

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” ทั้งนี้เพราะจำนวนหรือขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) สาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะ นวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และ โภชนาการ สถานการณ์นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากปรากฏการณ์ด้านประชากรศาสตร์ กล่าวคือ ประชากรกลุ่มที่เกิดในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 หรือประมาณปี พ.ศ.2489-2507 ซึ่งในยุคดังกล่าวหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนประชากร เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและฟื้นฟูประเทศหลังเหตุการณ์สงคราม ด้วยเหตุผลดังกล่าวการเพิ่มจำนวนประชากรในยุคนี้ (ที่เรียกว่ายุค Baby Boom) จึงมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของโลก และเมื่อใดก็ตามที่คนกลุ่มนี้เคลื่อนตัวไปที่ไหนก็จะส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งทาง ด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาประเทศตามไปด้วย (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2551) ปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้มีอายุอยู่ระหว่าง 44-62 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุและกำลังจะเกษียณอายุจากการทำงาน ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุ (ที่มีอายุเกิน 60ปี) จำนวนร้อยละ 10 ขึ้นไป ถือว่าประเทศนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุ สถานการณ์การเคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ 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 ขึ้นไปในระดับจังหวัดของเขตภาคเหนือ ตอนบนพบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด กล่าวคือในปี พ.ศ.2549 มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 180,145 คน ต่อมาในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 188,344 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

จากสถิติดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ กล่าวคือ ประเทศไทยมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุหรืออัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยปี 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) และปู่ย่า ตายาย (4 คน)รวม 6 คน นอกจากนี้เมื่อพิจารณา “อัตราส่วนเกือหนุนประชากรสูงอายุ” (Potential Support Ratio หรือ PSR) พบว่า อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ปี 2537 มีอัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุเท่ากับ 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 จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ส่งผลถึงความมั่นคงของสังคมโดยรวม กล่าวคือ ผู้อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น 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 และยังสามารถช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้ถึงร้อยละ 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 ในด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.1) ออกกำลังกายเป็นประจำ (อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์) ผู้สูงอายुर้อยละ 63.1 รับประทานผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ ร้อยละ 48.3 ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปี และเป็นที่น่าวิตกว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอนาคต โดย ร้อยละ 12.6 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 3.0 ดื่มสุราเป็นประจำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่า ในส่วนของงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อนี้ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลล่าสุดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในปีพ.ศ. 2552 มีค่าใช้จ่ายมากกว่าแสนล้านบาทต่อปี ยกตัวอย่างเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานสูงถึง 30,000 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีค่ารักษาโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพาตอัมพฤกษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคอัมพาตอัมพฤกษ์ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 75,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นภาระแก่ประเทศและครอบครัวของผู้ป่วยสูงมาก (วินัย สวัสดิ์วิตร, 2553)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะของโรคไม่ติดต่อนี้เป็นประเด็นสุขภาพที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนให้สอดคล้องกับแนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ 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 และมีประโยชน์อย่างใหญ่หลวงต่อการสาธารณสุขทั่วโลก โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้เสนอปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องต่อโรคไม่ติดต่อ คือ อาหารและกิจกรรมทางกาย สำหรับโรคไม่ติดต่อที่มีความเสี่ยงสำคัญที่สุดได้แก่โรคหัวใจ ภาวะสมองขาดเลือด เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอาหารและกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ภาระโรครวม การตายและความพิการเพิ่มขึ้น แต่ถ้าหากประชาชนมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้องจะสามารถลดอัตราการตายของประชากรโลกได้ถึงปีละ 3 ล้านคน (World Health Organization, 2010)

ด้วยเหตุดังนั้นกรอบความคิดเดิมเรื่องสุขภาพ (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 จากผลการประชุมได้กัญบัตรออตตาวาในการส่งเสริมสุขภาพ (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 ให้เกิดพันธะสัญญาด้านนโยบายที่ยั่งยืนตลอดจนถึงการนำหลักการไปประยุกต์ใช้ในชุมชนด้านกิจกรรมทางกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (World Health Organization, 2010)

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

ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่น ด้านการป้องกันการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ คือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายให้เกิดขึ้นจริง โดยมีเป้าประสงค์ให้เกิดข้อกำหนดด้านนโยบายท้องถิ่น ตลอดจนการนำนโยบายท้องถิ่นไปปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมดังกล่าว จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่หนึ่ง(มีสุขภาพปกติช่วยเหลือตนเองได้) ไม่ให้กลายเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่สอง (ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน) หรือกลุ่มที่สาม (ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้) อย่างไรก็ตามพบว่า ประเด็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพต่างๆสำหรับประชาชนในปัจจุบัน ยังขาดการกำหนดทิศทางที่เหมาะสมในระดับท้องถิ่น 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 เป็นที่ทราบกันดีว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาด้านทางการเมือง การบริหาร เศรษฐกิจ สังคมและสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น อันเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย โดยมุ่งลดบทบาทของรัฐส่วนกลาง(decentralize) และให้ประชาชนได้มีส่วนในการบริหารงานชุมชนท้องถิ่น ตามเจตนารมณ์ของประชาชนมากขึ้น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จึงเป็นการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ใหม่ ระหว่างส่วนกลางกับส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์บ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลง มีกลุ่มที่หลากหลาย มีความแตกต่างกัน ชัดแย้งกัน มีความต้องการและความคาดหวังจากรัฐที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รัฐเองก็มีขีดความสามารถและทรัพยากรที่จำกัด ในการตอบสนองปัญหา ความต้องการที่เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์ และตรงกับความต้องการของท้องถิ่น

