

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) เชื่อว่ารัฐบาลสามารถกำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีแรงผลักดันมาจากนักวิชาการที่ต้องการสร้างศาสตร์และองค์ความรู้ทางด้านนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะฮาโรลด์ ลาสเวลล์ (Harold Lasswell) เฮอร์เบิร์ต ไชมอน (Herbert Simon) ชาลส์ ลินด์บลอม (Charles Lindblom) และเดวิด อีสตัน (David Easton) ซึ่งทำให้การศึกษาขั้นตอนของนโยบายผสมผสานเข้ากับแนวคิดเชิงระบบและมีผลให้การศึกษา นโยบายมีกรอบแนวคิดของตัวเอง (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2550)

แก่นความคิดของการศึกษานโยบายสาธารณะ มีลักษณะเฉพาะของการศึกษานโยบายสาธารณะ 2 อย่าง (สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 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

ยังศึกษาได้ทั้งเชิงทวิสัย (objective) อัตวิสัย (subjective) และสหวิทยาการ (interdisciplinary) เพื่อบูรณาการมิติต่างๆ เข้าด้วยกัน ยิ่งกว่านั้นพรมแดนนโยบายสาธารณะยังแยกย่อยและไม่มีจุดจบ ขอบข่ายของนโยบายสาธารณะจึงขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและความเข้าใจของผู้ศึกษาซึ่งมีหลากหลายและแตกต่างกัน สำหรับนักวิชาการทางด้านนโยบายสาธารณะจะเน้นที่การกำหนดนโยบายและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นหลัก วัตถุประสงค์หลักของการศึกษานโยบายก็คือ ต้องการให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาของนโยบายที่ศึกษาและที่ยากกว่านั้นคือ การรับรู้ถึงอาณาบริเวณของนโยบายใหม่ๆ ที่น่าสนใจ ความคิดหลักอีกอันหนึ่งคือ ต้องการให้ข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงนโยบายและแยกฐานะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายออกจากกัน ด้านหนึ่งนักวิเคราะห์นโยบายต้องการรักษาค่านิยมและความคิดที่ยึดมั่น ส่วนอีกด้านหนึ่งก็ต้องรับใช้ผู้มีอำนาจ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, 2543) การศึกษานโยบายจึงเป็นเสมือนสะพานที่เชื่อมความรู้กับอำนาจเข้าด้วยกัน จากความหลากหลายเหล่านี้ทำให้การศึกษานโยบายสาธารณะเป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็มีความสำคัญต่อการสร้างความรู้ที่จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อมนุษย์ในอนาคต

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

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

นโยบายสาธารณะเกิดขึ้นได้อย่างไร นโยบายสาธารณะอาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการ กล่าวคือ ปรากฏการณ์หรือสภาพปัญหาที่สังคมกำลังเผชิญอยู่ เจตนาธรรมของผู้กำหนดนโยบาย แรงกดดันจากสังคม ข้อเรียกร้องจากพลังทางการเมือง การเรียกร้องและการกดดันจากภายนอก และการดำเนินการตามอย่าง (ลินธุ์ 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 การสถาปนาหรือตัดสัมพันธ์ทางทศกัณฑ์กับประเทศต่างๆ 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 ที่สังคมอนุญาตหรือห้ามมิให้กระทำ การตัดสินใจดังกล่าวอาจออกมาในรูปคำแถลงการณ์ กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ หรือคำพิพากษา เป็นต้น

2.3 Eulau and Prewitt (1973 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัญวงศ์, 2540) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจที่ไม่ใช่การตัดสินใจชั่วคราว 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 เพื่อชี้้นำให้มีกิจกรรม/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 : ถ้านโยบายที่รัฐบาลกำหนดขึ้นสอดคล้องตามความต้องการของประชาชน จะทำให้รัฐบาลได้รับความศรัทธาเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับชอบ
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	การตัดสินใจที่จะเลือกเอาประเด็น สาธารณะมาเป็นประเด็นทางนโยบาย ของรัฐ	ชนชั้นนำในสังคม (elite) คณะรัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
3.Policy Formulation	การกำหนดนโยบาย การสร้างข้อเสนอ ทางนโยบายให้เป็น 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 ขณะเดียวกันลักษณะการบรรจุเป็นระเบียบวาระนโยบายก็เป็นตัวชี้ว่าแนวทางแก้ปัญหา นโยบายจะเป็นอย่างไร (เรื่องวิทย์ 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”

