชุมด้วย รูปแบบการประชุมอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมประชุม

แนะนำวิธีการอ่านตารางหลายมิติและเครื่องมือติดตามผลให้ผู้เข้าร่วมประชุม
วิธีการพื้นฐานทั้งสองอย่างนี้ ใช้สำหรับการทบทวนแผนภูมิการจัดลำดับความสำคัญ (ดูรายละเอียดและตัวอย่างในภาคผนวกที่ 6)

- ผู้ทบทวนสามารถเริ่มต้นโดยการเลือกตัวชี้วัดเฉพาะที่สนใจ (หรือประเด็นนโยบายหรือพื้นที่ข้างเคียง) และทำการตรวจสอบตารางหลายมิติและเครื่องมือติดตามผลเกี่ยวกับปัญหาความเป็นธรรมที่มีความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดนั้น

- ผู้ทบทวนอาจมองตารางหลายมิติที่มีขอบเขตกว้างขวางออกไปถึงกลุ่มของปัญหา (อาทิ สีเหลี่ยมสีแดง และสีเหลือง) แล้วโยงกลับไปยังตัวชี้วัดเฉพาะ ประเด็นนโยบาย หรือพื้นที่ข้างเคียงที่ต้องการความเอาใจใส่

เอื้ออำนวยให้เกิดการอภิปรายครอบคลุม 3 หัวข้อหลัก คือ

1. การเห็นแนวโน้มหรือหลุมพรางของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
2. ความเข้าใจสาเหตุและผลกระทบของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
3. การจัดลำดับความสำคัญปัญหาหรือพื้นที่ ที่ต้องปฏิบัติการแก้ไขปัญหา

สืบสวนประเด็นเนื้อหาเชิงลึก แผนภูมิสีแดง เหลือง และเขียว เป็นวิธีการที่ง่ายสำหรับกรมมองเห็นว่าที่ใดของเมืองมีปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพชัดเจนมากที่สุด ถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่าผลลัพธ์ที่ได้ตรงกับความคิดเห็นของพวกเขาหรือไม่ (เรียกว่า การตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบเผชิญหน้า) ซึ่งอาจพบสถานการณ์ความผิดพลาดหรือการรายงานต่ำกว่าความจริงได้ สืบค้นเพื่อเปิดเผยให้เห็นความสำคัญของปัญหา ทบทวนผลลัพธ์เชิงตัวเลขในการประเมินขนาดของปัญหา และอภิปรายร่วมกับชาวบ้าน ผู้ให้บริการและคนอื่น ๆ เพื่อเก็บเรื่องราวต่าง ๆ และการอธิบายความเกี่ยวกับสาเหตุที่เป็นไปได้และผลที่ตามมาของความไม่เป็นธรรม ข้อมูลเชิงคุณภาพเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการวางแผนกลยุทธ์การตอบสนอง ในขั้นตอนที่ 6

จัดลำดับความสำคัญอย่างเป็นธรรมและตามความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เก็บรายการประเด็นปัญหาสำคัญที่กำหนดขึ้นโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ และทีมงานควรมุ่งเน้นประเด็นปัญหาที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดจากกลุ่มต่าง ๆ หากมีรายการประเด็นสำคัญที่ยาวมาก ถ้าต้องการนำประเด็นเหล่านั้นทั้งหมด มาดำเนินการในขั้นตอนที่ 6 จำเป็นต้องปรับปรุงรายการประเด็นปัญหาให้สั้นลง ตามความต้องการดำเนินงานในระยะเร่งด่วน ระยะเวลา และระยะยาวตามลำดับบางทีมงานออกแบบระบบการให้คะแนนสำหรับการจัดลำดับความสำคัญ ของประเด็นปัญหาต่าง ๆ เกณฑ์ที่แนะนำสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ประกอบด้วย การเข้าถึงได้หรือความสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของโครงการหรือนโยบายที่มีอยู่ ความต้องการของชุมชน ขนาดหรือความรุนแรงของความไม่เป็นธรรม ความจำเป็นหรือการเสียผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ของการตอบสนองที่เหมาะสม (ดูขั้นตอนที่ 6)

5.3 ใครบ้างที่ควรร่วมดำเนินการ

สมาชิกทีมงานทั้งหมดและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้ปรึกษาหารือกัน ในระหว่างขั้นตอนที่ 1 ผนวกกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ร่วมดำเนินงาน Urban HEART (หรือแสดงความสนใจในกระบวนการดำเนินงาน) ถ้าชุมชนที่ได้รับผลกระทบไม่ได้มีส่วนร่วมดำเนินการด้วยตั้งแต่ต้น ควรให้พวกเขาเหล่านั้นเข้ามาร่วมดำเนินการในขั้นตอนนี้

5.4 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

แผนภูมิหลายมิติและเครื่องมือติดตามผลที่สมบูรณ์ครบถ้วน สำหรับการเผยแพร่และการแสดงผล สามารถใช้แผ่นภาพขนาดใหญ่ (โปสเตอร์) หรืองานพิมพ์ หรือจอฉายภาพ พร้อมด้วยคอมพิวเตอร์พกพา รายงานฉบับย่อเกี่ยวกับกระบวนการ Urban HEART ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งข้อมูล และการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่ได้ดำเนินการแล้ว เครื่องมือที่จะใช้บันทึกข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (อาทิ กระดาษฟลิปชาร์ต เครื่องบันทึกเสียง หรือเครื่องฉายพื้นที่สำหรับการประชุม และงบประมาณสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม (เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง ค่าอาหารกลางวัน และค่าดูแลเด็ก เป็นต้น)

5.5 ความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็น

- ความรอบรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับ Urban HEART แผนภูมิหลายมิติและการติดตามผลกระบวนการ Urban HEART ที่ดำเนินการจนถึงปัจจุบัน
- ความรอบรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความสนใจและการจัดลำดับความสำคัญปัญหาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ทักษะการอำนวยความสะดวกที่ดี ผู้อำนวยความสะดวกที่มีประสิทธิภาพต่างกัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างกัน
 - ทักษะการนำเสนอที่ดี สำหรับการบรรยายสรุปให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจและผู้ที่เป็นแกนนำดำเนินงาน
 - ทักษะการบันทึกหรือจัดทำเอกสาร สำหรับการเตรียมรายงานและการนำเสนอต่าง ๆ
 - ทักษะการบันทึกและจัดทำเอกสาร สำหรับจับบันทึกผลลัพธ์จากการประชุมและปรับปรุงรายการลำดับความสำคัญเกี่ยวกับความเป็นธรรม

5.6 จะต้องใช้เวลามากเท่าไรในการดำเนินงาน

ขั้นตอนนี้อาจใช้เวลามาก ควรจัดลำดับความสำคัญการประชุมหลาย ๆ การประชุมที่ทำให้สามารถเปิดการอภิปรายท่ามกลางกลุ่มต่าง ๆ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาจต้องการเวลาสำหรับการวางแผนจัดประชุม การบันทึกและเรียบเรียงผลลัพธ์จากการประชุม ประมาณ 1-2 เดือน

5.7 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน คือ อะไร

- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง และสนับสนุนการจัดลำดับความสำคัญปัญหาที่สำคัญที่สุด
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความมั่นใจในคุณค่าของการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อประเมินปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง
- ทีมงานได้รวบรวมข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายสาเหตุและผลที่ตามมาของปัญหาความเป็นธรรมที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยแนะแนวทางการคัดเลือกการตอบสนองได้
- มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

วางแผนอย่างรอบคอบในการแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงประจักษ์จากการดำเนินงาน Urban HEART ไม่มีข้อกำหนดตายตัวในเรื่องนี้ บางเมืองประชุมกับชุมชนที่ได้รับผลกระทบก่อน และจัดให้มีการนำเสนอผลลัพธ์ของการวิเคราะห์หลายมิติและเครื่องติดตามผลให้กับเจ้าหน้าที่ ในขณะที่บางแห่งอาจเลือกที่จะเข้าพบผู้มีอำนาจตัดสินใจก่อน ให้อธิบายประสบการณ์และความเข้าใจของทีมงานในการวางแผนเกี่ยวกับวิธีการที่ต้องใช้

ให้ความสำคัญกับการประชุมร่วมกับชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ควรนำเสนอผลลัพธ์การดำเนินงาน Urban HEART ให้กับชุมชนที่ได้รับผลกระทบเพื่อร่วมกันอภิปราย ขั้นตอนที่น่าจะเป็นนี้จะช่วยกระตุ้นพลังอำนาจของชุมชนและการเข้าร่วมทางสังคม ชุมชนจำนวนมากเกิดความผิดหวังเมื่อนักวิจัยเก็บข้อมูลข่าวสารจากพื้นที่ไปแล้ว ไม่นำผลการวิเคราะห์ที่ได้ย้อนกลับให้ชุมชนทราบ หรือเมื่อนักวิจัยสรุปผลลัพธ์การดำเนินงานที่ไม่ตรงความเป็นจริง ในเมือง Guarulhos ประเทศบราซิล ทีมงานประสานงานการประชุมปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ ในการประเมินผลลัพธ์และเสนอแนะกลยุทธ์การตอบสนอง

ปรับเปลี่ยนหัวข้อการประชุมให้เหมาะสมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม การประชุมแต่ละครั้ง ควรมั่นใจว่าวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการนำเสนอ มีความเหมาะสม (เช่น เหมาะสมกับระดับการศึกษา ภาษา ระดับความเป็นทางการ) ผู้อำนวยการความสะอาดต่างกันอาจเหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน พูดคุยกับชุมชนด้วยภาษาของชุมชนนั้น และเน้นประเด็นที่มีความสำคัญต่อชุมชน

สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น ในบางชุมชนอาจประชุมกลุ่มผู้หญิงแยกออกจากกลุ่มผู้ชาย ซึ่งจะทำให้เสียงของผู้หญิงเข้มแข็งขึ้น และช่วยทำให้มั่นใจว่าประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงเหล่านั้น เช่น การขาดความปลอดภัยหรือความมั่นคง หรือความรุนแรงทางเพศ สามารถที่จะพูดคุยกันอย่างเปิดเผย

จัดเวลาสำหรับการพูดคุย แต่ละช่วงของการประชุม จัดเวลาให้เพียงพอที่จะทบทวนเกี่ยวกับวิธีเข้าถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลสุขภาพและเป้าหมายของ Urban HEART อธิบายวิธีการแปลผลหรือตีความการวิเคราะห์หลายมิติและเครื่องมือติดตามผล ให้เวลาสำหรับการซักถามและการตอบคำถามเกี่ยวกับแผนภูมิว่าสร้างได้อย่างไร (รวมถึงคำถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ใช้) สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ให้เวลาสำหรับการอภิปรายของผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเพียงพอ

ให้ความสนใจกับ “สีเหลือง” “สีเขียว” และ “สีแดง” สีเหลืองสีแดงสามารถส่งสัญญาณความห่วงใยที่สำคัญเร่งด่วนที่ควรได้รับการอภิปราย กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับตัวชี้วัดที่มีสีเหลือง เนื่องจากสิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นความเสี่ยงของชุมชนที่ต้องการแก้ไข การศึกษาตัวชี้วัด “สีเขียว” ที่อาจไม่ครอบคลุมโครงการที่ประสบความสำเร็จและอาจต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับเมืองข้างเคียงอื่น ๆ

หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้ข้อมูลข่าวสารตลอดกระบวนการดำเนินงาน Urban HEART ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ไม่คาดคิดเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ อาจไม่เป็นที่ยินดีหรือทำลายเป้าหมายการสร้างความร่วมมือในขั้นตอนที่ 6 ได้

ทำให้กระชับ จงอย่าเพิ่มสิ่งอื่นใดที่ไม่จำเป็นในการนำเสนอรายละเอียดการดำเนินงาน Urban HEART เพราะข้อดีของการวิเคราะห์ตารางหลายมิติของ Urban HEART คือ ความง่ายซึ่งเหมาะกับผู้มีอำนาจตัดสินใจที่มีงานยุ่ง เนื่องจากผลลัพธ์จากตารางช่วยให้จับประเด็นหรือเข้าใจได้ง่าย และทราบความเป็นมาได้โดยใช้เวลาน้อยที่สุด รหัสสีต่าง ๆ ช่วยดึงความสนใจไปยังจุดที่เป็นปัญหาสำคัญ และกรอบประเด็นนโยบายสามารถเป็นตัวแทนได้ทันที ในขั้นตอนที่ 1 เราได้เตรียมการผู้มีอำนาจตัดสินใจให้เข้าใจเกี่ยวกับ Urban HEART และขั้นตอนนี้เราสามารถเสนอรายงานที่เต็มไปด้วยพลังและทรงคุณค่า

รายการตรวจสอบ

- มีการปรับเปลี่ยนกำหนดการประชุมต่าง ๆ และอุปกรณ์การนำเสนอมีความเจาะจงสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มหรือไม่
- มีการพิจารณาจำนวนตัวเลขและรหัสสีบนแผนภูมิ เพื่อประเมินขนาดของปัญหาความเป็นธรรมหรือไม่
- มีการพิสูจน์ความถูกต้องแม่นยำของผลลัพธ์ที่ได้หรือไม่
- มีการเก็บข้อมูลเสริมอื่น ๆ ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับบริบท สาเหตุและผลข้างเคียงของปัญหาความเป็นธรรมในเมืองหรือไม่

ขั้นตอนที่ 6

กำหนดการตอบสนองที่ดีที่สุด

6.1 ทำไมต้องทำ

จุดมุ่งหมายของขั้นตอนที่ 6 คือ จัดทำข้อเสนอแนะที่หนักแน่นชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งที่รัฐบาลหรือชุมชนจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพและไม่สามารถปกปิดได้ คุณค่าของข้อเสนอแนะ Urban HEART มี 4 ประการสำคัญ คือ

- สามารถแสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ต้องมีการแก้ไข
- สามารถแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ของการตอบสนอง

ตามข้อเสนอของทีมงาน Urban HEART

- ข้อเสนอได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ชุมชนและแกนนำที่ดำเนินการได้ดีที่สุด

6.2 ต้องทำอะไรบ้าง

เชื่อมโยงการประเมินกับการตอบสนอง เมื่อกำหนดประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่สำคัญได้แล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ กำหนดการตอบสนองที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 6 จะเกิดต่อเนื่องมาจากขั้นตอนที่ 5 และในขั้นตอนที่ 6 ได้รวมการปรึกษาหารืออย่างเข้มข้นและการรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไว้ด้วย กลยุทธ์ที่ดีกลยุทธ์หนึ่ง คือ การผนวกแผนการตอบสนองไว้ในการประชุมปฏิบัติการเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่วางแผนไว้แล้ว ในขั้นตอนที่ 5 ควรประเมินความเป็นไปได้ของการตอบสนองที่แตกต่างกัน และอาจต้องทบทวนลำดับความสำคัญปัญหา เพื่อพิจารณาว่าอะไรที่สามารถทำได้สำเร็จ

ระดมสมองเพื่อให้ได้การตอบสนองที่มีศักยภาพ Urban HEART สนับสนุนรายการการดำเนินโครงการและนโยบายการลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (ภาคผนวกที่ 7) ซึ่งการดำเนินงานต่าง ๆ ได้รับการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบแล้วในเมืองต่าง ๆ ใช้ข้อมูลนี้เพื่อการระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการตอบสนองที่สอดคล้องกับปัญหา ชุมชนที่ได้รับผลกระทบควรแสดงบทบาทอย่างแข็งขันในกระบวนการดังกล่าวนี้ สุขภาพของประชาชนในชุมชนคือ เดิมพัน และพวกเขาควรทำอะไรที่ดีที่สุด ที่จำเป็นต้องดำเนินการ

ใช้เกณฑ์การคัดเลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบ (ยกตัวอย่างเช่น โดยใช้ระบบการให้คะแนนเพื่อให้น้ำหนักคุณค่าของเกณฑ์ที่แตกต่างกัน) หรืออย่างไม่เป็นทางการมากนัก ไม่มีข้อกำหนดตายตัวสำหรับเรื่องนี้ ประเด็นสำคัญ คือ ใช้วิธีการแบบองค์รวม และประเมินการดำเนินงานที่มีศักยภาพอย่างรอบคอบ (ดูกล่องข้อความด้านล่างสำหรับคำแนะนำเกณฑ์การคัดเลือก) ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ จงทำให้มั่นใจว่าลำดับความสำคัญของการดำเนินงานที่กำหนดไว้ มีจุดมุ่งหมายที่จะลดช่องว่างความเป็นธรรม และด้วยวิธีการนี้จะช่วยส่งมอบการดำเนินงานที่มีความเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง หรือการปรับเปลี่ยนเพื่อความสะดวกต่อวิถีชีวิต หรือการกระทำที่ครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรวงกว้าง ใช้ประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญในทีมงานและปรึกษาขอคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ (ประกอบด้วย นักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และชุมชนที่ได้รับผลกระทบ) เพื่อแนะนำเกี่ยวกับการคัดเลือกการตอบสนอง หรือชุดการตอบสนองที่ดีที่สุด

เขียนข้อเสนอการตอบสนอง ข้อเสนอที่จัดทำขึ้นควรมีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าทำไมการตอบสนองนั้นจึงมีความจำเป็น ประกอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพและสาเหตุของปัญหา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจตามมา อธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกการตอบสนองหรือวิธีการแก้ไขปัญหา นั้นทำอย่างไรจึงได้ผล ทำอย่างไรจะช่วยลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ ควรนำไปปฏิบัติที่ไหน และอย่างไร ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ ค่าใช้จ่ายเท่าไร และการดำเนินงานนี้มีความสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของรัฐบาลอย่างไร ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องระหว่างที่ดำเนินการปรึกษาขอคำแนะนำตามแนวทาง Urban HEART อธิบายกระบวนการ Urban HEART ที่ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน โดยรวมแผนภูมิหลายมิติและการติดตามผล ที่แสดงให้เห็นช่องว่างความเป็นธรรมที่สำคัญในเมือง

จัดทำแผนการนำเสนอแนวคิด โดยให้แกนนำหรือผู้ที่ดำเนินงานได้ดีที่สุด และชุมชนที่ได้รับผลกระทบมาเข้าร่วมด้วย พวกเขาเหล่านี้อาจเป็นผู้นำเสนอ หรือเป็นโฆษกเสนอข้อเสนอแนวทางการตอบสนองให้กับผู้มีอำนาจตัดสินใจ เพื่อให้การสนับสนุน และยอมรับข้อเสนอที่เข้าไปบรรจุในวงจรการจัดทำแผนงานและการจัดสรรงบประมาณ

6.3 ใครบ้างที่ควรเข้าร่วมดำเนินการ

- สมาชิกทีมงานทั้งหมด แกนนำ หรือผู้ที่ดำเนินงานได้ดีที่สุด และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลกระทบ หรือผู้ที่สนใจเกี่ยวกับปัญหาช่องว่างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 5
- ผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับดำเนินงานต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพ และแนวทางที่ดีที่สุดในการสนับสนุนให้มีการนำข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นไปดำเนินการ

6.4 สิ่งสนับสนุนหรือทรัพยากรอะไรบ้างที่จำเป็น

- รายการการดำเนินงานเพื่อตอบสนอง Urban HEART คู่มือในภาคผนวกที่ 7 อาจต้องทำสำเนาเอกสาร เพื่อการแจกจ่ายระหว่างการปรึกษาขอคำแนะนำ
- รายงานการวิจัย กรณีศึกษา และข้อมูลเชิงประจักษ์อื่น ๆ ของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ แหล่งข้อมูลจำนวนมากถูกเก็บรวบรวมไว้เพื่อให้ทีมงาน Urban HEART นำไปใช้ประโยชน์ และสามารถดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ <http://www.who.or.jp/urbanheart>
- แหล่งข้อมูลเสริมอื่น ๆ ที่สนับสนุนการประชุมปฏิบัติการและการปรึกษาขอคำแนะนำ ดังคำอธิบายในขั้นตอนที่ 5

6.5 ความรู้และทักษะอะไรบ้างที่จำเป็น

- ความรู้เกี่ยวกับนโยบายและโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่
- ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการดำเนินงานโครงการที่มีศักยภาพต่าง ๆ
- ทักษะการประเมินข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์
- ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสำคัญหรือเรื่องที่ชุมชนสนใจ
- ทักษะการอำนวยความสะดวกที่ดีเยี่ยม และการเจรจาต่อรอง ที่ใช้ในการกระตุ้นให้การอภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินงานที่มีศักยภาพ เป็นไปอย่างเปิดเผยโปร่งใสและมีจริยธรรม
- ทักษะการเข้าร่วมชุมชน
- ความรู้เกี่ยวกับวงจรการวางแผน และการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ และกลยุทธ์เกี่ยวกับการโน้มน้าวให้มีการดำเนินงานตามแผนการตอบสนองที่จัดทำขึ้น
- ทักษะการเขียนข้อเสนอเชิงนโยบาย

6.6 จะต้องใช้เวลานานเท่าไรในการดำเนินงาน

โดยรวมทั้งกระบวนการจนถึงการสรุปแผนการตอบสนอง ควรประมาณการณืไว้ 3-6 เดือน การระดมสมองเพื่อตอบสนองกลยุทธ์การดำเนินงาน อาจมีความคาบเกี่ยวกับขั้นตอนที่ 5 อาจจำเป็นต้องเพิ่มเวลาสำหรับการประเมินตัวเลือกการตอบสนองอื่น ๆ และการคัดเลือก จัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมนี้ ประมาณ 2-3 เดือน การพัฒนาข้อเสนอการดำเนินงานจะต้องใช้เวลาด้วยเช่นกัน แม้ว่าเราควรเลือกข้อมูลข่าวสารที่กำหนดไว้แล้วตลอดระยะเวลาการดำเนินงานตามกระบวนการ Urban HEART แต่อาจจำเป็นต้องมีการปรึกษาขอคำแนะนำเพิ่มเติม จึงควรจัดเวลาสำหรับกิจกรรมดังกล่าวอีก ประมาณ 2 เดือน การเตรียมการเสนอแผนและเตรียมการให้ผูมีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมดำเนินการในขั้นตอนการนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้น อาจใช้เวลา 1-2 เดือน

6.7 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน คือ อะไร

- ทีมงาน Urban HEART ได้พัฒนาข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้ทดสอบความเป็นไปได้ และได้แผนความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเมือง
- มีการจัดทำแผนการสนับสนุนการดำเนินงานตามข้อเสนอการตอบสนอง Urban HEART ที่ได้เสนอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ
- ทีมงานได้ดำเนินงานระยะการประเมินและตอบสนองของ Urban HEART สำเร็จครบถ้วนแล้ว สามารถเดินหน้าสู่ขั้นตอนต่อไปได้

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

ใช้ระบบการให้คะแนนในการคัดเลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด โครงการนำร่องจำนวนมาก แนะนำให้ใช้ระบบการให้น้ำหนัก เพื่อจัดลำดับความสำคัญปัญหาความเป็นธรรม และคัดเลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด กลยุทธ์นี้ถูกนำไปใช้ในเมือง Parañaque สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ซึ่งช่วยให้ทีมงานตัดสินใจคัดเลือกการดำเนินงานที่สำคัญ 3 ด้าน คือ การพัฒนาการเข้าถึงน้ำสะอาดในตำบลหนึ่ง การเพิ่มอัตราการเกิดในสถานพยาบาล และการจัดทำตรรชนิชีวิตอัตราการเกิดอาชญากรรม ดูตัวอย่างตารางการให้คะแนนเพื่อคัดเลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด ในภาคผนวกที่ 8

กำหนดวัตถุประสงค์ของการตอบสนองอย่างชัดเจน ควรแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผลสำเร็จของการดำเนินงานต่าง ๆ วัตถุประสงค์ควร “SMART” Specific- มีความเฉพาะ Measurable-สามารถวัดได้ Actionable-สามารถปฏิบัติได้ Realistic-เป็นความจริง และ Time-bound-อยู่ในขอบเขตของเวลาที่กำหนด วัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดปัญหาและตัวเลขคะแนนที่แสดงในตารางหลายมิติและเครื่องมือติดตามผล คือ วิธีการที่เหมาะสมที่สุดวิธีการนี้สัมพันธ์โดยตรงกับแผนการตอบสนอง Urban HEART ในระยะการประเมินทีมงานในเมือง Ulaanbaatar ประเทศมองโกเลีย กำหนดวัตถุประสงค์ของการตอบสนอง โดยใช้แนวทางดังกล่าวในการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตอบสนองการแก้ไขปัญหา

รวมการติดตามผลและองค์ประกอบของการประเมินผลโครงการไว้ในวัตถุประสงค์ วางแผนประเมินผลการปฏิบัติการตอบสนอง ข้อมูลหลักฐานจากการประเมินผลสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพการตอบสนองและสามารถเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานสำหรับที่อื่น ๆ ได้ การประเมินผลโครงการไม่ควรมุ่งประเมินว่าลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ควรประเมินด้วยว่าโครงการนั้นดำเนินงานเพื่อใคร เมื่อไร และอย่างไร (หรือไม่มีการดำเนินงาน) ทำงานร่วมกับนักวิจัยที่เกี่ยวข้องในการออกแบบการประเมินผล

เสนอข้อคิดเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายเพื่อพัฒนาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ปฏิบัติการส่วนใหญ่เกิดจากการเชื่อมโยง Urban HEART กับการเปลี่ยนแปลงด้านกฎหมายของเมืองที่ร่วมดำเนินการ

กำหนดการตอบสนองบนฐานของโครงการต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ตามหลักเหตุผลแล้ว เป็นเรื่องง่ายกว่าที่จะขยายโครงการที่มีอยู่ แทนที่จะเปิดตัวโครงการใหม่ ๆ ด้วยความยากลำบาก มองหาโครงการที่มีอยู่ที่สามารถเข้ากันได้ หรือสนับสนุนการดำเนินงานที่เสนอขึ้นมา วิธีนี้สามารถลดค่าใช้จ่ายและป้องกันความซ้ำซ้อน ซึ่งจะทำให้ข้อเสนอที่จัดทำขึ้นเป็นที่พอใจมากกว่าสำหรับผู้มีอำนาจตัดสินใจ ยกตัวอย่าง ในเมืองนากรู ประเทศเคนยา ทีมงานเชื่อมโยงประเด็นคุณภาพน้ำ เข้ากับแผนระดับประเทศที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ในเมืองเม็กซิโก ทีมงานปรับข้อเสนอแนะของตนให้สอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพฉบับใหม่ เมืองจาร์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ข้อเสนอแนะของทีมงานได้รับการปรับปรุงให้สอดคล้องกับกลยุทธ์เมืองนำอยู่ขององค์การอนามัยโลกในระดับประเทศ

ช่วยให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจร่วมเป็นเจ้าของ คำมั่นสัญญาของผู้มีอำนาจตัดสินใจ มีความจำเป็นสำหรับแผนการตอบสนอง Urban HEART เพื่อพวกเขาจะได้ให้การสนับสนุนในสภาหรือในคณะกรรมการระดับเมือง ควรให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมดำเนินงาน (หรือให้ข้อมูลที่ทันเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ) และทำให้มั่นใจว่าพวกเขาเข้าใจปัญหาความเป็นธรรมอย่างชัดเจน และทำไมแผนการตอบสนองที่เสนอแนะจึงทำให้รู้สึกเช่นนั้น พวกเขาสามารถให้คำแนะนำเชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการนำเสนอแผนการตอบสนองให้กับคนอื่น ๆ เมื่อไรและอย่างไร

จัดประชุมปฏิบัติการและผสมผสานข้อเสนอการตอบสนองกับวงจรการวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ วิธีนี้จะช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจยอมรับข้อเสนอการตอบสนองเข้าไปไว้ในแผนงานของภาครัฐ

มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การกระตุ้นให้มีการนำ Urban HEART ไปดำเนินการทั่วประเทศ ทีมงานในประเทศเคนยาใช้วิธีนำเสนอแบบเป็นทางการให้กับรัฐบาลระดับประเทศ และยังทำงานเบื้องหลังในการส่งเสริม Urban HEART ในเทศบาลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

การดำเนินงานหนึ่งไม่สามารถใช้ได้กับทุกสถานที่ (One size does not fit all) เมื่อข้อเสนอได้รับการพัฒนาเป็นนโยบายด้านสุขภาพในสภาพแวดล้อมที่กลายเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว ประชากรบางส่วน และบางตำบลของเมือง อาจต้องเผชิญกับปัญหามากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ หรือตำบลอื่น ๆ ทีมงานสามารถกำหนดพื้นที่ดำเนินงานบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการดำเนินงาน Urban HEART เพื่อดำเนินโครงการเฉพาะสำหรับพื้นที่เล็ก ๆ หรือตำบลเล็ก ๆ ภายในเมือง

รายการตรวจสอบ

- มีการพิจารณาเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคที่สัมพันธ์กับข้อเสนอการตอบสนองที่มีศักยภาพหรือไม่
- มีการทำให้มั่นใจว่าแผนการตอบสนองที่เลือก ตรงกับเป้าหมายการแก้ไขปัญหา ความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่สำคัญหรือไม่ และทำให้แน่ใจว่าการดำเนินงานจะไม่ทำให้ความไม่เป็นที่อยู่เพิ่มขึ้น
- ชุมชนที่ได้รับผลกระทบร่วมจัดทำแผนการตอบสนองด้วยหรือไม่
- ทานทราบเกี่ยวกับความเหมาะสมของเวลา รูปแบบและผู้รับฟังการนำเสนอข้อเสนอการตอบสนองหรือไม่

การสร้างศักยภาพให้กับชุมชน: เรื่องเล่าความสำเร็จ

Urban HEART ได้สร้างข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชนในการเสนอความต้องการของตนเองได้ ยกตัวอย่างเช่น ในเมือง Davao สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ ชาวบ้านในเมืองเล็ก ๆ ชื่อเมือง Sasa ได้เรียนรู้ผ่านการดำเนินงาน Urban HEART ว่าพวกเขาอาศัยอยู่ในเมืองที่ถูกระบุว่าเป็นพื้นที่ “สีแดง” ในเรื่องน้ำไม่ปลอดภัย ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ ชุมชนได้รับการเสริมพลังอำนาจให้เข้าพบนายกเทศมนตรี และประสบความสำเร็จในการโน้มน้าวให้มีการจัดการเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงน้ำสะอาดได้ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ กระบวนการของภาครัฐและสิทธิมนุษยชน รวมถึงการฝึกอบรมสื่อมวลชน สามารถเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเสนอประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ทรัพยากรการสนับสนุนอื่น ๆ อาจมีความจำเป็น ได้แก่ การเดินทาง การดูแลเด็ก และการช่วยเหลือเกี่ยวกับการตีความ สามารถช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่

วิธีใช้รายการการตอบสนอง Urban HEART

1. ทบทวนตารางหลายมิติเพื่อยืนยันเกี่ยวกับประเด็นนโยบายที่ตอบสนองตัวชี้วัดปัญหาที่กำหนด
2. เปิดดูรายการการตอบสนอง Urban HEART ในภาคผนวกที่ 7 (ซึ่งจัดทำตามประเด็นนโยบาย)
3. ทบทวนชุดกลยุทธ์ทั้ง 5 กับประเด็นนโยบายที่ทีมงานจัดทำขึ้น เลือกชุดกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องที่สุดกับปัญหาความเป็นธรรมที่ต้องดำเนินการ
4. ทบทวนเกี่ยวกับรายการดำเนินงานในชุดกลยุทธ์ที่เลือก
5. เลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่ชัดเจน ได้แก่ ความเป็นไปได้ ความคุ้มค่า และการยอมรับได้ ให้ดูรายการตรวจสอบด้านล่าง สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด
6. เลือกการดำเนินงานที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทของเมืองที่จะดำเนินการ

