

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรม
ทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่

กฤษฎณา กาเผือก

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
พ.ศ. 2556

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย
สำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่

กฤษฎา กาเผือก

คู่มือฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่โจ้



ใบรับรองคุณวุฒิ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารศาสตร์

ชื่อเรื่อง

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ
ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่

โดย

กฤษฎา กาเผือก

พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สินธุ์ สโรบล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กรรมการที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา ยศสุข)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กรรมการที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ไตรแสง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กรรมการที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม นกรเชตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร
(รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมชัย ปัญญาดี)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการรับรองแล้ว

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จาดุพงศ์ วาฤทธิ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กิตติกรรมประกาศ

คุษณินิพนธ์เรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้โดยได้รับความกรุณาจากประธานและคณะกรรมการที่ปรึกษาดังรายนามต่อไปนี้ ผศ.ดร.สินธุ์ สโรบล ผศ.ดร.ปรารธนา ขศสุข ผศ.ดร.อภิชาติ ไตรแสง และ ผศ.ดร.เกษม นครเขตต์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ได้ทุ่มเทในการสอนและฝึกฝนผู้เรียนให้มีความรู้ ทักษะในการทำงาน วิจัยเชิงพื้นที่ด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ที่มุ่งการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากรากฐานทางทฤษฎี ผ่านกระบวนการวิธีวิทยาการวิจัยที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและประชาชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้โลกทัศน์ของผู้วิจัยขยายพรมแดนความรู้ด้านการบูรณาการศาสตร์ต่างๆ โน้มนำสู่การบริหารเพื่อพัฒนาสุขภาวะที่มีความลุ่มลึกและรอบด้านมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจาก รศ.ดร.จักรพันธ์ วังบูรณาวาทย ประธานกรรมการสอบคุษณินิพนธ์ และ ผศ.ดร.บงกชมาศ เอกเอี่ยม กรรมการสอบคุษณินิพนธ์ รวมถึงคณะกรรมการทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุษณินิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยบริหารศาสตร์ทุกท่านที่ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยได้เข้ามาศึกษาวิชาความรู้ เปิดโอกาสการเรียนรู้อย่างเต็มที่ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในวิทยาลัยบริหารศาสตร์ ขอขอบพระคุณบุคลากรบัณฑิตวิทยาลัยและวิทยาลัยบริหารศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดมา

กราบขอบพระคุณ รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์ คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภณ อาจารย์ ภักดี รัตนผล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเครื่องมือวิจัย ที่ได้กรุณาเมตตาให้ข้อชี้แนะและให้แนวทางปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ปรารธนาดี ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ ที่ได้กรุณาชี้แนะและให้องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุแก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนข้อมูลสุขภาพชุมชน ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชาติรี รอดชำนาญ อาจารย์ ดร.ระวี เผ่าหอม ที่กรุณาตรวจทานบทคัดย่อ ภาาภาษาอังกฤษและให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นายจรัส ไชยยา นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ นายประพันธ์ ไชยอินตา รองนายกเทศมนตรี นางอุมาพร พรหมรังสี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทีมคณะผู้บริหารและบุคลากรทุกท่านที่กรุณาให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการลงพื้นที่ ตลอดจนสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมของเทศบาลร่วมกับภาค

ประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจนกระทั่งงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณพี่น้องประชาชนชาวเมืองแกนพัฒนาทุกๆ ท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือร่วมใจและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะของชุมชนตลอดระยะเวลาของการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่เลี้ยงดู ให้ความรักและทุ่มเทสนับสนุนด้านการศึกษามาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณ คุณชัยเกตุ กาเผือก ที่ได้กรุณาดูแลดูๆ เป็นอย่างดีตลอดช่วงระยะเวลาที่ศึกษาเล่าเรียน และขอชื่นชมลูกๆ ทั้งสองที่อดทนรอคอยความสำเร็จร่วมกับคุณแม่ ขอขอบคุณ คุณพรา คำฟู ผู้ช่วยนักวิจัย คุณลักขมี มะโนวงศ์ อดีตหัวหน้างาน และกราบขอบพระคุณผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 10 ที่ให้โอกาสผู้วิจัยลาศึกษาต่อและให้กำลังใจตลอดมา นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมและไม่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2555 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ คุณความดีทั้งหมดจากงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบให้แก่ประชาชนคนไทยทุกท่านขอให้คุณความดีนี้ส่งผลให้ท่านมีสุขภาพที่แข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

กฤษณา กาเผือก

กันยายน 2556

ชื่อเรื่อง	กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่
ชื่อผู้เขียน	นางกฤษฎา กาเผือก
ชื่อปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สินธุ์ สโรบล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงวิเคราะห์และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งการเกิดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลนโยบาย โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) ด้วยวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสานทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และเชิงปริมาณ (quantitative research) การวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาจากเอกสาร (documentary research) และจากภาคสนาม (fieldwork research) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการประชุม ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี สมาชิกสภาท้องถิ่น หัวหน้าส่วนงาน และผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ.เชียงใหม่ จำนวน 211 แห่ง สำหรับประเด็นของการพัฒนาและประเมินกระบวนการนโยบายสาธารณะ ผู้วิจัยเลือกเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ เป็นพื้นที่กรณีศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยพบว่า มีเพียง 15 แห่ง ที่มีกระบวนการกำหนดนโยบายครบทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย

ผลการศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย กรณีศึกษา เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา พบว่า กระบวนการเกิดนโยบาย มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน 2) การสำรวจข้อมูล/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น เพื่อค้นข้อมูลและระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหา 4) การนำปัญหา/ความต้องการด้าน

สุขภาพผู้สูงอายุผู้ประเดิมข้อเสนอวาระนโยบายของภาคประชาชน 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติกำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ” 6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบาย โดยระบุไว้ในเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ.2555 และมีการจัดสรรงบประมาณไว้ใน แผนพัฒนาสามปีของเทศบาล พ.ศ.2555-2557 ด้วยงบอุดหนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณสมทบจากเทศบาล ปีละ 50,000 บาท เพื่อจัดทำโครงการกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ พบว่า มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) ผู้บริหารมอบหมายให้กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนนโยบายสู่แนวทางการปฏิบัติในระดับชุมชน ภายใต้การจัดทำแผนพัฒนาสามปีของเทศบาล 2) ชุมชน 27 ชุมชน จัดทำเวทีท้องถิ่นเพื่อหาความต้องการด้านกิจกรรมทางกาย ผลลัพธ์ที่ได้คือ ในปีงบประมาณ 2555 มีโครงการกิจกรรมทางกาย 30 โครงการเพื่อเสนอต่อเทศบาล 3) ชุมชนดำเนินการตามโครงการที่ได้รับอนุมัติภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้คือ มีการดำเนินการตามแผนงานโครงการที่กำหนดได้ครบทุกชุมชน

การติดตามประเมินผลนโยบาย มีการติดตามอย่างมีส่วนร่วมโดยมีคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้แทนจากเทศบาล ผู้แทนสมาชิกสภาเทศบาล ผู้แทนผู้นำชุมชน และผู้แทนภาคประชาชน ลงพื้นที่ประเมินทุกชุมชน และติดตามประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามจากประชาชนจำนวน 284 คน พบว่า ภาพรวมประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.9 เห็นว่านโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายมีความสำคัญ ในการช่วยให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามความต้องการของเครือข่ายชุมชน นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 86.3 มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์นโยบาย สำหรับประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม การสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่องสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ การเสนอปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพพบว่า อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

จากผลการศึกษาครั้งนี้เห็นได้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย และมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะใช้นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือในการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญตลอดจนมีการผลักดันให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในเชิงรุก ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน โดยเน้นหลักการและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนให้สามารถดำเนินชีวิตได้เต็มศักยภาพ ภายใต้วิถีชีวิตสุขภาวะที่ดี

Title	Process Development of Participatory Local Public Policy on Aging's Physical Activities for Local Government in Chiangmai Province
Author	Mrs. Krissana Kapheak
Degree of	Doctor of Philosophy in Administrative Science
Advisory Committee Chairperson	Assistant Professor Dr. Sinth Salobol

ABSTRACT

The research aimed to investigate : 1) the public policy process on aging health of local government level in Chiangmai and 2) analyze and develop the local public policy participation process on the aging's physical activity; policy formulation, policy implementation and policy monitoring. This study used the method of research and development and applied a mix method of qualitative and quantitative research. Qualitative methods composed of documentation including field research, interviewing, focus group discussion, participatory observation and meetings. The quantitative research methods were used in the field studies; exploring the current situation of the local public health policy process on the elderly. Questionnaires were used with 211 mayor, executive councilors, chief of department or related health workers. A case study was used at the Muangkaen Municipality, Maetang district, Chiangmai.

The results showed that only 15 of the local governments in Chiangmai had a local health public policy process for aging, however most of them had no written evidence policy. In addition, It was shown that only fifteen local governments had three steps of the policy process; policy formulation, policy implementation, policy evaluation.

In the case of the Muangkaen Municipality, Maetang district, Chiangmai, it was found that there were 6 policy development stages; 1) identifying the health problems in the society/community (Problem Identification); 2) surveying the situation analysis of aging's health and physical activity; 3) setting the community forum to restore the data to the public and the relevant network, and brainstorming for solutions in the health problems of the elderly; 4) addressing the public needs of the elderly health problem into the health policy agenda issue;

5) having the local government set the policy agenda for the council resolution by considering the local public policy on the physical activity of the elderly; and 6) having the local government announce a policy that is specified in the 2012 annual budget ordinance and contain it in the budget document “Three-year development plan” 2012-2014 with a total budget from the National Health Security Office and Muangkaen Municipality in the figure of 50,000 baht per year.

For the policy implementation, it was found that the procedures were as follows: 1) the executive of the municipality assigned the chief of public health and environmental department to set a guide of practices for the community level under the municipality three-year plan; 2) the 27 community prepared their 30 projects under the resolution of community issues; and 3) implementation of the community plans and the result found that the every projects were practiced.

For the monitoring and evaluation, the participatory monitoring team from the community was conducted. The team included the council members, executive of the municipality, community leaders, and representatives of the community. Results of the interview with 284 people in the community and results of the public opinion survey shown that 79.9 percent accepted that the public health policy of physical activity was important because it could help the municipality tasks meet needs of the people, 86.3 percent understood the objectives of the public health policy and physical activities. The issue of public participation in the local public policy process included participation in the community forum, the exploration of community health needs and presentation of health problems were found at a high to highest level.

Based on results of the study it could be seen that the local administrative organization needs to be ready for health of the elderly. The tool of local public policy on physical activities can be an important strategy for participation. It must be pushed into concrete under the coordination among concerned parties. This aims to solve health problems of aging which truly meet needs of the community focusing on the health promotion process. Thus, it is a strategy for the development and promotion to make the elderly and people in the community to have a better livelihood.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(9)
สารบัญตาราง	(12)
สารบัญภาพ	(19)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
โจทย์การวิจัย	10
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
นิยามศัพท์	14
บทที่ 2 การตรวจเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	16
ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ	17
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	52
ตอนที่ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	61
ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	95
ตอนที่ 5 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)	101
ตอนที่ 6 แนวคิดกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)	105
ตอนที่ 7 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED Model)	114
ตอนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	120
ตอนที่ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย	137
กรอบแนวคิดทฤษฎี	142
กรอบแนวคิดการวิจัย	143

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	144
สถานที่ดำเนินการวิจัย	145
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	145
ขั้นตอนการวิจัย	146
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	148
การทดสอบเครื่องมือแบบสอบถาม	149
การวิเคราะห์ข้อมูล	149
บทที่ 4 ผลการวิจัย และข้อวิจารณ์	152
ตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	
ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ ในปัจจุบัน	152
ตอนที่ 2 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ต. อินทิลล อ. แม่แตง	
จ. เชียงใหม่ ประเด็นกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	159
ตอนที่ 3 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ. แม่แตง จ. เชียงใหม่	
ประเด็นกระบวนการน่านโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ	219
ตอนที่ 4 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ต. อินทิลล อ. แม่แตง	
จ. เชียงใหม่ ประเด็นการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการน่านโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ	221
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	261
สรุปผลการวิจัย	262
อภิปรายผล	272
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	283
บรรณานุกรม	287
ภาคผนวก	295
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	296
ภาคผนวก ข แบบประเมินผลหลังการดำเนินโครงการวิจัย	315

	หน้า
ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์	324
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ	330
ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย	332

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process: Thomas R.Dye)	22
2 กรอบความคิดเชิงปรัชญาเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลภายใต้คำนิยามและสถานการณ์ที่แตกต่าง	51
3 จำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรสูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุ และอายุมัธยฐานของประชากร พ.ศ.2503-2568	63
4 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	66
5 ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2550	67
6 การจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)	117
7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	153
8 ข้อมูลด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุ	155
9 ข้อมูลด้านกระบวนการน่านโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ	156
10 ข้อมูลด้านการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	157
11 กำหนดการเข้าพบผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา	161
12 เพศของกลุ่มตัวอย่าง	164
13 อายุของกลุ่มตัวอย่าง	164
14 การนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง	164
15 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง	165
16 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	165
17 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง	166
18 รายได้ของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	166
19 รายได้ต่ำสุด สูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง	167
20 รายได้ต่ำสุด สูงสุด ของครอบครัว	167
21 ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง	167
22 ลักษณะการร่วมพักอาศัย	168
23 จำนวนบุคคลในครอบครัว	168
24 ข้อมูลแยกตามน้ำหนัก	169

ตาราง	หน้า
25	ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง
26	ขนาดรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย
27	ขนาดรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง
28	การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง
29	ลักษณะการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง
30	ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะสุขภาพ
31	การตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
32	ผลการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
33	ปัญหาสุขภาพแยกตามด้าน/ระบบที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ปัญหาสุขภาพหลักที่ต้องเข้ารับการรักษา)
34	การมีสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา
35	ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม
36	การเจ็บป่วยภายใน 1 ปีที่ผ่านมาจนต้องนอนโรงพยาบาล
37	การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ
38	ข้อมูลแยกตามเหตุผลในการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลนั้น
39	การเคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
40	สถานที่เคยหกล้ม
41	จุดที่หกล้มภายในบ้าน
42	การมีปัญหในการทำกิจวัตรประจำวันจากการได้รับบาดเจ็บจนส่งผลให้ร่างกาย เช่น เดินลำบาก นั่งลำบาก มีปัญหาการใช้มือหรือแขน
43	ความสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียว(ขาข้างที่ถนัด/ไม่ถนัด) โดยผู้ช่วยต้องไม่น้อยกว่า 20 วินาที ผู้หญิงต้องไม่น้อยกว่า 10 วินาที
44	ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน (เป็นอาชีพ) ขุดดิน งานก่อสร้าง แบกของหนัก
45	ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน (เป็นอาชีพ) ขุดดิน งานก่อสร้าง แบกของหนัก
46	ความรู้สึกลักษณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน ขุดดิน งานก่อสร้าง แบกของหนัก (เป็นอาชีพ)

ตาราง	หน้า
47 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน	184
48 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน	185
49 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน	185
50 ระยะเวลาต่อวันของกิจกรรมเคลื่อนไหว ซักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ	186
51 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการซักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ	187
52 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการซักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ	187
53 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน	188
54 ความถี่กิจกรรมปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนาม บริเวณบ้าน	189
55 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน	189
56 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน	190
57 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน	190
58 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน	191
59 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง	192
60 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง	192
61 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง	193
62 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น	194
63 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น	194
64 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น	195
65 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก แอโรบ็อก	196
66 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเต้นแอโรบิก แอโรบ็อก	196
67 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเต้นแอโรบิก แอโรบ็อก	197
68 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว	198
69 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว	198
70 ความรู้สึกระหว่างการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว	199
71 ระยะเวลาต่อวัน การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการรำไม้พลอง รำจึกง รำไทเก็ก ฟ้อนเจิง โยคะ	200

ตาราง	หน้า
72 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง รำจี๊ก รำไทเก็ก ฟ้อนเจิงโยคะ	200
73 ความรู้ลักษณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง จี๊ก ไทเก็ก ฟ้อนเจิงโยคะ	201
74 การมีกิจกรรมในเวลาว่าง	202
75 ประเภทของกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง	202
76 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)	203
77 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)	203
78 ความรู้ลักษณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)	204
79 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ในรอบปีที่ผ่านมา	206
80 กิจกรรมทางสังคมที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม	206
81 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา	207
82 ข้อมูลแยกตามกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	207
83 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง	208
84 ลักษณะส้วมในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง	209
85 แหล่งน้ำที่ใช้ประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง	209
86 แหล่งน้ำที่ใช้ดื่มกินของกลุ่มตัวอย่าง	209
87 การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล	210
88 ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาล	211
89 ความต้องการการสนับสนุนจากเทศบาล	212
90 ความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	213
91 ความต้องการให้มีนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	214
92 เพศของกลุ่มตัวอย่าง	223
93 ศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง	223

ตาราง	หน้า
94 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง	224
95 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	225
96 รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง	225
97 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง	226
98 ตำแหน่งทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	227
99 การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	228
100 การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง	228
101 การเข้าร่วมชมรมกองทุนปื๊ยของกลุ่มตัวอย่าง	229
102 การเข้าร่วมชมรมกองทุนข้าวของกลุ่มตัวอย่าง	229
103 การเข้าร่วมเป็นชมรมแม่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง	230
104 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง	230
105 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง	231
106 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครตำรวจบ้าน (อส.ตร.) ของกลุ่มตัวอย่าง	231
107 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อป.พร.) ของกลุ่มตัวอย่าง	232
108 ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายสาธารณะของกลุ่มตัวอย่าง	233
109 ความเข้าใจในความสำคัญของนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	234
110 การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายของกลุ่มตัวอย่าง	235
111 ความเข้าใจในการบรรลุเป้าหมายนโยบายสาธารณะที่สำคัญที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง	235
112 การรับทราบนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	236
113 ความเข้าใจด้านเป้าหมายสูงสุดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	236
114 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง	237
115 ภาพรวมความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	238
116 การมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง	239

ตาราง	หน้า
117 การมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	240
118 การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่องสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง	240
119 การมีส่วนร่วมเสนอปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพแก่เทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง	241
120 การมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพร่วมกับสมาชิกในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง	242
121 การมีส่วนร่วมผลักดันปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนจนกระทั่งเข้าสู่สภาเทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง	242
122 การมีส่วนร่วมกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบายเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขของกลุ่มตัวอย่าง	243
123 ความเห็นด้านผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยในการผลักดันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	244
124 การมีส่วนร่วมประชุมออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	244
125 การมีส่วนร่วมรับทราบนโยบายด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	245
126 ความเห็นเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน/โครงการกิจกรรมทางกายประจำปีของเทศบาล	246
127 ปัญหาด้านสุขภาพที่ถูกประกาศเป็นนโยบาย	246
128 การเข้าร่วมรับฟังประกาศนโยบายเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง	247
129 โครงการเพื่อสุขภาพในหมู่บ้านที่ถูกเสนอเป็นนโยบายสาธารณะ	248
130 การร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบนโยบาย	248
131 การมีส่วนร่วมดำเนินการตามนโยบายโครงการ/แผนงาน ของกลุ่มตัวอย่าง	249
132 การมีส่วนร่วมประสานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง	250
133 การมีส่วนร่วมเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	250

ตาราง	หน้า
134 หน่วยงานสาธารณสุขหรืออสม.ในชุมชนได้ให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการ ออกกำลังกาย	251
135 การเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายร่วมกับเทศบาล	252
136 ข้อบกพร่องของโครงการและการมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้นำชุมชน	253
137 การเข้าร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการโครงการของ กลุ่มตัวอย่าง	253
138 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการกิจกรรมทางกาย ของกลุ่มตัวอย่าง	254
139 การมีส่วนร่วมติดตามการทำงานของโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด กระบวนการของกลุ่มตัวอย่าง	255
140 การมีส่วนร่วมเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะที่พบหลังจากดำเนิน โครงการของกลุ่มตัวอย่าง	256
141 กระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุ (Participatory Local Public Policy Process on Aging's Physical Activities)	274

สา รบัญญ ภาพ

ภาพ	หน้า
1 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล	31
2 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการจัดการ	32
3 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร	33
4 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางกระบวนการระบบ ราชการ	34
5 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางการเมือง	35
6 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบเชิงบูรณาการ	36
7 ระบบติดตามผลนโยบายที่เน้นผลลัพธ์ (results-based monitoring)	40
8 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย	44
9 ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่ได้รับถ่ายโอน	58
10 พีระมิดประชากรของประเทศไทย	65
11 PRECEDE– PROCEED MODEL	119

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” ทั้งนี้เพราะจำนวนหรือขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) สาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะ นวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และโภชนาการ สถานการณ์นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากปรากฏการณ์ด้านประชากรศาสตร์ กล่าวคือ ประชากรกลุ่มที่เกิดในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 หรือประมาณปี พ.ศ.2489-2507 ซึ่งในยุคดังกล่าวหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนประชากร เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและฟื้นฟูประเทศหลังเหตุการณ์สงคราม ด้วยเหตุผลดังกล่าวการเพิ่มจำนวนประชากรในยุคนี้ (ที่เรียกว่ายุค Baby Boom) จึงมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของโลก และเมื่อใดก็ตามที่คนกลุ่มนี้เคลื่อนตัวไปที่ไหนก็จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งทาง ด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาประเทศตามไปด้วย (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2551) ปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้มีอายุอยู่ระหว่าง 44-62 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและกำลังจะเกษียณอายุจากการทำงาน ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุ (ที่มีอายุเกิน 60 ปี) จำนวนร้อยละ 10 ขึ้นไป ถือว่าประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุ สถานการณ์การเคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจ การจ้างงาน และการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งเกี่ยวเนื่องอย่างมากกับความมั่นคงของสังคม ทั้งนี้ประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชีย ก็ได้รับผลกระทบนี้เช่นกัน และจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างประชากรก้าวสู่สังคมประชากรผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสาน งานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2544)

จากผลการศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน (ร้อยละ 5.4) ในปี พ.ศ.2503 เป็น 5.87 ล้านคน ในปี 2543 (กรมการแพทย์, 2550) ปี พ.ศ.2553 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 7.52 ล้านคน(ร้อยละ 11.8) ปี พ.ศ.2554 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2554) มีจำนวน 7.79 ล้านคน(ร้อยละ 12.38) ปี พ.ศ.2555 (กรมการปกครอง, 2555) มีจำนวนผู้สูงอายุ 8.2 ล้านคน(ร้อยละ 12.75) ปี พ.ศ.2556 (สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ มหิดล, 2556) มีจำนวนผู้สูงอายุ 9.52 ล้านคน (ร้อยละ 14.73) และคาดการณ์ว่า พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 11.89 ล้านคน(ร้อยละ 16.8) และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 14.45 ล้านคน (ร้อยละ 20) ในปี พ.ศ.2568 เมื่อเวลานั้นมาถึงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจะเคลื่อนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว สอดคล้องกับรายงานจำนวนประชากรเขตภาคเหนือ ตอนบน (ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ และน่าน) พบว่า ปัจจุบันโครงสร้างประชากรอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (โดยเฉพาะกลุ่มประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว) กล่าวคือ อัตราของประชากรวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.43 ในปี 2535 เป็น 12.15 ในปี 2549 ซึ่งเป็นการเพิ่มที่มีจำนวนมาก ในขณะที่อัตราของประชากรวัยเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีลดลง จากร้อยละ 27.65 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 18.66 ในปี 2549 และเมื่อพิจารณาจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในระดับจังหวัดของเขตภาคเหนือตอนบนพบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด กล่าวคือในปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 180,145 คน ต่อมาในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 188,344 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากสถิติดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ กล่าวคือประเทศไทยมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นโดยปี 2537 มีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุเท่ากับ 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 หมายความว่า ประชากรวัยกำลังแรงงาน 100 คนจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน สอดคล้องกับโครงสร้างลักษณะประชากรของไทยในสภาพวิกฤตยุคโพสต์โมเดิร์น (ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในรหัส 1:2:4) คือ การที่ลูกคนเดียวในครอบครัวคนรุ่นใหม่ที่ต้องดูแลรับผิดชอบ พ่อ แม่ (2 คน) และปู่ ย่า ตา ยาย (4 คน)รวม 6 คน นอกจากนี้เมื่อพิจารณา “อัตราส่วนเกื้อหนุนประชากรสูงอายุ” (Potential Support Ratio หรือ PSR) พบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ปี 2537 มีอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุเท่ากับ 9.3 ปี 2545 ลดลงมาเป็น 7.0 ปี 2550 ลดลงเหลือ 6.3 หมายความว่า มีคนที่อยู่ในวัยแรงงาน 6 คน ที่จะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน และมีการคาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2563 ผู้สูงอายุไทย 1 คน จะมีคนวัยแรงงานดูแล 4 คน หากคาด

ประมาณประชากรต่อไปถึงปี พ.ศ.2593 จะมีคนวัยแรงงานเพียง 2 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จากการที่อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าว จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ส่งผลถึงความมั่นคงของสังคมโดยรวม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น และจากการที่โครงสร้างประชากรของไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเกินกว่าที่จะถูกมองข้ามนี้ รัฐและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะต้องเร่งให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับสถานการณ์นี้อย่างจริงจัง (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2550) โดยจากสถานการณ์ด้านประชากรผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในทุกระดับของประเทศ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ในการเตรียมรับสถานการณ์การเคลื่อนเข้าสู่สังคมสูงอายุในมิติต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติด้านสุขภาพเป็นส่วนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในประเด็นของผู้สูงอายุ เพราะมีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

จากสภาวะปัจจุบันพบว่า ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรคและสาเหตุหลักการตายจากโรคติดต่อ(Communicable Disease) มาเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การกินอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดกิจกรรมทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ เบาหวาน อ้วน มะเร็งบางชนิด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในปี พ.ศ.2544 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ถึงเกือบร้อยละ 60 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก 56 ล้านคน นั่นหมายความว่า มีคนจำนวน 33.6 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากถึง 35 ล้านคน หรือร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคนทั่วโลก และหากไม่เร่งแก้ไข คาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือประมาณ 41 ล้านคน โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ แต่ถ้าหากมีมาตรการแทรกแซงที่มีประสิทธิผลและเสียค่าใช้จ่ายไม่มากจะสามารถช่วยป้องกันโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดทางสมอง โรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 80 และยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 40 (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2551) อย่างไรก็ตามมีข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพที่ต้องตระหนักคือ ในปัจจุบันทั่วโลกกำลังประสบกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้ใหญ่โดยพบมากถึง 1,000 ล้านคนและพบผู้ที่มีภาวะอ้วนอย่างน้อย 300 ล้านคน (วินัย สวัสดิ์, 2553) นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยที่มีหลักฐานแน่นหนาทางวิทยาศาสตร์ ที่ยืนยันว่าการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเหล่านี้ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2551)

ในส่วนของการจัดการโรคไม่ติดต่อนั้น มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 11 ใน พ.ศ.2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคน ใน พ.ศ.2547 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) เมื่อศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 40-59 ปี พบว่า มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.76 และในกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความชุกถึงร้อยละ 24.47 (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้มีรายงานผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งที่ 3 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2550 จากจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 79,560 ครัวเรือน ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทั่วประเทศ พบว่า ในประเด็นด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคมะเร็งร้อยละ 0.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 และเป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.1) ออกกำลังกายเป็นประจำ (อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์) ผู้สูงอายุร้อยละ 63.1 รับประทานผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ ร้อยละ 48.3 ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปี และเป็นที่น่าวิตกว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอนาคต โดย ร้อยละ 12.6 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 3.0 ดื่มสุราเป็นประจำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า ในส่วนของงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในปีพ.ศ. 2552 มีค่าใช้จ่ายมากกว่าแสนล้านบาทต่อปี ยกตัวอย่างเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 30,000 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีค่ารักษาโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาตอัมพฤกษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอัมพาตอัมพฤกษ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 75,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยสูงมาก (วินัย สวัสดิ์วร, 2553)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะของโรคไม่ติดต่อเป็นประเด็นสุขภาพที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนให้สอดคล้องกับแนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่ระบุในแผนยุทธศาสตร์ระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ มีเป้าหมายในการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและตาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน รวมถึงมีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง การไม่มีกิจกรรมทางกายหรือไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงการเร่งรัดงานสร้างสุขภาพเชิงรุก ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ

สืบเนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มมากขึ้นในสังคม ถือได้ว่าเป็นความท้าทายต่อการสาธารณสุขโลก ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงตระหนักในปัญหานี้อย่างจริงจังและได้ทำการพัฒนายุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายคือ ส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพโดยแนะนำการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อหนุนปฏิบัติการที่ยั่งยืนในระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน ประเทศและระดับโลก ซึ่งโดยรวมจะนำไปสู่การลดโรคและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกาย กิจกรรมเหล่านี้สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ขององค์การสหประชาชาติ และมีประโยชน์อย่างใหญ่หลวงต่อการสาธารณสุขทั่วโลกโดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้เสนอปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องต่อโรคไม่ติดต่อ คือ อาหารและกิจกรรมทางกาย สำหรับโรคไม่ติดต่อที่มีความเสี่ยงสำคัญที่สุดได้แก่โรคหัวใจ ภาวะสมองขาดเลือด เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอาหารและกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ภาระโรครวม การตายและความพิการเพิ่มขึ้น แต่ถ้าหากประชาชนมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้องจะสามารถลดอัตราการตายของประชากรโลกได้ถึงปีละ 3 ล้านคน (World Health Organization, 2010)

ด้วยเหตุดังนั้นก็รอบความคิดเดิมเรื่องสุขภาพ (Old Health Paradigm) ที่วางอยู่บนฐานด้วยเรื่องโรค (Disease Oriented Approach) ในอดีตจึงไม่สามารถเอาชนะได้ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่เท่านั้น แต่จะต้องมุ่งไปที่กรอบความคิดการส่งเสริมสุขภาพ (New Health Paradigm) เป็นสำคัญ ปัจจุบันกรอบความคิดเรื่องสุขภาพได้ขยายไปวางอยู่บนฐานที่ว่าด้วยเรื่องสุขภาพ (well-being) ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) รวมทั้งมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคมมากขึ้น ดังนั้นสุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนี้มีจุดเริ่มต้นจากการประชุมระหว่างประเทศครั้งสำคัญที่จัดโดยองค์การอนามัยโลกที่เมืองออตตาวา ในปี ค.ศ. 1986 จากผลการประชุมได้ก่อกำเนิดออตตาวาในการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) ซึ่งระบุไว้ว่า “การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น โดยที่มีสถานะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืนและความเป็นธรรมของสังคม”

ทั้งนี้การเพิ่มสมรรถนะของประชาชนให้มีความสามารถบรรลุภาวะสุขภาพดีได้อย่างสมบูรณ์ต้องกระทำในสิ่งสำคัญ 5 ประการคือ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a healthy public policy) 2. การก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Create supportive environments) 3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) 4. พัฒนา

ทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill) 5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health services) ทั้งนี้เชื่อมโยงมาจนถึงในปัจจุบันที่มีการให้ความสนใจอย่างมาก ในเรื่องแนวคิดด้านกิจกรรมทางกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการป่วยและตาย ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความสนใจในระดับโลกและมีการประชุมนานาชาติครั้งที่ 3 ขึ้นที่เมืองโตรอนโต ประเทศแคนาดา จนกระทั่งได้แนวทางการดำเนินงานร่วมกันในนาม “กฎบัตรโตรอนโต” โดยเชื่อว่ากฎบัตรนี้จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุน ให้เกิดพันธะสัญญาด้านนโยบายที่ยั่งยืน ตลอดจนถึงการนำหลักการไปประยุกต์ใช้ในชุมชนด้านกิจกรรมทางกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (World Health Organization, 2010)

จากความสำคัญของปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่สำคัญในประเทศไทยเพื่อพยายามแก้ปัญหาสุขภาพ ดังจะเห็นได้ว่าตลอดช่วงเวลาว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดกระแสการปฏิรูปภาคสุขภาพ (health sector reform) ขึ้นทั่วโลกด้วยหลากหลายเหตุผล เช่น ความซับซ้อนของโรค แบบแผนการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงไป และปัญหาสุขภาพที่มีมากขึ้น การให้บริการสุขภาพที่ยังไม่น่าพึงพอใจ ระบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เป็นไปแบบตั้งรับ มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพเป็นหลักมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลมีอัตราที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เป็นต้น สำหรับประเทศไทย การปฏิรูปสุขภาพเริ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2546) และส่งผลให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพในเวลาต่อมา ประกอบกับการเคลื่อนไหวทางสังคม ในเรื่องการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ระดับท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่มอบบทบาทหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีหน้าที่ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่กลับพบว่าในระยะเวลาที่ผ่านมายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภาระที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจใหม่จากส่วนกลางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังขาดความพร้อมทางด้านการจัดการและกระบวนการทางกฎหมาย ซึ่งจากการศึกษาในระดับท้องถิ่นยังไม่มี ความชัดเจนว่า การกระจายอำนาจการปกครองของไทยนั้น ประชาชนสามารถเข้ามามีบทบาทเรียกร้องมากน้อยเพียงใด จึงทำให้การกระจายอำนาจในส่วนการปกครองของไทยยังคงไม่ก้าวหน้า สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากการที่ประชาชนในท้องถิ่นไม่ได้แสดงความต้องการ จึงทำให้ขาดการผลักดันทางการเมืองในประเด็นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน (โกวิทย์ พวงงาม, 2551)

ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่นด้านการป้องกันการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ คือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายให้เกิดขึ้นจริง โดยมีเป้าประสงค์ให้เกิดข้อกำหนดด้านนโยบายท้องถิ่น ตลอดจนการนำนโยบายท้องถิ่นไปปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมดังกล่าว จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่หนึ่ง (มีสุขภาพปกติช่วยเหลือตนเองได้) ไม่ให้กลายเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่สอง (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) หรือกลุ่มที่สาม (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) อย่างไรก็ตามพบว่า ประเด็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพต่างๆสำหรับประชาชนในปัจจุบันยังขาดการกำหนดทิศทางที่เหมาะสมในระดับท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น ในประเด็นของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังเน้นนโยบายด้านสวัสดิการ ด้านเบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น สำหรับการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความร่วมมืออย่างจริงจังจากประชาชน ตลอดจนภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่สำคัญคือ ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและประชาชนในท้องถิ่นต่อไป ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการสร้างนโยบายสาธารณะท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ (Local Healthy Public Policy) จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) แบบที่คุ้นเคยกันในอดีต อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะได้ถูกจัดเป็นหนึ่งในองค์ประกอบ สำคัญของการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ท้องถิ่น

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการจัดการปัญหาสุขภาพที่กว้างขวางกว่างานด้านสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญนี้ โดยกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความร่วมมือในการดำเนินการระดับท้องถิ่น และเน้นการสร้างนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายอย่างมีส่วนร่วมของประชาชน เนื่องจากการบริหารงานด้านสุขภาพและปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพ มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้และมิติที่กว้างกว่าเรื่อง การดำเนินงานทางสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ความสนใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในอดีตที่ผ่านมา มีค่อนข้างน้อย ทั้งที่นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย ทั้งด้านบวกและลบ ดังนั้นการที่จะมีสุขภาพที่ดี จำเป็นต้องดำเนินงานให้ถึงการเกิดกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพควบคู่กับการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ด้วย จึงจะทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีได้ ทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่น ในระดับหน่วยงานองค์กร หรือในระดับชาติ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบด้านบวกต่อสุขภาพได้เป็นอย่างมาก

ในปัจจุบันแนวคิดด้านนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น ในระดับท้องถิ่นยังขาดการพัฒนาให้เกิดขึ้น และสิ่งสำคัญในการเกิดขึ้นของนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่มาก ซึ่งประเด็นการมีส่วนร่วมนี้เองถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานพัฒนานโยบาย นอกจากนี้ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามและประเมินผลจะช่วยทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถประเมินได้ว่านโยบายสาธารณะมีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุเพียงใด และยังมีประเด็นใดที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย และที่สำคัญหากเป็นนโยบายสาธารณะที่มาจากความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงแล้ว จะสามารถตอบสนองการขับเคลื่อนทิศทางการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและส่งผ่านการนำไปปฏิบัติให้ตรงกับความต้องการของประชาชนได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นรูปแบบของการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพในมิติใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ภายใต้ปรัชญาแนวคิดที่เน้นการเรียนรู้กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบายเหล่านั้น ร่วมติดตามประเมินผลและร่วมทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวจะเห็นได้ว่า นโยบายสาธารณะลักษณะนี้เป็นนโยบายสาธารณะที่มีชีวิต คือ ประชาชนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่องและทุกฝ่ายในสังคมรู้สึกว่าเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะร่วมกัน และส่งผลดีต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

กล่าวเฉพาะในสังคมไทยแล้ว เป็นที่ทราบกันดีว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาด้านการเมือง การบริหาร เศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น อันเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย โดยมุ่งลดบทบาทของรัฐส่วนกลาง(decentralize) และให้ประชาชนได้มีส่วนในการบริหารงานชุมชนท้องถิ่น ตามเจตนารมณ์ของประชาชนมากขึ้น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จึงเป็นการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ใหม่ ระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์บ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลง มีกลุ่มที่หลากหลาย มีความแตกต่างกัน ชัดแย้งกัน มีความต้องการและความคาดหวังจากรัฐที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รัฐเองก็มีขีดความสามารถและทรัพยากรที่จำกัด ในการตอบสนองปัญหา ความต้องการที่เกิดขึ้น ในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์ และตรงกับความต้องการของท้องถิ่น

ดังนั้น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจึงเป็นการกระจายหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ โดยตรงกับท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นรับผิดชอบดำเนินการเอง โดยมีการมอบอำนาจการตัดสินใจ เป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจดำเนินการตามหน้าที่ที่ส่วนกลางกระจายไปให้ท้องถิ่นดำเนินการ รวมทั้งทรัพยากรการบริหาร เป็นการกระจายบุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้กับท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบต่อน้ำที่เป็นการกระจายความรับผิดชอบต่องานหน้าที่ ที่รัฐกับผู้บริหารท้องถิ่น และประชาชนร่วมกันรับผิดชอบ ตลอดจนการกระจายความพร้อมที่มีอยู่ใน ส่วนกลางให้กับท้องถิ่น เพื่อสร้างขีดความสามารถให้แก่ท้องถิ่น เป็นการทำให้ท้องถิ่นมีความ เข้มแข็งสามารถบริหารจัดการท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นองค์กรภาครัฐที่มีความสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชน มากที่สุด และมีบทบาทสูงในการบริหารงานทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายโอนภารกิจในงานที่ เกี่ยวกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนท้องถิ่น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวงานวิจัยฉบับนี้จึงมีเป้าหมายในการใช้กระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้สูงอายุ ให้เกิดขึ้นจริงใน ระดับท้องถิ่น ตั้งแต่ในระดับการเกิดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล การนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมที่ให้คนในชุมชนและหน่วยงานของ รัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ สามารถตอบสนองต่อความ ต้องการของคนในชุมชนมากยิ่งขึ้น และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอทางนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพของภาคประชาชน ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและเป็นระบบ รวมทั้งเกิด กระบวนการพัฒนารูปแบบนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเป็น Best Practice ให้กับท้องถิ่น นอกจากนี้ที่สำคัญยังช่วยพัฒนาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น

โจทย์การวิจัย

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ได้กำหนดโจทย์หลักในการวิจัยคือ : กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

โดยมีคำถามการวิจัยดังนี้

1. กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

2. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

2.1 กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

2.2 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นอย่างไร

2.3 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

คุณฉันทิพนธ์เรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์คือ

1. ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. วิเคราะห์และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็น

2.1 กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

2.3 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบาย สาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ด้านพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ เพราะจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตภาคเหนือ และมีความหลากหลายของสภาพโดยทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ จังหวัดเชียงใหม่มีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจำนวนมากและหลายแห่งมีความเข้มแข็งทั้งในส่วนที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชน มีการดำเนินงานภายใต้นโยบายด้านสุขภาพ ตลอดจนมีสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ที่เข้มแข็ง โดยในช่วงแรก ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 211 แห่ง ทั้งในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล และในช่วงที่สอง เลือกกรณีศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายท้องถิ่น 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตงโดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกคือ

1.1 ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน (ผู้วิจัยเข้าพบทีมบริหารเพื่อหารือความเป็นไปได้ที่จะเข้าดำเนินการวิจัย)

1.2 ผู้บริหารและคณะบริหารยินยอมเข้าร่วมปฏิบัติงานวิจัย (โดยผ่านการขอมติจากที่ประชุมสภาเทศบาล)

1.3 สมาชิกสภาเทศบาลมีมติรับหลักการร่วมงานวิจัยหลังได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัย

1.4 เป็นเทศบาลที่มีผลงานเด่นด้านผู้สูงอายุ (หลักฐานการพิจารณาคือชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเสริมอาชีพของชุมชน)

1.5 มีความร่วมมือของเครือข่ายในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง (หลักฐานการพิจารณาคือรางวัลการมีส่วนร่วมจากสถาบันพระปกเกล้า ปี 2553)

2. ด้านเนื้อหาการวิจัย

2.1 นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนโยบายที่กำหนดในระดับเทศบาลเมืองภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนถึงการดำเนินงานระดับแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของท้องถิ่น

2.2 การศึกษานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านขอบเขตเนื้อหาของความหมายมิติสุขภาพที่กว้างขวาง ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาของการทำวิจัยและความเป็นไปได้ในการลงปฏิบัติจริงในพื้นที่ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะประเด็นด้านกิจกรรมทางกายภายใต้ฐานคิดที่เชื่อว่า เมื่อมนุษย์มีสุขภาพกายที่ดีก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพด้านจิตใจ ด้านอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณที่ดีตามไปด้วย

2.3 การศึกษากระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น มีขอบเขตตามแนวคิดของ Thomas R.Dye ตามลำดับดังนี้ 1.) Problem Identification หมายถึง การระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมและการแสดงออกถึงความต้องการให้มีการกำหนดนโยบายจากรัฐ 2) Agenda setting หมายถึง การตัดสินใจที่จะเลือกประเด็นสาธารณะมาเป็นประเด็นทางนโยบายของรัฐ 3) Policy Formulation การกำหนดนโยบาย การสร้างข้อเสนอทางนโยบายให้เป็น ร่างนโยบาย กฎหมาย คำสั่งต่างๆ และ 4) Policy Legitimation หมายถึง การขออนุมัติเป็นกฎหมาย การสร้างแรงสนับสนุนทางการเมือง เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายที่เป็นทางการ

2.4 การศึกษากระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ศึกษาในประเด็นสองประเด็นคือ 1) ในส่วนของเทศบาล ในด้านการมีส่วนร่วมบริหารจัดการองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรองรับการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงาน โครงการ กิจกรรม และการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ กิจกรรม ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน 2) ในส่วนของชุมชน ติดตามการดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการกิจกรรมทางกายในแต่ละชุมชน

2.5 การศึกษาผลการติดตามและประเมินการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ เป็นการประเมินกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบกับบรรลุดุลมุ่งหมาย (goal attainment) ของแนวคิดด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ในระดับแผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อนำ

ผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางปรับปรุง แก้ไขปัญหา และนำสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติ และพัฒนาไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

2.6 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาครอบคลุมในประเด็นของการสร้างนโยบาย กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อค้นพบทางวิชาการที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการนโยบายสาธารณะผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขทุกระดับ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำข้อมูลเชิงวิชาการนี้ปรับใช้กับแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย และสามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังกล่าวได้ว่าองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถช่วยขยายพรมแดนของมิติการแก้ปัญหาสุขภาพเดิมสู่การบูรณาการร่วมกันกับศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านนโยบายสาธารณะ การบริหารรัฐกิจ และด้านบริหารศาสตร์

2. ข้อค้นพบทางการบริหารจัดการที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ นักบริหารงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ในการกำหนดรูปแบบของนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนร่วมกับการสอดคล้องการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต

3. ข้อค้นพบทางวิธีวิทยาการวิจัยที่ได้ นักพัฒนานโยบายสาธารณะ นักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะ ตลอดจน นักวิชาการด้านสาธารณสุข นักวิชาการด้านวิเคราะห์แผนและนโยบาย สามารถนำความรู้ที่ได้ค้นพบครั้งนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมสำหรับการศึกษานโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า และผู้วิจัยได้เลือกใช้คำว่า aging เนื่องจากมีความหมายที่กว้างขวางและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพปกติสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอาศัยในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

สังคมผู้สูงอายุ หมายถึง ชุมชนที่มีผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกรณีศึกษาในชุมชนที่มีความเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ เขตการปกครองของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายและมีการใช้พลังงานเพิ่มจากภาวะพัก เป็นกิจกรรมในบริบท 4 ประเภท ได้แก่ งานอาชีพ งานบ้าน งานอดิเรกและการเดินทาง ตัวอย่างงานอดิเรกได้แก่ การเล่นกีฬา นันทนาการ (เช่น เดินทางไกล ถีบจักรยาน) และการออกกำลังกาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของตนเอง ตั้งแต่การระบุปัญหา การเลือกประเด็นปัญหา การนำประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระท้องถิ่นและการรับหลักการในสภาเทศบาลเพื่อพิจารณาในการออกข้อบัญญัติเทศบาลด้านกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการนำข้อบัญญัติไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่การสร้างตัวแบบเชิงกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อบัญญัติเทศบาลด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ที่ได้มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อบัญญัติหรือนโยบายดังกล่าวผ่านการปฏิบัติโดยการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ กิจกรรมของท้องถิ่น ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคเอกชน และภาคประชาชน

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ อย่างมีส่วนร่วม หมายถึง ขั้นตอนต่างๆของการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะท้องถิ่นภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เริ่มตั้งแต่ 1) ขั้นตอนการก่อตัวนโยบาย (พิจารณาลักษณะของปัญหา การสำรวจสภาพปัญหา การวิเคราะห์ผลการสำรวจ/คืนข้อมูลสู่ประชาชน และการระบุ

ปัญหา/ความต้องการของประชาชน) 2) ขั้นตอนการกำหนดประเด็นนโยบายและตัดสินใจเลือกมาเป็นวาระนโยบายเพื่อเสนอเข้ารับการพิจารณาในสภาท้องถิ่น

กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง การจัดการด้านแผนงาน โครงการ กิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวทางข้อบัญญัติของเทศบาล ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อบรรลุผลสำเร็จที่ตั้งไว้

การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ของข้อบัญญัติ แผนงาน โครงการและกิจกรรมของเทศบาลด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบและขั้นตอน ตลอดจนมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินนโยบายย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีส่วนร่วมระหว่างเทศบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนด การเปลี่ยนแปลงทั้งเพื่อตัวเอง และกลุ่ม โดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและกลุ่ม มีส่วนในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ปรารถนาหรือที่ตั้งไว้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง (1) หน่วยงานในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดเชียงใหม่ (2) เทศบาลเมืองกรณีศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ คือ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

บทที่ 2

การตรวจเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คุณฉันทิพนธ์เรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกออกเป็น 9 ตอน ตามลำดับหัวข้อดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย

- 1.1 ลักษณะทั่วไปของนโยบายสาธารณะ
- 1.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ
- 1.3 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ
- 1.4 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

- ตัวแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะไป

ปฏิบัติ

- 1.5 การติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ
- 1.6 ส่วนสรุป

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 2.1 แนวคิดการปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ

ตอนที่ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 3.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
- 3.2 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย
- 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 3.4 นโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ
- 3.5 กลไกในการทำงานภาครัฐด้านผู้สูงอายุไทย
- 3.6 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

ตอนที่ 4 แนวคิดการมีส่วนร่วม

- 4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม
- 4.2 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม
- 4.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม
- 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ตอนที่ 5 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

ตอนที่ 6 แนวคิดกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

ตอนที่ 7 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED Model)

ตอนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตอนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

ลักษณะทั่วไปของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะเป็นสาขาวิชาใหม่ที่เพิ่งเกิดเมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่สองจากการเสนอของแดเนียล เลอร์เนอร์ (Daniel Lerner) และฮาโรลด์ ลาสเวลล์ (Harold Lasswell) เมื่อปี ค.ศ.1951 ต่อมาในความเป็นศาสตร์นั้น ได้เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายศาสตร์ในสหรัฐอเมริกา เมื่อทศวรรษ 1960 โดยเฉพาะในสมัยประธานาธิบดีเคนเนดีและประธานาธิบดีจอห์นสัน ที่มีเป้าหมายในทางนโยบายชัดเจน 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการปกครองโดยใช้ความรู้เพื่อแก้ปัญหาให้ดีกว่าเดิม 2) ต้องการแยกการกำหนดนโยบายออกจากการบริหารและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีใหม่ๆ เช่น การวิจัย และ 3) เชื่อว่ารัฐบาลสามารถกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาต่างๆได้ นอกจากนี้ยังมีแรงผลักดันมาจากนักวิชาการที่ต้องการสร้างศาสตร์และองค์ความรู้ทางด้านนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะฮาโรลด์ ลาสเวลล์ (Harold Lasswell) เฮอร์เบิร์ต ไซมอน (Herbert Simon) ชาลส์ ลินด์บลอม (Charles Lindblom) และเดวิด อีสตัน (David Easton) ซึ่งทำให้การศึกษาขั้นตอนของนโยบายผสมผสานเข้ากับแนวคิดเชิงระบบและมีผลให้การศึกษานโยบายมีกรอบแนวคิดของตัวเอง (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550)

แก่นความคิดของการศึกษานโยบายสาธารณะ มีลักษณะเฉพาะของการศึกษานโยบายสาธารณะ 2 อย่าง (สมบัติ ชำรงชัญญ์, 2543) คือ ศึกษาทำความเข้าใจนโยบายสาธารณะ (understanding of policy) กับการปรับปรุงคุณภาพของนโยบาย (improving the quality of policy) ดังนั้นการศึกษานโยบายสาธารณะมีทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ สำหรับด้านวิชาการสามารถมองได้ทั้งที่เป็นกระบวนการ (process) หรืออาจมองเป็นประเด็นนโยบาย (policy issues) แต่ละเรื่องแต่ละด้าน การทำความเข้าใจดังกล่าวอาจแยกออกตามชื่อเรื่อง (subjects) ประเด็น (issues) แนวทาง (approaches) วิธีการ (methods) ระเบียบวิธี (methodology) และความสนใจ (interests) นอกจากนี้

ยังศึกษาได้ทั้งเชิงภววิสัย (objective) อัตวิสัย (subjective) และสหวิทยาการ (interdisciplinary) เพื่อบูรณาการมิติต่างๆ เข้าด้วยกัน ยิ่งกว่านั้นพรมแดนนโยบายสาธารณะยังแยกย่อยและไม่มีจุดจบ ขอบข่ายของนโยบายสาธารณะจึงขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและความเข้าใจของผู้ศึกษาซึ่งมีหลากหลายและแตกต่างกัน สำหรับนักวิชาการทางด้านนโยบายสาธารณะจะเน้นที่การกำหนดนโยบายและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นหลัก วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานโยบายก็คือต้องการให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาหรือนโยบายที่ศึกษาและที่ยากกว่านั้นคือ การรับรู้ถึงอาณาบริเวณของนโยบายใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ความคิดหลักอีกอันหนึ่งคือ ต้องการให้ข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงนโยบายและแยกฐานะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายออกจากกัน ด้านหนึ่งนักวิเคราะห์นโยบายต้องการรักษาค่านิยมและความคิดที่ยึดมั่น ส่วนอีกด้านหนึ่งก็ต้องรับใช้ผู้มีอำนาจ (สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2543) การศึกษานโยบายจึงเป็นเสมือนสะพานที่เชื่อมความรู้กับอำนาจเข้าด้วยกัน จากความหลากหลายเหล่านี้ทำให้การศึกษานโยบายสาธารณะเป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็มีความสำคัญต่อการสร้างความรู้ที่จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อมนุษย์ในอนาคต

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในสังคมตั้งแต่มนุษย์จัดระบบการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นระเบียบแบบแผน วิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ที่ผ่านมาล้วนเกี่ยวข้องกับระเบียบแบบแผนหรือกฎเกณฑ์ในสังคมที่อาจเรียกว่า “นโยบายสาธารณะ” นโยบายสาธารณะในสมัยกรีกเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคม กฎระเบียบที่นำมาใช้บังคับมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือละเว้นการประพฤติปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาของสังคมที่เห็นว่ายากต่อการแก้ไขปัญหาและเพื่อสร้างสภาพการณ์ที่พึงปรารถนาในสังคมที่เอื้อให้คนในสังคมอยู่ดีกินดี มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (มยุรี อนุมานราชชน, 2551)

นโยบายสาธารณะเกิดขึ้นได้อย่างไร นโยบายสาธารณะอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการ กล่าวคือ ปรากฏการณ์หรือสภาพปัญหาที่สังคมกำลังเผชิญอยู่ เจตนารมณ์ของผู้กำหนดนโยบาย แรงกดดันจากสังคม ข้อเรียกร้องจากพลังทางการเมือง การเรียกร้องและการกดดันจากภายนอก และการดำเนินการตามอย่าง (สินธุ์ สโรบล, 2551)

นโยบายสาธารณะคืออะไร มีนักวิชาการได้ให้ความหมายคำว่า “นโยบายสาธารณะ” (public policy) ในหลายมิติตามวัตถุประสงค์และแนวทางการศึกษาของแต่ละคน ซึ่งสามารถจำแนกความหมายเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ความหมายในมิติที่เป็นกิจกรรมหรือการกระทำของรัฐ

1.1 David Easton (Thomas R.Dye, 1992) ให้คำนิยามของคำว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง การแจกแจงคุณค่าต่างๆ อย่างถูกต้องตามกฎหมายให้แก่สังคมโดยส่วนรวม บุคคลและองค์การสามารถใช้อำนาจดังกล่าวได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายได้แก่ รัฐบาล และหน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาล ดังนั้นการกระทำต่างๆ ของรัฐบาลไม่ว่าด้านใด ย่อมก่อให้เกิดผลในการแจกแจงคุณค่าต่างๆ ของสังคมนั้น

1.2 James Anderson (1970 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2540) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะคือ แนวทางการกระทำของรัฐที่มีจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นโยบายอาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับการออกกฎหมาย การนำกฎหมายไปปฏิบัติ และการบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนี้นโยบายต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลกระทำจริง ไม่ใช่สิ่งที่ตั้งใจกระทำหรือกำลังจะกระทำ การกระทำจะก่อให้เกิดผลของนโยบาย แนวความคิดเกี่ยวกับผลของนโยบายนี้ทำให้เห็นนโยบายแตกต่างจากการตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ นโยบายของรัฐอาจเป็นเรื่องที่ได้กระทำการหรืองดเว้นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีกฎหมายรองรับและมีอำนาจในการบังคับการกระทำนั้น

1.3 Ira Sharkansky (1970 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2540) ให้ความหมายว่า นโยบายของรัฐคือ กิจกรรมต่างๆ ที่รัฐบาลกระทำ กิจกรรมดังกล่าวครอบคลุม 3 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1.3.1 กิจกรรมเกี่ยวกับบริการสาธารณะด้านต่างๆ เช่น การศึกษา สวัสดิการ การคมนาคมและขนส่ง เป็นต้น

1.3.2 กิจกรรมนั้นต้องมีกฎข้อบังคับสำหรับบุคคลและหน่วยงานในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เช่น วินัยของทหารและตำรวจ ข้อบังคับของพนักงานควบคุมโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

1.3.3 กิจกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับการควบคุมกระบวนการกำหนดนโยบายหรือการกระทำทางการเมืองอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการเสนอร่างกฎหมายต่อรัฐสภา การแก้ไขกฎหมายรัฐธรรมนูญ การสถาปนาหรือตัดสัมพันธ์ทางทศกัณฐ์กับประเทศอื่นๆ เป็นต้น

1.4 Dye (1992) ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลจะต้องทำ เหตุผลที่ต้องกระทำเช่นนั้น และสิ่งที่มีความแตกต่างที่รัฐบาลได้กระทำ นโยบายสาธารณะจึงหมายถึงสิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือเลือกที่จะไม่กระทำ

1.5 Louis Koenig (1986) กล่าวว่า นโยบายของรัฐคือ กิจกรรมที่รัฐบาลกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งมีผลกระทบต่อความกินดีอยู่ดีของประชาชน เช่น นโยบายควบคุมกำลังอาวุธ นโยบายกำลังทหาร นโยบายควบคุมมลภาวะในอากาศ นโยบายสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น นโยบายสาธารณะมีเนื้อหาและผลของนโยบายที่ตามมาในการกำหนดชีวิตและอนาคตของประชาชน

2. ความหมายในมิติที่เป็นแนวทางเลือกสำหรับการตัดสินใจของรัฐบาล

2.1 Greenwood (1965 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2540) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้ว่าหมายถึงการตัดสินใจขั้นต้นที่จะกำหนดแนวทางกว้างๆ เพื่อนำไปเป็นแนวทางของการปฏิบัติงานต่างๆ ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

2.2 Caldwell (1995) ได้ให้ความหมายของนโยบายของรัฐว่า บรรดาการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่สังคมอนุญาตหรือห้ามมิให้กระทำการ การตัดสินใจดังกล่าวอาจออกมาในรูปคำแถลงการณ์ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ หรือคำพิพากษา เป็นต้น

2.3 Eulau and Prewitt (1973 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2540) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจที่ไม่ใช่การตัดสินใจชั่วขณะ แต่เป็นการตัดสินใจที่แน่นอน การตัดสินใจนี้มีลักษณะของการกระทำที่ไม่เปลี่ยนแปลงและกระทำซ้ำๆ เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น ในระบอบประชาธิปไตย การตัดสินใจกระทำโดยผู้ซึ่งกำหนดนโยบายและผู้ซึ่งปฏิบัติตามนโยบาย แม้ว่าผู้ซึ่งกำหนดนโยบายจะเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรหรือเป็นผู้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง การตัดสินใจเป็นผลผลิตของความเข้าใจและความคิด การปฏิสัมพันธ์และการผลักดัน ด้วยเหตุนี้ นโยบายสาธารณะที่สำคัญจึงประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก

3. ความหมายในมิติที่เป็นแนวทางในการกระทำของรัฐบาล

3.1 Jacop (1966 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2540) ได้ให้คำนิยามว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง หลักการแผนงาน หรือแนวทางการกระทำต่างๆ

3.2 Lasswell and Kaplan (1970 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2540) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แผนหรือโครงการที่ได้กำหนดขึ้นอันประกอบด้วย เป้าหมาย ปลายทาง คุณค่า และการปฏิบัติต่างๆ

กล่าวโดยสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะที่กล่าวไว้ข้างต้น อาจพิจารณาเป็น 2 แนวทางดังนี้ ในความหมายที่แคบ นโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรม/การกระทำของรัฐบาลและมติการเลือกตัดสินใจของรัฐบาล ส่วนในความหมายที่กว้าง นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางในการกระทำของรัฐบาล ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางกว้างๆ ที่รัฐบาลได้ทำการตัดสินใจเลือกและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้นำให้มีกิจกรรม/การกระทำต่างๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ วิธีการบริหารงานหรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและความต้องการของประชาชน/ผู้ให้บริการในแต่ละเรื่อง สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมอง “นโยบายสาธารณะ” ในมิติที่เป็นแนวทางในการกระทำของรัฐบาลท้องถิ่น ที่มีการตัดสินใจเลือก มีกิจกรรมตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ภายใต้การวางแผนงาน/โครงการ มีกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากประชาชน

ความสำคัญของนโยบายสาธารณะ

เมื่อมีการกำหนดนโยบายหนึ่งๆ ขึ้นมานโยบายสาธารณะจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ฝ่ายรัฐบาล : ด้านนโยบายที่รัฐบาลกำหนดขึ้นสอดคล้องตามความต้องการของประชาชน จะทำให้รัฐบาลได้รับความศรัทธาเชื่อถือและเป็นที่นิยมชมชอบ
2. ฝ่ายข้าราชการ : นโยบายสาธารณะ เป็นกลไก/เครื่องมือที่สำคัญในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในภาครัฐ เมื่อรัฐบาลกำหนดนโยบายเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วข้าราชการ/ผู้ปฏิบัติงานจะนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ โดยกำหนดแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับนโยบายที่รัฐกำหนด นโยบายของรัฐบาลอาจจะกำหนดไว้ในลักษณะต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา กฎระเบียบ กฎกระทรวง และมติของคณะรัฐมนตรี เป็นต้น ถ้านโยบายหนึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ที่เป็นรูปธรรม/เฉพาะเจาะจง ปฏิบัติได้และวัดได้ ก็จะช่วยให้ข้าราชการผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ได้ง่ายและสอดคล้องตรงกัน อันจะส่งผลให้นโยบายนั้นบรรลุสัมฤทธิ์ผลที่ต้องการได้
3. ฝ่ายประชาชน : นโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นและนำไปใช้ในสังคมย่อมมีผลกระทบต่อประชาชนในด้านต่างๆ เช่น ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านความมั่นคงแห่งชาติ ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

ขั้นตอนทางกระบวนการของนโยบายสาธารณะ

1. การริเริ่มและรับรู้ต่อปัญหา
2. การกำหนดตัวประเด็นปัญหาและนิยามปัญหา
3. การกำหนดคำตอบ ทางเลือกและแนวทางแก้ปัญหา
4. ประเมินทางเลือกต่างๆ
5. เลือกทางเลือกนโยบาย
6. การประกาศนโยบายและสื่อความหมายของนโยบาย
7. การนำนโยบายไปปฏิบัติ
8. การติดตามทบทวนปรับปรุง
9. การประเมินผลนโยบาย
10. การปรับปรุงหรือกำหนดนโยบายใหม่เพิ่มเติม
11. การคงนโยบายไว้หรือยุตินโยบาย

สำหรับในส่วนของกระบวนการนโยบายสาธารณะของ Thomas R.Dye มีดังต่อไปนี้

ตาราง 1 กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process: Thomas R.Dye)

Process	Activity	Participants
1.Problem Identification	การระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม การแสดงออกถึงความต้องการให้มีการกำหนดนโยบายจากรัฐ	กลุ่มผลประโยชน์ สื่อมวลชน ประชาชน นักวิชาการ ความเห็นจากสาธารณะ
2.Agenda setting	การตัดสินใจที่จะเลือกเอาประเด็นสาธารณะมาเป็นประเด็นทางนโยบายของรัฐ	ชนชั้นนำในสังคม (elite) คณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
3.Policy Formulation	การกำหนดนโยบาย การสร้างข้อเสนอทางนโยบายให้เป็น ร่างนโยบาย กฎหมาย คำสั่งต่างๆ	หน่วยวิชาการ (Think tanks) สำนักงานเลขาธิการ คณะรัฐมนตรี กรรมการ คณะต่างๆ กลุ่มผลประโยชน์

ตาราง 1 (ต่อ)

Process	Activity	Participants
4.Policy Legitimation	การขออนุมัติเป็นกฎหมาย การสร้างแรง สนับสนุนทางการเมือง เพื่อผลักดัน ให้เป็นนโยบายที่เป็นทางการ	กลุ่มผลประโยชน์ สภา คณะรัฐมนตรี ศาล
5.Policy Implementation	จัดโครงสร้างองค์กรและหน่วยงาน รองรับการแปลงนโยบายให้เป็นแผนงาน โครงการ กิจกรรม	หน่วยงานราชการ หน่วยงานปฏิบัติ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับนโยบาย
6.Policy Evaluation	รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ประเมินผลกระทบของนโยบายเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงและเปลี่ยนแปลง	หน่วยงานราชการ ผู้บริหาร คณะกรรมการติดตามของ รัฐสภา สื่อมวลชน นักวิชาการ หน่วยงานประเมิน ภายนอก

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ

การกำหนดนโยบายเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการนโยบาย เมื่อกำหนดนโยบายได้แล้วจะนำไปสู่การนำนโยบายไปปฏิบัติจริงต่อไป การกำหนดนโยบายแยกออกไป 2 ชั้น ได้แก่ 1) การสร้างระเบียบวาระหรือการกำหนดระเบียบวาระ (agenda building or agenda setting) และ 2) การกำหนดนโยบาย (Policy formulation) ระเบียบวาระนโยบายมีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายคือเป็นการเชื่อมโยงการนำประเด็นปัญหามาพิจารณา ส่วนการกำหนดนโยบายเป็นการจัดเตรียมแผนเพื่อแก้ปัญหาตามระเบียบวาระ ขั้นตอนทั้งสองนี้สัมพันธ์กัน เพราะก่อนกำหนดระเบียบวาระนโยบายต้องมีการคิดหาทางแก้ปัญหาไว้แล้ว ได้แก่ การคาดการณ์ถึงแนวทางกำหนดนโยบาย ขณะเดียวกันลักษณะการบรรจุเป็นระเบียบวาระนโยบายก็เป็นตัวชี้ว่าแนวทางการแก้ปัญหานโยบายจะเป็นอย่างไร (เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550)

1. สภาพก่อนที่จะพัฒนามาเป็นระเบียบวาระนโยบาย เป็นขั้นตอนของสภาพที่เป็นอยู่เดิม คือ เป็นปัญหาสาธารณะ (public problems) หรือประเด็น (issues) โดยที่ ชาลส์ โอโจนส์ (Charles O. Jones) นิยาม “ปัญหา” ไว้ว่า “เป็นความต้องการของมนุษย์ ความขัดสน ความไม่พึงพอใจ การแสดงออกถึงความต้องการส่วนลึกด้วยตนเองหรือคนอื่น ซึ่งทำให้ต้องหาทางบรรเทา”

เมื่อเชื่อมโยงไปถึงปัญหาสาธารณะในที่นี้อธิบายได้ว่าปัญหาสาธารณะ คือข้อขัดข้องหรือเรื่องเดือดร้อนของคนหรือกลุ่มที่มีผลกระทบต่อคนอื่นซึ่งสามารถรับรู้ได้และก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหายาเสพติดหรือการพนัน นอกจากผู้เสพหรือผู้เล่นเสียสุขภาพและเสียเงินแล้วยังเป็นภาระต่อครอบครัวและเป็นสาเหตุของอาชญากรรม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เป็นต้น ส่วนคำว่า “ประเด็น” หมายถึง เหตุการณ์ที่ผันแปรหรือข้อโต้แย้งที่เกิดอย่างรวดเร็วนำไปสู่ความสนใจของสาธารณะ ทำให้สาธารณะเข้ามาเกี่ยวข้องและสนับสนุนให้มีการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ กัน นอกจากนี้ตามความหมายของโรเบิร์ต อายสโตน (Robert Eyestone) ได้อธิบาย “ประเด็น” ไว้ว่า “ประเด็นเป็นสถานการณ์ทางการเมืองชนิดพิเศษ ซึ่งมีการระบุนสาเหตุหรือที่มา ลักษณะและผลลัพธ์ที่อาจเป็นไปได้ส่วนหนึ่ง สำหรับที่มานั้น ประเด็นเกิดขึ้นเมื่อคนทั่วไปที่มีปัญหาและหาทางหรือเรียกร้องให้รัฐบาลกระทำการใด ๆ และคนทั่วไปยังคงถกกันไม่ได้ว่าจะแก้ปัญหาให้ดีที่สุดได้อย่างไร” คำอธิบายของอายสโตนสอดคล้องกับที่ วิลเลียม ดันน์ (William Dunn) กล่าวว่า “ประเด็นนโยบายไม่เพียงเป็นเรื่องที่ถกถกกันไม่ได้ในเรื่องแนวทางปฏิบัติที่เป็นจริงหรือที่เป็นไปได้แต่ยังสะท้อนถึงทฤษฎีที่แข่งขันกันต่อธรรมชาติของปัญหา ดังนั้น ประเด็นนโยบายจึงเป็นผลที่เกิดจากการโต้เถียงกันก่อนหน้านี้ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การนิยามปัญหา การจำแนกประเภทปัญหา การอธิบายและการประเมินปัญหา” (Dunn, 1994) ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัญหาสาธารณะเป็นความขัดข้องหรือความเดือดร้อนที่เกิดแก่คนหมู่มาก ส่วนประเด็นเป็นเรื่องที่สังคมหรือสาธารณะสนใจถกเถียงกันและเรียกร้องต่อรัฐบาลเพื่อให้รัฐบาลหาทางแก้ไขปัญหา เช่น การจัดสวนสาธารณะ การห้ามโฆษณาเหล้าหรือบุหรี่ การสร้างรถไฟฟ้าในเมือง เป็นต้น

ปัญหาสาธารณะหรือประเด็นที่ถกเถียงกันจะพัฒนาไปสู่กระบวนการนโยบาย เมื่อมีการเมืองเข้ามาผลักดันจนรัฐบาลสนใจและจัดเป็นระเบียบวาระ ซึ่งต้องอาศัย “ตัวจุดชนวน” (triggering mechanism) โดยที่ตัวจุดชนวนจะช่วยเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้ปัญหากับการเรียกร้องให้รัฐบาลกระทำการ หรือเป็นช่วงที่ประชาชนรู้ว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างสิ่งที่เป็นอย่าง (What is) กับสิ่งที่ควรจะเป็น (What should be) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งตัวจุดชนวนออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือตัวจุดชนวนภายใน (internal triggering mechanism) และตัวจุดชนวนภายนอก (external triggering mechanism) ยกตัวอย่างตัวจุดชนวนภายในเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ส่วนตัวจุดชนวนภายนอกเช่น การเกิดสงคราม ความขัดแย้ง การแข่งขันทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอาวุธและดุลแห่งอำนาจ

2. ระเบียบวาระนโยบาย

ระเบียบวาระนโยบายหมายถึง ประเด็นปัญหาสังคมที่ได้รับความสนใจหรือรับรู้มากพอและผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าสำคัญ ควรค่าแก่การสนใจและสามารถแก้ปัญหาได้ (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) สำหรับประเภทของระเบียบวาระนโยบาย คอบบ์(Cobb) และเอลเดอร์ (Elder) แบ่งระเบียบวาระนโยบายของรัฐบาลเป็น 2 ประเภท คือ 1) ระเบียบวาระนโยบายเชิงระบบ (systemic agenda) หมายถึง ประเด็นที่ชุมชนการเมืองเห็นว่าเป็นเรื่องที่รัฐควรสนใจและเรื่องนั้นเป็นอำนาจอันชอบธรรมของรัฐบาล 2) ระเบียบวาระนโยบายเชิงสถาบัน (institutional agenda) หมายถึง ประเด็นที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจอย่างกระตือรือร้นและจริงจัง วาระเชิงสถาบันจึงประกอบด้วยประเด็นที่ผู้มีอำนาจกำลังสนใจที่จะนำไปปฏิบัติ อาจประกอบด้วยปัญหาที่กำลังจะพุดคุยกันแต่อาจมี “ประเด็นเทียม” (pseudo issues) รวมอยู่ด้วย ประเด็นเทียมหมายถึงประเด็นที่มุ่งเอาใจกลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ได้มีเจตนาที่จะเลือกเป็นนโยบาย