เมื่อเชื่อมโยงไปถึงปัญหาสาธารณสุขในที่นี้อธิบายได้ว่าปัญหาสาธารณสุข คือข้อขัดข้องหรือเรื่องเดือดร้อนของคนหรือกลุ่มที่มีผลกระทบต่อคนอื่นซึ่งสามารถรับรู้ได้และก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหายาเสพติดหรือการพนัน นอกจากผู้เสพหรือผู้เล่นเสียสุขภาพและเสียเงินแล้วยังเป็นภาระต่อครอบครัวและเป็นสาเหตุของอาชญากรรม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เป็นต้น ส่วนคำว่า “ ประเด็น ” หมายถึง เหตุการณ์ที่ผันแปรหรือข้อโต้แย้งที่เกิดอย่างรวดเร็วนำไปสู่ความสนใจของสาธารณะ ทำให้สาธารณะเข้ามาเกี่ยวข้องและสนับสนุนให้มีการแก้ปัญหาซ้ำ ๆ กัน นอกจากนี้ตามความหมายของโรเบิร์ต อายสโตน (Robert Eyestone) ได้อธิบาย “ ประเด็น ” ไว้ว่า “ ประเด็นเป็นสถานการณ์ทางการเมืองชนิดพิเศษ ซึ่งมีการระบุนสาเหตุหรือที่มา ลักษณะและผลลัพธ์ ที่อาจเป็นไปได้ส่วนหนึ่ง สำหรับที่มานั้น ประเด็นเกิดขึ้นเมื่อคนทั่วไปที่มีปัญหาและหาทางหรือเรียกร้องให้รัฐบาลกระทำการใด ๆ และคนทั่วไปยังคงตกลงกันไม่ได้ว่าจะแก้ปัญหาให้ดีที่สุดได้อย่างไร ” คำอธิบายของอายสโตนสอดคล้องกับที่ วิลเลียม ดันน์ (William Dunn) กล่าวว่า “ ประเด็นนโยบายไม่เพียงเป็นเรื่องที่ตกลงกันไม่ได้ในเรื่องแนวทางปฏิบัติที่เป็นจริงหรือที่เป็นไปได้แต่ยังสะท้อนถึงทรศนะที่แข่งขันกันต่อธรรมชาติของปัญหา ดังนั้น ประเด็นนโยบายจึงเป็นผลที่เกิดจากการโต้เถียงกันก่อนหน้าในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การนิยามปัญหา การจำแนกประเภทปัญหา การอธิบายและการประเมินปัญหา ” (Dunn, 1994) ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัญหาสาธารณสุขเป็นความขัดข้องหรือความเดือดร้อนที่เกิดแก่คนหมู่มาก ส่วนประเด็นเป็นเรื่องที่สังคมหรือสาธารณะสนใจถกเถียงกันและเรียกร้องต่อรัฐบาลเพื่อให้รัฐหาทางแก้ไขปัญหา เช่น การจัดสวนสาธารณะ การห้ามโฆษณาเหล้าหรือบุหรี่ การสร้างรถไฟฟ้าในเมือง เป็นต้น

ปัญหาสาธารณสุขหรือประเด็นที่ถกเถียงกันจะพัฒนาไปสู่กระบวนการนโยบาย เมื่อมีการเมืองเข้ามาผลักดันจนรัฐบาลสนใจและจัดเป็นระเบียบวาระ ซึ่งต้องอาศัย “ ตัวจุดชนวน ” (triggering mechanism) โดยที่ตัวจุดชนวนจะช่วยเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้ปัญหากับการเรียกร้องให้รัฐบาลกระทำการ หรือเป็นช่วงที่ประชาชนรู้ว่ามิช่องว่างเกิดขึ้นระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่ (What is) กับสิ่งที่ควรจะเป็น (What should be) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งตัวจุดชนวนออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือตัวจุดชนวนภายใน (internal triggering mechanism) และตัวจุดชนวนภายนอก (external triggering mechanism) ยกตัวอย่างตัวจุดชนวนภายในเช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี กัยพิบัติทางธรรมชาติ 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 ต่อมามีการขยายประเด็นไปสู่ความสนใจของกลุ่มอื่นจนเป็นระเบียบวาระและในที่สุดก็สร้างแรงกดดันต่อผู้ตัดสินใจจนต้องนำประเด็น ไปกำหนดระเบียบวาระอย่างเป็นทางการ