เกณฑ์สำหรับการเลือกการตอบสนองที่ดีที่สุด

ลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • การตอบสนองที่เลือกจะช่วยให้อช่องว่างปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและผลลัพธ์ได้รับความสนใจที่จะแก้ไขหรือไม่ • การตอบสนองนั้นทำให้ได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังตรงกับเป้าหมายตามแนวทางที่กำหนดในวัตถุประสงค์กลยุทธ์หรือไม่
แหล่งทุน/ทรัพยากรที่สามารถหาได้ในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> • มีค่านับสัญญาจากภาคส่วนอื่น ๆ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงานหรือไม่ • การดำเนินงานนั้น ต้องการทรัพยากรมากกว่าที่รวบรวมไว้แล้วหรือไม่ • มีการจัดทำรายงาน ที่สามารถอธิบายให้เกิดความน่าเชื่อถือสำหรับภาคีต่าง ๆ ที่เข้าร่วมดำเนินการหรือไม่
การยอมรับของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ/ผู้ที่มีบทบาทสำคัญอื่น ๆ	<ul style="list-style-type: none"> • การดำเนินงานนั้น มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับวัฒนธรรมหรือไม่ • สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญและการดำเนินงานหรือไม่
สามารถบรรลุเป้าหมายได้ภายในกรอบเวลาที่กำหนด	<ul style="list-style-type: none"> • ทรัพยากรที่ได้รับ (งบประมาณ กำลังคน และการจัดโครงสร้างองค์กร) สามารถทำให้งานนั้นดำเนินการได้สำเร็จ ภายในกรอบเวลาที่ยอมรับได้ทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจหรือไม่
มีความเป็นไปได้หรือมีความหวังว่าจะเป็น การตอบสนองที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	<ul style="list-style-type: none"> • การดำเนินงานนั้น ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นการดำเนินงานที่ใช้งบประมาณน้อยที่สุด ที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์ด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพสูงสุดหรือไม่ • การดำเนินงานนั้น ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าคุณค่า หรือแสดงโดยผลจากการวิจัยประเมินผล หรือมีความหวังว่าจะเป็น การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพหรือไม่
เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานสำคัญระดับประเทศหรือท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมายของการดำเนินงานนั้น เป็นไปในแนวทางเดียวกับวาระทางการเมืองระดับประเทศ หรือระดับท้องถิ่นหรือไม่ • ได้รับการสนับสนุนทางการเมืองจากรัฐบาลท้องถิ่นหรือไม่

ขั้นตอนต่อไป

บูรณาการ Urban HEART เข้ากับวาระการพัฒนานโยบาย

ทำไมต้องทำ

ในขั้นตอนที่ 6 ขอแสดงความยินดีกับทีมงานที่ได้พัฒนาแผนการตอบสนองบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการดำเนินงานประเด็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ และได้ดำเนินงานในระยะการประเมินและการตอบสนองเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งระยะดังกล่าวเป็นจุดมุ่งเน้นที่สำคัญของการใช้คู่มือการดำเนินงาน Urban HEART ตอนนี้มีเป้าหมายใหม่และขั้นตอนที่ต้องดำเนินการต่อไป อันดับแรก คือ การยอมรับของภาครัฐ งบประมาณ และการนำข้อเสนอแผนการตอบสนอง Urban HEART ไปปฏิบัติ การเข้าถึงเป้าหมายโดยรวม คือ บูรณาการกระบวนการ Urban HEART ไว้ในวงจรการวางแผนของรัฐบาลท้องถิ่น ในขั้นตอนที่หนึ่ง คือ รัฐบาลจะยอมรับช่องทางที่แสดงให้เห็นภาพความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เมื่อทำการวางแผนจัดสรรงบประมาณ ขั้นตอนที่สอง คือ รัฐบาลจะยอมรับวิธีการดำเนินงานที่อยู่บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่มีการติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การประเมินอย่างมีแบบแผนสม่ำเสมอ การจัดลำดับความสำคัญ การวางแผน การปฏิบัติการและการประเมินผล ขั้นตอนที่สาม คือ รัฐบาลจะจัดลำดับความสำคัญวิธีการเข้าถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อที่จะดำเนินการยกระดับสุขภาพของประชาชน และจะกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ทรัพยากรและทักษะที่จำเป็น

การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องการกิจกรรมใหม่ และยังต้องการสมาชิกทีมงานเพิ่มรวมทั้งทักษะการติดต่อกับบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ เพิ่มเติม ยกตัวอย่าง ท่านจำเป็นต้องติดต่อกับบุคคลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการของภาครัฐ การสนับสนุน การเจรจาต่อรอง การพัฒนานโยบายและโครงการ เมื่อท่านมุ่งเน้นที่การนำแผนการตอบสนองไปปฏิบัติ ท่านต้องการทักษะเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการดำเนินงานนั้น นอกจากนี้ ยังต้องการทักษะการประเมินผล ดังที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่หก และจำเป็นต้องทำการบันทึกกระบวนการดำเนินงานในรูปเอกสาร เพื่อที่จะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ และพัฒนาให้ดีขึ้นจากประสบการณ์นั้น สำหรับ การดำเนินงาน Urban HEART รอบต่อไป

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ คำแนะนำและทรัพยากรกับเครือข่ายทีมงาน Urban HEART ทั่วโลก เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.who.or.jp/urbanheart>

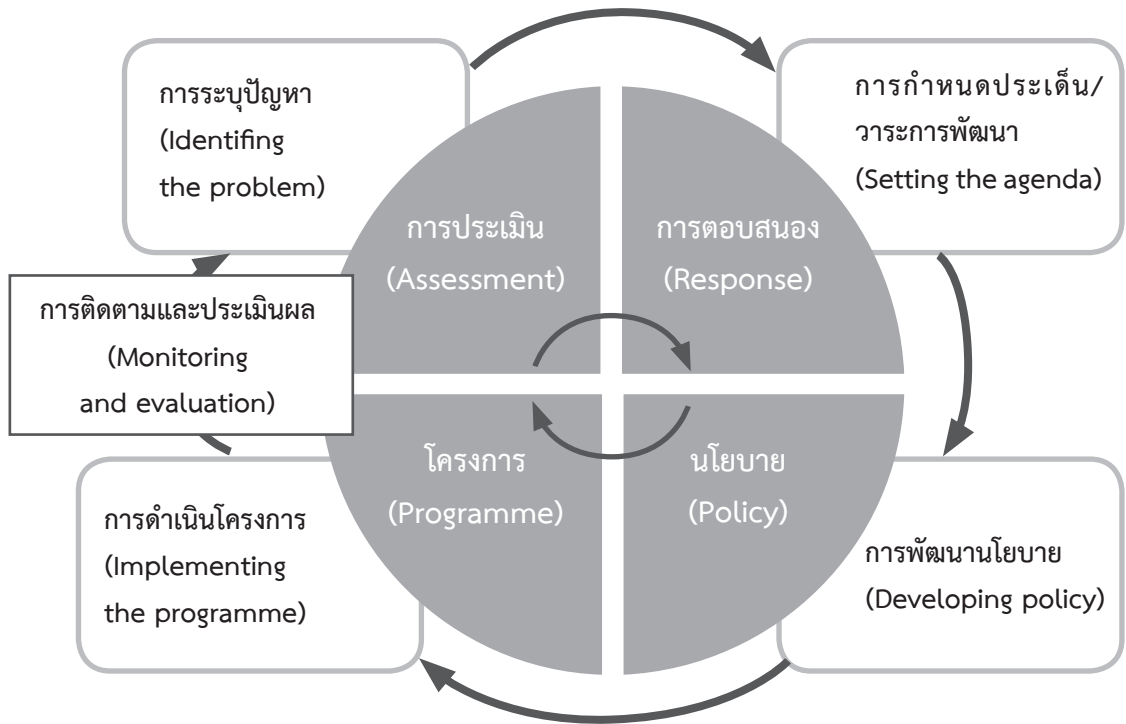
แม้ว่ากระบวนการจัดทำนโยบายอาจแตกต่างกันไปตามบริบทของเมืองและประเทศต่าง ๆ แต่ก็มีลักษณะพื้นฐานร่วมกัน โดยสรุปแล้ว กระบวนการจัดทำนโยบายเป็นระบบที่มีกลไกและกฎเกณฑ์ ประกอบด้วย จัดทำนโยบาย (อะไรที่สามารถทำได้สำเร็จ) และการนำนโยบายไปปฏิบัติ (จะดำเนินงานให้สำเร็จได้อย่างไร) ผลผลิตของระบบนี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้องจากหลากหลายกลุ่ม (ชุมชน กลุ่มผู้ณรงค์ ฯลฯ) ที่มีส่วนร่วมเข้าร่วมดำเนินการได้ และได้รับผลกระทบจากนโยบายต่าง ๆ แผนภาพด้านล่างแสดงให้เห็นลักษณะของวงจรการจัดการ Urban HEART ที่ช่วยให้มั่นใจเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของกระบวนการธรรมาภิบาลของท้องถิ่น ที่ยอมให้บูรณาการผลลัพธ์ของการประเมินไว้ในกระบวนการแข่งขันทางการเมืองระดับท้องถิ่น และอำนวยความสะดวกการเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น ๆ ทำให้มั่นใจถึงโอกาสต่อการจัดสรรงบประมาณที่ดีกว่า และที่สำคัญที่สุด คือ กำหนดให้ประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นหัวใจของกระบวนการจัดทำนโยบายของท้องถิ่นมีความเป็นไปได้ที่เมืองต่าง ๆ ที่มีการนำ Urban HEART ไปดำเนินการ จะมีการประเมิน และกำลังดำเนินการต่าง ๆ อยู่แล้ว แต่ Urban HEART สามารถช่วยเพิ่มเติมการดำเนินงานโครงการด้านสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ โดยสนับสนุนมุมมองด้านความเป็นธรรมได้

จุดมุ่งหมายเพื่อความยั่งยืน

กระตุ้นให้มีการนำแนวทางสำคัญของหลักการ Urban HEART ผนวกไว้ในวงจรการวางแผนของภาครัฐ

- คำนึงถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ
- ใช้มุมมองด้านความเป็นธรรมประกอบการตัดสินใจ
- การมีส่วนร่วมของชุมชน
- การปฏิบัติการร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อสุขภาพ
- ความร่วมมือระหว่างรัฐบาล
- การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง และคัดกรองนโยบายและโครงการ

Urban HEART ในวงการวางแผนของรัฐบาลท้องถิ่น



ภาคผนวกที่ 1

การให้ความสำคัญกับประเด็นความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ-บทสรุปเชิงนโยบาย

บทสรุปเชิงนโยบายนี้ให้แนวทาง หลักการและเหตุผล สำหรับผู้บริหารระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ในการดำเนินงานเพื่อทำมั่นใจว่าประชาชนในเขตเมือง ได้รับความยุติธรรมเกี่ยวกับโอกาสการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ประชากรส่วนใหญ่ในโลกอาศัยอยู่ในเขตเมืองและเผชิญปัญหาความแตกต่างที่ไม่ยุติธรรมหรือไม่เป็นธรรม โอกาสและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ การพลวัตทางสังคมที่เป็นสาเหตุของความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนให้เป็นการส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการปรับปรุงเงื่อนไขที่ส่งผลต่อสุขภาพในเขตเมืองได้ ผู้นำระดับท้องถิ่นและระดับประเทศถูกผลักดันให้ประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นงานประจำ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานด้านสุขภาพเขตเมืองให้ดีขึ้น ด้วยกระบวนการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม

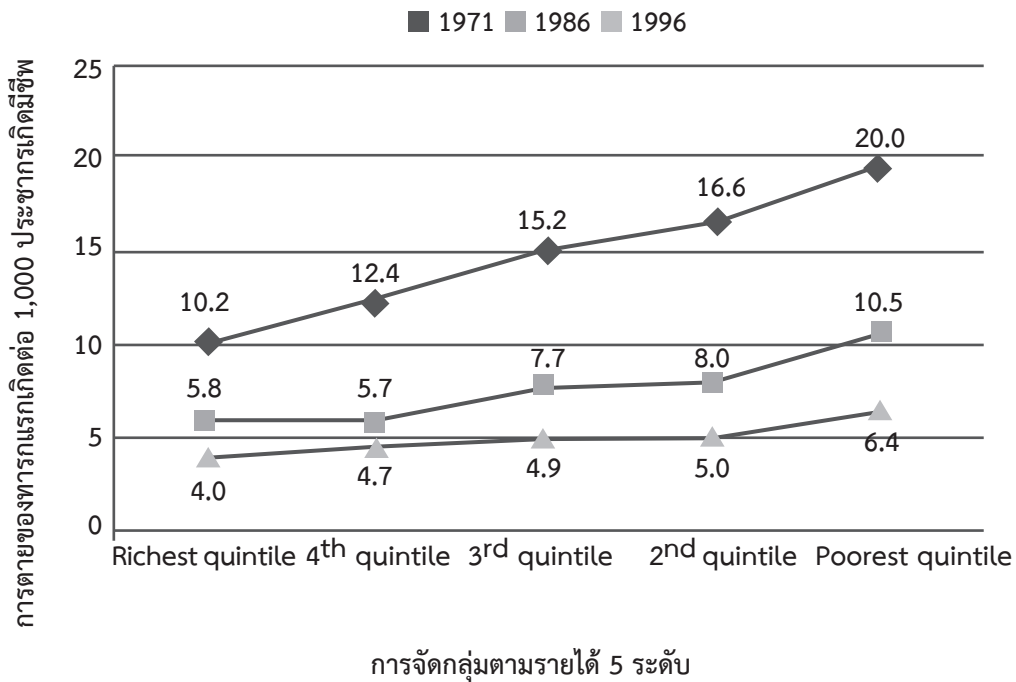
ทำไมเมืองต่าง ๆ จึงควรให้ความสำคัญกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ

การเคลื่อนย้ายของประชากรจากชนบทสู่เมืองทั่วโลก ต้องประสบความยากลำบากเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย การเข้าถึงการจ้างงาน การศึกษา การขนส่ง และบริการสุขภาพ รวมทั้งความคล่องตัวในการใช้ชีวิตในเมือง⁽¹⁾ หลายกรณีพบว่าแหล่งทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานของเมืองต้องรับภาระอย่างมาก ชีตจำกัดของประชากรกลุ่มเปราะบางในการเข้าถึงโภชนาการ และบริการสุขภาพที่เพียงพอ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี^(2,3) ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ความแตกต่างด้านสุขภาพทางสังคมและความไม่ยุติธรรมเกิดขึ้นทั้งระบบ^(4,6) การตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว ผู้นำทั่วโลกได้เริ่มดำเนินการปรับปรุงสุขภาพเขตเมืองและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในฐานะที่เป็นประเด็นสำคัญด้านสิทธิมนุษยชนและความเป็นธรรม รวมทั้งสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับความอยู่รอดทางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจของเมืองต่าง ๆ

การแบ่งชนชั้นทางสังคมมีบทบาทอย่างไรในเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การยกประเด็นความเป็นพลวัตทางสังคม ที่ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม สามารถส่งเสริมความเป็นธรรมและมีผลกระทบเป็นทวีคูณ ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของเมืองโดยรวม (4, 6, 7, 8) การทบทวนปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากหลักทางชีววิทยา มีข้อมูลเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นถึงความรุนแรงของการแบ่งชนชั้นทางสังคม ในฐานะเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ โดยความไม่เป็นธรรมด้านผลลัพธ์สุขภาพเพิ่มขึ้นตามความแตกต่างในชนกลุ่มน้อยเพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่ตั้งและประเภทของอาชีพ ยกตัวอย่างในเขตเมือง ประเทศแคนาดา อัตราการตายทารกสูงอย่างต่อเนื่องในกลุ่มชุมชนที่มีรายได้น้อย อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปด้านสุขภาพและสังคมไม่เพียงทำให้เกิดความสำเร็จอย่างมากในการลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดโดยรวม แต่ยังคงลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวกับการตายของทารกแรกเกิดอีกด้วย (รูปภาพที่ 1)

รูปภาพที่ 1 แสดงอัตราการตายทารกแรกเกิด จำแนกตามกลุ่มรายได้ต่าง ๆ ในเขตเมือง ประเทศแคนาดา ค.ศ. 1971 - 1996



สภาพแวดล้อมเขตเมือง แสดงให้เห็นความท้าทายเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้อย่างไร

ในสภาพแวดล้อมเขตเมือง ผู้นำชุมชนต้องเผชิญกับความท้าทายจำนวนมาก ในการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ท่ามกลางการเพิ่มขึ้นของความต้องการใช้ทรัพยากร ยกตัวอย่าง นครเซี่ยงไฮ้ อัตราการตายทารกมีความสัมพันธ์กับพื้นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมของเมืองทางกายภาพ และเศรษฐกิจ ในรูปของการเข้าถึงพื้นที่สีเขียวและพื้นที่สาธารณะ ขนาดพื้นที่ของห้องพักอาศัย การจ้างงานในโรงงานชายปลีก และการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁽¹⁰⁾ สัดส่วนภาระความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในประชากรหนึ่งในสามของประชากรทั่วโลกที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด⁽⁶⁾ การใช้ชีวิตในพื้นที่ที่มีคนยากจนหนาแน่น ส่งผลให้เกิดการกีดกันออกจากสังคม ถึงขนาดที่ชาวบ้านไม่สามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในประชาสังคมได้ ความผันแปรของขนาดพื้นที่ แสดงให้เห็นผลลัพธ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่เกิดจากผลกระทบของนโยบายระดับท้องถิ่น แหล่งทรัพยากรและโอกาสด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ และบอกถึงความเป็นไปได้ที่จะทำการปฏิรูปในระยะการเปลี่ยนแปลงและการเติบโตของเมือง นโยบายของเมืองมีความจำเป็นสำหรับการปกป้องสภาพแวดล้อมเขตเมืองและโครงสร้างทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโอกาสและผลกระทบด้านต่าง ๆ

ทำไมจึงนำปัจจัยกำหนดทางสังคม มาเป็นวิธีการลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ

ในบางพื้นที่นำปัจจัยกำหนดสุขภาพมาใช้ในการลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ด้วยเหตุผลด้านความยุติธรรมทางสังคม โดยให้เหตุผลว่า การเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างมากของภาวะสุขภาพ ผูกติดอยู่กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น สถานะทางสังคม สิทธิพิเศษ และความไม่เท่าเทียมทางเพศ^(2, 4, 8) และยังเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ ปฏิบัติการด้านการแพทย์และพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข จะไม่สามารถดำเนินการได้ หรือไม่ตอบสนองกับความต้องการที่หลากหลายของประชากรในเขตเมือง⁽³⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยกำหนดทางสังคมยังเป็นฐานของพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่ ซึ่งนโยบายเกี่ยวกับความเป็นเมืองสามารถทำให้มีการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นได้อย่างมาก

วิธีการอะไรบ้างที่จำเป็น กล่าวโดยสรุป วิธีการที่เหมาะสมส่วนใหญ่

- ขึ้นอยู่กับประชากร
- เน้นการป้องกัน
- มุ่งเป้าหมายที่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (เพื่อปรับปรุงความเป็นธรรมด้านสุขภาพ)
- มุ่งเป้าหมายการจัดการที่ปัจจัยกำหนดทางสังคม (เพื่อเกิดประโยชน์ผลกระทบต่อที่เพิ่มขึ้นทวีคูณ)
- บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน

การแก้ไขปัญหา: นโยบายระดับท้องถิ่นสามารถแก้ไขความไม่เป็นที่พึงพอใจเรื่องสุขภาพได้อย่างไร

สิทธิพิเศษของชีวิตในเมือง ประกอบด้วย การบริหารจัดการระบบการศึกษา ระบบบริการสุขภาพที่ดี และโอกาสด้านการมีงานทำ ซึ่งการสร้างการแข่งขันของระบบต่าง ๆ ดังกล่าว ภาครัฐและชุมชนในเขตเมืองสามารถร่วมดำเนินงานกับภาคส่วนต่าง ๆ กิจกรรมตามนโยบายการแก้ไขปัญหาการแบ่งชนชั้นทางสังคม ที่จัดการปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ทำให้เกิดหรือบังคับให้เกิดการแบ่งชนชั้นทางสังคม (ตารางที่ 1)⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ นโยบายด้านสุขภาพที่จัดการปัจจัยเชิงกระบวนการ ได้แก่ คุณภาพและจำนวนของบุคลากรด้านสุขภาพ ความสามารถในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ และการรณรงค์ด้านสาธารณสุข (ยกตัวอย่าง เช่น การให้วัคซีน และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) สามารถเป็นสื่อกลางระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง และยังสามารถบูรณาการกับการปรับปรุงความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้ด้วย

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการจัดการเชิงโครงสร้างเพื่อลดการแบ่งชนชั้นทางสังคมและความไม่เป็นที่พึงพอใจด้านสุขภาพในพื้นที่เขตเมือง

พัฒนากลยุทธ์การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพ

ส่งเสริมการพัฒนามนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ใช้มาตรการลดความยากจนและความไม่เป็นที่พึงพอใจด้านสุขภาพ การปรับปรุงสภาวะความเป็นอยู่สำหรับกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส และเพิ่มการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพสูงและความสามารถที่จะเรียนได้ รวมทั้งบริการสุขภาพที่ดี

ส่งเสริมสุขภาพในฐานะเป็นหนทางหลุดพ้นจากความยากจน

เพิ่มความพยายามอย่างยิ่งยวด ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่ามกลางกลุ่มประชากรที่เปราะบาง ซึ่งเป็นผู้มีความเสี่ยงมากที่สุดที่จะสุขภาพไม่ดี และได้รับผลพวงจากความเสี่ยงด้านสังคมและทางการเงิน

ปรับปรุงการเข้าถึงการศึกษาอย่างเสมอภาค

ลดอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ขัดขวางการเข้าถึงการศึกษา และการฝึกอบรม สนับสนุนครอบครัวและโรงเรียนที่ด้อยโอกาส ป้องกันการออกจากโรงเรียนก่อนเวลาอันควร

ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค

ส่งเสริมการใช้งบประมาณจากหลายภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพ ลดภาระค่าใช้จ่าย และติดตามความไม่เป็นที่พึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ

ส่งเสริมการรวมกลุ่มทางสังคมและชุมชน

พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบริเวณรอบ ๆ เมือง เพื่อเอื้ออำนวยให้มีปฏิสัมพันธ์แนวราบ พัฒนาโครงการที่เสริมสร้างความเข้มแข็งตามกระบวนการประชาธิปไตย และทำให้มั่นใจเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมของกลุ่มประชากรที่ไม่มีสิทธิทางสังคม

Source: Dahlgren and Whitehead ⁽¹¹⁾

ตัวอย่างความสำเร็จการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพเขตเมือง ที่ดำเนินการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และส่งผลให้การแบ่งชนชั้นทางสังคมลดลงอย่างน่าทึ่งในเมือง Sobral-Ceara ประเทศบราซิล (กรอบที่ 1)

กรอบที่ 1 การปรับปรุงความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง: ตัวอย่างของเมือง Sobral-Ceara: ประเทศบราซิล

การพัฒนาสุขภาพและความเป็นธรรมในเขตเมือง เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดการดำเนินงานเกือบ 10 ปี (พ.ศ. 2540-2546) ที่ผ่านมา ในเมือง Sobral-Ceara โดยมีการเพิ่มขึ้นของสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ คือ ร้อยละของครัวเรือนที่มีน้ำดื่มสะอาด จำนวนกิโลเมตรของเส้นทางจักรยาน พื้นที่สีเขียวภายในอาณาบริเวณของเมือง จำนวนเด็กที่เข้าเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ร้อยละของครัวเรือนที่ได้รับบริการเก็บขยะอย่างสม่ำเสมอ และความครอบคลุมของโครงข่ายระบบระบายน้ำเสีย อัตราการตายทารก ลดลงจาก 64 เหลือ 19 ต่อ 1,000 ประชากรเกิดมีชีวิต ความสำเร็จดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นได้จากความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ และ คำมั่นสัญญาที่จะพัฒนาสุขภาพของประชาชนทั้งเมือง การลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ และการวางแผนกลยุทธ์ที่รอบคอบ

Source: Andrade et al. ⁽¹²⁾

ข้อแนะนำ

การรวมประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในฐานะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการวางแผนเขตเมืองที่มีประสิทธิภาพ ในบริบทของการเติบโตและการพัฒนาเมืองอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ดังต่อไปนี้

- **การรวบรวมข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม สำหรับการประเมินปัจจัยกำหนดและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันและมีความแม่นยำ ภายในพื้นที่ดำเนินการที่กำหนด
- **การใช้ประโยชน์ข้อมูล** ใช้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ในการออกแบบการดำเนินงานโครงการ ที่สามารถแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมที่กำหนดไว้แล้ว

- ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ การได้รับการศึกษา และแหล่งที่อยู่อาศัย
- ทาวิธีที่เหมาะสมในการใช้วิธีการรับมือกับปัญหา มีความจำเป็นที่จะต้องติดตามพัฒนาการด้านสุขภาพ และการระบุปัญหาท้าทายที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานโครงการลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
- ส่งเสริมการจ้างงานและการศึกษา ดำเนินการกับปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่ส่งผลอย่างมากต่อการเสียชีวิต และการเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยส่งเสริมโอกาสทางเศรษฐกิจ และจัดการศึกษาภาคบังคับ สำหรับเด็กชาย-หญิง
- ผสมผสานการดำเนินงาน Urban HEART ให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมเชิงวัฒนธรรม โครงการและนโยบายที่มีผลโดยตรงกับประชากรกลุ่มเปราะบาง ควรมีตัวแทนของประชากรกลุ่มดังกล่าวร่วมดำเนินการด้วย
- สร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ความร่วมมือข้ามหน่วยงาน ข้ามสาขาวิชา ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชุมชนและรัฐบาลท้องถิ่น ที่ร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย การศึกษา ที่อยู่อาศัย การขนส่ง สวนสาธารณะและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ส่งเสริมการประสานประโยชน์และพันธะสัญญาาร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ

กรอบที่ 2 แสดงตัวอย่างกระบวนการจัดการภาคปฏิบัติ

กรอบที่ 2 กระบวนการที่ประสบความสำเร็จในการปรับปรุงสุขภาพเขตเมือง : ตัวอย่างของเมือง Noarlunga ประเทศออสเตรเลีย

เครือข่ายเมืองนำอยู่ ที่ริเริ่มดำเนินการด้วยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก พัฒนาเป็นองค์กรเอกชนที่เป็นตัวของตัวเอง และอนุญาตให้สมาชิกส่วนใหญ่ของคณะกรรมการบริหาร มาจากสมาชิกชุมชน เพื่อทำให้มั่นใจว่าความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการตอบสนอง ตรงกับความต้องการของพื้นที่ องค์กรนี้ให้การสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ โดยการสร้างความสัมพันธ์กับมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น หน่วยงานให้บริการสุขภาพระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น และยังเน้นการริเริ่มงานที่สำคัญ 3 ด้าน (ความรุนแรง ยาเสพติด และความปลอดภัยในชุมชน) เพื่อเน้นให้มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ความสำเร็จระดับท้องถิ่น คือ การเป็นชุมชนยั่งยืน และการขับเคลื่อนหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้ร่วมดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพเขตเมือง ซึ่งส่งผลให้เกิดวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพสังคมที่เข้มแข็ง ภาวะผู้นำ และการใช้ตัวแบบที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับเงื่อนไขของท้องถิ่น

Source: Baum et al. ⁽¹³⁾

References

1. *State of the world's cities 2008/2009: harmonious cities*. UN-Habitat, 2008.
2. Kjellström T et al. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings. Kobe, World Health Organization Kobe Centre, 2007.
3. Kjellström T et al. Urban environmental health hazards and health equity. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(1):i86–i97.
4. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up, part 1*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
5. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008 HYPERLINK “http://www.who.int/social_determinants/%20thecommission/finalreport/en/index.html”http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 30 January 2010).
6. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. Laflamme L et al. *Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/pmnch/topics/economics/2009_whoeuro/en/index.html, accessed 23 March 2010).
8. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.
9. Wilkins R, Berthelot J, Ng E. *Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996*. Ontario, Statistics Canada, 2002. (<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2002001/pdf/82-003-s2002007-eng.pdf>, accessed 14 December 2009).

10. Takano T et al. Age-adjusted mortality and its association to variations in urban conditions in Shanghai. *Health Policy*, 2002, 61:239–253.
11. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up, part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
12. Andrade LO et al. Public health policies as guides for local public policies: the experience of Sobral-Ceara, Brazil. *Promotion et Education*, 2005, 3:28–31.
13. Baum F et al. What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? A review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promotion International*, 2006, 21(4):259–265.