3. การเปลี่ยนปัญหาหรือประเด็นเป็นระเบียบวาระนโยบาย

การริเริ่มระเบียบวาระนโยบาย แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

3.1 การริเริ่มจากภายนอก (outside initiative) หมายถึง กลุ่มอื่นที่อยู่ภายนอกรัฐบาลได้ริเริ่มสร้างระเบียบวาระ ต่อมามีการขยายประเด็นไปสู่ความสนใจของกลุ่มอื่นจนเป็นระเบียบวาระและในที่สุดก็สร้างแรงกดดันต่อผู้ตัดสินใจจนต้องนำประเด็นไปกำหนดระเบียบวาระอย่างเป็นทางการ

3.2 การเข้าถึงโดยคนใน (inside access) หมายถึง ระเบียบวาระนโยบายที่เกิดขึ้นในหน่วยงานรัฐบาลหรือกลุ่มที่ใกล้ชิดกับรัฐบาลหรือกลุ่มที่ใกล้ชิดกับรัฐบาล

3.3 การระดมกำลัง (mobilization) หมายถึง ระเบียบวาระนโยบายที่ริเริ่มโดยผู้นำทางการเมือง แต่ต้องการการสนับสนุนจากมวลชนเพื่อให้เกิดผลในการนำไปปฏิบัติ

4. แรงผลักดันระเบียบวาระนโยบาย

แบ่งประเภทแรงผลักดันได้ดังนี้

4.1 แรงผลักดันด้านปัญหา ผลกระทบของปัญหา (effects of the problem) คือ กระทบต่อใครและมากน้อยแค่ไหน โดยที่คุณสมบัติของปัญหาที่จะต้องพิจารณามี 5 ประการ ได้แก่ ความรุนแรง (extremity) การกระจุกตัว (concentration) จำนวนคน (range of persons) ความเข้มข้นหรือความหนาแน่นของการรวมตัวกัน (intensity) และการมองเห็นได้ชัด (visibility)

4.2 แรงผลักดันจากการเป็นระเบียบวาระที่มาจากการเปรียบเทียบและล้นออกมาจากปัญหาเดิม (analogous and spillover agenda setting)

4.3 แรงผลักดันในด้านของความสัมพันธ์กับสัญลักษณ์ที่สังคมรับรู้อยู่แล้ว (relationships to symbols) เช่น ประเด็นเด็กหรือผู้สูงอายุ การรณรงค์โรคเอดส์ เป็นต้น

4.4 แรงผลักดันในการขาดเครื่องมือทางภาคเอกชน (absence of private means)

4.5 แรงผลักดันในการมีเทคโนโลยีที่เพียงพอ (availability of technology)

4.6 แรงผลักดันด้านอื่นๆ เช่น การสนับสนุนของผู้นำทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจหรือศาสนา หรือผู้ที่สามารถสร้างมติดมหาชน อิทธิพลของสื่อ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระดับการศึกษาและเวลาพักผ่อนของประชากร กลุ่มผลประโยชน์ เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและประชากร เป็นต้น

5. ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย

หลังจากมีการยอมรับปัญหาหรือประเด็นเป็นระเบียบวาระเพื่อตัดสินใจแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การกำหนดนโยบาย ซึ่งหมายถึงการพัฒนากลไกเพื่อแก้ปัญหาสาธารณะ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายมี 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ระบบราชการ (public bureaucracy) กลุ่มมันสมองและรัฐมนตรีเงา (think tanks and shadow cabinets) กลุ่มผลประโยชน์ (interest groups) และสมาชิกสภา (congressmen) โดยสามารถกำหนดนโยบายออกมาตามประเภทนโยบายดังนี้ 1) นโยบายแบบประจำ (routine policy) 2) นโยบายแบบคิดสร้างสรรค์ (creative policy) 3) นโยบายแบบมีเงื่อนไข (conditional policy) 4) นโยบายช่างฝีมือ (craftsman policy) นอกจากนี้ขั้นตอนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการกำหนดนโยบายคือ การออกแบบนโยบาย เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้ตรงประเด็น โดยที่ต้องมีประเด็นที่จะต้องทำความเข้าใจ 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้

5.1 ประเด็นด้านปัญหา จุดมุ่งหมายและผลผลิต (problems, goals, and outputs) ซึ่งจะต้องเขียนออกมาว่าผลผลิตของนโยบายต้องการบรรลุอะไร ปัญหาที่พบคือ นโยบายที่เขียนมักมีจุดมุ่งหมายหลายอย่างมากเกินไป การออกแบบที่ดีจึงต้องอธิบายได้ว่าจุดมุ่งหมายกับผลผลิตของนโยบายแตกต่างกันอย่างไร เช่น โครงการสร้างเขื่อน ผลผลิตของโครงการคือ เขื่อน ส่วนจุดมุ่งหมายคือ ผลิตกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

5.2 ประเด็นด้านประชากรเป้าหมาย (target populations) พฤติกรรมของประชากรเป้าหมายมีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายเป็นอย่างมาก ดังนั้นประชากรเป้าหมายจึงเป็นตัวกำหนดการออกนโยบาย ซึ่งการออกแบบนโยบายโดยเฉพาะในสังคมประชาธิปไตยจึงต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในนโยบายให้มากยิ่งขึ้น

5.3 ประเด็นด้านกฎเกณฑ์ของนโยบาย (policy rules) หมายถึง การแจ้งให้ประชากรเป้าหมายและตัวแทนทราบว่าจะอะไรที่ต้องทำ อะไรที่ต้องไม่ทำ ทำเมื่อไรและอย่างไร กฎเกณฑ์ของนโยบายจึงเป็นตัวควบคุมระยะเวลาการปฏิบัติ การทำตาม และการป้อนข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบาย รวมไปถึงกฎเกณฑ์การปฏิบัติและการประเมินผลในกรณีเร่งด่วน

5.4 ประเด็นด้านเครื่องมือของนโยบาย (tools) หมายถึง การเลือกใช้เครื่องมือเพื่อแก้ปัญหา ซึ่งมีฐานคิดว่าเป็นการอาศัยคนจึงต้องจูงใจคนให้เข้าร่วม ดังนั้นเครื่องมือของนโยบายจึงสัมพันธ์กับประเภทของคนที่จะเข้าร่วม โดยเฉพาะประชากรเป้าหมาย มิติที่พิจารณาจึงมีหลายด้านเช่น อำนาจหน้าที่ สิ่งจูงใจ การสร้างสมรรถนะให้กับประชากรเป้าหมาย สัญลักษณ์และสิ่งหนุนนำอย่างอื่น เป็นต้น

ส่วนสรุป ในประเด็นการกำหนดนโยบายผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยดังต่อไปนี้ กระบวนการกำหนดนโยบายเริ่มต้นจากการรับรู้ปัญหาหรือประเด็นของสังคม จากนั้นเกิดกระบวนการผลักดันให้เป็นระเบียบวาระนโยบาย โดยมีการพิจารณาหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และออกแบบนโยบายให้สอดคล้องเพื่อผลักดันให้เป็นระเบียบวาระนโยบาย และกำหนดออกมาเป็นนโยบาย ตลอดถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ได้นำแนวคิดและขั้นตอนการกำหนดนโยบายมาประยุกต์ใช้ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายที่มาจากความต้องการและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

กระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การศึกษาวงจรชีวิตนโยบายสาธารณะ ในขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่จะแปรความเป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม การนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์ แสดงถึงประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้นขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนประเมินประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ของนโยบายได้

เป็นอย่างดี (เจษฎา มิ่งฉาย, 2552) โดยที่ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการศึกษาว่า องค์กร บุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ทั้งหมด ปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ระบุได้หรือไม่แค่นั้น เพียงใด การนำนโยบายไปปฏิบัติ ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมด สามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ เป็นการแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับ ปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อที่จะศึกษาเปรียบเทียบ พัฒนาแนวทางและสร้างกลยุทธ์ เพื่อจะปรับปรุงนโยบายและการปฏิบัติให้ ดีขึ้นส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติบังเกิดความสำเร็จ

การศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ นับว่าเป็นสาขาวิชาที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ราวปี ค.ศ. 1970 (Hill and Hupe, 2002 อ้างใน วรเดช จันทรศร, 2548: 31) เมื่อเทียบกับการศึกษาด้านนโยบาย อื่นๆ ซึ่งหากพิจารณาในแง่ความสนใจในการศึกษาวิชาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ (public policy analysis) ในอดีต จะมุ่งเน้นหลักไปที่กระบวนการของการกำหนดนโยบาย (policy formulation process) และการประเมินผลของนโยบาย (policy evaluation) เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น วรเดช จันทรศร (2548) จึงได้กล่าวไว้ว่า การศึกษานโยบายต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการนำ นโยบายไปปฏิบัติ ดังเช่น องค์ประกอบการศึกษาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ ที่มอง กระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ กระบวนการกำหนดนโยบาย กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผล

ในการศึกษาที่มุ่งหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือสภาพความเป็นจริงใน กระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation process) ถือได้ว่าเป็นจุดเชื่อมโยงที่ สำคัญระหว่างการกำหนดนโยบายและการประเมินนโยบาย กลายเป็นช่องว่างที่ไม่ได้รับความ สนใจ ซึ่งบ่อยครั้งเป็นสาเหตุที่นโยบายหรือโครงการที่ได้รับการยอมรับในเบื้องต้นว่าดีหรือ สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ กลับล้มเหลวเมื่อนำไปปฏิบัติจริง โดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุของ ความล้มเหลวนั้นได้ จึงทำให้ให้นโยบายดังกล่าวต้องล้มเลิกไปในที่สุด

กระบวนการของการกำหนดนโยบาย	กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติ	การประเมินผล

องค์ประกอบการศึกษาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ

ที่มา: วรเดช จันทรศร (2548:31)

ด้วยเหตุนี้ทำให้นักวิชาการหลายท่านมองเห็นว่าการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย ตลอดจนปรับปรุงการปฏิบัติงานตามเจตจำนงของนโยบายให้ดีขึ้น

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นเหมือนแนวคิดหลักที่ใช้ในกระบวนการศึกษา ตามที่ วรเดช จันทรศร (2548: 18-12) ได้ระบุไว้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมดสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ ดังนั้นเนื้อหาสาระของกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติจึงเน้นไปที่ การแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation process) ไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ หรือทั้งสองด้านรวมกัน แนวทางในการดำเนินการดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับปรัชญาของการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติที่มุ่งแสวงหาความรู้ความจริง และเหตุผลที่ก่อให้เกิดการกระทำในเรื่องนั้น โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ปลายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบให้มากที่สุด กระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น เริ่มจากการนำหลักทฤษฎีและตัวแบบทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ให้ถูกต้อง โดยอาจศึกษาจากกรณีศึกษาอื่นๆ เพื่อที่จะพัฒนาแนวทางและสร้างกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเป้าหมายหลักของการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่ที่การมุ่งทำให้นโยบายนั้นประสบความสำเร็จ การชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจ ความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถวัดได้จากเงื่อนไขหรือมิติต่างๆ (ภาพ 2) คือ

มิติที่ 1 คือ การมองผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ผลผลิต (outputs) นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีผลผลิตที่ได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้
- 2) ผลลัพธ์ (outcomes) นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องมีผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา
- 3) ผลลัพธ์สุดท้าย (ultimate outcomes) นโยบายที่ประสบความสำเร็จนั้นจะต้องส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศ

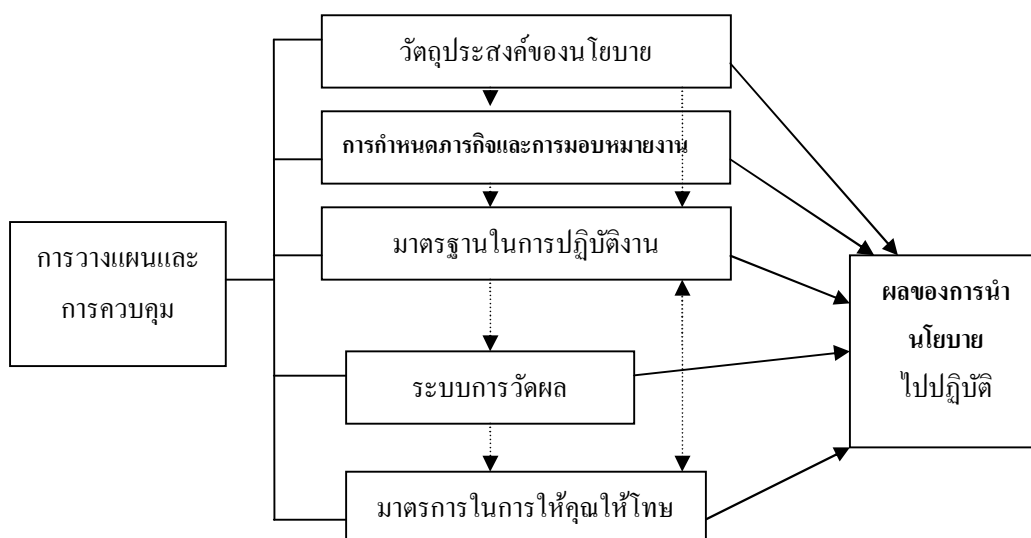
มิติที่ 2 ผลของความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหา หรือผลกระทบที่ไม่ดีต่อนโยบายหรือโครงการอื่นๆ

มิติที่ 3 ผลรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งหมด ต้องก่อให้เกิดผลของการพัฒนาประเทศที่พึงปรารถนา

1. ตัวแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

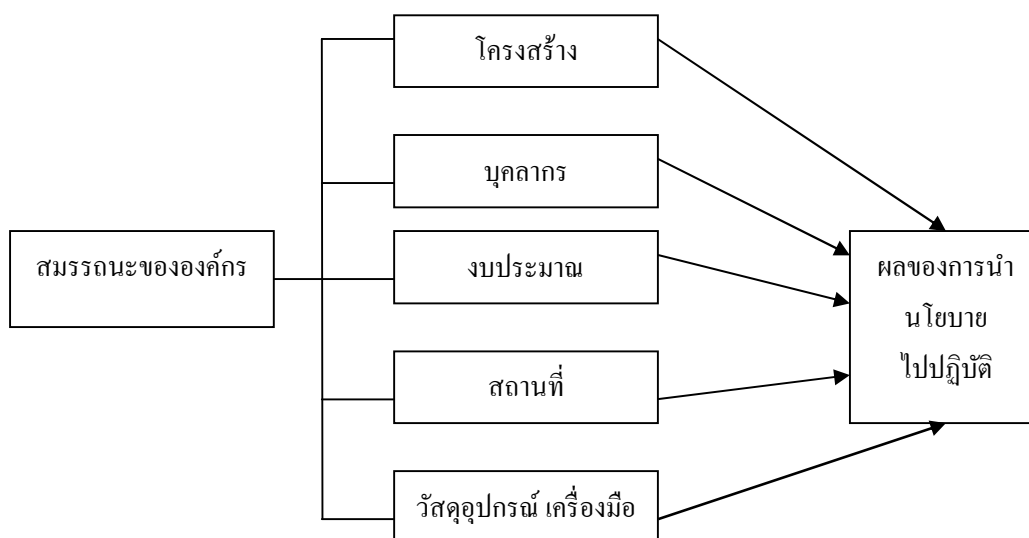
ตัวแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่นำมาใช้เป็นกรอบทฤษฎีในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแบบเชิงบูรณาการ ซึ่งตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่รวบรวมแนวคิดของตัวแบบที่ 1-5 เข้ามาบูรณาการ จากการสังเคราะห์แนวคิดเรื่องตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติในวรรณคดี จันทรศร ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบาย แผนงานและโครงการไปปฏิบัติ โดยนำเสนอตัวแบบทางทฤษฎี (theoretical model) หรือแนวทางการศึกษารวม 6 ตัวแบบ โดยที่ตัวแบบสามารถแบ่งตามระยะของการพัฒนาออกได้เป็น 2 ช่วง คือ ตัวแบบที่ 1-5 เป็นตัวแบบที่พัฒนาขึ้นมาปี พ.ศ.2527 และตัวแบบที่ 6 ได้ถูกพัฒนาขึ้นมา ในปี พ.ศ.2540 (วรรณคดี จันทรศร, 2548 :135-154 และ 376) โดยมีตัวแปรตามคือ ผลที่ได้จากกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยสนับสนุนและส่งผลให้เกิดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งจะมีตัวแปรอิสระที่แตกต่างกันไป สำหรับตัวแบบที่กล่าวมาทั้ง 6 แบบได้แก่

1.1 ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (rational model) เป็นการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติที่มุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพ ในการวางแผนและควบคุม โดยคำว่ายึดหลักเหตุผล หมายถึง ความจำเป็นขององค์กรที่จะดำเนินงานในฐานะที่เป็น rational value maximizes ซึ่งมีพฤติกรรมที่เน้นวัตถุประสงค์เป็นแนวทางเพื่อให้องค์กรสามารถสร้างผลงานได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หลักมากที่สุด ฐานคิดของตัวแบบ คือ โครงการที่ประสบผลสำเร็จจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่างๆ ขององค์กรและมีระบบวัดผลการปฏิบัติงานการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานเด่นชัด



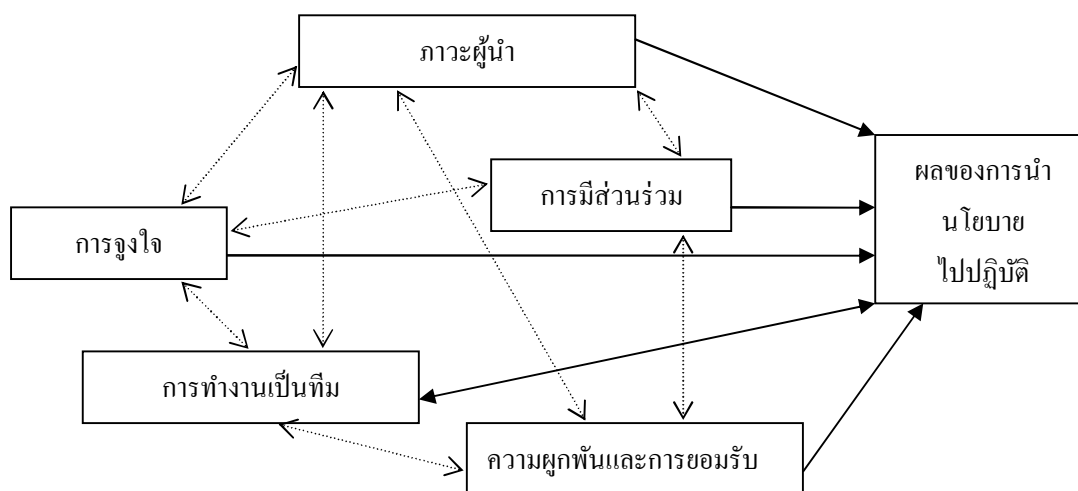
ภาพ 1 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:138)

1.2 ตัวแบบทางด้านการจัดการ (management model) ตัวแบบนี้อยู่บนแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีองค์กร เน้นให้ความสนใจที่สมรรถนะขององค์กร เพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์การที่รับผิดชอบ ในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด โครงการที่จะประสบผลสำเร็จได้จึงจำเป็นต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม บุคลากรที่อยู่ในองค์กรจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคเพียงพอ นอกจากนี้องค์กรจะต้องมีการวางแผนเตรียมการหรือความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และงบประมาณ เป็นความพยายามที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติตามที่เกิดขึ้นในอดีต ดังแผนภาพต่อไปนี้



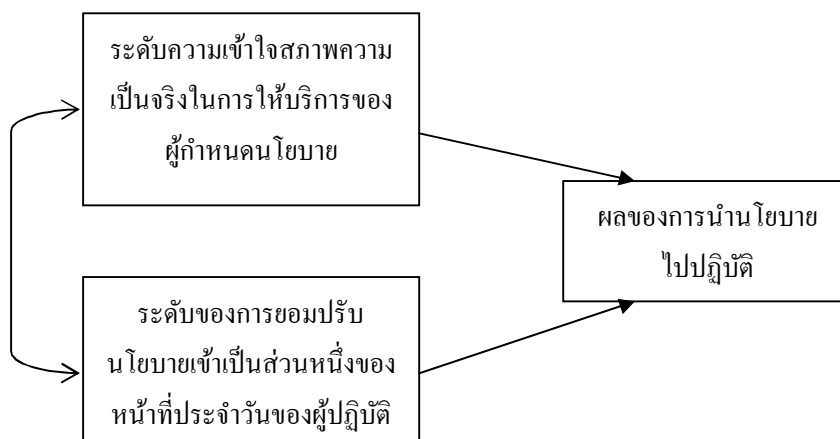
ภาพ 2 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการจัดการ
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:141)

1.3 ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (organization model) เป็นการศึกษาปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติในแง่ของการสร้างความผูกพันและการยอมรับ เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการทางจิตวิทยาและสังคมของมนุษย์ เป็นเรื่องของการนำตัวแบบทางการพัฒนาองค์กรมาประยุกต์ใช้โดยตรง เน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรเป็นสำคัญ ภายใต้ฐานคติที่ว่า การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติให้บังเกิดความสำเร็จจึงจะเป็นเรื่องของการจูงใจ การใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันโดยวิธีการให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับ ตลอดจนการสร้างทีมงานมากกว่า การมุ่งการใช้การควบคุมหรือใช้อำนาจทางรูปนัยของผู้บังคับบัญชา ดังภาพต่อไปนี้



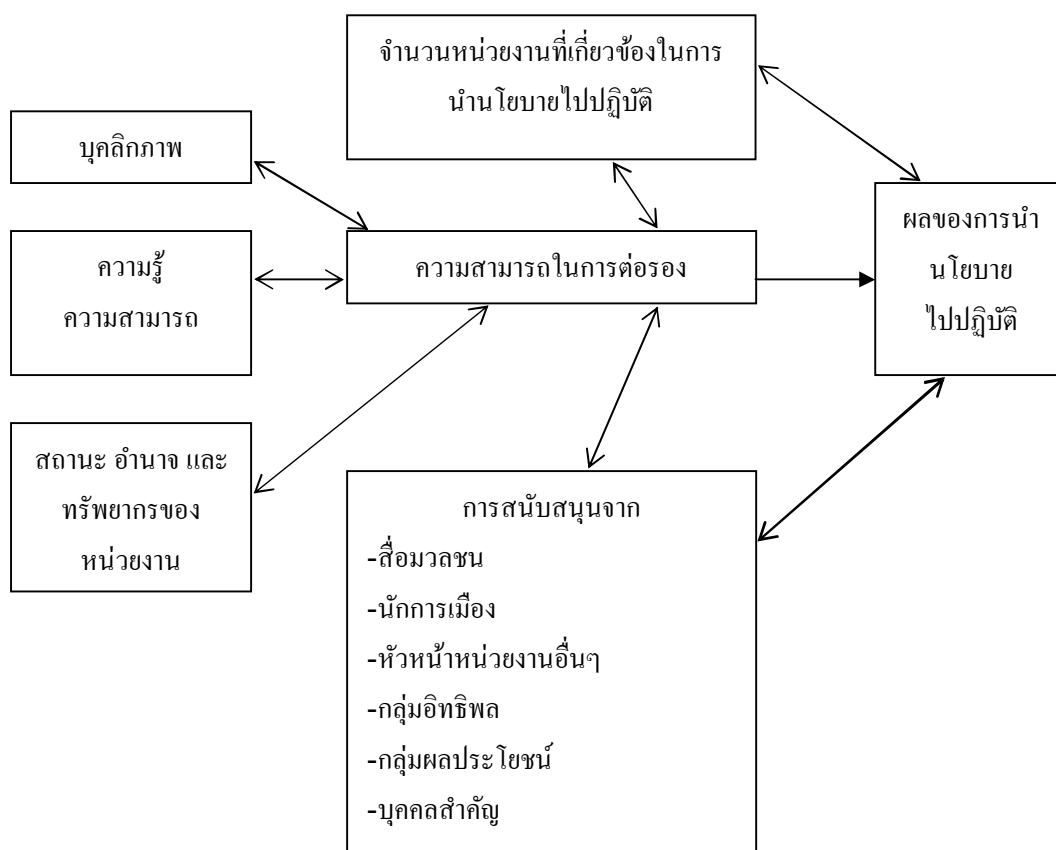
ภาพ 3 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:143)

1.4 ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (bureaucratic model) ตัวแบบนี้พัฒนามาจากแนวคิดของนักสังคมวิทยาองค์กร ที่พยายามจะสร้างกรอบการมองหาสภาพความเป็นจริงทางสังคม (social reality) ขององค์กร โดยเชื่อว่าอำนาจขององค์กรไม่ได้อยู่ที่ตำแหน่งทางรูปนัย (formal positions) แต่อำนาจที่แท้จริงกระจายอยู่ทั่วองค์กร คือสมาชิกขององค์กรทุกคนมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการที่มีหน้าที่ต้องติดต่อและให้บริการกับประชาชนอย่างใกล้ชิดสามารถใช้วิจารณญาณ ในการปฏิบัติหน้าที่ของตน โดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจควบคุมได้ ตัวแบบนี้ความสับสนมักเกิดจากผู้กำหนดนโยบายไม่เข้าใจว่าสภาพความเป็นจริงของการให้บริการเกิดขึ้นในลักษณะใดมากกว่า ในบางครั้งการกำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร ซึ่งอาจเป็นข้าราชการหรือประชาชนผู้มีส่วนร่วมจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาจากเบื้องล่างโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงและพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ อย่างแจ่มชัด ดังภาพต่อไปนี้



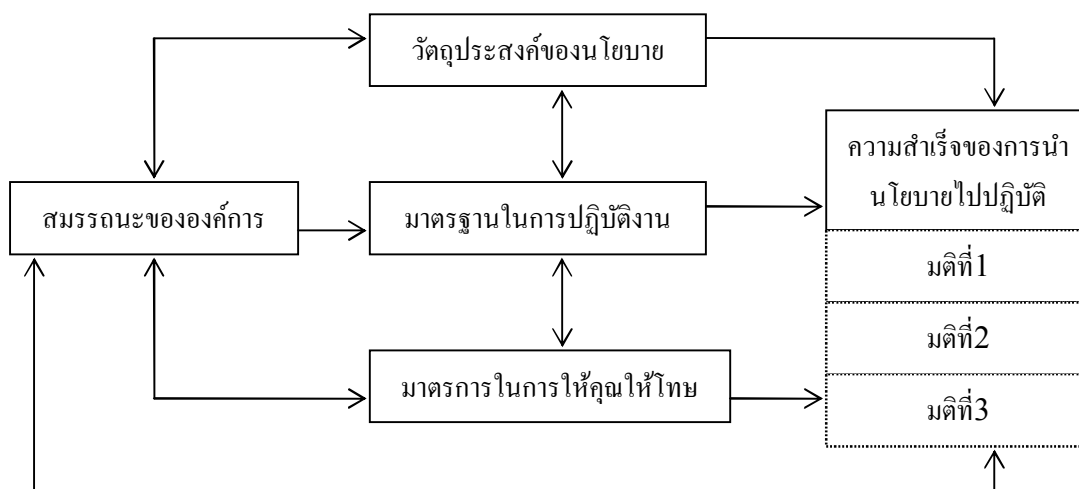
ภาพ 4 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางกระบวนการระบบราชการ
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:145)

1.5 ตัวแบบทางการเมือง (political model) ตัวแบบนี้เชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เกิดจากความสามารถของบุคลากรที่เป็นตัวแทนขององค์กรหรือผู้เล่น(players) และความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกองค์กร ตัวแบบนี้เห็นว่าการสร้างสมานฉันท์หรือการยอมรับ(consensus) และวิธีการของการมีส่วนร่วม(participation) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยาก แต่ความขัดแย้ง(conflict) เป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในองค์กรและในระบบสังคมทั่วไป การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นเรื่องของการเผชิญหน้า การบริหารความขัดแย้ง การแสวงหาความสนับสนุน การโฆษณาชวนเชื่อ การรู้จักสร้างเงื่อนไขและหาข้อต่อรองในการจัดสรรทรัพยากร ความสำเร็จส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจา สถานะอำนาจ และทรัพยากรที่มีอยู่ใช้เป็นเครื่องมือในการต่อรองของบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร ดังภาพต่อไปนี้



ภาพ 5 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางการเมือง
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:148)

1.6 ตัวแบบเชิงบูรณาการ ตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่รวบรวมแนวคิดของทั้ง 5 ตัวแบบมาไว้ด้วยกัน โดยมุ่งแสวงหาผลกระทบของตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแบ่งการพิจารณาออกเป็น 3 มิติ คือ มิติที่ 1 วัดความสำเร็จและความล้มเหลวของนโยบายจากผลผลิต ผลลัพธ์ และผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น มิติที่ 2 เป็นการวัดถึงผลกระทบของนโยบาย และมิติที่ 3 เป็นการวัดว่าผลของนโยบายนั้นสามารถส่งผลประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวมได้หรือไม่ ส่วนตัวแปรอิสระที่นำมาพิจารณานั้น มาจาก 4 ปัจจัยด้วยกัน คือ สมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม ภาวะผู้นำและความร่วมมือ การเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก ดังภาพต่อไปนี้



ภาพ 6 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบเชิงบูรณาการ
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:152)

ตัวแบบบูรณาการนี้ เปรียบเสมือนการผสมผสานตัวแปรที่เป็นตัวแปรสำคัญมาจากตัวแบบอื่น ๆ ทั้ง 5 ตัวแบบ เช่น มีการนำตัวแปรจากตัวแบบทางด้านการจัดการ ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กรและตัวแบบทางการเมือง โดยได้กำหนดตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรด้านประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญในการสร้างให้เกิดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแปรนี้ประกอบไปด้วยเงื่อนไขต่างๆ คือ ความชัดเจนและความเป็นไปได้ของวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบาย การกำหนดมาตรฐานในการทำงาน ระบบการติดตาม ควบคุม และประเมินผลนโยบาย และความเป็นธรรมชาติของมาตรการในการให้ทุนให้โทษ

ตัวแปรด้านสมรรถนะขององค์กร หรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแปรนี้ประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยอีก 5 ปัจจัย คือ โครงสร้างองค์กร งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์และสถานที่ นโยบายจะสำเร็จได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากความแข็งแกร่งของสมรรถนะองค์กร กล่าวคือ องค์กรจะต้องมีโครงสร้างภายนอกและภายในที่แข็งแกร่ง เช่น มีโครงสร้างที่กะทัดรัด มีระบบการตัดสินใจ มีระบบข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่ดี บุคลากรมีความรู้ความสามารถและมีจำนวนที่เพียงพอ มีงบประมาณเพียงพอและมีระบบการจัดสรรงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ มีวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนเทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยให้การดำเนินนโยบายขององค์กรมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ตัวแปรด้านภาวะผู้นำและความร่วมมือ กล่าวคือ การนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้ ผู้บริหารในหน่วยงานจะต้องใช้ภาวะผู้นำที่เหมาะสม รู้จักใช้วิธี จูงใจในเชิงบวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน เช่น มีการให้รางวัล ชมเชย หรือยกย่อง สามารถสร้างสมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างให้เกิดความผูกพัน และการยอมรับจากสมาชิกคนอื่นๆ และรู้จักการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

ตัวแปรด้านการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก ตัวแปรนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างให้เกิดความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะแนวคิดที่ว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นั้น เกิดจากความสามารถของผู้เล่น(players) หรือบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร กลุ่มหรือสถาบัน และความสัมพันธ์กับปัจจัยสภาพแวดล้อมภายนอกขององค์กร ตัวแปรนี้ประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยอีกหลายประการ เช่น ระดับความสนับสนุนหรือต่อต้านจากฝ่ายต่างๆ จำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระดับการพึ่งพาที่ต้องมีระหว่างหน่วยงาน ความสามารถในการเจรจาต่อรอง สภาพแวดล้อมภายนอกและเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ปัจจัยหรือตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ และมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของนโยบายมีลักษณะสำคัญ ตามแนวคิดต่างๆ ดังนี้

วัตถุประสงค์ของนโยบาย สิ่งแรกที่สำคัญที่สุดอันดับแรกคือ การแบ่งแยกให้ชัดเจนว่าวัตถุประสงค์ที่กำหนดนโยบายมีอะไรบ้าง ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ที่ใช้ประเมินความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการแปลงนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติ จึงทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นกรอบกำหนดแนวทางปฏิบัติต่างๆ วัตถุประสงค์เป็นส่วนขยายเป้าหมายรวมของนโยบายให้ชัดเจน ทำให้เป้าหมายมีลักษณะเป็นรูปธรรมที่ง่ายต่อการจินตนาการและเข้าใจ ดังนั้นถ้าต้องการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบาย วิธีการดำเนินสู่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ต้องมีความชัดเจน

วรเดช จันทรศร (2548:277) ยังได้สรุปตัวชี้วัดเกณฑ์ด้านความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่าหนึ่งในหลายปัจจัยที่สรุปไว้คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของนโยบาย โดยนโยบายใดที่มีการระบุแนวทางหรือขั้นตอนการแก้ไขปัญหาไว้อย่างนำไปสู่ความสำเร็จได้ดีกว่า

ส่วนสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำแนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติมาใช้ในการวิจัย โดยมีความเห็นว่า เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแปรความเป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม และผลักดันให้กิจกรรมบรรลุตามวัตถุประสงค์ แสดงถึงประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์การ โดยมุ่งไปที่กรณีศึกษาระดับเทศบาลเมือง ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมรวมถึงความร่วมมือในชุมชนที่มีทุนทางสังคมด้านความผูกพัน การทำงานเป็นทีม การจูงใจและภาวะผู้นำ ภายใต้ฐานคิดที่ว่าความร่วมมือจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในปัจจุบันเกิดแนวทางการศึกษานโยบายในลักษณะจากล่างขึ้นบนโดยเปลี่ยนจุดเน้นมาสนใจพฤติกรรมระดับล่างที่เกิดในพื้นที่ในลักษณะเครือข่ายที่เกิดขึ้นรอบๆ ปัญหา นโยบาย (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) อย่างไรก็ตามกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมีส่วนสำคัญอยู่ 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดตั้งหน่วยงานและบุคลากรใหม่เพื่อนำนโยบายใหม่ไปปฏิบัติหรือมอบหมายให้หน่วยงานและบุคลากรที่มีอยู่ำนานโยบายไปปฏิบัติ 2) แปลงจุดมุ่งหมายและเจตนาของฝ่ายนิติบัญญัติไปเป็นกฎระเบียบในการปฏิบัติและพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทาง 3) ประสานการใช้ทรัพยากรและงบประมาณกับกลุ่ม เป้าหมาย แบ่งความรับผิดชอบในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) จัดสรรทรัพยากรให้เกิดผลตามจุดมุ่งหมายของนโยบาย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบการศึกษานโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติในชุมชน

การติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ

การติดตามผลนโยบาย (policy monitoring) เป็นการติดตามความคืบหน้าว่า การดำเนินนโยบายแต่ละระยะเป็นอย่างไร เป็นการใช้มาตรฐานหรือตัวชี้วัดติดตามดูการปฏิบัติงาน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องทำควบคู่กับการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งถือว่าเป็นเงื่อนไขที่ต้องทำก่อนการประเมินผลและเป็นกระบวนการพื้นฐานที่จะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ ในทางวิชาการมองว่าการติดตามผลนโยบายหรือแผนงานเป็นการตรวจสอบพื้นที่บริการ (coverage) และการให้บริการ (delivery) อย่างเป็นระบบ การตรวจสอบการให้บริการก็เพื่อดูว่านโยบายไปถึงมือกลุ่มเป้าหมายมากน้อยแค่ไหน ส่วนการตรวจสอบการให้บริการเป็นการวัดว่าการปฏิบัติและวิธีการต่างๆ ที่ทำจริงตรงตามแผนการให้บริการหรือไม่ ในแง่ของการติดตามผลในระดับแผนงานหรือโครงการตลอดถึงการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่ายและข้อมูลอื่นๆ ที่สำคัญเพื่อนำไปใช้ในการประเมินผลว่าผลประโยชน์คุ้มกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องติดตามว่ากิจกรรมในแผนงานหรือโครงการเป็นไปตามกฎหมายหรือระเบียบหรือไม่

การติดตามผลสามารถใช้ได้ทุกระดับ จะเลือกใช้ทั้งระบบหรือบางส่วนก็ได้ เช่น การติดตามผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น โดยดูการทำงานของหน่วยงาน แผนงาน และการให้บริการทั้งหมด หรืออาจติดตามผลระบบที่ใหญ่กว่าเช่น ระบบขนส่ง หรือสาธารณสุขของประเทศ เป็นต้น หรือการติดตามผลอาจใช้เพื่อติดตามแผนงาน หน่วยงานหรือการปฏิบัติ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งแล้วรายงานผลต่อผู้บริหารหรือผู้ตัดสินใจเพื่อปรับปรุงการตัดสินใจให้ทราบถึงจุดอ่อน จุดแข็งหรือเป็นการแสดงความพร้อมรับผิดชอบ (accountability) ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การติดตามผลนโยบายมีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ

1. ต้องกำหนดรายละเอียดที่จะติดตามผลไว้ตั้งแต่แรก (Initial specification) ซึ่งอาจทำได้โดยการกำหนดมาตรฐานหรือตัวชี้วัด โดยมาตรฐานหรือตัวชี้วัดเหล่านี้มาจากการแปลงจุดมุ่งหมายเป็นวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ของนโยบาย ซึ่งครอบคลุมเรื่องต่างๆ เช่น จำนวน กลุ่มเป้าหมายและประเภทกลุ่มเป้าหมาย ประเภทการให้บริการ ประเภทของกำลังคนที่จะใช้ดำเนินนโยบาย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (collection of information) เพื่อดูว่านโยบายบรรลุจุดมุ่งหมายแต่ละระยะเพียงใด ซึ่งต้องมีการออกแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะ เพราะหากเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่วิเคราะห์ให้ดีก่อน อาจไม่ตรงเป้าหมายของการติดตามผลวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้หลายทาง เช่น เก็บจากบันทึก สัมภาษณ์ผู้รับบริการ หรือการสังเกต

3. การตัดสินใจ (decision) ต้องมีการตัดสินใจว่าจะทำอะไร หากพบว่าผลการปฏิบัติงานเบี่ยงเบนไปจากที่คาดหวัง การติดตามผลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมและการใช้อำนาจเพียงแต่ผู้ใช้เป็นผู้บริหารนโยบาย ส่วนนักวิเคราะห์เป็นเพียงผู้เสนอข้อเท็จจริง นอกจากนี้การติดตามผลนโยบายยังทำหน้าที่วิเคราะห์นโยบายด้วย วิลเลียม เอ็น ดันน์ (William N. Dunn) อธิบายว่าการติดตามผลนโยบายจะทำหน้าที่ในการวิเคราะห์นโยบายไปในตัวโดยทำหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 4 ประการ คือ

- 3.1 การทำตามนโยบาย (compliance) โดยติดตามดูว่าผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคนอื่นทำตามมาตรฐาน ตัวชี้วัดและขั้นตอนที่กำหนดไว้หรือไม่

- 3.2 การตรวจสอบ (auditing) โดยตรวจสอบว่าทรัพยากรและการบริการที่กำหนดว่าจะให้แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้รับประโยชน์นั้นที่แท้จริงแล้วเป็นอย่างไร เช่น ติดตามผลนโยบายกระจายรายได้เพื่อให้ทราบว่าเงินทุนได้กระจายไปยังท้องถิ่นตามต้องการหรือไม่

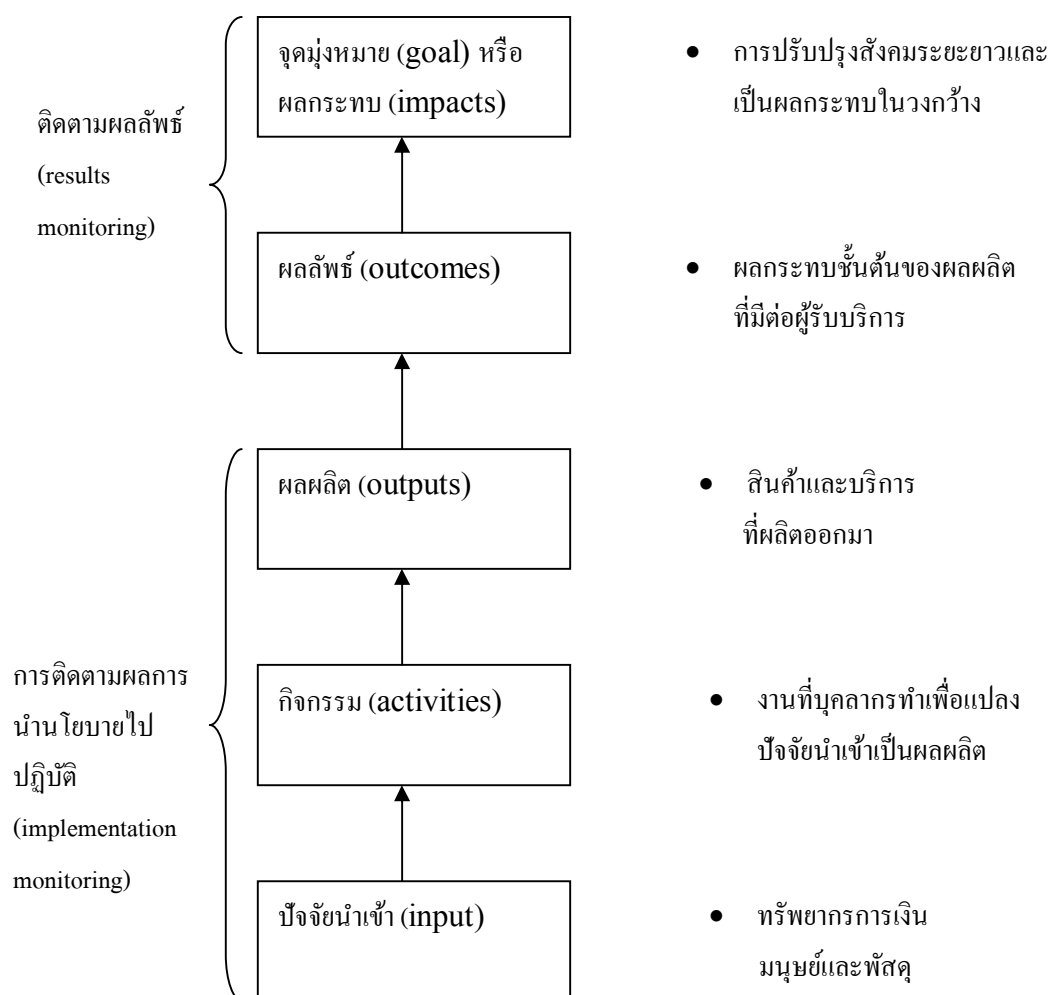
- 3.3 การทำบัญชี (accounting) หมายถึงการสร้างตัวชี้วัดและใช้ตัวชี้วัดเพื่อชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่กำหนดหรือไม่ เช่น การติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตจากตัวชี้วัดทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาโดยเฉลี่ย

ร้อยละของประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน หรือการได้รับเงินค่าจ้างในวันหยุดประจำปี โดยเฉลี่ย เป็นต้น

3.4 การอธิบาย (explanation) เช่น อธิบายว่าทำไมผลลัพธ์ของนโยบายจึงแตกต่างกัน เพื่อให้รู้ว่านโยบายที่ทดลองใช้นั้นนโยบายใดดีที่สุด นโยบายนั้นทำงานอย่างไร และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

ประเภทและระดับของการติดตามผลนโยบาย

การติดตามผลนโยบายแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การติดตามผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation monitoring) กับ การติดตามผลลัพธ์ (results monitoring) ซึ่งแสดงได้ดังนี้



ภาพ 7 ระบบติดตามผลนโยบายที่เน้นผลลัพธ์ (results-based monitoring)

การติดตามผลการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นการติดตามวิธีการ (means) และกลยุทธ์ (strategies) ที่ใช้เพื่อบรรลุผลลัพธ์ (Outcomes) ที่กำหนด ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (inputs) จนถึงกิจกรรม (activities) และผลผลิต (outputs) วิธีการและกลยุทธ์เหล่านี้จะต้องสอดคล้องกับเครื่องมือทางการบริหารอื่นๆ โดยเฉพาะงบประมาณ บุคลากรและแผนปฏิบัติการ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการ กลยุทธ์และผลลัพธ์นั้น ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากการใช้ผลผลิตหรือกระจายผลผลิต ซึ่งสอดคล้องกันอย่างเป็นระบบตามหลักตรรกะ กล่าวคือ ปัจจัยนำเข้าทำให้เกิดกิจกรรม กิจกรรมทำให้เกิดผลผลิต ผลผลิตทำให้เกิดผลลัพธ์ และผลลัพธ์ทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

การประเมินผลนโยบายสาธารณะ

การประเมินผลเป็นกระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เกิดจากการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อนำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลนโยบายและโครงการของรัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อรัฐบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนอย่างกว้างขวาง เพราะการประเมินผลจะนำไปสู่การพัฒนาทางเลือกใหม่ๆ ตลอดจนนวัตกรรมที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมของสมาชิกในชุมชน (สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2549)

การประเมินผลนโยบาย (policy evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะ (public policy process) เพราะการประเมินผลนโยบายจะทำให้ทราบถึงระดับความสำเร็จ (success) หรือล้มเหลว (failure) ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงทำให้ทราบปัญหาในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ เป้าประสงค์ (goals) หรือวัตถุประสงค์ (objectives) ของนโยบาย ตลอดจนปัญหาในด้านทรัพยากร (inputs) กระบวนการ (process) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (organization) ผลผลิต (outputs) ผลลัพธ์ (outcomes) ผลกระทบ (impacts) และสิ่งแวดล้อม (environment) ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ดังนั้นจึงถือได้ว่าการประเมินนโยบายเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ตัดสินใจนโยบาย (policy decision makers) ว่าควรจะดำเนินนโยบายนั้นต่อไป หรือต้องทำการปรับปรุงนโยบายเสียใหม่ หรือจำเป็นต้องยกเลิกนโยบายในที่สุด

ความหมายของการประเมินผลนโยบาย มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอทัศนะไว้หลากหลายเกี่ยวกับความหมายของการประเมินผลนโยบายดังนี้ (สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2549)

Owen (1993 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2549) ให้ทัศนะว่า การประเมินผลหมายถึง กระบวนการจัดหาข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ถูกประเมิน คำว่า ประเมินผล “evaluate” ถูกใช้เป็นทางเลือกสำหรับการประเมิน “วัตถุ” (object) และวัตถุสำหรับการ

ประเมินอาจได้แก่ การวางแผน (planning) แผนงาน (programs) นโยบาย (policies) องค์กร (organizations) และปัจเจกบุคคล (individuals) เป็นต้น ตามทัศนะของ Owen ซึ่งให้เห็นคุณลักษณะสำคัญของการประเมินผล หลายประการ ได้แก่ **ประการแรก** การประเมินผลเป็นกระบวนการ **ประการที่สอง** การประเมินผลต้องใช้ข้อมูลที่เป็นระบบ **ประการสุดท้าย** การประเมินผลเกี่ยวข้องกับ การประเมิน การวางแผน แผนงาน นโยบาย ผลผลิตและปัจเจกบุคคล ดังนั้นแนวความคิดของ Owen จึงมีความครอบคลุมสาระสำคัญและขอบเขตของการประเมินผลพอสมควร แม้จะยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมดก็ตาม

Rossi and Freeman (2004) ให้ทัศนะว่า การประเมินผล คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์อย่างเป็นระบบ เพื่อการประเมินกรอบความคิดเชิงทฤษฎี (conceptualization) การออกแบบ (design) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation) และอรรถประโยชน์ที่เกิดจากการนำโครงการทางสังคมไปปฏิบัติ (utility of social implementation program) หรือในอีกทางหนึ่งการประเมินผลใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการพิจารณาตัดสินและปรับปรุงแนวทางของนโยบายหรือโครงการที่ดำเนินอยู่ จากจุดเริ่มต้นของโครงการจนถึงขั้นตอนการพัฒนาโครงการ และการนำโครงการไปปฏิบัติ ในทัศนะของ Rossi และ Freeman ระบุอย่างชัดเจนว่า ประการแรก การประเมินผลต้องใช้ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมอย่างเป็นระบบ ประการที่สอง การประเมินผลครอบคลุมการประเมินกรอบความคิดเชิงทฤษฎี ประการที่สาม การประเมินผลมีบทบาทในการปรับปรุงนโยบายหรือโครงการที่กำลังดำเนินอยู่ ประการที่สี่ คำว่า การประเมินผลและการวิจัยประเมินผลสามารถใช้แทนกันได้ ประการสุดท้าย การประเมินผลสามารถจำแนกโครงการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ออกจากโครงการที่ไม่ประสบความสำเร็จได้ โดยการแสวงหาคำตอบจากคำถามที่จำเป็นดังนี้

ประการแรก อะไรคือธรรมชาติและขอบเขตของปัญหา ที่ทำให้เกิดความต้องการในการขยายโครงการหรือการปรับโครงการใหม่ โครงการนั้นควรจะต้องตั้งที่ใดและใครจะเป็นผู้ก่อให้เกิดผลที่ต้องการ

ประการที่สอง โครงการประเภทใดที่จะช่วยในการแก้ไขปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่สาม ประชากรเป้าหมายที่เหมาะสมกลุ่มใดควรที่จะได้รับโครงการ

ประการที่สี่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่

ประการที่ห้า โครงการถูกนำไปปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่

ประการที่หก โครงการมีประสิทธิผลหรือไม่

ประการที่เจ็ด โครงการใช้ต้นทุนเท่าไร

ประการสุดท้าย ผลตอบแทนจากโครงการเป็นอย่างไร คຸ້ມคຳหรือไม່

จากทัศนะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการวางแผน ออกแบบและนำโครงการไปปฏิบัติให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บรรลุผลที่พึงประสงค์แก่สมาชิกของชุมชนและสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงการตอบคำถามที่จำเป็นข้างต้นด้วย

Anderson (1994 อ้างใน สมบัติ ชำรงธัญวงศ์, 2540) ให้ทัศนะว่าการประเมินผลนโยบายเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการประมาณการ การประเมินหรือการประมาณค่านโยบาย ซึ่งรวมถึงเนื้อหาสาระการนำนโยบายไปปฏิบัติ และผลกระทบ ในฐานะที่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การประเมินผลเกิดขึ้นตลอดกระบวนการของนโยบาย (policy process) การประเมินผลมิใช่เรื่องที่เรียบง่ายในฐานะที่เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการนโยบายเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนอื่นของกระบวนการนโยบายที่กล่าวมาแล้ว ในการประเมินผลนโยบายนั้น Anderson ได้จำแนกให้เห็นความแตกต่างระหว่างการประเมินผลผลิตนโยบาย (policy outputs) ผลลัพธ์นโยบาย (policy outcomes) และผลกระทบของนโยบาย (policy impacts) ดังนี้

ประการแรก ผลผลิตนโยบาย (policy outputs) คือผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานของหน่วยงานให้เป็นไปตามการตัดสินใจนโยบายและถ้อยแถลงนโยบาย เช่น จำนวนภาษีที่เก็บได้ ความยาวของถนนที่สร้างได้เรียบร้อยตามงบประมาณที่ได้รับ เป็นต้น

ประการที่สอง ผลลัพธ์นโยบาย (policy outcomes) คือผลที่เกิดขึ้นกับสังคมทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งเกิดจากการกระทำหรือไม่กระทำของรัฐบาล เช่น นโยบายสวัสดิการสังคม หากพิจารณาในด้านผลผลิตนโยบายอาจพิจารณาว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่ในด้านผลลัพธ์นโยบาย อาจพบว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมายขาดความกระตือรือร้นที่จะหางานทำเพื่อให้มีรายได้เพียงพอโดยไม่ต้องพึ่งเงินสวัสดิการ เป็นต้น หรือในกรณีที่รัฐบาลสร้างท่าเรือน้ำลึกเสร็จเรียบร้อย ถือว่าปรากฏผลผลิตแล้วแต่ไม่มีเรือเข้ามาใช้ประโยชน์ แสดงว่าเกิดผลลัพธ์ในทางลบ อีกกรณีเช่นรัฐบาลสร้างถนนตามโครงการเสร็จและปรากฏว่าประชาชนนิยมใช้ถนนสายนี้ในการสัญจรอย่างคับคั่ง แสดงว่าเกิดผลลัพธ์ในทางบวก เป็นต้น

ประการที่สาม ผลกระทบของนโยบาย (policy impacts) นอกจากผลผลิตและผลลัพธ์แล้วนโยบายยังก่อให้เกิดผลกระทบอีกด้วย (Dye, 1986) ได้แก่ ผลกระทบต่อปัญหาสาธารณะ ผลกระทบต่อสถานการณ์หรือกลุ่มคนนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ผลกระทบต่อสภาพปัจจุบันและอนาคต เป็นต้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าในทัศนะของ Anderson การประเมินนโยบายมีประเด็นดังนี้ (1) การประเมินผลนโยบายเป็นการประเมินเนื้อหาสาระของนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติและผลกระทบของนโยบาย (2) การประเมินผลนโยบายเกิดขึ้นตลอดกระบวนการนโยบาย (3) มีความ

แตกต่างกันระหว่างผลผลิตนโยบาย (policy outputs) ผลลัพธ์นโยบาย (policy outcomes) และผลกระทบของนโยบาย (policy impacts) (4) ผลกระทบของนโยบายอาจเป็นผลทางบวกหรือทางลบ หรือเป็นทั้ง 2 ทางก็ได้ หรืออาจเป็นผลกระทบที่ไม่คาดหมาย (spillover effects) (5) ผลกระทบภายนอก (externalities) อาจมีทั้งทางบวกและทางลบด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย เนื่องจากวงจรนโยบายแต่ละขั้นตอนต้องมีการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ดังสาระสำคัญดังนี้



ภาพ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย

ที่มา : เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2550)

จากแผนภาพความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย จะเห็นได้ว่า วงจรนโยบายแต่ละขั้นต้องมีการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสามารถอธิบาย สาระสำคัญได้ดังนี้

1. ขั้นกำหนดระเบียบวาระ (agenda setting) เป็นขั้นที่ตอบว่าปัญหาสังคมหนึ่งๆ จะได้รับความสนใจจากรัฐบาลโดยจัดเป็นระเบียบวาระหรือไม่ ขั้นนี้สำคัญมากเพราะถ้าหากไม่อยู่ในระเบียบวาระก็จะไม่ได้รับการพิจารณา ทั้งที่ปัญหาที่หลุดไปอาจสำคัญกว่าเรื่องที่ได้รับพิจารณา ก็ได้ ผู้มีอำนาจในรัฐบาลและชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจว่าอะไรควรเป็นระเบียบวาระ หากยึดตามหลัก เหตุผลแล้วควรมีการประเมินความต้องการ (needs assessment) เพื่อหาข้อมูลความต้องการของ ชุมชนและเกิดการติดต่อกันสองทางระหว่างรัฐบาลกับชุมชน

2. ขั้นนิยามปัญหา (problem definition) การนิยามปัญหามีความสำคัญเพราะวิธี นิยามปัญหาส่งผลต่อการออกแบบและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตอนเริ่มต้นปัญหามักกำกวมหรือ คลุมเครือ นักวิเคราะห์ไม่อาจนิยามปัญหาได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยการมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การประเมินที่ใช้ในขั้นนี้ คือ ประเมินความสามารถในการประเมินผล (evaluability assessment) ทำ เพื่อรวบรวมหลักฐานและสร้างความชัดเจนให้กับวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยรวบรวมความเห็น ของตัวแสดงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่จะวัดผลการ ปฏิบัติงาน

3. ขั้นออกแบบนโยบาย (policy design) เป็นขั้นระบุทางเลือกที่จะทำให้อัตรา ผลกระทบต่อสังคมมีประสิทธิผลมากที่สุด อาจประเมินผลกระทบก่อนที่จะปฏิบัติจริง ในขั้นนี้อาจ วิเคราะห์การตัดสินใจ (decision analysis) เพื่อทำความเข้าใจกับกลยุทธ์ของทางเลือกต่างๆ ที่จะ นำไปปฏิบัติ

4. ขั้นสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบาย (policy legitimization) ขั้นนี้เป็นขั้น อนุมัตินโยบายตามขั้นตอน แต่ก็อาจทำประชาพิจารณ์

แนวทางและตัวแบบการประเมินผล

แนวทางและตัวแบบการประเมินผลดังต่อไปนี้ได้ทบทวนมาจากวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการประเมินอย่างกว้างขวาง ตัวแบบเหล่านี้ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบ ความคิดเชิงทฤษฎี (conceptualization) ขอบเขตและบทบาทของผู้ประเมินผล ตัวแบบแต่ละตัวแบบ อาจมีความเหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละโครงการในแต่ละสถานการณ์ โดยมีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนในตัวเอง ดังนั้น การจะเลือกใช้ตัวแบบใดจึงขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น สถานการณ์ (situations) ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) วัตถุประสงค์ของโครงการ (objectives) ผลประโยชน์

ของผู้ประเมิน (evaluators' interest) และสิ่งแวดล้อมทางการเมือง (political environments) เป็นต้น (สมบัติ ชำรงรัฐวงศ์, 2549)

การประเมินผลแบบดั้งเดิม (The Traditional Evaluation Model) การประเมินผลแบบนี้ส่วนใหญ่ผู้ทำการประเมินผลเป็นคนในองค์กร จึงมีแนวโน้มที่จะนำเสนอผลในด้านดีเพื่อให้เกิดความประทับใจแก่ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในองค์กร ลักษณะการประเมินผลตามแบบนี้อาจเป็นลักษณะการวิเคราะห์แบบไม่เป็นทางการ ไม่ได้ใช้ระเบียบการวิเคราะห์วิจัยที่เป็นระบบ ผู้ประเมินผลภายในส่วนใหญ่มิใช่ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผลโดยตรง นอกจากนี้การประเมินผลอาจแฝงด้วยอคติที่ต้องการนำเสนอเฉพาะผลด้านดี เพื่อวัตถุประสงค์ในการของบประมาณสนับสนุนต่อไป ลักษณะการประเมินผลแบบดั้งเดิมจึงไม่ค่อยได้รับความเชื่อถือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลและจากบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวข้องมากนัก ในหลายกรณีอาจมีปัญหาจากผู้มีส่วนได้เสียหลายประการที่ผู้ประเมินผลภายในไม่สามารถให้ความกระจ่างได้

ตัวแบบการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Social Science Research Model) เป็นรูปแบบที่ผู้ชำนาญการหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลเป็นผู้ทำการประเมินด้วยตนเอง ลักษณะสำคัญของการประเมินผลตามตัวแบบนี้ ผู้ประเมินผลจะเคร่งครัดกับการใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการกำหนดกรอบความคิดการประเมินผล การกำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติที่ก้าวหน้าทำให้ผลการวิเคราะห์มีความเที่ยงตรง (validity) และเชื่อถือได้ (reliability) สำหรับการเลือกเทคนิคในการวิเคราะห์ ผู้ประเมินผลจะพิจารณาจากความเหมาะสมเป็นสำคัญ โดยอาจจะใช้การวิจัยประเมินผลแบบทดลอง (Randomization Experiment) หรือการวิจัยประเมินผลแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment) ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละโครงการ ลักษณะที่เป็นจุดเด่นของการประเมินผลตามตัวแบบนี้คือ ความเที่ยงตรงของผลการประเมินที่สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือเพื่อยืนยันผลการประเมินได้ตลอดเวลา

การประเมินผลโดยมุ่งเน้นเป้าประสงค์เป็นหลัก (Goal-Oriented Evaluation or Goal-Based Evaluation) แนวทางนี้จะมุ่งเน้นการสำรวจเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์เป็นหลัก นอกจากนี้ผู้ประเมินผลบางท่านอาจจะให้ความสนใจต่อเป้าประสงค์ที่ถูกกล่าวย่อยและสนใจในการตรวจสอบว่าทำไมโครงการจึงประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว โดยให้ความสนใจพิจารณาผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหมายและมิได้คาดหมาย

การประเมินผลโดยปลอดเป้าประสงค์ (Goal-Free Evaluation) แนวทางนี้จะตรงกันข้ามกับแนวทางที่มุ่งการประเมินเป้าประสงค์เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะเห็นจุดอ่อนว่าการที่ผู้ประเมินผลมุ่งสนใจเฉพาะเป้าประสงค์เป็นหลัก อาจละเลยข้อมูลอื่นๆ ที่มีความสำคัญและจำเป็น และมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ทั้งตรงและทางอ้อม ดังนั้นการประเมินผลโดยปลอดเป้าประสงค์จึงมุ่งที่ผลกระทบของโครงการนอกเหนือจากเกณฑ์ที่คาดหมายไว้ โดยเฉพาะการให้ความสนใจต่อสิ่งที่ประชาชนได้รับจริงจากโครงการ ผู้ประเมินผลจะให้ความสนใจอย่างมากในการศึกษารายละเอียดของโครงการ ทั้งผู้นำโครงการไปปฏิบัติ ผู้มีส่วนได้เสีย การจัดหาหน่วยงานรับผิดชอบ โดยข้อมูลนี้จะใช้ในการจำแนกผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบของโครงการ

การประเมินผลแบบกล่องดำ (Black Box Evaluation) แนวทางนี้มุ่งที่จะสำรวจผลผลิต (outputs) ของโครงการเท่านั้น โดยปราศจากการสำรวจปัญหาการปฏิบัติภายในองค์กรและผลกระทบที่เกิดจากภายนอก การประเมินผลแบบนี้พบมากในรายงานประจำปีของรัฐบาล เป็นการประเมินผลที่ไม่สนใจผลลัพธ์ (outcomes) และผลกระทบ (impacts) ตลอดจนปัจจัยภายนอก (externalities) ดังนั้น การประเมินผลตามแนวทางนี้จึงไม่ค่อยได้ผลในการประเมินผลโครงการทางสังคม ซึ่งคาดหวังว่าการประเมินผลจะนำไปสู่การปรับปรุงโครงการ

การประเมินผลงบประมาณประจำปี (Fiscal Evaluation) การประเมินผลตามแนวทางนี้จะพิจารณาจากการตัดสินใจของรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณประจำปีในโครงการสาธารณะต่างๆ ว่าสอดคล้องกับการใช้เงินงบประมาณหรือไม่ โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับจำนวนเงินที่ได้ลงทุนไป รูปแบบการประเมินผลนี้เหมือนกับการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ของโครงการ ซึ่งเป็นการวัดผลตอบแทนในรูปของเงินตรา

การประเมินผลโดยมุ่งเน้นการตรวจสอบประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (Accountability or Audit Model) แนวทางนี้จะไม่เน้นการตรวจสอบเกี่ยวกับต้นทุนและผลประโยชน์ของโครงการทั่วไปในทางเศรษฐกิจ แต่จะให้ความสนใจในการประเมินผลโครงการสาธารณะใหญ่ๆ (mega-projects) ว่าประชาชนได้รับประโยชน์จากโครงการดังกล่าวคุ้มค่าหรือไม่ การบริหารโครงการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพียงใด การลงทุนของรัฐบาลบรรลุวัตถุประสงค์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนตามที่กำหนดไว้เพียงใด

การประเมินโดยมุ่งเน้นทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion Model) แนวทางนี้มุ่งที่จะขจัดอคติของผู้ประเมินตามแนวทางดั้งเดิม (Traditional Evaluation) และหลีกเลี่ยงข้อจำกัดของการประเมินแบบกล่องดำ (Black Box Evaluation) และการประเมินผลงบประมาณประจำปี (Fiscal Evaluation) โดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลเป็นผู้ประเมินผลโครงการ โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เป็นอัตวิสัย และวัตถุวิสัย (subjective and objective data) เพื่อตรวจสอบ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้ง 2 ประเภท แนวทางนี้จะช่วยขจัดอคติที่อาจจะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี เพราะผู้เชี่ยวชาญย่อมมีความระมัดระวังในการรักษาชื่อเสียงของตน การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และใช้สำหรับโครงการใหญ่ที่มีความซับซ้อนและความเป็นเอกภาพ

การประเมินผลเชิงคุณภาพ (Qualitative or Naturalistic Evaluation) แนวทางนี้มุ่งใช้การประเมินแบบธรรมชาติวิทยา หรือการประเมินผลเชิงคุณภาพ ผู้ประเมินผลจะมุ่งสำรวจข้อมูลจากโครงการที่เกิดขึ้นจริง โดยมีได้กำหนดฐานคติในการประเมินผลไว้ล่วงหน้าดังกรณีของการประเมินผลเชิงปริมาณ โดยพยายามจะตัดอคติที่มีอยู่ก่อนให้หมดไปและมุ่งสำรวจสภาพของโครงการที่เป็นอยู่ว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวข้องอะไรบ้าง ตัวแปรเหล่านั้นมีลักษณะอย่างไร มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจกับสภาพที่เป็นจริงของโครงการ และผู้มีส่วนได้เสียให้ชัดเจน การรายงานผลการประเมินจะครอบคลุมรายละเอียดของโครงการอย่างครบถ้วน

การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) แนวทางนี้จะให้ความสนใจในการพิจารณาค่านิยมพื้นฐานและคุณลักษณะของการกระจายผลประโยชน์ของโครงการตามที่กล่าวอ้างไว้ มากกว่าการวัดผลประโยชน์สุทธิของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสนใจในการอธิบายผลกระทบ การจำแนกสาเหตุและผล การประมวลประสิทธิภาพของโครงการ โดยใช้ข้อมูลการวิเคราะห์ที่เป็นระบบและระเบียบของวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์เป็นเกณฑ์ เพื่อแสวงหาข้อสรุปที่สารใช้เป็นหลักการทั่วไป (generalization) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ได้รับการเชื่อถืออย่างกว้างขวาง

การประเมินผลโดยมุ่งกระบวนการตัดสินใจ (Decision Oriented Evaluation)

การประเมินผลตามแนวทางนี้จะให้ความสนใจในการจัดหาข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ของผู้ตัดสินใจหรืออาจกล่าวได้ว่า การประเมินผลจะต้องนำเสนอข้อมูลหรือทางเลือกเพื่อประโยชน์ของผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญว่า จะให้ทำการปรับปรุงโครงการอย่างไรหรือไม่ หรือจะให้โครงการดำเนินต่อไปหรือจะให้ยุติโครงการเป็นต้น

การประเมินผลโดยคำนึงถึงกลุ่มหลากหลาย (Pluralist-Intuitionist Evaluation)

แนวทางนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับกรณีศึกษาโดยอยู่บนพื้นฐานของการสัมภาษณ์ หรือการสังเกตการณ์รวมทั้งแนวทางหลักด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียที่สังกัดอยู่ในกลุ่มอิทธิพลและผลประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะมีผลอย่างสำคัญต่อการผลักดันให้โครงการดำเนินต่อไปหรือต้องยุติโครงการ การประเมินในแนวทางนี้ผู้ประเมินผลอาจพบกับความยุ่งยากใจในการเผชิญกับความต้องการของกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ประเมินผลจำเป็นจะต้องมีจุดยืนที่มั่นคง และใช้วิธีการประเมินผลที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้เป็นสำคัญ เพื่อลดความ

กีดกันจากผู้มีส่วนได้เสียที่สังกัดอยู่ในกลุ่มหลากหลายจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องให้ความสำคัญต่อความต้องการของกลุ่มหลากหลาย โดยพิจารณาว่าวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องต่อการตอบสนองความต้องการเหล่านี้เพียงใด หากพบว่าไม่สอดคล้องจะต้องนำเสนอให้ทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

การประเมินโดยมุ่งการอธิบายอย่างแจ่มชัด (Illuminative Evaluation)

แนวทางนี้มุ่งในการอธิบายและการตีความมากกว่าการวัดเชิงปริมาณและการคาดหมาย การประเมินผลมุ่งขจัดความคลุมเครือโดยใช้แนวทางการประเมินเชิงมานุษยวิทยาเป็นสำคัญ จุดมุ่งหมายสำคัญคือการศึกษาวัตรกรรมของโครงการ โดยการสังเกตการณ์จากสิ่งที่เป็นจริง และค้นคว้าให้ลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อแสวงหาการอธิบายที่ชัดเจนต่อผลที่เกิดจากการนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติ

การประเมินผลโดยมุ่งอรรถประโยชน์ของโครงการ (Utilization Oriented Evaluation) แนวความคิดนี้เห็นว่าการประเมินผลควรมุ่งอรรถประโยชน์จากข้อค้นพบให้มากที่สุด ทั้งโดยผู้มีส่วนได้เสียและผู้ใช้ ขั้นตอนของการประเมินผลเริ่มจากการจำแนกสิ่งที่ผู้ใช้ตั้งใจจะใช้ ผลจากการประเมิน ควรกำหนดเป้าประสงค์ของการประเมินผลให้ชัดเจน กำหนดเกณฑ์สำหรับการสังเกตการณ์ โดยมีทิศทางที่ชัดเจนสำหรับผู้ประเมินผลเพื่อให้ผู้ประเมินผลทราบถึงการสังเกตสิ่งเดียวกัน จุดมุ่งหมายของการประเมินผลในกรณีนี้คือการตอบคำถามของผู้มีส่วนได้เสียว่า เขาเหล่านั้นจะได้รับผลประโยชน์ตามเป้าประสงค์ของโครงการเพียงใด

การประเมินผลยุคที่ 4 (Fourth Generation Evaluation) แนวความคิดนี้นำเสนอโดย Egon G. Guba และ Yuoma S. Lincoln (1989) มีสาระสำคัญคือ ประการแรก การประเมินผลไม่ควรเน้นเทคนิคทางสถิติ เพราะจะทำให้ขาดข้อมูลด้านลึกที่มีคุณค่าต่อการประเมิน ประการที่สอง การประเมินผลไม่ใช่กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (scientific process) เพราะวิธีการทางวิทยาศาสตร์ทำให้ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะพื้นฐานทางสังคม การเมืองและค่านิยมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ประการที่สาม การประเมินผลควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการเรียกร้อง (claims) ความวิตกกังวล (concerns) ของผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) เป็นสำคัญ กรณีนี้อาจเรียกแนวทางนี้ว่าแนวทางการวิเคราะห์โดยเน้นความรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้เสีย (The stakeholders analysis approach or responsive focusing) Guba และ Lincoln จำแนกพัฒนาการของการประเมินผลออกเป็น 4 ยุค โดยยุคที่ 1 มุ่งเน้นการวัดผล (measurement) ของโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์เพียงใด ยุคที่ 2 มุ่งเน้นการอธิบาย (description) แบบแผนของจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการเพื่อการสำรวจสภาพปัญหาอุปสรรคของโครงการและนำไปสู่การเสนอข้อปรับปรุงแก้ไข ยุคที่ 3 มุ่งเน้นการใช้ดุลยพินิจ (judgement) เพื่อพิจารณาหรือตัดสินความเหมาะสมของโครงการ