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 แรงผลักดันจากการเป็นระเบียบวาระที่มาจาก การเปรียบเทียบและล้น ออกมาจากปัญหาเดิม (analogous and spillover agenda setting)

4.3 แรงผลักดันในด้านของความสัมพันธ์กับสัญลักษณ์ที่สังคมรับรู้ อยู่แล้ว (relationships to symbols) เช่น ประเด็นเด็กหรือผู้สูงอายุ การรณรงค์โรคเอดส์ เป็นต้น

4.4 แรงผลักดันในด้านการขาดเครื่องมือทางภาคเอกชน (absence of private means)

4.5 แรงผลักดันในด้านการมีเทคโนโลยีที่เพียงพอ (availability of technology)

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

5. ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย

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

5.1 ประเด็นด้านปัญหา จุดมุ่งหมายและผลผลิต (problems, goals, and outputs) ซึ่งจะต้องเขียนออกมาว่าผลผลิตของนโยบายต้องการบรรลุอะไร ปัญหาที่พบคือ นโยบาย ที่เขียนมักมีจุดมุ่งหมายหลายอย่างมากเกินไป การออกแบบที่ดีจึงต้องอธิบายได้ว่าจุดมุ่งหมายกับ ผลผลิตของนโยบายแตกต่างกันอย่างไร เช่น โครงการสร้างเขื่อน ผลผลิตของโครงการคือ เขื่อน ส่วนจุดมุ่งหมายคือ ผลิตกระแสไฟฟ้า เป็นต้น

5.2 ประเด็นด้านประชากรเป้าหมาย (target populations) พฤติกรรมของประชากรเป้าหมายมีผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายเป็นอย่างมาก ดังนั้นประชากรเป้าหมายจึงเป็นตัวกำหนดการออกนโยบาย ซึ่งการออกแบบนโยบาย โดยเฉพาะในสังคมประชาธิปไตยจึงต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในนโยบายให้มากยิ่งขึ้น

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

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

ส่วนสรุป ในประเด็นการกำหนดนโยบายผู้วิจัยนำแนวคิด ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยดังต่อไปนี้ กระบวนการกำหนดนโยบายเริ่มต้นจากการรับรู้ปัญหาหรือประเด็นของสังคม จากนั้นเกิดกระบวนการผลักดันให้เป็นระเบียบวาระนโยบาย โดยมีการพิจารณาหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และออกแบบนโยบายให้สอดคล้องเพื่อผลักดันให้เป็นระเบียบวาระนโยบาย และกำหนดออกมาเป็นนโยบาย ตลอดถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ได้นำแนวคิดและขั้นตอนการกำหนดนโยบายมาประยุกต์ใช้ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านกิจกรรมทางกายที่มาจากความต้องการและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน

กระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การศึกษาวงจรชีวิตนโยบายสาธารณะ ในขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่จะแปรความเป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม การนำนโยบายไปปฏิบัติจะส่งผลสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์ แสดงถึงประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้นขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนประเมินประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ของนโยบายได้

เป็นอย่างดี (เจษฎา มิ่งฉาย, 2552) โดยที่ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการศึกษาว่า องค์กร บุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำและกระตุ้นให้ทรัพยากรทางการบริหาร ทั้งหมด ปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบายที่ระบุได้หรือไม่แค่นั้น เพียงใด การนำนโยบายไปปฏิบัติ ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมด สามารถบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ เป็นการแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับ ปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อที่จะศึกษาบทเรียน 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 สำคัญ ระหว่างการกำหนดนโยบายและการประเมินนโยบาย กลับกลายเป็นช่องว่างที่ไม่ได้รับความ สนใจ ซึ่งบ่อยครั้งเป็นสาเหตุที่นโยบายหรือโครงการที่ได้รับการยอมรับในเบื้องต้นแล้วแต่หรือ สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ กลับล้มเหลวเมื่อนำไปปฏิบัติจริง โดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุของ ความล้มเหลวนั้นได้ จึงทำให้เห็นนโยบายดังกล่าวต้องล้มเลิกไปในที่สุด