ภาคผนวกที่ 2

ตัวอย่างแนวทางการดำเนินงานของทีมงาน

Urban HEART

การแปลงอย่างไม่เป็นทางการ

รับรองโดย Enkhbayar D ผู้อำนวยการส่วนพัฒนาสังคม สำนักงานเทศบาล
 กอรบการดำเนินงานสำหรับการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

เหตุผล การประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และประมาณการ
 งบประมาณที่จะใช้ดำเนินงาน ถูกกำหนดไว้ในแผนที่จะนำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
 สาธารณสุข และนายกเทศมนตรีของเมือง Ulaanbaatar

วัตถุประสงค์ ประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนในเมือง Ulaanbaatar
 และพัฒนาการปฏิบัติการเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหา โดยการใช้เครื่องมือการประเมิน
 และการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง (Urban HEART) ที่พัฒนาขึ้น
 โดยองค์การอนามัยโลก

องค์ประกอบ คณะทำงานวิชาการที่จัดตั้งขึ้น ตามคำสั่งเทศบาลเมือง Ulaanbaatar
 เลขที่ 201/2552

ระยะเวลา 10 กรกฎาคม 2552 ถึง 1 กันยายน 2552

ขอบเขตการประเมิน 9 ตำบลในเมือง Ulaanbaatar การประเมินจะครอบคลุม
 ประเด็นนโยบาย 4 ด้าน ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนามนุษย์
 และสังคม เศรษฐกิจ และการบริหารจัดการภาครัฐที่ดี

แนวทางกิจกรรม

- วัดตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้น ในปี 2551 ภายใต้ประเด็นนโยบายสภาพแวดล้อมทาง
 กายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนามนุษย์และสังคม เศรษฐกิจ และการบริหารจัดการภาครัฐ
 ในแต่ละตำบล

- วัดตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของแต่ละตำบล ที่จัดทำขึ้น เมื่อปี 2551

- กำหนดประเด็นท้าทาย โดยการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของตำบลต่าง ๆ

โดยอ้างอิงจากตารางหลายมิติที่แสดงความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

- ทบทวนรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการเชิงนโยบายต่าง ๆ

คู่มือการใช้เครื่องมือการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง

[Urban HEART: User manual]

- เก็บรวบรวมข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสัมภาษณ์และการอภิปรายร่วมกัน
 - วิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับนโยบาย
 - วิเคราะห์ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
 - จัดทำข้อเสนอการพัฒนาบนฐานของผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมิน
 - พัฒนาแผนปฏิบัติการตามกลยุทธ์ต่าง ๆ ในเครื่องมือการประเมินและการตอบสนอง
 - ประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้ในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
 - จัดทำรายงานผลการประเมิน พร้อมด้วยแผนปฏิบัติการ และงบประมาณที่ต้องใช้
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ** ความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนในเมือง Ulaanbaatar จะได้รับการประเมิน และมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการ และประมาณการงบประมาณที่จะใช้ดำเนินการ

ภาคผนวกที่ 3

ตัวชี้วัดการประเมินและการตอบสนองความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

การเริ่มต้น: อะไรบ้างที่เราต้องรู้เกี่ยวกับการใช้ตัวชี้วัดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ในการวัดปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

พลังอำนาจของ Urban HEART อันดับแรก คือ Urban HEART ช่วยให้ทีมงานสามารถกำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ของผลลัพธ์และโอกาสด้านสุขภาพ ที่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ กำลังเผชิญอยู่ภายในเมืองนั้น หรือระหว่างเมือง อันดับที่สอง คือ Urban HEART ทำให้ทีมงานสามารถเลือกการดำเนินนโยบายทางสังคมและสุขภาพ ที่กำหนดให้ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายที่สำคัญ การกำหนดชุดตัวชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ที่สามารถจัดการได้ มีความสอดคล้อง และมีความเข้มแข็งสำหรับเมือง ถือเป็นกุญแจสำคัญของการก้าวไปข้างหน้าของกระบวนการดังกล่าว

ตัวชี้วัด คือ อะไร

ตัวชี้วัดช่วยให้เราเข้าใจว่าเรากำลังอยู่ที่ไหน เรากำลังจะไปไหน และเราอยู่ไกลจากเป้าหมายมากเท่าไร ตัวชี้วัดเปรียบได้กับไฟฉายขนาดเล็ก ที่ทอดแสงไฟไปในห้องขนาดใหญ่ที่มีมืดมืด ตัวชี้วัดเป็นชุดข้อมูลขนาดเล็ก ๆ (ยกตัวอย่าง ค่าร้อยละ) ที่สามารถสรุปอ้างอิงถึงข้อมูลขนาดใหญ่เกี่ยวกับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในระบบที่ซับซ้อนหรือโครงการที่ซับซ้อน คุณค่าของตัวชี้วัดที่ดี คือ ประสิทธิภาพของตัวชี้วัด สามารถวัดได้ว่า อะไร คือ สิ่งสำคัญ โดยไม่ต้องวัดทุกสิ่งทุกอย่าง

Urban HEART นำเสนอรายการตัวชี้วัดที่ทีมงานสามารถเลือกไปใช้ในการออกแบบชุดตัวชี้วัดที่จะแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพและประเด็นนโยบายอื่น ๆ สนับสนุนสุขภาพของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่หลากหลายในเมือง และระหว่างเมืองอย่างไรบ้าง แต่ละตัวชี้วัดที่เสนอ โดย Urban HEART ได้รับการทดสอบอย่างเข้มงวด เพื่อทำให้มั่นใจว่า สามารถใช้เป็นเครื่องมือวัดที่เหมาะสม สำหรับการวินิจฉัยผลการดำเนินงานของระบบขนาดใหญ่ หรือชุดของโครงการต่าง ๆ ยกตัวอย่าง การตายของทารกแรกเกิด เป็นตัวชี้วัดที่บอกอัตราการตายของทารกในพื้นที่ที่กำหนดได้ นอกจากนี้ตัวชี้วัดยังส่งสัญญาณว่า ระบบสุขภาพทำหน้าที่แก้ไขปัญหาสุขภาพมารดาและทารกในเมืองได้ดีเพียงใด และยังสามารถแสดงให้เห็นว่า นโยบายการพัฒนาสังคมและมนุษย์ (ยกตัวอย่าง เช่น การศึกษาของผู้หญิงและรายได้) และโครงสร้างทางกายภาพ (ยกตัวอย่างเช่น สถานที่ทำคลอด) สนับสนุนสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด รวมถึงประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ได้ดีเพียงใด

ตัวชี้วัดจำแนกกลุ่มที่ใช้วัดปัญหาความเป็นธรรม

ตัวชี้วัดจำแนกกลุ่มตามกลุ่มประชากร หรือภูมิศาสตร์ทางพื้นที่ สามารถทำให้ทีมงานระบุได้ว่า ความไม่เป็นธรรมที่มีอยู่นอกเหนือออกไป คือ อะไร และอยู่ที่ไหน ขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดข้อมูลที่สามารถจำแนกกลุ่ม ตามกลุ่มประชากร (เพศ อายุ เป็นต้น) ภูมิศาสตร์ทางพื้นที่ หรือสถานที่เกิดเหตุ หรือตามกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคม (ได้แก่ จำแนกตามกลุ่มการศึกษา หรือรายได้) ตัวชี้วัดจำแนกกลุ่มช่วยในการจำแนกว่า ที่ใดเป็นสถานที่เกิดเหตุ ยกตัวอย่างเช่น การตรวจสอบเบื้องต้นเกี่ยวกับความแตกต่างของสภาพที่อยู่อาศัย และการทำงานที่เต็มไปด้วยสภาพที่ขาดแคลน หรือไม่เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยหรือทำงาน (ยกตัวอย่างเช่น คนไร้ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว คนจรจัด คนที่อาศัยอยู่ในเต็นท์) หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่ง สถานที่เกิดเหตุ อาจหมายถึง กลุ่มประชากรมากกว่าพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอื่น ๆ

ตัวชี้วัด Urban HEART ประกอบด้วย 12 ตัวชี้วัด ที่ทุกเมืองควรนำไปเป็นส่วนหนึ่งของชุดตัวชี้วัดของเมือง ตัวชี้วัดเหล่านี้เรียกว่า “**ตัวชี้วัดหลัก**” (Core Indicators) การที่ตัวชี้วัดหลักได้รับการแนะนำให้ดำเนินการ เนื่องจากเหตุผล 3 ประการ ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดเหล่านี้สามารถแสดงความสัมพันธ์กับสุขภาพเขตเมืองทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสัมพันธ์กับความเป็นธรรม 2) ตัวชี้วัดเหล่านี้ สามารถหาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นงานประจำ และ 3) ตัวชี้วัดเหล่านี้สามารถเปรียบเทียบข้ามเมืองหรือประเทศได้

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม Urban HEART ยังประกอบด้วยรายการตัวชี้วัดเพิ่มเติม ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้ สามารถแสดงให้เห็นความสัมพันธ์กับสุขภาพเขตเมืองได้ อย่างไรก็ตาม อาจเป็นเครื่องวัดที่มีความไวในประเด็นความเป็นธรรมน้อยกว่า และอาจไม่สอดคล้องกับทุก ๆ เมือง จุดมุ่งหมายของตัวชี้วัดเพิ่มเติมเหล่านี้ เพื่อให้ทีมงานมีตัวเลือกสำหรับการปรับใช้ชุดตัวชี้วัด Urban HEART ที่มีความเฉพาะตามสภาพของเมืองตนเอง

เนื้อหาส่วนนี้ แสดงรายการตัวชี้วัดหลัก (Core indicators) ของ Urban HEART ตัวชี้วัดที่แนะนำอย่างยิ่ง (Strongly recommended indicators) และตัวชี้วัดทางเลือก (Optional indicators) แต่ละกลุ่มตัวชี้วัด ได้ให้คำจำกัดความ ตัวคุณ ตัวหาร สูตรการคำนวณ ตัวแปรจำแนกกลุ่ม แหล่งข้อมูลที่สามารถหาได้ ข้อสังเกตที่สำคัญ ได้แก่ ตัวชี้วัดนั้นมีความสัมพันธ์อย่างไร กับตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือมีค่าเตือนอะไรเกี่ยวกับตัวชี้วัดนั้น อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า มุมมองดังกล่าวจะใช้ได้กับทุกบริบท ยกตัวอย่าง ในบางกรณีอาจมีแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ของตัวชี้วัดเฉพาะบางตัว ที่สามารถคาดการณ์ได้ดีกว่าตัวชี้วัดที่อยู่ในรายการที่กำหนดไว้ในที่นี้ หรือในกรณีตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำไว้ อาจมีตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ สถานภาพ

การย้ายถิ่น หรือถิ่นกำเนิด ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งในเมืองหนึ่ง หรือบริบทหนึ่ง แต่ไม่สัมพันธ์กับเมืองอื่น ๆ ดังนั้น ข้อมูลที่นำเสนอในที่นี้ มีแนวโน้มที่จะเป็นแนวทางโดยทั่วไป ผู้ใช้ต้องพยายามปรับตัวชี้วัดเหล่านี้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเอง

แหล่งข้อมูลคำจำกัดความ

แหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับคำจำกัดความตัวชี้วัด มีดังนี้ (แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม หรือแหล่งอ้างอิงที่หมายเหตุไว้ในเอกสาร)

1. Indicator definitions and metadata, 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/en/>, accessed 15 April 2010).

2. Indicators for monitoring the Millennium Development Goals. New York, United Nations, 2003 (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>, accessed 15 April 2010).

ตัวชี้วัดหลัก (Core indicator)

ก. ผลลัพธ์บริการด้านสุขภาพ: ตัวชี้วัดโดยสรุป

1. การตายทารก

นิยาม	ความน่าจะเป็น (ซึ่งอยู่ในรูปของอัตราการเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ของเด็กที่เกิดในปีที่ระบุ ที่ตายก่อนอายุครบ 1 ปี ในปีนั้น
รายการข้อมูล 1	จำนวนโดยประมาณของทารกตายนก่อนอายุครบ 1 ปีในปีที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนของการเกิดมีชีพในปีที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 1,000
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ ระดับรายได้ การศึกษาของมารดา สถานที่อยู่อาศัย (ซึ่งตามหลักการ คือ สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา และไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ทะเบียนราษฎร์ การสำรวจสำมะโนประชากร ผลการสำรวจต่าง ๆ
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้จะสัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 14 (อัตราการตายทารก) การตายทารกเป็นมุมมองทางระบาดวิทยา และค่อนข้างจะเป็นกรณีที่ยาก ซึ่งต้องใช้ตัวอย่างที่มีขอบเขตกว้าง หรือรายการข้อมูล 2 เพื่อประเมินอัตราการเจ็บป่วยและการตายโดยตรง

ข.ผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ตัวชี้วัดเฉพาะโรค

2. โรคเบาหวาน

นิยาม (ก)	ความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวาน (เทียบมาตรฐานอายุ) ซึ่งอยู่ในรูปของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน (ความชุกของโรค ณ เวลาที่ระบุ)
รายการข้อมูล 1 (ก)	จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ณ เวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2 (ก)	จำนวนประชากรทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ก)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100,000 หมายเหตุ: เพื่อความเหมาะสม อาจปรับเปลี่ยนตามความแตกต่างของอายุประชากร โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์อายุที่ระบุตามองค์การอนามัยโลก (WHO World Standard Population)
นิยาม (ข)	การตายจากโรคเบาหวาน (ตามเกณฑ์อายุ) ซึ่งอยู่ในรูปของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน (ความชุกของโรค ณ เวลาที่ระบุ)
รายการข้อมูล 1 (ข)	จำนวนการตายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2 (ข)	จำนวนทั้งหมดของประชากรที่มีความเสี่ยงในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100,000 หมายเหตุ: เทียบเกณฑ์อายุ ตามความเหมาะสม (ดูได้จากข้อคิดเห็น และหลักฐานอ้างอิงด้านล่าง)
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา และสถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	การแจ้งจำนวนผู้ป่วย (จากสถานบริการสาธารณสุข) ผลการสำรวจต่าง ๆ ทะเบียนราษฎร์ สำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ความเสี่ยงของโรคเบาหวานผันแปรตามกลุ่มอายุ แนะนำว่าควรเทียบมาตรฐานอายุ หรือจำแนกกลุ่มตามอายุ หมายเหตุ: อย่างไรก็ตาม การเทียบมาตรฐานอายุกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก ประชากรที่ใช้ศึกษาจะต้องมีขนาดใหญ่พอ ความแตกต่าง อาจเกิดจากอัตราการแจ้งหรือการตรวจพบ (โดยยึดจำนวนกรณี ซึ่งมีการแจ้งหรือรายงานเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น รายงานจากสถานบริการสาธารณสุข) และอัตรา

	การเจ็บป่วยและการตายตามความเป็นจริง (โดยยึดตามจำนวนรายที่เกิดขึ้นจริงเป็นหลัก ไม่ว่าจะตรวจสอบได้หรือไม่) อัตราการแจ้งความเจ็บป่วย ซึ่งไม่มีการรายงานบ่อย ๆ จะทำให้ประเมินค่าผลรวมต่ำกว่าอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามที่เป็นจริง
หลักฐานอ้างอิง	Ahmad O, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf , accessed 28 May 2010).

3. วัณโรค

นิยาม (ก)	อัตราการตรวจหาวัณโรค ซึ่งอยู่ในรูปของสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ ได้รับการวินิจฉัยโรคและรายงานต่อองค์การอนามัยโลก ภายใต้การสังเกตโดยตรง และตามโครงการ DOTS ในปีทีระบุ
รายการข้อมูล 1 (ก)	จำนวนของผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ ที่มีการรายงานต่อองค์การอนามัยโลก ตามโครงการ DOTS ในปีทีระบุ
รายการข้อมูล 2 (ก)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ทั้งหมด ในปีทีระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ก)	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
นิยาม (ข)	อัตราการรักษาหายของวัณโรค ซึ่งอยู่ในรูปของสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ ที่มีการบันทึกไว้ภายใต้ DOTS ในปีทีระบุ ที่ประสบผลสำเร็จในการรักษาตามหลักฐานการวิเคราะห์ทางแบคทีเรีย
รายการข้อมูล 1 (ข)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ ที่มีการบันทึกภายใต้ DOTS ในระหว่างปีทีระบุ
รายการข้อมูล 2 (ข)	จำนวนของผู้ป่วยวัณโรคแพร่เชื้อชนิดใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใต้ DOTS ในระหว่างปีทีระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข)	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$

นิยาม (ค)	ความชุกวัณโรค ซึ่งอยู่ในรูปของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคต่อประชากร 100,000 คน ณ เวลาที่ระบุ (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
รายการข้อมูล 1 (ค)	จำนวนของผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด ณ เวลาระบุ (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
รายการข้อมูล 2 (ค)	จำนวนประชากรทั้งหมด ณ เวลาที่ระบุ (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ค)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100,000
นิยาม (ง)	อัตราการตายด้วยวัณโรค ซึ่งอยู่ในรูปของจำนวนการตายด้วยวัณโรคต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงเวลาที่ระบุ (อัตราการตาย)
รายการข้อมูล 1 (ง)	จำนวนของการตายอันเนื่องมาจากวัณโรคทุกชนิด ในช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2 (ง)	จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ง)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100,000
ข้อคิดเห็น	ตัวชี้วัดเหล่านี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 23 (อัตราความชุกของโรคและการตายที่สัมพันธ์กับวัณโรค) และตัวชี้วัด MDG 24 (สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการตรวจพบและได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ ภายใต้โครงการ DOTS)

4. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

นิยาม	อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจร ในรูปของจำนวนรายต่อประชากร 100,000 คน
รายการข้อมูล 1	จำนวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรที่ทำให้ถึงตาย ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100,000
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	การแจ้งจำนวนการตายจากอุบัติเหตุจราจรทั้งหมด (จากการบังคับใช้กฎหมาย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานบริการสาธารณสุข) ผลการสำรวจต่าง ๆ ทะเบียนราษฎร์ การสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	ความแตกต่าง อาจเกิดได้จากอัตราการแจ้งหรือการตรวจพบ (โดยยึดจำนวนรายของอุบัติเหตุที่มีการแจ้งหรือรายงานเป็นหลัก)

	ตัวอย่าง เช่น โดยการบังคับใช้กฎหมาย) และอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามความเป็นจริง (โดยยึดจำนวนของเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นตามจริงเป็นหลัก ไม่ว่าจะตรวจสอบได้หรือไม่) อัตราการแจ้งความเจ็บป่วยซึ่งไม่มีการรายงานเป็นประจำ ทำให้การประเมินผลภาพรวมต่ำกว่าอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามจริง
หลักฐานอ้างอิง	Global status report on road safety. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf , accessed 15 April 2010).

ก.ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม: สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน

5. การเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัย

นิยาม	อัตราส่วนของประชากรที่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำที่ปรับปรุงคุณภาพแล้วอย่างยั่งยืน อยู่ในรูปของอัตราร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชากรที่ใช้ น้ำประปา ก็อกน้ำสาธารณะ หลุมเจาะหรือบ่อบ่อที่ได้รับการป้องกัน น้ำพุธรรมชาติ และน้ำฝนที่ได้รับการป้องกันการปนเปื้อน วัด ณ เวลาใดเวลาหนึ่งที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนทั้งหมดของประชากร (หรือครัวเรือน) ณ เวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการน้ำ (จากหน่วยงานรัฐบาลหรือท้องถิ่นที่รับผิดชอบน้ำประปา) ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำรวจสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 3 (สัดส่วนของประชากรที่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำที่ปรับปรุงคุณภาพแล้วอย่างยั่งยืน) แหล่งน้ำที่ปรับปรุงแล้ว จะไม่รวมถึงน้ำที่มีการขาย น้ำบรรจุขวด รถบรรทุกน้ำ หรือน้ำพุธรรมชาติ หรือบ่อที่ไม่ได้รับการดูแล เมื่อมีการใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำ โดยทั่วไป จะอ้างถึงแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ไม่ว่าจะมีการใช้หรือไม่ก็ตาม แม้ว่าจะมีนิยามขององค์การอนามัยโลกที่เป็นทางการ แต่การประเมินว่าแหล่งน้ำนั้นปลอดภัยหรือไม่ ก็มักจะขึ้นกับบุคคล นอกจากนั้น การมีน้ำประปาใช้ หมายความว่าน้ำปลอดภัย

	หรือประชาชนในท้องถิ่นจะใช้น้ำนั้นด้วย สำหรับเหตุผลเหล่านั้น หรือเหตุผลอื่น ๆ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนโดยทั่วไป จะดีกว่า ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลการบริหารจัดการน้ำ เนื่องจากการสำรวจ จะอ้างอิงแหล่งข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากการสำรวจ เป็นหลัก มากกว่าแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ทั่วไป
--	---

6. การเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ

นิยาม	สัดส่วนประชากรกับการเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชาชน (หรือครัวเรือน) ที่เข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เกี่ยวกับการแยกสิ่งขับถ่ายของมนุษย์จากการสัมผัสของ มนุษย์ สัตว์ และแมลง อย่างถูกอนามัย รวมถึงท่อระบายน้ำเสีย หรือบ่อเกรอะ ส้วมราดน้ำ และส้วมหลุมที่ได้รับการปรับปรุง ที่จัด ให้มี แบบไม่เป็นสาธารณะ และมีการประมาณ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด (หรือครัวเรือน) ณ เวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ (จากหน่วยงานรัฐบาลหรือ ท้องถิ่นที่รับผิดชอบการจัดการสุขาภิบาล) ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 31 (สัดส่วนประชากรที่เข้าถึง การสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ) • เมื่อมีการใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ โดยทั่วไป จะอ้างอิงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสุขาภิบาล ที่มีอยู่แล้วไม่ว่าจะมีการใช้หรือไม่ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือน โดยทั่วไปจะดีกว่าข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ เพราะการสำรวจอ้างอิงแหล่งข้อมูลตามความเป็นจริง ที่ได้จากการสำรวจมากกว่าแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ทั่วไป

จ.ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: การพัฒนามนุษย์และสังคม

7. การสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน

นิยาม	ภาพรวมของการได้รับการศึกษาจนจบปีสุดท้ายของการศึกษาขั้นพื้นฐาน
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้เข้าเรียนใหม่จนถึงปีสุดท้ายของการศึกษาขั้นพื้นฐานทั้งหมด โดยไม่คำนึงถึงอายุ ในปีการศึกษาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนทั้งหมดของประชากรที่มีเกณฑ์อายุ ที่ต้องเข้าเรียนตามปกติไปจนถึงระดับขั้นสุดท้ายของการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในปีการศึกษาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก รายได้และการศึกษาของบิดามารดา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ (จากกระทรวงหรือหน่วยงานด้านการศึกษา) ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 7ก (อัตราการสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน)
หลักฐานอ้างอิง	International Standard Classification of Education, 1997 version (ISCED-97). Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997 (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf , accessed 15 April 2010).

8. การผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ

นิยาม	สัดส่วนของการเกิดของเด็กที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะ แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนการเกิดมีชีพ ที่ได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผดุงครรภ์ที่ได้รับการอบรม ในช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ครัวเรือน การศึกษาของมารดา สถานที่อยู่อาศัย (สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา และไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	สถิติการบริการด้านสุขภาพ ผลการสำรวจต่าง ๆ สำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 17 (สัดส่วนการเกิดที่ได้รับการดูแล โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะ) การผดุงครรภ์แบบดั้งเดิม (Traditional midwives) ที่ตรงข้ามกับผดุงครรภ์ที่ได้รับการอบรม ในที่นี้จะไม่ได้รับพิจารณาว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะ

9. เด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วน

นิยาม	สัดส่วนของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วนในช่วงอายุ 1 ปีแรก แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วน ในช่วงอายุ 1 ปีแรก ณ เวลาที่ระบุ หรือในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กทั้งหมดที่มีอายุครบ 1 ปี ณ เวลาที่ระบุ หรือในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก รายได้ครัวเรือน การศึกษาของมารดา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	สถิติการให้บริการสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น ศูนย์สุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีน แพทย์) ผลการสำรวจต่างๆ และสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 15 (สัดส่วนของเด็กอายุ 1 ปีแรก ที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคหัด) โดยทั่วไปแล้ว เด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบถ้วน หมายถึง เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ 8 เข็ม หรือ “Standard eight” คือ BCG DTP (3 ครั้ง) โปлио (3 ครั้ง) และวัคซีนโรคหัด โดยฉีดในช่วงอายุ 1 ปีแรก และวัคซีนแต่ละชนิดที่ได้รับ ให้ผลตามที่ต้องการ ในประเทศที่มีความเสี่ยงต่อโรคไขเหลือง ควรจะรวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขเหลืองด้วย โดยปกติจะไม่รวมวัคซีนชนิดใหม่ (โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ)

10. ความชุกของการสูบบุหรี่

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่สูบบุหรี่และยาสูบรูปแบบอื่น ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชาชนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ณ เวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด ณ เวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ
ข้อคิดเห็น	การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน รวมการสูบบุหรี่เป็นปกติทุกวัน และไม่ประจำทุกวัน หรือการสูบเป็นครั้งคราว

จ. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: เศรษฐกิจ

11. การว่างงาน

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่ว่างงานในปัจจุบัน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนของประชาชนที่ว่างงานในปัจจุบัน ณ เวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชาชนทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับการจ้างงาน ณ เวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ สถิติแรงงาน ผลการสำรวจต่าง ๆ
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินร่วมของสหประชาชาติ (United Nations Common Country Assessment Indicator Framework) ตัวชี้วัดที่ 31 (อัตราการว่างงาน) และยังสัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 45 (อัตราการว่างงานของเยาวชน) ไม่ได้รับการจ้างงาน (Unemployed) ประกอบด้วยบุคคลตามอายุที่กำหนดในช่วงเวลาที่อ้างอิง (ก) “ไม่มีงาน” เช่น ไม่ได้รับการจ้างงาน หรือไม่ได้ทำกิจการส่วนตัว (ข) พร้อมที่จะทำงาน คือ พร้อมสำหรับการได้รับการจ้างงาน หรือทำกิจการส่วนตัว และ (ค) “กำลังมองหาาน” คือ อยู่ในขั้นตอนมองหาาน หรือทำกิจการส่วนตัว
หลักฐานอ้างอิง	Hussmanns R. Measurement of employment, unemployment and underemployment: current international standards and issues in their application. International Labour Organization, Bureau of Statistics (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/---stat/documents/publication/wcms_088394.pdf , accessed 19 January 2010).

จ. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: การบริหารจัดการภาครัฐ

12. ค่าใช้จ่ายของภาครัฐเกี่ยวกับสุขภาพ

นิยาม	จำนวนรายจ่ายสาธารณะด้านสุขภาพ แสดงในรูปร้อยละของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมดในปีที่ระบุ
รายการข้อมูล 1	การจ่ายเงินของรัฐบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟู หรือการทำให้สุขภาพดีขึ้น ในปีงบประมาณที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	การจ่ายเงินของรัฐบาลทั้งหมด ในปีงบประมาณที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	พื้นที่ ท้องถิ่น
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	รายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ รายงานรายจ่ายสาธารณะสถิติทางการเงินระดับโลก

ตัวชี้วัดที่แนะนำอย่างยิ่ง (Highly Recommended Indicators)

ช. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ตัวชี้วัดโดยสรุป

13. การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

นิยาม	ความน่าจะเป็น แสดงเป็นอัตราการเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คนของเด็กที่เกิดในปีที่ระบุ ซึ่งตายก่อนถึงอายุครบ 5 ปีขึ้นอยู่กับอัตราการตายตามอายุที่กำหนดในปัจจุบัน
รายการข้อมูล 1	จำนวนโดยประมาณของเด็กที่เกิดในปีที่ระบุ ซึ่งตายก่อนอายุครบ 5 ปี
รายการข้อมูล 2	จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด ในปีที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 1,000$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก รายได้ครัวเรือน การศึกษาของมารดา บริเวณที่อยู่อาศัย (สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา ไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ทะเบียนราษฎร์ สำมะโนประชากร ผลการสำรวจต่าง ๆ
ข้อคิดเห็น	ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 13 (อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี)

14. การตายของมารดา

นิยาม	จำนวนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพของประชากร 100,000 คน ระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ โดยทั่วไป หมายถึง การตายของมารดาภายในระยะเวลา 1 ปี หลังคลอด
รายการข้อมูล 1	จำนวนการตายของมารดา ในช่วงเวลาที่ระบุ

รายการข้อมูล 2	จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100,000
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	สถานที่อยู่อาศัย (สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา และไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ทะเบียนราษฎร์ ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำมะโนประชากร บันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพ
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 16 (สัดส่วนการตายของมารดา) • การตายของมารดา หมายถึง การตายของสตรีขณะตั้งครรภ์หรือภายใน 42 วัน หลังคลอด โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาและสถานที่ เนื่องจากสาเหตุใด ๆ ที่เชื่อมโยงหรือทำให้การตั้งครรภ์ แยก หรือจากการดูแลครรภ์ แต่โดยตัวมันเองไม่ใช่สาเหตุ โดยบังเอิญหรือโดยไม่ตั้งใจ การตายของมารดาจากมุมมองทางระบาดวิทยา การตายของมารดา เป็นกรณีที่พบได้ แต่ต้องการตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ หรือรายการข้อมูล 2 เพื่อใช้ในการประเมินอัตราการตายโดยตรง

15. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด

นิยาม	จำนวนปีที่ทารกเกิดใหม่จะมีชีวิตอยู่ ซึ่งมีอยู่ทั่วไปของอัตราการตายที่เฉพาะเจาะจง อายุ ณ เวลาของการเกิดจะยังคงเดิมโดยตลอดชีวิตของเด็ก
รายการข้อมูล 1	ไม่มีข้อมูล
รายการข้อมูล 2	ไม่มีข้อมูล
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก รายได้ครัวเรือน การศึกษาของมารดา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้ ข้อคิดเห็น	ทะเบียนราษฎร์ สำมะโนประชากร ผลการสำรวจต่าง ๆ มีการประเมินอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เป็นผลลัพธ์ของตารางชีพ ซึ่งจะอธิบายความน่าจะเป็นของการตาย อัตราการตาย และจำนวนผู้รอดชีวิตในแต่ละช่วงอายุหรือกลุ่มอายุ WHO ได้พัฒนาตารางชีพตัวแบบ โดยยึดประมาณ 1,800 ตารางชีพจากทะเบียนราษฎร์ที่มีคุณภาพเป็นหลัก
หลักฐานอ้างอิง	Life tables for WHO member states. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables/en/ , accessed 31 May 2010).

ช.ผลลัพธ์สุขภาพ: ตัวชี้วัดเฉพาะโรค

16. การเจ็บป่วยและการตาย

- ก. มะเร็งทุกชนิด
- ข. โรคหลอดเลือดหัวใจ
- ค. โรคระบบทางเดินหายใจ
- ง. เอชไอวี/ เอ็ดส์
- จ. ฆาตกรรม
- ฉ. ความเจ็บป่วยทางจิต

นิยาม (ก)	การเจ็บป่วยจากสาเหตุเฉพาะโรค แสดงด้วยจำนวนกรณีผู้ป่วยด้วยสาเหตุเฉพาะโรคที่ระบุ ต่อประชากร 100,000 คน
รายการข้อมูล 1 (ก)	จำนวนประชาชนที่มีเงื่อนไขเฉพาะ ซึ่งมีกรวัด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
รายการข้อมูล 2 (ก)	จำนวนประชากรทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ก)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100,000 หมายเหตุ: เทียบมาตรฐานอายุ ตามความเหมาะสม (ดูจากข้อคิดเห็นและหลักฐานอ้างอิงด้านล่าง)
นิยาม (ข)	การตายจากสาเหตุเฉพาะโรค แสดงด้วยจำนวนผู้ป่วยต่อประชาชน 100,000 คน
รายการข้อมูล 1 (ข)	จำนวนการตายอันเนื่องมาจากสาเหตุเฉพาะโรค ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2 (ข)	จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) × 100,000 หมายเหตุ: เทียบมาตรฐานอายุ ตามความเหมาะสม (ดูจากข้อคิดเห็นและหลักฐานอ้างอิงด้านล่าง)
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	การแจ้งจำนวนผู้ป่วย (จากสถานบริการสาธารณสุข การบังคับใช้กฎหมาย) ผลการสำรวจต่าง ๆ ทะเบียนราษฎร การสำรวจสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> • ตัวชี้วัด เอชไอวี เชื่อมโยงกับ MDG 18 (ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์ ที่มีอายุ 15-24 ปี) ตัวชี้วัดการฆาตกรรมจะเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่ 43 ของตัวชี้วัดการประเมินสถานการณ์ทั่วไปของประเทศสมาชิกสหประชาชาติ (จำนวนการฆาตกรรมซึ่งกระทำอย่างตั้งใจ ต่อจำนวนผู้อยู่อาศัย 100,000 คน)

	<ul style="list-style-type: none"> • ความแตกต่างอาจเกิดจากอัตราการแจ้ง (โดยใช้จำนวนของกรณีฆาตกรรมที่ได้รับแจ้งหรือรายงาน ตัวอย่างเช่น โดยสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก) และอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามความเป็นจริง (โดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงเป็นหลัก ไม่ว่าจะมีการรายงานหรือไม่) อัตราการแจ้งจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการรายงาน สามารถเป็นการประเมินค่าผลรวมที่ต่ำกว่าอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามความเป็นจริง • ในบริบทจริง บางโรคที่เฉพาะเจาะจง (เช่น เอชไอวี/เอดส์ หรือการตายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต) จากมุมมองทางระบาดวิทยา จะค่อนข้างเป็นกรณีที่ยาก ซึ่งต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนมาก หรือรายการข้อมูล 2 เพื่อทำการประเมินโดยตรงเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยและการตาย • สำหรับโรคหรือสภาวะซึ่งมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการตายจะผันแปรอย่างมากตามกลุ่มอายุ, มาตรฐานหรือการจำแนกตามกลุ่มอายุแนะนำ <p>หมายเหตุ: ตามมาตรฐานอายุขององค์การอนามัยโลกจำนวนประชากรที่ศึกษาจะต้องมากพอ ที่ทำให้อัตราอายุที่เฉพาะเจาะจงภายในจำนวนประชากรทั้งหมดคงที่</p>
หลักฐานอ้างอิง	Ahmad O, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf , accessed 28 May 2010).