และยุคที่ 4 ควรมุ่งเน้นความรับผิดชอบ (responsive focusing) ต่อผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholders) ในโครงการเป็นสำคัญ

ระเบียบวิธีการประเมินผล

โดยทั่วไปกลุ่มผู้ต้องการใช้ผลจากการประเมินผลนโยบายหรือโครงการมีลักษณะแตกต่างกัน อาทิเช่น ผู้ตัดสินใจนโยบาย ผู้สนับสนุนการเงินแก่โครงการ ผู้นำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติ ผู้มีส่วนได้เสียกับนโยบายหรือโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้สนับสนุนทางการเงินต่อการประเมินผล ตลอดจนสาธารณชนทั่วไป ความแตกต่างของกลุ่มผู้ต้องการใช้ผลจากการประเมินผลดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งสำหรับผู้ทำการประเมินผลที่จะต้องตัดสินใจเลือกใช้วิธีการประเมินผลที่เหมาะสม (evaluation methods) เพื่อให้ผลการประเมินสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของผู้ต้องการใช้แต่ละกลุ่ม ด้วยเหตุนี้การเลือกระเบียบวิธีการประเมินผลที่เหมาะสมกับสภาพหรือลักษณะของนโยบายและโครงการ ตลอดจนความต้องการของกลุ่มที่จะใช้ผลการประเมินจึงเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ประเมินผลเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เพราะค่านิยม (value) และความมุ่งหวัง (expectation) ต่อผลของนโยบายและโครงการของแต่ละกลุ่มอาจแตกต่างกันมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละสถานการณ์ นอกจากนี้การประเมินผลต้องคำนึงถึงจริยธรรม (ethics) ของผู้ประเมินผลอีกด้วย (Greene, 1944: 533 อ้างใน สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2549) Greene (1994) ได้นำเสนอกรอบความคิดเชิงปรัชญาเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลภายใต้ค่านิยมและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยได้จำแนกเปรียบเทียบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 2 กรอบความคิดเชิงปรัชญาเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลภายใต้ค่านิยมและสถานการณ์ที่แตกต่าง

กรอบความคิด เชิงปรัชญา	อุดมการณ์ ค่านิยมหลัก	กลุ่มผู้ใช้และ รับผลกระทบ	ระเบียบวิธีการประเมิน	คำถามสำหรับการประเมิน
1. แนวทางประจักษ์ นิยม (Empiricism)	ทฤษฎีระบบ/ ประสิทธิภาพ, ความ รับผิดชอบ, ความรู้เชิง สาเหตุและผลทาง ทฤษฎี	นโยบายระดับสูงและผู้ ตัดสินใจนโยบาย	เชิงปริมาณ : ทดลอง และกึ่งทดลอง, การ วิเคราะห์ระบบ, ตัว แบบสาเหตุและผล, การ วิเคราะห์ต้นทุนและ ผลประโยชน์	โครงการบรรลุผลลัพธ์ ที่ต้องการของโครงการ หรือไม่เป็นทางเลือกที่ ดีที่สุดของโครงการ หรือไม่
2. แนวทางปฏิบัตินิยม (Pragmatism)	การจัดการ/ปฏิบัติได้, คุณภาพ, การควบคุม, การใช้ประโยชน์	ผู้บริหารโครงการ ระดับกลาง, ผู้บริหาร ระดับสูงและผู้ตัดสินใจ อื่นๆ	คัดเลือกแบบผสม: แบบสำรวจที่มี โครงสร้าง, แบบ สอบถาม, การสัมภาษณ์ , การสังเกต	ส่วนใดของโครงการที่ ดำเนินการได้ดีและ ส่วนใดต้องปรับปรุง เมื่อเทียบกับเป้าหมาย องค์การ, โครงการมี ประสิทธิผลหรือไม่เมื่อ เทียบกับความต้องการ ของผู้รับประโยชน์
3. แนวทางพหุนิยม (Pluralism)	พหุนิยม/ความเข้าใจ ความแตกต่าง ความเป็นเอกภาพ	ผู้อำนวยการโครงการ, เจ้าหน้าที่และผู้รับ ผลประโยชน์	เชิงคุณภาพ: กรณีศึกษา , การสังเกต, การ ทบทวนวรรณกรรม	ผู้มีส่วนได้เสียทั้งหลาย ได้รับประสบการณ์ อะไรบ้าง
4. แนวทางปทัสถาน นิยม (Critical, normative science)	ความเป็นอิสระ/ การ ให้อำนาจที่เพียงพอ, การเปลี่ยนแปลงทาง สังคม	ผู้รับประโยชน์จาก โครงการ, เจ้าของ ชุมชน, กลุ่มที่ไม่มี อำนาจต่อรอง	การมีส่วนร่วมของผู้มี ส่วนได้เสียในการ ออกแบบประเมินเชิง คุณภาพ ทั้งแบบมี โครงสร้างและไม่มี โครงสร้าง, การ วิเคราะห์เชิง ประวัติศาสตร์, การ วิพากษ์สังคม	ข้อเสนอเป้าประสงค์ หรือกิจกรรมของ โครงการมีส่วนในการ ดำรงรักษาอำนาจและ ทรัพยากรของสังคม ในทางใดบ้าง

กล่าวโดยสรุป แนวความคิดของ Greene ได้จำแนกรอบความคิดเชิงปรัชญาเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านอุดมการณ์และค่านิยมของแต่ละแนวทาง กลุ่มผู้ที่รับผลประโยชน์จากการประเมินผล ระเบียบวิธีการประเมินผลของแต่ละแนวทาง และคำถามในการประเมินที่มุ่งเพื่อแสวงหาคำตอบให้สอดคล้องกับความต้องการในการประเมินผลอย่างแท้จริง

ส่วนสรุป การติดตามและประเมินผลนโยบาย จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย เห็นว่าการติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการและเครื่องมือที่สำคัญของผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) และผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจประสิทธิภาพการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การปรับปรุงนโยบาย หรือการยกเลิกนโยบาย การติดตามและประเมินผลนโยบายสามารถกระทำได้อย่างครอบคลุมกระบวนการนโยบาย โดยไม่จำเป็นจะต้องทำเฉพาะในขั้นตอนสุดท้ายของโครงการเท่านั้น และความสำคัญที่แท้จริงของการประเมินผลนโยบายอยู่ที่ผลกระทบของนโยบายที่มีผลต่อประชาชน ซึ่งเป็นจุดเน้นหลัก (main focus) ของการประเมินผลนโยบาย นอกจากนี้ผู้ประเมินผลจำเป็นต้องมีทักษะทั้งทางการเมืองและการต่อรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการเกี่ยวกับผู้มีส่วนได้เสียในโครงการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินผลนโยบายมิใช่เป็นเพียงศาสตร์สำหรับเสนอความเห็นทางวิชาการ (academic proposes) แต่ยังเป็นศิลปะสำหรับการเสนอความเห็นในทางปฏิบัติอีกด้วย (practical proposes) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามาใช้ในการลงติดตามประเมินผลจริงเพื่อให้เห็นกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดการปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ

สืบเนื่องจากในประเทศที่ยึดถือการปกครองในระบอบประชาธิปไตยและมีการใช้หลักการจัดการทางเศรษฐกิจ (Economic Management) แบบเสรี จะมีองค์กรที่ทำหน้าที่จัดหาสินค้าและบริการสู่สังคม 2 องค์กรคือ รัฐบาล (Government หรือ Public Organization) และตลาดหรือภาคเอกชน (Market หรือ Private Sector) ซึ่งอำนาจหน้าที่ของทั้งสององค์กร สามารถสรุปได้ดังนี้

1. รัฐบาลในฐานะเป็นเครื่องมือของรัฐจะต้องมีบทบาทหลักในเรื่องการจัดหาสินค้าสาธารณะ (Public Goods) ซึ่งครอบคลุมถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินรวมทั้งคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการได้รับการศึกษาและการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้รัฐ

จะต้องเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหาผลกระทบต่างๆ ที่สมาชิกของสังคมทำให้เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2. ตลาดหรือภาคเอกชนมีบทบาทในการดำเนินการจัดหาสินค้าและบริการแก่สังคมในส่วนที่เป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ต่างๆ ซึ่งมีใช้เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีพของสังคมหรืออีกนัยหนึ่งเป็นสินค้าหรือการบริการที่สมาชิกในสังคมบางกลุ่มต้องการเป็นพิเศษและไม่สามารถที่จะให้รัฐเป็นจัดหา โดยต้องพึ่งค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของทุกคนในสังคม

จากบทบาทของทั้งสององค์กรที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลของประเทศต่างๆ จะเป็นผู้กำหนดแนวทางที่ควรทำหรือไม่ควรทำ ซึ่งเรียกว่า นโยบายสาธารณะ (Public Policy) ไว้อย่างชัดเจน ในรัฐธรรมนูญ หรือคำแถลง นโยบาย ตลอดจนคำของบประมาณรายจ่ายประจำปี (โกวิท พวงงาม, 2551) ในปัจจุบันภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่ส่งผลให้เกิดความต้องการหรืออุปสงค์ในมิติต่างๆ ของประชาชนมากยิ่งขึ้น รัฐบาลจึงมีบทบาทที่จะต้องขยายหรือเพิ่มองค์กรที่เป็นเครื่องมือในการนำนโยบายมาปฏิบัติให้เพียงพออยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดแนวคิดการกระจายอำนาจลงสู่ท้องถิ่น ในรูปของการกระจายอำนาจของรัฐบาลกลางให้เกิดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทำหน้าที่แทนรัฐบาลกลางและเพื่อให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากขึ้น จากความสำคัญดังกล่าวสามารถสรุปเหตุผลและความจำเป็นของการกระจายอำนาจจากรัฐบาลกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือ การกระจายอำนาจที่เกิดจากความต้องการแก้ไขข้อด้อยของการรวมศูนย์อำนาจ (Centralization) ส่งผลดังนี้ (โกวิท พวงงาม, 2552)

1) การจัดสรรทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น เพราะรัฐบาลกลางมีความจำกัดทางด้านข้อมูลข่าวสารหลายๆ ด้านเกี่ยวกับท้องถิ่นและไม่ทราบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างครบถ้วน

2) ขาดการมีส่วนร่วมและจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในท้องถิ่น เนื่องจากประชาชนไม่มีโอกาสในการเสนอความต้องการ ความคิดเห็น และการบริหารงานในท้องถิ่นของตน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา

3) สร้างความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้และบริการของรัฐระหว่างท้องถิ่น ทั้งนี้เพราะการรวมศูนย์อำนาจทำให้การตัดสินใจในการใช้จ่ายเงินงบประมาณขึ้นอยู่กับหน่วยงานกลาง และการตัดสินใจของผู้บริหารจากส่วนกลาง คือ นักการเมือง จึงเป็นไปได้ที่จะทำการจัดสรรผลประโยชน์ไปตกอยู่กับบางท้องถิ่นที่นักการเมืองปรารถนา

4) ลดโอกาสในการทำงานของประชากรในท้องถิ่น เพราะเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในท้องถิ่นมักเป็นตัวแทนที่ถูกส่งมาจากส่วนกลาง และการกำหนดกิจกรรมบางอย่างอาจไม่เอื้อต่อการจ้างงานแรงงานในท้องถิ่น

5) การรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ไม่มีประสิทธิภาพ เพราะหากไม่มีการกระจายอำนาจในการดูแลรักษาแล้ว สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสมบัติของส่วนรวม ทำให้ไม่มีเจ้าของที่แท้จริง จึงมีแนวโน้มที่จะถูกทำลายได้มากเพราะกำลังของส่วนกลาง ในการรักษาดูแลไม่เพียงพอหรือทั่วถึง

6) เป็นข้อจำกัดในการขยายขีดความสามารถในการแข่งขัน การรวมศูนย์อำนาจการปกครองไว้ที่ส่วนกลางจะมีผลให้เกิดการกระจุกตัวของอุตสาหกรรมภายในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งทำให้มีต้นทุนสูงทั้งในแง่ของค่าจ้างแรงงาน ค่าเช่าที่ดินและอาคารสำนักงาน การจราจรติดขัด ทำให้สินค้าและบริการบางอย่างมีราคาสูงกว่าที่ควรจะเป็น หากมีการส่งออกย่อมทำให้ความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกลดลง

7) เป็นอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรในการบริหารงานระดับท้องถิ่น การรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เป็นการสกัดกั้นมิให้บุคลากรในระดับท้องถิ่น มีเวทีสำหรับฝึกฝนและพัฒนาความรู้ความสามารถ ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยของประเทศในอีกด้านหนึ่งการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางยังเป็นการดูดซับเอาทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถจากท้องถิ่นไปยังส่วนกลางอีกด้วย

8) เป็นอุปสรรคในการสร้างและขยายภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่นเพราะโดยธรรมชาติแล้วการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางมักจะมองข้ามความสำคัญของภูมิปัญญาในระดับท้องถิ่น รัฐบาลกลางมักจะเน้นเรื่องการค้าและการเงินต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและอาจจะทำลายความหลากหลายของท้องถิ่นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจรัฐ

มี 8 ประการ(โกวิทย์ พวงงาม, 2552) ดังนี้

1. เพื่อความผาสุกของประชาชน การกระจายอำนาจให้คนในท้องถิ่นมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น ทั้งทางด้านสังคมและโครงสร้างพื้นฐานมากขึ้น จะช่วยเพิ่มสวัสดิการให้กับท้องถิ่นนั้น เพราะคนในท้องถิ่นย่อมรู้ปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นของตนเองดีกว่าผู้ไม่อยู่ในท้องถิ่น จึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้

2. เพื่อลดบทบาทโดยรวมของอำนาจรัฐทุกระดับ การกระจายอำนาจทางด้านรัฐศาสตร์แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การมอบอำนาจ (Delegation) และการให้อำนาจ(Devolution) ในการปกครองที่รัฐบาลให้กับหน่วยการปกครองท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการ

ดำเนินการตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนหรือท้องถิ่นโดยส่วนกลางเข้าไปแทรกแซงให้น้อยที่สุด

3. เพื่อเพิ่มความสามารถในการสร้างผู้บริหาร และการใช้ผู้บริหารอย่างมีประสิทธิภาพ การมอบอำนาจให้กับท้องถิ่นในการปกครองตนเอง โดยการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ามาดูแลท้องถิ่นในฐานะตัวแทนของประชาชน ตัวแทนเหล่านั้นจะต้องมีความรับผิดชอบ (Accountability) ต่อประชาชน และมีผลงานเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งเป็นการสร้างผู้นำท้องถิ่นให้สามารถพัฒนาศักยภาพและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมในพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นเวทีสร้างนักการเมืองระดับชาติให้มีคุณภาพสูงขึ้น

4. เพื่อสร้างระบบการบริหารปกครองที่ดี ระบบนี้จะเกิดได้จากการตอบสนองที่รวดเร็วของผู้นำท้องถิ่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการใช้นโยบาย มีความรู้และเข้าใจประเด็นปัญหาของท้องถิ่น และสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งแต่ละท้องถิ่นมีลักษณะปัญหาและปัจจัยแตกต่างกัน การกระจายอำนาจจะยังมีส่วนทำให้การทำงานของท้องถิ่นมีเอกภาพมากขึ้น

5. เพื่อให้เกิดการสร้างสรรค์สังคมแบบประชาสังคม การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการกับกิจการของบ้านเมือง รวมทั้งกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำขึ้น โดยการเป็นตัวแทนร่วม อยู่ในองค์กรที่จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น จะเกิดการสร้างสรรค์ทางสังคมเนื่องจากประชาสังคมจะสามารถให้ข้อมูลทั้งสะท้อนความเป็นจริงและความต้องการของชุมชนที่แท้จริงได้

6. เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นจะทำให้รัฐบาลกลางสามารถนำข้อมูลของท้องถิ่นมาประสานงานกับรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่จะส่งเสริมการดำเนินนโยบายทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่นได้มากกว่า การที่รัฐบาลกลางดำเนินการภายใต้แนวทางเดียวกันทุกท้องถิ่น โดยละเลยรายละเอียดทางด้านความแตกต่างกันไปตามเขตพื้นที่

7. เพื่อส่งเสริมการสร้างกระบวนการประชาธิปไตย การปกครองท้องถิ่นจะทำให้ประชาชนเกิดความรู้ทางการเมือง โดยรู้วิธีการเลือกตั้ง การบริหารการเมืองท้องถิ่นและการต่อสู้แข่งขันกันตามวิถีทางการเมือง ในที่สุดประชาชนจะรู้ว่าตนมีความเกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียกับการปกครอง เกิดความรับผิดชอบในการบริหารท้องถิ่น และวางแผนประโยชน์อันพึงมีจากท้องถิ่นที่อยู่ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและวางรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตย

8. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการทางการเมืองและการตัดสินใจในเรื่องการจัดสรรทรัพยากร การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการเมืองที่มีผลกระทบต่อประชาชนอย่างเด่นชัดมากกว่าการเมืองที่เกิดจากการปกครองของรัฐบาลกลาง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองและการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร เนื่องจากการกระจายอำนาจเป็นการนำการเมืองลงสู่ท้องถิ่น โดยผ่านกระบวนการเลือกตั้ง การหาเสียงการเสนอนโยบาย และการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายบริหาร จึงก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ประชาชนในแต่ละท้องถิ่นได้ดูแลบ้านเมืองของตนเอง จัดการแก้ไขปัญหาชุมชนของตนเอง รู้สึกรับผิดชอบห่วงใยและห่วงหาเหวี่ยงท้องถิ่นของตน ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกที่จะดูแลรักษาทรัพยากรของท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

แต่จากการศึกษาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มี ความชัดเจนว่า การกระจายอำนาจการปกครองของไทยนั้น ประชาชนเข้ามามีบทบาทเรียกร้องมากขึ้นเพียงใด ซึ่งหากพิจารณาตามหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่นพบสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง คือ ในด้านภารกิจสาธารณะสุขได้แก่ การจัดให้บริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ (โกวิทย์ พวงงาม, 2551)

สาระสำคัญของหลักการปกครองท้องถิ่น (โกวิทย์ พวงงาม, 2552)

1. การปกครองของชุมชนหนึ่ง ซึ่งชุมชนเหล่านั้นอาจมีความแตกต่างกันในด้านความเจริญ จำนวนประชากรหรือขนาดของพื้นที่ เช่น หน่วยการปกครองท้องถิ่นของไทยจัดเป็นกรุงเทพมหานคร เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลและเมืองพัทยา ตามเหตุผลดังกล่าว

2. หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีอำนาจอิสระ (Autonomy) ในการปฏิบัติหน้าที่ตามความเหมาะสม กล่าวคือ อำนาจของหน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีขอบเขตพอควร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยการปกครองท้องถิ่นอย่างแท้จริง หากมีอำนาจมากเกินไปไม่มีขอบเขต หน่วยการปกครองท้องถิ่นนั้นก็จะกลายสภาพเป็นรัฐอธิปไตยเอง เป็นผลเสียต่อความมั่นคงของรัฐบาล อำนาจของท้องถิ่นมีขอบเขตที่แตกต่างกันออกไป ตามลักษณะความเจริญและความสามารถของประชาชนในท้องถิ่นนั้นเป็นสำคัญ รวมทั้งนโยบายของรัฐบาลในการพิจารณาการกระจายอำนาจให้หน่วยการปกครองท้องถิ่นระดับระดับใดจึงจะเหมาะสม

3. หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) ที่จะดำเนินการปกครองตนเอง ได้แก่

3.1 สิทธิที่จะตรากฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่างๆขององค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น เทศบัญญัติ ข้อบังคับสุขาภิบาล

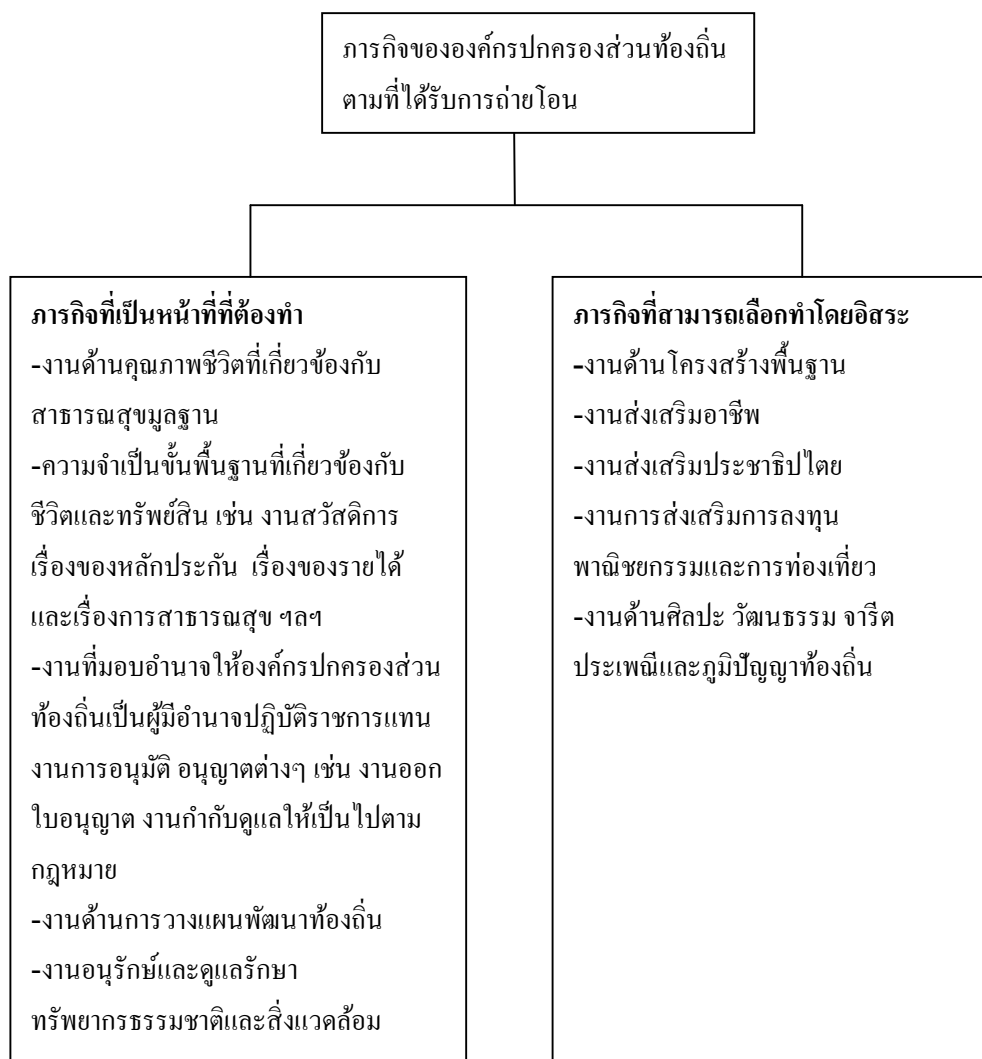
3.2 สิทธิที่เป็นหลักในการดำเนินการบริหารท้องถิ่นคืออำนาจในการกำหนดงบประมาณเพื่อบริหารกิจการตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยการปกครองท้องถิ่นนั้นๆ

4. มีองค์กรที่จำเป็นในการบริหารและการปกครองตนเอง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ฝ่ายคือ

4.1 องค์กรฝ่ายบริหาร เช่น คณะเทศมนตรี ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

4.2 องค์กรฝ่ายนิติบัญญัติ เช่น สภาเทศบาล สภากรุงเทพมหานคร

5. ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น จากแนวความคิดที่ว่าประชาชนในท้องถิ่นเท่านั้นที่จะรู้ปัญหาและวิธีการแก้ไขของตนเองอย่างแท้จริง หน่วยการปกครองท้องถิ่นจึงจำเป็นต้องมีคนในท้องถิ่นมาบริหารงานเพื่อให้สมเจตนารมณ์และความต้องการของชุมชนและอยู่ภายใต้การควบคุมของประชาชนในท้องถิ่น นอกจากนั้นยังเป็นการฝึกให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้าใจในระบบและกลไกของประชาธิปไตยอย่างแท้จริงอีกด้วย



ภาพ 9 ภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่ได้รับการถ่ายโอน

ที่มา: โกวิทย์ พวงงาม(2552)

ปัญหาและอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในการจัดบริการ

สาธารณะ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในการจัดบริการสาธารณะในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามกรอบของแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจมีอยู่ด้วยกันอย่างน้อย 4 ประการดังต่อไปนี้(โกวิทย์ พวงงาม, 2552)

ประการที่หนึ่ง ปัญหาด้านการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จะได้วางข้อกำหนดและทิศทางอย่างเป็นระบบระเบียบ แต่ในระดับปฏิบัติเพื่อบังคับใช้แผนนั้นก็ปรากฏปัญหาและอุปสรรคมากมาย ประเด็นปัญหาสำคัญก็คือ แม้ว่าทิศทางและแผนการกระจายอำนาจจะถูกกำหนดไว้อย่างเป็นระบบ แต่กระบวนการของการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่จากส่วนราชการต่างๆ ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลับดำเนินไปอย่างไร้ระบบระเบียบ(สำนักนายกรัฐมนตรี,2546) ซึ่งประเด็นปัญหาสำคัญๆ ได้แก่

1. การถ่ายโอนภารกิจที่เกิดขึ้นยังคงเป็นไปอย่างจำกัด กระจุกตัวเฉพาะภารกิจในกลุ่มโครงสร้างพื้นฐานและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต อีกทั้งกิจกรรมที่มีการถ่ายโอนจริงก็จำกัดเฉพาะในบางกิจกรรมเท่านั้นเช่น การก่อสร้างและบำรุงรักษาถนน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โครงการอาหารเสริมนมและอาหารกลางวัน การส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. การถ่ายโอนภารกิจยังไม่เป็นไปอย่างสอดคล้องระหว่างภารกิจ งบประมาณ บุคลากร แนวปฏิบัติ และวัสดุอุปกรณ์ เป็นผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินกิจกรรมที่มีการถ่ายโอนได้เนื่องจากข้อจำกัดในด้านทรัพยากร อีกทั้งในหลายกิจกรรม แม้ว่าท้องถิ่นจะมีความพร้อมในการจัดทำ แต่ก็พบว่ายังขาดการแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ท้องถิ่นสามารถใช้อำนาจในกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างเต็มที่

3. กระบวนการถ่ายโอนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากส่วนราชการผู้ถ่ายโอนเป็นอย่างมาก แต่ในทางปฏิบัติกลับพบปัญหาว่า ส่วนราชการต่างๆ มักจะถ่ายโอนให้เฉพาะภารกิจหน้าที่ แต่ในด้านวัสดุอุปกรณ์ แนวปฏิบัติ ตลอดจนข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลับมิได้มีการส่งมอบอย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาการจัดทำภารกิจนั้นๆ

ประการที่สอง ปัญหาในการจัดระบบบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นปัญหาสำคัญในเรื่องนี้ได้แก่ การขาดการบูรณาการระหว่างแผนการกระจายอำนาจกับทิศทางการปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินทั้งระบบ เป็นผลให้สถานะของการซบเซาและแข่งขันในเชิงบทบาทระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการต่างๆ ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป เนื่องจากทิศทางที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจย่อมหมายถึงการลดขนาดและถอนตัวเองออกไปของส่วนราชการต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ ทิศทางการปฏิรูประบบบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ยังแสดงให้เห็นว่าส่วนราชการต่างๆ จะยังคงมีบทบาทอย่างสำคัญในพื้นที่การบริหารปกครองนอกศูนย์กลางต่อไป เช่น การสร้างระบบบริหารจังหวัดแบบบูรณาการ ในด้านหนึ่งแม้ว่าจะเป็นความพยายามแก้ปัญหาการรวมศูนย์อำนาจที่เป็นไปอย่างกระจุกกระจาย (fragmented centralism) แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็เท่ากับเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับ

ระบบการปกครองท้องถิ่นโดยรัฐ (local state government) ให้คงอยู่ควบคู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประการที่สาม ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสำเร็จหรือล้มเหลวของกระบวนการกระจายอำนาจและการจัดระบบการบริการสาธารณะในระดับท้องถิ่นนั้น ส่วนสำคัญอยู่ที่บทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ และสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ที่จะผลักดันกระบวนการถ่ายโอนทรัพยากรต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามแผนและขั้นตอนที่กำหนดไว้แต่ในปัจจุบัน องค์กรสำคัญดังกล่าวกลับต้องพบกับปัญหาอุปสรรคทั้งในเชิงสถาบัน ซึ่งต้องอิงแอบและอาศัยความร่วมมือและผลักดันจากรัฐบาลที่ส่วนกลางค่อนข้างมาก รวมถึงปัญหาในเชิงองค์กร ที่ยังคงมีบุคลากรและทรัพยากรทางการบริหารค่อนข้างจำกัด เป็นผลให้การทำงานดำเนินไปอย่างยากลำบาก

ประการสุดท้าย ปัญหาเกี่ยวกับวิธีการในการให้บริการสาธารณะ ในเรื่องภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน แม้จะให้ความสำคัญกับเรื่องการถ่ายโอนภารกิจแต่ยังขาดความสนใจอย่างเพียงพอต่อเรื่องวิธีการในการให้บริการสาธารณะ กล่าวคือ ภายใต้อำนาจกำหนดในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยยังคงมีช่องทางในการจัดทำภารกิจค่อนข้างจำกัด โดยมากมักจะเน้นให้เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะต่างๆ ด้วยตนเอง ผ่านการใช้ทรัพยากรทางบริหารภายในองค์กรของตนเองเป็นหลัก แต่ภายใต้สภาพแวดล้อมทางการบริหารในยุคปัจจุบัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาทางเลือกใหม่ๆ ในการจัดหาบริการสาธารณะให้เกิดขึ้นในท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับการบริการสาธารณะให้เกิดขึ้น และที่สำคัญ เป็นการป้องกันปัญหาอาการของการเติบโตไปสู่ความเป็นระบบราชการ (Bureaucratization) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังเช่นที่เคยเกิดขึ้นกับระบบราชการส่วนกลาง

นอกจากปัญหาตามกรอบของแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจทั้ง 4 ประการข้างต้นแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยยังมีปัญหาพื้นฐานที่เห็นว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการสาธารณะอีกอย่างน้อย 3 ประการดังนี้

1. ปัญหาการแทรกแซงการทำงานของรัฐบาลและการรวมอำนาจเข้าสู่ศูนย์กลาง เช่น การให้หน่วยงานของรัฐบาลกลางและราชการส่วนภูมิภาคเข้ามาทำหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะแทนท้องถิ่นหรือชุมชนในท้องถิ่น การกำกับดูแลการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ปัญหาด้านการเงิน การคลังและการให้เงินอุดหนุน เป็นต้น

2. ปัญหาความเพิกเฉยในสิทธิและหน้าที่ของประชาชนในท้องถิ่น

3. ปัญหาของผู้แทนของประชาชนในท้องถิ่นไม่ตระหนักถึงหน้าที่ของตน ผู้แทนท้องถิ่นแสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเอง การเล่นพรรคเล่นพวก การทุจริต เป็นต้น

ส่วนสรุป ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีความท้าทายต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การกระจายอำนาจทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการบริการสาธารณะต่างๆ แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน

ตอนที่ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงวัย” ทั้งนี้เพราะจำนวนหรือขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุปัจจัยหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจาก ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะนวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และโภชนาการ สถานการณ์นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากปรากฏการณ์ด้านประชากรศาสตร์ กล่าวคือประชากรกลุ่มที่เกิดในช่วงหลัง สงครามโลกครั้งที่ 2 หรือประมาณปี พ.ศ.2489-2507 ซึ่งในยุคดังกล่าวหลายๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้ง ประเทศไทยได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนประชากร เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและฟื้นฟู ประเทศหลังเหตุการณ์สงคราม ด้วยเหตุผลดังกล่าวการเพิ่มจำนวนประชากรในยุคนี้ที่เรียกกันว่ายุค Baby Boom จึงมีจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของโลก และเมื่อใดก็ตามที่คนกลุ่มนี้เคลื่อนตัวไปที่ไหนก็จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา ประเทศตามไปด้วย (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551) ปัจจุบันประชากรยุค Baby Boom จะมีอายุอยู่ระหว่าง 44-62 ปี เป็นวัยที่กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและกำลังจะเกษียณอายุจากการทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ประเทศไทยที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป อยู่ในระหว่าง 7-14% ถือว่าประเทศนั้นเป็นประเทศผู้สูงอายุ แต่ถ้าหากมีอัตราส่วนเกิน 14% หมายถึงประเทศนั้นเป็นประเทศผู้สูงอายุเต็มตัว สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้ให้ความหมายไว้ว่าหากชุมชนใดมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ

ตั้งแต่ ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมดขึ้นไป ถือว่าชุมชนนั้นเป็นชุมชนผู้สูงอายุ สถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในด้านสุขภาพและสังคม สำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชีย ก็ได้รับผลกระทบนี้เช่นกันส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างประชากรก้าวสู่สังคมประชากรผู้สูงอายุ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2544)

จากการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรยุค Baby Boom สูงถึง 13.7% และมีสัดส่วนการเพิ่มจำนวน ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่า 7% ประกอบกับ แนวโน้มของการมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้นของ คนไทยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าอายุขัยเฉลี่ยในเพศหญิงสูงขึ้นถึง 96.5 ปี และในเพศชายสูงขึ้นถึง 87 ปี สอดคล้องกับจากผลการศึกษา สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน(ร้อยละ 5.4) ในปี พ.ศ.2503 เป็น 5.87 ล้านคน ในปี 2543 (กรมการแพทย์, 2551) ปี พ.ศ.2553 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย, 2553) มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 7.52 ล้านคน(ร้อยละ 11.8) ปี พ.ศ.2554(สำนักส่งเสริมและ พิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2554) มีจำนวน 7.79 ล้านคน(ร้อยละ 12.38) ปี พ.ศ.2555 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2555) มีจำนวนผู้สูงอายุ 8.2 ล้านคน(ร้อยละ 12.75) ปี พ.ศ.2556 (สถาบันวิจัย ประชากรศาสตร์ มหิดล, 2556) มีจำนวนผู้สูงอายุ 9.52 ล้านคน (ร้อยละ 14.73) และคาดการณ์ว่า พ.ศ.2563 เพิ่มขึ้นเป็น 11.89 ล้านคน(ร้อยละ 16.8) และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 14.45 ล้านคน(ร้อยละ 20) ใน ปี พ.ศ.2568 เมื่อเวลานั้นมาถึงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจะเคลื่อนเข้าสู่การเป็นสังคม ผู้สูงอายุเต็มตัว

จากรายงานจำนวนประชากรเขตภาคเหนือตอนบน(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ และน่าน พบว่า ปัจจุบันโครงสร้างประชากรอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มประชากร วัยสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ อัตราของประชากรวัยสูงอายุได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.43 ในปี 2535 เป็น 12.15 ในปี 2549 ซึ่งเป็นการเพิ่มที่มีจำนวนมาก ในขณะที่ อัตราของประชากรวัยเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปีลดลง จากร้อยละ 27.65 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 18.66 ในปี 2549 ส่งผลกระทบต่ออัตราส่วนภาระพึ่งพิงของประชากรของผู้สูงอายุ รวมถึงส่งผลกระทบต่อ ด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย เมื่อพิจารณา จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในระดับจังหวัดของเขตภาคเหนือตอนบนพบว่า จังหวัด เชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด กล่าวคือในปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 180,145 คน ต่อมาในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 188,344 คน จากสถิติจำนวนประชากร

ผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเตรียมรับสถานการณ์การเคลื่อนเข้าสู่สังคมสูงอายุในมิติต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามมิติด้านสุขภาพเป็นส่วนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในประเด็นของผู้สูงอายุ เพราะมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามมาไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวนับได้ว่าอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเกิดขึ้นเร็วมาก ส่งผลให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมด้านคนและระบบมีเวลาน้อยมาก ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมเพื่อเตรียมประชากรในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) จากข้อมูลประชากรสูงอายุของประเทศไทยที่มีการสำรวจสามารถแสดงรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 จำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรสูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุ และอายุมาตรฐานของประชากร พ.ศ.2503-2568

พ.ศ.	จำนวนประชากรรวม	จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของ ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป	อายุมาตรฐาน
2503	26,257,916	1,506,000	5.4	18.4
2513	34,397,371	1,680,900	4.9	17.8
2523	44,824,540	2,912,000	6.3	19.9
2533	54,509,500	4,014,000	7.4	25.1
2543	62,236,000	5,867,000	9.4	30.1
2548	64,765,000	6,693,000	10.3	32.6
2550	65,711,000	7,038,000	10.7	33.0
2553	67,042,000	7,522,800	11.8	34.7
2563	70,821,000	11,888,000	16.8	38.2
2568	72,286,000	14,452,000	20.0	39.8

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551)

ปัจจัยกำหนดการมีประชากรสูงอายุมากขึ้น

ปัจจัยกำหนดการมีประชากรสูงอายุมากขึ้นคือการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการเพิ่มขึ้นของความยืนยาวของชีวิตหรือการลดลงของอัตราการตาย โดยพบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 40 ปี ในปี พ.ศ.2480 มาเป็น 60 ปีในปี พ.ศ.2510 และเป็น 71 ปีในปี พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการตายในประชากรวัยต่างๆ โดยเฉพาะการตายของทารกและเด็ก เนื่องจากประเทศไทยมีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ สาธารณสุข และสุขภาพ สิ่งแวดล้อมซึ่งได้ช่วยให้การตายในวัยทารกและเด็กลดลง โรคระบาดหรือโรคติดต่อที่เคยพาลามชีวิตคนลดน้อยลง ชีวิตของคนไทยจึงยืนยาวขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

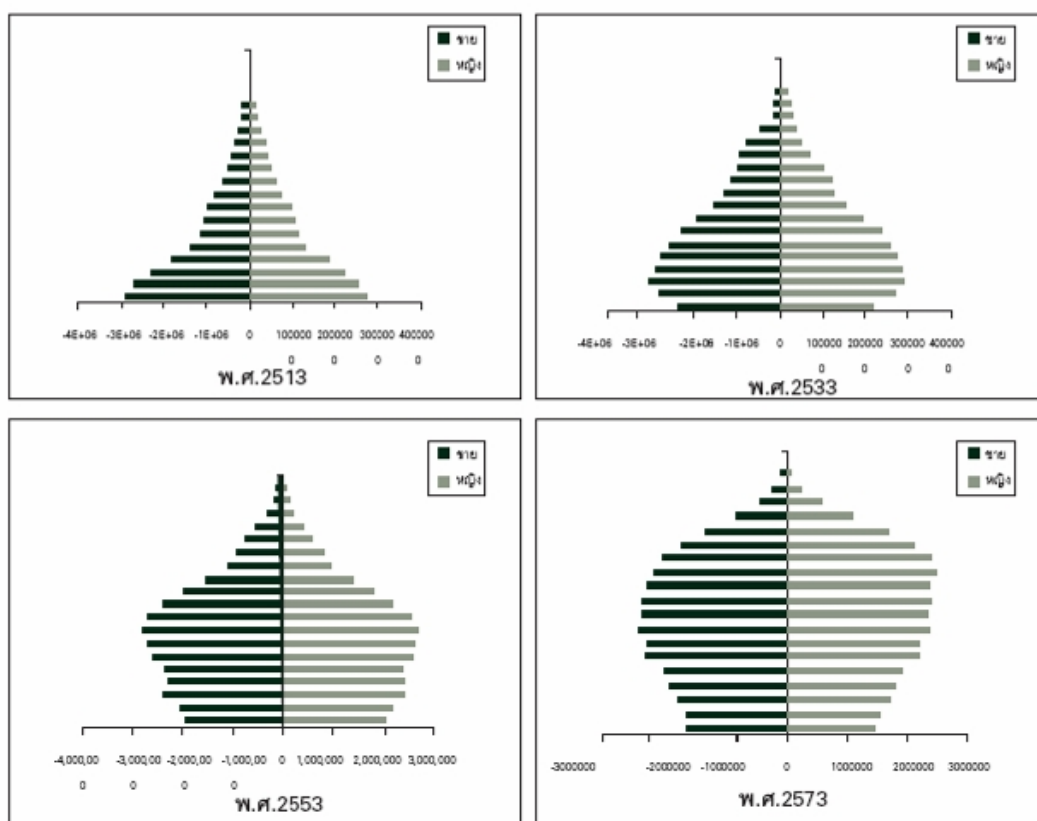
โครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในช่วงเวลา 60 ปี (พ.ศ.2513-2573) ซึ่งแสดงโดยปิรามิดประชากร พบว่าปิรามิดประชากรปี พ.ศ.2513 ซึ่งเป็นปีที่เพิ่งเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวจะมีฐานกว้างมากเนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) สูง โดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปิรามิดก็มีจำนวนมากเช่นกัน ในขณะที่ส่วนบนของปิรามิดจะแคบเนื่องมาจากประชากรวัยสูงอายุยังมีสัดส่วนต่ำ

20 ปี ต่อมา (ปี พ.ศ.2533) พบว่าปิรามิดมีฐานแคบลง เนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลง โดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปิรามิด มีจำนวนมากกว่าวัยเด็ก เนื่องจากประชากรวัยเด็กในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเติบโตเป็นประชากรวัยแรงงาน ในขณะที่ส่วนบนของปิรามิดจะค่อยๆ ขยายกว้างขึ้นเนื่องมาจากประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

20 ปี ต่อมา (ปี พ.ศ.2553) พบว่า ปิรามิดมีฐานแคบลงไปอีก เนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงไปอีก ในขณะที่ส่วนบนของปิรามิดขยายกว้างขึ้นเรื่อยๆ ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของปิรามิดได้เคลื่อนตัวไปสู่อายุที่สูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันประชากรวัยสูงอายุก็มีสัดส่วนสูงขึ้นด้วย เนื่องมาจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่สอง (ยุค baby boom) ได้เคลื่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น

ในอนาคตอีก 20 ปี (ปี พ.ศ.2573) ปิรามิดประชากรจะมีฐานแคบลงไปอีกมาก โดยสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลง อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ส่วนบนของปิรามิดจะขยายกว้างมากขึ้นเรื่อยๆ โดยประชากรวัยสูงอายุจะมีสัดส่วนสูงขึ้นถึง 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2553 เนื่องมาจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้มาถึงวัยสูงอายุ และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอีก สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

แผนภูมิที่ 3 ปิรามิดประชากรของประเทศไทย



ภาพ 10 ปิรามิดประชากรของประเทศไทย

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ม.ป.ป.)

การกระจายตัวเชิงพื้นที่ของประชากรสูงอายุ

ในปี พ.ศ.2546 จังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรกคือนครราชสีมา เชียงใหม่และนครศรีธรรมราช ต่อมาปี พ.ศ.2550 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 จังหวัดแรกได้แก่ สิงห์บุรี สมุทรสงคราม และชัยนาท ซึ่งมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15-16 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 10.9

ตารางแสดงจังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็นสามอันดับแรกของประเทศไทย ไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร ปี พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2550

ตาราง 4 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

พ.ศ.2546			
ลำดับที่	จำนวนประชากร ทั้งหมด(คน)	จำนวนประชากรอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป(คน)	ร้อยละของประชากรตั้งแต่ อายุ 60 ปีขึ้นไป(คน)
1	นครราชสีมา(2,487,066)	นครราชสีมา(240,890)	สิงห์บุรี(14.6 %)
2	อุบล(1,731,877)	เชียงใหม่(180,145)	ชัยนาทและอ่างทอง (14.1%)
3	ขอนแก่น(1,726,737)	นครศรีธรรมราช (163,461)	ลำพูน (13.3%)
กรุงเทพฯ	5,453,330	524,000	9.6
รวมทั้งประเทศ	60,598,309	6,005,127	10.0
พ.ศ.2550			
1	นครราชสีมา(2,508,761)	นครราชสีมา(275,716)	สิงห์บุรี(15.5 %)
2	อุบล (1,733,899)	เชียงใหม่(188,344)	สมุทรสงคราม(15.0%)
3	ขอนแก่น(1,733,602)	ขอนแก่น(185,790)	ชัยนาท(14.9%)
กรุงเทพฯ	5,441,708	604,465	10.9
รวมทั้งประเทศ	61,540,020	6,705,061	10.9

ที่มา: กรมการปกครอง (2545)

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุดำที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2546 ได้แก่ ระนอง ภูเก็ต และตรวด คือมีประชากรสูงอายุประมาณ 13,425 19,031 และ 21,635 คน ตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ.2550 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุดำที่สุดเป็นจังหวัด ระนอง แม่ฮ่องสอน ภูเก็ต แต่ถ้ำพิจารณาสัดส่วนของประชากรสูงอายุดำที่สุด 3 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2546 ได้แก่ สกลนคร หนองบัวลำพู และอุดรธานี คือ มีประมาณร้อยละ 7.5 7.6 และ 7.7 ตามลำดับ แต่ในปี พ.ศ.2550 สัดส่วนดังกล่าวเปลี่ยนเป็น ภูเก็ต กระบี่ และสกลนคร คือมีสัดส่วน ประชากรสูงอายุประมาณ 7.4 8.2 และ 8.6 ตามลำดับ

ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2550

ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2550 สํารวจโดย
สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 5 ลักษณะทั่วไปของประชากรสูงอายุปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2550

ลักษณะทางประชากร	ร้อยละ (พ.ศ.2545)	ร้อยละ (พ.ศ.2550)
เพศ		
ชาย	45.6	44.6
หญิง	54.4	55.4
อายุ		
วัยต้น(60-69 ปี)	57.0 (ช = 47.6, หญิง = 52.4)	58.8 (ช = 46.3, หญิง = 53.7)
วัยกลาง(70-79 ปี)	31.1 (ช = 44.3, หญิง = 55.7)	31.7 (ช = 43.2, หญิง = 56.8)
วัยปลาย(80 ปีขึ้นไป)	11.9 (ช = 40.0, หญิง = 60.0)	9.5 (ช = 38.6, หญิง = 55.4)
สถานภาพสมรส		
โสด	2.8	2.7
สมรส	61.1	62.5
หม้าย	34.1	32.4
หย่า/แยก	2.1	2.4
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเทศบาล	31.1	28.6
นอกเขตเทศบาล	68.9	71.4
ภาค		
กรุงเทพฯ	10.5	9.2
กลาง	25.6	23.6
เหนือ	20.8	20.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	30.8	33.6
ใต้	12.8	12.7

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ม.ป.ป)

สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย

สืบเนื่องจากผลของการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สำหรับในส่วน of ปัญหาด้านสุขภาพพบว่ายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังที่พบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ดังเช่นผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองดังนี้ มีสุขภาพดีร้อยละ 43.0 รองลงมามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.9 ส่วนการประเมินว่าสุขภาพไม่ดี มากๆ ร้อยละ 2.8 เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างเพศ กลุ่มอายุ และเขตการปกครอง พบว่า ผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 47.8 และ 39.2 ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงสุดร้อยละ 50.2 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 34.8 ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปประเมินสุขภาพตนเองว่าดีน้อยสุดร้อยละ 26.5 และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 44.3 และ 42.5

เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุตามเพศ กลุ่มอายุ เขตการปกครอง และภาคพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกโรค ยกเว้น อัมพาต/อัมพฤกษ์ ผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปี และ 80 ปี ขึ้นไปทุกโรค ยกเว้น โรคมะเร็งที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่อัมพาต/อัมพฤกษ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 1.8, 70-79 ปี ร้อยละ 3.1 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.8) ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลทุกโรค ยกเว้น โรคมะเร็งที่มีสัดส่วนเท่ากัน ส่วนการเป็นโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุตามภาคมีสัดส่วนแตกต่างกันไป โดยผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบสูงสุด ร้อยละ 2.3 ผู้สูงอายุภาคกลางมี สัดส่วนของการเป็นโรคเรื้อรังสูงสุด 2 โรค คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 18.9 และผู้สูงอายุภาคใต้ เป็นโรคเรื้อรังสูงสุด 2 โรค คือ อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 3.5 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 1.0

ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่าปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมสูงสุดจำนวน 22,253 ราย รองลงมาเป็น พ.ศ.2547 และ 2548 จำนวน 16,450 และ 16,289 ราย ส่วน พ.ศ.2550 จำนวน 11,878 ราย โดยพบผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า ผู้สูงอายุชาย คือผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 7,410 ราย และผู้สูงอายุชายมีภาวะสมอง เสื่อมจำนวน 4,468 ราย เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2550 พบว่า

ผู้สูงอายุอายุ 70-79 ปี มีภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด จำนวน 6,151 ราย รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 2,901 ราย และผู้สูงอายุ 60-69 ปี น้อยสุด จำนวน 2,826 ราย (ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต, 2550)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายว่า คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2011) องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2009) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% โดยประเทศไทย ได้นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง “ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป” (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ มีความหมายว่า เป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมขาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ทั้งนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้เสนอองค์ประกอบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงานเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่ามิอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่นๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 – 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหงอก หลังโก่ง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเป็นแก่ และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินใจจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกลๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากความหมาย ผู้สูงอายุ ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ชูศักดิ์ เวชแพทย (2531 : 27) ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก (2543 : 8) ได้เสนอข้อมูล ขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่นๆ (Yuriek and others . 1980 : 31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 – 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543 : 8) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60–69 ปี
2. อายุตั้งแต่ 70–79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

จากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ องค์การ หน่วยงาน กำหนดไว้นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ก่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยกำหนดใช้การ แบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทย ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการ เปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

1.2 ระบบประสาทและระบบสัมผัส เซลล์สมอง และเซลล์ประสาท มี จำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มี เนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

1.3 ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความ ยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

1.4 ระบบทางเดินอาหาร พลังของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบาง ลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยว อาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไต ลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้อง ถ่ายบ่อยลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้อสุมิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีก มดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และ ทำงานลดลง ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความ เสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้ การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกลัวโดดเดี่ยว อ้างว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแลกเปลี่ยนแก๊สน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สติปัญญาของผู้สูงอายุ สติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผล และประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำ อยู่ว่าง ๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมือง
มากกว่าบันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนานและมีสมาธิดีถ้ามีความตั้งใจจะทำ
สิ่งใด

จากข้อมูลที่ศึกษา การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลง
วัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่ม
เสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อ
สิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว
ส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะ
สุขภาพที่เหมาะสม

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ทางชีวภาพ และทางสังคมที่เกิดขึ้นในสังคม
ทั่วไป เมื่อสมาชิกของสังคมมีอายุมากขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

ประเวศ วะสี (2543) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุว่า เป็นสุขภาวะที่
สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มี
กำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัย ที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่
ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มี
ความเมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัว
ลงไปด้วยเพราะตราบไคที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น
ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มี
ความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่
เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมี
ความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขทางจิตวิญญาณ
เป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญ้ยหลุดพ้นจากความ
มีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่าน มี

ความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย สนับสนุนหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือบางคนรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วย จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนาและการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย

ภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ โดยผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจบทบาทและสถานะทางสังคมมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย นิยามสุขภาพจึงอาจเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงประกอบด้วย การมีกำลังทำในสิ่งที่ต้องการ พึ่งพาตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันและมองโลกในแง่ดีสามารถเผชิญกับความเป็นจริงและยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขได้ (ประครอง อินทรสมบัติ, 2539)

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงสุขภาพที่เป็นความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 3,252 คนโดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดีถึงร้อยละ 41 และโรคที่พบบ่อยเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะของการเคลื่อนไหว และรับน้ำหนัก

อาร์ดา ชีระเกียรติกำจร (2546) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรคืออาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พนิษฐา พานิชชีวกุล(2537) ทำการศึกษา พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบ ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่า ในด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการกระทำกิจกรรมทางด้านร่างกายเพื่อให้เกิดผลต่อการพัฒนาจิตใจโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกวิธีและสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้

นโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ

การที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข และเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่เป็นเส้นเลือดสมองตีบแตก ตัน จากการไม่ได้ควบคุมความดันโลหิต จำเป็นต้องการผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากร เพื่อให้มีการเตรียมการรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนสำคัญมากที่สุดก็คือการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข เน้นความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาระโรคจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ โรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและมีผลกระทบต่ออายุขัยของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานะเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองโรค จะสามารถทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถที่จะบริหารจัดการได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิลำนี้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงได้ จึงควรจัดให้มีการกระจายให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและสามารถให้บริการหรือมีการบริหารจัดการ เรื่องของโรคและควบคุมโรคในผู้สูงอายุได้

ซึ่งถือเป็นแกนหลักสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์ หน่วยบริการปฐมภูมิถือเป็นด่านแรกที่สำคัญ มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ การสามารถให้บริการออกไปในเชิงรุก และการสามารถให้การดูแลจะสามารถป้องกันโรค รวมถึงชะลอภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาอุปสรรคของการเข้าถึงในหน่วยบริการของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเป้าหมายการบริการผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรทั้งในเชิงรุกและเชิงรับดังนี้

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุคงความมีสุขภาพดี
2. สามารถค้นพบโรคทั้งทางกายและใจในระยะเริ่มแรก ให้การรักษาได้อย่างถูกต้องทันเวลา และฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม
3. ให้ผู้สูงอายุได้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง
4. ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

หลักการบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพมีดังนี้

1. มีข้อมูลข่าวสารการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ การสื่อสาร และการฝึกอบรม ซึ่งรวมถึงการอบรม บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเจตคติที่ดีในผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ และ การเข้าถึงการสุศึกษาในผู้สูงอายุ
2. หน่วยบริการ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีกระบวนการปรับปรุงเพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็น พิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลเครือข่ายทางด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบและเป็นปัจจุบันในแต่ละครั้งที่มาตรวจ มารับการรักษาบริการ
3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความสะดวก เพ้าที่จะทำได้ เช่น ทางลาด แสงไฟให้สว่าง ห้องสุสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลให้คำแนะนำ และเน้นการมีส่วนร่วม ความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคด้วยตัวเอง จะเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถชะลอ หรือป้องกันความทุพพลภาพหรือความเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น

แผนผู้สูงอายุและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

ประเทศไทยได้เริ่มมีแผนและมาตรการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 อันจะส่งผลสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยในอนาคต ดังนี้

1. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ.2525 - 2544)

สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2521 ที่ประชุมได้มีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้นที่นครเวียนนาเมื่อพ.ศ. 2525 และได้ให้ความหมายว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลานและเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้นำและเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี จะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัวและเป็นผู้ที่ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดีประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้รับหลักการนี้โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2525 แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและคณะกรรมการการศึกษาวิจัย ขึ้น เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525 - 2544) ขึ้น โดยมีนโยบายและเป้าหมายหลัก 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านสุขภาพอนามัย

มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทางกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญพื้นที่ชนบทยากจนเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งการให้ความสำคัญแก่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบทโดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุได้รับความรู้และบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยเฉพาะในด้านการเตรียมตัวผู้สูงอายุในการรู้จักป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจของตนเองได้ในระดับหนึ่งเพื่อให้มีผลในการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ให้มากที่สุด

1.1.2 ผู้สูงอายุมียุขัยหลังจากอายุ 60 ปี แล้วเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อย 5 ปี

1.1.3 มีบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุควรจะมีในโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

1.2 ด้านการศึกษา

มีการเร่งรัดจัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะการศึกษานอกระบบให้มีรูปแบบและเนื้อหาสาระที่ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมและได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง โดยเน้น ความสำคัญด้านการศึกษาเพื่อชีวิตในครอบครัว (Family Education) ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ เพื่อเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิตด้วยการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน โดยเฉพาะจากสื่อมวลชนทุกรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนว่า สุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับสุขภาพตั้งแต่วัยเยาว์ ฉะนั้นการชะลอความเสื่อมของสุขภาพนั้นต้องทำมาแต่เด็ก โดยการรู้จักป้องกันรักษาสุขภาพและปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้มีระบบและวิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาต่างๆ เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุให้เป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น ในประเด็นด้านศึกษามีเป้าหมายหลักดังนี้

1.2.1 ผู้สูงอายุได้รับข่าวสาร ข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าในวัยสูงอายุอย่างเพียงพอและทั่วถึง

1.2.2 ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับทั้งในระดับครอบครัวและสังคมมากขึ้นโดยบทบาทของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ

1.2.3 สร้างค่านิยมใหม่ในด้านการศึกษาและปฏิบัติหลักธรรมว่า มิใช่เป็นเรื่องเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ทุกคนและทุกวัยพึงเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมาแต่เด็กเพื่อให้มีชีวิตในวัยชราอย่างสุขสงบและมีจิตใจมั่นคง

1.3 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน มีนโยบายดังนี้

เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพในกรณีของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้และไม่มีที่พึ่งพิง มีการส่งเสริมและสนับสนุนระบบและวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการทำงานตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระดับที่เป็นธรรมและเพียงพอแก่การยังชีพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองครอบครัวและสังคมได้ โดยเฉพาะในบทบาทของการถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญ ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวลดการพึ่งพาผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ที่จะต้องหา

มาจนเกือบครบถ้วนให้น้อยลง ตลอดจนส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อทุนแรงในการทำงานของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.3.1 ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองในเรื่องรายได้และการทำงานเพื่อการยังชีพอย่างทั่วถึง

1.3.2 มีหน่วยงานและกลไกกลไกพิทักษ์ป้องกันสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

1.3.3 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้

1.4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีนโยบายดังนี้

ส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวแบบขยายเพื่อให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอบอุ่นของผู้สูงอายุซึ่งจะมีลูกหลานดูแลและดูแลลูกหลาน มีการรณรงค์เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยมในด้านการเห็นคุณค่าของความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่สามารถจะถ่ายทอดให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้อีกมากและให้มีความเคารพและกตัญญูต่อกตเวทีแก่ผู้สูงอายุที่ได้ประกอบคุณงามความดีต่อครอบครัวและสังคม ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาทการมีส่วนร่วมในครอบครัวและในสังคมตามความถนัดและความสามารถ โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในแขนงวิชาต่างๆ รวมทั้งความรู้ในด้านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและศีลธรรมอันดีงามที่จะต้องพัฒนาให้ดำรงไว้ต่อไป และสนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่หลักธรรม ที่เน้นการปฏิบัติมากกว่าเน้นรูปแบบพิธีกรรม โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.4.1 สามารถรักษาค่านิยมอันดีงามเกี่ยวกับการเคารพผู้อาวุโสและการกตัญญูต่อกตเวทีในสังคมไทยให้ยั่งยืนสืบต่อไป

1.4.2 รักษาโครงสร้างครอบครัวขยายไว้ให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับลูกหลานอย่างอบอุ่นได้

1.4.3 มีการยอมรับบทบาทของผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและสังคม และเลิกล้มความเชื่อเดิมที่จำกัดบทบาทผู้สูงอายุไว้เพียงการไปวัดและเลี่ยมหลานให้ได้มากที่สุด

1.5 ด้านสวัสดิการสังคม

เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการต่างๆ รวมถึงขยายบริการในรูปศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้มากขึ้น โดยจะจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ไว้ให้น้อยที่สุดเพียงสำหรับผู้สูงอายุที่

ขาดที่พึ่งอย่างแท้จริงเท่านั้นและจะได้ระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆให้เพียงพอและทั่วถึง โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.5.1 มีพระราชบัญญัติประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมด้านต่างๆ

1.5.2 มีมาตรการด้านภาษีอากร ชักจูงและสนับสนุนการสงเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

1.5.3 ผู้สูงอายุมีความพอใจในบริการสวัสดิการสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ รูปแบบและประโยชน์ของบริการสวัสดิการสังคมสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยเฉพาะในด้านการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่จัดป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตของตนเองได้ในระดับหนึ่ง เพื่อให้มีผลในการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มากที่สุดในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุ ควรมีในโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

2. นโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554)

ในช่วงสมัยรัฐบาลของ นายอานันท์ ปันยารชุน ได้ให้ความสำคัญที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นพิเศษ จึงให้มีการกำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆ ในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) ขึ้นเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อสภานิติบัญญัติ โดยมีรายละเอียดนโยบายดังนี้

ส่งเสริมให้บริการการเรียนรู้ต่างๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมทั้งให้มีความสามารถที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข จัดให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคม ตลอดจนการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ตามความต้องการและจำเป็นอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลังความถนัด ความสามารถและประสบการณ์ ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญงานให้แก่ชนรุ่นหลัง รวมทั้งได้ทำประโยชน์อื่นๆ แก่สังคม ตลอดจนส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยแบบดั้งเดิม รวมทั้งเสริมสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูต่อกันแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยมที่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางจิตใจโดยเฉพาะแก่ผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและ

บริการแก่ผู้สูงอายุ และให้โอกาสผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้สูงอายุและสังคม สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลรักษาและการให้บริการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการหลักดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัวในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบและวิธีการต่างๆ ตลอดจนจัดให้มีบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งจัดบริการพิเศษด้านนันทนาการ
2. ขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพ อนามัย สังคม และสาธารณสุขปึกค สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มียาได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู
3. ส่งเสริมการศึกษาอบรมหรือแนะแนวอาชีพให้กับผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ให้มีความรู้และทักษะสำหรับการเลือกประกอบอาชีพที่เหมาะสม รวมทั้งขอให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและรัฐวิสาหกิจและเอกชนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามศักยภาพและความถนัด
4. จัดกิจกรรมด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทั้งการพักผ่อนหย่อนใจ การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์แก่ชนรุ่นหลังหรือการพัฒนาชุมชน
5. รณรงค์ให้ประชาชนและสังคมเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีสมาชิกหลายรุ่นอายุร่วมกันในครอบครัว ตลอดจนให้มีค่านิยมในการเคารพ กตัญญูทดแทนที่ต่อบุพการีและผู้สูงอายุ
6. ขอความร่วมมือจากสถาบันทางศาสนาในการเผยแพร่คำสอนเพื่อให้เป็นที่พึงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งให้มีการปรับปรุงวิธีการเผยแพร่คำสอนในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสม

นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) ได้จำแนกนโยบาย มาตรการกิจกรรม และหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการออกเป็น 5 ด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ คือ

1. ด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการ
2. ด้านสวัสดิการสังคม
3. ด้านการงานและรายได้
4. ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม และจิตใจ
5. ด้านวิจัยและพัฒนา

3. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

สืบเนื่องจากแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 ได้สิ้นสุดลงใน พ.ศ. 2544 ดังนั้นคณะกรรมการการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ(กสผ.) จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และคณะทำงานร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 ขึ้น เพื่อจัดทำร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยให้มีความเหมาะสม เป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลง พัฒนา และให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 54 และมาตรา 80 วรรค 2 หลักการขององค์การสหประชาชาติ 18 ข้อ และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย 2542 ซึ่งมี 9 ข้อ ที่ได้ระบุถึงภารกิจที่สังคมของรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2545

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้จัดทำขึ้นโดยมีวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ของแผน ดังนี้

ด้านวิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” โดย

1. ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี (สุขภาพดีทั้งกายและจิต ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง)
2. ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง
3. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ
4. ระบบสวัสดิการและการบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ
5. รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม
2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน

4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมใน
ภารกิจด้านผู้สูงอายุ

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน
ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและ
สอดคล้องกัน

ยุทธศาสตร์ของแผน แผนฯ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะบูรณาการ 5
ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อ
วัยสูงอายุที่มีคุณภาพประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

1. มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
2. มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนัก ถึงคุณค่าและ

ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6
มาตรการหลัก

เบื้องต้น

ผู้สูงอายุ

1. มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเอง
2. มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กร
3. มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
4. มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
5. มาตรการส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ

และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

6. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและ
สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

1. มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
2. มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ
3. มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
4. มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางาน ด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

1. มาตรการการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
2. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานความรู้ ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

1. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
2. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างเหมาะสม
3. มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
4. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีสิทธิในบริการสาธารณสุขตามที่บุคคลมีสิทธิได้รับ ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยที่มาตรการ 5 ของพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้บุคคลมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2545 กำหนดให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นบริการ

สาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และได้ใช้ขอบเขตบริการดังกล่าว มาจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นไปตามหลักการดังนี้

1. เป็นบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขพื้นฐาน ที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

2. การไปรับบริการสาธารณสุขของบุคคล ให้ไปรับบริการได้ที่หน่วยบริการประจำที่ตนเองได้เลือกขึ้นทะเบียนไว้ กรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการประจำ จะเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปรับบริการ ยังสถานพยาบาลอื่น ตามความเหมาะสมต่อไป

กรณีทหารผ่านศึก ที่ไม่ใช่ผู้ประกันตน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม หรือได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สามารถใช้สิทธิที่สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง (เนื่องจากเป็นสิทธิที่มีมติคณะรัฐมนตรีรองรับอยู่แล้ว ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 6 วรรคสาม)

กรณีของคนพิการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับทหารผ่านศึกเช่นกัน

3. กรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประชาชนสามารถเข้ารับบริการ ที่หน่วยบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใดก็ได้ที่อยู่ใกล้ที่สุด กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ใช้บริการไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

4. การจัดบริการการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์ทางเลือก ทั้งการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพ ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถใช้บริการได้ จะต้องผ่านการตรวจคัดกรอง และส่งต่อโดยแพทย์

5. กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

5.1 กรมอนามัย พัฒนาส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันรักษา ฟื้นฟูสภาพอนามัยผู้สูงอายุ เช่นการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ การอบรม สัมมนา การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ การจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุการพัฒนาศูนย์บริการในการให้บริการ รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5.2 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ส่งเสริม และสนับสนุน การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ พัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชนบท ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ

5.3 กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดทำโครงการรณรงค์ต่างๆ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์หมายเลข 1667

5.4 สำนักประกันสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการรักษาพยาบาล แก่กลุ่มผู้สูงอายุ

5.5 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานด้านวิชาการที่ศึกษาวิจัย หรือสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ และเผยแพร่สู่สาธารณชน

นโยบายสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

ความต้องการด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการในยุคแรกของปรัชญาว่า ครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นรัฐหรือหน่วยงานและองค์กรที่ให้การดำเนินการ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีสมาชิกในครอบครัวให้การดูแล ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองได้มีการในด้านโครงสร้างของสังคม ซึ่งทำให้รัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนต้องจัดโครงการบริการด้านสวัสดิการ โดยหมายให้ครอบคลุมมิใช่แต่เพียงผู้สูงอายุที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงผู้สูงอายุและยังมียุทธศาสตร์ที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกลุ่มทุน ผู้ให้บริการที่สำคัญคือรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งให้บริการโดยง่าย หรือคิดค่าใช้จ่ายโดยคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ แต่ตลาดการค้าบริการพวกนี้ได้ขยายภาคเอกชนสามารถประกอบธุรกิจด้านนี้ได้เพราะมีอุปสงค์เพิ่มขึ้น การขยายตัวทางเศรษฐกิจทำให้ประมาททั้งความต้องการบริการที่ดีขึ้น ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการบริการด้านสวัสดิการในปัจจุบัน จึงมิใช่การมอบการบริการให้ตามความจำเป็น เฉพาะชนชั้นยากจนในสังคมเท่านั้นอีกต่อไป นอกจากนั้นจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการบริการได้เพิ่มขึ้น และหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวมากขึ้น จึงทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากมีอายุยืนยาวและเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในปัจจุบันองค์กรพัฒนาเอกชน(Non-governmental organizations หรือ NGOs) ในประเทศต่างๆ ในบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ แต่บทบาทการให้บริการแก่ผู้สูงอายุขององค์กรพัฒนาเอกชนได้รับผลกระทบเนื่องมาจากปัจจัยสามประการคือ ประการแรกได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในหมู่ผู้สูงอายุ การพัฒนาอย่างรวดเร็วในเอเชียทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่งคั่งเพิ่มขึ้นและ

ต้องการรูปแบบและคุณภาพของการบริการที่ดีขึ้น สำหรับผู้สูงอายุซึ่งดำเนินการโดยภาคธุรกิจเอกชนจะกลายเป็นคู่แข่งที่สำคัญในอนาคต เนื่องจากสนิยมดำเนินวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตจะเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยประการที่สองได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบสูงอายุ กล่าวคือ การที่เครือข่ายครอบครัวเป็นกลไกประเพณีนิยมในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพนั้น ย่อมทำให้รัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนยังคงดำรงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุในระดับกลางต่อไปมีแนวโน้มว่าครอบครัวจะไม่สามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป การย้ายถิ่นจากในหลายประเทศในเอเชีย ทำให้คู่สมรสผู้สูงอายุถูกละทิ้งให้อยู่ในชนบท และต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงดูและขาดการส่งเสริมในด้านการเงินในเวลาต่อมา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองก็ต้องเผชิญปัญหาเมื่อคู่สมรสหนุ่มสาวย้ายออกจากบ้านเรือนของบิดามารดา หรือแม้กระทั่งบุตรซึ่งอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ในบางประเทศ เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ และฮ่องกง ซึ่งมีแรงงานรองรับอยู่แล้วจึงสามารถกล่าวในการช่วยทำงานในครัวเรือนและดูแลผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นหากครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลสมาชิกในอนาคต และต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานใดๆ แล้วองค์กรพัฒนาเอกชนก็เป็นทางหนึ่ง ส่วนปัจจัยที่สามที่มีผลกระทบต่อองค์กรพัฒนาเอกชนในอนาคต คือ การเปลี่ยนแปลงในองค์กรสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับรัฐ กล่าวคือ องค์กรจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานเพื่อทำให้การบริการและคุณภาพสูงขึ้น โดยที่รัฐจะต้องจัดหาทรัพยากรและเงินทุนเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่องค์กร ซึ่งในประเทศเอเชียจะมีกลไกและการประสานงานอยู่แล้วในรูปของสภาแห่งชาติเพื่อให้บริการทางสังคมคณะทำงานกรรมการต่างๆ สามารถใช้องค์กรเหล่านี้ในการวางแผนงานสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านสุขภาพและการเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก รัฐจึงควรให้ความสนใจแก่ประชากรผู้สูงอายุเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ โดยได้รับความสะดวกสบายทั้งจากครอบครัวและชุมชน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาได้แก่ ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุที่ยืนยาวขึ้นทำให้มีความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัยและการแพทย์เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยผู้ใหญ่แล้ว เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีโอกาสเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้น้อย ผู้สูงอายุต้องการบริการด้านสุขภาพและการแพทย์เป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น นโยบายสุขภาพของประเทศต่างๆ ในเอเชียได้จึงมุ่งเน้นในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก โรคที่สำคัญในหมู่ผู้สูงอายุได้แก่ โรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ กระดูกและไขข้อ สายตา และอื่นๆ ซึ่ง

ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียชีวิต การศึกษาวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุจะทำให้การป้องกันและการรักษามีประสิทธิภาพ

ครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากในประเทศกำลังพัฒนาได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัว แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยก็สามารถมีรายได้จากการประกอบอาชีพนอกจากนั้นยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยปกติแล้วผู้สูงอายุและบุตรหลานในครอบครัวต่างก็มีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ในด้านการเงิน ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ประเพณีนิยมยังมีบทบาทในการทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในทางสังคม และค่านิยมทางศาสนาสามารถช่วยเน้นย้ำประเพณีนิยมในเรื่องความสัมพันธ์ของครอบครัวและความผูกพันของชุมชนให้แน่นแฟ้นขึ้น หน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยนั้นเป็นหน้าที่ของครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นอันดับแรก แต่ปัญหาก็อาจได้ความกดดันที่เกิดจากสังคมทันสมัยนั้น ครอบครัวจะรับหน้าที่และภาระผูกพันตามประเพณีนิยมต่อไปโดยไม่ได้รับความเกื้อหนุนจากส่วนอื่นได้หรือไม่จึงเป็นประเด็นที่ผู้วางนโยบาย ชุมชน และครอบครัวจะต้องพิจารณาและร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจัง

ระบบประกันสังคมและชุมชนในระดับท้องถิ่นเป็นฐานที่สำคัญในการริเริ่มบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งรวมถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยด้วย รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนในด้านงบประมาณให้แก่การสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินงานด้านบริการสุขภาพอย่างเข้มแข็งทั้งในด้านบุคลากรและด้านเวชภัณฑ์โดยเฉพาะในเขตชนบทและเขตที่มีผู้ยากจนอาศัยอยู่ บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมอย่างดีและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การดำเนินงานดังกล่าวจะต้องใช้เงินงบประมาณจำนวนมาก นอกจากนั้นรัฐยังอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณจากหน่วยงานทางด้านศาสนาและด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ มาร่วมดำเนินการด้วย

โครงการเพื่อผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนามีขีดจำกัดในด้านความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุจำนวนมากและขอบเขตของการให้บริการ ผู้สูงอายุจำนวนมากในประเทศกำลังพัฒนาไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจผู้ได้รับผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มย่อย เช่น ผู้ที่ทำงานและได้รับเงินเดือนโดยเป็นลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม ส่วนผู้สูงอายุทั่วไปจะเป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัวทั้งในทางเศรษฐกิจและครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล ส่วนการตั้งสถาบันเพื่อดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมของประเทศ โดยประเทศในเอเชียและในกลุ่มประเทศอาหรับ สถานพยาบาลและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจึงมีจำนวนน้อยสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือไม่มีบุตรเท่านั้น แต่การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ และความผูกพัน

ครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุได้เริ่มมีปัญหาเมื่อประเทศกำลังพัฒนาเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ ภาวะเจริญความเป็นเมืองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทขาดผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่อาศัยที่เจริญแล้วมีจำนวนลดลง แม้แต่ประเทศที่มีครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางเช่นประเทศเกาหลี ส่วนประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้พยายามใช้ประเพณีนิยมที่เก่าแก่นับศตวรรษให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุเช่น พ.ศ. 2523 ได้อนุญาตให้ผู้เป็นบิดามารดาที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีสิทธิขอความช่วยเหลือจากบุตรอย่างไรก็ตามมีประเทศกำลังพัฒนาจำนวนน้อยที่มีระบบโครงสร้างขั้นพื้นฐานมั่นคงพอที่จะดำเนินโครงการให้ผู้สูงอายุได้ ดังนั้นโครงการให้บริการผู้สูงอายุส่วนใหญ่เช่น ในประเทศอินโดนีเซีย จึงเป็นโครงการที่สอดคล้องการวางแผนครอบครัว หรือโครงการอื่นๆ ที่ดำเนินงานโดยองค์กรต่างๆ ที่มีการบริหารจัดการอย่างดี ตลอดจนความต้องการใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด ทำให้รัฐบาลมีขีดความสามารถในการดำเนินงานโครงการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายการเกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย

ผู้สูงอายุในสังคมเอเชียมีความผูกพันกับครอบครัวและชุมชนอย่างมาก ในบางประเทศมีกฎหมายสำหรับผู้สูงอายุ และผนวกเรื่องของผู้สูงอายุเข้ากับเรื่องของสังคม ชาวอินโดนีเซียบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องรับภาระมารดาหรือผู้ที่มอมรดกให้ไปจนตลอดชีวิต นอกจากนั้นผู้สูงอายุชาวอินโดนีเซียยังมีสิทธิเรียกร้องให้มีมาตรการด้านสวัสดิการและเศรษฐกิจที่เหมาะสมตลอดระยะเวลาในการทำงาน เพื่อให้สามารถมีมาตรฐานชีวิตที่ดี ประเทศส่วนใหญ่ในเอเชียมีบ้านอายุสำหรับผู้ปฏิบัติงานในองค์กรต่างๆ แต่ระบบครอบคลุมผู้สูงอายุเพียงจำนวนน้อยผู้สูงอายุยังคงต้องได้รับความเกื้อหนุนด้านการเงินจากบุตร โดยเฉพาะในเขตเมือง ผู้สูงอายุสตรีส่วนมากอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงบุตร และมีผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุมากจำนวนน้อยมากที่ได้รับประโยชน์จากระบบบ้านอายุ ประชากรส่วนใหญ่คือร้อยละ 85 อาศัยอยู่ในเขตชนบท สำหรับระบบบ้านอายุในประเทศเนปาลครอบคลุมเฉพาะข้าราชการในประเทศปากีสถานสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมได้มีโครงการสำหรับผู้สูงอายุเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2523 เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่รัฐต้องประสบปัญหางบประมาณในระหว่างปี พ.ศ. 2531-2536 จึงทำให้สามารถจัดให้ผู้สูงอายุได้เพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามรัฐบาลมีนโยบายที่จะจัดเตรียมบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในอนาคตการคมนาคมและการรักษาดูแลในช่วงเวลากลางวัน ในประเทศศรีลังกาผู้สูงอายุมีสถานภาพเช่นเดียวกับปากีสถาน และเนปาล และมีองค์กรและคณะกรรมการต่างๆ ที่ดำเนินงานที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุของรัฐและองค์กรอาสาสมัคร ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีการจัดการและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีบุคคลชั้นนำของประเทศมีอายุมากกว่า 70 ปี โครงการที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุของประเทศจีนได้ด้านความมั่นคงของรายได้ การดูแลรักษาทางการแพทย์ บริการด้านการศึกษาและกิจกรรมยามว่าง รัฐยังดูแลผู้สูงอายุไม่รู้สึกลงด้วย ส่วนในประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ ไทย ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น การดูแลรับผิดชอบของครอบครัวและรัฐร่วมกัน ผู้สูงอายุในประเทศมาเลเซีย ได้รับการเอาใจใส่อย่างดี แม้รัฐจะให้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุรวมเข้ากับกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ รัฐได้เกื้อหนุนด้านสวัสดิการโดยผ่านครอบครัวและชุมชนและใช้สถาบันของประเทศเป็นแหล่งสุดท้ายในการดูแลผู้สูงอายุต่างๆ ที่มีส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้แก่โครงการด้านภาษี การรักษาทางการแพทย์ รายได้ และสวัสดิการรวมทั้งสวัสดิการที่อยู่อาศัยในชนบทเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในเขตชนบท ประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติได้นั้นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โครงการของรัฐและเอกชนในการให้ความสำคัญผู้สูงอายุยังจำกัดจำนวนและขอบเขตของการให้บริการรัฐมีโครงการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2523 รวมถึงด้านสุขภาพ การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัย และการจ้างงาน โครงการดังกล่าวต้องการครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และสวัสดิการประเทศศรีลังกาให้ความสนใจแก่โครงการที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและพิการเป็นอันดับแรก แต่ในประเทศเนปาลบังกลาเทศ และปากีสถานยังไม่มีโครงการที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจูงใจที่สำคัญในการให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งมีปัญหาด้านนี้มาก

สำหรับตัวอย่างนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุในเอเชีย พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้ปริมาณการบริโภคยาและการใช้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ประเทศฮ่องกงมีประชากรอายุ 65 ปีและ 65 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด แต่ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้ใช้บริการด้านสุขภาพมากเกือบครึ่งหนึ่งของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ และยังเป็นประชากรกลุ่มสำคัญในการบริโภคบริการด้านสุขภาพนานาชาติ โครงการประกันสุขภาพของฮ่องกง ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นดำเนินการเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน รูปแบบที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรในประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ ได้แก่ การใช้ยาเพื่อการรักษาพยาบาล และการให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ แก่ประชากรซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบริการของรัฐ ระบบยาและการดูแลสุขภาพพยาบาลด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในประเทศต่างๆ ในเอเชียซึ่งเป็นการเกื้อหนุนประชากรผู้สูงอายุในขั้นพื้นฐานนั้น เป็นระบบที่มุ่งรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยให้หายจากโรค แต่มิได้เน้นในด้านการป้องกัน และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชากรในเรื่องสุขภาพอนามัย องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ประเทศกำลังพัฒนาเปลี่ยนนโยบายด้านสุขภาพอนามัย โดยให้เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชากรเพิ่มขึ้น ตลอดจนดำเนินการเพื่อให้การมีสุขภาพดีของประชากรดำรงอยู่ได้ องค์การ

อนามัยโลกได้เน้นการเกื้อหนุนของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในฐานะเป็นบทบาทของครอบครัว และเป็นประเพณีนิยมของประเทศ และได้เสนอให้ประเทศต่างๆ ในเอเชียดำเนินนโยบายที่ให้ความสำคัญในเรื่องการทำให้ครอบครัวมีทรัพยากรที่แข็งแกร่ง และพอเพียงในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และหามาตรการจูงใจเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นนโยบายในอนาคตเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ จึงควรมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ 3 ประการคือ เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล การดำรงรักษาการมีสุขภาพดีให้คงอยู่ และการสอดแทรกการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ (Nelson, 1996) ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าว สังคมสูงอายุในเอเชียเป็นเรื่องใหญ่ที่ทุกประเทศต้องเตรียมพร้อมระยะยาวจึงจะลดผลกระทบและสร้างความมั่นคงให้กับวัยสูงอายุซึ่งทุกคนต้องเผชิญในอนาคต

กลไกในการทำงานภาครัฐด้านผู้สูงอายุไทย

การดำเนินด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย เริ่มมีพัฒนาการตั้งแต่ปี พ.ศ.2494 กล่าวคือ มีการจัดทำพระราชบัญญัติบำนาญชราภาพ ซึ่งในช่วงนั้นผู้ที่ได้รับประโยชน์มีเพียงเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต่อมา พ.ศ.2496 รัฐบาลได้มีแผนจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือยากจน โดยมีกรมประชาสงเคราะห์เป็นเจ้าภาพ และต่อมา มีการขยายผลเป็น 20 แห่ง ในปี พ.ศ.2546 ณ ขณะนั้นมีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแลจำนวน 3,000 คน ในปี พ.ศ.2522 เริ่มจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ (Day center) ทำการขยายผลเป็น 18 แห่ง มีสมาชิกประมาณ 250,000 คน ต่อมาอีก 3 ปี คือพ.ศ. 2525 มีการเคลื่อนไหวมากมายด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on ageing) จัดโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย มีผู้แทนประเทศไทยเข้าร่วมประชุมสองท่านคือ พลเอกสิทธิ จิรโรจน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และ นพ.บรรลุ ศิริพานิช ในปีนี้เองรัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น ส่งผลให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1(2525-2544) โดยมีมติ กรม. เห็นชอบในหลักการดำเนินงาน 5 ด้านคือ สุขภาพอนามัย ความมั่นคงทางได้และการทำงาน การศึกษาวัฒนธรรม ศาสนา สังคม วิจัยและพัฒนา ซึ่งในปีนี้อเององค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การสหประชาชาติและกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้เป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุ (The year of the health for the Elderly-Add Life to years) รัฐบาลไทยจึงได้ประกาศให้ วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติและมีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 เป็นต้นมา (มติกรม.วันที่ 14 ธันวาคม 2525) และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพ) ต่อมาพ.ศ. 2527 กรมประชาสงเคราะห์ได้เชิญชวนให้จังหวัด

ต่างๆ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ปีพ.ศ.2528 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวต่อมาในปี พ.ศ.2532 โดยกรมประชาสงเคราะห์และประชาสงเคราะห์จังหวัดทั่วประเทศ ได้สนับสนุนการก่อตั้งสมาคมสภา ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ต่อมาในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการให้การสงเคราะห์ประชากรผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลและโครงการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทยรับผิดชอบโดยกระทรวงศึกษาธิการ ปีพ.ศ.2534 รัฐบาลสมัยพล.อ.ชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรี ประกาศใช้วันที่ 14-15 เมษายน ของทุกปีเป็นวันครอบครัว และในปีนี้รัฐบาลประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและทุพพลภาพ(ผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากบางมาตราในกฎหมายนี้เช่น เกี่ยวกับเครื่องช่วยความพิการ การจัดสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะ) จากปรากฏการณ์ในอดีตที่ผ่านมาสำนักนายกรัฐมนตรี โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว(พ.ศ.2535-2554) ต่อมาในปี 2536 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ 36 ล้านบาท ให้แก่กองทุนส่งเสริมสวัสดิการ ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน(เบี้ยยังชีพ) จำนวน 2 หมื่นคน ในปี 2550 งบประมาณถูกเพิ่มขึ้นเป็น 1,440 ล้านบาท เพื่อจ่ายให้ผู้สูงอายุ 4 แสนคน (ต่อมางบประมาณนี้ได้โอนถ่ายสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2544) ในปี พ.ศ. 2536 นี้เองรัฐบาลได้จัดตั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีมาตรการลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟให้แก่ผู้สูงอายุ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งโครงการนำร่องศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยชุมชน ปีพ.ศ.2537 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ต่อมาในปี 2538 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา ให้มีตัวบทกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุส่งผลให้มีการบัญญัติเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 54 และมาตรา 80 ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 และมีการร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ(30 มาตรา)ในปีถัดมา คือพ.ศ.2541 นอกจากนี้ยังได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน ในปีนี้เองที่ทั่วโลกได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐบาลไทยภายใต้แผน Miyasawa ได้ให้งบประมาณเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพจาก 200 บาท เป็น 300 บาท ส่งผลให้เกิดการประชุมปฏิบัติการระดับภูมิภาคเพื่อเตรียมแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุ จัดโดย องค์การสหประชาชาติและเครือข่าย การเคลื่อนไหวด้านนโยบายของรัฐบาลอีกประการหนึ่งก็คือ การจัดทำเพิ่มเติมเนื้อหาพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2534 ในเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการ และในปี พ.ศ.2542 รัฐบาลไทยได้จัดกิจกรรมผู้สูงอายุทั้งปีทั่วประเทศ สอดคล้องกับที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้ปี 2542 เป็นปีผู้สูงอายุสากล(The International year for the Older Persons) “Toward A Society

for All Ages” และในปีนี้อองกระทรวงสาธารณสุขได้ทำประชาพิจารณ์ ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุทั่วประเทศ มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ต่อมารัฐบาลได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) พร้อมกับการจัดทำประชาพิจารณ์แผนทั่วประเทศ และโอนงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีถัดมาหลังจากได้ส่งแผนเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาแล้ว คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และได้มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และในปี 2545 นี้ได้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (Second World Assembly on Aging) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน นอกจากนี้คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้เสนอร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร ต่อมาในปี พ.ศ.2546 ได้มีการจัดทำโครงการนำร่องอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงที่บ้าน รัฐบาลโดยสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาผ่านร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ มีการปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติพ.ศ.2542 และในวันที่ 22 ธันวาคม 2546 นี้เอง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงลงพระปรมาภิไธย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 ต่อมาได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 120 ตอนที่ 130 ก. มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นไป และในปัจจุบันนี้รัฐบาลได้เพิ่มเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุเป็นคนละ 600 บาท ภายใต้การดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

สืบเนื่องจากการมีบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 หมวดที่ 3 ที่บัญญัติถึงสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญได้กำหนด โดยเฉพาะในมาตรา 54 ได้ระบุไว้ว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” มาตรา 80 วรรค 2 “รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2540) ด้วยความสำคัญดังกล่าวจึงได้มี พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 ขึ้น โดยมีสาระสำคัญดังนี้

“พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖”

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย มีการให้จัดตั้งกองทุนและมีคณะกรรมการ

ดำเนินงานตามกฎหมาย ตลอดจนกำหนดบทบาทของหน่วยงานทุกระดับของกระทรวงหรือทบวง ในราชการส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตามนโยบาย ทั้งในด้านสุขภาพ สังคมและสวัสดิการ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุน ตลอดจนทำการ ศึกษา วิจัย และพัฒนาเกี่ยวกับงานคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีการประสานงาน เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์งาน หรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนด้วยเป็นสำคัญ สาระสำคัญที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัตินี้อีกประการหนึ่งคือ สิทธิของผู้สูงอายุ ในมาตรา 11 จำนวน 13 ข้อ

ส่วนสรุป จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นประชากรสูงอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยมีกลไกการเคลื่อนไหวในระดับชาติและท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งในประเด็นด้านสาธารณสุข ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ประกอบกับอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่อาจรับมือได้เพียงลำพัง จึงได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุลงสู่ระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ยังดำเนินการด้านการจัดสรรงบประมาณและกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคาดหวังว่าผลของนโยบายสาธารณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบในทางบวกต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและผู้เข้าร่วมดำเนินงานในชุมชน

ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนนับได้ว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่า กิจกรรมพัฒนาใด ๆ หากประชาชนไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นมีโอกาสสำเร็จและดำรงอยู่ได้ แต่หากว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการอย่างถ่องแท้ และสามารถมองเห็นและคาดหวังในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ จนเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง และค้นพบทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จนเกิดการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน

กิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของชุมชนซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมพร้อมทั้งจะช่วยให้พัฒนาขีดความสามารถของประชาชนให้มากขึ้น (ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์, 2531)

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญ ในการพัฒนาแนวใหม่ที่มุ่งสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน ได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526) ได้อธิบายความหมาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมว่า คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบมาถึงประชาชนเอง และการที่จะสามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นแล้ว จำเป็นต้องยอมรับปรัชญา ที่ว่ามนุษย์ทุกคนต่างปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมกลุ่ม ขณะเดียวกันก็ต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์สามารถพัฒนาได้ ถ้ามีโอกาสได้รับการชี้ทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม

อकिन รพีพัฒน์ (2527) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า “ให้ประชาชนเป็นผู้คิดปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่าง ไม่ใช่เรากำหนดไปแล้วมาให้ประชาชนเข้าร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่คิดขึ้นเอง”

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้ให้ความหมายในเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลส่งเสริมชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มชน ชุมชน สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน

ชินรัตน์ สมสืบ (2539) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมไม่ควรใช้การบังคับหรือก่อตั้งโดยรัฐ แต่ต้องเกิดจากการตระหนักและตัดสินใจของชาวบ้านเอง รัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุนและสร้างปัจจัยต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการมีส่วนร่วม เช่น นโยบาย แผนงาน กฎหมายและระเบียบต่างๆ รวมทั้งสื่อที่สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน การเปลี่ยนแปลงของคนในสังคมทุกระดับให้มีความสัมพันธ์ช่วยเหลือกัน และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นต้องเป็นไปตามแนวทางที่วัฒนธรรมชุมชนต้องการ มุ่งสู่การเป็นปีกแผ่นของสังคมที่ทุกคนมีเจตจำนงร่วมกันในที่สุด

จากการรวบรวมความหมายของการมีส่วนร่วมและศึกษาความหมายต่างๆ แล้วสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด การเปลี่ยนแปลงทั้งเพื่อตัวเอง และกลุ่ม โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และกลุ่มของเขา และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ปรารถนาหรือที่ตั้งไว้ การที่เข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลมีสาเหตุหลายประการ เช่น มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีแรงจูงใจเป็นตัวเงิน ถูกปลุกกระดมให้เข้ามามีส่วนร่วม อยากมีเพื่อนหรือต้องการมีความสำคัญในสังคม

ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ม.ร.ว. อคิน รพีพัฒน์ (2527) ได้มีการแบ่งการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข
2. การตัดสินใจเลือกแนวทางและการวางแผนการแก้ไขปัญหา
3. การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาตามแผน
4. การประเมินผลงานกิจกรรมการพัฒนา

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้กล่าวถึง ภาพรวมของขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาว่าต้องมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไข และลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่มีประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้มีประโยชน์ต่อส่วนร่วม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
6. ร่วมลงทุนกิจกรรมของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลให้ประโยชน์ต่อไป

Cohen and Uphoff (1980 อ้างใน ปาริชาติ วลัยเสถียร, 2543) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยการริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัตถุ ผลประโยชน์ทางด้านสังคม หรือผลประโยชน์ทางด้านส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เป็นการเข้าร่วมในการควบคุม และตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) ได้สรุปกระบวนการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอนคือ

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน จะเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ร่วมกันเรียนรู้สภาพชุมชน การดำเนินชีวิต ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำงาน และส่วนร่วมค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน โดยมีการรวมกลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ แนวทางการดำเนินงาน และทรัพยากรที่จะต้องใช้
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนา โดยการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ แรงงาน เงิน หรือเข้าร่วมบริหารงาน การใช้ทรัพยากร การประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการพัฒนา เป็นการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ โดยอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันของบุคคลและสังคม
5. การมีส่วนร่วมในการติดตาม และประเมินผลการพัฒนาเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทันทั่วถึง

ลักษณะการมีส่วนร่วม

อकिन รพีพัฒน์ (2531) ได้เสนอแนวคิดถึงลักษณะของการมีส่วนร่วมที่น่านำมาพิจารณาได้ 2 ลักษณะคือ

1. ลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาชนบทของประชาชนด้านต่างๆ ได้แก่
 - 1.1 การค้นหาปัญหา จัดลำดับของปัญหาและสาเหตุแห่งปัญหา
 - 1.2 หาแนวทางการแก้ปัญหาและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหานั้น
 - 1.3 ประเมินผลการพัฒนา
2. ลักษณะเงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมว่า การที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชุมชน เพราะเงื่อนไขเหล่านี้หรือไม่
 - 2.1 แรงใจ ถูกบังคับ หรือมีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า
 - 2.2 เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานั้น
 - 2.3 เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าว จะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและชุมชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) สรุปลักษณะของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการการติดตามผลและการประเมินผล
2. อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้ นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมนี้ แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม จึงมีการโต้แย้งว่าการมีส่วนร่วม โดยการใช้วิธีการหลายกรณีประชาชนไม่มีโอกาสเข้าร่วมในการตัดสินใจ ทางออกที่ควรเป็นคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ประชาชน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ได้มีผู้ศึกษาและเสนอแนะไว้ดังนี้

บุญมี รัตนะพันธ์ (2543) ได้กล่าวถึง ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลต่างๆ อายุ เพศ สถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษาถิ่นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่ในท้องถิ่นปัจจัยอื่นๆ เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนเมือง จำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์ วิหาร
2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรงผู้อื่นก็ช่วยแรง
3. อำนาจบังคับเกิดจากคนที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่างๆ เช่น บังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

หลักการและแนวทางการพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้เสนอหลักการและแนวทางการพัฒนาที่ให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นกิจกรรม หากกิจกรรมที่นำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นสร้างความสนใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็น และประโยชน์ในการจัดทำกิจกรรมเหล่านั้น
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทักษะ และพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไป โดยไม่พึ่งพาภายนอก เฉพาะในระยะเริ่มแรก ต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรมและสามารถทำต่อไปเองได้

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมพร้อมกับสภาพชุมชน ซึ่งรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน คือ ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทางราชการเพื่อเป็นผู้บุกเบิก และ ชักนำชาวบ้านต่อไป

6. ขั้นตอนในการดำเนินงานต่างๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุ ร่วมปรึกษาหารือแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมตัดสินใจร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตามผลงาน จนถึงขั้นร่วมบำรุงรักษาระยะยาว

ส่วนสรุป จากแนวคิดการมีส่วนร่วมข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดำเนินกิจกรรมใดๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในทุกขั้นตอน จึงจะทำให้เกิดความสำเร็จและความยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยฉบับนี้ เนื่องจากมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น ซึ่งคาดหวังว่าจะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การเกิดสุขภาวะในชุมชนและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

ตอนที่ 5 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ หรือ EMPOWERMENT หมายถึง การให้อำนาจ การให้ความสามารถ การทำให้สามารถ การอนุญาต หรือการเปิดโอกาสให้ ซึ่งต่างจากคำว่า อำนาจ (Power) โดยที่อำนาจหมายถึง กำลัง ความสามารถ หรืออำนาจ ซึ่งเป็นศักยภาพที่บุคคลคนหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น หรือกลุ่มอื่น หรือทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด (เมืองทอง แคมมณี, 2553)

EMPOWERMENT แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2554)

1. PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้ คือ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการทำให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่าง เกี่ยวกับตัวเอง เช่น คนที่เกิดมาเป็นคนพิการ สามารถทำตัวให้รู้สึกมีคุณค่าได้

เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และสามารถกำหนดพรหมลิขิตของตนเองได้ เช่น เพลงที่ว่า ข้าขอลิขิตชีวิตตัวเอง ไม่เกรงฟ้าดิน เป็นต้น

เป็นความรู้สึกอิสระที่เกิดขึ้นภายในตัวเอง ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรของตนเอง หรือแสดงความรู้สึกอย่างจริงใจได้ เมื่อคนรู้สึกได้รับอำนาจ จะรู้สึกมีชีวิตชีวา และมีความรับผิดชอบ และมีอิสระ ที่จะเลือกสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองได้

2. STRUCTURAL EMPOWERMENT ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้ คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจอย่างแท้จริง โดยเกิดเป็นฝ่ายตรงข้าม ที่มีปรัชญาทางสังคม และการเมืองที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ลักษณะของ EMPOWERMENT ทั้ง 2 ประเภทนี้ จะสัมพันธ์กัน เพราะถ้าเราไม่มีความรู้สึกว่า ตัวเรามีคุณค่า มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนแล้ว ก็ย่อมไม่อาจจะได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างอำนาจเลย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจด้าน PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT ที่เน้นคุณค่าของตนเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้เน้นที่ความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีภายใต้กิจกรรมทางกายในชุมชน ผนวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นการให้ความสามารถแก่ประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยการเปิดโอกาสในการใช้ศักยภาพของบุคคล ชุมชน ได้เรียนรู้ภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การใช้สิทธิ์เพื่อเสนอ/เรียกร้องให้เทศบาลพิจารณาปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งเกิดการนำไปสู่ข้อเสนอวาระนโยบาย และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ

แหล่งอำนาจหรือฐานของอำนาจมีอะไรบ้าง การที่จะให้อำนาจแก่ผู้อื่น หรือ EMPOWERMENT นั้นควรต้องทราบว่า แหล่งของอำนาจหรือฐานของอำนาจ มีอะไรบ้าง ดังต่อไปนี้คือ

1. อำนาจที่เกิดจากตำแหน่ง หรือหน้าที่ ซึ่งเป็นอำนาจ ที่ให้กับบุคคล หรือกลุ่มตามตำแหน่ง หรือหน้าที่ ที่มีอยู่ ซึ่งอำนาจแบบนี้ จะหมดสิ้นไป เมื่อพ้นจากตำแหน่ง หรือหน้าที่นั้นแล้ว
2. อำนาจที่เกิดจากการควบคุมทรัพยากรต่างๆ เช่น การที่มีเงิน มีบุคลากร มีวัสดุ มีเทคโนโลยี มีลูกค้า ซึ่งถ้ามีมากหรือมีทรัพยากรที่สำคัญและหายากจะยิ่งทำให้มีอำนาจมากขึ้น
3. อำนาจที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การมีเพื่อน การรู้จักคน การเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะสร้างเครือข่าย อันจะทำให้เกิดอำนาจ
4. อำนาจที่เกิดจากความเชี่ยวชาญ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น ความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ หรือด้านเทคนิค ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ในหมู่นักวิชาการ หรือวิชาชีพ และความเชี่ยวชาญ ด้านวิธีการ หรือด้านกระบวนการ ซึ่งมักเป็นที่ยอมรับ ในหมู่ผู้จัดการ หรือผู้บริหาร ทั้งนี้อำนาจเช่นนี้จะเกิดจากผลงาน ที่ได้กระทำไปแล้วในอดีต

5. อำนาจหน้าที่เกิดจากการมีข้อมูล ซึ่งทำให้สามารถควบคุมบริหารองค์การได้ ถ้าหากมีข้อมูลที่ดี เชื่อถือได้ และถูกต้อง ซึ่งจะต้องมีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ ที่จะพิจารณาเลือกได้ว่า ข้อมูลใดเกี่ยวข้อง และสำคัญต่อการทำงานในองค์การ

6. อำนาจที่เกิดจากคุณสมบัติหรือบุคลิกลักษณะส่วนตัว เช่น ความสามารถ ความมั่นใจในตัวเอง ความน่าเชื่อถือ ความมีเสน่ห์ ความเป็นผู้มีวาทศิลป์ดี ความเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งทำให้คนผู้นั้น มีความสามารถพิเศษ ที่อาจฝึกฝนให้มีในตนได้ด้วย

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีทรรศนะในประเด็นแหล่งของอำนาจหรือฐานของอำนาจดังนี้ การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยอำนาจจากตำแหน่ง หรือหน้าที่ของนักการเมือง ข้าราชการประจำ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรต่างๆ รวมถึงงบประมาณที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน อย่างไรก็ตามยังต้องอาศัยอำนาจที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการคิด การมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

กลยุทธ์ในการใช้อำนาจให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น : การที่จะมอบอำนาจให้ใคร หรือ องค์การใด ควรจะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้อำนาจ ให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่นเสียก่อน จึงจะทำให้การมอบอำนาจ ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ กลยุทธ์ในการใช้อำนาจ ให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น มีดังต่อไปนี้ คือ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2554)

1. กลยุทธ์ใช้ตำแหน่งหน้าที่ ในการมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ซึ่งด้านทหาร จะเป็นการออกคำสั่ง แต่ด้านพลเรือน มักจะเป็นการขอร้อง หรือการเสนอแนะ ทั้งนี้เพื่อให้งานเสร็จสิ้นไป

2. กลยุทธ์การผลักดัน หรือ "PUSH" STRATEGIES โดยใช้วิธีการข่มขู่ ซึ่งจะมีอิทธิพลมากขึ้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหน้าที่ และทรัพยากร ที่มีความสามารถควบคุมได้ การใช้กลยุทธ์ แบบนี้ ถ้าใช้พร่ำเพรื่อไป จะทำให้เกิดบรรยากาศแห่งความกลัว และความไม่ไว้วางใจกัน ซึ่งจะนำไปสู่การไม่เชื่อฟัง การทำงานที่ไม่ได้ผล และความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลในองค์การได้

3. กลยุทธ์การให้รางวัล หรือ "PULL" OR "REWARD" STRATEGIES เป็นการสร้างอิทธิพล โดยการให้รางวัล ในลักษณะต่างๆ เช่น เป็นวัตถุสิ่งของ เป็นคำชมเชย เป็นการยอมรับความสำเร็จ หรือการให้กำลังใจเหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งถ้าปราศจากความเป็นธรรม ในการให้แล้ว จะก่อให้เกิดความอิจฉาริษยา หรือไม่พอใจ ซึ่งกันและกัน

4. กลยุทธ์เกลี้ยกล่อม หรือชักชวน หรือ PERSUASION STRATEGIES โดยใช้เหตุผล ทำให้เชื่อถือ และปฏิบัติตาม ซึ่งอาจถูกแปลความหมายไปในทางที่ผิดว่า เป็นการผลักดัน บังคับ กดขี่ให้ทำได้ นอกจากนั้น การเกลี้ยกล่อม หรือชักชวน อาจเชื่อมโยง กับการตอรอง หรือ การให้รางวัลก็ได้

5. กลยุทธ์การเตรียมการ หรือ PREPARATORY STRATEGIES เพื่อการมีอิทธิพลในวันข้างหน้า โดยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การช่วยเหลือ โดยหวังว่า จะนำไปสู่การยอมรับอิทธิพล ที่จะมีต่อกันในวันข้างหน้า

6. กลยุทธ์การป้องกัน หรือ PREVENTIVE STRATEGIES เป็นการสร้างอิทธิพลโดยใช้วิธีการป้องกันบางอย่าง เช่น ป้องกันการตั้งคำถาม เก็บข้อมูลบางอย่างไว้ หรือป้องกันความไม่พอใจไว้ล่วงหน้า ซึ่งจะต้องทำ ในลักษณะที่แนบเนียน ไม่เปิดเผยโจ่งแจ้งจนเกินไป

ส่วนสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือ EMPOWERMENT

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยกล่าวคือ ในขั้นต้นจะต้องมีความเข้าใจ ถึงคำที่เกี่ยวข้อง เข้าใจถึงอำนาจหน้าที่ อิทธิพลและความสัมพันธ์กัน ระหว่างการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ และการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การให้อำนาจแก่บุคคล หรือกลุ่ม การให้อำนาจภายใน หรือภายนอกองค์การ แพล่ง หรือฐานของอำนาจมีอะไรบ้าง และกลยุทธ์การใช้อำนาจให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น ซึ่งเมื่อประมวลเข้าแล้ว จะทำให้การให้อำนาจเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อบุคคล หรือองค์กรโดยสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมี ข้อควรคำนึงบางประการ ในการให้อำนาจ ดังนี้คือ 1. คนบางคน หรือกลุ่มบางกลุ่ม อาจไม่ต้องการได้รับอำนาจ 2. การให้อำนาจ เป็นเพียงด้านหนึ่งของการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการกำหนดขอบเขต ที่จะให้คนมีอิสระ ในการกระทำเมื่อได้รับอำนาจบางครั้ง อาจต้องมีการบังคับ ด้วยระเบียบวินัย แทนการให้อำนาจก็ได้ 3. การให้อำนาจคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจทำให้อำนาจหรือความมีอิสระของผู้อื่นหรือกลุ่มอื่นถูกลดลงหรือถูกจำกัด อย่างไรก็ตามงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้สนใจแนวคิดนี้เนื่องจากการเสริมพลังอำนาจมีส่วนสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักการเมืองท้องถิ่น ข้าราชการประจำ ประชาชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะนำปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในภาคสนามมาอธิบายหาความเชื่อมโยงของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายต่อไป

ตอนที่ 6 แนวคิดกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

ความหมายกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกาย เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อลายและมีการใช้พลังงานเพิ่มจากภาวะพัก เป็นกิจกรรมในบริบท 4 ประเภท ได้แก่ งานอาชีพ งานบ้าน งานอดิเรกและ การเดินทาง ตัวอย่างงานอดิเรกได้แก่ การเล่นกีฬา นันทนาการ (เช่น เดินทางไกล ถีบจักรยาน) และการออกกำลังกาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

กิจกรรมทางกายในวัยสูงอายุ

เนื่องจากวัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตในอดีตและพันธุกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่นถึง 4 เท่า โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาด้านสุขภาพในหลายระบบมากกว่าวัยอื่นๆ จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546 พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของผู้สูงอายุไทย รองจากโรคมะเร็ง โดยมีอัตราการตายเพิ่มจาก 149.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 177.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 และมีแนวโน้มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้นตามวัย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2549) ดังนั้นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายใดก็ตามถือว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง หากมีการออกกำลังกายที่กระทำอย่างถูกวิธี ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้เกิดคุณประโยชน์แก่ร่างกาย การออกกำลังกายที่ดีนั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลากหลายด้าน ได้แก่ อายุ เพศ สภาพร่างกายของแต่ละบุคคล การเลือกกิจกรรมสำหรับการออกกำลังกาย ปริมาณการฝึกของร่างกายแต่ละคน เป้าหมายของการออกกำลังกาย ตลอดจนความสนใจของผู้ที่จะออกกำลังกายด้วย สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการออกกำลังกายเป็นอย่างมาก (อภิชาติ ไตรแสง, 2555)

อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายต้องคำนึงถึงวัยด้วยเนื่องจากสรีรร่างกายมีความแข็งแรง ยืดหยุ่นที่แตกต่างกัน สำหรับในกลุ่มวัยสูงอายุ (Elderly or Senescence) มีข้อเสนอว่าดังต่อไปนี้ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลงอย่างมาก เช่น อากาศามัว หูตึง กล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดประสิทธิภาพลง รูปร่างหน้าตาหนังเหี่ยวย่น ระบบขับถ่ายเสื่อมลง เป็นต้น การออกกำลังกาย หรือการเล่นกีฬาในวัยนี้ไม่ใช่เป็นข้อห้ามแต่กลับช่วยให้ร่างกายสดชื่นกระฉับกระเฉงขึ้น แต่มีข้อที่พึงระวังคือ ต้องเลือกกิจกรรมการ

ออกกำลังกาย หรือประเภทกีฬาที่มีความหนักของงานให้เหมาะสมแก่สภาพของร่างกาย คือ ไม่หนักมาก ไม่เร็วมาก ไม่มีการเกร็งหรือเบ่งกำลัง ไม่มีการกลั่นการหายใจ การเหวี่ยง การกระแทก และการเล่นนั้นจะต้องคำนึงถึงความสนุกสนาน และเพื่อสุขภาพมากกว่าเพื่อการแข่งขันเอาจริง เอาจัง วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายวัยนี้เป็นการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพให้อยู่ในภาวะที่ควรจะเป็นตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ตลอดจนเป็นการให้รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ทั้งนี้ มีผลการศึกษายืนยันว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีผลต่อการเป็นโรคหัวใจโคโรนารีลดลง ความดันเลือดขณะพักลดลง คอเลสเตอรอลลดลง และร่างกายมีความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้น (อภิชาติ ไตรแสง, 2539)

นอกจากนี้ ได้มีแนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ (Exercise Prescription for Elderly) ดังต่อไปนี้ (อภิชาติ ไตรแสง, 2555) Cardiorespiratory fitness หรือ Cardiorespiratory Endurance หมายถึงสมรรถภาพทางด้านการไหลเวียนเลือดและการหายใจ ซึ่งเป็นความสามารถของปอดและหัวใจที่จะสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายขณะที่ออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุแนะนำให้ทำกิจกรรมแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำซึ่งสามารถทำได้โดย ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ก้าวขึ้นลงบันได การเดิน เป็นต้น

ทั้งนี้ใช้หลักการคือ ความหนักของกิจกรรม(Intensity) อยู่ในระดับ 50-70 % ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ(HR max reserve) ระยะเวลา(Duration) 20-60 นาที (ไม่ต่อเนื่อง) โดยต้องมีความบ่อย(Frequency) 3-5 วันต่อสัปดาห์ ภายใต้ชนิดของกิจกรรมทางกาย (Mode of physical activity) คือ การเดิน ก้าวขึ้น-ลงบันได ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นต้น ทั้งนี้สามารถเพิ่มเวลาขึ้นได้ 5 นาที และเพิ่มความหนักของกิจกรรมประมาณ 5-10 % ของ HR max reserve ทุก 2-3 สัปดาห์

อย่างไรก็ตามในการออกกำลังกายแต่ละครั้งต้องเน้นด้านความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular strength) โดยเน้นกิจกรรมการบริหารกายและเน้นการเคลื่อนไหวแบบใช้ข้อต่อทุกๆส่วน (Multi-joint exercise) เน้นการเหยียดกลุ่มกล้ามเนื้อมัดใหญ่ให้รู้สึกตึงแต่ไม่เกิดอาการเจ็บปวด เคลื่อนไหวช้าๆ 10-20 วินาทีต่อครั้ง ใช้ระยะเวลา 15-30 นาที ไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ความฝึกในเรื่อง ความอ่อนตัว (Flexibility) ร่วมด้วยโดยเน้นข้อต่อและกล้ามเนื้อใหญ่ที่สำคัญได้แก่ สะโพก หลัง หัวไหล่ เข่า ลำตัว และคอ ควรทำท่ายืดเหยียด 3-5 ครั้งต่อท่าๆ ละไม่เกิน 30 วินาที ในช่วงอบอุ่นร่างกายและช่วงผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีความยืดหยุ่นมากขึ้น

ถ้าบุคคลใดก็ตามรู้จักออกกำลังกายที่ดีและเหมาะสมแล้วจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1. การออกกำลังกายทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ
2. ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่างๆ สูงขึ้น และความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า น้อยลงมีความอดทนมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายในชีวิตประจำวันดีขึ้น
3. ช่วยควบคุมน้ำหนักของร่างกาย รูปร่าง และทรวดทรง
4. ช่วยทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายทำงานประสานสัมพันธ์กันดีขึ้น เช่น ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจ เป็นต้น
5. ป้องกันโรคที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมของอวัยวะ เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ เป็นต้น
6. ทำให้ลดความเครียดทางด้านจิตใจได้เป็นอย่างดี
7. ช่วยฟื้นฟูสภาพของร่างกาย
8. การออกกำลังกายพอเหมาะจะช่วยให้มีพลังทางเพศดีขึ้น
9. เป็นการชะลอความแก่ หรือชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะช่วยยืดอายุให้ยืนยาวออกไป

10. ประหยัคคำรักษาพยาบาล

สภาพร่างกายและการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ภาวะสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของระบบควบคุมต่างๆ ของร่างกาย (Homeostatic control) การตอบสนองต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายตามสรีระตามสภาพโรคที่เกิด ส่งผลให้เกิดสภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุปกติสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แข็งแรง หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับ การเปลี่ยนแปลงของวัย
2. ผู้สูงอายุทั่วไป คือ กลุ่มที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการทำงานของระบบต่างๆ ที่ลดน้อยถอยลง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานของไต ระบบภูมิคุ้มกัน การมองเห็น และการได้ยิน

การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดและหลอดเลือดใหญ่ ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (Stroke volume) ลดลง ผลกระทบคือปริมาณเลือดที่ออกจากร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตลดลง (Hypotensive effect diuretics) เกิดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic hypotension) ความดันโลหิต Systolic เพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น การขยายตัวของหลอดเลือดเป็นไปได้น้อยลง (Limited efficacy of direct-acting vasodilators) เพิ่มความชุกของการเกิด Sick sinus syndrome และความผิดปกติของการเต้นของหัวใจห้องบน (Other atrial arrhythmias)

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบเนื้อเยื่อ Collagen และElastin เกิดการหักพับ (Collapse) ของทางเดินหายใจขนาดเล็ก การซึมผ่านของอาร์บอนมอนอกไซด์และออกซิเจนลดลง ความแข็งแรงและความทนของกล้ามเนื้อหายใจลดน้อยลง ความยืดหยุ่นของปอดน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร (Pancreatic acinar atrophy) เกิดการลดลงของมวลของตับเลือดไปเลี้ยงตับลดน้อยลง Microsomal enzyme activity ลดลง การบีบตัวของหลอดอาหารลดลง Colonic transit time ลดลง การสร้างกรดที่กระเพาะอาหารลดลง ทำให้เกิดท้องผูกง่ายขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท น้ำหนักสมองลดลงประมาณ 5-7% เลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง (15-20%) จำนวนเซลล์ประสาทลดลง จำนวน Binding side for dopamin ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหน้ามืดเป็นลม (Syncope) เพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของรูม่านตาเพิ่มขึ้น ขนาดของรูม่านตาลีกลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดต้อหิน สายตายาวในผู้สูงอายุ (Presbyopia) มีความบกพร่องของการปรับตัวในที่มืด มีการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ มีความบกพร่องทางการได้ยินโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่มีคลื่นความถี่สูงมากกว่าคลื่นความถี่ต่ำ

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเนื้อเยื่อ มีการเปลี่ยนแปลงของต่อมเหงื่อ ทำให้การทำงานลดลง ความหนาแน่นของผิวหนังชั้นหนังแท้ลดลง มีการบางลงของรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ ผลที่เกิดขึ้นคือ ผิวหนังแห้ง ลดการขับเหงื่อ การหายของแผลช้าลง มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นเนื้องอกเกิดริ้วรอยบนผิวหนังได้

การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง (Musculoskeletal System) มีการลดลงของมวลกระดูก มวลกล้ามเนื้อ น้ำหนักตัว ความยืดหยุ่นของ Collagen ภายในกระดูก มีความบกพร่องของการซ่อมแซมหากเกิดกระดูกหัก จำนวนใยของกล้ามเนื้อลดลง ช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลังลดลง ข้อต่อของลำตัวและแขนขาลดลง ความยืดหยุ่นของผนังหน้าอกลดลง ทำให้แบนราบเพิ่มมากขึ้น เกิดปัญหาภาวะกระดูกพรุน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่วนสูงลดลง กระดูกสันหลังเพิ่มความโค้ง กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น เกิดการบกพร่องของการทรงตัว

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการลดลงของมวลไต มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงไต(อัตราการกรองของไต) สมรรถนะการทำงานของ Tubular ในไต และสมรรถนะในการเพิ่มความเข้มข้นของน้ำปัสสาวะและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ปริมาณน้ำปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะมีมากขึ้นกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ(Endocrine System) การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Reproductive System) การเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิต (Hematopoietic System) ไปในทิศทางที่ด้อยขึ้นอีกด้วย

ผลของกิจกรรมทางกายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ผู้ที่ใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 2 เท่าของคนปกติและพบว่าปริมาณกิจกรรมทางกายที่ทำ > 2000 กิโลแคลอรี (kcal) ต่อสัปดาห์ จะสามารถลดอัตราเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึง 28% กลไกทางชีววิทยาของการประกอบกิจกรรมทางกายที่ส่งผลดีต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

1. ะลอกการแข็งตัวของหลอดเลือด (Antiatherogenic effect) การออกกำลังกายช่วยลดความรุนแรงในการเกิดหลอดเลือดหนาตัว ะลอกความก้าวหน้าของโรค ซึ่งอาจเป็นผลของกิจกรรมทางกายโดยตรงหรือร่วมกับการช่วยเบี่ยงเบนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลดไขมัน, ลดความดันโลหิต, ลดไตรกลีเซอไรด์, ลด LDL-โคเลสเตอรอล, เพิ่มความไวต่ออินซูลิน, ปรับปรุงการใช้กลูโคส และป้องกันโรคเบาหวาน

2. ยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด (Antithrombotic effect) การออกกำลังกายหนักมีผลด้าน fibrinolysis โดยจะสามารถลด plasma fibrinogen, เพิ่ม tissue plasminogen activator และลด plasminogen activator inhibitor ลงได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายทั้งระยะสั้นและระยะยาวก็มีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญทางพยาธิสรีรวิทยาในการเกิด unstable coronary syndrome และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการออกกำลังกายระยะสั้นจะเพิ่มการทำงานของเกร็ดเลือด ส่วนการออกกำลังกายระยะยาวจะมีผลปรับลดการทำงานของเกร็ดเลือดลง

3. ส่งเสริมการทำงานของผนังชั้นในหลอดเลือด (Endothelial function) ผนังชั้นในของหลอดเลือดจะทำหน้าที่หลั่ง endothelium-derived relaxing factor เช่น nitric oxide ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีโคเลสเตอรอลสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และคนที่สูบบุหรี่ จะมีความบกพร่องของการทำงานของผนังชั้นในหลอดเลือด การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยให้อัตราการทำงานของหลอดเลือดทำงานดีขึ้น

4. ปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic function) การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่มากเกินไป สัมพันธ์กับการเพิ่มความเครียดในการเกิดภาวะผิดปกติของหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ผู้ที่มีสมรรถภาพกายดีจะมีการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกสูงกว่าคนที่ร่างกายอ่อนแอ มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายสามารถปรับเปลี่ยน heart rate variabilityของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ดีขึ้นได้ ซึ่งบ่งชี้ถึงการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติภายหลังการออกกำลังกาย

5. ด้านการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Anti-ischemic effect) การปรับตัวภายหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง จะส่งผลให้ช่วง diastole นานขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมากขึ้น และทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งแปรตามอัตราเต้นของหัวใจและความดันซิสโตลิกก็จะลดลงตามไปด้วย

6. ด้านการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic effect) ผลจากการปรับตัว ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการหลั่งสาร catecholamine จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิด ventricular fibrillation ทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเฉียบพลันของผู้ป่วยลดลง

ประโยชน์ของกิจกรรมทางกายต่อโรคและภาวะเรื้อรังอื่นๆ (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1. ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงได้โดยคนที่อ่อนแอจะเสี่ยงต่อการเป็นโรค 1.5 เท่าของคนที่มีแข็งแรง ส่วนผู้ที่เป็โรคแล้วก็สามารถลดความดันโลหิตได้ทั้งในระยะสั้น (ช่วงเวลา 8-12 ชม. หลังออกกำลังกายทันที) และในการปรับตัวระยะยาวโดยจะลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 10 มม.ปรอท และลดความดันไดแอสโตลิก ได้เฉลี่ย 8-10 มม.ปรอท

2. เบาหวาน การประกอบกิจกรรมทางกายที่มากพอ จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (NIDDM) ได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายจะช่วยปรับเมตะบอลิซึมของกลูโคสและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดการสลายกลูโคสจากตับ เพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อและลดน้ำหนักตัว

3. ความอ้วน ในการลดน้ำหนักตัว ต้องประกอบกิจกรรมทางกายที่มีการใช้พลังงานมากกว่าที่แนะนำสำหรับการป้องกันโรค การออกกำลังกายจะลดน้ำหนักได้เพียง 2-3 ก.ก. แต่ถ้าทำร่วมกันกับการควบคุมอาหารจะลดน้ำหนักได้ถึง 8.5 ก.ก. ขณะที่การควบคุมอาหารอย่างเดียวลดน้ำหนักได้ประมาณ 5 ก.ก. ลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนัก ควรเป็นความหนักระดับปานกลางและไม่มีแรงกระแทก (low impact) เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน โดยทำเป็นระยะเวลานานและเพิ่มความถี่ เพื่อเพิ่มปริมาณพลังงานที่ใช้ให้มากขึ้น

4. ไขมันสูง จาก meta-analysis สรุปได้ว่าการออกกำลังกายสามารถลดโคเลสเตอรอลรวมได้ประมาณ 6.3%, ลด LDL-โคเลสเตอรอล ประมาณ 10.1%, สัดส่วนโคเลสเตอรอลรวม/HDL-โคเลสเตอรอล ดีขึ้น 13.4%, และ HDL-โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นประมาณ 5% โดยทั่วไปความหนักในการออกกำลังกาย เพื่อปรับปรุงสัดส่วนไขมัน จะไม่สูงเท่ากับความหนักที่ใช้เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ต่อมามีการศึกษาทดลอง พบว่าการออกกำลังกายปานกลาง ร่วมกับการควบคุมอาหารจะลด LDL-โคเลสเตอรอล ได้ 8-12% ใน 1 ปี ขณะที่การควบคุมอาหารอย่างเดียวไม่มีผลดังกล่าว ส่วนระดับไตรกลีเซอไรด์จะไม่เปลี่ยนแปลง ยกเว้นในผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงจะลดได้ 15-30%

5. โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ Lee และ Paffenbarger ในปีค.ศ. 1998 พบว่า ผู้ที่ประกอบกิจกรรมทางกายโดยใช้พลังงาน 2,000-2,999 kcal ต่อสัปดาห์ จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรค 0.54 เท่าของผู้ที่ใช้พลังงานน้อยกว่า 1,000 kcal ต่อสัปดาห์ ขณะที่ผู้ใช้พลังงาน 1,000-1,999 kcal ต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยง 0.76 เท่า, ผู้ที่ใช้พลังงาน 3,000-3,999 kcal ต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยง 0.78 เท่า และผู้ใช้พลังงานมากกว่า 4,000 kcal ต่อสัปดาห์ มีความเสี่ยงเป็น 0.82 เท่า (ความสัมพันธ์แบบ U- shape) พบว่าการเดิน 20 ก.ม.ต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงได้ดี

6. ภาวะกระดูกบาง, การลื่นล้มของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายมีผลในการป้องกันภาวะกระดูกบางโดยเป็นที่ทราบว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise, Weight bearing exercise) จะช่วยเพิ่มความหนาแน่นของกระดูกได้ และความหนาแน่นกระดูกยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงจะมีการประสานการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและระบบกระดูกได้ดี ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการลื่นล้มได้ด้วย

7. มะเร็ง มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการประกอบกิจกรรมทางกายกับการเกิดโรคมะเร็งต่างๆ หลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มีแนวโน้มว่ากิจกรรมทางกายจะก่อให้เกิดผลด้านการป้องกันโรคได้

8. โรคภูมิแพ้ หอบหืด การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยควบคุมโรคภูมิแพ้และหอบหืดได้ดีโดยประโยชน์ที่ได้ เกิดทั้งในช่วงหลังออกกำลังกายทันที และจากการปรับตัวระยะยาว

9. ภาวะปวดเรื้อรัง ภายหลังจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ร่างกายจะปรับตัวสร้าง Endogenous opiate ซึ่งได้แก่ Endorphin ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายหายปวด ใช้เป็นวิธีการรักษาภาวะปวดเรื้อรังได้ เช่น ปวดหลังเรื้อรัง, Fibromyalgia, Myofascial pain syndrome เป็นต้น

10. ภาวะเครียด การประกอบกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับการลดภาวะซึมเศร้าเชื่อว่าผลจากการหลั่ง Endorphin ช่วยให้ผู้ที่มีความเครียดหรือวิตกกังวลทุเลาอาการได้ ภาวะเครียดนี้จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

11. ช่วยในการทรงตัว ยังมีการวิจัยใหม่ๆ อย่างต่อเนื่องที่ให้ความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของกิจกรรมทางกายกับโรคเรื้อรังสำคัญอื่นๆ อีกเช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) มีแนวโน้มว่ากิจกรรมทางกายส่งผลดีต่อการควบคุมโรคดังกล่าว นอกจากนี้พบว่านักเรียนที่มีสมรรถภาพร่างกายแข็งแรง จะสามารถทำคะแนนด้านคณิตศาสตร์ได้สูงกว่านักเรียนที่ร่างกายอ่อนแอ และในผู้สูงอายุที่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยชะลอการเสื่อมของสมองได้ด้วย อาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมทางกายที่เหมาะสม มีผลดีต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา

การประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์เชิงกลับกับความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ การประกอบกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที ให้ได้ทุกวันต่อสัปดาห์ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์แข็งแรง สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งบางชนิด และช่วยในการรักษาควบคุม โรคเหล่านั้นให้ดีขึ้น ลดโอกาสการเป็นโรคซ้ำ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งเพิ่มอายุขัย จึงควรส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีการปรับวิถีชีวิตให้มีการใช้ร่างกายเพิ่มขึ้น โดยเน้นการสะสมปริมาณพลังงานที่ใช้ต่อวันหรือต่อสัปดาห์แบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อสร้างอุปนิสัยที่ดีในการทำกิจกรรมใช้ร่างกายให้สม่ำเสมอในระยะยาว

จากข้อมูลกิจกรรมทางกายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางกาย จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ความทนทานของหัวใจ ช่วยควบคุมน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด ส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาล ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ โรคเบาหวาน ลดความดันโลหิตได้ประมาณ 8 – 10 มม.ปรอท ลดความเครียด (เพิ่มระดับฮอร์โมนเอนโดรฟิน) และทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อคงความมีสุขภาพดี ลดภาวะความทุพพลภาพและความพิการที่จะเกิดขึ้น

ส่วนสรุป จากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและประโยชน์ที่มีต่อสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางกายเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งของการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลดีต่อระบบร่างกายในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดสูงขึ้นทั่วโลก และประเทศไทยเองก็เผชิญกับปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชนและส่งผลดีต่อสุขภาพต่อไป

ตอนที่ 7 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED Model)

แบบจำลอง(Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Krueter แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน แต่ก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ (วสันต์ ศิลปะสุวรรณและ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2541:75)

PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพ โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหาร และการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธีและวิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขภาพในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขภาพดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางการศึกษา/สุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุถึงปัญหาที่เร่ร่อน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจน ในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่างๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคม เป็นต้น

ขั้นตอนของการวินิจฉัย PRECEDE ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis) ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis) ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Education and organizational Diagnosis) ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ นอกจากนี้ เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการจะสอดคล้องกับนโยบายขององค์กรหรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุถึงและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะ

ดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบุปัจจัยสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย (1) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิต (2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงาน โครงการและการใช้ทรัพยากร (3) มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกัน นอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหายังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด (What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ตามที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียไป เนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความทุกข์ของความเจ็บป่วย การเกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น) สรุป การวินิจฉัยในขั้นตอนที่ 1 – 2 ช่วยให้เราสามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระบะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็น

พฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้ โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้รับบ่งชี้ไว้ในระยะที่ 1-2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ตาราง 6 การจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

ความสำคัญ/ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง	สำคัญมาก	สำคัญน้อย
สามารถเปลี่ยนแปลงได้มาก	1. ความสำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้มาก	3. สำคัญน้อยแต่เปลี่ยนแปลงได้มาก
สามารถเปลี่ยนแปลงได้น้อย	2. สำคัญมาก แต่เปลี่ยนแปลงได้น้อย	4. สำคัญน้อยและเปลี่ยนแปลงได้น้อย

การวิเคราะห์พฤติกรรมตามตารางสัมพันธ์ จะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมายที่จะต้องนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหา และสามารถวัดได้ ประเมินได้โดยพิจารณาที่พฤติกรรมเป้าหมายและสิ่งแวดล้อมเป้าหมายในข้อ 1 และ 2 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ ส่วนข้อที่ 3 อาจนำมาใช้ด้วยเหตุผลทางการเมือง ข้อที่ 4 ไม่นำมาพิจารณาในการกำหนดเป็นพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4-5 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม(enabling factors)ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง(reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม และลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องพึงลงไปเลยว่า จะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ นอกจากนั้น ได้กำหนดความหมายของปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย

ในขณะนี้มุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน โดยที่ **การวินิจฉัยด้านการบริหาร** ได้แก่ การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ ส่วน **การวินิจฉัยนโยบาย** เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภาระกิจ กฎระเบียบขององค์กรหรือไม่

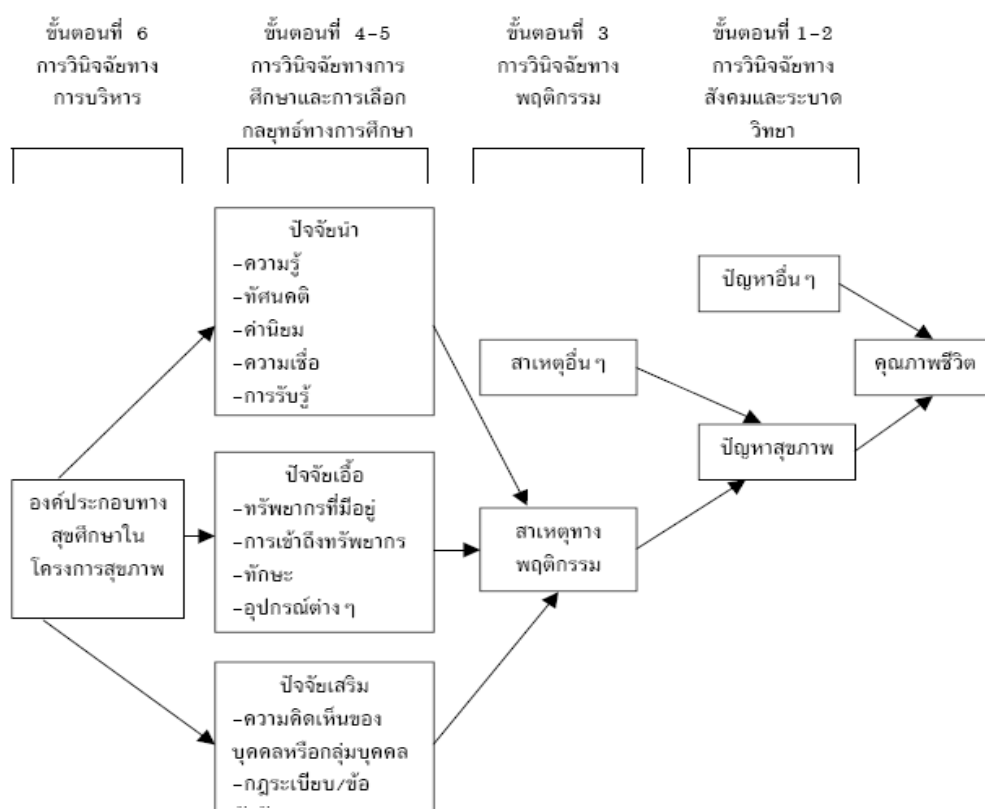
ส่วนการดำเนินงานตามรูปแบบของ PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Implementation) ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 2 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 3 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงาน โครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing, enabling and reinforcing factors)

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (Out-come Evaluation) เป็นการประเมินผลรวมยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้ โดยสรุป Precede-Proceed Model มีขั้นตอนตามแผนภาพดังนี้



ที่มา : Green et al., 1980: 14-15.