กระบวนการของการกำหนดนโยบาย	กระบวนการการนำนโยบายไปปฏิบัติ	การประเมินผล
----------------------------	-------------------------------	--------------

องค์ประกอบการศึกษาการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ
ที่มา: วรเดช จันทรศร (2548:31)

ด้วยเหตุนี้ทำให้นักวิชาการหลายท่านมองเห็นว่าการศึกษานโยบายไปปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย ตลอดจนปรับปรุงการปฏิบัติงานตามเจตจำนงของนโยบายให้ดีขึ้น

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นเหมือนแนวคิดหลักที่ใช้ในกระบวนการศึกษา ตามที่ วรเดช จันทรศร (2548: 18-12) ได้ระบุไว้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องของความสามารถที่จะผลักดันให้การทำงานของกลไกที่สำคัญทั้งหมดสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ ดังนั้นเนื้อหาสาระของกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษานโยบายไปปฏิบัติจึงเน้นไปที่ การแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation process) ไม่ว่าจะเป็เชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ หรือทั้งสองด้านรวมกัน แนวทางในการดำเนินการดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับปรัชญาของการศึกษานโยบายไปปฏิบัติที่มุ่งแสวงหาความรู้ความจริง และเหตุผลที่ก่อให้เกิดการกระทำในเรื่องนั้น โดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่บ้นปลายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบให้มากที่สุด 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

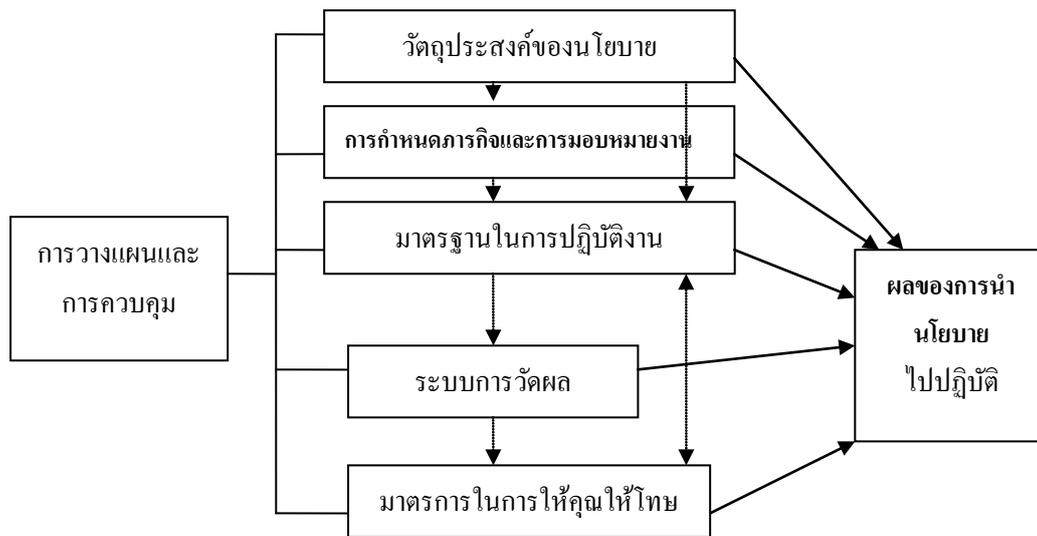
มิติที่ 2 ผลของความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะต้องไม่ก่อให้เกิดปัญหา หรือผลกระทบที่ไม่ดีต่อนโยบายหรือโครงการอื่นๆ

มิติที่ 3 ผลรวมของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งหมด ต้องก่อให้เกิดผลของการพัฒนาประเทศที่พึงปรารถนา

1. ตัวแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

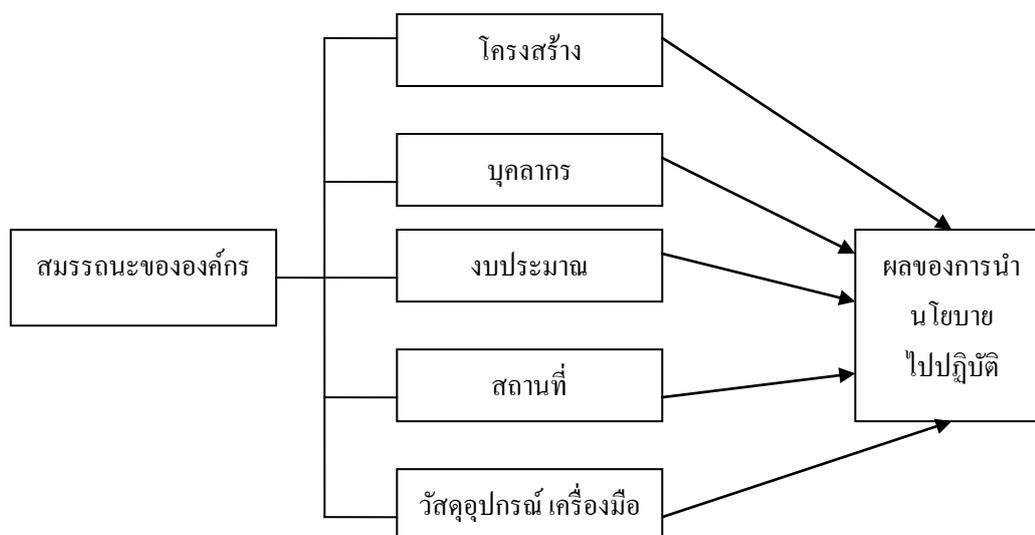
ตัวแบบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่นำมาใช้เป็นกรอบทฤษฎีในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแบบเชิงบูรณาการ ซึ่งตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่รวบรวมแนวคิดของตัวแบบที่ 1-5 เข้ามาบูรณาการ จากการสังเคราะห์แนวคิดเรื่องตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้น วรเดช จันทรศร ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งเชื่อมโยงระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบาย แผนงานและโครงการไปปฏิบัติ โดยนำเสนอตัวแบบทางทฤษฎี (theoretical model) หรือแนวทางการศึกษารวม 6 ตัวแบบ โดยที่ตัวแบบสามารถแบ่งตามระยะของการพัฒนา ออกได้เป็น 2 ช่วง คือ ตัวแบบที่ 1-5 เป็นตัวแบบที่พัฒนาขึ้นมาปี พ.ศ.2527 และตัวแบบที่ 6 ได้ถูกพัฒนาขึ้นมา ในปี พ.ศ.2540 (วรเดช 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 ฐานคติของตัวแบบ คือ โครงการที่ประสบผลสำเร็จจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายและกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยงานย่อยต่างๆ ขององค์กรและมีระบบวัดผลการปฏิบัติงานการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานเด่นชัด



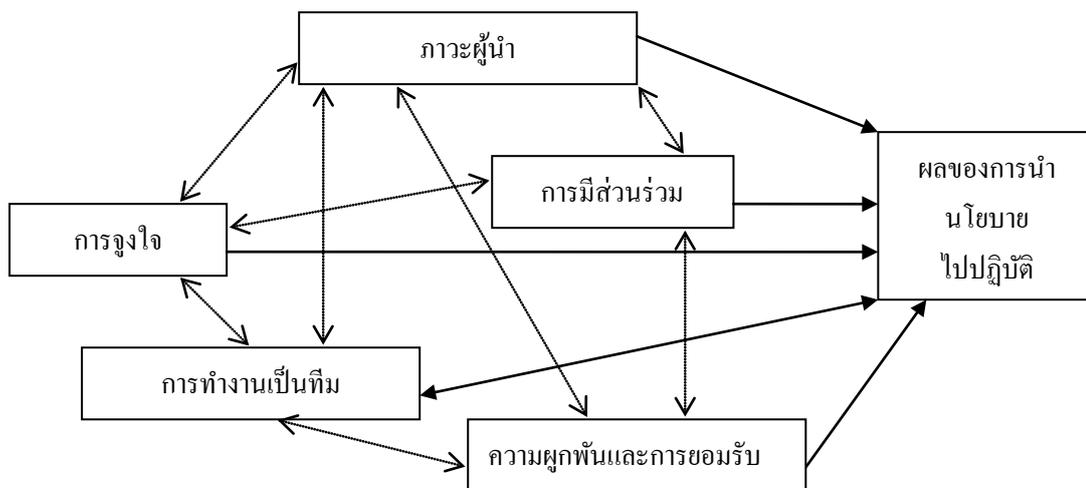
ภาพ 1 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบที่ยืดหลักเหตุผล
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:138)