ณ. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน

17. ครั้วเรือนที่ได้รับบริการการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่ได้รับการบริการ การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชาชน (หรือครั้วเรือน) ที่ได้รับบริการการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด (หรือครั้วเรือน) ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$

ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหาร (จากหน่วยงานรัฐบาลหรือท้องถิ่น ที่รับผิดชอบระบบจัดการขยะมูลฝอยชุมชน) ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำรวจสำมะโนประชากร

18. การใช้เชื้อเพลิงชนิดแข็ง (Solid fuel)

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่ใช้เชื้อเพลิงจากชีวมวล (ไม้ ถ่านไม้ ซากพืช และมูลสัตว์) และถ่านหิน ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานขั้นต้นภายในประเทศ สำหรับการปรุงอาหารและการทำความร้อน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชาชน (หรือครัวเรือน) ที่ใช้เชื้อเพลิงชนิดแข็งที่ยังไม่ผ่านกระบวนการ (ไม้ ถ่านไม้ ซากพืช มูลสัตว์ ถ่านหิน) ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานขั้นต้นภายในประเทศ สำหรับการปรุงอาหารและการทำความร้อน ซึ่งมีการประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด (หรือครัวเรือน) ณ เวลาปัจจุบันที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ การสำรวจสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 29 (สัดส่วนของประชากรที่ใช้เชื้อเพลิงชนิดแข็ง)

19. การบาดเจ็บจากการทำงาน

นิยาม (ก)	อัตราอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บ (ที่ทำให้ถึงตายหรือไม่ทำให้ถึงตาย) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน แสดงในรูปของจำนวนผู้บาดเจ็บต่อประชากรที่ทำงาน 100,000 คน
รายการข้อมูล 1 (ก)	จำนวนประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บ (ที่ทำให้ถึงตายหรือไม่ทำให้ถึงตาย) จากปัจจัยเสี่ยงการทำงาน ซึ่งมีการประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง (ความชุกของโรค ณ เวลาที่กำหนด)
รายการข้อมูล 2 (ก)	จำนวนประชากรทั้งหมดที่ทำงาน ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ก)	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100,000$

นิยาม (ข)	การตายจากการบาดเจ็บ (อัตราอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ถึงตาย) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน แสดงเป็นจำนวนรายต่อประชากรที่ทำงาน 100,000 คน
รายการข้อมูล 1 (ข)	จำนวนการตายอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บจากปัจจัยเสี่ยงในการทำงานในช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2 (ข)	จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีความเสี่ยง ในระหว่างช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100,000
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา ประเภทของอาชีพ บริเวณที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ฐานข้อมูลการชดเชยแรงงาน ทะเบียนโรคจากการประกอบอาชีพ ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรศพ สถิติแรงงาน ผลการสำรวจต่าง ๆ ทะเบียนราษฎร์ สำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อควรระวังเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลการบาดเจ็บหรือโรคจากการประกอบอาชีพ โดยปกติแล้ว จะครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างเท่านั้น อาจจะไม่รวมถึงภาคอุตสาหกรรมนั้น ๆ (ตัวอย่างเช่น บุคลากรฝ่ายทหาร) หรือโดยนัย (ตัวอย่างเช่น แรงงานภาคเกษตรกรรม จำนวนมากประกอบกิจการส่วนตัว) ใช้เกณฑ์การรวบรวมที่ไม่สอดคล้องกัน (เช่น การฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย การลัดโทษประหาร) และที่สำคัญที่สุด โรคต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพไม่ดี สาเหตุเนื่องจากสิ่งแวดล้อมและโรคจากการประกอบอาชีพรายบุคคล ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางธรรมชาติหลายอย่างของโรคต่าง ๆ เหล่านั้น ข้อมูลประชากรที่มีความเสี่ยง โดยมากได้จากแหล่งข้อมูลแรงงานที่เป็นทางการ ซึ่งมักจะไม่นับรวมถึงแรงงานนอกระบบหรือแรงงานเด็ก
หลักฐานอ้างอิง	Driscoll T et al. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. American Journal of Industrial Medicine, 2005, 48:491–502.

ญ.ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: การพัฒนามนุษย์และสังคม

20. ความสามารถอ่านออกเขียนได้

นิยาม	สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 15 ปีและอายุมากกว่า ที่อ่านออกเขียนได้ แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชาชนที่มีอายุ 15 ปีและอายุมากกว่า ที่อ่านออกเขียนได้ (สามารถทั้งเขียนและอ่านข้อความที่ใช้ในชีวิตประจำวันด้วยความเข้าใจ) ซึ่งมีการประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง โดยทั่วไปการดำเนินการ กำหนดขึ้นเพื่อพิจารณาประชากรที่ไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนว่าอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้และประชาชนที่ได้เข้าเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่อ่านออกเขียนได้
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมดที่มีอายุ 15 ปี และอายุมากกว่า ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	สำมะโนประชากร ผลการสำรวจต่าง ๆ การสมัครเข้าเรียนในโรงเรียน และสถิติการจบการศึกษา
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 8 (อัตราความสามารถอ่านออกเขียนได้ของเยาวชน) นิยามของคำว่า ความสามารถอ่านออกเขียนได้ บางครั้งขยายออกไปถึงคณิตศาสตร์และทักษะชีวิตอื่น ๆ

21. เด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

นิยาม	ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักตามอายุ น้อยกว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน -2 จากค่ากลางในกลุ่มประชากรอ้างอิงสากลที่มีอายุ 0-59 ปี
รายการข้อมูล 1	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักตามอายุ น้อยกว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน -2 จากค่ากลางในกลุ่มประชากรอ้างอิงสากลที่มีอายุ 0-59 ปี
รายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศและอายุของเด็ก รายได้ครัวเรือน การศึกษาของมารดา สถานที่อยู่อาศัย

แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สัมมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 4 (ความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน) นิยามของน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน จะรวมถึงทั้งน้ำหนักน้อยกว่าแบบปานกลาง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำกว่า 2-3 จากค่ากลางของน้ำหนักตามอายุจากกลุ่มประชากรอ้างอิงสากล) และน้ำหนักน้อยกว่าแบบรุนแรง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำกว่าค่ากลางมากกว่า 3) หากเป็นไปได้ ควรมีการวิเคราะห์และนำเสนอตัวชี้วัดทั้ง 3 ตัวของภาวะทุพโภชนาการเด็ก ตามที่ได้มีการประเมิน และสะท้อนมุมมองที่แตกต่างของภาวะทุพโภชนาการเด็ก ได้แก่ น้ำหนักตามอายุน้อยกว่ามาตรฐาน (น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน) ส่วนสูงตามอายุน้อยกว่ามาตรฐาน (การหยุดเจริญเติบโต) ซึ่งหมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน -2 จากค่ากลางของความสูงจากอายุของกลุ่มประชากรอ้างอิง และน้ำหนักตามความสูงน้อยกว่ามาตรฐาน (โรคผอมแห้ง) ซึ่งหมายถึง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำกว่า -2 จากค่ากลางของน้ำหนักตามส่วนสูงของกลุ่มประชากรอ้างอิง

22. น้ำหนักเกินเกณฑ์และโรคอ้วน

นิยาม	สัดส่วนของประชากรผู้ใหญ่ จำแนกเป็นคนที่น้ำหนักเกินหรือคนอ้วน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ใหญ่ที่น้ำหนักเกิน หมายถึง มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ (BMI) = 25 กก./ม.2 หรือคนอ้วน หมายถึงมี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.2 ประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ใหญ่ทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา บริเวณที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สัมมะโนประชากร บันทึกการให้บริการสุขภาพ

23. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นิยาม	สัดส่วนของทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่ได้รับน้ำนมแม่อย่างเดียวน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน ซึ่งมีการประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก การศึกษาของมารดา รายได้ครัวเรือน สถานที่อยู่อาศัย (สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา และไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ บันทึกการให้บริการสุขภาพ
ข้อคิดเห็น	นิยาม “การให้นมแม่อย่างเดียวน” คือ ไม่ให้อาหารหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ แม้น้ำ ยกเว้นนมแม่ (รวมถึงน้ำนมที่คั้นหรือบีบมาจากแม่ นม) เป็นเวลา 6 เดือนแรกของชีวิต แต่อนุญาตให้ทารก รับประทานน้ำตาลเกลือแร่ ยาหยอดและยาลูก (วิตามิน แร่ธาตุ และ ยารักษาโรค)
หลักฐานอ้างอิง	The WHO global data bank on infant and young child feeding, data sources and inclusion criteria. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/data_source_inclusion_criteria/en/index.html , accessed 15 April 2010).

24. การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

นิยาม	ความชุกของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งแสดงในรูปสัดส่วนผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 ปีที่ตั้งครรภ์ ต่อผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน
รายการข้อมูล 1	จำนวนการตั้งครรภ์ (แสดงด้วยการเกิดมีชีพ การเกิดไร้ชีพ และการทำแท้งเพื่อการรักษา) ต่อผู้หญิงที่มีอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน โดยเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้หญิงทั้งหมดที่มีอายุ 15-19 ปี ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ครัวเรือน การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย

แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	บันทึกการให้บริการสุขภาพ ผลการสำรวจต่าง ๆ สัมมะโนประชากร
หลักฐานอ้างอิง	<ul style="list-style-type: none"> Adolescent pregnancy fact sheet. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf, accessed 14 April 2010). Initial report on public health. Ontario, Ministry of Health and Long-term Care, 2009 (HYPERLINK “http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pubhealth/init_report/tp.html” http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/pubhealth/init_report/tp.html, accessed 14 April 2010).

25. การออกกำลังกาย

นิยาม	ความชุกของการออกกำลังกายไม่เพียงพอ แสดงเป็นร้อยละของผู้ใหญ่ที่ไม่เคลื่อนไหวทางร่างกาย
รายการข้อมูล 1	<p>จำนวนผู้ใหญ่ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับเกณฑ์ที่กำหนด ประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> การออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 3 วันหรือมากกว่านั้น หรือ การออกกำลังกายระดับปานกลางหรือการเดินอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 5 วันหรือมากกว่านั้น หรือ การรวมกันของการเดินหรือการออกกำลังกายระดับปานกลาง โดยบรรลุผลขั้นต่ำของ Metabolic equivalent; MET อย่างน้อย 600 นาทีต่อสัปดาห์
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ใหญ่ทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สัมมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการสังเคราะห์พลังงาน (Metabolic equivalent; MET) คือ อัตราส่วนของการเผาผลาญที่ได้ผลรายบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตราการเผาผลาญขณะพัก 1 MET หมายถึง การใช้พลังงานขณะนั่งสงบนิ่ง และมีค่าเท่ากับการใช้พลังงาน 1 กิโลแคลอรี/กก./ชม.

	<ul style="list-style-type: none"> • การออกกำลังกายแบบปานกลาง หมายความว่า กิจกรรมที่ใช้ความพยายามทางร่างกาย และทำให้การหายใจของบุคคลค่อนข้างแรงกว่าปกติ ตัวอย่างเช่น การทำความสะอาด การดูดฝุ่น การขัด การจัดสวน การปั่นจักรยาน ณ อัตราการเดิน หรือการขี่ม้า ปกติการออกกำลังกายแบบปานกลาง ต้องการใช้พลังงาน 3-6 MET โดยประมาณ
หลักฐานอ้างอิง	STEPwise approach to surveillance (STEPS): user manual. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index.html , accessed 14 April 2010).

ก. ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: เศรษฐกิจ

26. ความยากจน

นิยาม	อัตราร้อยละของประชากรของประเทศ ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นแบ่งรายได้ที่เป็นทางการ (หรือขีดเส้นแบ่งต่าง ๆ) ซึ่งกำหนดโดยรัฐบาลแห่งชาติ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สัดส่วนคนจน
รายการข้อมูล 1	จำนวนประชากรที่ต่ำกว่าเส้นความยากจน ซึ่งมีการประมาณ ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ มีการคำนวณจำนวนนี้ โดยการประเมินจำนวนครัวเรือนที่รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จากนั้นจึงมีการรวมยอดจำนวนประชากรในครัวเรือนนั้น
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของหัวหน้าครอบครัว อายุและการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สำหรับประชากร ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 1ก (สัดส่วนคนจน) • โดยปกติจะมีการกำหนดเส้นความยากจนของประเทศของครัวเรือนจากหลากหลายองค์ประกอบ เพื่อพิจารณาขนาดของครอบครัวที่แตกต่างกัน ที่ใดไม่มีเส้นความยากจนอย่างเป็นทางการ อาจจะใช้ระดับรายได้สำหรับการมีอาหารที่เพียงพอ หรืออาหารร่วมกับสิ่งจำเป็นอื่น ๆ เพื่อการอยู่รอดเท่านั้น

27. แรงงานสตรี

นิยาม	การมีส่วนร่วมของสตรีในระบบแรงงาน แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนสตรีที่ได้รับการจ้างงาน ณ เวลาอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชาชนทั้งหมด ที่ได้รับการจ้างงาน ณ ช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	สำมะโนประชากร การสำรวจกำลังแรงงาน สำมะโนและการสำรวจธุรกิจ บันทึกเกี่ยวกับการประกันสังคม
หลักฐานอ้างอิง	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 11 (ส่วนแบ่งของสตรีในการจ้างงานแบบมีค่าแรงในภาคต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม) อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้ว ไม่ต้องพิจารณาเพื่อบอกความแตกต่างตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากภาคเกษตรกรรมที่สนับสนุนต่อผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจของพื้นที่เขตเมืองค่อนข้างต่ำ แหล่งข้อมูลที่แตกต่าง อาจใช้นิยามที่แตกต่างกัน สำหรับสถานการณ์จ้างงาน (แรงงานชั่วคราว นักเรียน นักศึกษา สมาชิกของกองทัพและแรงงานสนับสนุนในครอบครัวหรือครัวเรือน) และมีความครอบคลุมของข้อมูลที่แตกต่างกัน (เช่น ครอบคลุมนายจ้างภาคเอกชนและภาครัฐ)

28. หลักความมั่นคง

นิยาม	สัดส่วนของครัวเรือนกับการเข้าถึงหลักความมั่นคง แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนครัวเรือน (ในเมือง) ที่เป็นเจ้าของหรือกำลังซื้อบ้าน และกำลังเช่าบ้านโดยส่วนตัว หรืออยู่ในอาคารสงเคราะห์หรือการเช่าช่วงซึ่งประมาณการ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง (ตัวชี้วัดนี้ยังสามารถคำนวณจากร้อยละ -1 ของประชากรเมืองที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด)
รายการข้อมูล 2	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด (ในเมือง) ณ เวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของหัวหน้าครอบครัว อายุและการศึกษา รายได้ครัวเรือน สถานที่อยู่อาศัย

แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สำมะโนประชากร บันทึกการบริการสุขภาพ
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 32 (สัดส่วนของครัวเรือนและการเข้าถึงหลักความมั่นคง) มีการให้นิยามครัวเรือนที่ปราศจากหลักความมั่นคงว่า เป็นผู้บุกรุกที่ดิน (ไม่ว่าจะจ่ายค่าเช่าหรือไม่) คนไร้ที่อยู่ และครัวเรือนที่ไม่เป็นทางการ โครงการตั้งถิ่นฐานมนุษย์แห่งสหประชาชาติ (UN-Habitat) ให้นิยามครัวเรือนในชุมชนแออัดว่า เป็นการดำรงชีวิตแต่ละครัวเรือน ที่ขาดเงื่อนไขหนึ่งเรื่องหรือมากกว่านั้น ดังต่อไปนี้คือหลักความมั่นคงในอาชีพ คุณภาพและความทนทานทางโครงสร้างของที่อยู่อาศัย การเข้าถึงน้ำที่สะอาดปลอดภัย การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขอนามัย สุขาภิบาล และบริเวณที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ

๗. ปัจจัยกำหนดทงสัคมที่มีผลต่อสุขภาพ: การปกครอง

29. การมีส่วนร่วมใช้สิทธิเลือกตั้ง

นิยาม	สัดส่วนของผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ที่ใช้สิทธิการเลือกตั้งระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นครั้งล่าสุด แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้มีสิทธิเลือกตั้งทั้งหมด ที่ใช้สิทธิการเลือกตั้งระดับประเทศ ระดับท้องถิ่นล่าสุด
รายการข้อมูล 2	จำนวนทั้งหมดของผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ในการเลือกตั้งระดับชาติ/ท้องถิ่นล่าสุด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	บันทึกเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง สำมะโนครัวประชากร
หลักฐานอ้างอิง	Urban Governance Index: methodology guidelines. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme, 2004 (http://www.unhabitat.org/downloads/docs/2232_55927_Addendum%20-%20Methodology%20Guidelines.doc , accessed 15 April 2010).

30. การคุ้มครองและประกันภัย

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่ได้รับการคุ้มครองโดยประกันสุขภาพ ทุกประเภท แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนของประชากรที่ได้รับการคุ้มครองโดยแผนประกันสุขภาพ ทางสังคม เอกชน หรือชุมชน ในช่วงเวลาอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ บันทึกประกันภัย ผลการสำรวจต่าง ๆ สัมภาษณ์ประชากร

ตัวชี้วัดที่เป็นทางเลือก (Optional Indicators)

๓. ปัจจัยกำหนดการสัคมที่มีผลต่อสุขภาพ: สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน

31. ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นิยาม	ความหนาแน่นของร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงด้วยจำนวน ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากร 100,000 คน
รายการข้อมูล 1	จำนวนร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณการตามพื้นที่ ทางภูมิศาสตร์ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์เดียวกัน ณ เวลา ปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100,000$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้เพื่อนบ้าน ระดับการศึกษา บริเวณที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลใบอนุญาตเปิดร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมภาษณ์ประชากร

31. พื้นที่สีเขียว

นิยาม	สัดส่วนบริเวณที่ดิน (ในเมือง) ที่ปกคลุมด้วยพื้นที่สีเขียว แสดงเป็น ร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนบริเวณที่ดิน (ในเมือง) ทั้งหมด ที่ปกคลุมด้วยพื้นที่สีเขียว ซึ่งประมาณการ ณ เวลาปัจจุบันที่เฉพาะเจาะจง

รายการข้อมูล 2	จำนวนบริเวณที่ดินทั้งหมด (ในเมือง) ณ เวลาปัจจุบันที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	การศึกษา ชุมชนใกล้เคียง/ระดับรายได้ สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการ การสำรวจที่ดิน
ข้อคิดเห็น	นิยามพื้นที่สีเขียวในเมือง หมายถึง พื้นที่สีเขียวสาธารณะที่ตั้งอยู่ในบริเวณเมือง โดยส่วนใหญ่ถูกปกคลุมด้วยต้นไม้และพืชพันธุ์ที่มีการใช้เพื่อการนันทนาการ หรือมีการใช้โดยตรงเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในเมือง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ตอบสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตประชาชนในเมืองใหญ่
หลักฐานอ้างอิง	Coles R, Grayson N. Improving the quality of life in urban regions through urban greening initiatives, EU Project URGE.Paper presented at the Open Space:People Space Conference, 27–29 October 2004, Edinburgh.

ท.ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: การพัฒนามนุษย์และสังคม

32. ความรุนแรงในครอบครัว

นิยาม (ก)	ความชุกของความรุนแรงจากคู่สมรสต่อผู้หญิง แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1 (ก)	จำนวนของผู้หญิงที่ถูกกระทำทางกาย การกระทำทารุณทางเพศ และอารมณ์ โดยคู่ชีวิต ฝ่ายชายที่ใกล้ชิดหรือคนก่อนหน้านี้ ไม่ว่าจะอยู่กินด้วยกันฉันท์สามีภรรยาหรือไม่ ในช่วงเวลาอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2 (ก)	ประชากรผู้หญิง ในช่วงเวลาอ้างอิงที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ก)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
นิยาม (ข)	ความชุกของการกระทำทารุณต่อเด็ก แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1 (ข)	จำนวนของเด็กในช่วงเวลาอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง ได้รับการรักษาอาการป่วยทางร่างกายและจิตใจ การกระทำทารุณทางเพศ การถูกละเลยและทอดทิ้ง หรือการถูกใช้เป็นเครื่องมือหาประโยชน์ทางการค้าหรืออื่น ๆ และส่งผลให้เกิดการทำร้ายต่อสุขภาพเด็กที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจเกิดขึ้นได้ การอยู่รอด พัฒนาการ หรือศักดิ์ศรีในเรื่องความสัมพันธ์ ความรับผิดชอบ ความเชื่อใจและอำนาจ

รายการข้อมูล 2 (ข)	ประชากรเด็ก ในเวลาอ้างอิงที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
นิยาม (ค)	ความชุกของการกระทำทารุณต่อผู้สูงอายุ แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1 (ค)	จำนวนผู้สูงอายุ ที่ประสบการกระทำเพียงครั้งเดียวหรือซ้ำ ๆ หรือขาดการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์ใด ๆ ที่มีความคาดหวังและความเชื่อใจ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บหรือเศร้าเสียใจต่อบุคคลสูงอายุ ในระหว่างช่วงเวลาอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2 (ค)	ประชากรสูงอายุ ในเวลาอ้างอิงที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ค)	(รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2) x 100
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ทะเบียนราษฎร รายงานจากเจ้าหน้าที่ชั้นสุตรศพ บันทึกการให้บริการสุขภาพและสังคม บันทึกจากตำรวจ/คณะตุลาการ ผลการสำรวจต่าง ๆ
ข้อคิดเห็น	ความแตกต่าง ควรได้มาจากอัตราการแจ้งหรือการตรวจหา (โดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่มีการแจ้งหรือรายงานเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น จากงานบริการทางสังคม) และอัตราการเจ็บป่วยและการตายตามความเป็นจริง (โดยใช้จำนวนกรณี ซึ่งเกิดขึ้นตามจริงเป็นหลัก ไม่ว่าจะตรวจสอบได้หรือไม่) อัตราการแจ้งเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวมักไม่มีการรายงาน อาจทำให้การประเมินค่าผลรวมต่ำกว่าอัตราการเจ็บป่วยและการตายจริง
หลักฐานอ้างอิง	<ul style="list-style-type: none"> • WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf, accessed 15 April 2010). • World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf, accessed 15 April 2010).

33. น้ำหนักแรกเกิดน้อย

นิยาม	สัดส่วนของทารกที่เกิดรอด ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในช่วงเวลาที่กำหนด แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนทารกที่เกิดรอด และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ตั้งแต่หรือรวมถึง 2,499 กรัม) โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ ในช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนทารกทั้งหมดเกิดรอด ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศของเด็ก การศึกษาของมารดา รายได้ครัวเรือน บริเวณท้องถิ่น (สถานที่อยู่อาศัยตามปกติของมารดา ไม่ใช่สถานที่เกิดของบุตร)
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	บันทึกการบริการสุขภาพ ทะเบียนราษฎร ผลการสำรวจต่าง ๆ สำมะโนครัวประชากร
ข้อคิดเห็น	น้ำหนักแรกเกิด หรือน้ำหนักของทารกในครรภ์ หรือน้ำหนักเด็กแรกเกิด หลังการเกิดมีชีพ น้ำหนักแรกเกิดตามหลักการควรจะมีการประมาณ ภายในชั่วโมงแรกของชีวิต ก่อนที่การลดน้ำหนักหลังเกิด จะเกิดขึ้น

ณ.ปัจจัยกำหนดทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ: เศรษฐกิจ

34. ประชากรในชุมชนแออัด

นิยาม	สัดส่วนของประชากรในชุมชนแออัดในเขตเมือง แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนของการดำรงชีวิตแต่ละบุคคล ในครัวเรือนชุมชนแออัด (ในเมือง) ซึ่งมีการให้นิยามว่าเป็นกลุ่ม บุคคลที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ภายใต้หลังคาเดียวกันที่ขาดเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่ง หรือมากกว่านั้น (ในบางเมืองสองเมืองหรือมากกว่านั้น) ดังต่อไปนี้ คือ ความมั่นคง ในอาชีพ คุณภาพและความทนทานทางโครงสร้างที่อยู่อาศัย การเข้าถึงน้ำที่ปลอดภัย การเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ถูกสุขลักษณะ และสถานที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมด (เมือง) ณ เวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	รายได้ ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	ผลการสำรวจต่าง ๆ สำมะโนประชากร

ข้อคิดเห็น	ข้อมูลเหล่านี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัด MDG 32 (สัดส่วนของครัวเรือนกับการเข้าถึงหลักความมั่นคง) ซึ่งสามารถคำนวณจากร้อยละ -1 ของประชากรเมือง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด
------------	---

35. การจ้างงานนอกระบบ

นิยาม	สัดส่วนของประชากรที่ทำงานนอกระบบ แสดงเป็นร้อยละ
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ที่รับจ้างทำงานภาคนอกระบบ เป็นงานหลัก หรืองานรอง ในช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจง
รายการข้อมูล 2	จำนวนประชากรทั้งหมดที่ทำงาน ในช่วงเวลาที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	เพศ อายุ รายได้ การศึกษา สถานที่อยู่อาศัย ประเภทของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	การสำรวจจากภาคนอกระบบ การสำรวจแรงงาน การสำรวจสำมะโนประชากร
ข้อคิดเห็น	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนี้สัมพันธ์กับตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินสถานการณ์ทั่วไปของประเทศ โดยสหประชาชาติ การจ้างงานนอกระบบ รวมถึงทุกคนที่ทำงานนอกระบบ การจ้างงานในระหว่างช่วงเวลาที่เฉพาะเจาะจงที่ได้รับการจ้างให้ทำงานในกิจการนอกระบบ อย่างน้อย 1 แห่ง โดยไม่คำนึงถึงสถานะที่ได้รับในการจ้างงาน (นายจ้าง แรงงานที่ประกอบกิจการของตนเอง แรงงานสนับสนุนในครอบครัว ลูกจ้างหรือสมาชิกของหน่วยงานผู้ผลิต) ไม่ว่าจะเป็งานหลักหรืองานรอง กำหนดนิยาม คำว่า “กิจการนอกระบบ” โดยใช้นิยามตามระบบบัญชีประชาชาติ พ.ศ. 2536 ว่าหมายถึง กิจการที่ไม่ใช่นิติบุคคลด้านครัวเรือน (ไม่รวมถึงกลุ่มจัดตั้ง) กิจการดังกล่าวอย่างน้อยต้องผลิตสินค้าหรือบริการบางชนิดเพื่อขายหรือแลกเปลี่ยน กิจการดังกล่าวมีส่วนร่วมในกิจกรรมอุตสาหกรรม (รวมถึงกิจกรรมอุตสาหกรรมรองในภาคอุตสาหกรรม) และขนาดของกิจการ (จำนวนลูกจ้าง) ต่ำกว่าเส้นแบ่งที่กำหนดตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศ หรือหมายถึงกิจการที่ไม่ได้

	<p>ลงทะเบียนตามกฎหมายระดับประเทศ (เช่น พระราชบัญญัติพาณิชย์ กฎหมายภาษีและประกันสังคมกลุ่มวิชาชีพ พระราชบัญญัติ หรือข้อบังคับการจัดตั้งองค์กรตามนิติบัญญัติแห่งชาติ) หรือไม่มีลูกจ้างของกิจการที่ได้รับการลงทะเบียนเลย และอาจรวมถึงกิจการการผลิตในครัวเรือน และการจ้างลูกจ้างภายในครัวเรือน</p> <ul style="list-style-type: none"> • รับจ้างทำงาน หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจในช่วงเวลาอ้างอิงที่กำหนดหรือการหยุดชั่วคราวจากกิจกรรมดังกล่าว • กิจกรรมทางเศรษฐกิจ หมายถึง การผลิตสินค้าและบริการทุกชนิดที่ได้รับเงินหรือผลกำไร หรือเพื่อใช้ในครอบครัวตนเอง
--	--

ณ.ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม: การบริหารจัดการภาครัฐ

36. ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาของรัฐบาล

นิยาม	จำนวนรายจ่ายทั้งหมดเพื่อการศึกษา แสดงเป็นร้อยละของรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด ในปีงบประมาณที่กำหนด
รายการข้อมูล 1	จำนวนรายจ่ายทั้งหมดเพื่อการศึกษา (เงินเดินสะพัดและเงินทุน) ที่ใช้โดยหน่วยงานราชการหรือภาครัฐทั้งหมด ในปีงบประมาณที่ระบุ
รายการข้อมูล 2	รายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล ในปีงบประมาณที่ระบุ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$
ตัวแปรจำแนกกลุ่มที่แนะนำ	สถานที่อยู่อาศัย
แหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้	รายงานบัญชีแห่งชาติ รายงานรายจ่ายรัฐบาล สถิติทางการเงินทั่วโลก
หลักฐานอ้างอิง	Education indicators: technical guidelines. Paris, United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, Institute for Statistics, 2009 (http://www.uis.unesco.org/template/pdf/EducGeneral/Indicator_Technical_guidelines_EN.pdf , accessed 15 April 2010).