ภาพ 11 PRECEDE- PROCEED MODEL

ที่มา : Green and Krueter (1999)

ส่วนสรุป จากแนวคิดPRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดนี้อธิบายปรากฏการณ์การนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมไปใช้ว่าเป็นอย่างไรบ้าง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร และปรากฏการณ์เหล่านั้นส่งผลต่อการขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการกิจกรรมทางกาย อย่างไรบ้าง

ตอนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านนโยบายผู้สูงอายุ

กิตติพงษ์ อุบลสะอาด (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้นำและสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 111 คน ทีมสุขภาพ 65 คน และผู้สูงอายุ 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การทบทวนจากบันทึกวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับน้อย ($x = 1.36$, $SD = 0.68$) โดยการมีส่วนร่วม 5 ด้าน ได้แก่ การติดตามประเมินผล การศึกษาปัญหาและความต้องการ การวางแผนงานหรือโครงการ การปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ และการประสานงานในส่วนของปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพโดยตรง ขาดองค์ความรู้และขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ขบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีน้อยแต่จำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยพื้นฐานอื่นอีกมาก ดังนั้นควรสร้างองค์ความรู้และสร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการประสานงานให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น ควรหารูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนสอดคล้อง และเหมาะสมกับความแตกต่าง โดยไม่กระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปิยากร หวังมหาพร (2551) ศึกษาวิจัยนวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ สมุทรสาคร ปทุมธานี นครปฐมและนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรับนโยบายผู้สูงอายุ เนื่องจากนโยบายผู้สูงอายุถูกกำหนดไว้เป็นกฎหมายที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการ นักการเมืองท้องถิ่นประกาศเป็นนโยบายผู้สูงอายุในพื้นที่ องค์การพัฒนาเอกชนเรียกร้องให้ดำเนินการ และองค์การปกครองเห็นความรุนแรงของปัญหาผู้สูงอายุ เมื่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยอมรับในนโยบายแล้ว ได้มีการดำเนินโครงการต่างๆ สำหรับโครงการที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการส่วนใหญ่เป็นโครงการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) ในส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่า มีการส่งเสริมสมรรถนะขององค์การ เช่น การพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการงบประมาณ การปรับปรุงระเบียบ การปรับปรุงวิธีการทำงานในหน่วยงาน การปรับปรุงโครงสร้างองค์การ การสร้างความสัมพันธ์หรือการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในองค์กรเกี่ยวกับทักษะต่างๆ การสร้างเครือข่ายการทำงาน จากผลการศึกษาดังกล่าวได้ข้อเสนอแนะเชิงการบริหารดังนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรริเริ่มโครงการอื่นๆ นอกจากโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและโครงการอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อการเข้าถึงในมิติอื่นๆ ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานเอกชน เช่น บริษัท มูลนิธิ เพื่อสนับสนุนด้านงบประมาณ และความร่วมมือกับส่วนราชการในพื้นที่ โดยเฉพาะกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และสถานศึกษาต่างๆ

ปิยากร หวังมหาพร (2546) ได้ศึกษานโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งได้ข้อค้นพบในเรื่องตัวแบบการเข้าสู่วาระนโยบาย การก่อตัวนโยบายและผลกระทบของนโยบาย ใน 3 ประเด็นดังนี้

1. ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเด็นดังกล่าวถูกองค์การระหว่างประเทศ ส่งผ่านและถ่ายทอดแนวคิดนโยบายมายังประเทศที่กำลังพัฒนา ผ่านการประชุมสัมมนาขององค์การระหว่างประเทศ จุดประกายความคิดให้เกิดขึ้นในหมู่

ผู้นำประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเข้าสู่วาระนโยบายของรัฐบาลในประเทศที่กำลังพัฒนาได้

2. การก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปตามตัวแบบผู้นำแปลงรูป ผ่านองค์กรตัวแทนกล่าวคือ ส่วนราชการ ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย ดำเนินการทางการเมือง ผ่านกลุ่มผลประโยชน์ที่ตนเองจัดตั้งและให้เงินสนับสนุน เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุตามตัวแบบผู้นำแปลงรูป ทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมุ่งเน้นไปที่โครงการต่างๆ ตามความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ผลักดันเรียกร้องนโยบายจากรัฐบาล

พิธีสิทธิ์ กำนวนศิริ (2542) ได้ประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า นโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขค่านั้น นโยบายดังกล่าวนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหา 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยมีแผนงานรองรับนโยบายดังกล่าว 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานบริการสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และแผนงานสวัสดิการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุมี 3 ข้อ คือ (1) ให้ผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (2) กำหนดให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และ (3) ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นพบว่า การดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมายังไม่สามารถทำให้บรรลุนโยบายข้อที่ 1 และข้อที่ 2 และมีข้อค้นพบที่สำคัญคือ มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ไม่ได้รับสวัสดิการคุ้มครองทางด้านการรักษาพยาบาล ในส่วนของด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ถึงแม้ว่าได้มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุได้ครอบคลุมตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นอัตราการครอบคลุมทางด้านปริมาณเท่านั้น ส่วนด้านคุณภาพยังเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุอย่างแท้จริง นอกจากนี้จากข้อค้นพบในประเด็นของการไม่บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายหลายด้านมีผลมาจากความด้อยศักยภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติและระบบการบริหารจัดการในทุกระดับ นอกเหนือจากนี้การขาดระบบสารสนเทศที่เหมาะสมยังมีผลกระทบทำให้การพัฒนาบุคลากรที่

ให้บริการแก่ผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งพัฒนาระบบการสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบายที่ได้กำหนดไว้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้ศึกษาวิจัยสถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 โดยใช้วิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการได้รับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยกลุ่มเปราะบาง ความพึงพอใจและความต้องการต่อการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยกลุ่มเปราะบาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติ 1 ใน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางด้านเศรษฐกิจ คือ มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี 2) กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางด้านสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ หรือได้ไม่ทั้งหมด ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ 3) กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางด้านประชากร สังคม คือ อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังไม่มีญาติพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000 คน จาก 10 จังหวัดของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การได้รับบริการด้านสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุข ความพึงพอใจในการได้รับบริการด้านสุขภาพ และความต้องการบริการด้านสุขภาพจากสถานการณบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเปราะบาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 เพศชายร้อยละ 30.4 มีสถานภาพหม้ายมากที่สุด ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 37.2 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 94.7 มีระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 71.1 มีรายได้ที่ได้รับต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 44.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 27.5 และผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 81.5 ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ร้อยละ 53.8 แต่มีผู้สูงอายุไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 45.4 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของ ผู้สูงอายุเปราะบางไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ ส่วนการได้รับบริการทางสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 72.7 โดยได้รับบริการการตรวจวัดความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ ได้รับบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน ร้อยละ 53.2 แต่ยังมีผู้สูงอายุเปราะบางไม่ได้รับการตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 24.9 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 42.7 รองลงมารับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ร้อยละ 27.9 และ

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมากน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.8 ระดับความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุประมาณ พบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่พึงได้รับ รองลงมา คือ ท่านได้รับการดูแลตามสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับ การบริการที่ได้รับจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ การได้รับการดูแลรักษาได้ตรงกับปัญหาความเจ็บป่วย และการได้รับความสะดวกในการมารับบริการทางการแพทย์จากสถานบริการสุขภาพของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 30.1, 28.9, 28.0, 25.2 และ 24.9 ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 44.6 และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับระดับความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพโดยรวม โดยใช้สถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า เพศ สถานภาพของผู้สูงอายุประมาณ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุประมาณ การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการมีบัตรทอง/บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพโดยรวม ส่วนอายุ และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุประมาณ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อการบริการทางสุขภาพโดยรวม และผลการศึกษาระดับความต้องการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประมาณ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณมีความต้องการให้มีบริการทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ บัตรทอง บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ เพื่อใช้สิทธิในการรักษา รองลงมา การให้บริการตรวจรักษา ผู้สูงอายุที่จุดๆ เดียว ไม่ต้องเคลื่อนย้ายบ่อยๆ การจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การจัดบริการตรวจสุขภาพตามบ้านผู้สูงอายุ และการจัดรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล/สถานอนามัย คิดเป็นร้อยละ 92.0, 91.0, 88.4, 87.2 และ 86.8 ตามลำดับ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้ทำการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 9,461 คน เป็นชายร้อยละ 37.3 หญิงร้อยละ 62.7 อาศัยในเขตชุมชนเมืองร้อยละ 41.4 นอกชุมชนเมืองร้อยละ 58.6 ทั้งในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมืองมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายในทุกกลุ่มอายุผู้สูงอายุร้อยละ 60.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชายมีรายได้เท่ากับ 3,672.3 บาท ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีรายได้เท่ากับ 2,688.4 บาท) ด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคข้อและกระดูกร้อยละ 53.8 รองลงมาโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.5 และโรคทางเดินหายใจร้อยละ 8.4 ส่วนของภาวะสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87 และผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองมีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมืองนอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าสูงสุดร้อยละ 15.5

ภาคเหนือผู้สูงอายุมีภาวะรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ามากที่สุดร้อยละ 10.9 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะต่างๆ สูงกว่าผู้สูงอายุภาคอื่นๆ และผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2547) ได้ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบกับปัญหาต่างๆ หลายด้านทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย ปัญหาทางด้านสังคมได้แก่ การที่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือมีปัญหาด้านการดำรงชีพ ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วยร้อยละ 32 ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา หรือว่าเหวร้อยละ 21 นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางการขาดบ้านหรือที่พักพิงที่มีสภาพดี ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้แก่ ผู้สูงอายुर้อยละ 35 มีรายได้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่อาศัยในชนบทจะประสบปัญหาทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบเป็นส่วนใหญ่ คือ ด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 20 มีสภาพทุพพลภาพ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ปัญหาสุขภาพนำไปสู่ความจำเป็นต้องการผู้ดูแลและการรักษาพยาบาล ซึ่งส่วนนี้จะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศและของตัวผู้สูงอายุเอง จากสภาพปัญหาที่สะท้อนนี้รัฐจำเป็นต้องมีการวางแผนในการจัดสรรงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านสังคมของผู้สูงอายุ

เสาวคนธ์ พนมเริงศักดิ์ (2549) ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเลย และเปรียบเทียบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 372 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและไค-สแควร์ (Chi-Square test) ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อยู่ในครอบครัวขยาย ไม่มีหนี้สิน ไม่มีงานทำ ไม่มีตำแหน่งในชุมชน ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม มีบุตร 3-4 คน และอยู่นอกเขตเทศบาล ระดับการดำเนินชีวิตในแต่ละด้านอยู่ในระดับนานๆ ครั้ง ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพจิตและด้านการรับประทานอาหารตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ภาระหนี้สิน การมีงานทำ ตำแหน่งในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่ม จำนวนบุตรและที่ตั้งของที่อยู่อาศัยและไม่แตกต่างกันตามเพศ

จิตติมา วุฒิอิน (2548) ศึกษาการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย ด้านความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นอยู่ ด้านความรักและความอบอุ่น ด้านการยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง และด้านการแสวงหาตนเองเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุตามเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัยร่วมกัน แหล่งที่มาของค่าใช้จ่าย การมีส่วนร่วมในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน ที่ตั้งของบ้าน และลักษณะที่อยู่อาศัยและศึกษาแนวทางการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 320 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ และเทคนิคการมีส่วนร่วมโดยกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ผลการศึกษา พบว่าความต้องการที่เป็นจริงในปัจจุบันของผู้สูงอายุโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการที่คาดหวังโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ การมีส่วนร่วมในชุมชนและที่ตั้งของบ้าน แนวทางการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคตควรให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมและควรเน้นการบริการผู้สูงอายุถึงบ้าน (Home Health Care) รวมทั้งจัดบริการในรูปของคลินิกผู้สูงอายุ

ยุทธนา ปาละนิตินา (2548) ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นกับสภาพการมีอายุยืน : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพส่งเสริมให้มีสุขภาพดี มีอายุยืน และเพื่อศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีและมีอายุยืน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการศึกษาเอกสารและการศึกษาภาคสนาม ผลการวิจัยพบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนสูงอายุในจังหวัดเลยมีอายุยืนและสุขภาพแข็งแรงคือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายพอเหมาะแก่สภาพร่างกายและวัยของตน การดูแลสุขภาพบ้านเรือนให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ อาศัยถ่ายเทได้สะดวก อาหารที่บริโภคได้ตามท้องถิ่น ส่วนมากเป็นการบริโภคผักและปลา ไม่รับประทานอาหารหมักดองหลีกเลี่ยงสารเคมีแต่พยายามใช้สมุนไพรเป็นส่วนประกอบในอาหาร ในด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเลยได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากลูกหลานและคนใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมทางสังคมที่เอื้ออาทรต่อกันและกัน รวมทั้งยึดมั่นในพระพุทธศาสนา เคร่งครัดในวัฒนธรรมประเพณีซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจ สำหรับในภาคส่วนราชการโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีกิจกรรมและโครงการหลายอย่างที่ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์และผู้มีปัญญาที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

พรอนันต์ กิตติมั่นคง (2547) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา และเปรียบเทียบความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยจำแนกตามภูมิลำเนาเป็นเขตเทศบาลนคร เขตเมืองและเขตชนบทกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ระดับ โดยมีคำถามเกี่ยวกับความต้องการสวัสดิการสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน และด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาส ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านที่อยู่อาศัยที่มีความต้องการในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาตามภูมิลำเนา พบว่า

1.1 เขตเทศบาลนคร ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความต้องการในระดับมาก 5 ด้าน ระดับปานกลาง 1 ด้าน ด้านที่มีความต้องการมากที่สุดได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย รองลงมาได้แก่ ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินส่วนด้านที่มีความต้องการต่ำที่สุดได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย

1.2 เขตเมือง ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมีความต้องการในระดับมาก 5 ด้าน ระดับปานกลาง 1 ด้าน ด้านที่มีความต้องการมากที่สุดได้แก่ ด้านนันทนาการ รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ส่วนด้านที่มีความต้องการต่ำที่สุดได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย

1.3 เขตชนบท ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมีความต้องการในระดับมาก 5 ด้าน ระดับปานกลาง 1 ด้าน ด้านที่มีความต้องการมากที่สุดได้แก่ ด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาส รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัยส่วนด้านที่มีความต้องการต่ำที่สุดได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย

2. การเปรียบเทียบความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามภูมิลำเนา พบว่า โดยภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายกลุ่มพบว่า เขตชนบทและเขตเมืองมีความแตกต่าง

กันโดยค่าเฉลี่ยความต้องการสวัสดิการสังคมในภาพรวมของผู้สูงอายุ ในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

2.1 ความต้องการสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามภูมิลำเนา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความต้องการสวัสดิการสังคมด้านการศึกษา ด้านที่อยู่อาศัย และด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามภูมิลำเนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ คือ เขตชนบทกับเขตเมืองและเขตเทศบาลนครกับเขตเมือง โดยค่าเฉลี่ยความต้องการสวัสดิการสังคมด้านการศึกษาด้านที่อยู่อาศัย และด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง และในเขตเทศบาลนครมากกว่าในเขตเมือง

2.3 ความต้องการสวัสดิการสังคมด้านนันทนาการของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามภูมิลำเนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ คือ เขตเมืองกับเขตชนบท โดยค่าเฉลี่ยความต้องการสวัสดิการสังคมด้านนันทนาการของผู้สูงอายุในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท

2.4 ความต้องการสวัสดิการสังคมด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาสของผู้สูงอายุ จำแนกตามภูมิลำเนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 1 คู่ คือ เขตชนบทกับเขตเทศบาลนคร โดยค่าเฉลี่ยความต้องการสวัสดิการสังคมด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาสของผู้สูงอายุ ในเขตชนบทมากกว่าในเขตเทศบาลนคร

ศรีเมือง พลัทธิ (2547) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน การวิจัย มี 2 ขั้นตอน ต่อเนื่องกัน ขั้นที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 415 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ผลการวิจัยที่ได้เชื่อมโยงสู่ขั้นที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตัวแทนระดับบุคคล ครอบครัว และการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนระดับชุมชนรวม 48 คน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจ ได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว มีความสัมพันธ์

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วยการเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2546) ศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ในด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่และด้านการยอมรับและให้ความสำคัญ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบแบบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ผลการวิจัย ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในภาพรวมและรายด้านในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพทางสังคมต่างกัน ได้รับการดูแลจากครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในอนาคตแต่ละครอบครัวในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิม

วันเพ็ญ รัตนกมลกานต์ (2546) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 35 คน ซึ่งทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2546 – กรกฎาคม 2546 ใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบ หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (The One-Group Pretest and Posttest Design) และใช้

เทคนิคกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR Participatory Action Research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วยคำถาม 6 ตอน และแบบทดสอบจำนวน 7 ชุด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และดำเนินการทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบกลไกทางร่างกาย ทดสอบภาวะสุขภาพจิต ตรวจสุขภาพทางกาย และการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวิธีการอบรมให้ความรู้ในเนื้อหา 10 เรื่อง กิจกรรมการออกกำลังกายแบบสะสมระยะทาง กิจกรรมการมีส่วนร่วมกับชุมชนในด้านส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม กิจกรรมการเยี่ยมเยียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้สูงอายุที่ป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า การรับรู้ด้านภาวะสุขภาพในอดีต ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านภาวะสุขภาพทางกาย จากการทดสอบกลไกทางร่างกาย และจากการหาค่าดัชนีมวลกาย พบว่าหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับผลการตรวจน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ความดันโลหิต พื้นที่ไขมันใต้ สมองภาพการได้ยิน สมองภาพการมองเห็น พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านภาวะสุขภาพจิต จากการประเมินความเศร้าเมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ด้านการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพหลังการทดลองโดยรวมจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวัฒน์ วิจิตรจันทร์ (2544) ศึกษากิจกรรมเชิงเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอเมือง จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมเชิงเศรษฐกิจและสังคม สภาพปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 226 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบที่ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมเชิงเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอเมือง จังหวัดเลย ในแง่กิจกรรมที่ต้องการทำเพื่อสร้างรายได้ กิจกรรมการทำบุญ การร่วมงานประเพณี การออกกำลังกายและนันทนาการ การมีส่วนร่วมทางการเมือง สภาพปัญหาการดำเนินชีวิตด้านกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจและสังคมในบทบาทในการเป็นผู้หารายได้เลี้ยงดูครอบครัว สภาพร่างกายที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ความเข้าใจที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน แตกต่างกันตามลักษณะที่ตั้งหมู่บ้าน ในแง่รายได้เสริมจากหัตถกรรมพื้นบ้าน ประเพณีงานค้าขายที่สร้างรายได้ กิจกรรมการทำบุญแตกต่างกันตามเพศ ในแง่รายได้จากการทำกิจกรรมทางการเกษตร กิจกรรมการทำบุญ สภาพปัญหาการดำเนินชีวิตด้านกิจกรรมเชิงสังคมในแง่ความสะดวกและความอบอุ่นที่ได้รับจากการอยู่ร่วมกับบุตรหลานแตกต่างกันตามอายุ การส่งเสริมและอนุรักษ์วัฒนธรรมท้องถิ่นแตกต่างกันตามระดับการศึกษา

ปัญญาภัทร ภัทรกันทากุล (2544) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ระดับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความตรงตามเนื้อหาและได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเพื่อประเมินความผาสุกทางใจเชิงจิตวิสัย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พจนา ศรีเจริญ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระบบราชการในจังหวัดเลย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการ จำนวน 255 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square) ผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.3 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 18.0 อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในเวลารว่าง ตำแหน่งหน้าที่ ภาระหนี้สินและรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางที่สำคัญในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญในด้านการจัดการรายได้ โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมและการจัดกิจกรรมในเวลารว่าง เช่น การเป็นวิทยากรในห้องเรียน ให้ความรู้ตามประสบการณ์ ตามความถนัดในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมการใช้เวลารว่างอย่างเหมาะสม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน/ญาติ อ่านหนังสือ ทำอาหาร นอนพักผ่อน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณค่าแก่สังคม

ประคอง คำคง (2534) ศึกษาทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนต่อบทบาทผู้สูงอายุและวิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า

1. ทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนอยู่ในระดับมาก บทบาทที่ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่าผู้สูงอายุปฏิบัติเรื่องลำดับจากมากไปหาน้อยคือ บทบาททางวัฒนธรรมและศาสนา บทบาททางสาธารณสุขและการอนามัย และบทบาททางการศึกษาตามลำดับ

2. สถานภาพส่วนบุคคลที่มีผลต่อทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกัน อันได้แก่ตำแหน่งและอายุ ส่วนสถานภาพด้านประสบการณ์ในการทำงาน พื้นที่ปฏิบัติงาน การนับถือศาสนาและอาชีพ ไม่มีผลทำให้ทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกัน

3. ทักษะของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนที่มีต่อวิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนอยู่ในระดับมาก วิธีการที่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนให้ความสำคัญเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ ให้ความรู้ความเข้าใจโดยผ่านกลุ่มคน ให้ความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคล และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน ตามลำดับ

4. สถานภาพส่วนบุคคลที่มีผลต่อทักษะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อวิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกันได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงาน สถานภาพด้านตำแหน่งและอายุไม่มีผลทำให้ทักษะแตกต่างกัน ส่วนพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้ทักษะที่มีต่อวิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชน

5. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนควรตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้สูงอายุ และกำหนดบทบาทในการพัฒนาชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้งานพัฒนาในชุมชนประสบผลสำเร็จรวดเร็วขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านโรคไม่ติดต่อและกิจกรรมทางกาย

ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ (2551) ศึกษาภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของบุคลากร ด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ประชากรเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ในเขตอำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปางจำนวน 110 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีและการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีสุขภาพดี มีความรู้ด้านการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารในระดับดี อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ สำหรับกลุ่มที่อายุมากกว่า 35 ปี เริ่มพบความผิดปกติโดยเฉพาะภาวะดัชนีมวลกายในระดับอ้วนถึงอ้วนมาก การมีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร

วี พูลสวัสดิ์ (2550) ศึกษาวิจัยเรื่อง กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 315 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์แนวคิดของเพนเดอร์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์และความพึงพอใจของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกาย ($P<0.05$) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ($P<0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและความพึงพอใจของรายได้ สามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40.0 ผลการศึกษากครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโครงการและวางแผนนโยบายเพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและกลุ่มผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สมปอง ฤทธิ์ศรีบุญ (2548) ทำการศึกษาผลการออกกำลังกายด้วยวิธีรำไม้พลอง ประกอบดนตรีพื้นบ้านที่มีต่อภาวะสุขภาพ สมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลดงชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ทำการทดลองจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยการฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีรำไม้พลองประกอบดนตรีพื้นบ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลศึกษาพบว่าหลังการทดลอง ระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายลดลงส่วนสมรรถภาพทางกายสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับสูง จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายด้วยวิธีรำไม้พลองประกอบดนตรีพื้นบ้านส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ สมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของประชาชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเสริมพลังอำนาจ

วิจินดา พวงสอาด(2555) : ทำการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครชัยศรี ผลการวิจัยพบว่า

1. กิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองได้

2. ผลการทดลองใช้กิจกรรม คือ (1) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด

นิภาพรณ อธิคมานนท์(2554) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ กิบสัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน(Multi Stage Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง20 คนและกลุ่มควบคุม20คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้พลังอำนาจผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรม

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มี ผลทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆต่อไป

สุกัญญา มาลัยมาตร(2555) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง 4) การลงมือซึ่งการปฏิบัติตนที่มีประสิทธิภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และ แบบวัดความเจ็บปวดข้อเข่า มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดข้อเข่าต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นและลดความเจ็บปวดจากข้อเข่าเสื่อม

ส่วนสรุป จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาในด้านสุขภาพะ รวมถึงการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานด้านกิจกรรมทางกายซึ่งยังมีน้อยมากและไม่ครอบคลุม ทั้งนี้หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะเกิดผลดีในด้านการป้องกันความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังสำคัญได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และโรคเรื้อรังจากระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น องค์การที่สำคัญและมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นในระดับท้องถิ่นควรมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพะผู้สูง เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิเสรีภาพด้านคุณภาพชีวิตตามที่ประเทศไทยโดยหน่วยงานของรัฐได้กำหนดไว้ในกฎหมายต่างๆ ตั้งแต่ในระดับสูงสุดคือระดับรัฐธรรมนูญลงมา ถึงระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการที่จะดำเนินกิจกรรมตามแนวนโยบายให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

ร่วมจากทุกภาคส่วนในการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง และหากพบช่องว่างที่ต้องพัฒนาจะทำให้สามารถฉีกกำลังของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะในภาคประชาชนระดับท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการเตรียมการ เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้าจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อการใช้ทรัพยากรของประเทศซึ่งมีอย่างจำกัด ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นจึงเป็นความท้าทายของสังคมที่จะดึงศักยภาพของท้องถิ่นออกมาใช้ให้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของระบอบประชาธิปไตยโดยแท้จริง และจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังต่อไปนี้

ตอนที่ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังนี้ (1) ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น (2) วิเคราะห์และพัฒนากลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยมุ่งศึกษาและพัฒนาในประเด็นที่สำคัญอันประกอบด้วย 2.1) กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 2.2) กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ 2.3) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิดในการทำการศึกษาคือ ประการแรก การวิจัยนี้ได้ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพทางกายพบว่า ในปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” ทั้งนี้เพราะ จำนวนหรือขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 14.45 ล้านคน(ร้อยละ

ละ 20) ในปี พ.ศ.2568 เมื่อเวลานั้นมาถึงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจะเคลื่อนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ กล่าวคือ พบว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุมิแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณา “อัตราส่วนเกือหนุนประชากรสูงอายุ” (Potential Support Ratio หรือ PSR) พบว่า อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลง จากการที่อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่ลดลงอย่างต่อเนื่องดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ในอนาคตอันใกล้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของสังคมโดยรวม ทั้งในด้านประเด็นที่ผู้อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจครัวเรือน การรองรับปัญหาสุขภาพที่ตามมา รวมถึงปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุ และจากการที่โครงสร้างประชากรของไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเกินกว่าที่จะถูกมองข้ามนี้ รัฐและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะต้องเร่งให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับสถานการณ์นี้อย่างจริงจัง

ประการที่สอง การวิจัยนี้มุ่งศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็นสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันพบว่าประชากรโลกส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรคและสาเหตุหลักการตาย จากโรคติดต่อ (Communicable Disease) มาเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยที่ประชากรผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อดังกล่าว ซึ่งได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ เบาหวาน อ้วน มะเร็งบางชนิด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญเหล่านี้ได้ จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะของโรคไม่ติดต่อเป็นประเด็นสุขภาพที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวถือได้ว่าเป็นความท้าทายต่อการสาธารณสุขโลก องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักในปัญหานี้อย่างจริงจังและได้ทำการพัฒนายุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพขึ้น โดยมีเป้าประสงค์คือ ส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพโดยแนะนำการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เกือหนุนปฏิบัติการที่ยั่งยืนในระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน ประเทศและระดับโลก ซึ่งโดยรวมจะนำไปสู่การลดโรคและอัตราตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกาย กิจกรรมเหล่านี้สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ขององค์การสหประชาชาติ และมีประโยชน์อย่างใหญ่หลวงต่อการสาธารณสุขทั่วทั้งโลกโดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้เสนอปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องต่อโรคไม่ติดต่อ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่าง

ถูกต้องซึ่งยุทธศาสตร์โลกด้านอาหารและกิจกรรมทางกายจะสามารถลดอัตราการตายของประชากรโลกได้ถึงปีละ 3 ล้านคน ด้วยเหตุดังนั้นก็กรอบความคิดเดิมเรื่องสุขภาพ (Old Health Paradigm) ที่วางอยู่บนฐานด้วยเรื่องโรค (Disease Oriented Approach) ในอดีตจึงไม่สามารถเอาชนะได้ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่เท่านั้น แต่จะต้องมุ่งไปที่กรอบความคิดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็น New Health Paradigm เป็นสำคัญ

ทั้งนี้การเพิ่มสมรรถนะของประชาชนให้มีความสามารถบรรลุภาวะสุขภาพดีได้อย่างสมบูรณ์ต้องกระทำในสิ่งสำคัญ 5 ประการคือ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a healthy public policy) 2. การก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (Create supportive environments) 3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) 4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal Skill) 5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient health services) จากความสำคัญของปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่สำคัญในประเทศไทยเพื่อพยายามแก้ปัญหาสุขภาพ ดังจะเห็นได้ว่าตลอดช่วงเวลากว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดกระแสการปฏิรูปภาคสุขภาพ (health sector reform) ขึ้นทั่วโลก

ประการที่สาม การวิจัยนี้มุ่งวิเคราะห์และพัฒนาระบบการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบแนวคิดด้านการปฏิรูประบบสุขภาพและการปกครองท้องถิ่น โดยเริ่มจากการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และส่งผลให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพในเวลาต่อมา นอกจากนี้ประกอบกับการเคลื่อนไหวทางสังคม ในเรื่องการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ระดับท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่มอบบทบาทหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีหน้าที่ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่กลับพบว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภาระที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจใหม่จากส่วนกลางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังขาดความพร้อมทางด้านการจัดการและกระบวนการทางกฎหมาย ซึ่งจากการศึกษาในระดับท้องถิ่นยังไม่มีชัดเจนว่า การกระจายอำนาจการปกครองของไทยนั้น ประชาชนสามารถเข้ามา มีบทบาทเรียกร้องมากขึ้นเพียงใด จึงทำให้การกระจายอำนาจในส่วนการปกครองของไทยยังคงไม่ก้าวหน้า สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากการที่ประชาชนในท้องถิ่นไม่ได้แสดงความต้องการ จึงทำให้ขาดการผลักดันทางการเมืองในประเด็นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน

ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่นด้านการป้องกันการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อก็คือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายให้เกิดขึ้นจริง โดยมีเป้าประสงค์ให้เกิดข้อกำหนดด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ตลอดจนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน นอกจากนี้การวิจัยยังได้นำแบบจำลองการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED model มาเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรมในชุมชนด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นขั้นตอนชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมดังกล่าว จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่หนึ่ง(มีสุขภาพปกติช่วยเหลือตนเองได้) มีสุขภาพดีขึ้น และมีโอกาสน้อยที่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่สอง (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) หรือกลุ่มที่สาม(ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันประเด็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพต่างๆสำหรับประชาชน พบว่ายังขาดการกำหนดทิศทางที่เหมาะสมในระดับท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่นในประเด็นของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเน้นนโยบายด้านสวัสดิการ ด้านเบี้ยยังชีพ สิทธิการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มุ่งการรักษามากกว่าการป้องกัน เป็นต้น ดังนั้นการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องต่อสภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทางกายที่ถือได้ว่าเป็นรากฐานของการมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการผลักดันดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมและความร่วมมืออย่างจริงจังจากประชาชน ตลอดจนภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่สำคัญคือ ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและประชาชนในท้องถิ่นต่อไป ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการสร้างนโยบายสาธารณะท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ (Healthy Local Public Policy) จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) แบบที่คุ้นเคยกันในอดีต อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะได้ถูกจัดเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ท้องถิ่น

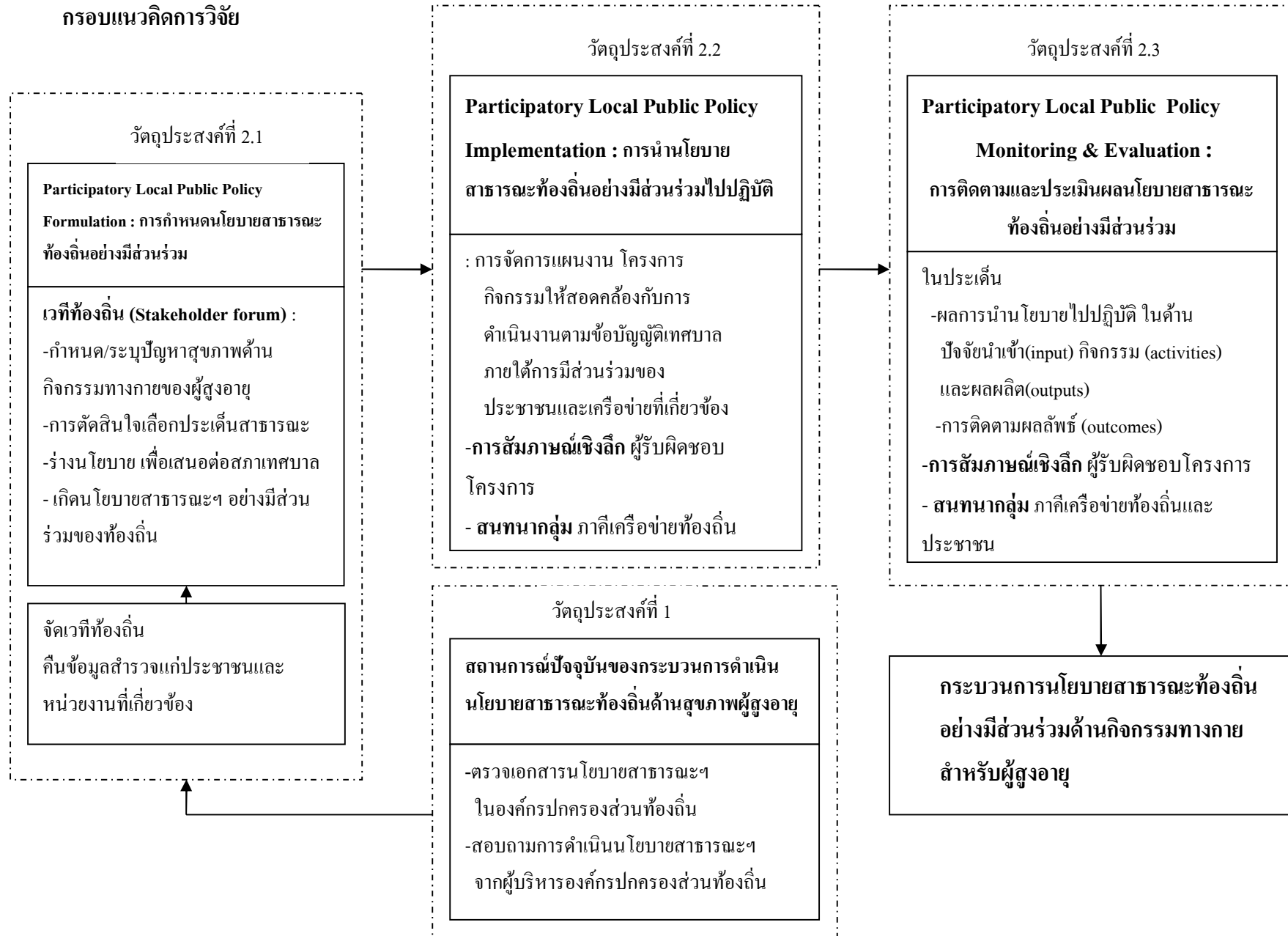
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยหรืองานวิชาการที่การศึกษาและพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงในประเด็นของการติดตามประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัยและพัฒนา นโยบายสาธารณะท้องถิ่นกับประเด็นสุขภาพด้าน

กิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีโจทย์การวิจัย คือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร ทั้งนี้ได้กำหนดคำถามการวิจัย ดังนี้ (1) กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร (2) กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้าน กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมไปปฏิบัติเป็นอย่างไร และการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติเป็นอย่างไร ทั้งนี้ศึกษาวิจัยภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) ที่มององค์ประกอบความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันระหว่าง ปัจจัยนำเข้า(input) กระบวนการ(process) และผลผลิต(output) รวมถึงการสะท้อนกลับ(feedback) ซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะได้องค์ความรู้ใหม่ทางด้านการบริหารงานสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งได้รูปแบบและวิธีการ ตลอดจนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมในมิติสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น การนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลซึ่งสามารถพิจารณารายละเอียด ของกรอบแนวคิดและทฤษฎี ในการวิจัยดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดทฤษฎี



กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ (1) ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) วิเคราะห์และพัฒนาระบบนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็น (2.1) กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ (2.2) กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ (2.3) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย สถานที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ขั้นตอนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และแผนการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานที่ดำเนินการวิจัย
2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
3. ขั้นตอนการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
6. แผนการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยในช่วงแรก (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) ทำการศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 211 แห่ง ทั้งในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับในช่วงที่สอง (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ทำการเลือกกรณีศึกษาเพื่อวิเคราะห์และพัฒนานโยบายท้องถิ่น 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกคือ

1. ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน (ผู้วิจัยเข้าพบทีมบริหารเพื่อหารือความเป็นไปได้ที่จะเข้าดำเนินการวิจัย)
2. ผู้บริหารและคณะบริหารยินยอมเข้าร่วมปฏิบัติงานวิจัย (โดยผ่านการขอมติจากที่ประชุมสภาเทศบาล)
3. สมาชิกสภาเทศบาลมีมติรับหลักการร่วมงานวิจัยหลังได้รับคำชี้แจงจากผู้วิจัย
4. เป็นเทศบาลที่มีผลงานเด่นด้านผู้สูงอายุ (หลักฐานการพิจารณา คือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และชมรมมีกิจกรรมส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ)
5. มีความร่วมมือของเครือข่ายในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง (หลักฐานการพิจารณา คือ รางวัลการมีส่วนร่วมจากสถาบันพระปกเกล้า ปี 2553)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. ผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหาร สมาชิกสภาท้องถิ่น หัวหน้าส่วนงาน เป็นต้น
2. ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น ได้แก่ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข
3. ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา (research and development) ใช้วิธีวิทยาการวิจัยผสมผสานหลายวิธี ทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยในส่วนของวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาจาก เอกสาร หนังสือ รายงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (documentary research) เอกสารรายงานภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุจากสถานีอนามัยรวมถึงการวิจัยภาคสนาม (fieldwork research) ทั้งในส่วนของ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเวทีท้องถิ่น การประชุมผู้บริหารและประชุมสภาเทศบาล ตลอดจนการปฏิบัติในประเด็นของกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น การนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลนโยบายฯ สำหรับในส่วนของวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษภาคสนามโดยการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถาม โดยในการดำเนินงานวิจัยมีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและเข้าพบผู้บริหารเทศบาลเมือง เมืองแกน พัฒนาทำการศึกษาความเป็นไปได้และเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัตินำโครงการวิจัยลงพื้นที่ในกรณีเลือกกรณีศึกษา

ระยะที่ 2 ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น(วัตถุประสงค์1) โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมดังนี้

1. สืบหาข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของกระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งส่งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 211 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล

2. ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเอกสารนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับรายละเอียดการตรวจเอกสารนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาการดำเนินนโยบายฯในปัจจุบันของเทศบาล โดยศึกษาจากแหล่งเอกสาร ดังนี้

2.1 เอกสารนโยบาย แนวปฏิบัติ แผน และผลปฏิบัติงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมของเอกสารนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศ ตลอดจนศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ วิทยานิพนธ์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงเอกสาร

ตีพิมพ์ ได้แก่ บทความหรือข้อเขียนวิจารณ์ รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ในส่วนการสัมภาษณ์ผู้บริหารเทศบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการดำเนินการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพื่อนำไปวิเคราะห์หาจุดร่วมในการพัฒนาในระยะต่อไป และเพื่อศึกษาข้อมูลยืนยันเพิ่มเติม ให้ได้รายละเอียดข้อมูลที่รอบด้านมากขึ้น

ระยะที่ 3 จัดเวทีท้องถิ่นเพื่อคืนผลการสำรวจข้อมูลภาคสนามแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สรุปผลและข้อเสนอแนะจากเวทีท้องถิ่น ขั้นตอนนี้เป็นการเล่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของท้องถิ่นและเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพทางกายของตนเอง และสามารถกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพทางกายของตนได้

ระยะที่ 4 กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ (วัตถุประสงค์ที่ 2.1) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญ คือ มีการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนเข้าประเด็นวาระนโยบายท้องถิ่น จากนั้นนำเสนอเพื่ออนุมัติเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่นตามกฎหมาย โดยผู้ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันขั้นตอนนี้คือ ผู้บริหารเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน

ระยะที่ 5 การนำนโยบายไปปฏิบัติ (วัตถุประสงค์ที่ 2.2) ขั้นตอนนี้เป็น การนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 ตลอดจนนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นแนวทาง เพื่อศึกษาผลของการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บริหารที่รับผิดชอบแผนงาน โครงการและกิจกรรมผู้สูงอายุ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่อยู่ในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาสรุปในประเด็นการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ

ระยะที่ 6 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (วัตถุประสงค์ที่ 2.3) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการได้คำตอบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเทศบาลและประชาชนผู้เป็นเจ้าของโครงการด้านกิจกรรมทางกาย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้ปรัชญาแนวทางปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งใช้ระเบียบวิธีการประเมิน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสำรวจผลตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ และการสนทนากลุ่ม เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลด้านการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น
2. ตรวจเอกสารด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ดำเนินงานในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 วิเคราะห์และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็น

1. กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ : ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ การจัดเวทีท้องถิ่นและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อเสวนาแลกเปลี่ยนข้อมูลภาวะสุขภาพทางกายผู้สูงอายุและเพื่อให้ประชาชนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพทางกายของตนเอง และสามารถกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพทางกายของตนได้ ตลอดจนการผลักดันประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระนโยบายท้องถิ่นรวมถึงการประกาศเป็นนโยบายสาธารณะท้องถิ่น

2. กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ ผู้บริหารที่รับผิดชอบแผนงาน โครงการและกิจกรรมผู้สูงอายุ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่อยู่ในหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัย และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

3. การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ : ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสำรวจผลตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

การทดสอบเครื่องมือแบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ทำการศึกษาในประเด็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 211 แห่ง โดยมีรายละเอียดในการทดสอบเครื่องมือดังนี้

1. ทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) (สุวิมล ติรภานนท์, 2551: 163) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และคณะกรรมการคณาจารย์ แก่ใจความเหมาะสมของเนื้อหา พร้อมทั้งนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดลำพูน จำนวน 30 แห่ง

2. หลังจากไปทดลองใช้แบบสอบถามแล้วได้นำมาปรับแก้ในเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสม และนำไปปรึกษาประธานกรรมการคณาจารย์ ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

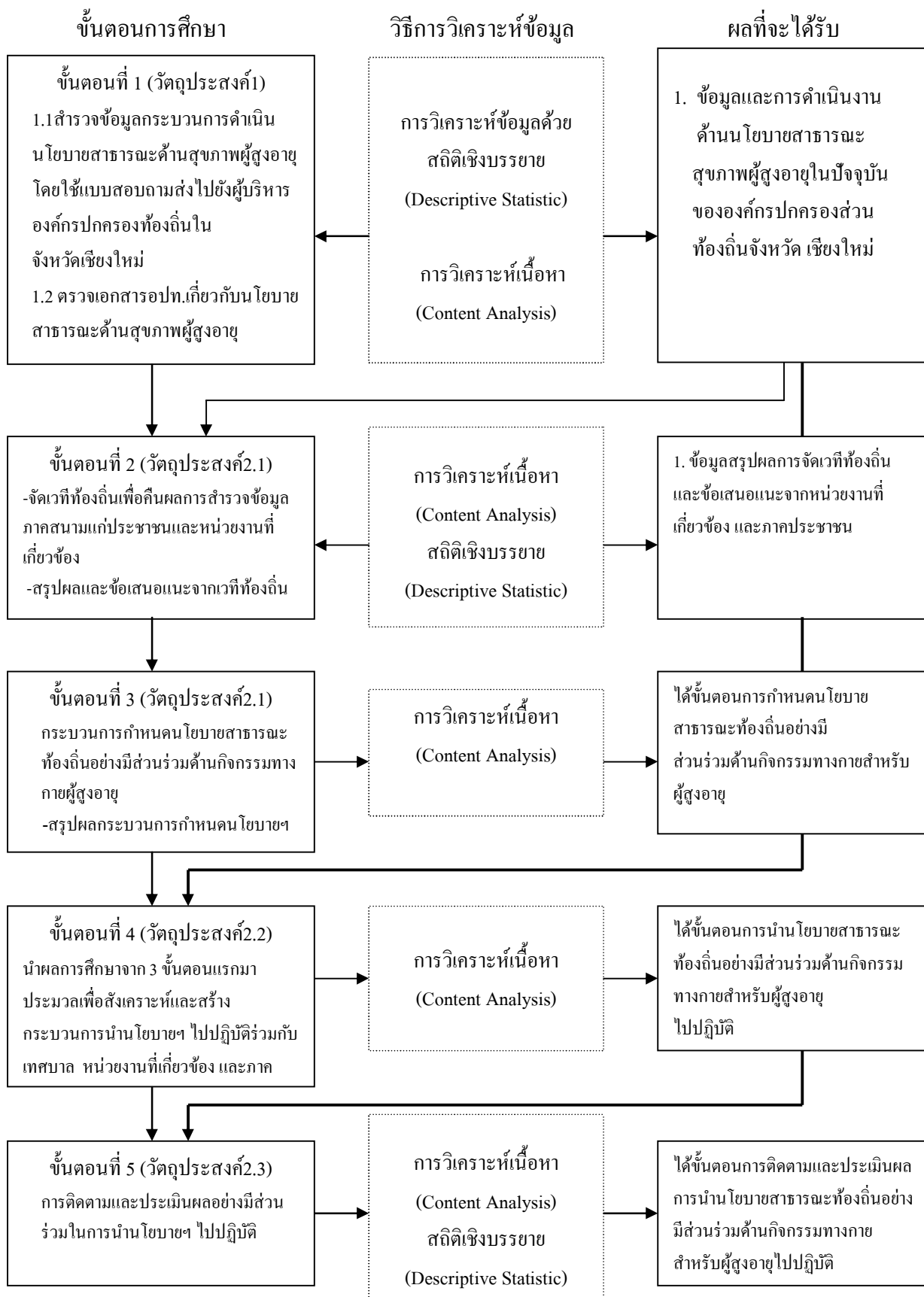
1. ข้อมูลจากการสำรวจในวัตถุประสงค์ที่ 1 ทำการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ทั้งข้อมูลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินงานในปัจจุบัน และด้านสาระของนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนผลที่ดำเนินการจากการบริหารจัดการนโยบายและทรัพยากร โดยการบรรยายในลักษณะของการพรรณนา

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและกรณีศึกษาโครงการของท้องถิ่นที่มีผลงานเด่น ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สาระของเนื้อหา และสังเคราะห์ผลจำแนกตามประเด็นข้อคำถาม แล้วนำผลมาเรียบเรียงเป็นข้อมูลนำเข้าและบทสรุป โดยนำเสนอในลักษณะของการพรรณนา

3. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม นำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยใช้วิธีการทางสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายในส่วน of ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลกระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

4. ข้อมูลที่ได้จากเวทีประชาคม เวิร์คช็อปมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในท้องถิ่นนำมา
วิเคราะห์และสังเคราะห์ในลักษณะของการพรรณนา

สรุปขั้นตอนการศึกษา วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่จะได้รับ



บทที่ 4

ผลการวิจัย และข้อวิจารณ์

ผลการวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน รายละเอียดตามลำดับหัวข้อต่อไป ดังนี้

ตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ ในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ. แม่แตง จ.เชียงใหม่ ประเด็นกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตอนที่ 3 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ. แม่แตง จ.เชียงใหม่ ประเด็นกระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ตอนที่ 4 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ. แม่แตง จ.เชียงใหม่ ประเด็นการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ตอนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบัน

การศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) หรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ปลัดฯ หัวหน้าส่วน นักวิชาการ หรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น โดยศึกษาองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 211 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ขอบัญญัติ เทศบัญญัติ แผนปฏิบัติการสามปี ซึ่งผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาที่ได้จากแบบสอบถาม

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 89 คน (ร้อยละ 57.4) เพศหญิง 66 คน (ร้อยละ 42.6) และมีอายุระหว่าง 30-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 20-32 (ร้อยละ 21.3) มีค่าอายุเฉลี่ย 39.31 ปี อายุการทำงานหรืออายุราชการอยู่ในช่วง 1- 5 ปี (ร้อยละ 47.1) ดังแสดง

ตาราง 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป (n= 155)		จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	89	57.4
	หญิง	66	42.6
2. อายุ			
	25-32 ปี	33	21.3
	33-40 ปี	64	41.3
	41-47 ปี	27	17.4
	48-54 ปี	23	14.8
	55-62 ปี	8	5.2
Min. = 25 ปี Max.= 62 ปี Mean = 39.31 ปี			
3. อายุงาน/ราชการ			
	1- 5 ปี	73	47.0
	6-10 ปี	41	26.5
	11- 15 ปี	20	12.9
	16- 20 ปี	8	5.2
	21-25 ปี	9	5.8
	มากกว่า 25 ปี	4	2.6
Min. = 1 ปี Max.= 33 ปี Mean = 9.5 ปี			

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n= 155)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
4. ระดับของหน่วยงาน		
เทศบาลนคร	1	0.6
เทศบาลเมือง	4	2.6
เทศบาลตำบล	75	48.4
อบต.ขนาดใหญ่	3	1.9
อบต.ขนาดกลาง	71	45.8
อบต.ขนาดเล็ก	1	0.6
5. ตำแหน่งปัจจุบัน		
นายก	7	4.5
รองนายก	10	6.5
ปลัด/รองปลัด	23	14.8
ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	21	13.5
ผอ.กองวิชาการและแผน	1	0.7
หัวหน้าสำนักปลัด	22	14.2
นักวิชาการสาธารณสุข	8	5.1
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	2	1.3
เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	6	3.9
นักพัฒนาการชุมชน	55	35.5
6. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	1.9
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	106	68.4
ปริญญาโท	43	27.7
ไม่ตอบ	3	1.9

2. ข้อมูลด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีจำนวน 113 แห่ง (ร้อยละ 72.9) สำหรับในส่วนของหน่วยงานที่มีการกำหนดนโยบายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 27.1) โดยในจำนวนหน่วยงานที่มีนโยบายสาธารณะ 42 แห่งดังกล่าว พบว่าเป็นนโยบายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและเป็นความต้องการของประชาชน 41 แห่ง (ร้อยละ 97.6) แต่อย่างไรก็ตามนโยบายที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไม่ครบทุกขั้นตอน จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 64.3) ในขณะที่มีกระบวนการครบทุกขั้นตอน 15 แห่ง (ร้อยละ 35.7)

ตาราง 8 ข้อมูลด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อมูลด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุ (n=155)	จำนวน (หน่วยงาน)	ร้อยละ
1. หน่วยงานมีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร		
ไม่มี	113	72.9
มี	42	27.1
2. หน่วยงานมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านการเห็นชอบจาก “สภาท้องถิ่น”		
ไม่มี	113	72.9
มี	42	27.1
3. หน่วยงานมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีส่วนร่วม และเป็นความต้องการของประชาชน		
ไม่มี	1	2.4
มี	41	97.6
4. หน่วยงานมีกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุครบทุกขั้นตอน		
ไม่ครบ	27	64.3
ครบ	15	35.7

3. ข้อมูลด้านกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดขึ้นไปจัดทำแผนครบทุกนโยบายเพียง 6 แห่ง (ร้อยละ 14) ในส่วนที่จัดทำไม่ครบทุกนโยบายมีจำนวนถึง 36 แห่ง (ร้อยละ 85.7) นอกจากนี้พบว่าในปีงบประมาณที่ผ่านมาหน่วยงานมีแผน/โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 27 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และในส่วนที่ไม่มีแผน/โครงการจำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 35.7) อย่างไรก็ตามพบว่า แผนงานหรือโครงการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่การจัดทำแผนงานหรือโครงการ เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน

ตาราง 9 ข้อมูลด้านกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

กระบวนการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ (n=42)	จำนวน (หน่วยงาน)	ร้อยละ
1. หน่วยงานมีการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดขึ้นไปจัดทำแผนครบทุกนโยบาย		
ไม่ครบ	36	85.7
ครบ	6	14.3
2. ในปีงบประมาณที่ผ่านมาหน่วยงานมีแผน/โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ		
ไม่มี	15	35.7
มี	27	64.3
3. แผนงาน/โครงการด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน		
ไม่ใช่	9	21.4
ใช่	33	78.6
4. หน่วยงานมีความพอเพียงด้านบุคลากรสุขภาพในการทำงานผู้สูงอายุ		
ไม่เพียงพอ	27	64.2
เพียงพอ	15	35.7
5. ปัญหาของหน่วยงานด้านการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพผู้สูงอายุ		
ไม่มี	17	40.5
มี	25	59.5

ตาราง 10 ข้อมูลด้านการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุปฏิบัติ (n=42)	จำนวน (หน่วยงาน)	ร้อยละ
1. มีการติดตามประเมินความสำเร็จในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ของหน่วยงาน		
ไม่มี	37	88.1
มี	5	11.9
2. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดแผนการติดตามประเมินผลร่วมกับ ประชาชน		
ไม่มี	35	83.3
มี	7	16.7
3. หน่วยงานมีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการลงพื้นที่ติดตาม/ประเมินผลการ ดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่าง อปท. และภาคประชาชน		
ไม่มี	38	90.5
มี	4	9.5
4. มีการนำผลการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงนโยบายผู้สูงอายุในท้องถิ่น		
ไม่มี	42	100.0
มี	0	0.0

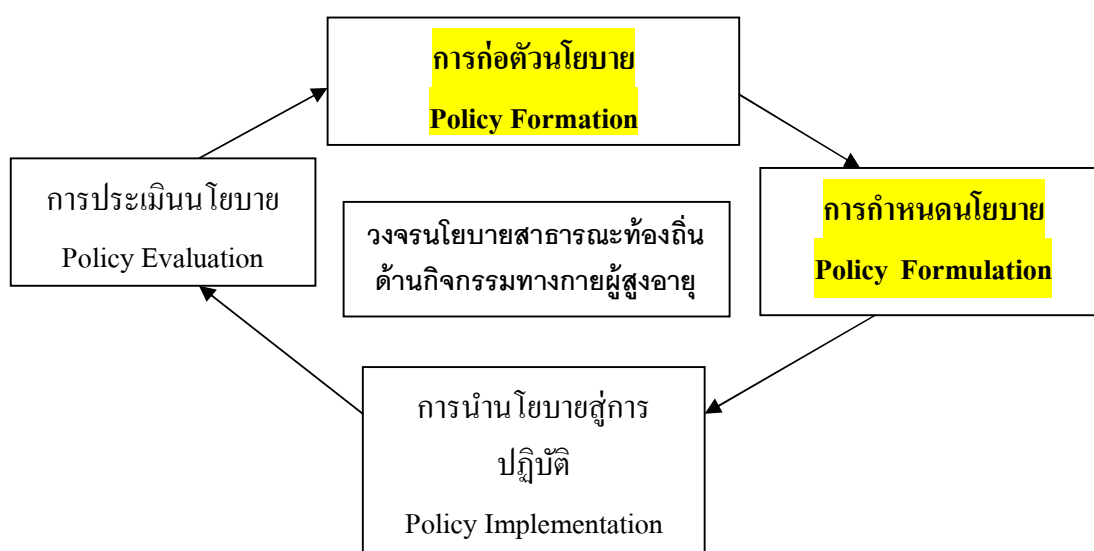
สรุปข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งหมดพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน
จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ยังไม่มีกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
ทั้งในส่วนที่เป็นข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ ซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินนโยบายใน
ระดับท้องถิ่นคือ จะไม่มีการกำหนดงบประมาณรายจ่ายไว้ ซึ่งจะมีผลสืบเนื่องไปถึงในส่วนของ
แผนพัฒนาสามปีหรือแผนพัฒนาประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การดำเนินงานใน
ภาพรวมขาดประเด็นด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลต่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนี้ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในชุมชน อย่างไรก็ตามถึงแม้จะ
มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้ระบุว่า หน่วยงานของตนมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
ผู้สูงอายุระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ยังพบว่าโดยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 มีกระบวนการ
ดำเนินนโยบายสาธารณะไม่ครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นด้าน 1) กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ
ท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม 2) กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ 3) กระบวนการ
ประเมินผลนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้รวมถึงขั้นตอนย่อยในแต่ละด้านซึ่ง

พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีและกระทำไม่ครบตามขั้นตอนซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ไม่ครบถ้วนและไม่ตรงตามหลักการวิชาการ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงในแง่ของการเข้าไปมีส่วนร่วมและประโยชน์ที่จะได้รับ สอดคล้องกับการลงไปเก็บข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่จริง ได้แก่ เทศบาลตำบลจอมทอง เทศบาลตำบลดอยแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลคอนแก้ว เทศบาลตำบลวงเหนือ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าเมี่ยง เทศบาลตำบลแม่มริม เทศบาลตำบลเชียงดาว โดยได้เข้าพบและสัมภาษณ์นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผู้บริหารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (2555: การสัมภาษณ์) ที่ไปเก็บข้อมูลเชิงลึกทุกแห่ง ให้ข้อมูลในภาพรวมว่า “ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพหรือด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ” ส่วนนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลดอยแก้ว ให้ข้อมูลว่า “เป็นเรื่องยาก..ที่จะให้มากำหนดนโยบายด้านสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ...เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ...และถนนยังต้องสร้างต้องปรับปรุงอีกมาก...เพราะที่นี่...มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นชาวเขา” ทางด้านปลัดเทศบาลตำบลจอมทอง (2555: การสัมภาษณ์) กล่าวว่า “ที่นี่การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ดี...ทำอะไรก็ไม่ค่อยสำเร็จ...เลยไม่มีโครงการที่ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม...อีกอย่างเจ้าหน้าที่เรามีน้อย...กองสาธารณสุขก็ทำไม่ไหวหรอก...ถ้าจะให้ผู้บริหารมากำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ คงลำบาก” นอกจากนี้ ปลัดเทศบาลตำบลวงเหนือ (2555: การสัมภาษณ์) ให้ข้อมูลดังนี้ “ทางวงเหนือยังไม่มีกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษร จะมีแต่แผนกิจกรรมวันสำคัญๆ สำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น อย่างเช่น รดน้ำดำหัววันสงกรานต์ วันกักขฬหาสนุคผู้สูงอายุประจำปี” สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลป่าเมี่ยง (2555: การสัมภาษณ์) ที่ให้ข้อมูลว่า “การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในตำบลป่าเมี่ยงนั้นไม่มี มีแต่นโยบายเรื่อง สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกิจกรรมประเพณีสำคัญๆ” ส่วนปลัดเทศบาลตำบลเชียงดาว ให้ข้อมูลว่า “ตอนนี้ทางเทศบาลยังไม่มีกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะ...ยากนะ..ถ้าจะทำอย่างนั้น....ผู้บริหารต้องคำนึงถึงปัญหาเร่งด่วนอื่นๆ ด้วย...” แต่อย่างไรก็ตามจากการพูดคุยกับหัวหน้าสำนักปลัด อบต.คอนแก้ว (2555: การสัมภาษณ์) ได้กล่าวว่า “ทางอบต.ของเราได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง สุขภาพของประชาชน เราจึงมีนโยบายด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย ไม่เจาะจงว่าจะต้องเป็นผู้สูงอายุ....กลุ่มเดียว...แต่ถ้าเป็นนโยบายด้านกิจกรรมทางกายเราไม่มี...จะมีการออกกำลังกายในชุมชนบ้าง”

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเข้าไปตรวจเอกสารด้านนโยบายและแผนปฏิบัติการของแต่ละแห่ง พบข้อมูลที่สอดคล้องกันคือ เอกสารเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ/แผนพัฒนาสามปี ไม่ปรากฏนโยบายในด้านสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง และไม่พบนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่จะปรากฏในด้านของสวัสดิการสังคม อย่างไรก็ตามยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งที่เน้นเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อต่อต้านยาเสพติด ซึ่งเมื่อพิจารณาการใช้จ่ายงบประมาณ พบว่ามีการใช้จ่ายในด้านโครงสร้างพื้นฐานมากถึงครึ่งหนึ่งของงบประมาณทั้งหมด และบางแห่งมีการใช้จ่ายงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพไม่ถึงร้อยละ 10 ของงบประมาณทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น อบต.บ้านช้าง (ชื่อสมมุติ) จัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพเพียง 300,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.63 จากงบประมาณทั้งหมด 18,458,390 บาท ในขณะที่มีการจัดสรรงบประมาณด้านโครงสร้างพื้นฐานถึง 10,730,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.13

ตอนที่ 2 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ต. อินทิลล อ. แม่แตง จ. เชียงใหม่
ประเด็นกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรม
ทางกายผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการสำรวจและสัมภาษณ์เชิงลึกจากตอนที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ต.อินทิลล อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะสุขภาพท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่น เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่เริ่มจากการก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) ที่มาจากความต้องการของประชาชน จนถึงขั้นตอนการกำหนดนโยบายภายใต้กระบวนการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน (Problem Identification)

ขั้นตอนที่ 2 : สำรวจข้อมูล/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอมะเณง จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่ 3 : จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น เพื่อสืบข้อมูลแก่ประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 : ภาคประชาชนนำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบาย

ขั้นตอนที่ 5 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติกำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ”

ขั้นตอนที่ 6 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบายโดยระบุไว้ในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปี

ดังรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน (Problem Identification)

ขั้นตอนนี้เป็นการแสดงออกถึงความต้องการของกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ประชาชน นักวิชาการ ความเห็นจากสาธารณะ เป็นต้น จากผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้สื่อสารข้อมูลสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของคนไทย ความสำคัญจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีกระบวนการจัดการเชิงรุกแก่ผู้บริหารของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา พื้นที่กรณีศึกษา โดยกลุ่มแรกที่ถือว่าเป็นกลุ่มสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนก็คือ ทีมผู้บริหารเทศบาลก่อนที่จะเริ่มเข้าทำการศึกษาวิจัย ดังนั้นจึงเข้าพบ นายกเทศมนตรี และรองนายกเทศมนตรี เพื่อหารือความเป็นไปได้ที่จะนำโครงการวิจัยนี้ลงศึกษาในพื้นที่ โดยผู้วิจัยได้เข้าพื้นที่ในขั้นตอนนี้ถึง 4 ครั้งจนกระทั่งทางเทศบาลมีมติที่ประชุมสภารับรองดังนี้

ตาราง 11 กำหนดการเข้าพบผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

ครั้งที่	วันที่	การดำเนินการ	ผลการดำเนินการ
1	2 ก.ย. 2553	เข้าพบนายกเทศมนตรีและรองนายกฯ เพื่อเข้าหารือแบบไม่เป็นทางการในเรื่องโครงการวิจัย	นายกฯ และรองนายกฯ รับในหลักการโครงการวิจัย แต่ขอนัดพูดคุยอย่างเป็นทางการอีกครั้ง ในวันที่ 10 ก.ย. 2553 (ได้พูดคุยกับผู้บริหารประมาณ 10 นาที)
2	10 ก.ย. 2553	ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบทีมบริหารเทศบาลอย่างเป็นทางการเพื่อหารือโดยเรียนเชิญนายกเทศมนตรี/รองนายกฯ/ปลัด/รองปลัด/ ผอ. กองสาธารณสุข/ผู้อำนวยการกองคลังเข้าร่วม เพื่อหารืออย่างเป็นทางการ	ทางผู้บริหารเทศบาลรับในหลักการของโครงการวิจัย แต่มีขั้นตอนสำคัญคือผู้วิจัยต้องชี้แจงโครงการต่อที่ประชุมสภาเทศบาล ซึ่งจะมีในวันที่ 20 ก.ย. 2553
3	20 ก.ย. 2553	เข้าชี้แจงโครงการต่อที่ประชุมสภาเทศบาล (ครั้งที่ 1)	ที่ประชุมไม่สามารถออกเสียงรับรองมติในที่ประชุมได้ เนื่องจากต้องนำประเด็นการขอเข้าทำวิจัยในพื้นที่บรรจุในวาระข้อเสนอขอความเห็นต่อที่ประชุมในวันที่ 21 ก.ย. 2553
4	21 ก.ย. 2553	เข้าชี้แจงโครงการต่อที่ประชุมสภาเทศบาล (ครั้งที่ 2)	สมาชิกสภาเทศบาลมีมติเห็นชอบและยกมือสนับสนุนให้ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อทำวิจัยได้ โดยมีผู้สนับสนุน จำนวน 17 เสียง ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนั้น

ทั้งนี้ในการเข้าพบผู้บริหารครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพของประชาชนด้านโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีรายละเอียดประเด็นโดยสังเขปดังนี้

สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไม่ติดต่อ : ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาใหญ่ของประชากรโลกกล่าวคือ ในปัจจุบันนี้มีประชากรทั่วโลกกว่า 1 พันล้านคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอีกอย่างน้อย 500 ล้านคน เผชิญกับภาวะโรคอ้วน ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง มะเร็งและโรคหัวใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขด้วยระบบการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลักเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และการชะลอความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยโดย นพ.ไพจิตร วราชาติ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยว่าได้มอบหมายให้สำนักกระบาดวิทยา ติดตามเฝ้าระวังปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน , ความดันโลหิตสูง , หัวใจขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อชี้ขนาดปัญหาและความรุนแรง โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ จากผลการเฝ้าระวังตลอดปี 2551 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรค ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 44 จังหวัดรวมทั้งสิ้น 2,179,504 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน 645,620 ราย ,ความดันโลหิตสูง 1,145,557 ราย ,โรคหัวใจขาดเลือด 148,206 ราย ,โรคหลอดเลือดสมอง 107,709 ราย และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจ 32,412 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เมื่อเปรียบอัตราป่วยจากทั้ง 5 โรคดังกล่าวต่อประชากรทุก 100,000 คน พบ 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ สุโขทัย อุตรดิตถ์ ชัยนาท อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ และลำปาง ซึ่งจากผู้ป่วยทั้งหมดนี้ เป็นผู้ที่เริ่มป่วยในปี 2551 จำนวน 718,297 ราย เฉลี่ยเดือนละเกือบ 60,000 ราย หรือป่วยเพิ่มขึ้นนาที่ละ 1 คน จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้เร่งให้สำนักงานสาธารณสุขและสถานบริการ สุขภาพในระดับชุมชน สำรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปให้ครบทุกคน เพื่อวางแผนดูแลสุขภาพ ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ส่วนในรายที่ป่วยแล้ว จะต้องมีการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต ด้าน นพ.มานิต ชีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า หากป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้ว สิ่งที่ประชาชนต้องดูแลเป็นพิเศษมี 3 เรื่องใหญ่ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย และกินยาเพื่อควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง หากพึ่งยาอย่างเดียว แต่ไม่ปรับพฤติกรรมการกินหรือออกกำลังกาย ก็อาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ใน ปี 2551 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการแทรกซ้อนทั้งหมด 224,506 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 30 เกิดที่หลอดเลือดแดง ไตวาย โรคแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 50 คือโรคหัวใจและไตวาย ส่วนผู้ป่วย

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายงานด้านงบประมาณที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในด้านนี้สูงถึงสองแสนล้านบาท ดังนั้นถึงเวลาแล้วที่รัฐบาลท้องถิ่นต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและประสานงานดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น เพื่อป้องกัน และชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อดังกล่าว ด้วยการเริ่มต้นจากการสร้างกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการนำนโยบายไปปฏิบัติและการติดตามประเมินผล

สรุปผลจากการหารือและให้ข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวทั้งหมดแก่ทีมผู้บริหารนายกเทศบาลเมืองเมืองแกนและรองนายกฯ (2553: การสัมภาษณ์) ได้มีข้อคิดเห็นต่อประเด็นสุขภาพดังกล่าวว่า “ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ในส่วนของเทศบาลเมืองเมืองแกนเห็นว่า ประเด็นการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและถือเป็นภารกิจของเทศบาลโดยตรง และยินดีรับโครงการวิจัย นโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ของพี่น้องประชาชนชาวเมืองแกน” ซึ่งได้ส่งผลต่อเนื่องมายังช่วงการเสนอโครงการวิจัยในที่ประชุมสภาและผลการพิจารณา คือ สมาชิกสภาเทศบาลมีมติเห็นชอบและยกมือสนับสนุนให้ผู้วิจัยเข้าพื้นที่เพื่อทำวิจัยได้

ขั้นตอนที่ 2 : สำรวจข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

ผลที่ได้จากการสำรวจมีดังนี้ งานวิจัยนี้ทำการ สุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน จากจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมด 2,417 คน โดยมีประชากรในชุมชนรวมทั้งสิ้น 13,318 คน ทั้งนี้ การได้มาของกลุ่มตัวอย่างได้ทำการคำนวณจากฐานของประชากรสูงอายุในเขตเทศบาล และทำการเลือกตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ในแต่ละชุมชน โดยเรียงตามเลขที่บ้านทำการสุ่มเลือกบ้านวันบ้าน สำหรับข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 3) ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activities) 4) ข้อมูลทางสังคม/ สิ่งแวดล้อม และความต้องการการสนับสนุน ผลการศึกษาสามารถพิจารณาได้ดังต่อไปนี้

1. เพศ อายุ และการนับถือศาสนา

เพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สัดส่วนของเพศหญิงวัยสูงอายุ มากกว่าเพศชาย โดยจำนวนเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 59.5 (ตาราง 12) ทางด้านอายุนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (ตาราง 13) ส่วนการนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ กล่าวคือนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.5 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 0.5 (ตาราง 14)

ตาราง 12 เพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ชาย	161	40.5
หญิง	237	59.5
รวม	398	100

ตาราง 13 อายุของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ	(ปี)
ต่ำสุด	60
สูงสุด	96
เฉลี่ย	70.0

ตาราง 14 การนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง

ศาสนา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
พุทธ	396	99.5
คริสต์	2	0.5
รวม	398	100

2. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส รองลงมาคือ หม้าย โสด และหย่าหรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 66.83, 29.40, 2.51 และ 1.26 ตามลำดับ (ตาราง 15) ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.2 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 74.4 (รายละเอียดตาราง 16) ส่วนด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ รับจ้าง เกษตรกร และประกอบกิจการส่วนตัวหรือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 30.4 , 21.4 และ 6.5 (รายละเอียดตาราง 17)

ตาราง 15 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพสมรส	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
โสด	10	2.51
คู่/สมรส	266	66.83
หม้าย	117	29.40
หย่า/แยกกันอยู่	5	1.26
รวม	398	100

ตาราง 16 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	32	74.4
ประถมศึกษา	355	89.2
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	5	1.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวศ.	-	-
ปริญญาตรี	5	1.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.4
รวม	398	100

ตาราง 17 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	158	39.7
เกษตรกร	85	21.4
รับจ้าง	121	30.4
ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย	26	6.5
ข้าราชการบำนาญ	3	0.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-
อื่นๆ	5	1.3
รวม	398	100

3. รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว และความพอเพียงของรายได้ประจำเดือน

รายได้ของตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีรายได้เป็นของตนเอง โดยมีรายได้เฉลี่ย 1,679 บาทต่อเดือน (รายละเอียดตาราง 18 และ 19) ส่วนรายได้ของครอบครัว พบว่า มีรายได้เฉลี่ย 6,297 บาทต่อเดือน (รายละเอียดตาราง 20) ทางด้านความเพียงพอของรายได้ประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่พอเพียงแต่ไม่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ พอเพียง ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน และมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 29.4 25.4 และ 4.0 ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 21)

ตาราง 18 รายได้ของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทรายได้	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	-	-
มีรายได้	398	100.0
รวม	398	100

ตาราง 19 รายได้ต่ำสุด สูงสุด ของกลุ่มตัวอย่าง

รายได้ของตนเองต่ำสุด	รายได้ของตนเองสูงสุด	รายได้เฉลี่ย
500 บาท	20,000 บาท	1,679 บาท

ตาราง 20 รายได้ต่ำสุด สูงสุด ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวต่ำสุด	รายได้ของครอบครัวสูงสุด	รายได้เฉลี่ย
500 บาท	63,000 บาท	6,297 บาท

ตาราง 21 ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่าง

ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
มีเหลือเก็บ	16	4.0
พอเพียง	117	29.4
ไม่พอเพียงแต่ไม่มีหนี้สิน	164	41.2
ไม่พอเพียงและมีหนี้สิน	101	25.4
รวม	398	100

4. ลักษณะการร่วมพักอาศัย และจำนวนบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

การร่วมพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่พักอาศัยกับ สามี/ภรรยา/บุตร (รายละเอียดตาราง 22) การศึกษาเกี่ยวกับจำนวนบุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนบุคคลในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน (รายละเอียดตาราง 23)

ตาราง 22 ลักษณะการร่วมพักอาศัย

ลักษณะการร่วมพักอาศัย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
อยู่ลำพังคนเดียว	66	16.6
อยู่กับสามี/ภรรยา/บุตร	325	81.6
อยู่กับญาติ	7	1.8
รวม	398	100

ตาราง 23 จำนวนบุคคลในครอบครัว

จำนวนต่ำสุด	จำนวนสูงสุด	เฉลี่ย
1 คน	9 คน	3 คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ขนาครอบเอว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา รวมทั้งภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกาย ประจำปี ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจในครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่สามารถบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วแม้ว่าจะมี น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ขนาครอบเอวที่ยังไม่เกินเกณฑ์ปกติ แต่ก็พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากมีกิจกรรมทางกายไม่พอเพียง ซึ่งผลการศึกษาสามารถพิจารณาได้ดังต่อไปนี้

2.1 น้ำหนัก และส่วนสูง

ในการศึกษาเกี่ยวกับน้ำหนักและส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างนั้น เพื่อนำไปคำนวณค่าดัชนีมวลกาย ที่จะบ่งบอกภาวะสุขภาพในภาพรวม ทำให้ทราบว่าร่างกายมี ไขมันส่วนเกินมากน้อยจากค่าปกติหรือไม่ เพียงใด และเพื่อทำให้ทราบถึงระดับความเสี่ยงในการ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 51.2 กิโลกรัม

และพบว่าส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 156.0 เซนติเมตร (ดูรายละเอียดจากตาราง 24) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีบางรายที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ อันเป็นข้อบ่งชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

ตาราง 24 ข้อมูลแยกตามน้ำหนัก

ข้อมูล	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย
น้ำหนัก	23	90	51.2
ส่วนสูง	110	180	156

2.2 ดัชนีมวลกาย เพศชาย และดัชนีมวลกายเพศหญิง

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) เป็นค่าที่อาศัย

ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาเป็นตัวชี้วัดสถานะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ค่าดัชนีมวลกายสามารถคำนวณได้โดย นำน้ำหนักตัว(หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร) $BMI = \text{น้ำหนักตัว (kg)} / \text{ส่วนสูง m}^2$ ซึ่งโดยทั่วไป ดัชนีมวลกายปกติมีค่าระหว่าง 18.5 - 22.9 kg/m^2 ถ้าหากพบว่ามีค่าสูงกว่าปกติจะแสดงให้เห็นทราบว่าเริ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(สมชาย ลิ้มทองอิน, 2550) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่า เพศชายส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติ (ค่าปกติ = 18.5-22.99 kg/m^2) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นกัน (21.25 kg/m^2) (รายละเอียดตารางที่ 2.2) ส่วนดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงในภาพรวมนั้นพบว่า ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ = 18.5-22.99 kg/m^2) และ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเพศหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (20.83 kg/m^2) เช่นกัน (รายละเอียดตาราง 2.3) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีผู้ที่มีดัชนีมวลกาย สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือเกิน 22.99 kg/m^2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพ

ตาราง 25 ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

ดัชนีมวลกาย (BMI) kg/m ²	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
เพศชาย	12.50	32.23	21.25
เพศหญิง	10.82	33.20	20.83

2.3 ขนาดรอบเอว เพศชาย และขนาดรอบเอว เพศหญิง

การวัดขนาดรอบเอวเป็นการเฝ้าระวังเบื้องต้นในการสำรวจภาวะอ้วนและเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย โดยการวัดขนาดรอบเอว ซึ่งกำหนดให้เพศชายควรมีรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ส่วนเพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว หากพบว่ารอบเอวมากกว่าค่าที่กำหนดแสดงให้ทราบว่า บุคคลนั้นเข้าสู่ภาวะน้ำหนักเกิน โดยที่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 5 ของการเสียชีวิต ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิต 2.8 ล้านคนที่มีสาเหตุจากภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน โดยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นรวดเร็วและมีความรุนแรงต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจสำคัญของโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับขนาดรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย ในภาพรวมพบว่า ขนาดรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (รายละเอียดตาราง 26) และ ขนาดรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาอยู่ในเกณฑ์ปกติ(30.6 นิ้ว) (รายละเอียดตาราง 27)

ตาราง 26 ขนาดรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเพศชาย

รอบเอว(ชาย)	นิ้ว
ต่ำสุด	23
สูงสุด	45
เฉลี่ย	32.0

ตาราง 27 ขนาดรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

รอบเอว(หญิง)	นิ้ว
ต่ำสุด	20
สูงสุด	46
เฉลี่ย	30.6

2.4 การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกายมนุษย์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในปอดและกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เป็นต้น (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, 2556-2557) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี่จึงทำให้ทราบถึงความเสี่ยงดังกล่าว ส่วนการดื่มสุรามีผลต่อดับ มีผลให้เกิดโรคตับแข็ง มะเร็งตับ ผลต่อหัวใจ และเกิดโรคทางจิตประสาท

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 80.4 (รายละเอียดตาราง 28) ส่วนผลการสำรวจเกี่ยวกับการดื่มสุรานั้นพบว่า ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 78.4 ดื่มตามโอกาส คิดเป็นร้อยละ 15.8 และดื่มทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 2.3 (รายละเอียดตาราง 29)

ตาราง 28 การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

การสูบบุหรี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่สูบบุหรี่	320	80.4
สูบบุหรี่	78	19.6
รวม	398	100

ตาราง 29 ลักษณะการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

การดื่มสุรา	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ดื่ม	312	78.4
ดื่มตามโอกาส	63	15.8
ดื่มเดือนละ1ครั้ง	1	0.3
ดื่ม 2 อาทิตย์ครั้ง	1	0.3
ดื่มอาทิตย์ละ1ครั้ง	1	0.3
ดื่ม 2-3 ครั้งต่ออาทิตย์	7	1.8
ดื่มวันเว้นวัน	4	1.0
ดื่มทุกวัน	9	2.3
รวม	398	100

2.5 ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพ และการได้รับการตรวจร่างกาย

ประจำปี

ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกายประจำปีมีความสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อมีอายุสูงขึ้นเนื่องจาก จะได้ทราบภาวะสุขภาพปัจจุบันของตนเอง และรับรู้ว่ามีความเสี่ยงใดๆบ้างที่เกิดขึ้นและอาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ เป็นต้น

สำหรับผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีสุขภาพพอใช้สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมาคือ รู้สึกสุขภาพดี รู้สึกสุขภาพไม่ดี และรู้สึกสุขภาพดีมาก คิดเป็นร้อยละ 37.7, 10.1 และ 3.3 ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 30) ทางด้านการสำรวจเกี่ยวกับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า กลุ่มคนวัยสูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 69.1 โดยในกลุ่มนี้พบปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.0 ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบ คือ ความดันโลหิต กระดูก และข้อ เบาหวาน ไขมันในเลือด และด้านการมองเห็น ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 31 32 และ 33)

ตาราง 30 ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพ

ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ดีมาก	13	3.3
ดี	150	37.7
พอใช้	192	48.2
ไม่ดี	40	10.1
ไม่ดีมาก	3	0.8
รวม	398	100

ตาราง 31 การตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การตรวจร่างกายประจำปี	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ได้รับการตรวจ	123	30.9
ได้รับการตรวจ	275	69.1
รวม	398	100