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



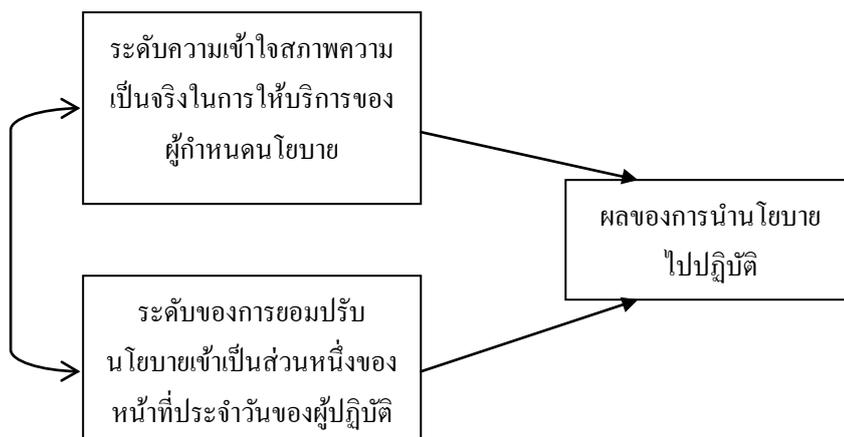
ภาพ 2 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการจัดการ
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:141)

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



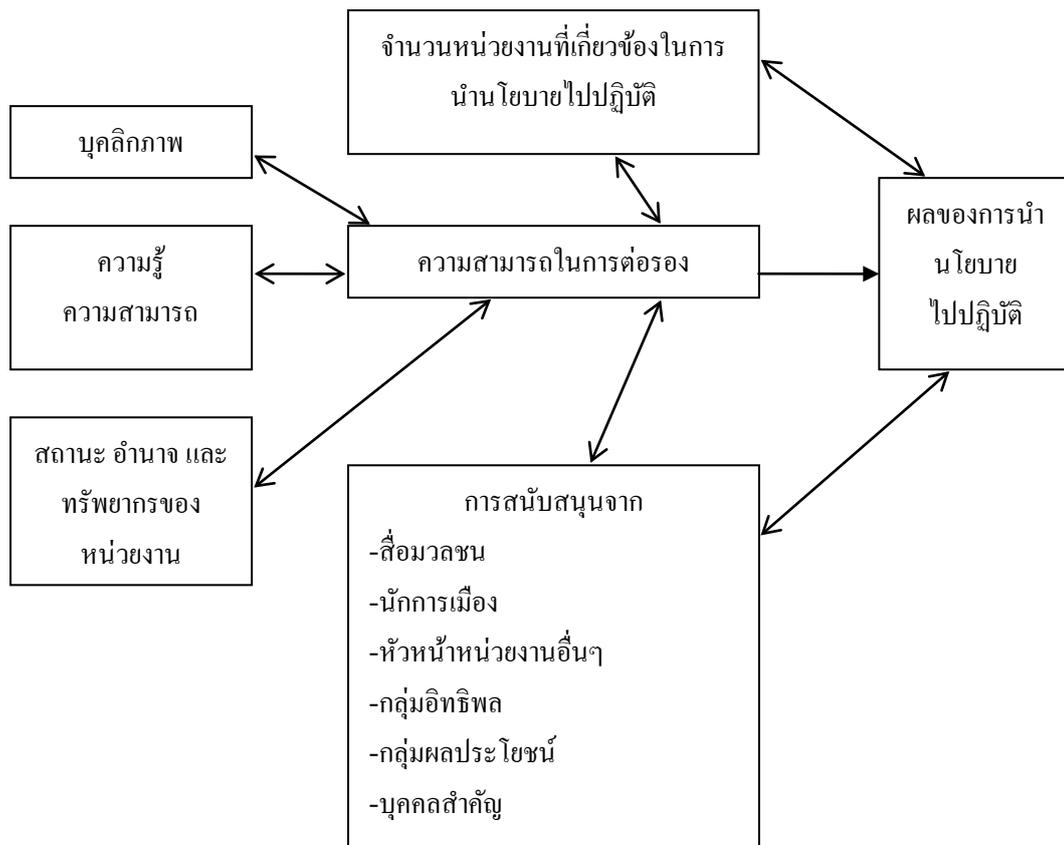
ภาพ 3 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร
ที่มา : วรเดช จันทรศร (2548:143)