ภาคผนวกที่ 4

การจัดทำตารางหลายมิติ Urban HEART: คำแนะนำทางวิชาการ

ทำไมต้องทำ

ตารางหลายมิติพื้นฐาน คือ แผนภูมิรหัสสีที่ช่วยให้เห็นความไม่เป็นธรรมระหว่างตัวชี้วัดหลาย ๆ ตัวชี้วัด แต่ไม่ได้แสดงแนวโน้มความไม่เป็นธรรมในแต่ละช่วงเวลา ขั้นตอนต่อไปนี้อธิบายกระบวนการพัฒนาตารางหลายมิติ สำหรับการเปรียบเทียบภายในเมือง และสามารถเปรียบเทียบระหว่างเมืองได้ด้วย (ถ้ามีข้อมูล)

อะไรบ้างที่จำเป็น

- แผนภูมิ กราฟ หรือแผ่นเอกสารของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (อาทิ Microsoft Excel)
- ข้อมูลตัวชี้วัด ที่กระจายตามหน่วยทางภูมิศาสตร์ (จำเป็น) และตามตัวแปรด้านสังคมประชากร ได้แก่ เพศ รายได้ การศึกษา (ให้เลือกได้)
- เกณฑ์เปรียบเทียบภายใน สำหรับแต่ละตัวชี้วัด เช่น ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ค่าเฉลี่ยระดับเมือง
- เป้าหมายที่ต้องการบรรลุสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว เช่น เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ในปี 2558 เป้าหมายระดับประเทศ หรือระดับความสำเร็จของกลุ่มที่มีรายได้สูงที่สุด

ต้องทำอะไรบ้าง

1. ตัดสินใจเกี่ยวกับปีและหน่วยการเปรียบเทียบที่จะใช้ในตารางหลายมิติที่จัดทำขึ้น ตารางหลายมิติ อธิบายได้เพียงหนึ่งปี ณ เวลาหนึ่ง และตัวแปรหนึ่งประเภท ตัวแปรจำแนกกลุ่มส่วนใหญ่ที่ใช้ คือ การแบ่งพื้นที่ในเมืองเป็นอำเภอต่าง ๆ ได้แก่ พื้นที่ใกล้เคียง หรือหอผู้ป่วย หรือช่วงเวลาการทำสำมะโน ถ้าสามารถหาข้อมูลได้ อาจรายงานจำแนกตามกลุ่มเพศ กลุ่มรายได้กลุ่มภาษา หรือตัวแปรอื่น ๆ

2. ใส่คำอธิบายข้อมูลในแถวตอน (column) และแถวแนวนอน (row) เปิดการใช้งานแผ่นเอกสารในโปรแกรม Excel หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับกราฟและแผนภูมิ อันดับแรก

ให้ใส่ข้อมูลลงในแถวอน (Row) ใช้ชื่อตามหน่วยนับที่จะใช้เปรียบเทียบ (เช่น อำเภอ หอผู้ป่วย ภายในเมือง) ขึ้นตอนต่อไป ใส่คำอธิบายในแถวแนวดอน (Column) โดยช่วงแรกใส่คำอธิบาย ประเด็นนโยบายที่ต้องการแสดง (เช่น ผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาสังคมและมนุษย์ การบริหารจัดการภาครัฐ) ในแถวตอนที่สอง ให้ใส่ชื่อตัวชี้วัดแต่ละตัวที่ต้องการ (ตรวจสอบว่าตัวชี้วัดต่าง ๆ สอดคล้องกับประเด็นนโยบายที่ถูกต้อง)

ตัวอย่าง : ตารางหลายมิติเปรียบเทียบระหว่าง 4 อำเภอ 4 ตัวชี้วัด และ 3 ประเด็นนโยบาย

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ A	อำเภอ B	อำเภอ C	อำเภอ D
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพของ ประชากร 1,000 คน)				
โครงสร้างทางกายภาพ และ & สิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)				
การพัฒนาสังคมและมนุษย์	การสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)				
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด (ร้อยละ)				

3. เพิ่มตารางแถวตอน (column) สำหรับเกณฑ์การเปรียบเทียบและค่าเป้าหมาย

เริ่มด้วยเกณฑ์การเปรียบเทียบ ใส่ตารางแถวตอนทางด้านขวาของตาราง เพื่อใส่เกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน ควรเลือกเกณฑ์การเปรียบเทียบภายในสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว (คำแนะนำเพิ่มเติม ให้ดูในขั้นตอนที่ 2 ของคู่มือการใช้งาน) อาจตัดสินใจเลือกใช้เกณฑ์การเปรียบเทียบประเภทแตกต่างกัน สำหรับตัวชี้วัดที่แตกต่างกันได้ (เช่น ใช้ค่าเฉลี่ยระดับเมืองสำหรับตัวชี้วัดการเข้าถึงน้ำสะอาด แต่ใช้ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สำหรับตัวชี้วัดด้านการได้รับวัคซีน หรือการศึกษา) ถ้าใช้เกณฑ์การเปรียบเทียบที่แตกต่างกัน ให้ใส่สัญลักษณ์ที่เข้าใจง่ายไว้ที่หัวตารางแนวตั้ง “เกณฑ์การเปรียบเทียบ” แล้วใส่หมายเหตุบอกแหล่งที่มาของเกณฑ์การเปรียบเทียบแต่ละตัว

ในขั้นตอนนี้ ให้ใส่ตารางแถวตอนเพิ่มอีกหนึ่งแถว ทางด้านขวาของตาราง สำหรับค่าเป้าหมายภายนอก ควรเลือกค่าเป้าหมายที่สอดคล้องมากที่สุดสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว ทางเลือกต่าง ๆ ประกอบด้วย ค่าเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) เป้าหมายระดับประเทศ ระดับเมือง หรือค่าเป้าหมายอื่นๆ ที่จำเป็น สำคัญอย่างยิ่งที่เป้าหมายที่ต้องการนั้น ต้องเป็นค่ามาตรฐานที่สูงกว่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน ใส่สัญลักษณ์ค่าเป้าหมาย โดยการใช้หัวตารางแถวตอนหรือหมายเหตุ

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	ค่าเฉลี่ย ของเมือง	เป้าหมาย ระดับประเทศ
		A	B	C	D		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพของ ประชากร 1,000 คน)						
โครงสร้างทาง กายภาพ และ สิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)						
การพัฒนาสังคม และมนุษย์	การสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)						
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด (ร้อยละ)						

4. ใส่ข้อมูลลงในช่องต่าง ๆ ของตาราง

เริ่มด้วยตัวชี้วัดตัวแรก ให้ใส่ข้อมูลในตารางแถวตอนแต่ละแถว โดยใส่ค่าตัวเลขของตัวชี้วัดลงในช่องตารางตามความเหมาะสม ยกตัวอย่าง ถ้าเริ่มด้วยการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพของประชากร 1,000 คน ควรเลือกที่จะใส่ตัวเลขอัตราการตายของทารกแรกเกิดของแต่ละตำบล ถ้าไม่มีข้อมูลในบางช่อง ให้ปล่อยว่างไว้หรือใส่ว่าไม่มีข้อมูล ให้ใส่ข้อมูลในแถวแนวนอนที่แถว จนกระทั่งเสร็จ แล้วให้ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ยกตัวอย่าง : ตารางที่ลงข้อมูลที่ต้องการตามตัวชี้วัดแต่ละตัวในแต่ละตำบลแล้ว ข้อมูล “การสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)” ไม่สามารถหาได้ในตำบล D

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	ค่าเฉลี่ย ของเมือง	เป้าหมาย ระดับประเทศ
		A	B	C	D		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพของ ประชากร 1,000 คน)	22	19	21	41	26	15
โครงสร้างทาง กายภาพ และ สิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)	88	58	89	58	83	100
การพัฒนาสังคม และมนุษย์	การสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	85	78	89	n.a.	84	85
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด (ร้อยละ)	75	70	71	62	65	80

5. ลวงรหัสสีในช่องข้อมูลโดยการไฮไลต์สีแดง การดำเนินงานที่แสดงด้วยสีแดง หมายถึง มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เปรียบเทียบภายใน เริ่มต้นด้วยแถวแรก เปรียบเทียบกับตัวเลขในแต่ละช่องตารางของเมืองกับเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน จงจำว่า ตัวชี้วัดบางตัวค่าที่น้อยกว่าแสดงว่าผลงานดีกว่า ในขณะที่ตัวชี้วัดบางตัว ค่าที่น้อยกว่าแสดงถึงผลงานที่แย่กว่า และท่านกำลังใส่รหัสผลงานที่แย่กว่า เมื่อใช้ “สีแดง” ให้ทำทีละแถว จนกว่าจะเสร็จ และตรวจสอบการทำงานอีกครั้ง

ตัวอย่าง: ตาราง 5 ช่อง ที่ไฮไลต์สีแดงไว้ หมายถึง การดำเนินงานนั้นต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเมือง ตำบล D มีการตายของทารกแรกเกิดที่สูงกว่า การเข้าถึงน้ำสะอาด และความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของเมือง และ ตำบล B มีการเข้าถึงน้ำสะอาด และการสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของเมือง

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	ค่าเฉลี่ยของเมือง	เป้าหมายระดับประเทศ
		A	B	C	D		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีวิตของประชากร 1,000 คน)	22	19	21	41	26	15
โครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)	88	58	89	58	83	100
การพัฒนาสังคมและมนุษย์	การสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	85	78	89	n.a.	84	85
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามที่กำหนด (ร้อยละ)	75	70	71	62	65	80

6. ลวงรหัสสีในช่องข้อมูลโดยการไฮไลต์สีเขียว สีเขียว แสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงาน มีค่าเท่ากับหรือดีกว่า ทั้งเกณฑ์การเปรียบเทียบภายในและเกณฑ์เป้าหมายที่ต้องการ ถ้าผลงานมีค่าเท่ากันหรือดีกว่าเป้าหมายที่ต้องการ ให้ลงสีเขียว ดำเนินการลวงรหัสสีทีละแถว จนกว่าจะเสร็จ และตรวจสอบการทำงานอีกครั้ง

ตัวอย่าง: ตาราง 2 ช่องที่ไฮไลต์สีเขียว ในตำบล A และ C มีอัตราการเข้าโรงเรียนประถมศึกษาที่ดีกว่าเป้าหมายระดับประเทศ

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	ค่าเฉลี่ย ของเมือง	เป้าหมาย ระดับประเทศ
		A	B	C	D		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพของ ประชากร 1,000 คน)	22	19	21	41	26	15
โครงสร้างทาง กายภาพ และ สิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)	88	58	89	58	83	100
การพัฒนาสังคม และมนุษย์	การสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	85	78	89	n.a.	84	85
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด (ร้อยละ)	75	70	71	62	65	80

7. ลงรหัสสีในช่องที่เหลืองโดยการใส่สีเหลือง สีเหลือง แสดงผล

การดำเนินงานที่เท่ากับหรือดีกว่าเกณฑ์เปรียบเทียบภายใน แต่ต่ำกว่าเป้าหมายที่ต้องการ ตรวจสอบแต่ละช่องตารางที่ไม่ใช่สีแดงและสีเขียว ค่าผลงานควรเท่ากับหรือดีกว่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน จงจำว่าตัวชี้วัดบางตัว ค่าที่น้อยกว่าแสดงว่า ผลการดำเนินงานดีกว่า ขณะที่ตัวชี้วัดอื่น ๆ บางตัวแสดงผลการดำเนินงานที่แย่กว่า ถ้าค่าต่ำกว่าเป้าหมายให้ลงสีเหลือง ดำเนินการที่ละแฉจนกว่าจะเสร็จ และตรวจสอบการทำงานอีกครั้ง

ตัวอย่าง : ตาราง 8 ช่อง ที่ใส่สีเหลือง แสดงถึงผลการดำเนินงานที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยของเมือง แต่ยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศ

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	ค่าเฉลี่ย ของเมือง	เป้าหมาย ระดับประเทศ
		A	B	C	D		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	การตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพของ ประชากร 1,000 คน)	22	19	21	41	26	15
โครงสร้างทาง กายภาพ และ สิ่งแวดล้อม	การเข้าถึงน้ำสะอาด (ร้อยละ)	88	58	89	58	83	100
การพัฒนาสังคม และมนุษย์	การสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ)	85	78	89	n.a.	84	85
	เด็กที่ได้รับวัคซีนครบ ตามที่กำหนด (ร้อยละ)	75	70	71	62	65	80

8. ตรวจสอบการกำราบอีกครั้ง เมื่อดำเนินการในขั้นตอนที่ 6-8 เสร็จแล้ว ช่องในตารางทุกช่องควรมีสีแดง เหลือง และเขียว ยกเว้นที่ไม่มีข้อมูล ช่องที่ไม่มีข้อมูลสามารถคงสีขาวไว้ได้ ขั้นตอนนี้ให้ตรวจสอบการลงข้อมูลและรหัสสีอีกครั้งเพื่อความแม่นยำ จะเป็นการดีกว่า ถ้ามีการจัดระเบียบและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้เรียบร้อยก่อนที่จะจัดทำตารางหลายมิติในขั้นตอนนี้ให้ตรวจสอบสิ่งต่าง ๆ ว่า

- มีการลงข้อมูลถูกต้องตามช่องต่าง ๆ หรือไม่
- มีการลงรหัสสีอย่างถูกต้องและสัมพันธ์กับเกณฑ์การเปรียบเทียบภายในและเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ มีช่องไหนที่ยังว่างหรือมีสีขาว ที่ไม่ใช่ช่องที่ไม่มีข้อมูลหรือไม่

9. จัดทำตารางหลายมิติ (สามารถเลือกได้) ขั้นตอนที่ 1 ถึง 8 เพื่ออธิบายการจัดทำตารางหลายมิติขั้นพื้นฐาน ถ้าต้องการดำเนินการมากกว่านั้น ยังมีหลายทางเลือกที่จะทราบความต้องการเฉพาะ ตัวอย่างที่สามารถทำได้ เช่น เปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด จำแนกตามเพศ หรือ กลุ่มทางสังคมเศรษฐกิจภายในเมือง หรือภายในตำบล (ถ้ามีข้อมูลที่จำเป็น)

- ถ้าพบค่าตัวเลขที่มีช่วงกว้างภายในช่องสีแดง (หรือเขียว หรือเหลือง) ควรขยายขอบเขตของรหัสสีที่ช่วยให้มีการประเมินรายละเอียดมากขึ้น
- โปรแกรมคอมพิวเตอร์หลายชนิด สามารถใช้ขยายความสามารถในการอธิบายตารางหลายมิติสำหรับการนำเสนอต่าง ๆ ได้อีกมาก

ภาคผนวกที่ 5

การจัดทำเครื่องมือติดตามผล Urban HEART: คำแนะนำทางวิชาการ

ทำไมต้องทำ

หลังจากที่จัดทำตารางหลายมิติแล้ว สามารถกำหนดว่า ตำบลใดมีการดำเนินงาน ได้ผลดีที่สุดหรือแย่ที่สุดสำหรับตัวชี้วัด Urban HEART แต่ละตัว และสามารถพัฒนาเครื่องมือติดตามผลการแก้ไขปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง (ช่องว่างระหว่างผลการดำเนินงาน ที่ดีที่สุดกับแย่ที่สุด) เมื่อเวลาผ่านไป และทำการประเมินความก้าวหน้าเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ความเป็นธรรม ขั้นตอนต่าง ๆ ข้างล่างนี้ ได้อธิบายกระบวนการพัฒนาเครื่องมือการติดตามผล ขั้นพื้นฐานของเมือง ถ้ามีข้อมูลผลการดำเนินงานของเมืองต่าง ๆ หลาย ๆ เมือง ท่านสามารถใช้เครื่องมือติดตามผลนี้ ทำการเปรียบเทียบช่องว่างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างเมือง ในภาคต่าง ๆ หรือทั้งประเทศได้

อะไรบ้างที่จำเป็น

- แผนภูมิ กราฟ โปรแกรมแผ่นเอกสาร (เช่น Microsoft Excel)
- ข้อมูลตัวชี้วัด ที่จำแนกตามหน่วยทางภูมิศาสตร์ (จำเป็น) และจำแนกตามตัวแปรทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ รายได้ การศึกษา (สามารถเลือกได้)
- เกณฑ์การเปรียบเทียบสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับเมือง และค่าเฉลี่ยระดับประเทศ
- เป้าหมายที่ต้องการสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัว เช่น เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ในปี 2558
- เป้าหมายระดับประเทศ หรือระดับผลการดำเนินงานของกลุ่มประชากรที่มีรายได้สูงสุด
- ข้อมูลแนวตัดขวาง (เครื่องมือการวัดซ้ำของตัวชี้วัดเมื่อเวลาผ่านไป) เพื่อให้มั่นใจว่า ข้อมูลที่กำหนด สามารถขยายช่วงเวลาได้เพียงพอ การประเมินความเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดบางตัว อาจใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงนานกว่าตัวอื่น ควรตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญในทีมงาน

ต้องทำอะไรบ้าง

1. ตัดสินใจเกี่ยวกับตัวชี้วัดที่ต้องการจะติดตามเมื่อเวลาผ่านไปและปีที่จะทำการวิเคราะห์ บนฐานของการอภิปรายร่วมกันของทีมงาน และการปรึกษากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดว่าตัวชี้วัดใดที่สำคัญเพียงพอ ที่จะทำการติดตามเมื่อเวลาผ่านไป เลือกตัวชี้วัดที่มีข้อมูลในหลาย ๆ โอกาส ตัวอย่างด้านล่าง ใช้ตัวชี้วัด “การผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในประเด็นนโยบายด้านสังคมและการพัฒนา กำหนดปีที่จะทำการวิเคราะห์ ตัวอย่างด้านล่าง ใช้ข้อมูลในปี พ.ศ. 2533, 2538, 2543 และ 2548

2. ตัดสินใจเลือกเกณฑ์การเปรียบเทียบ “เกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน” จะช่วยสนับสนุนจุดที่ใช้อ้างอิง ที่สามารถเปรียบเทียบกันได้และมีความสัมพันธ์กัน เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่สำหรับตัวชี้วัดหนึ่ง ๆ และที่สำคัญ คือ เกณฑ์การเปรียบเทียบควรสะท้อนหรือแทนค่าของปีนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น อาจเลือกใช้ค่าเฉลี่ยระดับประเทศหรือค่าเฉลี่ยระดับเมืองในปีที่กำหนด ดังตัวอย่างด้านล่าง ใช้ค่าเฉลี่ยประจำปี 2553 เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบภายในและเป็นค่าเฉลี่ยระดับเมือง และเป็นค่าต่ำที่สุดในระยะเวลาการรายงานผล และใช้เป็นหน่วยการวัดพื้นฐาน

3. กำหนดค่าเป้าหมายที่สัมพันธ์กัน อะไรที่เป็นค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดนี้ อาจตัดสินใจเลือกค่าเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ค่าเป้าหมายระดับประเทศ ระดับเมือง หรือเป้าหมายเชิงปริมาณที่ต้องการ และจะดียิ่งขึ้น ถ้ามีการอ้างอิงระยะเวลาด้วยที่สำคัญ คือ ค่าเป้าหมายที่ต้องการจะต้องเป็นค่ามาตรฐานที่สูงกว่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน ตัวอย่างด้านล่างใช้ค่าเป้าหมายระดับประเทศ สำหรับตัวชี้วัด “การผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ”

4. ใส่เครื่องหมายสำหรับข้อมูลในแถวตอนและแถวแนวนอน กระบวนการนี้เหมือนกับการจัดทำตารางหลายมิติ ให้เปิดแผ่นเอกสารแผ่นใหม่ โดยการใช้โปรแกรม Microsoft Excel หรือโปรแกรมแผ่นภูมิ หรือกราฟประเภทอื่น และสร้างตารางข้อมูลขึ้นใหม่เป็นตาราง 6 แถวตอน ใส่เครื่องหมายกำกับตารางแถวตอน ดังแสดงตัวอย่างด้านล่าง แถวตอนที่ 1 ใส่ “ปี พ.ศ.” แถวตอนที่ 2 ใส่ “อำเภอที่ผลการดำเนินงานต่ำที่สุด” แถวตอนที่ 3 ใส่ “อำเภอที่ผลการดำเนินงานดีที่สุด” แถวตอนที่ 4 เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบภายใน จากตัวอย่าง คือ ใส่คำว่า “ค่าเฉลี่ยระดับเมือง ปี พ.ศ. 2553” ให้ใช้หัวข้อเกณฑ์การเปรียบเทียบภายในของตนเอง แถวตอนที่ 5 คือ ค่าเป้าหมาย จากตัวอย่างข้างล่าง ใส่คำว่า “ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2553” ให้ใส่หัวข้อเป้าหมายของเมืองตนเอง ขั้นตอนต่อไป ใส่หัวข้อในแถวแนวนอนเป็น “ปี พ.ศ.” ที่จะทำการวิเคราะห์ เริ่มด้วยปีที่ผ่านมา และปีปัจจุบัน ควรเป็นแถวสุดท้าย

ตัวอย่าง: ตารางข้อมูลที่จัดทำขึ้นสำหรับการวิเคราะห์ความไม่เป็นธรรม โดยพิจารณาสัดส่วนของผดุงครรภ์ที่มีทักษะต่อบุคลากรสาธารณสุข ในช่วงเวลา 16 ปี ตารางนี้เป็นการดูข้อมูล ปี พ.ศ. 2533, 2538, 2543, 2548

ตารางที่ 1 ความไม่เป็นธรรมด้านการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ ในเมือง ก พ.ศ. 2533 - 2548

ปี พ.ศ.	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ต่ำสุด	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ดีที่สุด	ค่าเฉลี่ยระดับเมือง	เกณฑ์เปรียบเทียบ: ค่าเฉลี่ยระดับเมือง ปี พ.ศ. 2533	ค่าเป้าหมาย: ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2553
2533					
2538					
2543					
2548					

5. ใส่ข้อมูลลงในช่องตาราง เริ่มด้วยการใส่ค่าเป้าหมายในแถวตอนที่ไกลที่สุดทางขวามือแล้วใส่ข้อมูลเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน (เช่น ค่าเฉลี่ยระดับเมือง) สำหรับแต่ละปี จากนั้นให้กลับไปดูที่ชุดข้อมูลของแต่ละตำบล กำหนดผลการดำเนินงานที่ดีที่สุดและที่ต่ำที่สุดในแต่ละปี ใส่ค่าตัวเลขลงในช่องตารางทีละแถว จนกระทั่งเสร็จ แล้วตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ตัวอย่าง : การใส่ข้อมูลตัวชี้วัดในทุกช่องตาราง

ตารางที่ 1 ความไม่เป็นธรรมด้านการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ ในเมือง ก พ.ศ. 2533-2548

ปี พ.ศ.	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ต่ำสุด	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ดีที่สุด	ค่าเฉลี่ยระดับเมือง	เกณฑ์เปรียบเทียบ: ค่าเฉลี่ยระดับเมือง ปี พ.ศ. 2533	ค่าเป้าหมาย: ค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2553
2533	19 %	80 %	50 %		
2538	10 %	45 %	33 %	50 %	90 %
2543	30 %	86 %	60 %		
2548	20 %	95 %	55 %		

ข้อควรจำ: สำหรับเป้าประสงค์ของเครื่องมือการติดตามผล ชื่อตำบลหรืออำเภอ ไม่ใช่สาระสำคัญและไม่จำเป็นต้องใส่ไว้ในตาราง (ถ้าต้องการเก็บข้อมูลชื่อตำบลหรืออำเภอไว้ ควรเก็บไว้ในเอกสารอีกฉบับหนึ่ง) เป็นไปได้ที่ผลการดำเนินงานที่ต่ำที่สุด หรือดีที่สุดของตำบลต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี สิ่งนี้ไม่ใช่ปัญหา แถวตอนไม่ได้เป็นตัวแทนของตำบลใดเป็นการเฉพาะ แต่เป็นตัวแทนของอัตราการดำเนินงานที่ดีที่สุดหรือต่ำที่สุดตามตัวชี้วัดที่ถูกเลือกมากกว่า ในที่ใด ๆ ก็ตามที่มีผลการดำเนินงาน ถ้าต้องการดูข้อมูลของตำบลหนึ่งเป็นการเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่งเวลาใด สามารถดำเนินการในขั้นตอนการดัดแปลงการใช้เครื่องมือการติดตามผล (ขั้นตอนที่ 11)

6. ใส่รหัสสีในตารางข้อมูลโดยใช้สีแดง ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการเดียวกับการใส่รหัสสีในตารางหลายมิติ สีแดงบ่งชี้ว่าผลการดำเนินงานนั้น ต่ำกว่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายในเริ่มต้นด้วยแถวแนวอนแนวแรก เปรียบเทียบกับค่าข้อมูลผลงานในตำบลเปรียบเทียบกับเกณฑ์เปรียบเทียบภายใน ใส่สีแดงในช่องตาราง ถ้าค่าของผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เปรียบเทียบภายใน จงจำไว้ว่าสำหรับตัวชี้วัดบางตัว ค่าที่น้อยกว่าบ่งชี้ถึงผลการดำเนินงานที่ดีกว่า ในขณะที่สำหรับตัวชี้วัดอื่น ๆ ค่าที่น้อยกว่าบ่งชี้ถึงผลการดำเนินงานที่แย่กว่า ตระหนักว่า ท่านกำลังใส่รหัสสีสำหรับผลการดำเนินงานที่ไม่ดี เมื่อใช้สีแดงให้ดำเนินการที่ละแฉวจนกว่าจะเสร็จ และทำการตรวจทานความถูกต้องอีกครั้ง

ตัวอย่าง : ตาราง 6 ช่อง ที่ใส่รหัสสีแดงแล้ว

ตารางที่ 1 ความไม่เป็นธรรมด้านการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ ในเมือง ก พ.ศ. 2533 - 2548

ปี พ.ศ.	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ต่ำสุด	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ดีที่สุด	ค่าเฉลี่ยระดับเมือง	เกณฑ์เปรียบเทียบ: ค่าเฉลี่ยระดับเมืองปี พ.ศ. 2533	ค่าเป้าหมาย: ค่าเฉลี่ยระดับประเทศปี พ.ศ. 2553
2533	19 %	80 %	50 %	50 %	90 %
2538	10 %	45 %	33 %		
2543	30 %	86 %	60 %		
2548	20 %	95 %	55 %		

7. ขั้นตอนต่อไป ใส่รหัสสีในตารางโดยใช้สีเขียว สีเขียวบ่งชี้ผลการดำเนินงานที่มีค่าเท่ากับหรือดีกว่า ทั้งเกณฑ์เปรียบเทียบภายในและค่าเป้าหมายที่ต้องการ ตรวจสอบในแต่ละช่องของตารางว่า มีหรือไม่มี ทั้งสีแดงและสีเหลือง ถ้าค่าผลการดำเนินงานเท่ากับหรือดีกว่าเป้าหมายที่ต้องการ ให้ใส่สีเขียว ดำเนินการที่ละแฉวจนเสร็จ และทำการตรวจทานความถูกต้องอีกครั้ง

ตัวอย่าง: มีเพียงช่องเดียวที่เป็นสีเขียว มีตำบลเดียวที่ดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายระดับประเทศ ที่กำหนดความครอบคลุมไว้ที่ ร้อยละ 90

ตารางที่ 1 ความไม่เป็นธรรมด้านการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ ในเมือง ก พ.ศ. 2533 - 2548

ปี พ.ศ.	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ต่ำสุด	ผลการดำเนินงานของตำบลที่ดีที่สุด	ค่าเฉลี่ยระดับเมือง	เกณฑ์เปรียบเทียบ: ค่าเฉลี่ยระดับเมืองปี พ.ศ. 2533	ค่าเป้าหมาย: ค่าเฉลี่ยระดับประเทศปี พ.ศ. 2553
2533	19 %	80 %	50 %	50 %	90 %
2538	10 %	45 %	33 %		
2543	30 %	86 %	60 %		
2548	20 %	95 %	55 %		

ข้อควรจำ: สำหรับเป้าประสงค์ของเครื่องมือการติดตามผล ชื่อตำบลหรืออำเภอ ไม่ใช่สาระสำคัญและไม่จำเป็นต้องใส่ในตารางข้อมูล (ถ้าต้องการเก็บข้อมูลชื่อตำบลหรืออำเภอไว้ ควรเก็บไว้ในเอกสารอีกฉบับหนึ่ง) เป็นไปได้ว่าผลการดำเนินงานที่ต่ำที่สุดหรือดีที่สุด จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาที่ผ่านมา สิ่งนี้มิใช่ปัญหา แกวตอนไม่เป็นตัวแทนของตำบลใด เป็นการเฉพาะ แต่เป็นตัวแทนของอัตราการดำเนินงานที่ดีที่สุดหรือต่ำที่สุดตามตัวชี้วัดที่ถูกเลือก มากกว่าในทีเดียว ๆ ก็ตามที่ผลการดำเนินงานมีอยู่ ถ้าต้องการดูข้อมูลของตำบลหนึ่งเป็นการเฉพาะ ในช่วงเวลาที่ผ่านมาสามารถดำเนินการในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนเครื่องมือติดตามผล (ดูในขั้นตอนที่ 11)

8. ใส่รหัสสีในช่องตารางที่เหลือโดยการใช้สีเหลือง ตรวจสอบค่าข้อมูลในแต่ละช่องว่าไม่มีสีแดง (รวมถึงค่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน) แต่ละค่าควรเท่ากับหรือดีกว่าเกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน ถ้าค่าข้อมูลมีค่าน้อยหรือแย่กว่าค่าเป้าหมาย ให้ใส่สีเหลือง ดำเนินการต่อที่แถวจนกว่าจะเสร็จ เมื่อเสร็จแล้ว ทุกๆ ช่องของตารางควรได้รับการใส่รหัสสี ยกเว้นที่ไม่สามารถหาข้อมูลได้ ทำการตรวจทานความถูกต้องอีกครั้ง

ตัวอย่าง: ตาราง 6 ช่องที่ใส่รหัสสีเหลือง ยกเว้นในปี พ.ศ. 2548 แสดงตัวชี้วัดการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ แม้ในตำบลที่มีผลการดำเนินงานที่ดีที่สุดของเมือง ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ในปี พ.ศ. 2553

ตารางที่ 1 ความไม่เป็นธรรมด้านการผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ ในเมือง ก พ.ศ. 2533-2548

ปี พ.ศ.	ผลการดำเนินงานระดับตำบลที่ต่ำสุด	ผลการดำเนินงานระดับตำบลที่ดีที่สุด	ค่าเฉลี่ยระดับเมือง	เกณฑ์เปรียบเทียบ: ค่าเฉลี่ยระดับเมืองปี พ.ศ. 2533	ค่าเป้าหมาย: ค่าเฉลี่ยระดับประเทศปี พ.ศ. 2553
2533	19 %	80 %	50 %	50 %	90 %
2538	10 %	45 %	33 %		
2543	30 %	86 %	60 %		
2548	20 %	95 %	55 %		

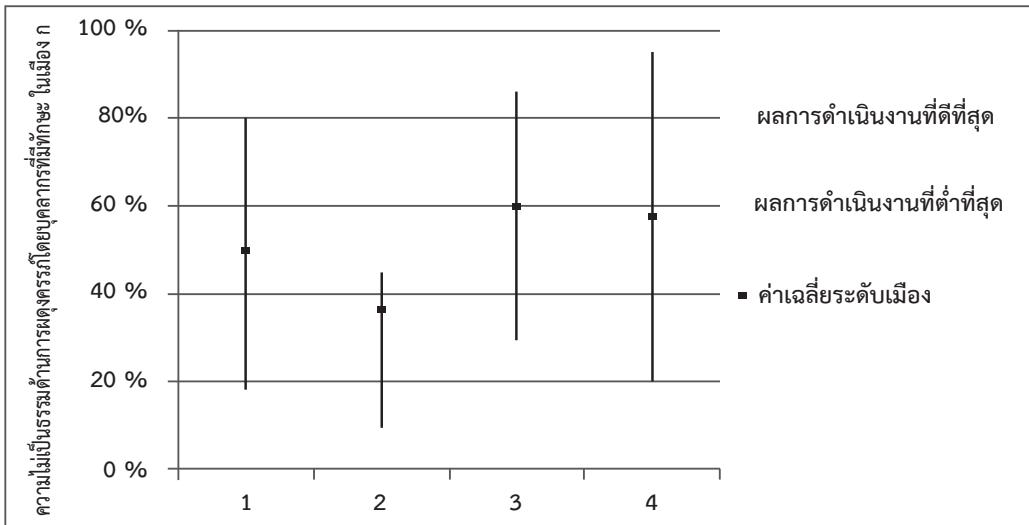
ข้อควรจำ: สำหรับเป้าประสงค์ของเครื่องมือการติดตามผล ชื่อตำบลหรืออำเภอ ไม่ใช่สาระสำคัญและไม่จำเป็นต้องใส่ในตารางข้อมูล (ถ้าต้องการเก็บข้อมูลชื่อตำบลหรืออำเภอไว้ ควรเก็บไว้ในเอกสารอีกฉบับหนึ่ง) เป็นไปได้ว่าผลการดำเนินงานที่ต่ำที่สุดหรือดีที่สุด จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาที่ผ่านมา สิ่งนี้มิใช่ปัญหา แกวตอนไม่เป็นตัวแทนของตำบลใด เป็นการเฉพาะ แต่เป็นตัวแทนของอัตราการดำเนินงานที่ดีที่สุดหรือต่ำที่สุดตามตัวชี้วัดที่ถูกเลือก มากกว่าในทีเดียว ๆ ก็ตามที่ผลการดำเนินงานมีอยู่ ถ้าต้องการดูข้อมูลของตำบลหนึ่งเป็นการเฉพาะ ในช่วงเวลาหนึ่งเวลาใด สามารถดำเนินการในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนเครื่องมือการติดตามผล (ดูในขั้นตอนที่ 11)

9. ตรวจสอบงานอีกครั้ง ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของการลงข้อมูล และรหัสสี (ดูขั้นตอนที่ 8 การสร้างตารางหลายมิติ ในข้อแนะนำเพิ่มเติมว่าต้องตรวจสอบอะไรบ้าง)

10. สร้างกราฟพื้นฐาน ขั้นตอนนี้ให้สร้างกราฟที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการติดตามผล ข้อแนะนำเฉพาะสำหรับการสร้างกราฟจะขึ้นอยู่กับโปรแกรมกราฟที่ใช้ ในที่นี่ได้เสนอเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการสร้างกราฟ โดยการใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2007

- ในตารางข้อมูล ตาราง A เลือกตารางแถวตอนที่ 2, 3 และ 4 พร้อมด้วยเครื่องหมาย หรือ ชื่อของแถวตอนนั้น ๆ จากแผนภูมิ เลื่อนรายการลงมาเพื่อเลือกประเภท “Stock Charts” หรือ “คลังเก็บแผนภูมิ” กดเพื่อเลือก แผนภูมิ “High-Low-Close”