ตาราง 32 ผลการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผลการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่พบปัญหาสุขภาพ	44	11.10
พบปัญหา	231	58.00
ไม่ได้ตรวจสุขภาพ	123	30.90
รวม	398	100

ตาราง 33 ปัญหาสุขภาพแยกตามด้าน/ระบบที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทาง
การแพทย์และสาธารณสุข (ปัญหาสุขภาพหลักที่ต้องได้รับการรักษา)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ระบบความดันโลหิต	132	33.2
ด้านกระดูกและข้อ	97	24.4
เบาหวาน	31	7.8
ด้านระบบทางเดินหายใจ	20	5.0
ไขมันในเลือด	30	7.5
ด้านการมองเห็น	23	5.8
ด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด	17	4.3
ด้านการไถ่ยืน	15	3.7
ระบบทางเดินอาหาร	12	3.0
ด้านช่องปาก	9	2.3
ไทรอยด์/คอพอก	6	1.5
ระบบขับถ่าย	4	1.0
มะเร็ง	2	0.5
รวม	398	100

2.6 ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม

ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในลักษณะที่เสื่อมถอยลงตามวัย ทั้งนี้หากมีปัญหาสุขภาพก็จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมภายใน 1 ปีที่ผ่านมาจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนจัดกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 88.7 โดยปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคคือ ปวดข้อ/ปวดเมื่อย ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ปวดศีรษะ และมีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 34 และ 35)

2.7 การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

มา

การศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างภายในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าเมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยนอนโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้ว พบว่า เกยนอนโรงพยาบาลสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 13.6 ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 36)

ตาราง 34 การมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	46	11.6
มีปัญหาสุขภาพ	352	88.4
รวม	398	100

ตาราง 35 ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรค	จำนวน(ราย)
ปวดข้อ/ปวดเมื่อย	194
ความดันโลหิตสูง	140
ปวดหลัง	126
ปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ	64
มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ	49
โรคทางตา	45
เบาหวาน	32
แขนหรือขาอ่อนแรง	32
โรคเกี่ยวกับฟัน/เหงือก/ช่องปาก	31
ข้อเสื่อม/สะโพกเสื่อม	29

ตาราง 35 (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรค	จำนวน(ราย)
ปวดคอ	25
โรคหัวใจ	23
โรคแผลในกระเพาะอาหาร	23
มีปัญหาการได้ยิน	17
ขาหรือไม่รู้สึกรบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย	15
เท้าบวม	15
โรคปวดเข่าหรือข้ออักเสบ	13
โรคไต	12
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	11
หกล้ม/กระดูกหัก	10
มือการสั่น	10
อัมพาต/อัมพฤกษ์	2
ต่อมลูกหมากโต	2
เป็นลมบ่อยหรือรู้สึกเป็นลม	6
นอนศีรษะสูง/นอนราบไม่ได้	6
โรคหลอดเลือดสมอง	5
ไทรอยด์/คอพอก	6
มะเร็งหรือเนื้อร้ายอื่นๆ	4
ไขข้ออักเสบ	3

ตาราง 36 การเจ็บป่วยภายใน 1 ปีที่ผ่านมาจนต้องนอนโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยนอนโรงพยาบาล	344	86.4
เคยนอนโรงพยาบาล	54	13.6
รวม	398	100

2.8 การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้าน

สุขภาพ และสถานพยาบาล

แหล่งบริการสุขภาพมีความสำคัญต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ในช่วงที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทั้งนี้สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาได้ฟรี ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทย ซึ่งจาก การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกไปโรงพยาบาลรัฐมากที่สุด รองลงมา คือ คลินิกชุมชน และสถานีนอนมัย ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 37)

ส่วนเหตุผลที่เลือกใช้สถานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง สูงที่สุดคือ เนื่องจากสิทธิในการรักษา รองลงมาคือ ใกล้บ้าน และ การบริการดี ตามลำดับ (ดูรายละเอียดจากตาราง 38)

ตาราง 37 การเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ

สถานพยาบาลที่เลือกใช้	จำนวน(ราย)
ไปโรงพยาบาลของรัฐ	308
คลินิกชุมชน	303
สถานีนอนมัย	145
ซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง	29
โรงพยาบาลของเอกชน	18
ไปรักษาที่บ้าน/หาหมอที่บ้าน(แผนโบราณ)	12
ศูนย์สาธารณสุขชุมชน	11
คลินิกส่วนตัวแพทย์	8
สถานพยาบาล(คลินิกส่วนตัวพยาบาล)	7

ตาราง 38 ข้อมูลแยกตามเหตุผลในการเลือกใช้สถานพยาบาลนั้น

เหตุผลที่เลือกใช้สถานพยาบาล	จำนวน(ราย)
สิทธิในการรักษา	310
ใกล้บ้าน	302
การบริการดี	184

2.9 ข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นอุบัติเหตุที่ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายซึ่งอาจจะมีบาดเจ็บจนกระทั่งทำให้เกิดความพิการได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ และจากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้ม อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้ว พบว่า เคยหกล้มสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.0 (รายละเอียดตาราง 39) โดยหกล้มนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และหกล้มในบ้านคิดเป็นร้อยละ 55.3 (รายละเอียดตาราง 40)

โดยบริเวณที่หกล้มมากที่สุดคือ ห้องน้ำ ห้องรับแขก และรองลงมาเป็นห้องครัว คิดเป็นร้อยละ 28.6, 28.6 และ 19.0 (รายละเอียดตาราง 41) โดยที่ ร้อยละ 7.2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ล้มได้รับบาดเจ็บจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น เดินลำบาก นั่งลำบาก มีปัญหาการใช้มือหรือแขน (รายละเอียดตาราง 42)

ตาราง 39 การเคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

การหกล้ม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เคยหกล้ม	362	91.0
เคยหกล้ม	36	9.0
รวม	398	100

ตาราง 40 สถานที่เคยหกล้ม

การหกล้ม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
นอกบ้าน	17	44.7
ในบ้าน	21	55.3
รวม	38	100

ตาราง 41 จุดที่หกล้มภายในบ้าน

สถานที่หกล้ม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ห้องน้ำ	6	28.6
ห้องรับแขก	6	28.6
ห้องครัว	4	19.0
อื่นๆ	3	14.3
ห้องนอน	2	9.5
บันได	0	0.0
รวม	21	100

ตาราง 42 การมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันจากการได้รับบาดเจ็บจนส่งผลให้ร่างกายเช่น เดินลำบากนั่งลำบากมีปัญหาการใช้มือหรือแขน

ปัญหาในการทำกิจวัตร	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	371	93.2
มีปัญหา	27	6.8
รวม	398	100

2.10 ข้อมูลเกี่ยวกับการสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียวได้

ความสามารถในการลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียวเป็นการทดสอบสมรรถนะร่างกายด้านกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ ซึ่งโดยปกติแล้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงจะสามารถยืนได้นานถึง 20 วินาทีในเพศชาย และ 10 วินาที ในเพศหญิง อย่างไรก็ตามใน การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียวได้ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการทดสอบโดยให้ผู้ถูกทดสอบใช้ขาข้างที่ถนัดขึ้นและไม่หลับตา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียว คิดเป็นร้อยละ 63.5 (รายละเอียดตาราง 43)

ตาราง 43 ความสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียว(ขาข้างที่ถนัด/ไม่ถนัด) โดยผู้ชายต้องไม่น้อยกว่า 20วินาทีผู้หญิงต้องไม่น้อยกว่า10วินาที

ความสามารถลุกขึ้นแล้วยืนขาเดียว	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ยืนไม่ได้	151	38.8
ยืนได้	247	63.5
รวม	398	100

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activities)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activities) ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับ กิจกรรมการในการประกอบอาชีพการงาน, กิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง, กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ และ พฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตร/ดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผลการวิเคราะห์พิจารณาได้ดังนี้

3.1 กิจกรรมในการประกอบอาชีพการงาน

3.1.1 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการทำนา ทำไร่

ทำสวน (เป็นอาชีพ) ขุดดิน งานก่อสร้างแบบของหนัก

กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายประเภทดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มีการใช้พลังงานสูงเนื่องจากถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่มีความหนัก ทั้งนี้สัมพันธ์กับระยะเวลาต่อวันในการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบอาชีพการงาน เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน (เป็นอาชีพ) ขุดดิน งานก่อสร้าง แบบของหนักคิดเป็นร้อยละ 65.8 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้ว พบว่า มีผู้ที่ใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมมากกว่า 1 – 3 ชั่วโมง ร้อยละ 7.5 รองลงมา มากกว่า 3-6 ชั่วโมง ร้อยละ 7 และมากกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 7 (รายละเอียดตาราง 44)

ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมในการประกอบอาชีพการงานของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติกิจกรรมนี้ใน ความถี่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 56 รองลงมาความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 33.8 (รายละเอียดตาราง 45)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวในการประกอบอาชีพการงานของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกในระดับความดี “หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย” มีร้อยละ 50 (รายละเอียดตาราง 46)

ตาราง 44 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน (เป็นอาชีพ) ขุดดิน งานก่อสร้าง แบบของหนัก

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	262	65.8
น้อยกว่า 15 นาที	16	4.0
15-30 นาที	15	3.8
31 นาที -1 ชั่วโมง	18	4.5
มากกว่า 1–3 ชั่วโมง	30	7.5
มากกว่า 3 –6 ชั่วโมง	28	7.0
มากกว่า 6 ชั่วโมง	29	7.3
รวม	398	100

ตาราง 45 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน (เป็นอาชีพ) บุคคลใน งานก่อสร้าง แยกของหนัก

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	46	33.8
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	10	7.4
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	56	41.2
สัปดาห์ 1 ครั้ง	13	9.5
เดือนละ 1-3 ครั้ง	11	8.1
รวม	136	100

ตาราง 46 ความรู้ลักษณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการทำนา ทำไร่ ทำสวน บุคคลใน งานก่อสร้าง แยกของหนัก (เป็นอาชีพ)

ความรู้ลักษณะ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	8	5.9
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	30	22.1
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	68	50.0
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	30	22.1
รวม	136	100

3.1.2 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน

การกวาดบ้าน ถูบ้านเป็นกิจกรรมทางกายที่มีระดับการเคลื่อนไหวและการใช้พลังงานอยู่ในระดับความหนักปานกลาง ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่ดีต่อร่างกาย ทั้งนี้สัมพันธ์กับระยะเวลาต่อวันที่ใช้ไป เช่น การกวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 ใช้ระยะเวลา “15-30 นาที” ต่อวันในกิจกรรมดังกล่าว (รายละเอียดตาราง 47)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 68.5 (รายละเอียดตาราง 48)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาในส่วนของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรู้สึกระดับความถี่ “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” พบร้อยละ 62.5 (รายละเอียดตาราง 49)

ตาราง 47 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	62	15.6
น้อยกว่า 15 นาที	124	31.2
15-30 นาที	169	42.5
31 นาที -1 ชั่วโมง	26	6.5
มากกว่า 1-3 ชั่วโมง	13	3.3
มากกว่า 3-6 ชั่วโมง	4	1.0
มากกว่า 6 ชั่วโมง	-	-
รวม	398	100

ตาราง 48 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	230	57.9
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	69	17.3
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	75	18.8
สัปดาห์ 1 ครั้ง	18	4.5
เดือนละ 1-3 ครั้ง	6	1.5
รวม	398	100

ตาราง 49 ความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการกวาดบ้าน ถูบ้าน

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	8	2.0
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	18	4.5
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	100	25.1
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	272	68.4
รวม	398	100

3.1.3 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ

การชักผ้า ล้างจาน และล้างรถ เป็นกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานในระดับปานกลาง และมีผลดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่วัยสูงอายุสามารถทำได้ ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.7 ใช้เวลาทำกิจกรรมต่อวัน “15-30 นาที” (รายละเอียดตาราง 50)

ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 ปฏิบัติกิจกรรมนี้ “ทุกวัน” (รายละเอียดตาราง 51)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.8 มีความรู้สึก “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” (รายละเอียดตาราง 52)

ตาราง 50 ระยะเวลาต่อวันของกิจกรรมเคลื่อนไหว ชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	76	19.1
น้อยกว่า 15 นาที	80	20.1
15-30 นาที	170	42.7
31 นาที -1 ชั่วโมง	53	13.3
มากกว่า 1 –3 ชั่วโมง	16	4.0
มากกว่า 3 – 6 ชั่วโมง	2	0.5
มากกว่า 6 ชั่วโมง	1	0.3
รวม	398	100

ตาราง 51 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	171	43.0
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	9	2.2
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	193	48.5
สัปดาห์ 1 ครั้ง	13	3.3
เดือนละ 1-3 ครั้ง	12	3.0
รวม	398	100

ตาราง 52 ความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการชักผ้า พับผ้า ล้างจาน ล้างรถ

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	4	1.0
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	14	3.5
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	92	23.1
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	288	72.4
รวม	398	100

3.1.4 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการปลูกผักสวนครัว ทำ

สวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน

การปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน เป็นกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานและการเคลื่อนไหวที่มีความหนักปานกลาง แต่ก็ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายมีการออกกำลังกาย ได้ผลิตเอนโดรฟิน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 22.6 มีกิจกรรมระยะเวลาต่อวันในช่วง “15-30 นาที” (รายละเอียดตาราง 53)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์” ร้อยละ 34.5 (รายละเอียดตาราง 54)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49.3 มีความรู้สึกในระดับความถี่ “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” (รายละเอียดตาราง 55)

ตาราง 53 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	169	42.5
น้อยกว่า 15 นาที	52	13.1
15-30 นาที	90	22.6
31 นาที -1 ชั่วโมง	46	11.6
มากกว่า 1–3 ชั่วโมง	33	8.3
มากกว่า 3–6 ชั่วโมง	5	1.3
มากกว่า 6 ชั่วโมง	3	0.8
รวม	398	100

ตาราง 54 ความถี่กิจกรรมปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนาม บริเวณบ้าน

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	41	17.9
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	4	1.7
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	79	34.5
สัปดาห์ 1 ครั้ง	48	21.0
เดือนละ 1-3 ครั้ง	55	24.0
อื่นๆ	2	0.9
รวม	229	100

ตาราง 55 ความรู้ลักษณะทำกิจกรรมปลูกผักสวนครัว ทำสวนหย่อม ทำสนามบริเวณบ้าน

ความรู้ลักษณะ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	5	2.2
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	21	9.2
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	90	39.3
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	113	49.3
รวม	229	100

3.2 กิจกรรมในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง

3.2.1 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน

การขี่จักรยานเป็นกิจกรรมทางกายที่ดีกิจกรรมหนึ่งเพราะช่วยให้เรื่องความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด และยังถือได้ว่าเป็นการพักผ่อนหย่อนใจไปในตัวด้วย ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 28.1 มีกิจกรรมนี้โดยใช้ระยะเวลาต่อวันในช่วง “15-30 นาที” (รายละเอียดตาราง 56)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 64.1 (รายละเอียดตาราง 57)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกระหว่างทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน เมื่อพิจารณาในภาพรวมนั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ระดับความถี่ “หายใจปกติไม่รู้สึเหนื่อย” ร้อยละ 53.2 (รายละเอียดตาราง 58)

ตาราง 56 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	178	44.7
น้อยกว่า 15 นาที	44	11.1
15-30 นาที	112	28.1
31 นาที -1 ชั่วโมง	47	11.8
มากกว่า 1-3 ชั่วโมง	17	4.3
รวม	398	100

ตาราง 57 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการขี่จักรยาน

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	141	64.1
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	10	4.5
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	55	25.0
สัปดาห์ 1 ครั้ง	10	4.5
เดือนละ 1-3 ครั้ง	4	1.8
อื่นๆ	-	-
รวม	220	100

ตาราง 58 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการจี้จักรยาน

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	7	3.2
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	16	7.3
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	80	36.3
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	117	53.2
รวม	220	100

3.2.2 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง

การวิ่งเป็นกิจกรรมทางกายที่ดีและมีการใช้พลังงานสูง ส่งผลดีต่อความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.9 ไม่มีกิจกรรมด้านการวิ่ง ส่วนกลุ่มที่มีกิจกรรมนี้ พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาต่อวัน “น้อยกว่า 15 นาที” ร้อยละ 7.8 รองลงมาใช้เวลา “15- 30 นาที” (รายละเอียดตาราง 59) อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าในกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายโดยการวิ่งนี้ มีจำนวนที่วิ่งทุกวันถึง 20 คน ร้อยละ 31.3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนหนึ่ง เลือกที่จะใช้การวิ่งเป็นการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมนี้ “2-3 ครั้งต่อสัปดาห์” ร้อยละ 28.1 (รายละเอียดตาราง 60)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.1 มีความรู้สึก “หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย” (รายละเอียดตาราง 61)

ตาราง 59 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	334	83.9
น้อยกว่า 15 นาที	31	7.8
15-30 นาที	23	5.8
31 นาที -1 ชั่วโมง	3	0.8
มากกว่า 1-3 ชั่วโมง	5	1.3
มากกว่า 3 – 6 ชั่วโมง	2	0.5
รวม	398	100

ตาราง 60 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	20	31.3
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	1	1.6
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	18	28.1
สัปดาห์ 1 ครั้ง	17	26.6
เดือนละ 1-3 ครั้ง	6	9.4
อื่นๆ	2	3.1
รวม	64	100

ตาราง 61 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการวิ่ง

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	6	9.4
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้ จนจบประโยคและรู้เรื่อง	11	17.2
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	34	53.1
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	13	20.3
รวม	64	100

3.2.3 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น

การเดินถือได้ว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่ดี เนื่องจากการเดินเป็นการเคลื่อนไหวที่ใช้พลังงานในร่างกายและสัมพันธ์กับการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งหากมีกิจกรรมนี้ทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมดังกล่าวพบว่า มีการใช้ระยะเวลาทำกิจกรรมต่อวันอยู่ในช่วง “15-30 นาที” เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 40.7 (รายละเอียดตาราง 62)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 91.0 (รายละเอียดตาราง 63)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 มีความรู้สึก “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” (รายละเอียดตาราง 64)

ตาราง 62 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	21	5.3
น้อยกว่า 15 นาที	74	18.6
15-30 นาที	162	40.7
31 นาที -1 ชั่วโมง	68	17.1
มากกว่า 1- 3 ชั่วโมง	46	11.6
มากกว่า 3 -6 ชั่วโมง	12	3.0
มากกว่า 6 ชั่วโมง	15	3.8
รวม	398	100

ตาราง 63 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	343	91.0
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	4	1.1
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	24	6.3
สัปดาห์ 1 ครั้ง	6	1.6
รวม	377	100

ตาราง 64 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินไปมา เดินไปตลาด เดินเล่น

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	11	2.9
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้ จนจบประโยคและรู้เรื่อง	25	6.6
หายใจแรงเร็วกว่าปกติหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	103	27.3
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	237	62.9
รวม	376	100

3.3. กิจกรรมที่ทำในเวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ/นันทนาการ

3.3.1 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินแอโรบิก แอโรบ็อก

การเดินแอโรบิก เป็นกิจกรรมทางกายที่มีการขยับร่างกายให้กล้ามเนื้อมีการทำงานต่อเนื่องทุกสัดส่วน เมื่อกล้ามเนื้อมีการทำงานต่อเนื่อง จะช่วยให้เกิดการสร้างกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจดีขึ้น เพราะปอดมีการรับออกซิเจนมากขึ้น หายใจได้ลึกขึ้น ช่วยให้เกิดการเผาผลาญไขมัน ทั้งนี้จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 ไม่มีกิจกรรมนี้ สำหรับในกลุ่มที่มีกิจกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาต่อวันอยู่ในช่วง “31 นาที -1 ชั่วโมง” ร้อยละ 4.3 (รายละเอียดตาราง 65) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ไม่เลือกกิจกรรมนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความหนักเกินไป

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินแอโรบิกแอโรบ็อก ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “2-3 ครั้งต่อสัปดาห์” ร้อยละ 19.6 (รายละเอียดตาราง 66)

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินแอโรบิก แอโรบ็อก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึก “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” ร้อยละ 53 (รายละเอียดตาราง 67)

ตาราง 65 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก
แอโรบิก

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	342	85.9
น้อยกว่า 15 นาที	19	4.8
15-30 นาที	12	3.0
31 นาที -1 ชั่วโมง	25	6.3
รวม	398	100

ตาราง 66 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินแอโรบิก แอโรบิก

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	7	12.5
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	1	1.8
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	11	19.6
สัปดาห์ 1 ครั้ง	19	33.9
เดือนละ 1-3 ครั้ง	18	32.1
รวม	56	100

ตาราง 67 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินแอโรบิก แอโรบิก

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	3	5.4
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้ จนจบประโยคและรู้เรื่อง	23	41.0
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	30	53.6
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	-	-
รวม	56	100

3.3.2 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว

การเดินเร็ว เป็นกิจกรรมทางกายที่มีการขยับร่างกายให้กล้ามเนื้อมีการทำงานต่อเนื่องทุกสัดส่วน เมื่อกล้ามเนื้อมีการทำงานต่อเนื่อง จะช่วยให้เกิดการสร้างกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจดีขึ้น เพราะปอดมีการรับออกซิเจนมากขึ้น หายใจได้ลึกขึ้น ช่วยให้เกิดการเผาผลาญไขมัน กิจกรรมชนิดนี้ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ทั้งนี้จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 10.6 ใช้ระยะเวลาต่อวันในช่วง “15-30 นาที” (รายละเอียดตาราง 68)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 42.2 (รายละเอียดตาราง 69)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็วของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความรู้สึกอยู่ที่ระดับความถี่ “หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย” ร้อยละ 48.3 (รายละเอียดตาราง 70)

ตาราง 68 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เลย	282	70.9
น้อยกว่า 15 นาที	49	12.3
15-30 นาที	42	10.6
31 นาที -1 ชั่วโมง	15	3.8
มากกว่า 1-3 ชั่วโมง	7	1.8
มากกว่า 3-6 ชั่วโมง	2	0.5
มากกว่า 6 ชั่วโมง	1	0.3
รวม	398	100

ตาราง 69 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	49	42.2
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	5	4.3
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	30	25.9
สัปดาห์ 1 ครั้ง	24	20.7
เดือนละ 1-3 ครั้ง	8	6.9
รวม	116	100

ตาราง 70 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการเดินเร็ว

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	4	3.4
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	14	12.1
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	56	48.3
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	42	36.2
รวม	116	100

3.3.3 กิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง รำจิ้ง รำไทเก็ก

ฟ่อนเจิง โยคะ

การรำไม้พลอง จิ้งง ไทเก็ก ฟ่อนเจิง และโยคะเป็นกิจกรรมทางกายที่ดี เน้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ มีจังหวะการเคลื่อนไหวร่างกายแบบด้วยท่าทางที่ต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อระบบข้อต่อ ระบบกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งจากการศึกษาข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมดังกล่าวโดยใช้ระยะเวลาต่อวัน “15-30 นาที มีร้อยละ 7.5 (รายละเอียดตาราง 71)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง รำจิ้งง รำไทเก็ก ฟ่อนเจิง โยคะ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 28.9 (รายละเอียดตาราง 72)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง รำจิ้งง รำไทเก็ก ฟ่อนเจิง โยคะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 44.6 มีความรู้สึกในระดับ “หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย” รองลงมาอยู่ในระดับ “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” ร้อยละ 36.1 (รายละเอียดตาราง 73)

ตาราง 71 ระยะเวลาต่อวัน การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยออกกำลังกายโดยการรำไม้พลอง รำจิ้ง
รำไทเก็ก ฟ้อนเจิง โยคะ

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่เคย	315	79.2
น้อยกว่า 15 นาที	26	6.5
15-30 นาที	30	7.5
31 นาที -1 ชั่วโมง	27	6.8
รวม	398	100

ตาราง 72 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง รำจิ้ง รำไทเก็ก ฟ้อนเจิง โยคะ

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	24	28.9
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	1	1.2
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	17	20.5
สัปดาห์ 1 ครั้ง	20	24.1
เดือนละ 1-3 ครั้ง	21	25.3
รวม	83	100

ตาราง 73 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการรำไม้พลอง จังหวะ โทเก็ท ฟ้อนเจิง โยคะ

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติมากหายใจไม่ทันหรือรู้สึกหอบ	3	3.6
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	10	12.0
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	40	48.2
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	30	36.2
รวม	83	100

3.4 พฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตร/ดำเนินชีวิตประจำวัน

3.4.1 กิจกรรมในเวลาว่าง

การมีกิจกรรมในเวลาว่างเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการพักผ่อนหย่อนใจ และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้อื่น เป็นการช่วยลดความเหงา ลดอารมณ์ซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย สำหรับในส่วนของข้อมูลด้านการมีกิจกรรมในเวลาว่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมในเวลาว่างถึงร้อยละ 100 (รายละเอียดตาราง 74)

ส่วนของข้อมูลด้านประเภทของกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง พบว่ากิจกรรมที่ประชาชนเลือกทำมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคือ ดูโทรทัศน์ จำนวน 371 คน รองลงมาคือ กิจกรรมฟังวิทยุ/ซีดี จำนวน 308 คน และ นั่งคุยกับเพื่อน จำนวน 288 คน ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 75)

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาต่อวันในการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.2 มีกิจกรรมดังกล่าวโดยใช้ระยะเวลาต่อวันในช่วง “15-30 นาที” (รายละเอียดตาราง 76)

ด้านข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ของการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปฏิบัติกิจกรรมนี้ในความถี่ “ทุกวัน” ร้อยละ 83.9 (รายละเอียดตาราง 77)

ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกในระดับ “หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย” ร้อยละ 92.2 (รายละเอียดตาราง 78)

ตาราง 74 การมีกิจกรรมในเวลาว่าง

การมีกิจกรรม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	-	-
มี	398	100
รวม	398	100

ตาราง 75 ประเภทของกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง

ประเภทของกิจกรรม	จำนวน(ราย)
ดูโทรทัศน์	371
ฟังวิทยุ / ซีดี	308
นั่งคุยกับเพื่อน	288
อ่านหนังสือธรรมะ	85
อ่านหนังสือพิมพ์	72
ท่องเที่ยว	32
อินเทอร์เน็ต	2

ตาราง 76 ระยะเวลาต่อวันการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)

ระยะเวลาต่อวัน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
น้อยกว่า 15 นาที	21	5.3
15-30 นาที	108	27.1
31 นาที -1 ชั่วโมง	140	35.2
มากกว่า 1– 3 ชั่วโมง	104	26.1
มากกว่า 3 –6 ชั่วโมง	22	5.5
มากกว่า 6 ชั่วโมง	3	0.8
รวม	398	100

ตาราง 77 ความถี่ที่มีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)

ความถี่	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ทุกวัน	334	83.9
4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์	13	3.3
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	46	11.6
สัปดาห์ 1 ครั้ง	5	1.3
รวม	398	100

ตาราง 78 ความรู้สึกขณะทำกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยการนั่งๆ นอนๆ เช่น นั่งฟังวิทยุ นอนดูโทรทัศน์ นั่งทำงาน นั่งคุยกับเพื่อน (ไม่รวมกับนอนหลับ)

ความรู้สึก	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติรู้สึกเหนื่อยแต่ยังสามารถพูดคุยได้จนจบประโยคและรู้เรื่อง	3	0.8
หายใจแรงและเร็วกว่าปกติเล็กน้อยหรือรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อย	28	7.0
หายใจปกติไม่รู้สึกเหนื่อย	367	92.2
รวม	398	100

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางสังคม/ สิ่งแวดล้อม และความต้องการการสนับสนุน

ประเด็นด้านทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความต้องการการสนับสนุนในเรื่องกิจกรรมทางกาย ถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาคประชาชนเองต้องมีการให้ข้อมูลและสื่อสารซึ่งกันและกันเพื่อประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนที่จะนำไปพิจารณาจัดแผนกิจกรรมการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนต่อไป อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคม/ สิ่งแวดล้อม และความต้องการการสนับสนุน ในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ได้แก่ แหล่งที่อยู่อาศัย (ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย ลักษณะของส้วม แหล่งน้ำที่ใช้ประจำวัน) แหล่งน้ำใช้ดื่มกิน การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาล ความต้องการสนับสนุนจากเทศบาล ความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย และความต้องการให้มีนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากจะส่งผลให้มีการรวมตัวกันในชุมชน จนเกิดการขับเคลื่อนให้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมร่วมกันทางสังคม (มีการกระทำตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป) ร้อยละ 98.2 (รายละเอียดตาราง 79)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับ กิจกรรมทางสังคมที่มีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติในวิถีชีวิต จนเกิดเป็นวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ หากชุมชนใดมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูง จะแสดงถึงต้นทุนที่ดี และมีโอกาสที่จะรวมกลุ่มด้านกิจกรรมอื่นๆ ได้ดีต่อไป จากผลการศึกษาด้านกิจกรรมทางสังคมที่มีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกิจกรรมทางสังคมที่มีส่วนร่วมสูง คือกิจกรรมเพื่อนบ้าน และกิจกรรมทางศาสนา มากเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นกิจกรรมประเพณี และกิจกรรมนันทนาการ และการเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กรหรือกิจกรรมของชมรมตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 80)

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง แต่จากผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีร้อยละ 29.9 (รายละเอียดตาราง 81) ทั้งนี้จะเห็นว่าชุมชนมีกิจกรรมด้านนี้น้อยมาก

4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

ผลการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีกิจกรรมทางกายประเภทขี่จักรยานมากที่สุด รองลงมาเป็นกิจกรรม เดิน-วิ่ง, กิจกรรมแอโรบิก แอโรบิค, กิจกรรมสูลาฮูบ และกิจกรรมรำไม้พลอง ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 82)

ตาราง 79 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ในรอบปีที่ผ่านมา

กิจกรรม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	7	1.8
มี	391	98.2
รวม	398	100

ตาราง 80 กิจกรรมทางสังคมที่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

กิจกรรม	จำนวน(ราย)
กิจกรรมทางศาสนา และประเพณี เช่น วันเข้าพรรษา วันมาฆบูชา วันออกพรรษาวันอาสาฬหบูชา วันวิสาขบูชา วันลอยกระทง ตานสลากภัต ตานผีฝ่าย ฯลฯ	357
กิจกรรมเพื่อนบ้าน (งานแต่งงาน, งานศพ, งานปอย, งานขึ้นบ้านใหม่ งานบวช)	357
กิจกรรมนันทนาการ เช่น งานปีใหม่เมืองงานกีฬา ฯลฯ	222
การเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กร หรือกิจกรรมของชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ, ชมรมกองทุนปื๋ย, ชมรมกองทุนข้าว ชมรมแม่บ้าน กองทุนสวัสดิการชุมชนผู้สูงอายุสังฆจร เป็นต้น	209
การเยี่ยมเยียนหรือให้ความช่วยเหลือสมาชิกเจ็บป่วย/ญาติมิตร	159
กิจกรรมส่งเสริมรายได้และการรวมกลุ่มประกอบอาชีพ เช่น สานตะกร้า (กล้วย),ดอกไม้วประดิษฐ์, จ่อตอง, แกะหอม, แกะกระเทียม, ผลิตภัณฑ์ระลึก, เกมไม้,ผลิตอาหาร เป็นต้น	130
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ตรวจร่างกายประจำปี	129
กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เช่น เป็น อสม., อสพ.,อส.ตร.,อป.กร. เป็นต้น	23
กิจกรรมทัศนศึกษา	34

ตาราง 81 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในรอบปีที่ผ่านมา

การมีส่วนร่วม	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่มี	279	70.1
มี	119	29.9
รวม	398	100

ตาราง 82 ข้อมูลแยกตามกิจกรรมทางกายที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่ทำร่วมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

กิจกรรม	จำนวน(ราย)
กิจกรรม จักรยาน	49
กิจกรรม ไร่ ไม้พลอง	33
กิจกรรม เดิน – วิ่ง	31
กิจกรรมรวมกลุ่มประกอบอาชีพ	18
กิจกรรม ฟุตบอล	17
กิจกรรม แอโรบิก แอโรบิค	11
กิจกรรม เล่นเปตอง	10
กิจกรรม โยคะ	7
กิจกรรม จักร	6
สุลาฮูบ	3
กิจกรรม เล่นฟุตบอล	2
กิจกรรม ไทเก๊ก	1
รวม	188

4.5 ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย และลักษณะของส้วม

ลักษณะที่อยู่อาศัยและลักษณะของส้วมเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้ในความเป็นจริงประชาชนวัยสูงอายุจะต้องมีบ้านที่สะดวก ปลอดภัย มีห้องน้ำที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้นสูงร้อยละ 43.7 มากที่สุด รองลงมาเป็นบ้านเดี่ยวยกพื้นสูง ร้อยละ 31.9 และบ้านเดี่ยวสองชั้นร้อยละ 23.6 ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 83) ส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของส้วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ส้วมซึมราดน้ำ (นั่งยองๆ) 272 ราย (รายละเอียดตาราง 84) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สภาพความเป็นอยู่ยังไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ

ตาราง 83 ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะบ้าน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้นสูง	174	43.7
บ้านเดี่ยวยกพื้นสูง	127	31.9
บ้านเดี่ยวสองชั้น	94	23.6
กระท้อบ(สร้างจากไม้ไผ่/สังกะสี/ใบตองคิง)	2	0.6
ห้องแถวไม้/ตึกแถว	1	0.3
รวม	398	100

4.6 ลักษณะของแหล่งน้ำที่ใช้ประจำวัน และแหล่งน้ำที่ใช้ดื่มกิน

แหล่งน้ำที่สะอาดมีความสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง หากชุมชนมีการบริโภคน้ำสะอาด ก็จะช่วยให้หลีกเลี่ยงโรคต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของแหล่งน้ำที่ใช้ประจำวันของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ลักษณะของแหล่งน้ำที่ใช้ประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้น้ำจาก น้ำบาดาล/น้ำบ่อ จำนวน 329 ราย (รายละเอียดตาราง 85) ส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะของแหล่งน้ำที่ใช้ดื่มกินของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการใช้น้ำดื่มกินจากน้ำบาดาล/น้ำบ่อ มากที่สุดจำนวน 221 ราย รองลงมาเป็น การใช้น้ำดื่มกินจากน้ำขวด/ถัง จำนวน 123 ราย และจากประปาหมู่บ้าน (93 ราย) (รายละเอียดตาราง 86)

ตาราง 84 ลักษณะส้วมในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส้วม	จำนวน(ราย)
ส้วมนั่ง (ชักโครก/ราดน้ำ)	161
ส้วมซึมราดน้ำ (นั่งยองๆ)	272
รวม	433

ตาราง 85 แหล่งน้ำที่ใช้ประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งน้ำที่ใช้ประจำวัน	จำนวน(ราย)
น้ำบาดาล/น้ำบ่อ	329
น้ำประปาหมู่บ้าน	111
น้ำประปาภูมิภาค	21
ลำเหมือง, ลำคลอง, แม่น้ำ	21
น้ำฝน	5
รวม	487

ตาราง 86 แหล่งน้ำที่ใช้ดื่มกินของกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งน้ำที่ใช้ดื่มกิน	จำนวน(ราย)
น้ำประปาภูมิภาค	10
น้ำประปาหมู่บ้าน	93
น้ำบาดาล/น้ำบ่อ	221
น้ำฝน	2
น้ำขวด/ถัง	123
รวม	449

4.7 การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาล และความต้องการการสนับสนุนจากเทศบาล

เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาเป็นองค์กรภาครัฐที่มีบทบาทและศักยภาพในการสนับสนุนบริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยที่ผ่านมาได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆสำหรับประชาชน อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงความต้องการด้านกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลในด้านรถรับส่งผู้ป่วยมากที่สุด (346 ราย) รองลงมาเป็นด้านสื่อประชาสัมพันธ์(156 ราย) และที่อ่านหนังสือพิมพ์(111 ราย) ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 87)

อย่างไรก็ตามสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาลในด้านรถรับส่งผู้ป่วยมากที่สุด(ร้อยละ 83.2) รองลงมาเป็นด้านการอบรมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ(ร้อยละ 2.8) และด้านสื่อประชาสัมพันธ์(ร้อยละ 2.8) ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 88)

ทางด้านข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนจากเทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความต้องการการสนับสนุนจากเทศบาลในด้านห้องออกกำลังกายประจำหมู่บ้านมากที่สุด (125 ราย) รองลงมาคือด้านรถรับส่งผู้ป่วย (115 ราย) และด้านสื่อประชาสัมพันธ์ (92 ราย) ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 89)

ตาราง 87 การได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล

ได้รับการสนับสนุน	จำนวน(ราย)
รถรับส่งผู้ป่วย	346
สื่อประชาสัมพันธ์	156
ที่อ่านหนังสือพิมพ์	111
สวนสาธารณะ	90
อบรมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ	83
ลานกีฬาเทศบาล	71
ลานกีฬาหมู่บ้าน/ป๊อปปี้	65

ตาราง 87 (ต่อ)

ได้รับการสนับสนุน	จำนวน(ราย)
ตลาดขายของ	33
สำนักงานชมรม	24
ห้องออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน	23
อุปกรณ์การออกกำลังกายระบุ	16
ทางจักรยาน	12
บ้านพักคนชรา	8

ตาราง 88 ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากเทศบาล

ความพึงพอใจ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
รถรับส่งผู้ป่วย	331	83.2
สื่อประชาสัมพันธ์	20	5.1
อบรมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ	11	2.8
ตลาดขายของ	10	2.5
สวนสาธารณะ	7	1.8
ที่อ่านหนังสือพิมพ์	7	1.8
ลานกีฬาหมู่บ้าน/ป๊อกรบ้าน	5	1.3
ลานกีฬาเทศบาล	3	0.8
อุปกรณ์การออกกำลังกายระบุ	2	0.5
ห้องออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน	1	0.3

ตาราง 88 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
สำนักงานชมรม	1	0.3
รวม	398	100

ตาราง 89 ความต้องการการสนับสนุนจากเทศบาล

ความต้องการสนับสนุน	จำนวน(ราย)
ห้องออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน	125
รถรับส่งผู้ป่วย	115
สื่อประชาสัมพันธ์	92
อบรมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ	88
ลานกีฬาหมู่บ้าน/ป๊อกบ้าน	86
ทางจักรยาน	80
อุปกรณ์การออกกำลังกาย	65
สำนักงานชมรม	36
สวนสาธารณะ	34
ที่อ่านหนังสือพิมพ์	33
ตลาดขายของ	19
บ้านพักคนชรา	17
ลานกีฬาเทศบาล	7

4.8 ความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสามารถช่วยให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ อย่างไรก็ตามการจัดกิจกรรมทางกายต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนด้วย ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความต้องการร้อยละ 83.9 (รายละเอียดตาราง 90) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีความต้องการดังกล่าว

4.9 ความต้องการให้มียุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกายในชุมชนจะมีความเข้มแข็งหากได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในด้านการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อบรรจุกิจกรรมในแผนพัฒนาของท้องถิ่นภายใต้การสนับสนุนด้านงบประมาณให้แก่ชุมชน อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะที่ดีต้องมาจากความต้องการของประชาชนดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการให้มียุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนามีความต้องการให้มียุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 86.4 (รายละเอียดตาราง 91) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีความต้องการให้มียุทธศาสตร์ดังกล่าว

ตาราง 90 ความต้องการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ต้องการ	65	16.3
ต้องการ	333	83.7
รวม	398	100

ตาราง 91 ความต้องการให้มียุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ความต้องการให้มียุทธศาสตร์	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ไม่ต้องการ	55	13.8
ต้องการ	343	86.2
รวม	398	100

ส่วนสรุป จากผลการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ในประเด็นการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน (Problem Identification) และการสำรวจข้อมูล/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพด้านโรคต่างๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน และมีบางรายเผชิญกับโรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง รวมถึงอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำ ซึ่งเป็นประเด็นที่เทศบาลเมือง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามาให้การสนับสนุนกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมนี้ให้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่ให้เจ็บป่วยจนกลายเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงในอนาคตอันใกล้ ดังนั้นในขั้นตอนสำคัญต่อไปหลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงได้วางแผนร่วมกับทางกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ในการจัดเวทีท้องถิ่น เพื่อคืนข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่ประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการระดมสมองแก้ไขปัญหาดังกล่าว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 3 : จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น เพื่อคืนข้อมูลแก่ประชาชน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาในการร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2554 ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองเมืองแกน ผู้เข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วย รองนายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล หัวหน้าสำนักปลัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล และประชาชน รวมทั้งสิ้น 54 คน

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเริ่มจากรายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพ การตั้งประเด็นระดมสมองและอภิปรายการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการร่วมรับรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจและวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพเพื่อหาแนวทางที่จะเสนอให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงออกถึงความต้องการด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายภายใต้การดำเนินงานโดยชุมชนและการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

ผู้ที่มีส่วนสำคัญในขั้นตอนนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาเทศบาล และประชาชนทั่วไป ผลจากการศึกษาในขั้นตอนนี้ พบว่า การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคืนผลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ต่อประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในด้านการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจ และเกิดความตระหนักต่อสุขภาพของตนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนเกิดความเห็นร่วมกันในประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ โดยอาศัยกิจกรรมทางกายเข้ามาช่วย ซึ่งได้ข้อสรุปจากที่ประชุมว่า มีความต้องการจัดทำโครงการสองประเด็นใหญ่คือ การออกกำลังกาย และการปลูกผักปลอดสารพิษ และต้องการกระจายกันจัดทำครบทุกชุมชนรวมทั้งสิ้น 27 ชุมชน ทั้งนี้ในเบื้องต้นผู้แทนจากเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาเสนอว่า ชุมชนจะต้องมีการเสนอความต้องการตามมติในเวทีท้องถิ่นครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการบริหารของเทศบาลในรูปของสิ่งที่ประชาชนต้องการเพื่อเข้าสู่วาระนโยบาย ทั้งนี้ในที่ประชุมเวทีท้องถิ่นได้ข้อสรุปร่วมกันว่า **“ประชาชนมีความต้องการให้เทศบาลสนับสนุนการจัดกิจกรรมทางกายในชุมชน ตลอดจนร้องขอให้มีนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุและประชาชน”** (ข้อสรุปจากเวทีท้องถิ่น, 18 มีนาคม 2554) เพื่อเสนอต่อเทศบาลเมืองเมือง

แกน และขอให้มีการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สถานที่ดำเนินการ ทรัพยากรบุคคล และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

จากรายละเอียดดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ขั้นตอนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจในปัญหาสาธารณะของประชาชนในชุมชน ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับความคิดเห็นร่วมกัน หาทางออกของปัญหาร่วมกัน ตลอดจนนำไปสู่ข้อเสนอต่อเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจหลักขององค์กรปกครองท้องถิ่นในด้านการตอบสนองความต้องการของประชาชนในด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 : ภาคประชาชนนำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบาย

ขั้นตอนนี้ในช่วงที่มีความต่อเนื่องมาจากการจัดเวทีท้องถิ่นเพื่อคืนข้อมูลแก่ประชาชนและเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ซึ่งหลังจากที่ประชาชนได้รับทราบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้ทำการวิเคราะห์ความต้องการ แนวทางการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดเตรียมข้อมูลในการวางแผนเพื่อสร้างทางเลือกเป็นวาระนโยบาย และแสดงเจตจำนงโดยการนำเสนอต่อคณะผู้บริหารเทศบาลที่เข้าร่วมประชุม ในช่วงการประชุมเวทีท้องถิ่นภาคบ่ายของ วันที่ 18 มีนาคม 2554 ผลที่ได้คือ คณะผู้บริหารเทศบาลโดยท่านรองนายกเทศมนตรี และปลัดเทศบาล รวมถึงผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ยินดีรับประเด็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและความต้องการสนับสนุนด้านกิจกรรมทางกาย เข้าสู่ข้อเสนอวาระนโยบายในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติกำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ”

ในขั้นตอนนี้ทางคณะผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้นำข้อเสนอวาระนโยบายท้องถิ่นเข้าเสนอต่อสภาท้องถิ่นในการประชุมสภาท้องถิ่นสมัยสามัญ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มิถุนายน 2554 ซึ่งนำเสนอวาระนโยบายที่ได้จากประชาชนต่อที่ประชุมสมาชิกสภาเทศบาล เพื่อรับมติเห็นชอบหรือไม่เห็นชอบในการกำหนดเป็นนโยบาย ทั้งนี้ นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ได้ให้ข้อมูลสรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า มีปัญหาด้านโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งมี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตามท้ายที่สุด พบว่า สมาชิกสภาเทศบาลมีมติรับข้อเสนอวาระนโยบายเข้าสู่นโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกาย โดยที่ประชุมมีมติเห็นชอบด้วยคะแนนเสียงทั้งหมด 17 เสียง (ในจำนวนสมาชิกเทศบาลจำนวน 17 คน)

ขั้นตอนที่ 6 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบายโดยระบุไว้ในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปี

จากผลการดำเนินการในขั้นตอนที่ 5 เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้มีการเขียนนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายเป็นลายลักษณ์อักษรใน**เทศบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ.2555 และบรรจุงบประมาณไว้ในเอกสาร แผนพัฒนาสามปี พ.ศ.2555-2557** ในส่วนของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ได้ระบุวัตถุประสงค์คือ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงแก่ร่างกายจิตใจ ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่างๆ ทั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุและวัยทำงานที่เข้าร่วมกิจกรรมทางกายจาก 27 ชุมชน โดยคาดหวังผลลัพธ์คือ ประชาชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตดี ทั้งนี้เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้จัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรมดังกล่าวปีละ 50,000 บาท ตั้งแต่ปี 2555-2557 ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา, 160)

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นตอนที่ได้กล่าวมาข้างต้น เป็นกระบวนการของการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่ได้จากกรณีศึกษาในเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ซึ่งสามารถมองเห็นภาพตั้งแต่ระดับของการขับเคลื่อนการก่อตัวนโยบายที่ริเริ่มมาจากประชาชน ไปจนถึงระดับของการเข้าสู่วาระนโยบาย จนถึงการบรรจุเป็นนโยบายท้องถิ่นภายใต้การสนับสนุนจากบุคคลเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ก่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพในระดับของเครือข่ายในท้องถิ่นทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ (เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมจากประชาชนโดยแท้จริง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ตรงกับความต้องการของประชาชนซึ่งมีการสอดคล้องประสานกับเป้าหมายนโยบายด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของเทศบาลเมืองเมืองแกน

จากผลการดำเนินงานวิจัยในเทศบาลเมืองเมืองแก่นท้าวที่มีข้อค้นพบที่สอดคล้องตามหลักวิชาการในด้านกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย ที่มี 6 ขั้นตอน ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น และนอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงมุมมองใหญ่ๆ สำคัญอีก 3 มิติ คือ

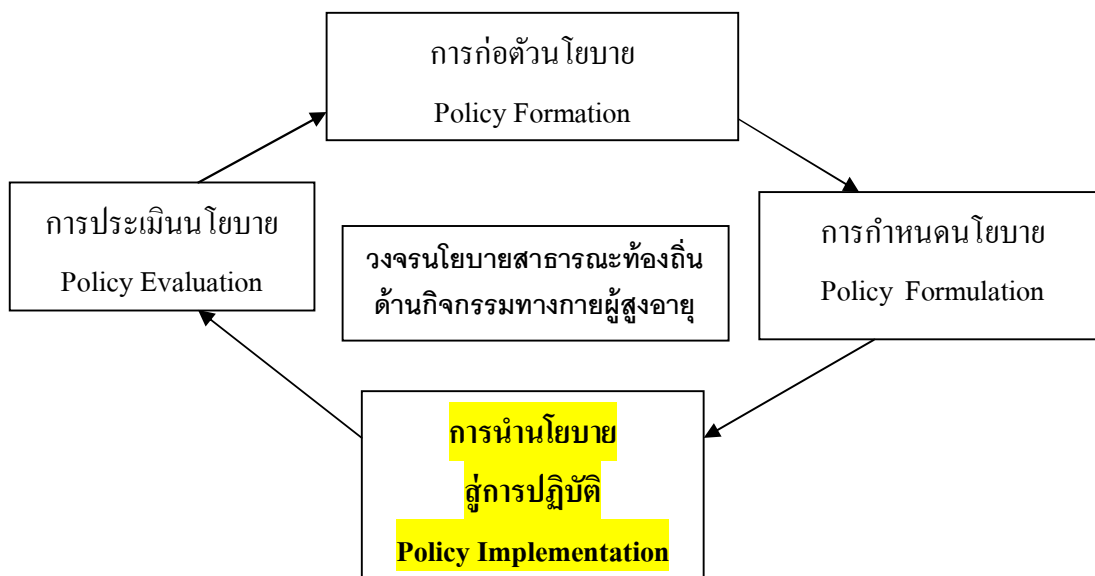
มิติที่ 1 กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย

มิติที่ 2 ปัจจัยด้านองค์ความรู้ เจตนาธรรมทางการเมือง ความร่วมมือทางสังคม ซึ่งจากการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแก่นท้าวมีมุมมองที่เข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มุ่งองค์ความรู้ด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ภายใต้เจตนาธรรมทางการเมืองที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เมื่อพบปัญหาทำให้การสนับสนุนในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะและการจัดสรรงบประมาณเป็นลายลักษณ์อักษรในเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายของเทศบาลเมืองเมืองแก่นท้าว

มิติที่ 3 ปัจจัยด้านสถานะแวดล้อมได้แก่ บริการสาธารณสุข วัฒนธรรมประเพณี สภาพแวดล้อม สภาพการทำงาน การศึกษา เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม รายได้ และสถานะทางสังคมเป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบว่า เทศบาลเมืองเมืองแก่นท้าวมีปัจจัยด้านสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของชุมชน คือ มีสวนสาธารณะ สนามกีฬากลาง ลานออกกำลังกายทุกชุมชน(ลานวัด สนามโรงเรียน ศาลาเอนกประสงค์) สนามเปตอง โดยทุกพื้นที่มีการจัดกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และมีการจัดตั้งชมรม เช่น ชมรมปั่นจักรยาน ชมรมฮูลาฮูป ชมรมไม้พลอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ชุมชนให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยสรุป กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Local Public Policy Formulation Process) เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนตามหลักการแนวคิดด้านนโยบายสาธารณะ ที่สำคัญต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคประชาชน อย่างไรก็ตามในอดีตที่ผ่านมา นโยบายสาธารณะหลายเรื่องเกิดจากการตัดสินใจบนฐานความเชื่อของผู้กำหนดนโยบาย เช่น ฝ่ายนักการเมือง และกลุ่มผลประโยชน์มากกว่าการได้มาจากการเห็นชอบของประชาชนภายใต้การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดกระบวนการได้มาของนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการ ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนมากยิ่งขึ้น (สินธุ์ สโรบล, 2555)

ตอนที่ 3 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ. แม่แตง จ.เชียงใหม่
 ประเด็นกระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม
 ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ



ในส่วนของกระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัตินี้ ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนที่ต่อเนื่องมาจากกระบวนการกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) โดยทั่วไปการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมักปรากฏในรูปของแผน แผนงาน โครงการ การบริหารจัดการโครงการ และการประเมินผล (จุมพล หนีมพานิช, 2554) สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในลักษณะของแผนงานโครงการ ที่บรรจุในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปี ภายใต้การจัดสรรงบประมาณปี พ.ศ.2555 – พ.ศ.2557 จำนวนปีละ 50,000 บาท (แผนพัฒนาสามปีเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา, 2555) ทั้งนี้ผลจากการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการของประชาชน ในด้านจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ทำให้เกิดโครงการเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายเพื่อมุ่งหวังให้เกิดความร่วมมือในการป้องกัน ส่งเสริม และแก้ไขปัญหาสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อที่ประชาชนกำลังเผชิญอยู่ โดยโครงการทั้งหมดที่ชุมชนคิดและจัดทำขึ้นมีจำนวน 30 โครงการ ได้แก่

- 1)โครงการศูนย์สามวัยร่วมใจส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนบ้านม่วงคำ
- 2)โครงการร่วมใจ ขยับกาย ม่วนใจ๋ สามัคคี ชุมชนหนองออน1

- 3)โครงการสวมใจ ขยับกาย ม่วนใจ๋ สามัคคี ชุมชนหนองออน2
- 4)โครงการสวมใจ ขยับกาย ม่วนใจ๋ สามัคคี ชุมชนสันป่าตอง 1
- 5)โครงการสามัคคี ร่วมใจ ขยับกาย เพื่อชีวิตที่ยืนยาว ชุมชนสันป่าตอง 2
- 6)โครงการดูแลสุขภาพและปลูกผักปลอดสารพิษ ชุมชนหางดง 1
- 7)โครงการออกกำลังกาย ชุมชนหางดง 2
- 8)โครงการอาหารปลอดภัย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ชุมชนบ้านปง 2
- 9)โครงการออกกำลังกายปลอดภัยห่างไกลโรคและเรารักสวนผักชุมชนบ้านปง 3
- 10) โครงการออกกำลังกายและปลูกผักปลอดสารพิษ ชุมชนท่าคันปุย
- 11) โครงการผักสวนครัวรั้วกินได้กลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนช่อแล
- 12) โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ชุมชนช่อแล
- 13) โครงการปั่นจักรยานสายวัฒนธรรม ชุมชนช่อแล
- 14) โครงการขยับกายเพื่อสุขภาพในชุมชน ชุมชนป่าจี้ 2
- 15) โครงการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อชุมชน ชุมชนวังแดง 1
- 16) โครงการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ชุมชนวังแดง 2
- 17) โครงการปั่นจักรยานเชื่อมความสามัคคีเพื่อสุขภาพ ชุมชนอินทิลและช่อแล
- 18) โครงการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ ชุมชนบ้านเด่น
- 19) โครงการรักสุขภาพ ขยับกาย สบายชีวิ ด้วยการบริหารฤาษีดัดตน ชุมชนบ้าน

วังคิน

- 20) โครงการรักสุขภาพร่วมกันออกกำลังกาย ป่าจี้ 1
- 21) โครงการถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุสู่ชุมชน (ปราชญ์ชุมชนสู่เกษตรปลอดภัย) โรงเรียนชุมชนช่อแล
- 22) โครงการลานออกกำลังกาย ชุมชนป่าไผ่
- 23) โครงการปลูกผักปลอดสารพิษ ชุมชนสันป่าสัก
- 24) โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ชุมชนบ้านใหม่ 1
- 25) โครงการปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ ชุมชนบ้านใหม่ 1
- 26) โครงการขยับกายเพื่อสุขภาพ ชุมชนบ้านปง 1
- 27) โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ชุมชนบ้านปง 1
- 28) โครงการเดินและรำเพื่อสุขภาพเพิ่มความสุข ชุมชนบ้านหัวดง
- 29) โครงการขยับกายบรรเทาโรครักษาสุขภาพกันเถอะ บ้านเด่นชุมชน 1

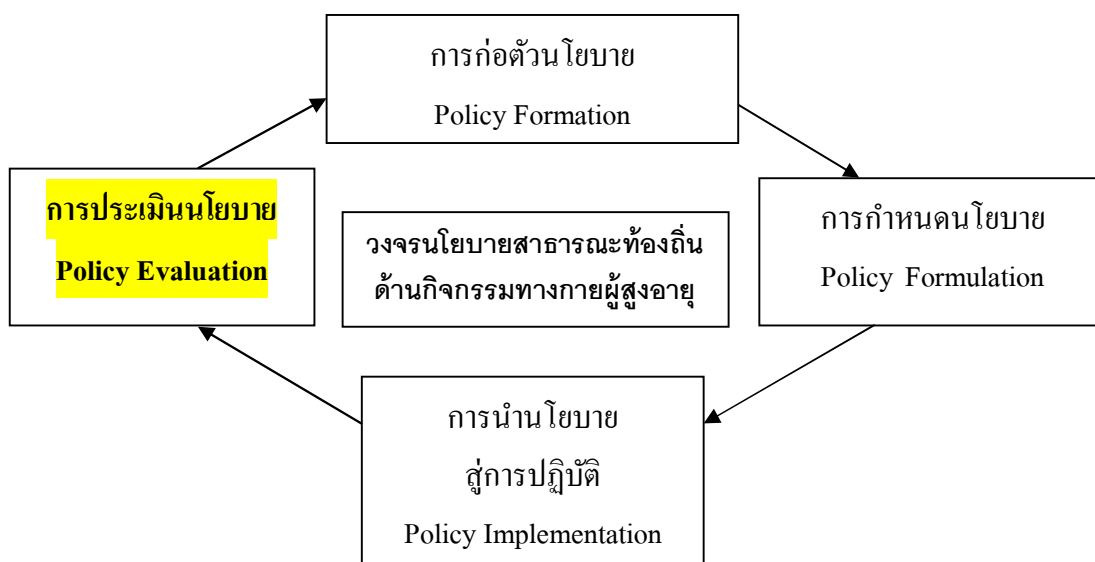
30) โครงการรณรงค์และติดตามประเมินผลกิจกรรมทางกายของชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ในขั้นตอนนี้แต่ละโครงการถูกนำไปปฏิบัติในชุมชน โดยชุมชนมีการประชุมแต่งตั้งหัวหน้าโครงการ กรรมการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม(หัวหน้าโครงการได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชน โดยการออกเสียงเลือกในที่ประชุม ซึ่งบางโครงการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข บางโครงการเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ บางโครงการเป็นผู้นำชุมชน) ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน เยาวชน และผู้นำชุมชน สำหรับปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินกิจกรรม คือ ในช่วงแรกของโครงการมีสมาชิกเข้าร่วมไม่มาก แต่ในระยะต่อมาหลังจากเริ่มโครงการหัวหน้าโครงการและกรรมการได้ประกาศ/ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ทำให้มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และถือปฏิบัติเป็นวิถีชุมชน โดยสมาชิกแต่ละชุมชนมีการชักชวนญาติ พี่ น้อง เพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมทางกายมากขึ้น

ตอนที่ 4 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา ต. อินทิลล อ. แม่แตง จ.เชียงใหม่

ประเด็นการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะ

ท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ



ผลการประเมินหลังการดำเนินโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

หลังจากที่โครงการวิจัยได้ดำเนินงานในพื้นที่เป็นเวลารวม 18 เดือน (1 ตุลาคม 2553- 31 มีนาคม 2555) นับตั้งแต่ระยะที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย ต่อด้วย ระยะที่ 2 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 3 การประเมินผลนโยบาย ผู้วิจัยจึงได้วางแผนการลงประเมินติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน ช่วงเดือนธันวาคม 2554 - 31 มกราคม 2555 เพื่อประเมินกิจกรรมทางกายที่ประชาชนดำเนินการด้วยตนเองร่วมกับทีมสมาชิกสภาเทศบาล ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน พบรายละเอียดผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการเป็นอย่างดี กล่าวคือ แต่ละโครงการของชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมตามแผน เช่น กิจกรรมประชุมแต่งตั้งหัวหน้าโครงการ/กรรมการ การเลือกสถานที่ออกกำลังกาย/ปลูกผักปลอดสารพิษ การกำหนดช่วงเวลาออกกำลังกาย/ปลูกผัก การประชาสัมพันธ์เชิญชวนสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรม

อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานจะมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นหากได้รับข้อคิดเห็นและทดสอบความเข้าใจจากภาคประชาชนร่วมด้วย ซึ่งจากการลงพื้นที่เพื่อสอบถามประชาชนถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้ได้ทำการสอบถามจากประชาชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 284 คน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 116 คน(ร้อยละ 40.85) ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานจำนวน 168 คน(ร้อยละ 59.15) อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มวัยทำงานบางคนกำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ และผลจากการประเมินครั้งนี้จะได้อารมณ์ดีเห็นของผู้สูงอายุรวมถึงผู้ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตอันใกล้ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อชุมชนในการดำเนินงานโครงการต่อไปในอนาคตสำหรับการประเมินโดยสรุปดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 203 คน ร้อยละ 71.5 ส่วนเพศชายมีจำนวน 81 คน ร้อยละ 28.5 ทั้งนี้แยกเป็นกลุ่มวัยทำงานจำนวน 168 คน ร้อยละ 59.15 และกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 116 คน ร้อยละ 40.85 (รายละเอียดตาราง 92)

ตาราง 92 เพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	46	27.4	35	30.2	81	28.5
หญิง	122	72.6	81	69.8	203	71.5
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 282 คน ร้อยละ 99.3 ส่วนศาสนาคริสต์มีจำนวน 2 คน ร้อยละ 0.7 ทั้งนี้มีกลุ่มวัยทำงานที่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 166 คน ร้อยละ 98.8 และกลุ่มวัยสูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 116 คน ร้อยละ 100 (รายละเอียดตาราง 93)

ตาราง 93 ศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พุทธ	166	98.8	116	100.0	282	99.3
คริสต์	2	1.2	0	0	2	0.7
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 202 คน ร้อยละ 71.1 รองลงมาคือสถานหม้าย จำนวน 45 คน ร้อยละ 15.8 ทั้งนี้กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.4 ในขณะที่กลุ่มวัยสูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่เช่นกัน คือร้อยละ 71.1 (รายละเอียดตาราง 94)

ตาราง 94 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	21	12.5	3	2.6	24	8.5
สมรส	125	74.4	77	66.4	202	71.1
หม้าย	13	7.7	32	27.6	45	15.8
หย่า/แยกกันอยู่	9	5.4	4	3.4	13	4.6
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน 183 คน ร้อยละ 64.4 สอดคล้องกับข้อมูลเมื่อพิจารณาแยกเป็นกลุ่มวัย พบว่า ทั้งกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มวัยสูงอายุ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเช่นกันคือ ร้อยละ 52.4 และ 81.9 ตามลำดับรองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (รายละเอียดตาราง 95)

ตาราง 95 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษา	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	0	0	5	4.3	5	1.8
ประถมศึกษา	88	52.4	95	81.9	183	64.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	28.6	7	6.0	55	19.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	11.9	6	5.2	26	9.2
อนุปริญญา/ปวส.	12	7.1	3	2.6	15	5.3
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีรายได้จำนวน 279 คน ร้อยละ 98.2 และมีส่วนน้อยที่ไม่มีรายได้ทั้งในวัยทำงานและวัยสูงอายุ (รายละเอียดตาราง 96)

ตาราง 96 รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง

รายได้	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	4	2.4	1	.9	5	1.8
มีรายได้	164	97.6	115	99.1	279	98.2
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพรับจ้างจำนวน 149 คน ร้อยละ 52.5 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรจำนวน 77 คน ร้อยละ 27.1 ทั้งนี้หากแยกกลุ่มประชากรพบว่า วัยทำงานส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 มีอาชีพรับจ้าง ส่วนวัยสูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31 (รายละเอียดตาราง 97)

ตาราง 97 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน	2	1.2	18	15.5	20	7.0
เกษตรกร	41	24.4	36	31.0	77	27.1
รับจ้าง	102	60.7	47	40.5	149	52.5
ประกอบกิจการ	15	8.9	11	9.5	26	9.2
ส่วนตัว/ค้าขาย						
รับราชการ/	3	1.8	1	.9	4	1.4
รัฐวิสาหกิจ						
ข้าราชการ	0	.0	0	.0	3	1.1
บำนาญ						
อื่นๆ	5	3.0	3	2.6	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมแล้วผู้ตอบแบบสอบถามมีตำแหน่งทางสังคมเกือบรวม โดยแยกเป็นสมาชิกชุมชน จำนวน 139 คน ร้อยละ 48.9 เป็นผู้นำชุมชนจำนวน 141 คน ร้อยละ 49.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนในเขตเมืองแกนโดยส่วนใหญ่เข้าร่วมและมีตำแหน่งทางสังคมทั้งในกลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุ (รายละเอียดตาราง 98) ซึ่งในประเด็นนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้ที่มิมีตำแหน่งทางสังคมโดยภาพรวมแล้วย่อมได้รับความไว้วางใจและความนับถือจากคนในสังคม ดังนั้นในกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายจึงจำเป็นต้องมีผู้คนเหล่านี้เข้าร่วมกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ตาราง 98 ตำแหน่งทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตำแหน่งทางสังคม	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้นำชุมชน	90	53.6	51	44.0	141	49.6
สมาชิกชุมชน	75	44.6	64	55.2	139	48.9
อื่นๆ	3	1.8	1	.9	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมแล้วส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม (ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมกองทุนปฎิ ชมรมแม่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น) จำนวน 255 คน ร้อยละ 89.8 สอดคล้องกับข้อมูลตามกลุ่มวัยคือวัยทำงานและวัยสูงอายุ พบว่าเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมร้อยละ 85.7 และ 95.7 ตามลำดับ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมในชุมชน ซึ่งการรวมกลุ่มจะก่อให้เกิดสายสัมพันธ์ที่เชื่อมถึงกัน มีการช่วยเหลือกันและจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้ดีขึ้น (รายละเอียดตาราง 99)

ตาราง 99 การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม	24	14.3	5	4.3	29	10.2
เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม	144	85.7	111	95.7	255	89.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า มีประชาชนกลุ่มวัยสูงอายุเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 78 คน ร้อยละ 67.2 ในขณะที่มีบางคนที่อยู่ในวัยก่อนสูงอายุเริ่มเข้าร่วมชมรม ร้อยละ 4.8 โดยจากการสอบถามข้อมูลเชิงลึก พบว่าในเขตเทศบาลเมืองแกนได้เปิดช่องทางให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ขึ้นไปสามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมได้ (รายละเอียดตาราง 100)

ตาราง 100 การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	160	95.2	38	32.8	198	69.7
เข้าร่วม	8	4.8	78	67.2	86	30.3
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมชมรมกองทุนปืยเนื่องจากซื้อปืยใช้เอง และบางส่วนมีการผลิตปืยหมักในครัวเรือน (รายละเอียดตาราง 101) สอดคล้องกับข้อมูลการลงพื้นที่ในชุมชนที่พบว่า มีหลายครอบครัวที่ผลิตปืยหมักใช้เองในครัวเรือน เป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย

ตาราง 101 การเข้าร่วมชมรมกองทุนปื๊ยของกลุ่มตัวอย่าง

ชมรมกองทุนปื๊ย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็น	165	98.2	113	97.4	278	97.9
เป็น	3	1.8	3	2.6	6	2.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมกองทุนข้าว จำนวน 275 ร้อยละ 96.8 (รายละเอียดตาราง 102) สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้สอบถามจากเกษตรกรในประเด็นของการขายข้าวนั้นแต่ละครัวเรือนได้ขายข้าวให้กับพ่อค้าคนกลางโดยตรง ไม่มีการบริหารจัดการในลักษณะของกองทุน

ตาราง 102 การเข้าร่วมชมรมกองทุนข้าวของกลุ่มตัวอย่าง

ชมรมกองทุนข้าว	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็น	161	95.8	114	98.3	275	96.8
เป็น	7	4.2	2	1.7	9	3.2
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้เข้าร่วมชมรมแม่บ้าน จำนวน 106 คน ร้อยละ 52.2 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแยกกลุ่มวัยพบว่า มีผู้เข้าร่วมชมรมแม่บ้านในกลุ่มวัยทำงานจำนวน 86 คน ร้อยละ 70.5 ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุบางคนยังเข้าร่วมชมรมแม่บ้านด้วยจำนวน 11 คน ร้อยละ 13.6 (รายละเอียดตาราง 103) แสดงให้เห็นว่าคนในแต่ละกลุ่มวัยมีการเข้าร่วมสมาชิกในกลุ่มของตน ซึ่งการรวมตัวในชมรมแม่บ้านเป็นการรวมตัวที่เป็นไปตามธรรมชาติเพื่อทำกิจกรรมต่างๆของชุมชนและในประเด็นของกิจกรรมทางกายชมรมแม่บ้านก็เข้ามามีส่วนร่วมเช่นกัน

ตาราง 103 การเข้าร่วมเป็นชมรมแม่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ชมรมแม่บ้าน	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	36	29.5	70	86.4	106	52.2
เข้าร่วม	86	70.5	11	13.6	97	47.8
รวม	122	100.0	81	100.0	203	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า มีผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 137 คน ร้อยละ 48.2 ในขณะที่มีผู้ไม่เป็นอาสาสมัคร 147 คน ร้อยละ 51.8 อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มวัยทำงานเป็นอาสาสมัครจำนวน 92 คน ร้อยละ 54.8 และพบว่ากลุ่มวัยสูงอายุมีผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 45 คน ร้อยละ 38.8 (รายละเอียดตาราง 104) ทั้งนี้การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสำคัญต่อชุมชนและการทำกิจกรรมทางกายเนื่องจาก มีอาสาสมัครหลายท่านที่เป็นผู้นำด้านออกกำลังกาย ได้แก่ ชมรมจักรยาน สูลาสูป แอโรบิกแดนซ์ รำไม้พลอง เป็นต้น ซึ่งช่วยทำให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมทางกายในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ตาราง 104 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง

อสม.	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	76	45.2	71	61.2	147	51.8
เข้าร่วม	92	54.8	45	38.8	137	48.2
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุ จำนวน 281 คน ร้อยละ 98.9 อย่างไรก็ตามในกลุ่มวัยทำงานมีผู้ที่เป็นอาสาสมัคร 1 คน และมีผู้สูงอายุจำนวน 2 คน เป็นอาสาสมัครในชุมชน (รายละเอียดตาราง 105) จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้ที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุนี้น้อยมาก ดังนั้นผู้สูงอายุในชุมชนจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกายให้แข็งแรงเพื่อเป็นการป้องกันการก้าวเข้าสู่สภาพผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงต่อไป

ตาราง 105 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

อสพ.	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	167	99.4	114	98.3	281	98.9
เข้าร่วม	1	.6	2	1.7	3	1.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า มีประชาชนจำนวน 5 คน เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสำรวจประจำหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.8 มีวัยทำงานจำนวน 3 คน และวัยสูงอายุจำนวน 2 คน (รายละเอียดตาราง 106)

ตาราง 106 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครสำรวจบ้าน (อส.ตร.) ของกลุ่มตัวอย่าง

อส.ตร.	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าร่วม	165	98.2	114	98.3	279	98.2
เข้าร่วม	3	1.8	2	1.7	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า มีจำนวนผู้ที่เป็น อป.พร. จำนวน 20 คน ร้อยละ 7 โดยแยกเป็นวัยทำงาน 12 คน ร้อยละ 7.1 และมีวัยสูงอายุ 8 คน ร้อยละ 6.9 (รายละเอียดตาราง 107)

ตาราง 107 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อป.พร.)ของกลุ่มตัวอย่าง

อป.พร.	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็น	156	92.9	108	93.1	264	93.0
เป็น	12	7.1	8	6.9	20	7.0
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาล