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



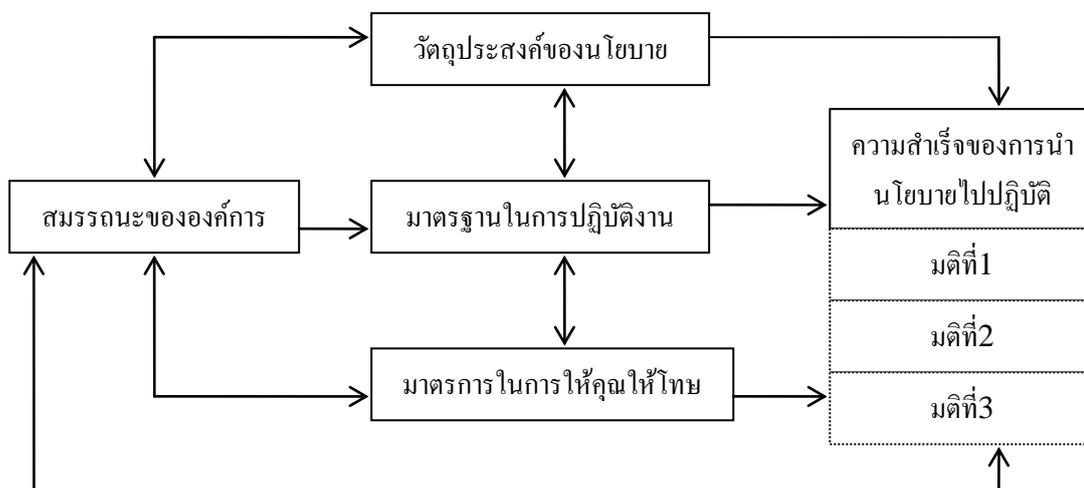
ภาพ 4 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบทางกระบวนการระบบราชการ
ที่มา : วรเดช จันทรร (2548:145)

1.5 ตัวแบบทางการเมือง (political model) ตัวแบบนี้เชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เกิดจากความสามารถของบุคลากรที่เป็นตัวแทนขององค์กรหรือผู้เล่น(players) และความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกองค์กร ตัวแบบนี้เห็นว่าการสร้างสมานฉันท์หรือการยอมรับ(consensus) และวิธีการของการมีส่วนร่วม(participation) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นยาก แต่ความขัดแย้ง(conflict) เป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดในองค์กรและในระบบสังคมทั่วไป การนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นเรื่องของการเผชิญหน้า การบริหารความขัดแย้ง การแสวงหาความสนับสนุน การโฆษณาชวนเชื่อ การรู้จักสร้างเงื่อนไขและหาข้อต่อรองในการจัดสรรทรัพยากร ความสำเร็จส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการเจรจา สถานะอำนาจ และทรัพยากรที่มีอยู่ใช้ เป็นเครื่องมือในการต่อรองของบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร 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 จันทรร (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 มีวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ 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

วเรช จันทรศร (2548:277) ยังได้สรุปตัวชี้วัดเกณฑ์ด้านความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่าหนึ่งในหลายปัจจัยที่สรุปไว้คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของนโยบาย โดยนโยบายใดที่มีการระบุแนวทางหรือขั้นตอนการแก้ไขปัญหาไว้ย่อมนำไปสู่ความสำเร็จได้ดีกว่า

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

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 จำนวนกลุ่มเป้าหมายและประเภทกลุ่มเป้าหมาย ประเภทการให้บริการ ประเภทของกำลังคนที่จะใช้ดำเนินนโยบาย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (collection of information) เพื่อดูว่านโยบายบรรลุจุดมุ่งหมายแต่ละระยะเพียงใด ซึ่งต้องมีการออกแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเฉพาะ เพราะหากเก็บรวบรวมข้อมูลโดยไม่วิเคราะห์ให้ลึกก่อน อาจไม่ตรงเป้าหมายของการติดตามผลวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้หลายทาง เช่น เก็บจากบันทึก สืบจากผู้บริหาร หรือการสังเกต

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

3.1 การทำตามนโยบาย (compliance) โดยติดตามดูว่าผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคนอื่นทำตามมาตรฐาน ตัวชี้วัดและขั้นตอนที่กำหนดไว้หรือไม่