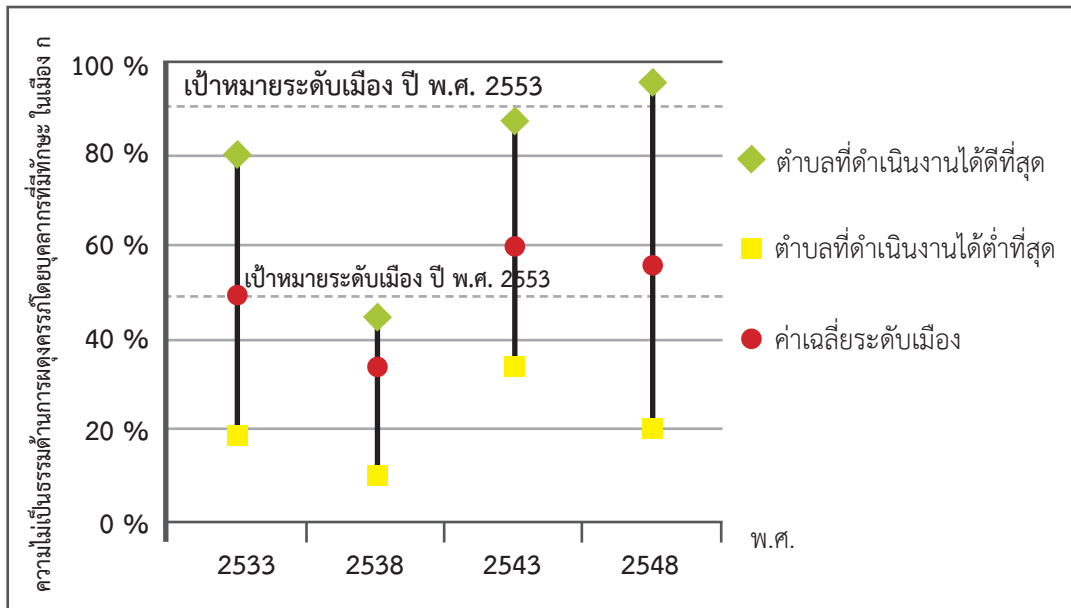
ตัวอย่าง : การใช้ตารางข้อมูลที่สร้างในขั้นตอนที่ผ่านมา และทำตามคำแนะนำข้างล่างนี้ สำหรับการสร้างกราฟในโปรแกรม Microsoft Excel 2007 เราสามารถทำกราฟขึ้นมาได้อย่างง่ายดาย



11. ทำการดัดแปลงเครื่องมือการติดตามผล Urban HEART กราฟอย่างง่าย ด้านบนสามารถดัดแปลงได้ เมื่อจัดทำเครื่องมือการติดตามผล Urban HEART สามารถดัดแปลงได้ดังนี้

- ใส่ปีของข้อมูล สำหรับแต่ละข้อมูลที่ต้องการสังเกต
- กำหนดเครื่องหมายลงในจุดต่าง ๆ ของข้อมูล
 ใช้เครื่องหมายวงกลม สำหรับการวัดค่าเฉลี่ย
 ใช้เครื่องหมายสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด สำหรับการดำเนินงานที่ดีที่สุด
 ใช้เครื่องหมายสี่เหลี่ยม สำหรับการดำเนินงานที่ต่ำที่สุด
- ใส่รหัสสีเป็นเครื่องหมาย ตามสีที่กำหนดในตารางข้อมูล
- ชิดเส้นเพื่อบ่งชี้เกณฑ์การเปรียบเทียบภายใน และค่าเป้าหมายที่ต้องการ

ตัวอย่าง :



12. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือการติดตามผล (สามารถเลือกได้) ในขั้นตอนที่ 1 ถึง 10 ได้อธิบายไว้แล้วเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือการติดตามผลอย่างง่าย มีหลายแนวทางที่สามารถทำได้ นอกเหนือจากเครื่องมือการติดตามผลพื้นฐาน หรือสามารถดัดแปลงตารางหลายมิติ เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ นี่คือตัวอย่างของสิ่งที่สามารถทำได้

- เปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่จำแนกตามเพศ หรือเศรษฐกิจและสังคม ภายในเมือง หรือภายในตำบล ตรวจสอบว่ามีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการดังกล่าวหรือไม่
- ถ้าเห็นค่าตัวเลขที่มีความหลากหลายภายในช่องตารางสีแดง (หรือเขียว หรือเหลือง) ยังสามารถขยายขอบเขตของรหัสสี เพื่อให้มีการประเมินในรายละเอียดได้เพิ่มเติม
- โปรแกรมคอมพิวเตอร์หลายอย่าง สามารถนำมาใช้เพื่อทำให้การนำเสนอเกี่ยวกับ การติดตามผลสามารถมองเห็นภาพโดยรวมได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น

ภาคผนวกที่ 6

การแปลความหมายตารางหลายมิติและเครื่องมือการติดตามผล Urban HEART: ตัวอย่างและฉากทัศน์

ทีมงานและผู้เกี่ยวข้อง สามารถทบทวนผลลัพธ์ของตารางหลายมิติและเครื่องมือการติดตามผลได้หลายวิธีการ ในการลำดับความสำคัญประเด็นด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ วิธีการพื้นฐานบางประการได้นำเสนอไว้ในฉากทัศน์ต่าง ๆ ดังนี้

ก. เริ่มด้วยลำดับความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อถึงเวลาที่จะเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการใช้เครื่องมือการประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพในเขตเมือง (Urban HEART) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิธีการที่ดีในการเริ่มต้น คือ การทบทวนตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่สำคัญที่สุดสำหรับพวกเขา

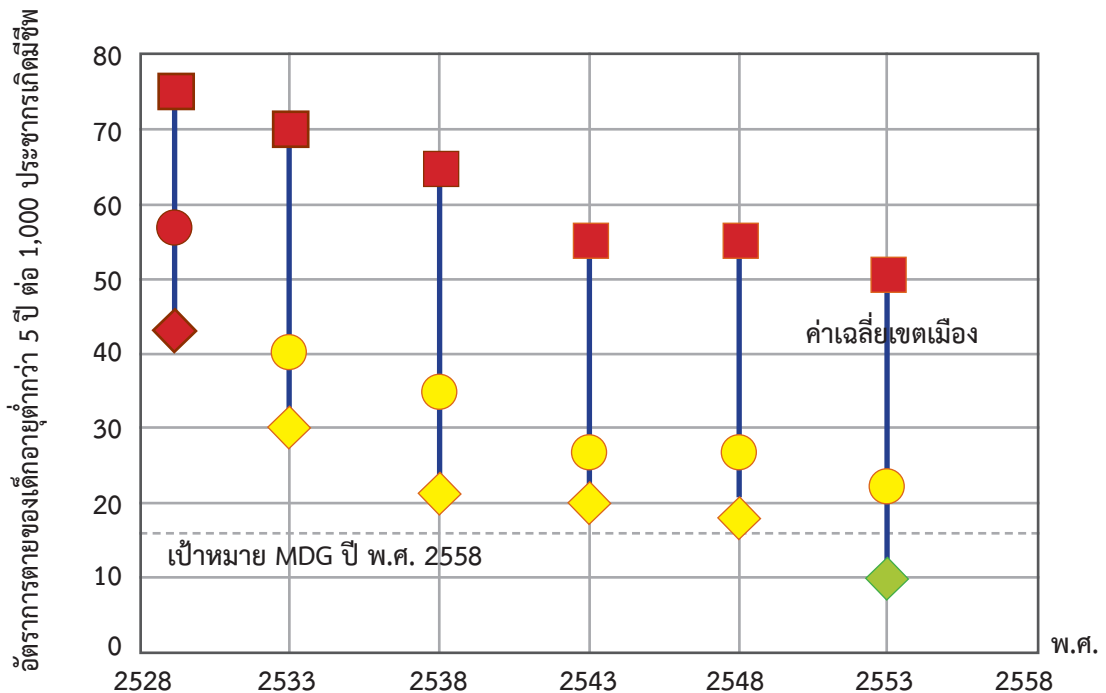
- **ฉากทัศน์ที่ 1** ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระบุว่า การควบคุมการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญ ตารางหลายมิติแสดงให้เห็นว่า ความชุกของการสูบบุหรี่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ในพื้นที่จำนวน 3 ใน 6 ตำบล (สีแดง) ตำบลอื่น ๆ ในขณะที่พื้นที่อื่น ๆ บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (สีเขียว) จากข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้ จึงตัดสินใจที่จะสืบสวนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในตำบลที่มีปัญหาอย่างจริงจังมากขึ้น (และค้นหาข้อมูลจากบทเรียนหรือประสบการณ์จากตำบลเพื่อนบ้านที่ดำเนินการเรื่องนี้ได้ดีกว่า) พวกเขาให้ความสำคัญกับกลยุทธ์การตอบสนองในตำบลที่มีปัญหา ด้วยการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

ฉากทัศน์ที่ 1 การค้นหาการดำเนินงานที่ไม่ดีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเมืองใกล้เคียงต่าง ๆ

ประเด็นนโยบาย	ตัวชี้วัด	เมืองใกล้เคียงต่าง ๆ					
		#1	#2	#3	#4	#5	#6
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน	การเข้าถึงน้ำสะอาด	Red	Green	Green	Red	Green	Red
	การเข้าถึงการสุขภาพที่ถูกละเลย	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow
การพัฒนาสังคมและมนุษย์	ความชุกของการสูบบุหรี่	Red	Red	Green	Green	Red	Red
	การสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow
	การผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow
เศรษฐกิจ	ความยากจน	Red	Green	Green	Red	Green	Yellow
	การว่างงาน	Red	Green	Red	Red	Green	Yellow
การบริหารจัดการภาครัฐ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ	Red	Yellow	Green	Yellow	Red	Red
	การมีส่วนร่วมใช้สิทธิเลือกตั้ง	Red	Red	Green	Green	Green	Green

- **ฉกทศน์ที่ 2** ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสนใจเป็นพิเศษเกี่ยวกับแนวโน้มการตายของเด็กระหว่างเมืองต่าง ๆ ในพื้นที่เขตเมืองขนาดใหญ่ของภูมิภาค เครื่องมือการติดตามผลแสดงให้เห็นการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเมืองที่มีการดำเนินงานที่ต่ำที่สุด (แสดงด้วยรูปสี่เหลี่ยม) สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับภาค (รูปวงกลม) อย่างต่อเนื่อง และเมืองที่ดำเนินการได้ดีที่สุดในภูมิภาค (รูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด) นอกจากนี้ อัตราการตายมีปัญหามากกว่าเมืองอื่น ๆ ในภูมิภาค ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงตัดสินใจเปลี่ยนวิธีการให้บริการสุขภาพเด็กในเมือง ก

ฉกทศน์ที่ 2 การมุ่งสนใจเกี่ยวกับการตายของเด็กในเมือง ก



ข. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ อีกทางเลือกหนึ่งคือการตรวจค้นตารางหลายมิติโดยภาพรวมเพื่อจัดกลุ่มของปัญหา และเชื่อมโยงสิ่งเหล่านี้กลับไปยังตัวชี้วัดเฉพาะ ประเด็นนโยบาย หรือพื้นที่ที่ต้องเอาใจใส่ เรียกว่า “วิธีการแบบอุปนัย” (Inductive Approach) ซึ่งอาจเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทีมงานที่มาจากหลายภาคส่วนที่ยินดีที่จะทำงานร่วมกัน เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นความเป็นธรรมที่มีความสำคัญมากที่สุดที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์

• **ฉากทัศน์ที่ 3** สมาชิกทีมงานสังเกตว่า ประเด็นนโยบายด้านเศรษฐกิจมีปัญหาเด่นชัด เนื่องจาก เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดที่เป็นสีแดงและสีเหลือง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผลการดำเนินงานไม่ดี และมีความเสี่ยง นอกจากนี้ ปัญหาต่าง ๆ ในประเด็นนโยบายด้านเศรษฐกิจ มีการกระจายไปเกือบทุกเมืองในภูมิภาค ทีมงานยังสังเกตว่า ตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจสะท้อนถึงปัญหาต่าง ๆ จึงตัดสินใจทำการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุและผลพวงจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขั้นตอนที่ 6 ทีมงานจึงเลือกกลยุทธ์ตอบสนองการแก้ไขปัญหาประเด็นด้านเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค

ฉากทัศน์ที่ 3 การค้นหาประเด็นนโยบายด้านเศรษฐกิจที่เป็นปัญหามากที่สุด

ตัวชี้วัดต่างๆ		เมือง A	เมือง B	เมือง C	เมือง D	เมือง E	เมือง F
ประเด็นนโยบายที่ 1	การเข้าถึงน้ำสะอาด						
	การเข้าถึงการสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ						
	การบาดเจ็บจากการจราจร						
ประเด็นนโยบายที่ 2	อัตราการเรียนหนังสือในวัยผู้ใหญ่						
	การผดุงครรภ์โดยบุคลากรที่มีทักษะ						
	ความรุนแรงในครอบครัว						
ประเด็นนโยบายที่ 3	อัตราการว่างงาน						
	รายได้สำหรับการยังชีพของผู้หญิง						
	ครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยมั่นคง						
ประเด็นนโยบายที่ 4	โครงการพัฒนาที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม						
	ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาและสุขภาพของภาครัฐ						

ภาคผนวกที่ 7

กลยุทธ์การตอบสนองด้านความเป็นธรรม ของ Urban HEART

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย
<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดเก็บน้ำ การสุขาภิบาล และ พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม ทำให้มั่นใจว่ามีการจัดหาน้ำเพื่อการซักล้างและการอาบน้ำอย่างเพียงพอ สนับสนุนการสร้างส้วมในครัวเรือน ส่งเสริมแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดเก็บอาหาร จัดให้มีน้ำและโครงสร้างพื้นฐานในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> จัดการฝึกอบรมและให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ เพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย ขับเคลื่อนให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานด้านน้ำ สุขาภิบาลตามแนวทางที่กำหนด ริเริ่มและสนับสนุนการรณรงค์ทำความสะอาดเพื่อป้องกันแมลงและพาหะนำโรค จัดโปรแกรมการให้ความรู้กับชุมชนใน 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนที่แสดงพื้นที่ที่มีความครอบคลุมด้านน้ำ และการสุขาภิบาลต่ำ และกำหนดให้เป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งในโครงการเมืองนำอยู่ จัดการรณรงค์เพื่อการเข้าถึงน้ำสะอาด และการสุขาภิบาล, พัฒนาสื่อความรู้ และส่งเสริมให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานเมืองนำอยู่ ทำให้มั่นใจว่าทุกโรงเรียนมีน้ำสะอาด และการสุขาภิบาล 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนคนจนในเขตเมืองและหน่วยงานด้านสุขภาพเข้า ร่วมในการวางแผน การปรับปรุงด้านน้ำ และสุขาภิบาล จัดทำแผนที่แสดง ความไม่เป็นธรรมด้านความครอบคลุม การได้รับน้ำ และการ สุขาภิบาลและการ กระจาย และให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่ ยากจนที่สุด ชุมชน ที่ตั้งถิ่นฐานอย่างไม่ เป็นทางการ ชุมชน-แออัด และพื้นที่อื่น ๆ ที่ไม่ได้รับบริการน้ำ และการสุขาภิบาลที่ดี 	<ul style="list-style-type: none"> สร้างความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการ พัฒนา จัดทำแผนที่ แสดงความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในเขตเมือง และให้ความสนใจ การดำเนินงาน ประเด็นเหล่านี้ พัฒนาแผนการ พัฒนาที่ยั่งยืนในเขต เมืองอย่างองค์รวมที่ ตอบสนองความต้องการ ของคนจนเขตเมือง สนับสนุนให้พวกเขา มีที่อยู่อาศัยที่ดี เข้าถึง บริการน้ำสะอาด การสุขาภิบาลที่ถูก สุขลักษณะ และ

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย
<ul style="list-style-type: none"> • ปรับปรุงการระบายน้ำเสีย • สร้างทางเดินเท้าให้มากขึ้น • จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการล้างมือ • สนับสนุนทางวิชาการเกี่ยวกับการปรับปรุงโครงสร้างบ้านหรือการขยายที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม • ทำให้มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถเข้าถึงวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยได้อย่างสะดวก • ส่งเสริมแนวปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่เหมาะสม (การคัดแยก การนำกลับมาใช้ใหม่ การเก็บรวบรวม เป็นต้น) 	<ul style="list-style-type: none"> • การปรับปรุงการจัดการของเสียในบ้านและบริเวณชุมชน 	<p>ที่ถูกสุขลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ค้นหาแหล่งน้ำอื่น ๆ สำหรับโรงเรียน ตลาด และสถานที่ต่าง ๆ เช่น ถังเก็บน้ำฝน เป็นต้น • ขับเคลื่อนภาคเอกชนในการดำเนินงานเพื่อให้มั่นใจว่าทุก ๆ สถานที่ที่มีน้ำสะอาดและสุขาภิบาลที่ดีโดยถ้วนหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> • การวางแผนเกี่ยวกับการจัดหาน้ำและการสุขาภิบาลให้พิจารณาความต้องการเฉพาะของชุมชนที่มีโรคต่างๆ ชุกชุม เช่น ในพื้นที่ที่มีความชุกของวัณโรค อูจจาระร่วง หรือเอ็ดส์ • ให้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับความต้องการใช้น้ำปริมาณที่สูงกว่าปกติสำหรับบุคคลหรือครอบครัวเพื่อการรักษาระดับสุขอนามัยที่ดี • สนับสนุนการออกแบบทางกายภาพหรือแหล่งทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนในการปรับปรุงการจัดหาน้ำและโครงสร้างพื้นฐานการสร้างส้วมครัวเรือนและการปรับปรุงระบบการระบายน้ำเสีย 	<p>ป้องกันการเกิดชุมชนแออัด และการตั้งถิ่นฐานที่ไม่เป็นทางการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับความจำเป็นของการบรรลุความครอบคลุมการเข้าถึงน้ำและการสุขาภิบาล ในเมืองต่าง ๆ • ใช้การคุกคามจากการระบาดของโรคต่าง ๆ เป็นแรงเสริมเพื่อขอการสนับสนุนทางการเมืองสำหรับยกระดับการดำเนินงานด้านน้ำและสุขาภิบาลสำหรับคนจนเขตเมือง • จัดให้มีนโยบายระดับประเทศและแนวทางต่าง ๆ การจัดการด้านน้ำดื่มสะอาด การสุขาภิบาลและของเสีย

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
สุขภาพิบาลและ การจัดการของเสีย			น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย
<ul style="list-style-type: none"> จัดการรณรงค์ ทำความสะอาด เพื่อการควบคุมแมลง และพาหนะนำโรค อย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีระบบ ระบายน้ำเสียผิวดิน สำหรับชุมชนโดยรอบ จัดให้มีระบบการ จัดเก็บและการจัดการ ขยะมูลฝอยในชุมชน ระบุแหล่งกำเนิด มลพิษทางอากาศ และเรียกร้องให้มีการ จำกัดการปลดปล่อย มลพิษ 			<ul style="list-style-type: none"> ทำให้มั่นใจว่า ประเด็นด้านน้ำและ การสุขาภิบาล ได้รับ การบรรจุในแผน พัฒนาโรงเรียน และตลาด จัดให้มีระบบการ ขนส่งและการกำจัด ขยะมูลฝอยใน ครัวเรือนและชุมชน อย่างสม่ำเสมอ ขับเคลื่อนแหล่ง ทรัพยากรสำหรับ การพัฒนาโครงสร้าง พื้นฐานด้านน้ำและ การสุขาภิบาล พัฒนาแหล่งน้ำ ครอบคลุมทั้งเมือง การปรับปรุงเพื่อ ความเหมาะสม เช่น คนจนเขตเมือง ชุมชนที่ตั้งถิ่นฐาน อย่างไม่เป็นทางการ และการกระจาย ระบบบริการด้านน้ำ และการสุขาภิบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ให้ความช่วยเหลือ ทางวิชาการและพัฒนา ศักยภาพบุคลากร ในโครงการด้านน้ำ และสุขาภิบาล สำหรับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และ องค์กรชุมชนต่าง ๆ จัดให้มีกฎหมาย เกี่ยวกับการสุขาภิบาล และมาตรการควบคุม มลพิษ

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
			น้ำ สุขาภิบาลและ การจัดการของเสีย	
			<ul style="list-style-type: none"> พัฒนามาตรฐาน สำหรับความมั่นคง ปลอดภัยและการ ป้องกันอันตรายจาก การต่อต้านการปฏิบัติ ตามขั้นตอนมาตรฐาน เพื่อเสริมความสามารถ ชุมชนในการยอมรับ การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบต่าง ๆ พัฒนาแผนต่าง ๆ ทั่วทั้งเมือง เพื่อการ ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยส่งเสริมการมี ส่วนร่วมอย่างกว้าง ขวางจากทั้งคนจน ในเขตเมือง เมือง ขนาดใหญ่ ชุมชนและ ประชาสังคม ทำให้มั่นใจว่าคนจน เขตเมือง ชุมชนต่าง ๆ และชุมชนที่ตั้งถิ่นฐาน อย่างไม่เป็นทางการ สามารถเข้าถึงระบบ การขนส่งสาธารณะ 	

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
ที่อยู่อาศัย สภาพ - การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	ที่อยู่อาศัย สภาพ - การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	ที่อยู่อาศัย สภาพ - การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	ที่อยู่อาศัย สภาพ - การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	
<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ (เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับต่าง ๆ) เกี่ยวกับวิธีการปรับปรุงรูปแบบของเตา และการระบายอากาศภายในบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> แนะนำครัวเรือนเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงจากบ้านที่ชำรุดหรือเสียหาย ค้นหากลุ่มเสี่ยงอันเนื่องมาจากบ้านที่ชำรุดหรือเสียหายหรือกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ติดเชื่อเอ็ดส์) และให้ความช่วยเหลือเพิ่มเป็นกรณีพิเศษหรือตามความจำเป็น พัฒนาแผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เชื้อเพลิงอย่างปลอดภัย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และใบปลิว เชิญวิทยากรจากภาคส่วน หรือชุมชนต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้เชื้อเพลิง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนที่แสดงพื้นที่ต่าง ๆ ของเมืองที่แสดงให้เห็นบ้านหรือสภาพการอยู่อาศัยที่ไม่ดีและเสนอให้เป็นประเด็นสำคัญของโครงการเมืองนำอยู่ พัฒนาโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ พัฒนาสภาพบ้าน/ที่อยู่อาศัยให้เพียงพอและปลอดภัย ช่วยลดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ การตกจากที่สูงและถูกไฟไหม้ พัฒนาการขนส่งสาธารณะที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจักรยาน และลด 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้คนจนเขตเมืองและหน่วยงานด้านสุขภาพเข้าร่วมในการวางแผนปรับปรุงด้านน้ำและสุขาภิบาล ประกันการจัดส่งวัสดุการก่อสร้างและการซ่อมแซมอาคารที่ราคาถูกลงและสามารถหาได้ง่าย และสนับสนุนให้มีศูนย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการก่อสร้างในแต่ละชุมชน จัดให้มีพื้นที่เพิ่มขึ้นสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการล้างมือและการซักเสื้อผ้า เสริมสร้างศักยภาพการประเมินผลกระทบด้านความเป็นธรรม (สุขภาพและสิ่งแวดล้อม) ในโครงการพัฒนาทุกโครงการ 	

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
	ที่อยู่อาศัย สภาพ- การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	ที่อยู่อาศัย สภาพ- การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	ที่อยู่อาศัย สภาพ- การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ	
	ภายในอาคารอย่าง ปลอดภัย และการใช้ เชื้อเพลิงทางเลือก	ผลกระทบทางลบต่อ สุขภาพจากสังคมที่ ขึ้นกับการใช้รถยนต์ โดยกำหนดให้เป็น ส่วนหนึ่งของการ ดำเนินงานสถานที่ น่าอยู่ <ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการใช้ พลังงานอย่างคุ้มค่า ในทุก ๆ สถานที่ พัฒนานโยบาย ระดับท้องถิ่นเกี่ยวกับ การใช้พลังงานอย่าง คุ้มค่าด้วยการลด การบริโภคและส่งเสริม แหล่งพลังงานทาง เลือกที่สะอาดและ ปลอดภัย จัดทำโครงการ “การเดินไปโรงเรียน” จัดการรณรงค์ ทำความสะอาดถนน เพื่อควบคุมแมลงและ พาหะนำโรค 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนการเข้าร่วม กิจกรรมการประเมิน ผลกระทบความเป็น- ธรรมด้านสุขภาพของ ชุมชน 	

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		ที่อยู่อาศัย สภาพ การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ		
		<ul style="list-style-type: none"> จัดสรรให้มีพื้นที่ สาธารณะเพิ่มขึ้น สำหรับเป็นสวน- สาธารณะ พื้นที่สีเขียว และสถานที่ที่เด็ก สามารถเล่นได้อย่าง ปลอดภัย ส่งเสริมการพัฒนา ตลาดน้ำซื้อและ อาหารปลอดภัย ตระหนักถึงความ สำคัญและดำเนินการ เกี่ยวกับโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก ความสะดวกสาธารณะ สำหรับการซักเสื้อผ้า จัดเขตพื้นที่ควบคุม แหล่งจัดเก็บและ จำหน่ายปุ๋ย แกลกฮอลล์และ ผลิตภัณฑ์ที่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ 		

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		ที่อยู่อาศัย สภาพ- การใช้ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม บริเวณโดยรอบ		
		<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมพลังงานทางเลือกที่สะอาดสำหรับครัวเรือนและสะดวก สามารถหาได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับชุมชนที่ตั้งถิ่นฐานอย่างไม่เป็นทางการ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการชุมชนน่าอยู่ จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนโรงเรียนในการสร้างภาคีเครือข่ายกับชุมชนเพื่อขอให้อนุญาตเปิดใช้ประโยชน์พื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจและการกีฬา และเป็นพื้นที่สำรองสำหรับการใช้ประโยชน์อื่น ๆ ได้หลากหลายวัตถุประสงค์ 		

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การขนส่งที่ดีต่อสุขภาพ	การขนส่งที่ดีต่อสุขภาพ	การขนส่งที่ดีต่อสุขภาพ	การขนส่งที่ดีต่อสุขภาพ	การขนส่งที่ดีต่อสุขภาพ
<ul style="list-style-type: none"> ปรับปรุงสุขอนามัยและความปลอดภัยในชุมชน ในเขตอุตสาหกรรมและจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชนที่ตั้งถิ่นฐานอย่างไม่เป็นทางการ พัฒนาระบบการขนส่งที่เหมาะสมสำหรับผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วยและผู้พิการ ทำให้มั่นใจว่าการเดินเท้า การขี่จักรยาน และกิจกรรมทางกายรูปแบบอื่น ๆ ที่มีอยู่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้และมีความปลอดภัย พัฒนาและนำนโยบายด้านการเดินทางไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมวิธีการที่ปลอดภัยและรวดเร็วในการเดินทางจากบ้าน ไป-กลับโรงเรียน และสถานที่ทำงาน เช่น การเดินเท้าและการขี่จักรยาน 	<ul style="list-style-type: none"> ประสานความร่วมมือกับภาคแรงงานและการจ้างงานเกี่ยวกับความปลอดภัยในการประกอบอาชีพในชุมชนชุมชนทั่วไปและชุมชนในเขตอุตสาหกรรม ริเริ่มโครงการสถานที่ทำงานนำอยู่ เจรจาโน้มน้าวเพื่อให้เทศบาลออกกฎระเบียบเพื่อกำหนดเขตควบคุมการบริโภคหรือจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์และการขี่จักรยานพาหนะ จัดการรณรงค์ถนนปลอดภัย ดำเนินการตรวจระดับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ในเลือดในสถานที่ประกอบการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บ 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดมาตรการความปลอดภัยในการจราจร เช่น มาตรการควบคุมความเร็วในการขับขี่ ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการเดินเท้า 	<ul style="list-style-type: none"> ลงทุนเกี่ยวกับการสร้างระบบการเดินทางทางสาธารณะ ส่งเสริมการเดินเท้า การขี่จักรยาน และรูปแบบการเดินทางที่ไม่ใช้ยานยนต์ เพื่อให้ประชาชนสามารถเดินเท้าไปยังแหล่งจำหน่ายอาหาร สถานบริการสุขภาพ สวนสาธารณะ (เป็นเครื่องชี้วัดการวางแผนและพัฒนาชุมชนที่ดี) พัฒนานโยบายของเมืองขนาดใหญ่เพื่อการใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้น ลดการบริโภคและส่งเสริมแหล่งพลังงานทางเลือกที่สะอาด ปลอดภัยและเชื่อถือได้ ปรับปรุงเครือข่ายถนนและขจัดอันตรายจากการจราจร พัฒนาระบบการจัดการจราจรครอบคลุมทั้งเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาแนวทางปฏิบัติระดับประเทศเกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยบนถนน ลงทุนและสร้างศักยภาพ บุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการขนส่ง องค์กรด้านโครงสร้างพื้นฐาน สาธารณะ และประชาชนกลุ่มต่างๆ ในการลดและป้องกันการบาดเจ็บบนท้องถนน

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
มลพิษทางอากาศ		มลพิษทางอากาศ	มลพิษทางอากาศ	มลพิษทางอากาศ
<ul style="list-style-type: none"> ระบุแหล่งมลพิษทางอากาศและเรียกร้องให้มีการลดการปลดปล่อยมลพิษ 		<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาให้มีมาตรการลดมลพิษทางอากาศครอบคลุมทั้งเมืองและพัฒนากลยุทธ์ร่วมหลายภาคส่วนเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลครอบคลุมทั้งเมือง พัฒนาระบบการป้องกันน้ำท่วมและการระบายน้ำเสียทั่วทั้งเมือง พัฒนาให้มีกลยุทธ์การลดมลพิษทางอากาศอย่างองค์รวม และกำหนดเป้าหมายให้มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เน้นให้เห็นอย่างเด่นชัดเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้เชื้อเพลิงสะอาดในอาคารและจัดให้มีสิ่งจูงใจต่าง ๆ เพื่อให้ใช้เชื้อเพลิงทางเลือกหรือมีมาตรการปรับปรุงการระบายอากาศ เปลี่ยนไปใช้เชื้อเพลิงสะอาดสำหรับยานพาหนะตามความเหมาะสม ควบคุมจำนวนยานพาหนะที่จะทำให้เกิดการจราจรหนาแน่นในเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการประเด็นเชื้อเพลิงในครัวเรือนที่ปลอดภัยเข้าไว้ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานและรวบรวมผลการดำเนินงานเกี่ยวกับผลกระทบของการดำเนินงานในระดับครัวเรือนที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในชุมชน

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		การเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	การเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	การเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ
		<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำแผนที่แสดงพื้นที่ส่วนต่าง ๆ ของเมืองที่มีความเปราะบางที่สุดที่จะเกิดน้ำท่วม แผ่นดินถล่ม และการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอย่างสุดขีด • สนับสนุนให้มีเทศบาลแผนการปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ • ให้ความสำคัญกับมาตรการการปรับตัวสำหรับคนจน เขตเมือง เช่น จัดหาที่อยู่ที่เป็นทางเลือกเพื่อการอยู่อาศัย 	<ul style="list-style-type: none"> • บังคับใช้กฎหมายควบคุมการปลดปล่อยมลพิษและให้หน่วยงานด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนให้มีมาตรการควบคุมที่เข้มงวดขึ้น • จัดทำแผนที่แสดงความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและพัฒนาให้มีแผนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของพื้นที่เขตเมืองหรือเมืองขนาดใหญ่ • ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรต่าง ๆ สำหรับการปรับตัว เช่น คนจนในเมือง ชุมชนที่พักอาศัยนอกกระบบ • พัฒนาให้มีระบบการส่งต่อผู้บาดเจ็บและกรณีเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินในเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับการทำนายและการคาดการณ์อนาคตเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่อาจมีผลกระทบต่อพื้นที่เขตเมือง • พัฒนาสมรรถนะและศักยภาพในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับระบบสุขภาพของเมืองขนาดใหญ่และท้องถิ่นเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อคนจนเขตเมือง • การศึกษาวิจัยหาวิธีการที่ดีที่สุดในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อคนจน-เขตเมือง