ดังนั้น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นจึงเป็นการกระจายหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ โดยตรงกับท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นรับผิดชอบดำเนินการเอง โดยมีการมอบอำนาจการตัดสินใจ เป็นการกระจายอำนาจการตัดสินใจดำเนินการตามหน้าที่ที่ส่วนกลางกระจายไปให้ท้องถิ่นดำเนินการ รวมทั้งทรัพยากรการบริหาร เป็นการกระจายบุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้กับท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบต่อหน้าที่เป็นการกระจายความรับผิดชอบต่อภารกิจหน้าที่ 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 : กระบวนการพัฒนา
นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

โดยมีคำถามการวิจัยดังนี้

1. กระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

2. กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรม
ทางกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างไร

2.1 กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้าน
กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

2.2 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้าน
กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นอย่างไร

2.3 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบาย
สาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

คุณฉันทิพนธ์เรื่อง กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม
ด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ มี
วัตถุประสงค์คือ

1. ศึกษากระบวนการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. วิเคราะห์และพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วม
ด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเด็น

2.1 กระบวนการเกิดนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้าน
กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 กระบวนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้าน
กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

2.3 การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบาย สาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

ขอบเขตของการวิจัย

1. **ด้านพื้นที่วิจัย** ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ เพราะจังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตภาคเหนือ และมีความหลากหลายของสภาพ โดยทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ จังหวัดเชียงใหม่มีองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจำนวนมากและหลายแห่งมีความเข้มแข็งทั้งในส่วน ที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชน มีการดำเนินงานภายใต้ นโยบายด้านสุขภาพ ตลอดจนมีสมัชชา สุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ที่เข้มแข็ง โดยในช่วงแรก ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนิน นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 211 แห่ง ทั้งในระดับ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล และในช่วงที่สอง เลือก กรณีศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายท้องถิ่น 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตงโดยมี หลักเกณฑ์ในการเลือกคือ

1.1 ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และเห็นความสำคัญต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพ ของประชาชน (ผู้วิจัยเข้าพบที่มบริหารเพื่อหารือความเป็นไปได้ที่จะเข้าดำเนินการวิจัย)

1.2 ผู้บริหารและคณะบริหารยินยอมเข้าร่วมปฏิบัติงานวิจัย (โดยผ่านการ ขอมติจากที่ประชุมสภาเทศบาล)

1.3 สมาชิกสภาเทศบาลมีมติรับหลักการร่วมงานวิจัยหลังได้รับคำชี้แจง จากผู้วิจัย

1.4 เป็นเทศบาลที่มีผลงานเด่นด้านผู้สูงอายุ (หลักฐานการพิจารณา คือ ชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเสริมอาชีพของชุมชน)

1.5 มีความร่วมมือของเครือข่ายในพื้นที่อย่างเข้มแข็ง (หลักฐานการ พิจารณา คือรางวัลการมีส่วนร่วมจากสถาบันพระปกเกล้า ปี 2553)

2. ด้านเนื้อหาการวิจัย

2.1 นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนโยบายที่กำหนดในระดับเทศบาลเมืองภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนถึงการดำเนินงานระดับแผนงาน โครงการ และกิจกรรมของท้องถิ่น

2.2 การศึกษานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านขอบเขตเนื้อหาของความหมายมิติสุขภาพที่กว้างขวาง ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาของการทำวิจัยและความเป็นไปได้ในการลงปฏิบัติจริงในพื้นที่ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะประเด็นด้านกิจกรรมทางกายภายใต้ฐานคิดที่เชื่อว่า เมื่อมนุษย์มีสุขภาพกายที่ดีก็จะ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพด้านจิตใจ 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 โดยเปรียบเทียบกับการบรรลุจุดมุ่งหมาย (goal attainment) ของแนวคิดด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ในระดับแผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อนำ

ผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางปรับปรุง แก้ไขปัญหา และนำสู่การเปลี่ยนแปลงในระดับปฏิบัติ และพัฒนาไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

2.6 กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาครอบคลุมในประเด็นของการสร้างนโยบาย กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อค้นพบทางวิชาการที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านนโยบายสาธารณะผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขทุกระดับ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำข้อมูลเชิงวิชาการนี้ปรับใช้กับแนวทางการดำเนินงานตามนโยบาย และสามารถใช้เป็นแนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่าองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถช่วยขยายพรหมแดนของมิติการแก้ปัญหาสุขภาพเดิมสู่การบูรณาการร่วมกันกับศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านนโยบายสาธารณะ การบริหารรัฐกิจ และด้านบริหารศาสตร์

2. ข้อค้นพบทางการบริหารจัดการที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ นักบริหารงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ในการกำหนดรูปแบบของนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนร่วมกับการสอดแทรกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่น 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 การนำประเด็นปัญหาเข้าสู่เวทีท้องถิ่นและการรับหลักการในสภาเทศบาลเพื่อพิจารณาในการออกข้อบัญญัติเทศบาลด้านกิจกรรมทางกาย รวมทั้งการนำข้อบัญญัติไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่การสร้างตัวแบบเชิงกระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อบัญญัติเทศบาลด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ที่ได้มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อบัญญัติหรือนโยบายดังกล่าวนำไปสู่การปฏิบัติโดยการดำเนินงานตามแผนงาน 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 เพื่อมุ่งสู่ผลสำเร็จที่ตั้งไว้

การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมในการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติ หมายถึง การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์ของข้อบัญญัติ แผนงาน โครงการและกิจกรรมของเทศบาลด้านกิจกรรมทางกายผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบและขั้นตอน ตลอดจนมีการปรับปรุงกระบวนการด้านนโยบายย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การมีส่วนร่วมระหว่างเทศบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน

การมีส่วนร่วม หมายถึง การกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนในการกำหนด การเปลี่ยนแปลงทั้งเพื่อตัวเอง และกลุ่ม โดยมีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเองและกลุ่มมีส่วนในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ปรารถนาหรือที่ตั้งไว้

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