นโยบายสาธารณะใดๆก็ตามย่อมมีวัตถุประสงค์ที่จะใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายที่ทางเทศบาลได้กำหนดขึ้นมา ประชาชนในชุมชนจำเป็นต้องมีความเข้าใจและมีความสามารถบอกวัตถุประสงค์ของนโยบายได้อย่างถูกต้อง จึงจะทำให้การขับเคลื่อนจากนโยบายสู่การปฏิบัติถูกต้องและบรรลุตามเป้าหมาย

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจได้อย่างถูกต้องว่า นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น จำนวน 245 คน ร้อยละ 86.3 โดยแยกเป็นวัยทำงานจำนวน 146 คน ร้อยละ 86.9 และวัยสูงอายุจำนวน 99 คน ร้อยละ 85.3 (รายละเอียดตาราง 108) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นอย่างดี

ตาราง 108 ความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายสาธารณะของกลุ่มตัวอย่าง

นโยบายสาธารณะมีวัตถุประสงค์	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในชุมชน	4	2.4	4	3.4	8	2.8
เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น	146	86.9	99	85.3	245	86.3
เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพประชาชน	12	7.1	10	8.6	22	7.7
เป็นการส่งต่อประชาชนไปรักษายังโรงพยาบาลระดับอำเภอ	6	3.6	3	2.6	9	3.2
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า นโยบายสาธารณะมีความสำคัญคือ ช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติงานได้ตามความต้องการของเครือข่ายชุมชน จำนวน 227 คน ร้อยละ 79.9 โดยกลุ่มวัยทำงานมีความเห็นข้อนี้สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุ คือจำนวน 136 คน ร้อยละ 81.0 และ จำนวน 91 คน ร้อยละ 78.4 ตามลำดับ (รายละเอียดตาราง 109) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่มีความเข้าใจในความสำคัญของนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ตรงตามความต้องการของคนในชุมชน

ตาราง 109 ความเข้าใจในความสำคัญของนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ความสำคัญของนโยบาย สาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สะดวกแก่ฝ่ายบุคลากรของรัฐใน การปฏิบัติงาน	20	11.9	12	10.3	32	11.3
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถปฏิบัติงานได้ตามความ ต้องการของเครือข่ายชุมชน	136	81.0	91	78.4	227	79.9
ทำให้ทีมนักการเมืองท้องถิ่นชนะ การเลือกตั้ง	1	.6	0	.0	1	.4
การปฏิบัติงานขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ล้มเหลว	11	6.5	13	11.2	24	8.5
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายคือ การวิเคราะห์ปัญหาและ/หรือความต้องการของตนเองและชุมชน จำนวน 165 คน ร้อยละ 58.1 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกนโยบาย จำนวน 61 คน ร้อยละ 21.5 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยพบว่าวัยทำงานร้อยละ 53.6 และวัยสูงอายुर้อยละ 64.7 มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองว่าสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการการวิเคราะห์ปัญหาและ/หรือความต้องการของตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกนโยบายสาธารณะ (รายละเอียดตาราง 110)

ตาราง 110 การมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายของกลุ่มตัวอย่าง

การมีส่วนร่วมในกระบวนการ กำหนดนโยบาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การกำหนดทางเลือกนโยบาย	18	10.7	5	4.3	23	8.1
การตัดสินใจเลือกนโยบาย	39	23.2	22	19.0	61	21.5
การวิเคราะห์ปัญหาและ/หรือความต้องการ	90	53.6	75	64.7	165	58.1
กำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย	21	12.5	14	12.1	35	12.3
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการบรรลุเป้าหมายของนโยบายที่สำคัญที่สุดคือ การทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์โดยตรงจากนโยบาย จำนวน 209 คน ร้อยละ 73.6 สอดคล้องกับเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มวัยคือ วัยทำงานมีความเห็นดังกล่าว 120 คน ร้อยละ 71.4 และวัยสูงอายุ 89 คน ร้อยละ 76.7 (รายละเอียดตาราง 111) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเป้าหมายที่สำคัญที่สุดของนโยบายสาธารณะได้อย่างถูกต้องว่า สุดท้ายแล้วประชาชนต้องได้รับประโยชน์โดยตรง

ตาราง 111 ความเข้าใจในการบรรลุเป้าหมายนโยบายสาธารณะที่สำคัญที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง

การบรรลุเป้าหมายนโยบายที่ สำคัญที่สุด	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจของประชาชนผู้ ได้รับผลกระทบ	34	20.2	19	16.4	53	18.7
การทำให้ประชาชนได้รับ ประโยชน์โดยตรงจากนโยบาย	120	71.4	89	76.7	209	73.6
ฝ่ายบริหารให้ความพอใจ	3	1.8	0	.0	3	1.1
ฝ่ายการเมืองให้การสนับสนุน อย่างเต็มที่	11	6.5	8	6.9	19	6.7
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ประชาชนวัยทำงานและวัยสูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าเทศบาลมีนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 230 คน ร้อยละ 81 (รายละเอียดตาราง 112) ซึ่งแสดงให้เห็นว่านโยบายได้ถูกสื่อสารออกมาให้ประชาชนในชุมชนรับทราบได้อย่างทั่วถึง

ตาราง 112 การรับทราบนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

การรับทราบนโยบายสาธารณะ ด้านกิจกรรมทางกาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	137	81.5	93	80.2	230	81.0
ไม่ทราบ	31	18.5	23	19.8	54	19.0
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อ พัฒนาและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน จำนวน 240 คน ร้อยละ 84.5 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุพบว่า ในวัยทำงานมีความเห็นดังกล่าวจำนวน 137 คน ร้อยละ 81.5 ส่วนวัยสูงอายุมีจำนวน 103 คน ร้อยละ 88.8 ที่มีความเห็นดังกล่าว (รายละเอียดตาราง 113) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเป้าหมายสูงสุดของนโยบายได้อย่างถูกต้อง

ตาราง 113 ความเข้าใจด้านเป้าหมายสูงสุดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

เป้าหมายสูงสุดของนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน	137	81.5	103	88.8	240	84.5
ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มชุมชน	26	15.5	10	8.6	36	12.7
จัดกิจกรรมสุขภาพตามฤดูกาล	2	1.2	3	2.6	5	1.8
กำจัดโรคภัยต่างๆ	3	1.8	0	.0	3	1.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เทศบาลเมือง เมืองแกนพัฒนาในปัจจุบัน คือ โรคไม่ติดต่อ (ได้แก่ความดันโลหิต เบาหวาน ไขมันสูง โรคหัวใจ เป็นต้น) จำนวน 267 คน ร้อยละ 94 (รายละเอียดตาราง 114) สอดคล้องกับข้อมูลแยกตามกลุ่มวัย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับทราบสถานการณ์ของภาวะโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงไปถึงความพยายามในการแก้ปัญหาสุขภาพนี้ โดยเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้กำหนดนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนได้เข้าร่วมกิจกรรมทางกายภายใต้โครงการของแต่ละชุมชน

ตาราง 114 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ เทศบาลฯ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคเอดส์	2	1.2	0	0	2	.7
โรคไม่ติดต่อ(ได้แก่ความดันโลหิต/เบาหวาน/ไขมันสูง)	157	93.5	110	94.8	267	94.0
โรคกระดูก	7	4.2	4	3.4	11	3.9
โรคระบบทางเดินหายใจ	2	1.2	2	1.7	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมแล้วส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายทั้งในด้านวัตถุประสงค์นโยบายฯ ความสำคัญของนโยบาย ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของนโยบาย ทราบว่าเทศบาลมีการจัดเวทีประชาคม เป้าหมายสูงสุดของนโยบาย และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ เป็นต้น ทั้งนี้จำนวนของความเข้าใจที่ตอบถูกต้องในแต่ละประเด็นคือ ร้อยละ 58.1 - 94.0 รายละเอียด(ตาราง 115) แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

ตาราง 115 ภาพรวมความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมความเข้าใจ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. วัตถุประสงค์นโยบายฯเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น	146	86.9	99	85.3	245	86.3
2. ความสำคัญของนโยบายคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติงานได้ตามความต้องการของเครือข่ายชุมชน	136	81.0	91	78.4	227	79.9
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายคือ วิเคราะห์ปัญหาและ/หรือความต้องการ	90	53.6	75	64.7	165	58.1
4. การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของนโยบายคือ การทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์โดยตรงจากนโยบาย	120	71.4	89	76.7	209	73.6
5. ท่านทราบว่าเทศบาลมีการจัดเวทีประชาคม	137	81.5	93	80.2	230	81.0
6. เป้าหมายสูงสุดของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายคือ พัฒนาและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน	137	81.5	103	88.8	240	84.5
7. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เทศบาลในปัจจุบันคือ โรคไม่ติดต่อ	157	93.5	110	94.8	267	94.0

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีความเห็นว่ามีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชนในระดับปานกลางจำนวน 123 คน ร้อยละ 43.3 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 112 คน ร้อยละ 39.4 (รายละเอียดตาราง 116) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วประชาชนมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชน สะท้อนให้เห็นสภาพของการรวมกลุ่มในชุมชนระดับหนึ่ง

ตาราง 116 การมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ท่านมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม ชุมชนมากน้อยเพียงใด	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	7	4.2	6	5.2	13	4.6
มากที่สุด	15	8.9	14	12.1	29	10.2
มาก	55	32.7	28	24.1	83	29.2
ปานกลาง	73	43.5	50	43.1	123	43.3
น้อย	15	8.9	15	12.9	30	10.6
น้อยที่สุด	3	1.8	3	2.6	6	2.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 148 คน ร้อยละ 50.1 รองลงมาให้ระดับปานกลางจำนวน 101 คน ร้อยละ 35.6 (รายละเอียดตาราง 117) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนให้ความสำคัญต่อการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน โดยลงไปมีส่วนร่วมด้วยตนเอง

ตาราง 117 การมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมสำรวจ ปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	1	.6	3	2.6	4	1.4
มากที่สุด	22	13.1	12	10.3	34	12.0
มาก	70	41.7	44	37.9	114	40.1
ปานกลาง	58	34.5	43	37.1	101	35.6
น้อย	14	8.3	13	11.2	27	9.5
น้อยที่สุด	3	1.8	1	.9	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่องสุขภาพและโรคไม่ติดต่อในระดับมากถึงมากที่สุดรวมจำนวน 188 คน ร้อยละ 66.2 รองลงมามีส่วนร่วมในระดับปานกลางจำนวน 62 คน ร้อยละ 21.8 (รายละเอียดตาราง 118) แสดงให้เห็นว่าประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นนี้จำนวนมากพอควรซึ่งส่งผลดีต่อการรับรู้สถานการณ์สุขภาพของชุมชนโดยเฉพาะด้านโรคไม่ติดต่อ

ตาราง 118 การมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่องสุขภาพและโรคไม่ติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพ/โรคไม่ติดต่อ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	1	.6	2	1.7	3	1.1
มากที่สุด	39	23.2	28	24.1	67	23.6
มาก	76	45.2	45	38.8	121	42.6
ปานกลาง	36	21.4	26	22.4	62	21.8
น้อย	14	8.3	14	12.1	28	9.9
น้อยที่สุด	2	1.2	1	.9	3	1.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีส่วนร่วมเสนอปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพแก่เทศบาลในระดับมากและมากที่สุดรวมจำนวน 127 คน ร้อยละ 44.7 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 103 คน ร้อยละ 36.3 (รายละเอียดตาราง 119) แสดงให้เห็นว่า โดยส่วนใหญ่ประชาชนให้ความสำคัญต่อประเด็นของการเข้าไปมีส่วนร่วมในด้านนี้ แม้ว่าบางส่วนจะมีส่วนร่วมในระดับปานกลางก็ตาม โดยภาพรวมแล้วก็แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

ตาราง 119 การมีส่วนร่วมเสนอปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพแก่เทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมเสนอปัญหา/ ความต้องการด้านสุขภาพแก่ เทศบาล	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	4	2.4	5	4.3	9	3.2
มากที่สุด	10	6.0	12	10.3	22	7.7
มาก	65	38.7	40	34.5	105	37.0
ปานกลาง	63	37.5	40	34.5	103	36.3
น้อย	24	14.3	17	14.7	41	14.4
น้อยที่สุด	2	1.2	2	1.7	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพร่วมกับสมาชิกในชุมชนในระดับปานกลางถึงมากที่สุดรวมจำนวน 131 คน ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือระดับปานกลางจำนวน 108 คน ร้อยละ 38.0 (รายละเอียดตาราง 120) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในด้านนี้จำนวนมากพอสมควร ทั้งนี้จะส่งผลดีต่อการเกิดแนวทางในการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเองต่อไป

ตาราง 120 การมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพร่วมกับสมาชิกในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพ ๑	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	4	2.4	5	4.3	9	3.2
มากที่สุด	19	11.3	8	6.9	27	9.5
มาก	64	38.1	40	34.5	104	36.6
ปานกลาง	61	36.3	47	40.5	108	38.0
น้อย	19	11.3	15	12.9	34	12.0
น้อยที่สุด	1	.6	1	.9	2	.7
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมผลักดันปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนจนกระทั่งเข้าสู่เทศบาลในระดับมากถึงมากที่สุดรวมจำนวน 121 คน ร้อยละ 42.6 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 99 คน ร้อยละ 34.9 (รายละเอียดตาราง 121) แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วพบการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่ผลักดันนโยบายเข้าสู่การพิจารณาในเทศบาลซึ่งเป็นประเด็นที่ถือเป็นมติใหม่ของภาคประชาชนต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะ

ตาราง 121 การมีส่วนร่วมผลักดันปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนจนกระทั่งเข้าสู่เทศบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมผลักดันปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนสู่เทศบาล	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	5	3.0	4	3.4	9	3.2
มากที่สุด	18	10.7	9	7.8	27	9.5
มาก	58	34.5	36	31.0	94	33.1
ปานกลาง	61	36.3	38	32.8	99	34.9
น้อย	22	13.1	27	23.3	49	17.3
น้อยที่สุด	4	2.4	2	1.7	6	2.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบายเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขในระดับมากถึงมากที่สุดรวมจำนวน 100 คน ร้อยละ 35.2 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 96 คน ร้อยละ 33.8 (รายละเอียดตาราง 122) จะเห็นได้ว่าในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบาย

ตาราง 122 การมีส่วนร่วมกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบายเพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมกำหนดวาระ สำหรับอภิปรายนโยบายเพื่อ แสวงหาแนวทางในการแก้ไข	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	10	6.0	10	8.6	20	7.0
มากที่สุด	5	3.0	4	3.4	9	3.2
มาก	51	30.4	40	34.5	91	32.0
ปานกลาง	58	34.5	38	32.8	96	33.8
น้อย	35	20.8	16	13.8	51	18.0
น้อยที่สุด	9	5.4	8	6.9	17	6.0
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยในการผลักดันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับปานกลางจำนวน 112 คน ร้อยละ 39.4 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันพบว่ามีจำนวนถึง 104 คน ร้อยละ 36.7 (รายละเอียดตาราง 123) แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามยังมีความเห็นว่าผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยในการผลักดันการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะขับเคลื่อนในประเด็นสุขภาพร่วมกับเครือข่ายในชุมชน

ตาราง 123 ความเห็นด้านผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยในการผลักดันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ในการผลักดันแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้นำชุมชน	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	4	2.4	1	.9	5	1.8
มากที่สุด	16	9.5	10	8.6	26	9.2
มาก	49	29.2	29	25.0	78	27.5
ปานกลาง	61	36.3	51	44.0	112	39.4
น้อย	36	21.4	21	18.1	57	20.1
น้อยที่สุด	2	1.2	4	3.4	6	2.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แล้วมีความเห็นว่าตนเองมีส่วนร่วมประชุม ออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในระดับปานกลางจำนวน 115 คน ร้อยละ 40.5 เมื่อพิจารณาภาพรวมในระดับมากถึงมากที่สุดพบว่ามีจำนวน 103 คน ร้อยละ 36.3 (รายละเอียดตาราง 124) แสดงให้เห็นว่าโดยส่วนใหญ่แล้วประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการขั้นตอนนี้ในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งจะส่งผลดีต่อโครงการและกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

ตาราง 124 การมีส่วนร่วมประชุมออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมออกแบบ โครงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	13	7.7	9	7.8	22	7.7
มากที่สุด	10	6.0	5	4.3	15	5.3
มาก	51	30.4	37	31.9	88	31.0
ปานกลาง	72	42.9	43	37.1	115	40.5
น้อย	15	8.9	17	14.7	32	11.3
น้อยที่สุด	7	4.2	5	4.3	12	4.2
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีส่วนร่วมรับทราบนโยบายด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาลในระดับมากถึงมากที่สุดรวมจำนวน 122 คน ร้อยละ 43 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 115 คน ร้อยละ 40.5 (รายละเอียดตาราง 125) ซึ่งเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับทราบนโยบายด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาล

ตาราง 125 การมีส่วนร่วมรับทราบนโยบายด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมรับทราบ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
นโยบายด้านกิจกรรมทางกาย						
ของเทศบาล	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	5	3.0	7	6.0	12	4.2
มากที่สุด	15	8.9	15	12.9	30	10.6
มาก	58	34.5	34	29.3	92	32.4
ปานกลาง	69	41.1	46	39.7	115	40.5
น้อย	16	9.5	14	12.1	30	10.6
น้อยที่สุด	5	3.0	0	.0	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเทศบาลมีการเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน/โครงการกิจกรรมทางกายประจำปีในระดับมากและมากที่สุดรวมกันพบว่า มีจำนวนถึง 146 คน ร้อยละ 51.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน ร้อยละ 34.9 (รายละเอียดตาราง 126) แสดงให้เห็นว่าเทศบาลได้ให้ความสำคัญต่อการเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน/โครงการกิจกรรมทางกายประจำปีต่อชุมชน

ตาราง 126 ความเห็นเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน/โครงการกิจกรรมทางกายประจำปีของเทศบาล

เทศบาลมีการเผยแพร่ข้อมูล แผนงาน/โครงการกิจกรรมทางกาย ประจำปี	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	2	1.2	4	3.4	6	2.1
มากที่สุด	23	13.7	12	10.3	35	12.3
มาก	70	41.7	41	35.3	111	39.1
ปานกลาง	52	31.0	47	40.5	99	34.9
น้อย	19	11.3	10	8.6	29	10.2
น้อยที่สุด	2	1.2	2	1.7	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพที่ตนเสนอได้ถูกประกาศเป็นนโยบายในระดับปานกลางจำนวน 117 คน ร้อยละ 41.2 เมื่อพิจารณาในระดับมากรวมกับมากที่สุดพบว่ามีจำนวน 96 คน ร้อยละ 33.8 (รายละเอียดตาราง 127) แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนมีความเห็นว่า ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ถูกประกาศเป็นนโยบาย สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตาราง 127 ปัญหาด้านสุขภาพที่ถูกประกาศเป็นนโยบาย

ระดับปัญหาด้านสุขภาพที่ถูก ประกาศเป็นนโยบาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	9	5.4	6	5.2	15	5.3
มากที่สุด	10	6.0	7	6.0	17	6.0
มาก	45	26.8	34	29.3	79	27.8
ปานกลาง	69	41.1	48	41.4	117	41.2
น้อย	32	19.0	20	17.2	52	18.3
น้อยที่สุด	3	1.8	1	.9	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมรับฟังการประกาศนโยบายเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางจำนวน 113 คน ร้อยละ 39.8 รองลงมาคือ ระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันจำนวน 111 คน ร้อยละ 39 (รายละเอียดตาราง 128) จะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่เข้าร่วมรับฟังการประกาศนโยบาย ทั้งนี้การประกาศนโยบายดังกล่าว มีการปรากฏในสถานการณ์ได้แก่ การประชุมสม.ประจำเดือน การประชุมสภาเทศบาล การประชุม/อบรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน การจัดทำป้ายประกาศนโยบาย และการประกาศของนายกเทศมนตรีอย่างเป็นทางการแก่ประชาชน เป็นต้น

ตาราง 128 การเข้าร่วมรับฟังประกาศนโยบายเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการเข้าร่วมรับฟังการ ประกาศนโยบายฯ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เข้าร่วมรับฟัง	7	4.2	5	4.3	12	4.2
มากที่สุด	12	7.1	6	5.2	18	6.3
มาก	53	31.5	40	34.5	93	32.7
ปานกลาง	65	38.7	48	41.4	113	39.8
น้อย	29	17.3	14	12.1	43	15.1
น้อยที่สุด	2	1.2	3	2.6	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าโครงการเพื่อสุขภาพในหมู่บ้านได้ถูกเสนอเป็นนโยบายในระดับมากกว่ามากที่สุดจำนวน 145 คน ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือระดับปานกลางจำนวน 97 คน ร้อยละ 34.2 (รายละเอียดตาราง 129) จะเห็นได้ว่าเทศบาลให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานโครงการเพื่อสุขภาพของชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุดและประชาชนเองก็รับทราบว่าโครงการของชุมชนมีความสำคัญเพียงพอที่เทศบาลรับข้อเสนอเข้าเป็นนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย

ตาราง 129 โครงการเพื่อสุขภาพในหมู่บ้านที่ถูกเสนอเป็นนโยบายสาธารณะ

โครงการเพื่อสุขภาพใน หมู่บ้านที่ถูกเสนอเป็นนโยบาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	3	1.8	4	3.4	7	2.5
มากที่สุด	17	10.1	11	9.5	28	9.9
มาก	66	39.3	51	44.0	117	41.2
ปานกลาง	63	37.5	34	29.3	97	34.2
น้อย	18	10.7	15	12.9	33	11.6
น้อยที่สุด	1	.6	1	.9	2	.7
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเทศบาลมีการร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบนโยบายในระดับมากถึงมากที่สุด จำนวน 148 คน ร้อยละ 52.1 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 100 คน ร้อยละ 35.2 (รายละเอียดตาราง 130) จะเห็นได้ว่าเทศบาลได้ให้ความสำคัญในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบนโยบายสอดคล้องกับผลการลงพื้นที่เพื่อสนทนากลุ่มกับประชาชนในประเด็นการรับรู้ รับทราบนโยบายที่ให้ข้อมูลว่า รับทราบนโยบายจากหลายแหล่งได้แก่ จากการประชุมอาสาสมัครหมู่บ้าน การประชุมประชาคมหมู่บ้าน จากการพูดคุยกับอาสาสมัครหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และการประกาศของท่านนายกเทศมนตรี เป็นต้น

ตาราง 130 การร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบนโยบาย

การร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คน ในชุมชนรับทราบนโยบาย ของเทศบาล	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	7	4.2	5	4.3	12	4.2
มากที่สุด	25	14.9	11	9.5	36	12.7
มาก	61	36.3	51	44.0	112	39.4
ปานกลาง	63	37.5	37	31.9	100	35.2
น้อย	10	6.0	10	8.6	20	7.0
น้อยที่สุด	2	1.2	2	1.7	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ตนเองมีส่วนร่วมดำเนินการตามนโยบายโครงการ/แผนงานกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางจำนวน 114 คน ร้อยละ 40.1 รองลงมาในจำนวนที่แตกต่างกันมากก็คือระดับมากและมากที่สุดรวมกันมีจำนวน 112 คน ร้อยละ 39.4 (รายละเอียดตาราง 131) แสดงให้เห็นว่า โดยส่วนใหญ่แล้วประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการ/แผนงานของชุมชน

ตาราง 131 การมีส่วนร่วมดำเนินการตามนโยบายโครงการ/แผนงาน ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วม ดำเนินการตามนโยบาย โครงการ/แผนงาน	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	8	4.8	5	4.3	13	4.6
มากที่สุด	14	8.3	9	7.8	23	8.1
มาก	54	32.1	35	30.2	89	31.3
ปานกลาง	67	39.9	47	40.5	114	40.1
น้อย	24	14.3	18	15.5	42	14.8
น้อยที่สุด	1	.6	2	1.7	3	1.1
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าตนเองมีส่วนร่วมประสานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมโครงการฯ ในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 127 คน ร้อยละ 44.7 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 104 คน ร้อยละ 36.6 (รายละเอียดตาราง 132) แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการประสานเครือข่ายภายในชุมชนในช่วงของการดำเนินงานโครงการ สอดคล้องกับผลของการลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมโครงการที่พบว่าสมาชิกด้านกิจกรรมทางกายแต่ละชมรมมีการติดต่อประสานงานร่วมกัน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

ตาราง 132 การมีส่วนร่วมประสานเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมประสาน เครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้อง	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	6	3.6	7	6.0	13	4.6
มากที่สุด	14	8.3	6	5.2	20	7.0
มาก	64	38.1	43	37.1	107	37.7
ปานกลาง	62	36.9	42	36.2	104	36.6
น้อย	19	11.3	16	13.8	35	12.3
น้อยที่สุด	3	1.8	2	1.7	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 167 คน ร้อยละ 58.8 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 77 คน ร้อยละ 27.1(รายละเอียดตาราง 133) จะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ผ่านการอบรมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ตาราง 133 การมีส่วนร่วมเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมเข้ารับการ อบรมความรู้เกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	7	4.2	6	5.2	13	4.6
มากที่สุด	34	20.2	30	25.9	64	22.5
มาก	68	40.5	35	30.2	103	36.3
ปานกลาง	41	24.4	36	31.0	77	27.1
น้อย	15	8.9	7	6.0	22	7.7
น้อยที่สุด	3	1.8	2	1.7	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขหรืออสม.ในชุมชนได้ให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการออกกำลังกายในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันจำนวน 225 คน ร้อยละ 79.2 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 55 คน ร้อยละ 19.4 (รายละเอียดตาราง 134) แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานสาธารณสุขหรือ อสม. มีความเข้มแข็งในการร่วมมือกับประชาชนในด้านสุขภาพและการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลของการเฝ้าติดตามโครงการของผู้วิจัยที่พบว่าเครือข่ายดังกล่าวมีการทำงานเชิงรุกและเข้าถึงประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง

ตาราง 134 หน่วยงานสาธารณสุขหรืออสม.ในชุมชนได้ให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการออกกำลังกาย

ระดับการให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการออกกำลังกายของหน่วยงานสาธารณสุข	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	76	45.2	37	31.9	113	39.8
มาก	61	36.3	51	44.0	112	39.4
ปานกลาง	29	17.3	26	22.4	55	19.4
น้อย	2	1.2	1	.9	3	1.1
น้อยที่สุด	0	.0	1	.9	1	.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ร่วมจัดกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายร่วมกับเทศบาลในระดับปานกลางจำนวน 128 คน ร้อยละ 45.1 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันพบว่ามีจำนวนถึง 122 คน ร้อยละ 42.9 (รายละเอียดตาราง 135) แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วในภาพรวมประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายร่วมกับเทศบาลเป็นอย่างดี สอดคล้องกับข้อมูลผลการลงติดตามในพื้นที่พบว่าในแต่ละชุมชนมีกิจกรรมทางกายตามแผนของโครงการอย่างสม่ำเสมอโดยแต่ละชุมชนมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แก่ สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และเยาวชน เป็นต้น

ตาราง 135 การเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายร่วมกับเทศบาล

ระดับการเข้าร่วมจัดกิจกรรม ต่างๆ ด้านสุขภาพและ กิจกรรมทางกายกับเทศบาล	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	7	4.2	2	1.7	9	3.2
มากที่สุด	20	11.9	19	16.4	39	13.7
มาก	57	33.9	26	22.4	83	29.2
ปานกลาง	69	41.1	59	50.9	128	45.1
น้อย	15	8.9	8	6.9	23	8.1
น้อยที่สุด	0	.0	2	1.7	2	.7
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เคยพบข้อบกพร่องของโครงการและได้มีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้นำชุมชนในระดับปานกลางจำนวน 127 คน ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือระดับมากและมากที่สุดรวมจำนวน 72 คน ร้อยละ 25.3 (รายละเอียดตาราง 136) จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนมีส่วนร่วมในการช่วยเสนอข้อบกพร่องของโครงการที่พบเห็นแก่ผู้นำชุมชน สอดคล้องกับผลของการลงพื้นที่เข้าสนทนากลุ่มกับประชาชนในแต่ละชุมชน ที่ให้ข้อมูลกรณีพบเจอปัญหาเช่น วัสดุอุปกรณ์ด้านสนับสนุนกิจกรรมทางกายชำรุด หรือติดขัดเรื่องสถานที่ ออกกำลังกายจะแจ้งให้กับหัวหน้าโครงการทราบและหากไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะแจ้งผู้นำชุมชนเพื่อรับทราบและหาทางแก้ไขร่วมกันต่อไป

ตาราง 136 ข้อบกพร่องของโครงการและการมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้นำชุมชน

ข้อบกพร่องของโครงการ และ ระดับการมีส่วนร่วมในการให้ ข้อเสนอแนะแก่ผู้นำชุมชน	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	7	4.2	6	5.2	13	4.6
มากที่สุด	9	5.4	1	.9	10	3.5
มาก	39	23.2	23	19.8	62	21.8
ปานกลาง	77	45.8	50	43.1	127	44.7
น้อย	34	20.2	31	26.7	65	22.9
น้อยที่สุด	2	1.2	5	4.3	7	2.5
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เข้าร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของโครงการระหว่างดำเนินการในระดับปานกลางจำนวน 108 คน ร้อยละ 38.0 รองลงมาคือระดับมากที่สุดจำนวน 92 คน ร้อยละ 32.4 (รายละเอียดตาราง 137) จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วจำนวนคนที่เข้าไปมีส่วนร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของโครงการมีจำนวนมากพอควรซึ่งเป็นผลดีต่อการดำเนินงานโครงการให้มีความต่อเนื่อง

ตาราง 137 การเข้าร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการโครงการของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการเข้าร่วมปรึกษาหารือ เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการ ดำเนินการโครงการ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	9	5.4	9	7.8	18	6.3
มากที่สุด	6	3.6	3	2.6	9	3.2
มาก	51	30.4	32	27.6	83	29.2
ปานกลาง	63	37.5	45	38.8	108	38.0
น้อย	37	22.0	24	20.7	61	21.5
น้อยที่สุด	2	1.2	3	2.6	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการกิจกรรมทางกายในระดับมากถึงมากที่สุดรวมกันจำนวน 118 คน ร้อยละ 41.6 รองลงมาในระดับปานกลางจำนวน 94 คน ร้อยละ 33.1 (รายละเอียดตาราง 138) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านนี้สูง ทำให้เห็นภาพของความร่วมมือกันเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการลงพื้นที่เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ที่พบว่าผู้ที่เกี่ยวข้อง ลงติดตามประเมินผลร่วมกัน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล ผู้แทนภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งในการติดตามประเมินผลจะเป็นไปในลักษณะของการเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน

ตาราง 138 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมในการ ติดตามประเมินผลการ ดำเนินงานโครงการกิจกรรม ทางกาย	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	11	6.5	10	8.6	21	7.4
มากที่สุด	9	5.4	8	6.9	17	6.0
มาก	62	36.9	39	33.6	101	35.6
ปานกลาง	59	35.1	35	30.2	94	33.1
น้อย	25	14.9	22	19.0	47	16.5
น้อยที่สุด	2	1.2	2	1.7	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมติดตามการทำงานของโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 120 คน ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลางจำนวน 101 คน ร้อยละ 35.6 (รายละเอียดตาราง 139) จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด สอดคล้องกับผลของการลงเฝ้าติดตามในพื้นที่พบว่าในแต่ละชุมชน 27 ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมทางกายตามแผนของโครงการอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และประชาชนสามารถปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 139 การมีส่วนร่วมติดตามการทำงานของโครงการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมติดตาม การทำงานของโครงการตั้งแต่ เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	9	5.4	10	8.6	19	6.7
มากที่สุด	10	6.0	10	8.6	20	7.0
มาก	59	35.1	41	35.3	100	35.2
ปานกลาง	63	37.5	38	32.8	101	35.6
น้อย	24	14.3	16	13.8	40	14.1
น้อยที่สุด	3	1.8	1	.9	4	1.4
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคหากพบหลังจากดำเนินโครงการในระดับปานกลางจำนวน 103 คน ร้อยละ 36.3 รองลงมาในระดับมากถึงมากที่สุดจำนวน 95 คน ร้อยละ 33.5 (รายละเอียดตาราง 140) จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการขั้นสุดท้ายของการดำเนินงานโครงการคือร่วมเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรค สอดคล้องกับผลการลงเฝ้าติดตามในพื้นที่ ที่พบว่าประชาชนมีการรวมตัวกันดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีปัญหาอุปสรรคจะมีการประชุมหารือกันอย่างไม่เป็นทางการและชุมชนมีการวางแผนที่จะมีกิจกรรมทางกายเช่นนี้ตลอดไปเพื่อให้สมาชิกในชุมชนมีสุขภาพดี

ตาราง 140 การมีส่วนร่วมเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหาลุทธิที่พบหลังจากดำเนินโครงการ
ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมีส่วนร่วมเสนอแนะ วิธีการแก้ไขปัญหาลุทธิหลังการ ดำเนินโครงการ	วัยทำงาน		วัยสูงอายุ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	12	7.1	11	9.5	23	8.1
มากที่สุด	9	5.4	4	3.4	13	4.6
มาก	50	29.8	32	27.6	82	28.9
ปานกลาง	60	35.7	43	37.1	103	36.3
น้อย	34	20.2	24	20.7	58	20.4
น้อยที่สุด	3	1.8	2	1.7	5	1.8
รวม	168	100.0	116	100.0	284	100.0

**ผลของการทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในช่วงการติดตามและประเมินผลมีข้อ
ค้นพบดังนี้**

ในช่วงของการติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มควบคู่กับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหา
รวบรวม และอธิบายปรากฏการณ์ของชุมชนในรายละเอียดในประเด็นของนโยบายสาธารณะด้าน
กิจกรรมทางกายของเทศบาลเมืองเมืองแกน กลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในตำบลอินทิล และ
ตำบลช่อแล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) และคอยยกประเด็นใน
การสนทนา เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดการคิดวิเคราะห์แนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือ
แนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางและละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น กลุ่มที่ทำการสนทนามีจำนวน 10 คน
โดยคัดเลือกมาจากประชาชนที่เข้าร่วมโครงการกิจกรรมทางกาย สถานที่จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม
คือ 1) ลานหน้าบ้านประธานอาสาสมัครสาธารณสุข บ้านปง ตำบลอินทิล และ 2) ศาลา
อเนกประสงค์วัดช่อแล ต.ช่อแล ผลการสนทนาสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. โครงการและกิจกรรม

1.1 เหตุผลที่ประชาชนในชุมชนมีการดำเนินงานโครงการด้านกิจกรรมทางกายเนื่องจาก ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมีเพิ่มขึ้น บางคนป่วยหลายโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งแต่เดิมมีการออกกำลังกายอยู่บ้าง แต่ยังขาดความต่อเนื่องอย่างไรก็ตามปี 2555 ถือเป็นโอกาสดีที่เทศบาลได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ตามความเห็นของประชาชนมากขึ้นและอนุมัติเงินงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับการจัดทำโครงการสุขภาพ

1.2 ผู้ที่ริเริ่มโครงการและกิจกรรมได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น โดยเริ่มดำเนินการจากการชักชวนกลุ่มที่สนใจเข้ามาจัดทำโครงการร่วมกัน ระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อวางแผนกิจกรรมทางกายให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพดี

1.3 สภาพและวัฒนธรรมของชุมชนช่วยให้โครงการมีการดำเนินงานได้เป็นอย่างดีโดย ลักษณะชุมชนในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาเป็นชุมชนเกษตรกรรม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการรวมกลุ่มในชุมชน ได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

1.4 กิจกรรมของโครงการช่วยยกระดับความเป็นอยู่ด้านสุขภาพคือ หลังจากที่ได้ลงมือทำกิจกรรมตามโครงการทำให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้น เช่น จากที่เคยปวดเมื่อยต้องไปหาหมอบ่อยๆ ก็ลดลง บางรายต้องไปพบแพทย์ทุกเดือนเนื่องจากไม่สบาย ปวดหัว เพลีย ก็พบว่ามีอาการดีขึ้นมาก ไม่ต้องไปพบแพทย์ด้วยอาการเหล่านี้อีกเลยในช่วงเวลาที่ผ่านมาหลังทำกิจกรรม ยกเว้นการไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากโรคประจำตัว (ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

2. เป้าหมายของโครงการ

จากผลการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกันในประเด็นของเป้าหมายโครงการคือ แต่ละโครงการมีเป้าหมายมุ่งให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี แข็งแรง และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

ในส่วนของการกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า ทางเทศบาลได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและแสดงความต้องการอย่างเสรี มีการเปิดเวทีท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการระดมสมองร่วมกันระหว่าง ฝ่ายบุคลากรจากเทศบาล ภาคประชาชน กลุ่มหรือชมรมต่างๆ ในการเสนอเป็นวาระนโยบายด้านสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

ประเด็นสำคัญที่ประชาชนอยากจะเห็นและอยากให้เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการคือการที่คนในชุมชนมีสุขภาพดี โดยผ่านการดำเนินงานด้านกิจกรรมทางกายโดยชุมชนมีส่วนร่วมและดำเนินการโดยชุมชนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3. กระบวนการทำงานของโครงการและกิจกรรม

กระบวนการทำงานมีดังต่อไปนี้ 1) หัวหน้าโครงการประสานนัดหมายสมาชิกให้เข้าร่วมพูดคุยกันถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่จะดำเนินการ 2) จัดทำโครงการฯ 3) เสนอโครงการต่อเทศบาล 4) รับงบประมาณและจัดสรรซื้อวัสดุตามแผนงาน 5) นัดหมายวันเวลาที่จะเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน โดยโครงการส่วนใหญ่นัดหมายทำกิจกรรมในช่วงเย็นระหว่างเวลา 17.00-19.00 น. 6) ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนของโครงการ โดยมีการลงชื่อในสมุดทะเบียนทุกครั้ง 7) ประชุม/พบปะหรือความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ 8) ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นโครงการ

ผู้ที่เข้าร่วมโครงการได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ชุมรมผู้สูงอายุ ชุมรมแม่บ้าน เป็นต้น

สิ่งเป็นไปตามแผน ได้แก่ ในขั้นตอนการประสานงาน การจัดทำโครงการ การเสนอโครงการต่อเทศบาล การได้รับการจัดสรรงบประมาณ การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น

สิ่งที่ไม่เป็นไปตามแผน ได้แก่ การนัดหมายประชุมหรือความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการ ยังติดขัดในเรื่องความพร้อมด้านเวลาบางชุมชนไม่สามารถจัดประชุมอย่างเป็นทางการได้แต่ได้ปรับเป็นการพูดคุยหรือกันอย่างไม่เป็นทางการแทน ซึ่งก็ได้ผลและข้อสรุปของกลุ่มเป็นที่น่าพอใจ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชน

4. ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของโครงการและกิจกรรม

สิ่งที่ได้จากการลงมือปฏิบัติตามแผนโครงการ/กิจกรรมคือ “ได้ความสามัคคี” “ได้ส่วนร่วมของคนในชุมชน” “มีความสุข” “สุขภาพดี” “สุขภาพแข็งแรง” “ได้คลายเครียด” “ได้หัวเราะ” “คลายเหงา” “ได้ออกกำลังกาย” “ได้มาเจอกัน” “ม่วนแต่ๆ” “ได้กำลังใจ”

ผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่อสุขภาพของคนในชุมชนคือ คนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับความเห็นของคนในชุมชนคือ “เดี๋ยวนี้ไม่ป่วยบ่อยเหมือนแต่ก่อน” “ช่วงนี้ไม่ไปหาหมอบ่อยแล้ว” “ตั้งแต่เข้าโครงการสุขภาพดีขึ้นไม่ไปหาหมอแล้ว” “แข็งแรงขึ้น” “รู้สึกทำอะไรคล่องขึ้น” “ไม่เหนื่อยง่าย” “คล่องตัว” “รับจ้างทำงานได้นานขึ้น” “ไปทำสวนแล้วก็นำเอาโรบิกให้เพื่อนๆ ได้อยู่ ไม่เหนื่อย” (ครูแอโรบิก) “มีความสุข ได้เหงื่อ” “สนุกและสุขภาพ

แข็งแรง” “คลายเครียด” “นอนหลับสนิท” (ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ต.ช่อแล ต.อินทนิล:ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม)

ผลที่ได้รับถือว่ามีความสำเร็จตามแผนงานและเป้าหมายของโครงการ คือ มีการทำงานตามขั้นตอนที่วางไว้ร่วมกันในแต่ละชุมชน (ดังข้อสรุป 3.1) สอดคล้องกับผลการประเมินอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน ที่ลงไปสังเกตการณ์ในสถานการณ์จริงและพบว่า มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ และประชาชนในชุมชนได้สะท้อนภาพของประโยชน์ที่ได้จากโครงการทั้งในแง่ที่มีผลดีต่อสุขภาพและในด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งนำสู่ความสำเร็จตามแผนงาน/เป้าหมายของโครงการ

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ ชุมชนจะสามารถทำอะไรให้ดีกว่าผลที่ได้จากโครงการ/กิจกรรม ประชาชนในชุมชนให้ความเห็นป้องกันว่า “ชุมชนจะมีกิจกรรมทางกายร่วมกันต่อไป” “จะทำกิจกรรมเช่นนี้ในชุมชนต่อไปแม้จะไม่มีโครงการวิจัยเข้ามาแล้ว” “จะทำต่อไปเพราะว่าดีต่อสุขภาพ” “จะทำต่อไปเพราะเทศบาลมีโครงการต่อเนื่อง” “เราทำอยู่เป็นประจำอยู่แล้วและจะทำต่อไป” “จะขยายกลุ่มโดยชักชวนคนอื่นๆต่อไป” “ขอให้เทศบาลทำต่อ” “เมื่อเราได้สุขภาพดี ก็ต้องบอกต่อ” (ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ต.ช่อแล ต.อินทนิล:ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม)

5. อุปสรรค ข้อขัดข้อง ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานโครงการและกิจกรรม

สิ่งที่เป็นอุปสรรคในด้านงบประมาณนั้น งบประมาณที่ได้มีน้อย ทางออกของชุมชนคือ การบริหารจัดการให้เกิดโครงการขึ้นจริงให้ได้ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคม เช่น สถานที่ขอใช้จากวัด โรงเรียน ลานอเนกประสงค์ ศาลาชุมชน เป็นต้น สำหรับในส่วนของการขยายจำนวนครูเอบีบีสู่ชุมชนอื่นๆที่ยังไม่มีครู ได้อาศัยการขอความอนุเคราะห์ครูพี่เลี้ยงมาสอนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่เป็นการช่วยในลักษณะของการสร้างครูใหม่ด้วยจิตอาสา ซึ่งสอดคล้องกับผลของการลงไปติดตามเยี่ยม พบว่าการขยายผลในลักษณะนี้ชุมชนสามารถสร้างครูพี่เลี้ยงเพิ่มขึ้นได้จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งจากผลของการแก้ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานโครงการเกิดความสำเร็จและมีการร่วมทำกิจกรรมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ส่วนสรุป ประเด็นด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา พบว่าโดยภาพรวมแล้วประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการนับตั้งแต่กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยในขั้นนี้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับการคิด/วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ จนสามารถระบุประเด็นปัญหาสุขภาพได้โดยชุมชนเอง จนพัฒนาเข้าสู่การ

พัฒนาทางเลือกนโยบายโดยการผลักดันปัญหาด้านสุขภาพให้เทศบาลรับทราบเพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาด้วยการประกาศเป็นนโยบาย นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตาม นโยบายคือ การจัดทำแผนงานชุมชน/โครงการด้านกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่าในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายดังกล่าว มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินนโยบาย ซึ่งทำให้เห็นภาพวงจรนโยบายในระดับท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. เพื่อวิเคราะห์และพัฒนากลไกกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็น

2.1 กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

2.3 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ในส่วนของการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการส่งแบบสอบถามให้ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 211 แห่ง และศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เป็นการศึกษาผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยภาคสนาม (fieldwork research) ในส่วนของวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.1 2.2 และ 2.3 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในเวทีท้องถิ่น การประชุมผู้บริหารและการประชุมสภาเทศบาล ร่วมกับการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชน และใช้แบบสอบถามประเมินผลหลังการดำเนินโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน ในพื้นที่ 27 ชุมชน ของเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และนำเสนอในเชิงพรรณนาเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละวัตถุประสงค์ โดยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบัน

การศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษากลุ่มประชากรคือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 211 แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีจำนวน 113 แห่ง (ร้อยละ 72.9) สำหรับในส่วนของหน่วยงานที่มีการกำหนดนโยบายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรมีจำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 27.1) โดยในหน่วยงานที่มีนโยบายสาธารณะจำนวน 42 แห่งดังกล่าว พบว่า เป็นนโยบายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและเป็นความต้องการของประชาชนถึง 41 แห่ง (ร้อยละ 97.6) แต่อย่างไรก็ตามนโยบายที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพไม่ครบทุกขั้นตอน จำนวน 27 แห่ง (ร้อยละ 64.3) ในขณะที่มีหน่วยงานมีกระบวนการครบทุกขั้นตอน 15 แห่ง (ร้อยละ 35.7)

ข้อมูลด้านกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลนโยบาย ผลการศึกษาพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ มีการนำนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดขึ้นไปจัดทำแผนครบทุกนโยบายเพียง 6 แห่ง (ร้อยละ 14) ในส่วนที่จัดทำไม่ครบทุกนโยบายมีจำนวนถึง 36 แห่ง (ร้อยละ 85.7) นอกจากนี้พบว่า ในปีงบประมาณที่ผ่านมาหน่วยงานมีแผน/โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 27 แห่ง (ร้อยละ 64.3) และในส่วนที่ไม่มีแผน/โครงการจำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 35.7) นอกจากนี้พบว่า มีการติดตามประเมินผลนโยบายเพียง 5 แห่ง (ร้อยละ 11.9) และส่วนใหญ่ไม่มีการกำหนดแผนการติดตามประเมินผลร่วมกับประชาชน

ส่วนที่ 2 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่: กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับในส่วนของผลการศึกษาจากพื้นที่กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา พบว่ากระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุมี 6 ขั้นตอน ทั้งนี้เป็นกระบวนการที่ได้มาจากความต้องการของประชาชน ดังมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 : สำรวจข้อมูล/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 : จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น เพื่อค้นข้อมูลแก่ประชาชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 : ภาคประชาชนนำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบาย

ขั้นตอนที่ 5 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติกำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ”

ขั้นตอนที่ 6 : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบายโดยระบุไว้ในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปีของเทศบาล

สำหรับกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ผู้วิจัยได้เริ่มต้นกระบวนการตามหลักแนวคิดทฤษฎี ขั้นตอน การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน โดยการเข้าพบผู้นำองค์กรท้องถิ่นคือ นายกเทศมนตรีและทีมบริหารเทศบาล โดยมีประเด็นการหารือและให้ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพของชุมชนแก่ทีมผู้บริหาร นายกเทศบาลเมืองเมืองแกนและรองนายกฯ ๖ (2553: การสัมภาษณ์) ได้มีข้อคิดเห็นต่อประเด็นสุขภาพดังกล่าวว่า “ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข” ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่ทางผู้บริหารไม่ทราบมาก่อนว่ามีปัญหาการป่วยเป็นจำนวนมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิต เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือด เป็นต้น ในส่วนของเทศบาลเมืองเมืองแกน (2553: การสัมภาษณ์) เห็นว่าประเด็นการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและถือเป็นภารกิจของเทศบาลโดยตรง และยินดีรับโครงการวิจัย กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำมาซึ่งประโยชน์ของพี่น้องประชาชนชาวเมืองแกน”

อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ที่มีส่วนสำคัญในขั้นตอนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาเทศบาล และประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า หลังจากที่มีการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนและมีการคืนผลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลสุขภาพของชุมชน มีความเข้าใจและเกิดความตระหนักต่อสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนเกิดความเห็นร่วมกัน ว่าเทศบาลควรจะมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อโดยอาศัยกิจกรรมทางกายเข้ามาช่วย ซึ่งได้ข้อสรุปจากที่ประชุมว่ามีความต้องการจัดทำโครงการในสองประเด็นตามความต้องการของแต่ละชุมชนคือ การออกกำลังกาย และการปลูกผักปลอดสารพิษ ซึ่งจะกระจายกันจัดทำครบทุกชุมชนรวมทั้งสิ้น 27 ชุมชน สอดคล้องกับข้อสรุปจากการประชุมเวทีท้องถิ่นได้ข้อสรุปร่วมกันว่า “ประชาชนมีความต้องการให้เทศบาลสนับสนุนการจัดกิจกรรมทางกายในชุมชน ตลอดจนร้องขอให้มียุทธศาสตร์ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุและประชาชน”(ข้อสรุปจากเวทีท้องถิ่น, 18 มีนาคม 2554) เพื่อเกิดการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ สถานที่การดำเนินการ ทรัพยากรบุคคล และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าขั้นตอนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจในปัญหาสาธารณะของประชาชนในชุมชน ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในระดับความคิดเห็นร่วมกันหาทางออกของปัญหาร่วมกัน ตลอดจนนำไปสู่ข้อเสนอต่อเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับภาระกิจหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการตอบสนองความต้องการของประชาชนในด้านสุขภาพ

หลังจากที่ทางเทศบาลรับในประเด็นของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่นเพื่อคืนข้อมูลแก่ประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในประเด็นการร่วมรับรู้ ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจเพื่อหาแนวทางของการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ตลอดจนการแสดงออกถึงความต้องการด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายภายใต้การดำเนินงานโดยชุมชนและการสนับสนุนจากเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

ในส่วนของการขับเคลื่อนด้านภาคประชาชน ได้มีการนำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบาย ซึ่งหลังจากที่ประชาชนได้รับทราบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และได้ทำการวิเคราะห์ความต้องการ แนวทางการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดเตรียมข้อมูลในการวางแผนเพื่อสร้างทางเลือกเป็นวาระนโยบาย และแสดงเจตจำนงโดยการนำเสนอต่อคณะผู้บริหารเทศบาลที่เข้าร่วมประชุม ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติกำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ” ในขั้นตอนนี้คณะผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้นำข้อเสนอวาระนโยบายท้องถิ่นเข้าเสนอต่อสภาท้องถิ่นในการประชุมสภาท้องถิ่นสมัยสามัญ ครั้งที่ 1 วันที่ 13 มิถุนายน 2554 ซึ่งเป็นการนำเสนอวาระนโยบายที่ได้จากประชาชนต่อที่ประชุมเพื่อรับมติเห็นชอบในการกำหนดเป็นนโยบายจากสมาชิกสภาเทศบาล ทั้งนี้นายกเทศมนตรีได้ให้ข้อมูลสรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่า มีปัญหาด้านโรคไม่ติดต่อซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ซึ่งสมาชิกสภาเทศบาลมีมติรับข้อเสนอวาระนโยบายเข้าสู่นโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกาย และเห็นชอบด้วยคะแนนเสียงทั้งหมด 17 เสียง (ในจำนวนสมาชิกเทศบาลจำนวน 17 คน) จะเห็นได้ว่ากระบวนการนโยบายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550) ที่กล่าวว่า ระเบียบวาระนโยบายหมายถึง ประเด็นปัญหาสังคมที่ได้รับความสนใจหรือรับรู้มากพอและผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าสำคัญควรค่าแก่การสนใจและสามารถแก้ปัญหาได้ โดยกระบวนการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนากลไกเพื่อแก้ปัญหาสาธารณะของชุมชน

จากผลการลงมติรับข้อเสนอวาระนโยบายส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดนโยบายท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ และมีการประกาศนโยบายโดยระบุไว้ในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปี จากผลการดำเนินการในขั้นตอนที่ 5 เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้บันทึกนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายเป็นลายลักษณ์อักษรในเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปี พ.ศ.2555 และบรรจุงบประมาณไว้ในเอกสาร แผนพัฒนาสามปี พ.ศ.2555-2557 ในส่วนภารกิจของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ได้ระบุวัตถุประสงค์คือ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงแก่ร่างกายจิตใจลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่างๆ ทั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุและวัยทำงานที่เข้าร่วมกิจกรรมทางกายจาก 27 ชุมชน โดยคาดหวังผลลัพธ์คือ ประชาชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีสุขภาพจิตดี ทั้งนี้เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาได้จัดสรรงบประมาณในการจัดกิจกรรมดังกล่าวปีละ 50,000 บาท

ตั้งแต่ปี 2555-2557 ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา: ม.ป.ป.: 160)

ส่วนที่ 3 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่: กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

จากการดำเนินงานด้านการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสู่การปฏิบัติพบว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา มีกระบวนการดังต่อไปนี้ 1) หลังจากมีการประกาศนโยบายต่อสาธารณะแล้ว ทางผู้บริหารได้มอบหมายให้กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้จัดทำแผนสามปีของเทศบาลเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการแปลงนโยบายสู่แนวทางการปฏิบัติในระดับชุมชน 2) ชุมชนแต่ละแห่งจัดทำโครงการในหัวข้อที่ได้จากมติของเวทีท้องถิ่นและเป็นความต้องการของชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้คือโครงการกิจกรรมทางกายจำนวน 30 โครงการจาก 27 ชุมชน ในขั้นตอนนี้ถูกนำไปปฏิบัติในชุมชน โดยมีการประชุมแต่งตั้งหัวหน้าโครงการ กรรมการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม(หัวหน้าโครงการได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในชุมชน โดยการออกเสียงเลือกในที่ประชุม ซึ่งบางโครงการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข บางโครงการเป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ บางโครงการเป็นผู้นำชุมชน) ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน เยาวชน และผู้นำชุมชน สำหรับปัญหาอุปสรรคระหว่างดำเนินกิจกรรม คือ ในช่วงแรกของโครงการมีสมาชิกเข้าร่วมไม่มาก แต่ในระยะต่อมาหลังจากเริ่มโครงการ หัวหน้าโครงการและกรรมการได้ประกาศ/ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ทำให้มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และถือปฏิบัติเป็นวิถีชุมชน โดยสมาชิกแต่ละชุมชนมีการชักชวนญาติ พี่ น้อง เพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมทางกายมากขึ้น 3) ดำเนินการตามแผนงานโครงการโดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง 4) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับทีมงานของเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน และผู้แทนภาคประชาชน

ส่วนที่ 4 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่: การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรม ทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

หลังจากที่โครงการวิจัยได้ดำเนินงานในพื้นที่เป็นเวลารวม 18 เดือน (1 ตุลาคม 2553- 31 มีนาคม 2555) นับตั้งแต่ระยะที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกาย ต่อด้วย ระยะที่ 2 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 3 การประเมินผลนโยบาย ผู้วิจัยจึงวางแผนการลงประเมินติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน ช่วงเดือนธันวาคม 2554 - 31 มกราคม 2555 เพื่อประเมินกิจกรรมทางกายที่ประชาชนดำเนินการด้วยตนเองร่วมกับทีมสมาชิกสภาเทศบาล ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน สำหรับเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 284 คน ใน 27 ชุมชน โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้

จากผลการประเมินมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 284 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.3 สถานภาพสมรสร้อยละ 71.1 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 64.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ร้อยละ 98.2 อาชีพรับจ้างร้อยละ 52.5 เป็นสมาชิกกลุ่มสังคมร้อยละ 89.8 มีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายुर้อยละ 67.2 และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 48.2

ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 86.3 มีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของนโยบายได้อย่างถูกต้องว่า นโยบายสาธารณะดังกล่าวมีขึ้นเพื่อ พัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น นอกจากนี้ร้อยละ 79.9 เห็นว่านโยบายสาธารณะมีความสำคัญคือ ช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามความต้องการของเครือข่ายชุมชน และมีความเห็นว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหา/ความต้องการ ร้อยละ 58.1 รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกนโยบาย ร้อยละ 21.5 ในส่วนของการบรรลุเป้าหมายของนโยบายที่สำคัญที่สุดร้อยละ 73.6 เห็นว่าเป็น การทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์โดยตรงจากนโยบายซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่ประชาชนรับทราบว่านโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายถึงร้อยละ 81 และสามารถตอบได้ว่านโยบายสาธารณะดังกล่าวมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนร้อยละ 84.5 ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 94 รับทราบว่าโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองแกนในปัจจุบัน คือ โรคไม่ติดต่อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

โดยสรุปภาพรวมส่วนใหญ่ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายเป็นอย่างดี ทั้งในด้านของวัตถุประสงค์นโยบาย ความสำคัญของนโยบาย ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย การบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของนโยบาย เป้าหมายสูงสุดของนโยบาย ทราบว่าเทศบาลมีการจัดเวทีประชาคม และมีความเข้าใจได้ถูกต้องเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 39.4 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 43.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 52.1 แสดงให้เห็นว่าประชาชนให้ความสำคัญในกระบวนการดังกล่าว สำหรับด้านการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่องสุขภาพและโรคไม่ติดต่อพบว่าประชาชนร้อยละ 66.2 มีส่วนร่วมในระดับมากถึงมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของชุมชน นอกจากนี้พบว่าประชาชนร้อยละ 44.7 มีส่วนร่วมเสนอปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพแก่เทศบาลในระดับมากและมากที่สุด ทั้งนี้สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็นด้านสุขภาพร่วมกับสมาชิกในชุมชน ที่มีถึงร้อยละ 46.1 ดังนั้นจึงส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 42.6 มีส่วนร่วมในการผลักดันปัญหาด้านสุขภาพเข้าสู่การพิจารณาของสภาเทศบาลในลำดับต่อมา จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นในทรรศนะของผู้วิจัยถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ของภาคประชาชนด้านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

สำหรับประเด็นของการมีส่วนร่วมในการกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบาย เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีส่วนร่วม ร้อยละ 35.2 นอกจากนี้พบว่าผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยผลักดันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 39.4 ด้านการมีส่วนร่วมในการประชุมออกแบบโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมร้อยละ 36.3 ซึ่งสอดคล้องกับการลงติดตามเยี่ยมประเมินในพื้นที่ที่พบว่าประชาชนใน 27 ชุมชนให้ความสำคัญและเข้าร่วมประชุมออกแบบโครงการในชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาด้านสุขภาพที่เสนอต่อเทศบาลถูกประกาศเป็นนโยบายร้อยละ 75 ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นความเห็นด้านการมีส่วนร่วมให้โครงการเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของชุมชนถูกเสนอเป็นนโยบายและประชาชนรับทราบว่าโครงการเหล่านั้นมีความสำคัญเพียงพอที่จะเสนอเป็นนโยบาย และมีผู้ที่มีส่วนร่วมรับฟังการประกาศนโยบายร้อยละ 78.8 โดยมีการประกาศนโยบายในการประชุมสภาเทศบาล การประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำเดือน การประชุม/อบรมเรื่อง

สุขภาพสำหรับประชาชน มีการจัดทำป้ายประกาศนโยบายและการประกาศโดยนายกเทศมนตรี
อย่างเป็นทางการ เป็นต้น

นอกจากนี้ประเด็นการมีส่วนร่วมดำเนินการตามนโยบาย แผนงาน โครงการ
กิจกรรมทางกายของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดร้อยละ 79.5 รวมถึงการเข้ามามี
ส่วนร่วมประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมโครงการ ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ
44.7 ด้านการมีส่วนร่วมเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่
ร้อยละ 58.8 ได้รับการอบรมในระดับมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้พบว่าหน่วยงานสาธารณสุขและ
อาสาสมัครสาธารณสุขให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการออกกำลังกายในระดับมากถึงมากที่สุด
ร้อยละ 79.2 ในส่วนของประชาชนเองก็มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ/กิจกรรมทางกาย
ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 42.9 สำหรับกรณีที่พบข้อบกพร่องของโครงการและให้ข้อเสนอแนะ
อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.7

ประเด็นการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคโครงการระหว่าง
ดำเนินการอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 32.4 ส่วนประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งคือการมี
ส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการกิจกรรมทางกาย พบว่าส่วนใหญ่มีส่วน
ร่วมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 41.6 สอดคล้องกับผลการลงเฝ้าติดตามในพื้นที่ซึ่งพบว่า มี
การแต่งตั้งทีมประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน สมาชิก
สภาเทศบาล ผู้แทนภาคประชาชน เป็นต้น นอกจากนี้ทีมประเมินใช้กลยุทธ์การเฝ้าติดตามแบบ
เสริมพลัง(empowerment)แก่ประชาชน และพบว่าประชาชนร้อยละ 33.5 มีส่วนร่วมในการ
เสนอแนะวิธีแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ใน
พื้นที่ที่ประชาชนมีการรวมตัวกันดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และประชาชนให้ข้อมูลว่า เมื่อมีปัญหา
อุปสรรคจะมีการประชุมหารือกันอย่างไม่เป็นทางการและวางแผนร่วมกันเพื่อจัดกิจกรรมทางกาย
ในชุมชนเช่นนี้ต่อไปเพื่อให้สมาชิกทุกคนมีสุขภาพดี ข้อค้นพบจากแบบสอบถามสอดคล้องกับผล
การสนทนากลุ่มที่พบว่า บริบทของโครงการและกิจกรรม เป็นเหตุผลสำคัญที่ประชาชนในชุมชน
มีส่วนร่วมในการทำโครงการด้านกิจกรรมทางกาย เนื่องจากปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมี
เพิ่มขึ้น บางคนป่วยหลายโรคได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งแต่
เดิมก็มีการออกกำลังกายกันบ้างแต่ยังขาดความต่อเนื่อง นอกจากนั้นความไม่ต่อเนื่องของ
งบประมาณจากเทศบาลก็เป็นเหตุผลของการไม่มีโครงการเกี่ยวกับสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายใน
ระยะเวลาที่ผ่านมา ปีพ.ศ. 2555 นี้จึงเป็นโอกาสดีที่เทศบาลได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และได้
อนุมัติเงินงบประมาณส่วนหนึ่งสำหรับการทำโครงการกิจกรรมทางกาย ซึ่งผู้ที่ริเริ่มโครงการและ
กิจกรรมได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น โดยเริ่ม

ดำเนินการจากการชักชวนกลุ่มที่สนใจเข้ามาจัดทำโครงการร่วมกัน ระดมความคิดเห็นร่วมกันเพื่อวางแผนกิจกรรมทางกายให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพดี ในประเด็นของสภาพนิเวศและวัฒนธรรมของชุมชนช่วยให้โครงการมีการดำเนินงานได้เป็นอย่างดีคือ ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาเป็นลักษณะชุมชนเกษตรกร มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีการรวมกลุ่มกันได้แก่ กลุ่มแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในส่วนของการเห็นของประชาชนด้านประโยชน์ของโครงการกิจกรรมทางกายพบว่า กิจกรรมของโครงการช่วยยกระดับความเป็นอยู่ด้านสุขภาพกล่าวคือ ประชาชนเห็นว่าหลังจากที่ได้ลงมือทำกิจกรรมทางกายในชุมชนทำให้รู้สึกดี สุขภาพดีขึ้น การเจ็บป่วยลดลง พบแพทย์น้อยลง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

จากผลการสนทนากลุ่มได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันในประเด็นของเป้าหมายโครงการคือ แต่ละโครงการมีเป้าหมายมุ่งให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี แข็งแรง และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ในส่วนของกระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า ทางเทศบาลได้เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและแสดงความต้องการอย่างเสรี มีการเปิดเวทีท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการระดมสมองร่วมกันระหว่าง ฝ่ายบุคลากรจากเทศบาล ภาคประชาชน กลุ่มหรือชมรมต่างๆ ในการเสนอเป็นวาระนโยบายด้านสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญที่ประชาชนอยากจะเห็นและอยากให้เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการคือ การที่คนในชุมชนมีสุขภาพดี โดยผ่านการดำเนินงานด้านกิจกรรมทางกายโดยชุมชนมีส่วนร่วมและดำเนินการโดยชุมชนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการทำงานมีตามขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) หัวหน้าโครงการประสานนัดหมายสมาชิกให้เข้าร่วมพูดคุยกันถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนที่จะดำเนินการ 2) จัดทำโครงการฯ 3) เสนอโครงการต่อเทศบาล 4) รับงบประมาณและจัดสรรซื้อวัสดุตามแผนงาน 5) นัดหมายวันเวลาที่จะเริ่มทำกิจกรรมร่วมกัน โดยโครงการส่วนใหญ่ นัดหมายทำกิจกรรมในช่วงเย็นระหว่างเวลา 17.00-19.00 น. 6) ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนของโครงการ โดยมีการลงชื่อในสมุดทะเบียนทุกครั้ง 7) ประชุม/พบปะหารือความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ 8) ดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องจนเสร็จสิ้นโครงการ โดยมีผู้ที่เข้าร่วมโครงการได้แก่ ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน เป็นต้น

ในประเด็นการดำเนินการโครงการพบว่า มีการปฏิบัติตามแผนของชุมชน ได้แก่ ในขั้นตอนการประสานงาน การจัดทำโครงการ การเสนอโครงการต่อเทศบาล การได้รับการจัดสรรงบประมาณ การลงมือปฏิบัติกิจกรรม เป็นต้น ส่วนสิ่งที่ไม่เป็นไปตามแผน ได้แก่ การนัดหมายประชุมหรือความก้าวหน้าการดำเนินการโครงการ ยังติดขัดในเรื่องความพร้อมด้านเวลาบางชุมชนไม่สามารถจัดประชุมอย่างเป็นทางการได้แต่ได้ปรับเป็นการพูดคุยหรือกันอย่างไม่เป็นทางการแทน ซึ่งทำให้ได้ข้อสรุปของกลุ่มเป็นที่น่าพอใจ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีความเข้มแข็ง

สำหรับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานโครงการและกิจกรรมคือ เกิดความสามัคคีและการมีส่วนร่วม ซึ่งส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในชุมชน ประชาชนมีสุขภาพกาย สุขภาพใจดีขึ้น สอดคล้องกับความเห็นของคนในชุมชนที่ระบุว่า การเข้าร่วมโครงการทำให้สุขภาพแข็งแรง มีความสุขและนอนหลับดีขึ้น

ในส่วนของผลที่ได้รับจากการดำเนินโครงการสามารถกล่าวได้ว่า มีความสำเร็จตามแผนงานและเป้าหมายของโครงการ คือ มีการทำงานตามขั้นตอนที่วางไว้ร่วมกันในแต่ละชุมชน สอดคล้องกับผลการประเมินอย่างมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชน ที่ลงไปสังเกตการณ์ในสถานการณ์จริงและพบว่า มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ และประชาชนในชุมชนได้สะท้อนภาพของประโยชน์ที่ได้จากโครงการทั้งในแง่ที่มีผลดีต่อสุขภาพและในด้านของการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งนำสู่ความสำเร็จตามแผนงาน/เป้าหมายของโครงการ

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ ชุมชนจะสามารถทำสิ่งใดให้ดีกว่าผลที่ได้จากโครงการ/กิจกรรม ประชาชนในชุมชนให้ความเห็นพ้องกันว่า “ชุมชนจะมีกิจกรรมทางกายร่วมกันต่อไป” “จะทำกิจกรรมเช่นนี้ในชุมชนต่อไปแม้จะไม่มีโครงการวิจัยเข้ามาแล้ว” “จะทำต่อไปเพราะว่าดีต่อสุขภาพ” “จะทำต่อไปเพราะเทศบาลมีโครงการต่อเนื่อง” “เราทำอยู่เป็นประจำอยู่แล้วและจะทำต่อไป” “จะขยายกลุ่มโดยชักชวนคนอื่นๆต่อไป” “ขอให้เทศบาลทำต่อ” “เมื่อเราได้สุขภาพดี ก็ต้องบอกต่อ” (ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ ต.ช่อแล ต.อินทนิล:ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม) สำหรับประเด็นอุปสรรค ข้อขัดข้อง ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานโครงการและกิจกรรมมีข้อสะท้อนจากประชาชนคือสิ่งที่เป็นอุปสรรคในด้านงบประมาณนั้น งบประมาณที่ได้มีน้อยทางออกของชุมชนคือ การบริหารจัดการให้เกิดโครงการขึ้นจริงให้ได้ โดยอาศัยต้นทุนทางสังคม เช่น สถานที่ขอใช้จากวัด โรงเรียน ลานอเนกประสงค์ ศาลาชุมชน เป็นต้น สำหรับในส่วนของการขยายจำนวนครูแอโรบิกสู่ชุมชนอื่นๆที่ยังไม่มีครู ได้อาศัยการขอความอนุเคราะห์ครูที่เลี้ยงมาสอนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่เป็นการช่วยในลักษณะของการสร้างครูใหม่ด้วยจิตอาสา ซึ่งสอดคล้องกับผลของการลงไปติดตามเยี่ยม พบว่าการขยายผลในลักษณะนี้ชุมชนสามารถสร้างครูที่เลี้ยง

เพิ่มขึ้นได้จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งจากผลของการแก้ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินงานโครงการเกิดความสำเร็จและมีการร่วมทำกิจกรรมได้อย่างยั่งยืนต่อไป

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งนี้ได้สรุปสาระสำคัญผลการศึกษาและนำเสนอแนวคิดทฤษฎีของนโยบายสาธารณะมาอธิบายเพื่อเสนอความเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในระดับท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปพิจารณาทบทวนและพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกาย

ประเด็นการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบัน ส่วนที่ 2 กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ. เชียงใหม่ ด้านกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ด้านกระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และด้านการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม และส่วนที่ 3 การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ โดยในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบัน

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ไม่ว่าจะเป็นทั้งในส่วนที่เป็นข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ ซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินนโยบายในระดับท้องถิ่นคือ ทำให้ไม่มีการกำหนดงบประมาณรายจ่ายไว้ และจะมีผลสืบเนื่องไปถึงยังแผนพัฒนาสามปีหรือแผนพัฒนาประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมขาดประเด็นด้านสุขภาพผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนวัยสูงอายุซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในชุมชน นอกจากนั้นแม้จะมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งระบุว่า หน่วยงานของตนมี

นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ยังพบว่า หน่วยงานเหล่านั้นมากกว่าร้อยละ 50 มีกระบวนการด้านนโยบายสาธารณะ (ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอน 1. กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม 2) กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ 3) กระบวนการประเมินผลนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม) ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้รวมถึงขั้นตอนย่อยในแต่ละขั้นตอนซึ่งพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีและกระทำไม่ครบตามขั้นตอน สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดการดำเนินนโยบายสู่การปฏิบัติที่ไม่เต็มศักยภาพ

ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ใน จังหวัดเชียงใหม่ยังขาดความเข้าใจและความตระหนักในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงการนำนโยบายสู่การปฏิบัติและการประเมินผลนโยบาย ทั้งๆที่ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการกระทำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถดำเนินการได้ตามบทบาทหน้าที่ภายใต้รัฐธรรมนูญ (รัฐธรรมนูญระบุไว้ว่า รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี) (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโกวิท พวงงาม(2550: 408) ที่ระบุว่า ประเทศไทยมีข้อด้อยในเรื่องของการมีส่วนร่วมและการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในท้องถิ่น ทำให้ประชาชนไม่มีโอกาสในการเสนอความต้องการ ความคิดเห็นและการบริหารงานในท้องถิ่นของตน ทั้งที่การมีส่วนร่วมของประชาชนถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา นอกจากนี้โกวิท พวงงาม ยังระบุว่า จากการศึกษาผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มี ความชัดเจนว่า ในการกระจายอำนาจการปกครองของประเทศไทย ประชาชนเข้ามามีบทบาทเรียกร้องมากขึ้นเพียงใด ซึ่งหากพิจารณาตามหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่งคือ ในด้านภารกิจสาธารณสุข ได้แก่ การจัดให้บริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในสภาพปัญหาปัจจุบันที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวและประกอบกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูงและโรคมะเร็ง เป็นต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุแยกเฉพาะออกมาอย่างชัดเจน และมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชน เพื่อรองรับและเตรียมการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตลอดถึงผู้ที่กำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น

กรณีศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ ด้าน 1) กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ 2) กระบวนการนํานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ และ 3) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2.1 ในการศึกษาวิจัยกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมในครั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่า ผลการศึกษาที่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของ Thomas R. Dry ทั้งในประเด็นของกระบวนการเกิดนโยบาย (Policy Formulation) การนํานโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) และ การติดตามประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 141 กระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ (Participatory Local Public Policy Process on Aging's Physical Activities)

กระบวนการ(Process)	กิจกรรม (Activity)	ผู้เกี่ยวข้อง (Participants)
1. กระบวนการเกิดนโยบาย (Policy Formulation)	-การระบุถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน	-ผู้บริหารอปท. -นักวิชาการ
1.1 การระบุปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน (Health Problem Identification)	-นักวิชาการสื่อสารให้ผู้บริหารอปท. รับทราบสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง -สื่อสารให้อสม./ประชาชนรับทราบ ในเวทีท้องถิ่น -สำรวจภาวะสุขภาพประชาชน (ความร่วมมือระหว่างอปท. และแกนนำอสม.)	-กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม -สำนักปลัด -ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ความเห็นจากสาธารณะ -หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 141 (ต่อ)

กระบวนการ(Process)	กิจกรรม (Activity)	ผู้เกี่ยวข้อง (Participants)
	วิเคราะห์ข้อมูล -คืบข้อมูลในเวทีท้องถิ่น (มีภาค ประชาชน/ ผู้บริหารอปท./ นักวิชาการ/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง) -ระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา สุขภาพและแนวทางแก้ไข ร่วมกัน -เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน -การแสดงออกถึงความต้องการ ให้มีการกำหนดนโยบายจากรัฐ	
1.2 การกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting)	การตัดสินใจที่จะเลือกเอา ประเด็นสาธารณะมาเป็น ประเด็นทางนโยบาย โดยผ่าน การพิจารณาจากเวทีท้องถิ่นหรือ ประชาคมท้องถิ่น	-ฝ่ายบริหารของอปท. -สมาชิกสภาท้องถิ่น -ภาคประชาชน
1.3 การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)	การกำหนดนโยบาย โดยสร้าง ข้อเสนอทางนโยบาย/ร่าง นโยบาย เพื่อเสนอต่อสภา เทศบาล	-สำนักปลัด -สมาชิกสภาท้องถิ่น -กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
1.4 การนำนโยบายเข้าสู่เทศ บัญญัติ (Policy Legitimation)	การขออนุมัติเป็นนโยบาย สาธารณะท้องถิ่นตามกฎหมาย เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายที่เป็น ทางการ	-ประธานสภาท้องถิ่น -ฝ่ายบริหารของอปท. -สมาชิกสภาท้องถิ่น
2. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation)	แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้ เป็นแผนงาน โครงการ จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการมี ส่วนร่วมของประชาชนให้	-สำนักปลัด -กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม -ภาคประชาชน -สมาชิกสภาท้องถิ่น

ตาราง 141 (ต่อ)

กระบวนการ(Process)	กิจกรรม (Activity)	ผู้เกี่ยวข้อง (Participants)
3.การติดตามและประเมินผล (Policy Evaluation)	ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการ	
	ติดตาม/ประเมินผลการดำเนิน	-ผู้บริหารอปท.
	นโยบาย โดยความร่วมมือจาก	-สมาชิกสภาท้องถิ่น
	ทุกภาคส่วนในชุมชน/รายงาน	-คณะกรรมการติดตาม
	ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	ประเมินผล
	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง	-นักวิชาการ
	นโยบาย	-ภาคประชาชน

ที่มา : ประยุกต์จาก Dye (1992)

นอกจากนี้การศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น พบขั้นตอนรายละเอียดด้านกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะ 6 ขั้นตอนย่อยคือ 1) การระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม/ชุมชน 2) สืบหาข้อมูล/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เวทีท้องถิ่น เพื่อค้นหาข้อมูลแก่ประชาชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ภาคประชาชนนำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบาย 5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำข้อเสนอวาระนโยบายเสนอต่อสภาท้องถิ่นเพื่อขอมติกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ 6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศนโยบายโดยระบุไว้ในเทศบัญญัติและแผนพัฒนาสามปีของเทศบาล

จากผลของกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นข้างต้นจะเห็นได้ว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นช่วยให้เห็นภาพตั้งแต่ระดับของการขับเคลื่อนการก่อตัวนโยบายที่ริเริ่มมาจากประชาชน ไปจนถึงระดับของการเข้าสู่วาระนโยบาย จนถึงการบรรจุเป็นนโยบายท้องถิ่นภายใต้การสนับสนุนจากเครือข่ายต่างๆในชุมชน ก่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือด้านสุขภาพในระดับของเครือข่ายในท้องถิ่นทั้งภาคประชาชนและภาครัฐ (เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน วัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมจากประชาชนโดยแท้จริง ซึ่งจะส่งผล

ให้เกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน มีการสอดประสานกับเป้าหมายนโยบายด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

นอกจากนั้นกระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นข้างต้นยังสอดคล้องกับแนวคิดของ สินธุ์ สโรบล (2551:18) ที่กล่าวว่า กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Local Public Policy Formulation Process) มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการได้มาของนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น สอดคล้องกับแนวคิดด้านการวิเคราะห์นโยบายที่ต้องมุ่งเน้นการเป็นพันธมิตรร่วมกัน (partnership) ระหว่างภาคีภาครัฐกับสังคม ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว นโยบายหนึ่งๆมีความแตกต่างทั้งในด้านประเด็นและกลุ่มที่เข้ามาเกี่ยวข้องที่มีมากกว่าข้าราชการและนักการเมือง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกลุ่มทางสังคมอื่นๆ ทั้งภาคประชาสังคมและภาคประชาชนที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมีรูปแบบความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะเฉพาะตัว ในแบบของการพึ่งพาและมีความหมายร่วมกัน

นอกเหนือจากนี้ ผู้วิจัยสามารถกล่าวได้ว่า กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาที่ดำเนินการครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของดันน์ (Dunn, 1994) ที่กล่าวว่า ในกระบวนการนโยบายสาธารณะนั้น โดยแท้ที่จริงแล้วควรจะเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการระบุประเด็นหรือปัญหาสาธารณะร่วมกับ ภาครัฐโดยส่วนใหญ่จะมีความเข้าใจแบบผิดๆ ว่า การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย คือการนำนโยบายไปให้ภาคส่วนอื่นๆ รับรู้และให้ความเห็นเท่านั้น ซึ่งบางครั้งเป็นความเข้าใจที่ว่า การเล่าเรื่องหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลนั้นจะกระทำได้ต่อเมื่อมีนโยบายแล้วนำไปเล่าสู่กันฟัง นอกจากนี้ Dunn ยังให้ความเห็นว่า ในกระบวนการนโยบายนั้นขั้นตอนที่มีความยากที่สุดและควรระมัดระวังมากที่สุดคือ การระบุและทำความเข้าใจประเด็นหรือปัญหาสาธารณะนั้นๆ เพราะหากระบุปัญหาหรือการเข้าใจปัญหาผิดจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของสังคมได้ ดังนั้นดันน์จึงเสนอว่าการระบุประเภทปัญหา นโยบายให้ดูจากโครงสร้างของประเด็นปัญหา ซึ่งโครงสร้างของประเด็นปัญหา คือ ระดับของความซับซ้อนและระบบความเชื่อมโยงของปัญหาและการตัดสินใจร่วมกันของกลุ่มต่างๆ ที่มีบทบาทและส่วนเกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายนโยบาย และพลเมือง ในที่นี้อาจเป็นตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ของพลเมืองที่มีความสนใจและมีส่วนร่วมในนโยบายนั้นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย ตั้งแต่การระบุปัญหาร่วมกัน พัฒนาและเลือกทางเลือกของนโยบายร่วมกัน ทำให้เกิดการยอมรับและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย

ร่วมกัน ส่งผลให้ภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งพลเมืองให้ความสนใจติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตลอดจนมีการประเมินผลนโยบายอย่างใกล้ชิด เพราะชุมชนและพลเมืองเหล่านี้มีข้อมูลและความรู้ในรายละเอียดของพื้นที่ของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในฐานะข้อมูลนำเข้าต่อกระบวนการนโยบาย และความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ด้วยมุมมองของท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการวิเคราะห์ทางเลือกนโยบาย การเกิดนโยบายและนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ 2.2 มิติเชิงซ้อน 3 มิติที่ต้องคำนึงถึงในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่น

แม้ว่าผลการดำเนินงานวิจัยกรณีศึกษาในเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนามีข้อค้นพบด้านกระบวนการที่สอดคล้องตามหลักแนวคิดนโยบายสาธารณะของ Thomas R. Dry และ William N. Dunn อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่า นักนโยบายสาธารณะ นักวิจัยนโยบาย หรือผู้เกี่ยวข้องควรต้องคำนึงถึงมิติเชิงซ้อนที่สำคัญอีก 3 มิติ ที่สอดคล้องแทรกอยู่ในกระบวนการของการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอยู่เสมอ มิติเหล่านี้ได้แก่

มิติที่ 1 กระบวนการมีส่วนร่วม ในมิตินี้ นักนโยบายควรพึงให้ความสำคัญและตระหนักว่า การมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดนโยบายจะส่งผลทำให้ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจในเป้าหมายและวิธีการเป็นอย่างดี เมื่อหน่วยปฏิบัติ นำนโยบายไปดำเนินการในบริบทของท้องถิ่น ก็จะได้รับความร่วมมือและช่วยเหลือให้นโยบายเหล่านี้ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อสิ้นสุดนโยบาย ประชาชนเหล่านี้จะให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดีเยี่ยมและชัดเจนถึงมุมมองต่างๆ ต่อผลของนโยบาย ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำเข้าที่ดีในการแก้ไขหรือพัฒนาการกำหนดนโยบายในระยะต่อไป สอดคล้องกับการดำเนินงานของภาครัฐที่หันมาใช้การบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม ดังจะเห็นได้ว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในรูปแบบต่างๆ นั้น มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งสิ้น (สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาระบบราชการ, 2551) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการมอบอำนาจ(Empowerment)ให้กับพลเมืองอย่างแท้จริงดังเช่น ประเทศอังกฤษ และฝรั่งเศส ได้ออกกฎหมายบทบัญญัติของการมีส่วนร่วมของประชาชน(อัมพร ชำรงลักษณ์, 2553)

มิตีที่ 2 ปัจจัยด้านการเมือง ได้แก่ เจตนารมณ์ทางการเมืองของนักการเมืองท้องถิ่นที่ต้องมุ่งเน้นการให้อำนาจแก่ภาคประชาชนในการเข้ามามีส่วนบริหารจัดการท้องถิ่นตามหลักการกระจายอำนาจและแนวคิดประชาธิปไตย ตลอดจนความรู้ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะของผู้บริหารและนักการเมือง ความร่วมมือทางสังคมของภาคประชาชนเป็นมิติเชิงซ้อนที่จำเป็นยิ่งที่นักนโยบายต้องพิจารณา การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้บริหารเทศบาลเมืองเมืองแก่นมีมุมมองที่เข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ มีองค์ความรู้ด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ภายใตเจตนารมณ์ทางการเมืองที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนตามหลักธรรมาภิบาล และให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน โดยให้การสนับสนุนในการแก้ไขปัญาสุขภาพอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะและการจัดสรรงบประมาณเป็นลายลักษณ์อักษร ในเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายของเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนา สิ่งเหล่านี้ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่เทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนาเห็นผลสำเร็จดังที่ได้กล่าวมาโดยตลอด

มิตีที่ 3 ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ บริการสาธารณสุข วัฒนธรรมประเพณี สภาพแวดล้อม สภาพการทำงาน การศึกษา เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม รายได้ และสถานะทางสังคม เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ, 2552) สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นมิติเชิงซ้อนที่สำคัญยิ่ง ดังเห็นได้จากตัวอย่างของเทศบาลเมืองเมืองแก่นพัฒนาที่จัดสรรให้มีปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นสวนสาธารณะ สนามกีฬาากลาง สนามเปตอง ลานออกกำลังกาย รวมทั้งลานวัด สนามโรงเรียน และศาลาเอนกประสงค์ของหมู่บ้านต่างๆ โดยทุกพื้นที่มีการจัดกิจกรรมทางกายเป็นประจำ นอกจากนั้นมีการจัดตั้งชมรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสุขภาพ เช่น ชมรมปั่นจักรยาน ชมรมฮูลาฮoop ชมรมไม้พลอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ชุมชนให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่า หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดต้องการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องคำนึงถึงความครอบคลุมในมุมมองของมิติเชิงซ้อน 3 มิติ ที่กล่าวมาข้างต้นด้วย

ส่วนที่ 2.3 การประเมินวงจรนโยบายสาธารณะ

ในประเด็นการประเมินวงจรนโยบายสาธารณะมีสาระสำคัญที่นักนโยบายสาธารณะหรือผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นกระบวนการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถสะท้อนกลับให้เห็นถึงผลของกระบวนการในแต่ละขั้นตอน(เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550) ทั้งนี้สามารถอธิบายสาระสำคัญตามแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย ดังนี้

1) ขั้นตอนการกำหนดระเบียบวาระ (Agenda setting) ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ ปัญหาของชุมชนได้รับความสนใจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและถูกพิจารณากำหนดเป็นวาระ ทั้งนี้จะมีน้ำหนักต่อการพิจารณามากขึ้นหากมีข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมเข้ามาเพิ่มเติม เช่น ผลการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชน ผลการสำรวจความต้องการของประชาชน (needs assessment) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นของการศึกษาเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนาที่พบว่า ผู้บริหารทุกฝ่ายให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของประชาชน มีความตั้งใจที่จะสนับสนุนให้มีการแก้ปัญหอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายสาธารณะ

2) ขั้นตอนการนิยามปัญหา (problem definition) ขั้นตอนนี้แนวคิดด้านนโยบายสาธารณะให้ความสำคัญว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องอาศัยมุมมองของประชาชนซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับการคิดวิเคราะห์ การนิยามปัญหาสุขภาพ การสำรวจภาวะสุขภาพและสามารถระบุ/นิยามประเด็นปัญหาสุขภาพได้โดยชุมชนเอง แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีศักยภาพในด้านการวิเคราะห์/ตัดสินใจ (decision analysis) ในปัญหาสุขภาพของตนได้

3) ขั้นตอนการสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบาย(policy legitimization) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการสำรวจภาวะสุขภาพ/ความเห็นของประชาชน (surveys health status and opinion) และในขณะเดียวกันได้พัฒนาทางเลือกนโยบายโดยผลักดันปัญหาด้านสุขภาพให้ผู้บริหารเทศบาลรับทราบ เพื่อเกิดการแก้ไขปัญหาด้วยการพิจารณารับและประกาศเป็นนโยบาย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้บริหารมีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ทางการเมือง (political feasibility analysis) โดยใช้ผลการสำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการของประชาชนมาเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ เพื่อเสนอต่อสภาเทศบาลในการพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป

4) ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายและในระหว่างการดำเนินงานมีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าในชุมชนทุกชุมชน (formative evaluation) ซึ่งส่งผลให้เห็นภาพของการขับเคลื่อนโดยประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของโครงการ ส่งผลให้มีการทำกิจกรรมทางกายในชุมชนอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชุมชน

5) ขั้นตอนการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากเป็นกระบวนการประเมินผลสรุป (summative evaluation) การดำเนินงานทั้งหมดตามวงจรนโยบาย

จะเห็นได้ว่าในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายดังกล่าว มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินนโยบาย ซึ่งทำให้เห็นภาพวงจรนโยบายในระดับท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี โดยที่เทศบาลและประชาชนยังคงมีกิจกรรมเพื่อตอบสนองนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงการประเมินวงจรนโยบายสาธารณะเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2.4 การกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายเป็นนโยบาย

เฉพาะ

ข้อสะท้อนสำคัญจากผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่ ไม่มีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุออกมาเป็นนโยบายเฉพาะ มีแต่เพียงการกำหนดนโยบายด้านคุณภาพชีวิตในภาพรวมซึ่งแสดงว่าผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นยังไม่มีความเข้าใจและตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนของการกำหนดนโยบายสาธารณะสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทั้งที่ในปัจจุบันรัฐต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งในอนาคตหากท้องถิ่นไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ปัญหาอย่างจริงจังจะส่งผลให้ประชาชนต้องเผชิญปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ผลจากการศึกษากรณีศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย ของเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา สามารถยืนยันได้ว่าท้องถิ่นมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญและตระหนักต่อการดำเนินการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายอย่างจริงจัง เพื่อ

ประโยชน์สูงสุดของการพัฒนาสุขภาวะชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติและก่อให้เกิดคุณภาพการต่อวงการสาธารณสุขไทยในอนาคต

ส่วนที่ 3 การผสมผสานกระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติด้วยแนวคิด

Top-down และ Bottom-up

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่มีข้อค้นพบว่า กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการเชื่อมประสานการดำเนินนโยบายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน โดยประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอนอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานในระดับบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการกำหนดนโยบายและสั่งการมายังกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในการจัดทำแผนงานโครงการ โดยทางภาคประชาชนเองก็ได้มีส่วนร่วมเข้าไปร่วมดำเนินการเสนอความคิดเห็น และจัดทำแผนงานโครงการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการดังกล่าวมีการผสมผสานในระดับแนวคิดแบบ Top-down และ Bottom-up ในระดับท้องถิ่น ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานของเอลมอร์ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับผลงานของกอกจิน ,บาวแมน, เลสเตอร์, และโอ ทูล (Matland, 1995) ที่เสนอตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเป็นความพยายามในการสังเคราะห์ (synthesize) วิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบ Top-down และ Bottom-up เข้าด้วยกันหรือที่เรียกว่า การศึกษาการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในยุคที่สาม (Third-generation) โดยกอกจินและคณะมองว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติ (State implementation) เป็นภาระหน้าที่และเงื่อนไขที่กำหนดให้แก่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (ที่มาจากรัฐบาลหรือรัฐบาลท้องถิ่น) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับแนวโน้มที่จะดำเนินการและความสามารถของรัฐ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจของรัฐอาจไม่เป็นตามหลักที่ได้จากเหตุผลเสมอไป แต่ขึ้นอยู่กับภาระต่อรองทางการเมืองระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆทั้งภายในและภายนอกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคประชาชน

ดังนั้นในทฤษฎีของผู้วิจัยเห็นว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จจำเป็นต้องประกอบด้วย (1) ทีมผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องที่ต้องเห็นถึงความจำเป็นในการออกนโยบายใหม่ โดยการรับฟังความเห็นจากประชาชน เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายและมีข้อมูลด้านสุขภาพเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพิจารณา ทั้งนี้ท้องถิ่นต้องสามารถชี้ให้เห็นได้ว่านโยบายจะส่งผลดีอย่างไรต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน (2) นโยบายมีเป้าหมายชัดเจนในการตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง (3) นโยบายที่แสดงถึงความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย (4) ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (5) นโยบายต้องแสดงถึงผลลัพธ์ที่ออกมาในภาพของการมีสุขภาพดี ไม่ใช่เพียงแค่การให้สวัสดิการเพียงอย่างเดียว (6) ท้องถิ่นต้องจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอภายใต้กรอบแผนพัฒนาของท้องถิ่น (7) นโยบายต้องมีแผนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (8) การดำเนินนโยบายสาธารณะต้องคำนึงถึงมิติเชิงซ้อน 3 มิติ ได้แก่ มิติกระบวนการมีส่วนร่วม มิติการเมือง และมิติสถานะแวดล้อม (9) กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติต้องเป็นไปในรูปแบบผสมผสานแนวคิด Top-down และ Bottom-up (10) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดทำนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายให้เป็นนโยบายเฉพาะและเร่งด่วน เพื่อเตรียมการรองรับและป้องกันปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในสังคมไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยมีข้อค้นพบเชิงนโยบาย คือ นโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายเป็นเครื่องมือที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ามาผสมผสานในทุกขั้นตอนของนโยบาย ตั้งแต่กระบวนการเกิดนโยบาย (Policy Formulation) กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) และการติดตามประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) ซึ่งการผสมผสานการมีส่วนร่วมของประชาชนกับกระบวนการนโยบายสาธารณะจะช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่ตรงตามสถานการณ์ และความต้องการของชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาครั้งนี้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการสร้างนโยบายที่มาจากรากฐานแนวคิดของประชาชน ถือเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดังนี้

1. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในฐานะที่มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวง ในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการให้บริการสาธารณะ ควรต้องให้ความสำคัญในเรื่อง การใช้กลไกของกระบวนการนโยบายสาธารณะผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นอย่างมากของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพประชาชนและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ

2. กระทรวงสาธารณสุข ควรต้องมีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและดำเนินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มข้น เชื่อมโยงกับ หน่วยงานสุขภาพระดับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นเรื่องการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยใช้กิจกรรมทางกายเข้ามาเป็นตัวขับเคลื่อน โดยคำนึงถึงปัจจัยเชิงซ้อน 3 มิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการเมือง และปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะท้องถิ่น

3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ควรต้องมีการกำหนดนโยบายด้านกิจกรรมทางกายภายใต้ความร่วมมือของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีแนวทางการดำเนินงาน การจัดสรรงบประมาณ การติดตามประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อช่วยเหลือประชาชนด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรต้องมีนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกายที่เป็นรูปธรรม สามารถนำมาใช้กับประชาชนในท้องถิ่นได้ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ห่างไกลจากโรคไม่ติดต่อ

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเน้นกระบวนการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องกิจกรรมทางกายที่เชื่อมประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการทำงานให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตลอดจนมีการติดตามผลการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา

ผลการศึกษาได้ข้อค้นพบชัดเจนในประเด็นเชิงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการจัดการตนเองด้านสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อประเด็นเชิงการพัฒนาดังนี้

1. การจัดกระบวนการด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายแก่ประชาชนเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในสถานะของสังคมปัจจุบัน ที่พบว่าพฤติกรรมของผู้คนห่างจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นหน่วยงานที่ต้องได้รับการขยายผลต่อคือในระดับกรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น และในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อก่อให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้สามารถกำหนดเป็นตัวชี้วัดการทำงานด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนในท้องถิ่น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพและกิจกรรมทางกายได้ทุกขั้นตอนของนโยบาย เนื่องจากเป็นบทบาทและอำนาจหน้าที่ของท้องถิ่นในการจัดกระบวนการนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพตามแผนงาน โครงการหรือนโยบายนั้นๆ

3. กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาของประเทศด้านโรคไม่ติดต่อ และองค์ความรู้เรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานระดับท้องถิ่นและก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณะต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

1. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษากรณีศึกษาเพียงแห่งเดียว ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ไม่ครอบคลุมในการอธิบายปรากฏการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ ควรมีการขยายการศึกษาไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งอื่นๆ เพื่อยืนยันแนวคิดทฤษฎีกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท เนื่องจากบริบทของความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท อาจส่งผลต่อรูปแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นและกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แตกต่างกัน
3. ควรทำการศึกษาปัจจัยเชิงซ้อน 3 มิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการเมือง และปัจจัยด้านสถานะแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายสาธารณะท้องถิ่น เพื่อเสนอและยืนยันความครบถ้วนของการศึกษาวิเคราะห์องค์ความรู้ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะสุขภาพ
4. ผลของการวิจัยในประเด็นของการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะของกรณีศึกษาในครั้งนี้ อาจนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลนโยบาย ในประเด็นปัญหาสาธารณะด้านสุขภาพอื่นๆ ได้
5. ควรทำการวิจัยด้านผลกระทบของนโยบายสาธารณะท้องถิ่นต่อสุขภาพ (health impact) เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของนโยบายสาธารณะท้องถิ่นที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์. 2550. สถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยปีพ.ศ.

2550 . กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

กรมการปกครอง. 2545. “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545”. [ระบบ

ออนไลน์]. แหล่งที่มา [http://203.113.86.149/cgi-](http://203.113.86.149/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=45&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=)

[bin/people2_stat.exe?YEAR=45&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=](http://203.113.86.149/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=45&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=) (6 ตุลาคม 2553).

_____. 2550. “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550”. [ระบบออนไลน์].

แหล่งที่มา [http://203.113.86.149/cgi-](http://203.113.86.149/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=50&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=)

[bin/people2_stat.exe?YEAR=50&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=](http://203.113.86.149/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=50&LEVEL=4&PROVINCE=00%23no&DISTRICT=&TAMBON=) (6 ตุลาคม 2553).

กรมการศึกษานอกโรงเรียน. 2541. การเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมการศึกษานอกโรงเรียน.

กรมสุขภาพจิต ศูนย์สารสนเทศ 2550. ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. 2551. ยุทธศาสตร์โลกด้านอาหารกิจกรรมทางกายและสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

กระทรวงสาธารณสุข. 2556. โครงการคนไทยไร้พุง; Fact sheet ของ Flag ship แผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

“การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาอำเภอทับแฉะ จังหวัดอุตรดิตถ์.” 2551. วารสารวิชาการสาธารณสุข.17, 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์).

เกื้อ วงศ์บุญสิน. 2550. โครงสร้างประชากรของไทยยุคโพสต์โมเดิร์น: การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วเกินกว่าจะถูมองข้าม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โกวิท พวงงาม. 2551. ท้องถิ่นอภีวัฒน์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจิตรศาสตร์มูลนิธิวิจิตรทัศน์.

_____. 2552. การปกครองท้องถิ่นไทย. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2544. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.

กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

- จารุวัฒน์ วิจิตรจันทร์. 2544. การศึกษากิจกรรมเชิงเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุในชนบท.
 เลข: ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏเลย.
- จิตติมา วุฒิอิน. 2548. การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุตำบลเวียง
 อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. เลข: ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏเลย.
- เจษฎา มิ่งฉาย. 2552. เกษตรอินทรีย์: การวิเคราะห์เชิงนโยบายในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย. เชียงใหม่: ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ชาย โพธิ์สิตา. 2550. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์
 พับลิชชิ่งจำกัด(มหาชน).
- ชินรัตน์ สมสืบ. 2539. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. นนทบุรี: สำนักพิมพ์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว. 2546. การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล
 หนองหิน กิ่งอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย. เลข: ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏ เลย.
- เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา. ม.ป.ป. แผนพัฒนาสามปี พ.ศ. 2555-2557. ม.ป.พ.: ม.ป.ท.
- นภาพร ชโยวรรณ. 2532. สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร
 ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาพรรณ อธิกมานนท์. 2554. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
 อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ชลบุรี: ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิรันดร์ จงวุฒิวาส. 2527. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท: กลวิธีแนวทางวิธีการ
 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์การศึกษา
 นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญมี รัตนะพันธ์. 2543. ปัจจัยทางวัฒนธรรมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม.
 กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ประคอง คำคง. 2534. ศึกษาทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนต่อบทบาทผู้สูงอายุและ
 วิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนในจังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ:
 ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประเวศ วะสี. 2547. กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process). นนทบุรี:มูลนิธิ
 สาธารณสุขแห่งชาติ.
- ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และเพ็ญประภา ศิวโรจน์. 2542. สถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุไทยและแนวโน้ม
 การพัฒนา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์. 2551. “ภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ
บุคลากรสาธารณสุข อำเภอแม่เมว จังหวัดลำปาง”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 17,2
(มีนาคม- เมษายน): 25-30.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร. 2543. **กระบวนการพัฒนาและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา.**
กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ปิยากร หวังมหาพร. 2546. **นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: ประิณญาเอก
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
_____. 2551. “นวัตกรรมและการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่น”. วารสารศรีปทุมปริทัศน์ 8, 1 (มกราคม- มิถุนายน): 22-24.
- ปัญญาภัทร ภักธรักษ์ทากุล. 2544. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ.** เชียงใหม่: ประิณญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พจนา ศรีเจริญ. 2544. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอก
ประจำการในจังหวัดเลย.** เลย: ประิณญาโท, สถาบันราชภัฏเลย.
- พนิชฐา พานิชะกุล. 2537. **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิตสำหรับผู้สูงอายุใน
ชนบท.** กรุงเทพฯ : ประิณญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรอนันต์ กิตติมันคง. 2547. **การศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัด
นครราชสีมา.** นครราชสีมา: ประิณญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. 2527. **แนวนโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนยุทธศาสตร์
พัฒนาปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการ
พิมพ์.
- ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์. 2531. “การมีส่วนร่วมของประชาชน”. วารสารพัฒนาชุมชน. 2: 24-30.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ :
นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์,
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. 2542. **ประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
กระทรวงสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- เมืองทอง แคมมณี. ม.ป.ป. **“EMPOWERMENT”** [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/letter02/emp.html> (6 ตุลาคม 2553).

- ยุทธนา ปาละนิติเสนา. 2548. **ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับสภาพการมีอายุยืน**. นครราชสีมา: ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. 2526. **การพัฒนาชุมชนกับการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพฯ: ไทยอนุเคราะห์ไทย.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. 2541. **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. 2542. **การวางแผนการประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและปฏิบัติ**. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .
- วิจินดา พวงสะอาด. 2555. **ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษาอบรมโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2539. **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วี พูลสวัสดิ์. 2550. **กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ รัตนกมลกันต์. 2546. **ผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะสุขภาพ**. เชียงใหม่: ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. 2550. **นโยบายสาธารณะ**. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://203.157.168.7/consumer/downloads/constitution.pdf>. 6 ตุลาคม 2553).
- “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.ombudsman.go.th/10/documents/law/Constitution2550.pdf> . (6 ตุลาคม 2553).
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547. **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ทนายความทั่วไทย. ม.ป.ป. “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538974594&Ntype=19> (6 ตุลาคม 2553).
- สถาบันวิจัยและประชากรศาสตร์. 2556. **ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2556**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2549ก. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. 2549ข. แนวทางเวชปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) สำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- _____. 2551. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .
- สมชาย ลีทองอิน. 2550. คู่มือ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness Testing) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สมปอง ฤทธิ์ศรีบุญ. 2548. ผลการออกกำลังกายด้วยวิธีรำไม้พลองประกอบดนตรีที่บ้านที่มีต่อภาวะสุขภาพ สมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจของประชาชน กลุ่มเสี่ยงในตำบลคงชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. สกลนคร: ปริญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- สมบัติ ชำรงชัยวงศ์. 2540. นโยบายสาธารณะ: แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 2556-2557 เรื่องพิษภัยของบุหรี่ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ เล่มที่ 28 เรื่องที่ 6. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สิทธิณัฐ ประพุทธรนิตสาร. 2545. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- สินธุ์ สโรบล. 2551. เอกสารประกอบการสอนวิชาการป 513 นโยบายสาธารณะ. เชียงใหม่: วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- สุกัญญา นิธิกร และนางนุช สุนทรชวากานต์. 2542. แนวทางการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุกัญญา มาลัยมาตร. 2555. “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและความเจ็บปวดข้อเข่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์”. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 26,2 (พฤษภาคม – สิงหาคม): 33-40.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2547. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สุภาลักษณ์ เทียวขำ. 2543. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. เชียงใหม่: ปริญาโท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรกุล เจนอบรม. 2541. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.**

กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียนคณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ศิริกานันท์. 2551. **การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ.** กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสาวคนธ์ พนมเรียงศักดิ์. 2549. **การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเลย.** เลข: ปริญญาโท, สถาบันราชภัฏเลย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ม.ป.ป. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568.** กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2553. **“พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550”.**

[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา

http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=130 (6 ตุลาคม 2553).

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.2552. **“สร้างเสริมสุขใจ ผู้สูงวัยเป็นสุข”.** หมอชาวบ้าน 19,2 (กันยายน –ตุลาคม): 40-43.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. **สำมะโนประชากรของประเทศไทยและการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2503- 2568.** กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ม.ป.ป. **สำมะโนประชากรของประเทศไทยและการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2568 และพ.ศ.2573.** กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานกฤษฎีกา.2546. **พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกฤษฎีกา.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2555. **สถิติข้อมูลผู้สูงอายุปี 2554.** กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2544. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้.** กรุงเทพฯ: ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีเมือง พลัฏฐ์. 2547. **การพัฒนาคุณภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: ม.ป.พ.**

- ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร. 2552. **นโยบายสาธารณะไทย:กำเนิด พัฒนาการ และสถานภาพของศาสตร์**. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก. 2543. **รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ในเขตภาคตะวันออก(เด็กด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรีกลุ่มเสี่ยง)**. ระบุของ : ศูนย์ การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก.
- ศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต. 2550. **ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: กระทรวง สาธารณสุข.
- อกิน รพีพัฒน์. 2531. **แนวคิดลักษณะการมีส่วนร่วม**. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- องอาจ นัยพัฒน์. 2551. **การออกแบบการวิจัย:วิธีเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. 2554. **3 Self & PROMISE ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อภิชาติ ไตรแสง. 2539. **ผลของการออกกำลังกายที่มีความหนักของงานแตกต่างกันต่อปัจจัยเสี่ยง ปฐมภูมิโรคหัวใจโคโรนารี ของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ปรินญาเอก, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- _____. 2555. **เอกสารการสอน: การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ**. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- Caldwell, Lynton Keith. 1995. **Environment As a Focus for Public Policy**. United States of America: n.p.
- Chow, Nelson. 1996. **Ageing issues and the national agenda: Added Years of Life in Asia : Current Situation and Future Challenges**. New York: n.p.
- Dunn, William N.. 1994. **An Introduction Public Policy Analysis**. New Jersey: prentice Hall.
- Dye, Thomas R.. 1992. **Understanding public policy**. 7th ed. New Jersey: prentice Hall.
- Greene C. Jenifer. 1994. **Qualitative Program Evaluation and Promise: Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, California: Sage.
- Green ,L. Krueter ,M. 1999. **Health Promotion Planning An Education Approach**. 3rded. Toronto : Mayfield.
- Guba, Egon G. and Yvonna S. Lincoln. 1989. **Fourth Generation Evaluation**, California: Sage.
- Koenig, Louis W. 1986. **An introduction to public policy**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Lord, John and Peggy Hutchison. 1993. "The Process of Empowerment: Implications for Theory and Practice". **Canadian Journal of Community Mental Health** . 12, 1: 5-22.
- Matland , Richard E.. 1995. "Association Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation". **Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART**. 5, 2 (Apr.,1995): 145-174.
- Michael, H. and Peter H. 2002. **Implementing Public Policy**. London: SAGE.
- Podsakoff, Philip M. and Chester A. Schriesheim.1985. "Field Studies of French and Raven's Bases of Power: Critique, Reanalysis, and Suggestions for Future Research," **the American Psychological Association journal**. 97,3: 387-411.
- Rossi, Peter H. and Howard E. Freeman. 2004. **Evaluation: a systematic approach**, United States of America : SAGE.
- United Nations. 2009. **World Population Ageing; Department of Economic and Social Affairs Population Division** New York: n.p.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2006. **Population Aging in Thailand: Prognosis and Policy Response**. Chiang Mai: n.p.
- _____.2008. **Reanalysis and Suggestions for Future Research Japan Foundation ;Enhancing social protection for older people in Thailand ; National workshop on Social pensions in Chiang Mai Thailand**. Chiang Mai: n.p.
- World Health Organization. 2010. **The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action**. New York: World Health Organization.
- _____. 2011. **Global Health and Aging**. NIH Publication no. 11-7737 October.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

“นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

ID □□□

แบบสอบถาม

“นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัย เรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่น ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาพ) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินการ ในปัจจุบันเกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกระดับในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 211 แห่ง โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u>	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
<u>ส่วนที่ 2</u>	การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน
<u>ส่วนที่ 3</u>	กลไกการดำเนินงานนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ
<u>ส่วนที่ 4</u>	การติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
<u>ส่วนที่ 5</u>	ปัจจัยความสำเร็จด้านการดำเนินงานสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงาน และปัญหาอุปสรรค

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

กรุณาเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่มีข้อมูลเกี่ยวข้องกับตัวท่านมากที่สุด หรือ กรุณาเติมข้อความเพื่อแสดงข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับตัวท่าน

1. เพศของท่าน ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. อายุของท่านปัจจุบัน (โปรดระบุ).....ปี
3. อายุงาน/ราชการของท่านจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
4. หน่วยงานของท่านเป็นส่วนราชการท้องถิ่นระดับใด

☐ องค์การบริหารส่วนจังหวัด

- ☐ เทศบาล(โปรดระบุ).....☐ 1. เทศบาลนคร
- ☐ 2. เทศบาลเมือง
- ☐ 3. เทศบาลตำบล

- ☐ องค์การบริหารส่วนตำบล(ไปรษณียบัตร) ☐ 1. อบต.ขนาดใหญ่
☐ 2. อบต.ขนาดกลาง
☐ 3. อบต.ขนาดเล็ก

5. ตำแหน่งของท่านในปัจจุบัน

- ☐ 1. นายกฯ
☐ 2. รองนายกฯ
☐ 3. ปลัด/รองปลัด ฯ
☐ 4. ผู้อำนวยการ/หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
☐ 5. ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผน
☐ 6. หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ
☐ 7. นักวิชาการสาธารณสุข
☐ 8. นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
☐ 9. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน
☐ 10. อื่นๆ (ไปรษณียบัตร).....

6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

- ☐ 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี
☐ 2. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า
☐ 3. ปริญญาโท
☐ 4. ปริญญาเอก
☐ 5. อื่นๆ(ไปรษณียบัตร).....

1.2 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรสูงอายุ (ข้อมูล ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

1. ปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีประชากรทั้งหมด*ในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน.....คน
 2. ปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีจำนวนผู้สูงอายุ*ในพื้นที่ทั้งหมด.....คน
 (จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)
 3. ปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีจำนวนผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป)ที่ลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ*ในพื้นที่ทั้งหมด.....คน

ID □□□

ส่วนที่ 2 การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน

กรุณาเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ ที่ตรงกับการปฏิบัติในหน่วยงานของท่าน

คำนิยาม “นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ” หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชน รวมถึงการมุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดี ซึ่งทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการพัฒนาสุขภาพ

ลำดับ	การกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	คำตอบของท่าน
1.	นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานท่านมาจากแหล่งใด (โปรดเลือกคำตอบด้านขวามือของท่าน และสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ☐ กระทรวงสาธารณสุข ☐ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ☐ ทีมผู้บริหารกำหนดขึ้นเอง ☐ จากความต้องการของสังคม ☐ จากความต้องการของประชาชนในชุมชน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.	หน่วยงานของท่านมีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็น <u>ลายลักษณ์อักษร</u> หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี ในกรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุจำนวนนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านมีทั้งหมด.....เรื่อง
3.	นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านได้ผ่านการเห็นชอบจาก “สภาท้องถิ่น” หรือไม่	☐ ไม่ผ่านความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น ☐ ผ่านความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น
4.	นโยบายด้านผู้สูงอายุ ที่หน่วยงานของท่านนำมากำหนดเป็นนโยบายท้องถิ่นมีอะไรบ้าง	
	4.1 นโยบายสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.2 นโยบายสวัสดิการออมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.3 นโยบายด้านการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.4 นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพทางกายผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.5 นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพทางใจผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.6 นโยบายด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	4.7 นโยบายด้านการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี

ลำดับ	กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	คำตอบของท่าน
4.	4.8 นโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (ต่อ) <u>นโยบายด้านผู้สูงอายุ ที่หน่วยงานของท่านนำมา กำหนดเป็นนโยบายท้องถิ่นมีอะไรบ้าง (ต่อ)</u> 4.9 นโยบายด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม การมีสุขภาพดีของประชาชน เช่น ลานกีฬา สวน สุขภาพ ห้องออกกำลังกาย เป็นต้น	☐ ไม่มี ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ มี
	4.10 นโยบายด้านอื่นๆ (โปรดระบุ).....	☐ ไม่มี ☐ มี
5.	<u>นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ใน ระดับท้องถิ่น ที่เกิดจาก “การมีส่วนร่วม” และ “เป็น ความต้องการของประชาชน” มีหรือไม่</u> (ถ้าตอบ “มี” โปรดระบุเหตุผลตามข้อความถัดไป ด้านขวามือ)	☐ ไม่มี ☐ มี กรณีที่ตอบ “มี” กรุณาระบุเหตุผลที่มีด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เพราะเทศบาลต้องการให้มีนโยบายนี้ ☐ เพราะเป็นความต้องการของประชาชน ☐ เพราะ(อื่นๆ โปรดระบุ).....
	5.1 นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพทางกายสำหรับผู้ สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	5.2 นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพทางใจสำหรับผู้ สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	5.3 นโยบายด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	5.4 นโยบายด้านการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	5.5 นโยบายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ	☐ ไม่มี ☐ มี
	5.6 นโยบายด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม การมีสุขภาพดีของประชาชน เช่น ลานกีฬา สวน สุขภาพ ห้องออกกำลังกาย เป็นต้น	☐ ไม่มี ☐ มี

ลำดับ	กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	คำตอบของท่าน
	5.7 นโยบายด้านอื่นๆ (โปรดระบุ).....	☐ ไม่มี ☐ มี
	โปรดพิจารณาวิธีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (กรณีหน่วยงานของท่าน “ไม่มี**” การจัดทำกระบวนการดังกล่าว กรุณาข้ามไปตอบ “ส่วนที่ 5**” หน้า 15-16)	
6.	<u>6.1 ขั้นตอนที่ 1</u> หน่วยงานของท่าน<u>จัดตั้ง</u> <u>คณะกรรมการหรือทีมงานร่างนโยบายสาธารณะ</u> <u>ท้องถิ่นด้านสุขภาพหรือไม่</u> (โปรดเลือกคำตอบด้านขวามือของท่าน)	☐ ไม่มี ☐ มี ในกรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุแผนก/ฝ่ายที่ รับผิดชอบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ ฝ่ายบริหาร ได้แก่ นายก รองนายก เป็นต้น ☐ ฝ่ายข้าราชการระดับบริหาร ได้แก่ ปลัด/ รองปลัด ☐ ฝ่ายนิติบัญญัติ ได้แก่ สมาชิกสภาอปท. ☐ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ☐ งานวิเคราะห์นโยบายและแผน ☐ ฝ่ายอื่นๆ(โปรดระบุ).....
	<u>6.2 ขั้นตอนที่ 2</u> หน่วยงานของท่านมีการ<u>พิจารณา</u> <u>เลือกประเด็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นมา</u> <u>เป็นเรื่องสำคัญหรือไม่</u>	☐ ไม่มี ☐ มี
	<u>6.3 ขั้นตอนที่ 3</u> หน่วยงานของท่านมีการ<u>สำรวจ</u> <u>สถานะสุขภาพของประชาชนและผู้สูงอายุหรือไม่</u>	☐ ไม่มี ☐ มี
	<u>6.4 ขั้นตอนที่ 4</u> หน่วยงานของท่านมีการ<u>จัดทำเวที</u> <u>ประชาคมในประเด็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่</u>	☐ ไม่มี ☐ มี
	<u>6.5 ขั้นตอนที่ 5</u> หน่วยงานของท่านมีการ<u>วิเคราะห์</u> <u>สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่ได้จากผลการสำรวจ</u>	☐ ไม่มี ☐ มี

ลำดับ	กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)	คำตอบของท่าน
	หรือไม่	
	6.6 ขั้นตอนที่ 6 หน่วยงานของท่านได้เสนอผลการวิเคราะห์ (คืนข้อมูล)ที่ได้จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชน แก่ชุมชนหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
	โปรดพิจารณาวิธีการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดังต่อไปนี้	
	6.7 ขั้นตอนที่ 7 หน่วยงานของท่านมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับประชาชนและระดมสมองค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ ในด้านการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
	6.8 ขั้นตอนที่ 8 หน่วยงานของท่าน นำปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือประชาชน เข้าสู่ประเด็นข้อเสนอวาระนโยบายท้องถิ่น หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
	6.9 ขั้นตอนที่ 9 หน่วยงานของท่านนำวาระนโยบายท้องถิ่นเสนอต่อ “สภาท้องถิ่น” เพื่อขอมติจากสภากำหนดเป็น “นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุ” หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
7.	จากขั้นตอนในข้อ 6 หน่วยงานของท่านได้มี “การกำหนดขั้นตอนการจัดทำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุ” เหล่านี้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี

ลำดับ	กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)	คำตอบของท่าน																																																																																																		
8.	จากที่กล่าวมาทั้งหมด (ข้อ 6.1- 6.9) ในส่วนของขั้นตอนกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน <u>โปรดระบุ “ระดับของการมีส่วนร่วม” ในภาพรวมของบุคคลต่างๆ ที่มีส่วนในการเข้าร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (1 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย ที่สุด โดยจะเพิ่มระดับมากขึ้นตามลำดับจำนวนตัวเลขคือ 2,3,4,5,6,7,8,9 และ 10 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวเลขที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">บุคคลที่เกี่ยวข้อง \ ระดับการมีส่วนร่วม</th><th colspan="10">ระดับของการมีส่วนร่วม</th></tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- ผู้บริหารท้องถิ่นมีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- สมาชิกสภาท้องถิ่นมีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- แกนนำชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- แกนนำภาคประชาชนมีส่วนร่วม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>- บุคคลอื่นๆที่มีส่วนร่วม (โปรดระบุ).....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	บุคคลที่เกี่ยวข้อง \ ระดับการมีส่วนร่วม	ระดับของการมีส่วนร่วม										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	- ผู้บริหารท้องถิ่นมีส่วนร่วม											- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วม											- สมาชิกสภาท้องถิ่นมีส่วนร่วม											- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วม											- แกนนำชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วม											- แกนนำภาคประชาชนมีส่วนร่วม											- บุคคลอื่นๆที่มีส่วนร่วม (โปรดระบุ).....											
บุคคลที่เกี่ยวข้อง \ ระดับการมีส่วนร่วม	ระดับของการมีส่วนร่วม																																																																																																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																										
- ผู้บริหารท้องถิ่นมีส่วนร่วม																																																																																																				
- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วม																																																																																																				
- สมาชิกสภาท้องถิ่นมีส่วนร่วม																																																																																																				
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วม																																																																																																				
- แกนนำชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วม																																																																																																				
- แกนนำภาคประชาชนมีส่วนร่วม																																																																																																				
- บุคคลอื่นๆที่มีส่วนร่วม (โปรดระบุ).....																																																																																																				

ส่วนที่ 3 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบของท่าน ที่มีข้อมูลตรงกับกรปฏิบัติในหน่วยงานของท่าน ในด้านกลวิธีการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

กลวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง การแปลงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปสู่การกำหนดแผนการดำเนินงาน ภายใต้การบริหารจัดการด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านสิ่งสนับสนุนต่างๆ(กรณีหน่วยงานของท่าน “ไม่มี” การจัดทำกระบวนการดังกล่าวนี้ กรุณาข้ามไปตอบ ส่วนที่ 5** หน้า 15-16)

ลำดับ	กลวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ	คำตอบของท่าน	ระดับการมีส่วนร่วม/สนับสนุนจากประชาชน (ใช้สำหรับข้อ 1.3) (1 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย ที่สุด โดยจะเพิ่มระดับมากขึ้นตามลำดับจำนวนตัวเลขคือ 2,3,4,5,6,7,8,9 และ 10 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด
1	1.1 หน่วยงานของท่านมีการนำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนดขึ้น ไปจัดทำแผนครบทุกนโยบายหรือไม่	☐ ไม่ครบ ☐ ครบ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	1.2 ในปีงบประมาณที่ผ่านมาหน่วยงานของท่านมีแผน/โครงการด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี กรณีที่ตอบมี โปรดระบุจำนวนและชื่อ โครงการ	(ข้อ 1.1 ไม่ต้องระบุระดับการมีส่วนร่วม) (ข้อ 1.2 ไม่ต้องระบุระดับการมีส่วนร่วม)
	มีจำนวน..... โครงการ ได้แก่ 1)..... 2)..... 3)..... 4).....		
	1.3 แผนงาน/โครงการด้านผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือไม่	☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ (กรณีที่ตอบใช้ โปรดระบุระดับการมีส่วนร่วมในข้อข้างเมื่อ)	

ลำดับ	กลวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ	คำตอบของท่าน				
	1.4 ผู้ที่ทำหน้าที่ในการผลิตนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายการเมือง (นายกฯ, รองนายกฯ) ☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายข้าราชการ (ปลัดฯ, รองปลัดฯ, ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ☐ พยาบาล ☐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ☐ แกนนำประชาชน ☐ ชุมชนผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....				
	1.5 หน่วยงานของท่านมีการเตรียมด้าน ข้อมูล , บุคคล/เครือข่าย , กลไก นโยบายสาธารณะ เช่น คณะกรรมการ หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี				
	1.6 หน่วยงานของท่านมีปัญหาด้านการจัดสร้างงบประมาณด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่	<table border="1"> <tr> <td>☐ ไม่มี ☐ มี</td><td>ปัญหาด้านการจัดสร้างงบประมาณคือ.....</td></tr> <tr> <td>กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุปัญหาในช่องด้านขวามือ</td><td>.....</td></tr> </table>	☐ ไม่มี ☐ มี	ปัญหาด้านการจัดสร้างงบประมาณคือ.....	กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุปัญหาในช่องด้านขวามือ	
☐ ไม่มี ☐ มี	ปัญหาด้านการจัดสร้างงบประมาณคือ.....					
กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุปัญหาในช่องด้านขวามือ						
	1.7 งบประมาณในปีที่ผ่านมา หน่วยงานของท่านใช้ในระดับผู้สูงอายุทั้งหมด** เป็นจำนวนเงินเท่าใด	ใช้งบประมาณทั้งหมด.....บาท				
	1.8 งบประมาณในปีที่ผ่านมา ที่หน่วยงานของท่านใช้ใน “ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ” เป็นจำนวนเงินเท่าใด	ใช้งบประมาณทั้งหมด.....บาท				
	1.9 ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากแหล่งทุนภายนอกหรือไม่	<table border="1"> <tr> <td>☐ ไม่มี ☐ มี</td><td> ☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ☐ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ปสค.) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) </td></tr> <tr> <td>กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุแหล่งทุนด้านขวามือ</td><td>.....</td></tr> </table>	☐ ไม่มี ☐ มี	☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ☐ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ปสค.) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุแหล่งทุนด้านขวามือ	
☐ ไม่มี ☐ มี	☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ☐ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ☐ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ปสค.) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
กรณีที่ตอบ “มี” โปรดระบุแหล่งทุนด้านขวามือ						

ลำดับ	กลวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ	คำตอบของท่าน
2	2.1 หน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพ จำนวนกี่คน	จำนวน.....คน
	2.2 หน่วยงานของท่านมีคณะกรรมการหรือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี
	2.3 หน่วยงานของท่านมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำงานด้าน ผู้สูงอายุหรือไม่	☐ ไม่เพียงพอ ☐ เพียงพอ
	2.4 ท่านคิดว่ามีความจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่/บุคลากร ทำงานเฉพาะด้านผู้สูงอายุหรือไม่	☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น
3	3.1 ผู้มีส่วนให้เกิดความสำนึกในการนำนโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติคือใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายการเมือง (นายกฯ, รองนายกฯ) ☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายข้าราชการ (ปลัดฯ, รองปลัดฯ, ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ☐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ☐ ผู้นำชุมชน ☐ แกนนำประชาชน ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

[illegible]

ส่วนที่ 4 การติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 กฎหมายเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อที่มีข้อมูลตรงกับการปฏิบัติเกี่ยวกับ การติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

“การติดตามประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบความก้าวหน้าและความสำเร็จของแผนงาน โครงการ (กรณีหน่วยงานของท่าน “ไม่มี”*) การจัดทำกระบวนการดังกล่าวนี้ กรุณาเข้าไปตอบ ส่วนที่ 5** หน้า 15-16)

ลำดับ	กลวิธีหรือนำนโยบายไปปฏิบัติ	คำตอบของท่าน
1	1.1 หน่วยงานของท่านได้มีการติดตามความสำเร็จในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่ 1.2 ผู้ที่มีส่วนให้เกิดความสำเร็จในการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	☐ ไม่มี ☐ มี กรณีตอบ “ไม่มี” กรุณาเข้าไปตอบ “ส่วนที่ 5” ☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายการเมือง (นายกฯ, รองนายกฯ) ☐ ผู้บริหารหน่วยงานฝ่ายข้าราชการ (ปลัดฯ, รองปลัดฯ, ผอ.กอง/หัวหน้ากองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม) ☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ☐ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ☐ สมาชิก อบต. / สมาชิกสภาเทศบาล (ส.อบต./สท.) ☐ ผู้นำชุมชน ☐ แกนนำประชาชน ☐ ชมรมผู้สูงอายุ ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
2	2.1 หน่วยงานของท่านมีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลการดำเนินงานนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการหรือไม่	☐ ไม่มี ☐ มี

ID □□□

ส่วนที่ 5 โปรแกรมปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและปัญหาอุปสรรคในหน่วยงานของท่าน

5.1 **ปัจจัยความสำเร็จ**ในการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

5.1.1 **ปัจจัยความสำเร็จ**

- ☐ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญด้านนโยบาย
- ☐ มีทีมผู้บริหารองค์กร ช่วยผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง
- ☐ มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปของแผนงาน/โครงการชุมชน
- ☐ มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการของหน่วยงาน
- ☐ การมีส่วนร่วมของประชาชน
- ☐ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน
- ☐ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. , วัด , โรงเรียน, องค์กรเอกชน , กลุ่ม อสม. , กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น
- ☐ มีงบประมาณสนับสนุนด้านนโยบายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ
- ☐ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามแผนงาน/โครงการ
- ☐ อื่นๆ (โปรด ระบุ).....

5.1.2 สิ่งที่ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านต้องได้รับการพัฒนาในด้านการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุ

มีด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การพัฒนานโยบายสาธารณะของท้องถิ่นให้เท่าทันสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนไป
- ☐ การส่งเสริมประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นกระบวนการนโยบายสาธารณะของท้องถิ่น
- ☐ การพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรในหน่วยงาน
- ☐ การพัฒนาองค์ความรู้ของภาคประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ
- ☐ การพัฒนาทักษะสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้
- ☐ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
- ☐ การดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

- ☐ การจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนให้ครอบคลุมมากขึ้น
กว่าเดิม
- ☐ การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนอย่างจริงจังและเกิดรูปธรรมในชุมชน
- ☐ การสร้างกลุ่มแกนนำประชาชนด้วยการเป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ
- ☐ การติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง อปท. /ภาคประชาชนและ
เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

5.2 โปรดระบุปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน

5.2.1 ปัญหาอุปสรรคด้านนโยบายของหน่วยงาน

.....

.....

.....

.....

.....

5.2.2 ปัญหาอุปสรรคด้านงบประมาณของหน่วยงาน

.....

.....

.....

.....

.....

5.2.3 ปัญหาอุปสรรคด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

.....

.....

.....

.....

.....

5.2.4 ปัญหาอุปสรรคด้านการดำเนินงานตามแผนงานของหน่วยงาน

.....

.....

.....

.....

5.1.5 ปัญหาอุปสรรคด้านอื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามค่ะ

ภาคผนวก ข

แบบประเมินผลหลังการดำเนินโครงการวิจัย

แบบประเมินผลหลังการดำเนินโครงการวิจัย

เรื่อง

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ
ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่

.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเมืองเก่าพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาลเมืองเมืองเก่าพัฒนา อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่

2. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของประชาชนในเขตเทศบาล

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะกิจกรรมทางกาย

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปวิเคราะห์เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสรุปภาพรวมและนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนากระบวนการวิจัยด้านนโยบายสาธารณะในอนาคตและการตอบคำถามของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงขอความกรุณาท่านได้ตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง และแสดงความคิดเห็นต่างๆ ได้อย่างอิสระ ทั้งนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กฤษฎา กาเผือก

ผู้วิจัย

วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

แบบสอบถาม

สำหรับนักวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความเข้าใจของท่าน

1. เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา ☐ 1.พุทธ ☐ 2.คริสต์
☐ 3.อิสลาม ☐ 4.อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
☐ 1.โสด ☐ 2.สมรส
☐ 3.หม้าย ☐ 4.หย่า/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา
☐ 0.ไม่ได้เรียน ☐ 1.ประถมศึกษา
☐ 2.มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 3.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ 4.อนุปริญญา/ปวส. ☐ 4.ปริญญาตรี
☐ 5.สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 6.อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
☐ 0.ไม่ได้ทำงาน ☐ 1.เกษตรกร ☐ 2.รับจ้าง
☐ 3.ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย ☐ 4.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ 5.ข้าราชการบำนาญ ☐ 6.อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ของท่าน
☐ 0. ไม่มีรายได้
☐ 1. มีรายได้(ระบุ).....บาท/เดือน(โดยประมาณ)
8. ตำแหน่งทางสังคม
☐ 1. ผู้นำชุมชน / ผู้นำกลุ่มในชุมชน โปรดระบุ.....
☐ 2. สมาชิกชุมชน
☐ 3. อื่นๆ ระบุ.....

9. การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม

☐ 0. ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม

☐ 1. เป็นสมาชิกกลุ่ม คือ

☐ ชมรมผู้สูงอายุ

☐ ชมรมผู้เลี้ยงโค

☐ ชมรมกองทุนปื๊ย

☐ ชมรมกองทุนข้าว

☐ ชมรมแม่บ้าน ☐ กองทุนสวัสดิการชุมชนผู้สูงอายุสัญจร

☐ อสม.

☐ อสท.,

☐ อสพ.

☐ อส.ตร.

☐ อป.พร.

☐ ชร.บ.

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย
ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความเข้าใจของท่าน

1. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของเทศบาลมีวัตถุประสงค์
สำคัญเพื่ออะไร

☐ เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในชุมชน

☐ เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น

☐ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพประชาชน

☐ เป็นการส่งต่อประชาชนไปรักษายังโรงพยาบาลระดับอำเภอ

2. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายมีความสำคัญอย่างไร

☐ สะดวกแก่ฝ่ายบุคลากรของรัฐในการปฏิบัติงาน

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติงาน

ได้ตามความต้องการของเครือข่ายชุมชน

☐ ทำให้ทีมนักการเมืองท้องถิ่นชนะการเลือกตั้ง

☐ การปฏิบัติงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ล้มเหลว

สำหรับนักวิจัย

☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐
☐
☐

3. ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายอย่างไร

- ☐ การกำหนดทางเลือกนโยบาย
- ☐ การตัดสินใจเลือกนโยบาย
- ☐ การวิเคราะห์ปัญหาและ/หรือความต้องการ
- ☐ กำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบาย

4. การบรรลุเป้าหมายของนโยบาย ข้อใดสำคัญที่สุด

- ☐ ความพึงพอใจของประชาชนผู้ได้รับผลกระทบ
- ☐ การทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์โดยตรงจากนโยบาย
- ☐ ฝ่ายบริหารให้ความพอใจ
- ☐ ฝ่ายการเมืองให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

5. ท่านทราบหรือไม่ว่า เทศบาลฯ จัดเวทีประชาคมในแต่ละชุมชน

- ☐ ทราบ
- ☐ ไม่ทราบ

6. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายมีเป้าหมายสูงสุดเพื่ออะไร

- ☐ พัฒนาและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน
- ☐ ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มชุมชน
- ☐ จัดกิจกรรมสุขภาพตามฤดูกาล
- ☐ กำจัดโรคภัยต่างๆ

7. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เทศบาลของท่านในปัจจุบัน คือโรคอะไร

- ☐ โรคเอดส์ ☐ โรคไม่ติดต่อ(ได้แก่ ความดันโลหิต/เบาหวาน/ไขมันสูง)
- ☐ โรคกระดูก ☐ โรคระบบทางเดินหายใจ

สำหรับนักวิจัย

☐
☐
☐
☐
☐

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ

สุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย

คำชี้แจง. โปรดทำเครื่องหมายลง✓ ในช่องระดับการมีส่วนร่วมของท่าน

การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ด้านกิจกรรมทางกาย	ไม่มี ส่วน ร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับ นักวิจัย
		มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
<u>การระบุประเด็นปัญหาสุขภาพ</u>							
1. ท่านมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมชุมชนของท่าน มากน้อยเพียงใด							☐
2. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนมากน้อยเพียงใด							☐
3. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาชุมชนเรื่อง สุขภาพและโรคไม่ติดต่อ (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง) มากน้อยเพียงใด							☐
4. ท่านร่วมเสนอปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพแก่เทศบาลมากน้อยเพียงใด							☐
<u>การพัฒนาทางเลือก</u>							
5.ท่านมีส่วนร่วมระดมความคิดเห็น ด้านสุขภาพร่วมกับสมาชิกในชุมชนมากน้อยเพียงใด							☐
6.ท่านมีส่วนร่วมผลักดันปัญหาด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นในชุมชนจนกระทั่งเข้าสู่สภาเทศบาลมากน้อยเพียงใด							☐
7. ท่านมีส่วนร่วมกำหนดวาระสำหรับอภิปรายนโยบาย เพื่อแสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา มากน้อยเพียงใด							☐
8. ผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยในการผลักดัน แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด							☐

การกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านกิจกรรมทางกาย	ไม่มี ส่วน ร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับ นักวิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
9. ท่านมีส่วนร่วมประชุมออกแบบโครงการ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด							☐
การประกาศนโยบาย							
10. ท่านมีส่วนร่วมรับทราบนโยบายด้านกิจกรรม ทางกายของเทศบาลมากน้อยเพียงใด							☐
11. เทศบาลมีการเผยแพร่ข้อมูลแผนงาน งาน/ โครงการกิจกรรมทางกาย ประจำปีให้ประ ประชาชนได้รับทราบมากน้อยเพียงใด							☐
12. ปัญหาด้านสุขภาพที่ท่านได้เสนอถูกประกาศ เป็นนโยบายมากน้อยเพียงใด							☐
13. ท่านเข้าร่วมรับฟังการประกาศนโยบายเพื่อ สุขภาพด้านกิจกรรมทางกายมากน้อยเพียงใด							☐
14. โครงการเพื่อสุขภาพในหมู่บ้านของท่านได้ ถูกเสนอเป็นนโยบายมากน้อยเพียงใด							☐
15. ท่านมีส่วนร่วมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้คน ในชุมชนรับทราบนโยบายที่ประกาศโดยเทศบาล มากน้อยเพียงใด							☐
การติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ							
16. ท่านมีส่วนร่วมดำเนินการตามนโยบาย โครงการ แผนงาน ในแต่ละชุมชนมากน้อย เพียงใด							☐
17. ท่านมีส่วนร่วมประสานเครือข่ายในชุมชนที่ เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินตามนโยบายที่ตั้งไว้มาก น้อยเพียงใด							☐
18. ท่านได้เข้ารับการอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนออก กำลังกายเพื่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด							☐

การกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านกิจกรรมทางกาย	ไม่มี ส่วน ร่วม	ระดับการมีส่วนร่วม					สำหรับ นักวิจัย
		มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
19.หน่วยงานสาธารณสุข หรือ อสม. ในชุมชนได้ ให้ความร่วมมือด้านสุขภาพและการออกกำลังกาย มากน้อยเพียงใด							☐
20. ท่านเข้าร่วมจัดกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและ กิจกรรมทางกายร่วมกับเทศบาลมากน้อยเพียงใด							☐
21. ท่านเคยพบข้อบกพร่อง ของโครงการและได้ มีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะ แก่ผู้นำชุมชน/ ผู้เกี่ยวข้องมากน้อยเพียงใด							☐
22. ท่านมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือปัญหา อุปสรรคของโครงการระหว่างดำเนินการมาก น้อยเพียงใด							☐
23. ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการ ดำเนินงาน โครงการกิจกรรมทางกายมากน้อย เพียงใด							☐
24. ท่านมีส่วนร่วมติดตามการทำงานของ โครงการตั้งแต่เริ่มต้นจน สิ้นสุดกระบวนการมาก น้อยเพียงใด							☐
25.ท่านมีส่วนร่วมเสนอแนะวิธีการ แก้ไขปัญหา อุปสรรคที่พบ หลังจากดำเนิน โครงการมากน้อย เพียงใด							☐

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินนโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของชุมชน

ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

จดหมายขอความอนุเคราะห์



ที่ ศธ ๐๕๒๓.๑๔.๕/๕๖

วิทยาลัยบริหารศาสตร์

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

เลขที่ ๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร

อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

๕๐๒๙๐

๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามจำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางกฤษฎา กาเผือก รหัสประจำตัว ๕๑๐๕๕๐๑๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อพัฒนาสุขภาพ) วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ กำลังจัดทำดุษฎีนิพนธ์ เรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่” โดยมี อาจารย์ ดร.ลินธุ์ สโรบล เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งการจัดทำดุษฎีนิพนธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์ให้ นางกฤษฎา กาเผือก นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิชาบริหารศาสตร์ เป็นผู้เข้าไปเก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานในรายละเอียดกับท่านโดยตรงและสามารถติดต่อกับนักศึกษาได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๐๖ ๑๓๓๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์

งานบริการการศึกษาและกิจการนักศึกษา

วิทยาลัยบริหารศาสตร์

โทรศัพท์. ๐ ๕๓๔๙/ ๕๔๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๓๔๙/ ๕๔๐๐

ที่ ศธ ๐๕๒๓.๑๔.๕/๑๗๔



วิทยาลัยบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๙๐

กัณยาน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์

ด้วย นางกฤษณา กาเผือก รหัสประจำตัว ๕๑๐๕๕๐๑๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ) วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีความประสงค์จะพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การทำการวิจัยที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ในการนี้ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ เห็นว่าท่านมีผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องที่ทำการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์

งานบริการการศึกษาและกิจการนักศึกษา

โทรศัพท์. ๐ ๕๓๔๙ ๕๔๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๓๔๙ ๕๔๐๐

ที่ ศธ ๐๕๒๓.๑๔.๕/๑๙๙



วิทยาลัยบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๙๐

๑๕ กันยายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน คุณภักดี รัตนผล

ด้วย นางกฤษณา กาเผือก รหัสประจำตัว ๕๑๐๕๕๐๑๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ) วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีความประสงค์จะพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การทำวิจัยที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ

ในการนี้ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ เห็นว่าท่านมีผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องที่ทำการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์

งานบริการการศึกษาและกิจการนักศึกษา

โทรศัพท์. ๐ ๕๓๘๙/ ๕๔๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๓๘๙/ ๕๔๐๐

ที่ ศธ ๐๕๒๓.๑๔.๕/๒๕๐



วิทยาลัยบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๕๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล

ด้วย นางกฤษฎา กาเผือก รหัสประจำตัว ๕๑๐๕๕๐๑๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาพ) วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีความประสงค์จะพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้มีคุณภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การทำวิจัยที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยบริหารศาสตร์ เห็นว่าท่านมีผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในเรื่องที่ทำการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานในรายละเอียดกับท่านโดยตรงและสามารถติดต่อกับนักศึกษาได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๓/๐๖ ๑๓๓/๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์

งานบริการการศึกษาและกิจการนักศึกษา

โทรศัพท์. ๐ ๕๓๘๗ ๕๔๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๓๘๗ ๕๔๐๐

ที่ ศธ ๐๕๒๓.๑๔.๕/๒๕๓



วิทยาลัยบริหารศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
๖๓ หมู่ ๔ ตำบลหนองหาร
อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
๕๐๒๙๐

พฤศจิกายน ๒๕๕๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ทดสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน

ด้วย นางกฤษฎา กาเผือก รหัสประจำตัว ๕๑๐๕๕๐๑๐๐๑ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ (การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ) วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ได้ทำการวิจัย เรื่อง “กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่” นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยขอความอนุเคราะห์ให้ นางกฤษฎา กาเผือก นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิชาบริหารศาสตร์ ทำการทดสอบเครื่องมือวิจัย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วย ๑. แบบสัมภาษณ์ ๒. แบบสอบถาม เพื่อปรับปรุงให้มีคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง ทั้งนี้ นักศึกษาจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานในรายละเอียดกับท่านโดยตรงและสามารถติดต่อกับนักศึกษาได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๓/๐๖ ๑๓๓๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.สมคิด แก้วทิพย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยบริหารศาสตร์

งานบริการการศึกษาและกิจการนักศึกษา

โทรศัพท์. ๐ ๕๓๔๘๗ ๕๔๐๒

โทรสาร. ๐ ๕๓๔๘๗ ๕๔๐๐

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน
1	รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิวิโรจน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	นายสุทธิพงษ์ วสุโสภณ	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนปฏิบัติการพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
3	อาจารย์ภักดี รัตนผล	วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
4	ผศ.ดร.สินธุ์ สโรบล	วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
5	ผศ.ดร.ปรารธนา ยศสุข	วิทยาลัยบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
6	ผศ.ดร.อภิชาติ ไตรแสง	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
7	ผศ.ดร.เกษม นครเขตต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)

ภาคผนวก จ

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางกฤษณา กาเผือก
เกิดเมื่อ	25 ธันวาคม 2510
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรการสาธารณสุขชุมชน (ผดุงครรภ์ก่อนามัย) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ พ.ศ. 2536 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พ.ศ. 2541 ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2548 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2553 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2553 ประกาศนียบัตรหลักสูตร “Modern Executive Program: American Experience” Oklahoma State University, USA พ.ศ. 2556 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2531-2534 เจ้าพนักงานส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 เชียงใหม่ พ.ศ. 2534-2548 พยาบาลเทคนิค ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เชียงใหม่ พ.ศ. 2547-2548 อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่

ประวัติการทำงาน (ต่อ)	พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
	พ.ศ. 2554-ปัจจุบัน	คณะกรรมการสัมาชชาสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน	คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแบบองค์รวม CHILDLIFE จังหวัดเชียงใหม่
	พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน	คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่ และเด็ก เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1