ประเด็นนโยบายที่ 1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
				ประสิทธิภาพและ คุณภาพด้านพลังงาน
				<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาให้มึนโยบายระดับประเทศที่จะทำให้มีการใช้พลังงานทางเลือกในครัวเรือนที่มีความสะดวก เชื่อถือได้และเป็นพลังงานสะอาด ที่ทุกครัวเรือนในเขตเมืองสามารถเข้าถึงได้ พัฒนาให้มึนโยบายระดับประเทศด้านการใช้พลังงานอย่างคุ้มค่า โดยเน้นการลดการบริโภคในเขตเมือง และส่งเสริมแหล่งพลังงานทางเลือกที่สะอาดกว่าปลอดภัยกว่าและเชื่อถือได้ ส่งเสริมการใช้พลังงานทางเลือก ลงทุนด้านการขนส่งสาธารณะและสร้างแรงจูงใจให้รัฐบาลท้องถิ่นและเมืองขนาดใหญ่ในการดำเนินการดังกล่าว ส่งเสริมการเดินเท้า การขี่จักรยานและรูปแบบการเดินทางอื่น ๆ โดยไม่ใช่ยานยนต์

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์	การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์	การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์	การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์	การพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์
<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำโครงการด้านการศึกษาสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย 	<ul style="list-style-type: none"> • ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคการศึกษาและสวัสดิการ ให้บูรณาการโครงการให้ความรู้ในการจัดการฝึกอบรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน • ประยุกต์การจัดการแบบบูรณาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในวัยเด็กไปใช้ในชุมชนที่พอกอาศัยนอกระบบในเขตเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> • ทำให้การได้รับการศึกษาถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายในการดำเนินงานเมืองน่าอยู่ • บูรณาการโครงการจัดการศึกษาไว้ในการทำงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ตลาดน้ำซ้อและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น • พัฒนาให้มีเป้าหมายการทำงานร่วมระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ การศึกษาและสวัสดิการ 	<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำแผนที่แสดงความเป็นธรรมด้านการศึกษา จำแนกตามอำเภอ เขต และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และดำเนินมาตรการสร้างโอกาสที่เท่าเทียมสำหรับการรู้หนังสือและการศึกษา • พัฒนาให้มีเป้าหมายและตัวชี้วัดร่วมสำหรับกระบวนการติดตามผลการลดความไม่เป็นธรรม ด้านการศึกษาสำหรับประชากรกลุ่มด้อยโอกาส • พัฒนาให้มีแผนความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ ในการลดความไม่เป็นธรรมด้านการศึกษา • เชื่อมโยงโครงการด้านความเป็นธรรมด้านการศึกษาและด้านอาชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษามีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการประกอบอาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนานโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนโอกาสทางการศึกษาที่เท่าเทียมกันและการพัฒนาทักษะของคนจนเขตเมือง และนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติ • เชื่อมโยงโครงการด้านความเป็นธรรมด้านการศึกษาและด้านอาชีพ เพื่อให้มั่นใจว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษามีโอกาสที่จะเท่าเทียมกันในการประกอบอาชีพ

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
สุขภาพของผู้หญิง	สุขภาพของผู้หญิง	สุขภาพของผู้หญิง		
<ul style="list-style-type: none"> • ผนวกเรื่องสุขภาพไว้ในโครงการเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้หญิง • สนับสนุนการฝึกอบรมทักษะชีวิตสำหรับผู้หญิง (งบประมาณ, การเก็บออม) • วิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเข้าใจความต้องการของผู้หญิงและวิถีคิด เพื่อที่จะบรรลุความต้องการนั้น • สนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กหญิง • ทำให้ข้อมูลด้านการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดสามารถเข้าถึงได้ง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> • ผนวกเรื่องการค้าทางชีวิต การพัฒนาทักษะและพลังอำนาจผู้หญิงไว้ในกรอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนและชั้นเรียนต่าง ๆ ของผู้เป็นมารดาเด็ก • ใช้การวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและรายงานสถานะทางสุขภาพของชุมชนที่พิกอาศัยนอกกระบบ • ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กหญิง • ปรับปรุงคุณภาพและการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> • ให้ความสำคัญและตระหนักถึงการให้ความช่วยเหลือของผู้หญิงในการพัฒนาสถานที่น่านอยู่ โดยให้รางวัลระดับเมืองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงาน และผู้นำการเปลี่ยนแปลง • บูรณาการประเด็นสุขภาพของผู้หญิงในการดำเนินงานพัฒนาสถานที่ต่าง ๆ • ทำให้มั่นใจเกี่ยวกับความเสมอภาคทางเพศในโครงการพัฒนาสถานที่น่านอยู่ต่าง ๆ 		

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
			การเสริมสร้างความ เข้มแข็ง ของระบบ สุขภาพในเขตเมือง	การเสริมสร้างความ เข้มแข็ง ของระบบ สุขภาพในเขตเมือง
			<ul style="list-style-type: none"> ลงทุนและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับความจำเป็นและความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรที่ยากจนในเขตเมือง ทำให้มั่นใจเกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พัฒนาให้มีกลไกการเตรียมการและการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน ที่คำนึงถึงความท้าทายของชุมชนที่ตั้งถิ่นฐานอย่างไม่เป็นทางการ ต้องเผชิญอยู่ โดยสัมพันธ์กับขนาดของถนน ระยะทางจากถนนสายหลัก การขาดแคลนแสงสว่างและแนวทางดำเนินการที่เหมาะสมในช่วงกลางคืน เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนากลยุทธ์ระดับประเทศในการเสริมอำนาจรัฐบาลท้องถิ่นในการได้มาซึ่งแหล่งทรัพยากรและศักยภาพในการสนับสนุนบริการสุขภาพและข้อมูลข่าวสารให้กับคนจนเขตเมือง ผู้หญิง เด็ก และวัยรุ่น ปรับปรุงความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพทางสังคมระดับประเทศสำหรับคนจนเขตเมือง ผู้หญิง เด็ก และวัยรุ่น พัฒนาโครงการระดับประเทศเพื่อลดอันตรายและป้องกันการใช้ยาเสพติด ลงทุนเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายต่อต้านยาเสพติด บรรจุข้อมูลตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ต่างๆ ในเขตเมือง เพื่อให้เห็นความแตกต่างภายในเขตเมืองและ

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
			การเสริมสร้างความ เข้มแข็ง ของระบบ สุขภาพในเขตเมือง	การเสริมสร้างความ เข้มแข็ง ของระบบ สุขภาพในเขตเมือง
			<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนโครงการ ประกันสุขภาพทาง สังคมและการประกัน- สุขภาพชุมชนที่จัด สำหรับคนจนใน เขตเมือง พัฒนาให้มี การดำเนินงานในระดับ ประเทศที่เน้นเป้าหมาย ต่อสู้โรคโควิด-19 มาเลเรีย ไข้เลือดออก และโรคอื่น ๆ ที่ทำให้ สุขภาพทรุดโทรม ที่มัก เกิดขึ้นในเขตเมืองและ ส่งผลต่อคนจนเขตเมือง พัฒนาให้มี การดำเนินงานโครงการ ระดับประเทศ ที่มี ประสิทธิภาพในการ สนับสนุนการควบคุมโรค ไม่ติดต่อโดยชุมชน และทำให้มั่นใจว่า สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมืองมีการปฏิบัติ ตามขั้นตอน 	<p>วิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ทั้งในระดับพื้นที่และ ระดับประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> ทำให้มั่นใจว่าคนจน เขตเมืองและชุมชน ที่ตั้งถิ่นฐานไม่เป็น ทางการเป็นส่วนหนึ่ง ของการสำมะโน สุขภาพระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ จัดทำมีแนวทาง วิชาการระดับประเทศ และสนับสนุนเจ้าหน้าที่ ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน และในสถานบริการ สุขภาพสำหรับผู้ป่วย ทางจิตเวช ซึมเศร้าและ วิตกกังวล จัดทำแนวทางปฏิบัติ และดำเนินการเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร และสนับสนุนการใช้ ส่วนประกอบอาหาร ที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า โดยการลดเกลือ การขจัดกรดไขมัน ที่ผลิตจากอุตสาหกรรม การลดไขมันอิ่มตัว และ จำกัดการใช้น้ำตาล เชิงเดี่ยว

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
				การเสริมสร้างความ เข้มแข็ง ของระบบ สุขภาพในเขตเมือง
				<ul style="list-style-type: none"> • ให้ข้อมูลที่มีความ สมดุลและถูกต้องสำหรับ ผู้บริโภคร เพื่อให้มี การตัดสินใจเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร บนฐานของข้อมูล ที่ได้รับและเป็นวิธีการ ที่ดีต่อสุขภาพ • พัฒนากลไกเพื่อลด แรงกดดันและผลกระทบ จากอาหารราคาสูงที่ให้ พลังงานสูง ไม่มีคุณค่า ทางโภชนาการ และ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากร ด้อยโอกาสส่วนใหญ่

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
เด็กและวัยรุ่น ที่มีสุขภาพดี	เด็กและวัยรุ่น ที่มีสุขภาพดี			
<ul style="list-style-type: none"> จัดตั้งกลุ่มสนับสนุน การให้นมแม่ จัดทำโครงการด้าน การให้อาหารเด็ก โภชนาการ สารอาหาร สำคัญที่จำเป็น อาหาร เสริมและเกลือไอโอดีน สนับสนุนการ บูรณาการ กลยุทธ์ การป้องกันเด็กจาก การได้รับทารุณกรรม โดยริเริ่มดำเนินงาน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดประสบการณ์วัยเด็ก ที่ไม่ดีและการยกระดับ การพัฒนาเด็ก สนับสนุนโครงการ ให้วัคซีนในเด็ก ฝึกอบรมมารดา เกี่ยวกับสุขภาพเด็ก และการปฐมพยาบาล เบื้องต้นและส่งเสริม ให้นำเด็กไปตรวจ สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีแรงจูงใจ สำหรับการนำเด็กไป ตรวจที่ศูนย์บริการ สุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาให้มีกลยุทธ์ การช่วยชีวิตเด็กใน พื้นที่เฉพาะในเขตเมือง รวมทั้งการให้นมแม่ การจัดการเกี่ยวกับ มารดาที่มีความเสี่ยงสูง และเด็กหญิงที่อยู่ใน ภาวะเสี่ยง เสริมความเข้มแข็ง ศักยภาพการดำเนินงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยชุมชนและแนว ปฏิบัติแต่ละขั้นตอน ของการเฝ้าระวังปัจจัย เสี่ยงโรคเรื้อรังในสถานที่ ต่าง ๆ ในเขตเมือง จัดให้มีบริการดูแล สุขภาพก่อนถึงโรงพยาบาล และบริการทางการแพทย์ ฉุกเฉิน สำหรับผู้ที่ได้รับ การกระทำรุนแรงหรือ บาดเจ็บ ทำการสำรวจเพื่อเข้าใจ ความเสี่ยงต่อสุขภาพของ ประชากรกลุ่มวัยรุ่น และจัด ทำแผนที่แสดงชุมชนที่พิก อาศัยนอกกระบบที่มีความ เปราะบางที่สุด (เช่น ชุมชนที่ได้รับอันตราย 			

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
เด็กและวัยรุ่น ที่มีสุขภาพดี	เด็กและวัยรุ่น ที่มีสุขภาพดี			
<ul style="list-style-type: none"> • เสริมความเข้มแข็ง การรณรงค์เพื่อขจัด โรคพยาธิ • จัดกิจกรรมกีฬาเพื่อ งดการสูบบุหรี่ • กำหนดเขต ปลอดบุหรี่ในชุมชน • บังคับใช้กฎหมาย ห้ามจำหน่ายบุหรี่ แก่ผู้เยาว์ 	<p>จากสารเคมีอันตราย ต่าง ๆ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • จัดโปรแกรมด้าน สุขภาพเป็นการพิเศษ สำหรับกลุ่มวัยรุ่น (อนามัยการเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมการสูบบุหรี่ และป้องกันการบริโภค แอลกอฮอล์) 			

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การควบคุม การสูบบุหรี่	การควบคุม การสูบบุหรี่	การควบคุม การสูบบุหรี่	การควบคุม การสูบบุหรี่	การควบคุม การสูบบุหรี่
<ul style="list-style-type: none"> กำหนดให้มีสัญลักษณ์เตือนภัยที่มีประสิทธิภาพบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ บังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่ผู้เยาว์ เสริมพลังชุมชนในการเจรจาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของการควบคุมตนเองตามกฎหมายด้านสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> รวมการควบคุมการสูบบุหรี่เข้าไว้ในโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่ภายในชุมชน เชื่อมโยงกับองค์กรพัฒนาเอกชนและซีชวนให้มีการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมการสูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกในระดับท้องถิ่น เสริมความเข้มแข็งระบบสุขภาพที่ทำให้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน สนับสนุนให้มีสายด่วนและการริเริ่มอื่น ๆ ของชุมชนที่เชื่อมโยงกับการรักษาด้วยยาที่มีราคาถูก และสามารถเข้าถึงได้ง่ายในที่ที่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> ทำให้เมืองเป็นเมืองปลอดบุหรี่ ประกาศให้กิจกรรมกีฬาทุกประเภทเป็นการกีฬาปลอดบุหรี่ งดการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ปิด (enclosed space) พัฒนาให้มีการป้องกันการใช้สารเสพติดทั้งในเมือง และโปรแกรมลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ประกาศและบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่อย่างเคร่งครัดในสถานบริการสุขภาพ สถานศึกษา อาคาร สถานที่สาธารณะ รวมทั้งสถานที่ทำงาน ภัตตาคารและสถานบันเทิง 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเมืองใหญ่ให้มีความสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมบุหรี่ (Framework Convention on Tobacco Control) ทำงานร่วมกับผู้นำทางความคิดของชุมชนเพื่อเปลี่ยนการรับรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับการสูบบุหรี่ ให้การอนุมัติกฎระเบียบของท้องถิ่นเข้มงวดมากกว่าที่กำหนดไว้ในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมบุหรี่ (Framework Convention on Tobacco Control) เชื่อมโยงการควบคุมบุหรี่เข้าไว้ในโครงการเสริมพลังและการพัฒนาชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ประยุกต์ใช้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมบุหรี่และจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่น กำจัดการค้าสินค้าประเภทบุหรี่ ที่ผิดกฎหมาย ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรเข้า-ออกระหว่างเมืองและชนบท

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		การควบคุม การสูบบุหรี่		
		<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการอย่าง องค์รวมในการควบคุม การโฆษณาบุหรี่ การส่งเสริมและการ สนับสนุนการสูบบุหรี่ ทุกรูปแบบ แต่งตั้งตัวแทน ภาคประชาชนในการ บังคับใช้กฎระเบียบ/ เทศบัญญัติเกี่ยวกับ การควบคุมการสูบบุหรี่ เพิ่มอัตราการเก็บ ภาษีสำหรับสินค้า ประเภทบุหรี่และทำให้ มั่นใจว่าอัตราภาษี มีการปรับให้เหมาะสม ตามช่วงเวลาที่เป็นไป ตามการขยายตัว และ เพิ่มขึ้นที่เร็วกว่าอำนาจ การซื้อของผู้บริโภค 		

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
แอลกอฮอล์และการ ใช้สารผิดกฎหมาย	แอลกอฮอล์และการ ใช้สารผิดกฎหมาย	แอลกอฮอล์และการ ใช้สารผิดกฎหมาย	แอลกอฮอล์และการ ใช้สารผิดกฎหมาย	แอลกอฮอล์และการ ใช้สารผิดกฎหมาย
<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมตัวแบบที่ดีสำหรับวัยรุ่นในเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีการรักษาที่สามารถเข้าถึงได้และสะดวกในการใช้บริการ ประกอบด้วย บริการล้างพิษ บริการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และการรักษาผู้ติดสารเสพติด (เมธาโดนและบูเพรโนอร์ฟินด์) สำหรับผู้ต้องการเลิกยาเสพติด การให้ความรู้และการกระจายยานาโลกโซลเพื่อป้องกันการได้รับยาเกินขนาดและข้อจำกัดการป้องกันการให้ยาเกินขนาด แอลกอฮอล์และการใช้สารผิดกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> โครงการให้ความรู้สำหรับพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> การบังคับใช้กฎหมายของท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนโดยการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อต่อต้านการใช้สารผิดกฎหมาย ปฏิบัติการของชุมชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกฎหมายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ นโยบายท้องถิ่นที่กำหนดให้ตลาดขายยาปริมมเป็นพื้นที่เสี่ยง (สำหรับวัยรุ่นและคนเร่ร่อน) การจำกัดช่วงเวลาปิดการขาย บังคับใช้ข้อห้ามเกี่ยวกับการให้บริการที่สนับสนุนการมีเมมาในสถานที่ต่าง ๆ สุ่มตรวจสอบแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่รถยนต์ 	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการอนุญาตการจำหน่ายแอลกอฮอล์ กำหนดอายุขั้นต่ำที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมการกระทำผิดเกี่ยวกับสินค้าผิดกฎหมายและการควบคุมสินค้าภายในบ้านเกี่ยวกับแอลกอฮอล์

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การป้องกันความ รุนแรง	การป้องกันความ รุนแรง	การป้องกันความ รุนแรง	การป้องกันความ รุนแรง	การป้องกันความ รุนแรง
<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมวิธีการต่าง ๆ ในการวางแผนเขตเมืองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอาชญากรรมและความรุนแรงด้วยการออกแบบด้านสิ่งแวดล้อม จัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงในครัวเรือน บรรจุการป้องกันความรุนแรงไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนในระดับท้องถิ่น จัดตั้งสมาคมสันติภาพและการป้องกันอาชญากรรมที่สนับสนุนโดยชุมชน สนับสนุนการแก้ไขปัญหาการทะเลาะวิวาทและความขัดแย้งโดยการปรึกษาหารือและเจรจาไกล่เกลี่ยภายในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการติดตามที่ผสมผสานข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (เช่น ตำรวจ โรงเรียน ห้องฉุกเฉิน) 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำแผนที่แสดงส่วนต่าง ๆ ของเมืองที่พบปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรมสูงและดำเนินมาตรการปรับปรุงแสงสว่าง โครงสร้างพื้นฐาน และสถานที่ที่ตำรวจสามารถมองเห็นได้ง่ายให้เป็นส่วนหนึ่งของเมืองนำอยู่ พัฒนาและสนับสนุนโครงการป้องกันความรุนแรงภายในชุมชนอย่างองค์รวม ด้วยการเชื่อมโยงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับภาวะฉุกเฉิน นโยบายที่พิกอาศัยและระบบอำนวยความสะดวก สนับสนุนการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและบ้านในฐานะที่เป็นวิธีหนึ่งในการป้องกันความรุนแรงในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาหาสาเหตุของปัญหาและการป้องกันความรุนแรงในชุมชนและในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการบริการ ผลักดันให้การป้องกันความรุนแรงอยู่ในแผนการฟื้นฟูเขตเมืองอย่างชัดเจน พัฒนากลยุทธ์การป้องกันความรุนแรงภายในเมืองขนาดใหญ่โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินงานครอบคลุมทั้งเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มีระบบต่าง ๆ เพื่อกระจายตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีที่สุดอย่างกว้างขวางและกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวของท้องถิ่น จัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อปรับปรุงการรายงานเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมายการป้องกันความรุนแรงให้กับผู้ตัดสินใจทางนโยบาย ส่งเสริมการลงทุนและการดำเนินงานติดตามกลยุทธ์ระยะสั้นระยะกลาง และระยะยาวเพื่อการป้องกันความรุนแรง ส่งเสริมการลงทุนและการดำเนินงานตามนโยบายด้านสังคม การเคหะ และการศึกษาที่เสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและเสริมสร้างการฝึกกำลัง และเครือข่ายทางสังคม

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การป้องกันความ รุนแรง		การป้องกันความ รุนแรง		การป้องกันความ รุนแรง
<ul style="list-style-type: none"> • การริเริ่มโครงการ เฝ้าสังเกตเพื่อนบ้าน และชุมชนใกล้เคียง • พัฒนาให้มีระบบ เตือนภัยและสื่อสาร ป้องกันไม่เกิดปัญหา ความรุนแรงภายใน ชุมชน • ลงทุนเพื่อการ ปรับปรุงไฟฟ้าริมถนน ในชุมชน 		<ul style="list-style-type: none"> • ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และตัวแทนชุมชนที่ทำ หน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ให้สามารถทำงานกับ เด็กและวัยรุ่นได้อย่าง มีประสิทธิภาพ 		<ul style="list-style-type: none"> • ลดการเข้าถึงอาวุธ ร้ายแรง ได้แก่ ปืน ขนาดเล็ก • จัดการรณรงค์ใน สังคมวงกว้างอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริม บรรทัดฐานทางสังคม ที่เน้นความเคารพ วิธีการที่ไม่ใช้ความ รุนแรงและความ เสมอภาคทางเพศ

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การส่งเสริมสุขภาพจิต	การส่งเสริมสุขภาพจิต	การส่งเสริมสุขภาพจิต	การส่งเสริมสุขภาพจิต	
<ul style="list-style-type: none"> ● ทำให้มั่นใจว่ามีสถานที่ที่ปลอดภัยในชุมชน เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ และการทำกิจกรรมทางวัฒนธรรม รวมถึงเพื่อการเล่นของเด็ก ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● บรรลุประเด็นสุขภาพจิตไว้ในภารกิจอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ● จัดทำข้อตกลงการประเมินและการรักษา ด้านสุขภาพจิต สำหรับคลินิกที่ให้การรักษาระดับปฐมภูมิทำให้มั่นใจว่าแพทย์ที่ให้การรักษาระดับปฐมภูมิสามารถส่งยา ด้านจิตเวชที่จำเป็น และสามารถจัดหาได้อย่างต่อเนื่องในสถานบริการสาธารณสุขหรือร้านจำหน่ายยาบริเวณใกล้เคียง ● ทำให้มั่นใจว่ามีผู้ปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการพบปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อทบทวนเกี่ยวกับผู้ป่วยรายบุคคล การประสานงาน กิจกรรมต่าง ๆ และ ประเด็นการส่งต่อผู้ป่วย หรือการฝึกอบรมและการให้คำแนะนำ 	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ● ลดความแตกต่างที่มีมากระหว่างการบริหารจัดการของภาครัฐและสถานบริการสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ของการให้บริการด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับระยะเวลา-เฉลี่ยในการรอรับการรักษ จำนวนนาที่ของการให้คำปรึกษาของจิตแพทย์แก่ผู้ป่วยนอก และค่าเฉลี่ยจำนวนเตียงต่อพยาบาล ในสถานบริการผู้ป่วยใน ด้านจิตเวช 	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี โดยร่วมกับภาคส่วนที่หลากหลาย เช่น การเคหะฯ สุขภาพ กระบวนการยุติธรรม การจ้างงาน สวัสดิการ สังคม การศึกษา ศิลปะและการกีฬา อย่างทั่วถึง 	

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
	การเข้าถึงการ สาธารณสุขมูลฐาน	การเข้าถึงการ สาธารณสุขมูลฐาน		
	<ul style="list-style-type: none"> ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบชุมชนเป็นฐานและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเปิดเผยความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในสถานที่ต่าง ๆ ในเขตเมือง และพัฒนากลยุทธ์การตอบสนองความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างเสริมศักยภาพการตอบสนองความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับมลพิษ การบาดเจ็บ การได้รับพิษ การได้รับสารหรือยาเกินขนาดและพิษสุรา ในศูนย์บริการสาธารณสุข และในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนที่พักอาศัยนอกระบบ จัดให้มีบริการคัดกรองการใช้ยาผิดกฎหมายโดยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง คัดกรองการใช้แอลกอฮอล์และการนัดตรวจติดตามผลในหญิงมีครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลอย่างถ่วงน้ำหนักให้เป็นเป้าหมายหนึ่งของสถานที่นำอยู่ (healthy settings) ต่างๆ เพิ่มการลงทุนในโครงการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การฝึกอบรมและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข พัฒนาให้มีโครงการปรับปรุงคุณภาพศูนย์บริการสุขภาพที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ยากจน สนับสนุนบริการในพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงและใช้กลยุทธ์จากบ้านสู่บ้านในการปรับปรุงความครอบคลุมการได้รับวัคซีน สุขภาพมารดา และ IMCI ในชุมชนที่พักอาศัยนอกระบบและชุมชนแออัดและแหล่งที่อยู่ที่ย้ายไปใหม่ พัฒนาการป้องกันโรคไม่ติดต่อโดยใช้ชุมชนเป็นฐานและมาตรการควบคุมและสนับสนุนการดำเนินงานตาม STEPS ในพื้นที่เขตเมือง 		

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
	การเข้าถึงการ สาธารณสุขมูลฐาน	การเข้าถึงการ สาธารณสุขมูลฐาน		
	<ul style="list-style-type: none"> ปรับปรุงการเข้าถึง สิ่งอำนวยความสะดวก ทางกายภาพและ การเงินการคลังในการ จัดบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิเพื่อพร้อม ใช้ในการดูแลการบาดเจ็บ สำหรับผู้รอดชีวิตจาก ความรุนแรงและการ ได้รับการทารุณกรรม อย่างเหมาะสม ลงทุนและสนับสนุน ความเข้มแข็งสถาน บริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิและ ทุติยภูมิ เพื่อขยายความ สามารถในการตอบ สนองความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษ การบาดเจ็บ การได้รับ พิษ การได้รับยาเกิน ขนาด และพิษสุรา ของการให้บริการระดับ ปฐมภูมิ และในฐานะ เป็นส่วนหนึ่งของ การสาธารณสุขมูลฐาน ในชุมชนที่เป็นที่อยู่ อาศัยนอกระบบ (Informal settlement) 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาและสนับสนุน โครงการป้องกันความ รุนแรงในวัยรุ่น ตัวอย่าง เช่น การฝึกอบรม ทักษะชีวิต การให้ความ ช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีความ เสี่ยงสูง ให้สามารถ เรียนจบ การลดโอกาส การเข้าถึงแอลกอฮอล์ ออกกฎหมายและ บังคับใช้กฎหมาย เกี่ยวกับการอนุญาต จำหน่ายเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ การเก็บภาษี การกำหนดราคาและ การควบคุมการเข้าถึง อาวุธต่าง ๆ จัดให้มีบริการรักษา และการดำเนินงาน อย่างรวดเร็วที่สามารถ ใช้บริการได้สะดวก (ประกอบด้วย การล้างพิษ การสนับสนุน ทางด้านจิตใจ การฟื้นฟู ยานอลเทรกโซล (naltrexone) แอกแคมโพรเสท (acamprosate) และ ไดซัลไฟรัม (disulfiram) 		

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ในการ วางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
			การป้องกันสุขภาพ ในสถานที่ทำงาน	ความผาสุก/ สวัสดิการทางสังคม
			<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาการดำเนินงานเป็นการเฉพาะ การฝึกอบรม และโครงการด้านอาชีวอนามัยเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานในชุมชนแออัดและชุมชนที่พิกอค้ายนอกระบบ ลงทุนและสนับสนุนการจัดหาชุดปฐมพยาบาลและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลางในชุมชนยากจน ในเขตเมืองและชุมชนที่พิกอค้ายนอกระบบ ดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อทำให้มั่นใจว่ามีการจัดบริการด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพและปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเขตอุตสาหกรรม 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้มีการขึ้นชมรมตลกของเมือง ศิลปะ และกิจกรรมทางวัฒนธรรมอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ในฐานะเป็นวิธีการหนึ่งของการสร้างทุนทางสังคม และการส่งเสริมค่านิยมเชิงบวกในพื้นที่เขตเมือง และการเสริมสร้างความเข้มแข็งเอกลักษณ์ของชาติ ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของศิลปะและวัฒนธรรมต่อการป้องกันสุขภาพจิตและการฟื้นฟูสภาพสู่ภาวะปกติและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนจนในเขตเมือง จัดทำนโยบายการบูรณาการด้านสังคมที่ชัดเจน สร้างความเชื่อมโยงระหว่างบริการทางสังคมระดับประเทศที่เกี่ยวข้องเพื่อรับความช่วยเหลือด้านการเงิน และเป็นความปลอดภัยทางสังคมสำหรับผู้อพยพ ผู้ไร้ที่อยู่อาศัย และครอบครัวที่ย้ายไปอยู่ที่ใหม่และกลุ่มประชากรที่ถูกแบ่งแยกทางสังคม

ประเด็นนโยบายที่ 2 การพัฒนาสังคมและมนุษย์				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การเงินระดับจุลภาค	การเงินระดับจุลภาค	การเงินระดับจุลภาค	การเงินระดับจุลภาค	การเงินระดับจุลภาค
<ul style="list-style-type: none"> • ผนวกประเด็นด้านการเงินระดับจุลภาคไว้ในโครงการเกี่ยวกับการดำรงชีวิต บ้าน และที่อยู่อาศัย สุขภาพและโครงการอื่น ๆ ของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> • รวมประเด็นด้านการเงินระดับจุลภาคไว้ในกิจกรรมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ • เชื่อมโยงประเด็นด้านการเงินระดับจุลภาคกับโครงการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสิ่งแวดล้อมทางนโยบายที่กระตุ้นและให้สิ่งจูงใจและการสนับสนุนแก่รัฐบาลท้องถิ่นในการบริการสินเชื่อ • จัดให้มีบริการกู้ยืมเงินสำหรับครัวเรือนในการปรับปรุงที่พักอาศัยให้ดีขึ้น (ประกอบด้วยบริการกู้ยืมเงินจำนวนน้อยที่มีกำหนดการคืนเงินที่ยืดหยุ่น) หรือสนับสนุนแผนงานด้านสินเชื่อในระดับชุมชน • จัดการรณรงค์เกี่ยวกับความสำคัญของการออมทรัพย์ • จัดทำแผนที่แสดงกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่ไม่ได้รับการปกป้องทางสังคมที่เพียงพอ หรือไม่มีประกันสุขภาพ และดำเนินการเพื่อมุ่งสู่การปฏิรูปนโยบายเพื่อการขยายความครอบคลุมในเรื่องดังกล่าว • จัดการฝึกอบรมทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการจ้างงาน • บูรณาการบริการด้านสุขภาพพื้นฐานไว้ในการเงินระดับจุลภาค ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ และการให้คำแนะนำเพื่อการป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสิ่งแวดล้อมทางนโยบายระดับเทศบาลที่กระตุ้นและจูงใจท้องถิ่นให้สนับสนุนเงินสินเชื่อ • จัดให้มีการกู้ยืมเงินแก่สมาคมหรือองค์กรต่าง ๆ สำหรับคนจนเขตเมือง เพื่อสนับสนุนให้ครัวเรือนปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้น (ประกอบด้วยบริการกู้ยืมเงินจำนวนน้อยที่มีกำหนดการคืนเงินที่ยืดหยุ่น) หรือสนับสนุนแผนงานด้านสินเชื่อในระดับชุมชน • จัดทำแผนที่แสดงเมืองใหญ่หรือเขตชุมชนต่าง ๆ ที่ไม่ได้รับการปกป้องทางสังคม หรือไม่มีประกันสุขภาพ และเพื่อมุ่งสู่การปฏิรูปนโยบายที่ช่วยให้รัฐบาลท้องถิ่นขยายบริการความครอบคลุมในเรื่องดังกล่าว • กระตุ้นและสนับสนุนเมืองและเทศบาลต่าง ๆ ที่กำลังพัฒนาแผนงานประกันสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม สำหรับคนจนเขตเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนา ลงทุน และดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางนโยบายที่กระตุ้นการเงินระดับจุลภาคและเชื่อมโยงเรื่องนี้กับเรื่องที่อยู่อาศัย การศึกษา การดำเนินชีวิต และการริเริ่มโครงการด้านสุขภาพสำหรับคนจนเขตเมือง

ประเด็นนโยบายที่ 3 เศรษฐกิจ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
อาชีพและรายได้	อาชีพและรายได้	อาชีพและรายได้	อาชีพและรายได้	อาชีพและรายได้
<ul style="list-style-type: none"> ● จัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำงานและการสัมมนาก่อนการจ้างงานเพื่อเพิ่มโอกาสการได้งาน (วิธีการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวและวิธีการเตรียมตัวเพื่อการสัมภาษณ์) ● จัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการพัฒนาอาชีพ และรายได้เพื่อการดำรงชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● มองหาช่องทางการบูรณาการโครงการเกี่ยวกับการดำรงชีพและการสร้างรายได้ในโครงการด้านสุขภาพในชุมชน ● สนับสนุนให้มีร้านขายยาตามความต้องการของชุมชน ● สนับสนุนโครงการส่งเสริมการให้นมแม่และสถานรับเลี้ยงเด็กที่จัดตั้งโดยชุมชนเพื่อเป็นการเพิ่มรายได้สำหรับผู้หญิง ● ส่งเสริมโอกาสสำหรับการเพิ่มทุนทรัพย์ให้ชุมชนเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพของคนงานและโครงการด้านสุขภาพ (ตลาดหรือแหล่งขายอาหาร) ● สนับสนุนให้มีการดำเนินงานโครงการตลาดสดนำซื้อเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับแม่ค้าและผู้ให้บริการด้านอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำแผนที่แสดงพื้นที่ที่มีประชาชนที่มีรายได้น้อย และว่างงานจำนวนมาก และพัฒนามาตรการเฉพาะ เช่น ตลาดนัดแรงงาน ● จัดการฝึกอบรมก่อนการจ้างงานและโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเพิ่มโอกาสการได้งานทำสำหรับคนจนเขตเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำแผนที่แสดงเมืองหรือเทศบาลต่างๆ ที่มีประชาชนที่มีรายได้น้อยและว่างงานจำนวนมาก และค้นหาว่ามาตรการเฉพาะใดบ้างที่สามารถปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านการมีงานทำ ● ส่งเสริมและอำนวยความสะดวก ให้มีการปลูกพืชผักในครัวเรือนเพื่อให้ได้ผลไม้และผักสำหรับการเพิ่มรายได้และส่งเสริมโภชนาการในระดับครัวเรือน ● พัฒนาให้มีโครงการเพิ่มศักยภาพบุคลากรเพื่อให้ความช่วยเหลือเมืองและเทศบาลต่างๆ ในการจัดการฝึกอบรมก่อนการจ้างงานและโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเพิ่มโอกาสการได้งานทำสำหรับคนจนเขตเมือง ● จัดการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ฝึกอบรมสำหรับเมืองและเทศบาลต่างๆ ในการเพิ่มโอกาสการได้งานทำสำหรับคนจนเขตเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนากลยุทธ์ระยะสั้นระยะกลางและระยะยาวสำหรับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาค่าว่างงานในเขตเมือง

ประเด็นนโยบายที่ 3 เศรษฐกิจ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ	ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ	ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ
		<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำแผนที่แสดงส่วนต่าง ๆ ของเมืองที่มีปัญหาด้านความเป็นธรรมและด้านคุณภาพอาหาร และดำเนินมาตรการเฉพาะเพื่อลดความไม่เป็นธรรมนั้น • พัฒนาและดำเนินงานด้านมาตรฐานอาหารที่ให้บริการในโรงเรียนที่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารทั้งในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ • ส่งเสริมการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ในสถานที่ทำงาน ที่เอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรม การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 	<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาระบบอาหารและการเกษตรในเขตเมือง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเศรษฐกิจท้องถิ่นและเสริมความสามารถของประชาชนในการควบคุมราคาอาหาร • จัดทำแผนที่แสดงส่วนต่าง ๆ ของเมืองใหญ่ที่พบปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านอาหาร และดำเนินมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น เส้นทางอาหารจากฟาร์มสู่ตลาด • ส่งเสริมการรับประทาน อาหารพื้นบ้านและเชื่อมโยงระบบอาหารกับโครงการด้านโภชนาการ • จัดการอบรมเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการฝึกอบรมระดับเมืองและเทศบาลต่าง ๆ เพื่ออบรมแม่ค้าแผงลอยและผู้ค้าขายเร่ เพื่อความปลอดภัยของอาหารและการขยายธุรกิจเกี่ยวกับอาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการวิจัยและพัฒนานโยบายและการปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบของการเกษตรและนโยบายด้านการค้าที่มีผลต่อความมั่นคงของอาหารความเป็นธรรมด้านอาหารและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ต่าง ๆ ในเขตเมือง

ประเด็นนโยบายที่ 3 เศรษฐกิจ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
		ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ	ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ	ความมั่นคงทางอาหาร และโภชนาการ
			<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมเกษตรกรรม ในเขตเมือง ที่สามารถ ดำเนินการได้ตามความ เหมาะสม ส่งเสริมการทำงาน ในระดับท้องถิ่นผ่าน ระบบบริการจัดการ ด้านอาหารในเขตเมือง 	

ประเด็นนโยบายที่ 3 เศรษฐกิจ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
นโยบายการใช้ที่ดินและ สิทธิทางทรัพย์สิน	นโยบายการใช้ที่ดินและ สิทธิทางทรัพย์สิน		นโยบายการใช้ที่ดินและ สิทธิทางทรัพย์สิน	นโยบายการใช้ที่ดินและ สิทธิทางทรัพย์สิน
<ul style="list-style-type: none"> • เสริมพลังชุมชนในด้าน การเจรจาต่อรองและ เรียกร้องการถือครอง ทรัพย์สิน และความเป็น เจ้าของที่อยู่อาศัยอย่าง มั่นคง • เสนอทางเลือกให้กับ คนจนเขตเมืองเกี่ยวกับ แหล่งที่อยู่อาศัยที่ สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบัน 	<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนการปฏิบัติการ ของชุมชน เพื่อการถือ- ครองและสิทธิในทรัพย์สิน อย่างมั่นคงให้เป็นส่วนหนึ่ง ของโครงการด้านสุขภาพ นโยบายการใช้ที่ดินและ สิทธิทางทรัพย์สิน 		<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนคนจนเขตเมือง เข้าร่วมในปฏิบัติการ ทุกอย่างที่ต้องการบรรลุ การถือครองทรัพย์สิน ที่มั่นคงและการปกป้อง สิทธิในทรัพย์สิน • สนับสนุนการเป็นเจ้าของ บ้านและบ้านเช่า • ขยายโอกาสการเลือก แหล่งที่อยู่อาศัยสำหรับ คนจนเขตเมืองเพิ่มขึ้นและ ทางเลือกต่าง ๆ สำหรับ ที่พักอาศัยที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน • ทำให้มั่นใจว่าการย้าย แหล่งที่อยู่อาศัย และความ พยายามในการยกระดับ การพัฒนาชุมชนแออัด คำนึงถึงการพัฒนาเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐานและ บริการที่มีความเกี่ยวข้อง กันไว้ด้วย • ทำให้มั่นใจว่าโครงการ เกี่ยวกับการถือครองบ้าน มีความเชื่อมโยงกับการเงิน ระดับจุลภาคและสินเชื่อ • กำหนดให้การยกระดับ ชุมชนแออัดเป็นความสำคัญ หนึ่งในแผนของเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการเกี่ยวกับการ ปฏิรูปที่ดินและการใช้ ประโยชน์ที่ดินเพื่อ ประโยชน์ของคนจน เขตเมืองอย่างเหมาะสม • ป้องกันการไล่ที่และการ รื้อทำลายชุมชนแออัด และชุมชนที่พักอาศัย นอกระบบ • สนับสนุนการยกระดับ ชุมชนและชุมชนแออัด ไม่พร้อมกับการป้องกัน การเกิดขึ้นใหม่ของชุมชน แออัดและชุมชนที่พักอาศัย นอกระบบ • สนับสนุนการยอมรับ ทางกฎหมาย ให้กับชุมชน ที่พักอาศัยนอกระบบ • นโยบายการใช้ที่ดินควร มุ่งมองไปข้างหน้าเกี่ยวกับ การใช้สอยทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทาง เทคโนโลยีและภูมิศาสตร์ และควรจัดให้มีกลไกการ ประสานงานของการ บริการและการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐาน • ให้ความสนใจเกี่ยวกับ แนวโน้มการเคลื่อนย้าย ประชากรและการขยายตัว ของบริเวณรอบ ๆ เมือง

ประเด็นนโยบายที่ 4 การบริหารจัดการภาครัฐ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
งบประมาณด้านสุขภาพ ของภาครัฐ		งบประมาณด้านสุขภาพ ของภาครัฐ	งบประมาณด้านสุขภาพ ของภาครัฐ	งบประมาณด้านสุขภาพ ของภาครัฐ
<ul style="list-style-type: none"> • เจรจาเพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ ของท้องถิ่น • เจรจาเพื่อให้ได้แหล่งสนับสนุนงบประมาณใหม่ ๆ และพัฒนากลไกทางการเงิน การคลังที่เป็นนวัตกรรมที่ให้การสนับสนุนโดยตรงกับกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชน หรือกลุ่มสมาพันธ์คนจนเขตเมือง 		<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำงบประมาณด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในฐานะเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้มั่นใจยิ่งขึ้นเกี่ยวกับการใช้งบประมาณด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค • ค้นหาแหล่งทุนใหม่ ๆ และกระตุ้นให้มีนวัตกรรมเกี่ยวกับกลไกทางการเงินที่สนับสนุนโดยตรงต่อกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือกลุ่มสมาพันธ์คนจนเขตเมือง • กระตุ้นและสนับสนุนแผนงานประกันสุขภาพสำหรับคนจนเขตเมืองที่ดำเนินการโดยชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> • ทำให้ความเป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายหนึ่งในแผนของรัฐบาลท้องถิ่น และแผนพัฒนาเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการวิจัยและริเริ่มการปฏิรูปนโยบายที่สนับสนุนกลไกทางการเงิน (ภาษีหรือ การประกันสุขภาพเพื่อสังคม) เพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนหรือกลุ่มสมาพันธ์คนจนเขตเมือง • จัดให้มีแรงจูงใจเพื่อให้มีการใช้วิธีงบประมาณแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นและเมือง • พัฒนานวัตกรรมกลไกทางการเงิน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชน ของกลุ่มสมาพันธ์คนจนเขตเมือง

ประเด็นนโยบายที่ 4 การบริหารจัดการภาครัฐ				
รวมประเด็นสุขภาพ เข้าไว้ใน การวางแผน และการพัฒนา เขตเมือง	ให้ความสำคัญและ เสริมความเข้มแข็ง บทบาทการ สาธารณสุขมูลฐาน เขตเมือง	เสริมความเข้มแข็ง ความเป็นธรรมด้าน สุขภาพที่เน้นใน สถานที่ต่าง ๆ ใน เขตเมือง	กำหนดประเด็น ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ ไว้ในวาระสำคัญ ของรัฐบาลท้องถิ่น	ดำเนินงาน ตามวาระ/ แนวทางระดับ ประเทศ
การบริหารจัดการ ภาครัฐที่ดี	การบริหารจัดการ ภาครัฐที่ดี	การบริหารจัดการ ภาครัฐที่ดี	การบริหารจัดการ ภาครัฐที่ดี	การบริหารจัดการ ภาครัฐที่ดี
<ul style="list-style-type: none"> ตระหนักว่าประชาชนในชุมชนที่พอกอาศัยนอกระบบ มีฐานะเป็นพลเมืองของรัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการกลยุทธ์การเสริมพลังไว้ในโครงการฝึกอบรมเพื่อสุขภาพทุกโครงการ สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบด้านสุขภาพของรัฐบาลระดับเมือง เช่น จัดตั้งคณะกรรมการด้านสุขภาพ การรับฟังความคิดเห็น ภาคส่วนต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อการตัดสินใจ ให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมพัฒนาวิสัยทัศน์ของเมือง และบรรจุประเด็นด้านสุขภาพให้เป็นเป้าหมายด้านสังคมเป้าหมายหนึ่ง เปิดเผยให้สาธารณะชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการใช้งบประมาณเพื่อสุขภาพของเทศบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ยืนยันที่จะไม่ยอมรับการทุจริตคอร์รัปชัน และการบริหารจัดการของภาครัฐที่ขาดความรับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> ยืนยันที่จะไม่ยอมรับการทุจริตคอร์รัปชัน และการบริหารจัดการของภาครัฐที่ขาดความรับผิดชอบ

ภาคผนวกที่ 8

การประเมินการดำเนินงานที่มีศักยภาพ: ตัวอย่างตารางการให้คะแนน

กลยุทธ์/ ปฏิบัติการ	ลดความไม่เป็นธรรม ด้านสุขภาพ (บนฐานการวิจัย)	แหล่ง ทรัพยากร ที่สามารถ หาได้	กรอบระยะเวลา การดำเนินงาน และผลลัพธ์	การยอมรับ ของชุมชนและ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียอื่น ๆ	ความ สอดคล้องกับ ลำดับความ สำคัญและ นโยบาย ปัจจุบัน	ความ คุ้มค่า	คะแนน
ผนวกประเด็นเกี่ยวกับ ความรุนแรงไว้ในหลักสูตร โรงเรียนในระดับท้องถิ่น	✓✓	✓✓	ระยะสั้น ✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	14
ทำให้มั่นใจได้ว่า ประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงการเดินเท้า การขี่จักรยาน และ กิจกรรมทางกาย รูปแบบอื่น ๆ และ มีความปลอดภัย	✓✓✓	✓✓	ระยะยาว ✓	✓✓	✓	✓✓✓	12
ส่งเสริมวิธีการวางแผน เขตเมืองที่มีเป้าหมาย เพื่อป้องกันอาชญากรรม และความรุนแรง โดยผ่านการออกแบบ ด้านสิ่งแวดล้อม	✓✓✓	✓	ระยะยาว ✓	✓✓✓	✓	✓✓	11
จัดการรณรงค์เพื่อ การขี่ที่ปลอดภัย	✓✓	✓✓✓	ระยะปานกลาง ✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	13

ภาคผนวกที่ 9

อภิธานศัพท์

พื้นที่การทำสำมะโนประชากร เป็นพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กำหนดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ของการทำสำมะโนประชากร โดยทั่วไปใช้กับเมืองใหญ่ เมืองเล็ก หรือพื้นที่การบริหารจัดการรูปแบบอื่น ๆ พื้นที่การทำสำมะโนประชากรเป็นตัวแทนหน่วยอาณาเขตที่เล็กที่สุด สำหรับการได้มาซึ่งข้อมูลประชากรที่มีการใช้ในหลาย ๆ ประเทศ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมและใช้ชุมชนเป็นฐาน คือ กระบวนการสร้างความร่วมมือที่สมาชิกชุมชนผู้แทนหน่วยงานต่าง ๆ และนักวิจัย มีส่วนร่วมอย่างเสมอภาคกันในทุกมิติของกระบวนการวิจัย ซึ่งทุกภาคีได้ร่วมสนับสนุนความรู้ ความเชี่ยวชาญ และแลกเปลี่ยนการตัดสินใจและความรับผิดชอบ

Israel BA et al. Community-based participatory research: lessons learned from the Centers for Children’s Environmental Health and Disease Prevention Research. *Environmental Health Perspectives*, 2005, 113(10):1463–1471.

Israel BA et al. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:173–202.

การเงินการคลังระดับชุมชน ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้อย่างมาก (ครอบครัวขยาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มศาสนาและชนเผ่า) ในการจัดเก็บรายได้ การระดมทุน การจัดสรรทรัพยากร และการจัดบริการอย่างสม่ำเสมอ

Preker AS et al. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80 (2).

การวิเคราะห์ความคุ้มค่า เปรียบเทียบระหว่างค่าใช้จ่ายกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของการดำเนินงานที่กำหนดขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อที่จะประเมินว่าการดำเนินงานนั้นให้มูลค่าทางการเงินสูงสุดในการเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการใช้ทรัพยากรที่สามารถหาได้

Murray CJ, Evans DB, Acharya A, Baltussen RM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics*, 2000, 9(3):235–251.

ความเป็นธรรม เป็นแนวคิดทางจริยธรรมของความยุติธรรมทางสังคม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเสมอภาคในแนวขวาง ที่เป็นการให้ความเท่าเทียมทางด้านจำนวนหรือปริมาณ และความเสมอภาคในแนวตั้งที่เป็นความไม่เท่าเทียม แต่เป็นการให้อย่างยุติธรรมบนความไม่เท่าเทียม

Raveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:254–258.113

Culyer AJ. Equity: some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 2001,27:275–283.

Rawls J. Justice as fairness: political not metaphysical. *Philosophy and Public Affairs*, 1985,14(3):223–251.

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เน้นความเสมอภาค ใช้วิธีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในการกำหนดศักยภาพของผลกระทบทางนโยบาย แผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพของประชากร และในกลุ่มประชากรเฉพาะที่อยู่ภายในกลุ่มประชากรดังกล่าว และประเมินว่าผลกระทบที่แตกต่างกัน เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรม

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Equity in health) คือ การไม่มีความแตกต่างเชิงระบบ ในด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ ที่มีระดับความได้เปรียบและเสียเปรียบทางสังคม ที่แตกต่างกัน

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:254–258.

หน่วยวัดความไม่เป็นธรรม ประเมินผลการดำเนินงานของเมืองหรือพื้นที่เขตเมือง บนฐาน การพิจารณาที่เป็นธรรม โดยการเขียนขอบเขตหรือความแตกต่างของสถานะระหว่างกลุ่มประชากร ที่แตกต่างกันอย่างสุดขั้ว หรือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมืองหรือพื้นที่เขตเมือง ตอบสนองเพียงใดต่อปัจจัยความไม่เป็นธรรมของประเด็นนโยบายหรือโครงการที่เฉพาะเจาะจง

การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่รวมการสัมภาษณ์กลุ่มและการระดมความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูล มากกว่าที่นักวิจัยจะถามคำถามและสัมภาษณ์โดยตรง เป็นวิธีการที่ให้ผู้สัมภาษณ์ศึกษาบุคคลได้อย่างเป็นธรรมชาติมากกว่าการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว

Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *British Medical Journal*, 1995, 311:299–302.

ระบบอาหาร (Food systems) เป็นกิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การกระจายและการบริโภคอาหาร ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันตามความหลากหลายของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ระบบนิเวศน์ทางการเกษตร ภูมิอากาศ สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ และนโยบาย

Agriculture, food and nutrition for Africa: a resource book for teachers of agriculture. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1997 (<http://www.fao.org/docrep/W0078E/w0078e04.htm>).

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมบุหรี่ (Framework Convention on Tobacco Control) เป็นสนธิสัญญานานาชาติที่ยืนยันถึงสิทธิของประชาชนทุกคน ในการมีมาตรฐานทางสุขภาพสูงสุด โดยการดำเนินกลยุทธ์เกี่ยวกับการลดการผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ให้แพร่หลายไปทั่วโลก

Shibuya K et al. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence-based global public health treaty. *British Medical Journal*, 2003, 327(7407): 154–157.

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ที่ร่วมกันส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลและชุมชน ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ (สถานะทางสังคม ระดับการศึกษา) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (การเข้าถึงน้ำสะอาด อากาศสะอาด สถานที่ทำงานน่าอยู่ สถานบริการสาธารณสุขที่ดี) และคุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรม (เพศ อายุ กรรมพันธุ์ นิสัย และพฤติกรรมของชีวิตในวัยเด็ก)

Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts*. Geneva, World Health Organization, 2003.

ความแตกต่างหรือความเปี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลง หรือ ไม่เหมือนกันในด้านสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่สามารถวัดได้

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity): ให้ดู ความเสมอภาคด้านสุขภาพ

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นการรวมขั้นตอน วิธีการและเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้สำหรับ ประเมินและปรับนโยบาย แผนงาน และโครงการ เพื่อให้มีศักยภาพและคาดว่าจะไม่ก่อผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการกระจายผลกระทบภายในกลุ่มประชากร

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความตระหนักและความสามารถทางสังคมส่วนบุคคล ในการเพิ่มการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง สุขภาพที่ดี

Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 2000, 15(3)9–17.

Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. *Health literacy: a prescription to end confusion*. Institute of Medicine, Committee on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 2004.

โอกาสทางสุขภาพ เป็นโอกาสสำหรับบุคคลในการบรรลุการมีสุขภาพดี ปราศจากความเจ็บป่วย ที่สามารถป้องกันได้ ความทุกข์ทรมานที่หลีกเลี่ยงได้ และการตายก่อนเวลาอันควร ซึ่งถูกกำหนด โดยปัจจัยทางสังคมมากกว่าโดยการตัดสินใจส่วนบุคคล

Anand S, Peter F, Sen A. *Public health, ethics, and equity*. Oxford University Press, 2006.

เมืองน่าอยู่ (Health Cities) เป็นแผนงานที่ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการเกี่ยวกับคำมั่นสัญญาทางนโยบาย การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบัน การเสริมสร้างศักยภาพ การวางแผนและจัดทำโครงการที่เป็นนวัตกรรม บนฐานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยส่งเสริมการกำหนดนโยบายและวางแผนงานอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ด้วยการให้ความสำคัญกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ความยากจนในเขตเมือง ความจำเป็นของประชากรกลุ่มเปราะบาง การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม และปัจจัยกำหนดสุขภาพทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการผลักดันให้สุขภาพเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการพัฒนาด้าน เศรษฐกิจ และการพัฒนาเขตเมือง

Awofeso N. The Healthy Cities approach: reflections on a framework for improving global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(3):222–223.

ความเป็นเมืองที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy Urbanization) เป็นกระบวนการเสริมอำนาจประชาชนในเขตเมืองให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเอง และปัจจัยกำหนดต่าง ๆ โดยการบริหารจัดการเมืองที่ดี ที่สร้างโอกาสทางสุขภาพที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน

Pridmore P et al. *Social capital and healthy urbanization in a globalized world*. KnowledgeNetwork on Urban Settings, Thematic Paper 9. Geneva, World Health Organization, Centre For Health Development, 2008.

การประเมินผลกระทบ คือ กระบวนการที่อาศัยการคาดการณ์เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือที่ควรคำนึงถึง

การจัดการเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเด็ก (Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI)) หมายถึง โครงการที่ริเริ่มโดย WHO/UNICEF ที่มีการรณรงค์ไปทั่วโลก เมื่อ ปี พ.ศ. 2538 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดการเสียชีวิต การเจ็บป่วย และความพิการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และทำให้การเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กดีขึ้น โครงการดังกล่าวมุ่งเปลี่ยนวิธีดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคในแนวตั้งตามแผนงานแบบดั้งเดิม เป็นดำเนินการแบบบูรณาการ โดยให้เด็กเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานแนวระนาบสอดคล้องตามปรัชญาของการสาธารณสุขมูลฐาน

WHO/UNICEF (World Health Organization and United Nations Children's Fund). *IMC/ information package*. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/chs_cah_98_1a/en/index.html).

ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพระหว่างเมือง (Inter-city health inequity) คือ ความไม่เป็นธรรมของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากความแตกต่างในการเข้าถึงและปัจจัยกำหนดสุขภาพระหว่างเมืองสองเมืองหรือมากกว่า

การปฏิบัติการร่วมระหว่างภาคส่วนเพื่อสุขภาพ คือ การปฏิบัติการโดยภาคส่วนที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข ซึ่งอาจจะและไม่จำเป็นต้องให้ความร่วมมือกับภาคสาธารณสุขเฉพาะเรื่องสุขภาพหรือผลลัพธ์ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ หรือเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

WHO/PHAC (World Health Organization and Public Health Agency of Canada). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Geneva, World Health Organization, 2008.

ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพภายในเมือง คือ ความไม่เป็นธรรมด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากความแตกต่างในการเข้าถึงและปัจจัยกำหนดสุขภาพระหว่างพื้นที่ ตำบล หรือกลุ่มทางเศรษฐกิจภายในเมืองเดียวกัน

การเงินระดับจุลภาค (Microfinance) คือ การจัดให้มีบริการด้านการเงินให้กับผู้กู้ยืมที่มีรายได้น้อย รวมทั้งผู้ประกอบการด้วยตนเอง บริการด้านการเงินโดยทั่วไป ประกอบด้วย การออมทรัพย์และสินเชื่อ อย่างไรก็ตาม องค์กรด้านการเงินระดับจุลภาคบางแห่ง ยังให้บริการด้านประกันภัย และบริการชำระหนี้ การเงินระดับจุลภาคได้พัฒนาเป็นวิธีการหนึ่งของรูปแบบการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ให้ประโยชน์กับชายและหญิงที่มีรายได้น้อย

Ledgerwood J. *Microfinance handbook: an institutional and financial perspective*. Washington, DC, World Bank, 2000.

มาตรฐานที่เป็นแนวโน้มระดับประเทศหรือระหว่างประเทศ เป็นเป้าหมายที่มีชุดตัวชี้วัดหลากหลายที่จัดทำขึ้นโดยรัฐบาลหรือองค์กรระหว่างประเทศ ให้เป็นค่าเปรียบเทียบในการวัดความก้าวหน้าหรือการบรรลุเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น ค่ามาตรฐานแนวโน้มในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (ระหว่างประเทศ) และเป้าหมายประชาชนสุขภาพดีในปี ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) ของประเทศสหรัฐอเมริกา (ระดับประเทศ) สถานะทางสุขภาพของเมืองในประเทศสหรัฐอเมริกา ถูกประเมินและเปรียบเทียบกับเป้าหมายใน ปี ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) แสดงในเอกสารอ้างอิงด้านล่างนี้

Benbow N, ed. *Big Cities Health Inventory: the health of urban America*. Washington, DC, National Association of County and City Health Officials, 2007.

โรคอ้วน โดยทั่วไปกำหนดโดยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ 30 กิโลกรัม/ส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร) ค่าดัชนีมวลกาย ยังรู้จักกันดีเช่นเดียวกับ Quetelet's Index ซึ่งเป็นเครื่องวัดจำนวนไขมันส่วนเกินในร่างกาย (กิโลกรัม)หารด้วยความสูงยกกำลังสอง (เมตร) เพื่อบอกความสัมพันธ์ของความอ้วนของบุคคลนั้น

น้ำหนักเกิน หมายถึง มีค่า BMI ระหว่าง 25-30 กิโลกรัม/เมตร²

Mei Z et al. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 75(6):978–985.

Gallagher D. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143(3):228–239.

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิธีการที่ปฏิบัติได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่ถูกต้องทางวิชาการและเป็นที่ยอมรับของสังคม โดยบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้โดยถ้วนหน้า โดยผ่านการมีส่วนร่วมและค่าใช้จ่ายในระดับที่ชุมชนและประเทศสามารถจ่ายได้ เพื่อคงไว้ซึ่งบริการสุขภาพในทุกขั้นตอนของการพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ ความครอบคลุม ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภาวะการนำอย่างครอบคลุม และการคำนึงสุขภาพในทุกนโยบาย

Alma Ata 1978: Primary Health Care. Health for All Series No. 1. Geneva, World Health Organization, 1978.

The World Health Report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) เป็นปัจจัยทางสังคม ภายภาพ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นของผลกระทบทางลบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ โรคอ้วน หรือการขาดการออกกำลังกาย

The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life. Geneva, World Health Organization, 2002.

การได้รับความมั่นคง (Secure tenure) เป็นสิทธิที่บุคคลทุกคนและกลุ่มประชากรทุกกลุ่มได้รับการปกป้องอย่างมีประสิทธิภาพจากการถูกขับไล่หรือเรียกคืนสิทธิโดยภาครัฐ

UN-Habitat. *The challenge of slums: global report on human settlements.* London, Earthscan, 2003.

การปรับปรุงยกระดับชุมชนแออัด (Slum upgrading) ประกอบด้วย การปรับปรุงหน่วยงานและสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจที่มีอยู่ในชุมชนแออัด ดำเนินงานโดยการประสานความร่วมมือกับประชาชนในพื้นที่ ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน นักธุรกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Cities without slums: action plan for moving slum upgrading to scale. Washington, DC, Cities Alliance, 1999.

UN-Habitat. *The challenge of slums: global report on human settlements.* London, Earthscan, 2003.

การกีดกันทางสังคม (Social exclusion) เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนหลากหลายมิติ เป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมจากนโยบายและการเลือกปฏิบัติ สร้างความไม่เท่าเทียมของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม และความเสียเปรียบหลายประการ สำหรับประชากร กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือประชากรทั้งหมด

Mathieson J et al. Social exclusion – meaning, measurement and experience and links to health inequalities: a review of literature. Social Exclusion Knowledge Network Background Paper 1. Geneva, World Health Organization, 2008.

การแบ่งชนชั้นทางสังคม (Social stratification) เป็นรูปแบบหนึ่งของความไม่เป็นธรรมทางสังคม ที่แบ่งกลุ่มประชาชนในสังคมตามลำดับชั้น (ตัวอย่างเช่น ระบบฐานะ ระบบวรรณะ) กลุ่มประชาชนในระดับที่สูงกว่าของการจัดระดับชั้น สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรได้มากกว่ากลุ่มระดับล่าง

Adler N, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Inequality in education, income, and occupation exacerbates the gaps between the health “haves” and “have nots”. *Health Affairs*, 2002, 21(2):60–76.

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) เป็นกลุ่มบุคคลและองค์กรที่มีความสนใจ หรือมีส่วนร่วมในโครงการเฉพาะโครงการใดโครงการหนึ่ง

กรอบแนวทางการปฏิบัติ (Terms of reference) อธิบายจุดมุ่งหมายและโครงสร้างของโครงการคณะกรรมการ การประชุม การเจรจา หรือกิจกรรมอื่น ๆ เอกสารแนวทางการปฏิบัติ ถูกจัดทำขึ้นระหว่างการทำงานในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาโครงการ เมื่อแนวทางการปฏิบัติได้รับความเห็นชอบ สมาชิกทีมงานของโครงการจะมีคำจำกัดความที่ชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตของโครงการและพร้อมจะเดินหน้าด้วยการสร้างสรรค์โครงการที่เหลืออยู่ให้สำเร็จลุล่วง

ระบบอาหารในเขตเมือง เป็นหลักการของระบบอาหารที่ใช้ภายในบริบทของเขตเมือง (ให้ดูที่ระบบอาหารด้วย)

สุขภาพเขตเมือง (Urban health) เชื่อมโยงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพและโรคต่าง ๆ ในพื้นที่เขตเมืองที่เกี่ยวข้องกับเรื่องผลประโยชน์

Galea S, Vlahov D. Urban health: evidence, challenges and directions. *Annual Review of Public Health*, 2005, 25:341–365.

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพเขตเมือง คือ หลักการของความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่ใช้ภายในเขตเมือง (ให้ดูความเป็นธรรมทางสุขภาพ)

ความเป็นเมือง คือ กระบวนการที่เป็นการเพิ่มสัดส่วนของประชากรที่ใช้ชีวิตในเมือง หรือในพื้นที่เขตเมืองอื่น ๆ คำจำกัดความ “เขตเมือง” อยู่บนฐานของเกณฑ์ที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

Leviton LC et al. Urban issues in health promotion strategies. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(6):863–866.

Brockerhoff MP. An urbanizing world. *Population Bulletin*, 2000, 55(3).

ประชากรกลุ่มเปราะบางและเสียเปรียบ (Vulnerable and disadvantaged groups or populations) คือ บุคคล หรือ กลุ่มบุคคล ที่ได้รับผลกระทบทางลบมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง ประเทศ หรือสังคมถิ่นกำเนิด ทรัพย์สิน คุณลักษณะการเกิด ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วย เพศ วัฒนธรรม ความเจ็บป่วย ความพิการทางร่างกายและจิตใจ ความยากจน หรือการเสียเปรียบทางเศรษฐกิจ และการขึ้นต่อแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่มีลักษณะเฉพาะ

Glossary of terms. IFC Policy and Performance Standards and Guidance Notes ([http://www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/AttachmentsByTitle/pol_PerformanceStandards2006_glossary/\\$FILE/Glossary+of+Terms.pdf](http://www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/AttachmentsByTitle/pol_PerformanceStandards2006_glossary/$FILE/Glossary+of+Terms.pdf)).