3.2 การตรวจสอบ (auditing) โดยตรวจสอบว่าทรัพยากรและการบริการที่กำหนดว่าจะให้แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้รับประโยชน์นั้นที่แท้จริงแล้วเป็นอย่างไร เช่น ติดตามผลนโยบายกระจายรายได้เพื่อให้ทราบว่าเงินทุนได้กระจายไปยังท้องถิ่นตามต้องการหรือไม่

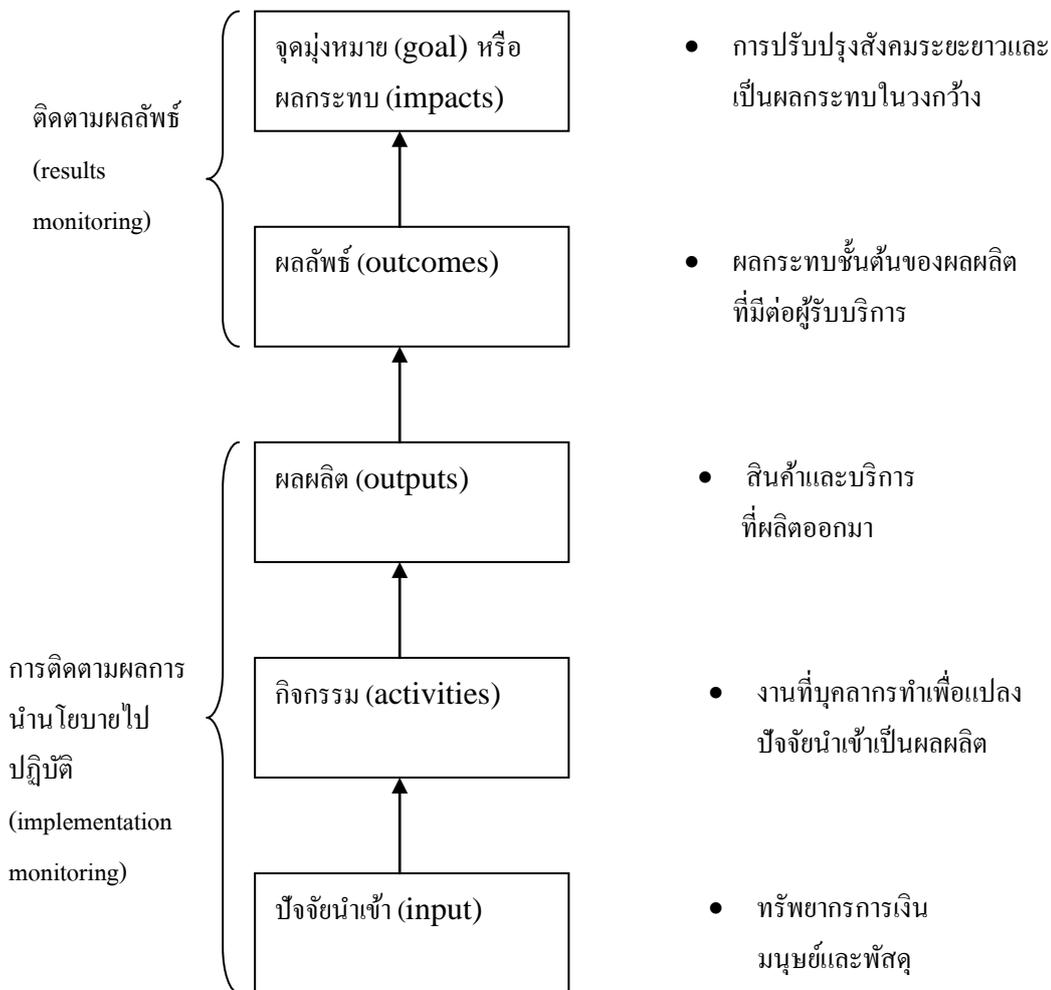
3.3 การทำบัญชี (accounting) หมายถึงการสร้างตัวชี้วัดและใช้ตัวชี้วัดเพื่อชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากการนำนโยบายไปปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่กำหนดหรือไม่ เช่น การติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตจากตัวชี้วัดทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาโดยเฉลี่ย

ร้อยละของประชากรที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน หรือการได้รับเงินค่าจ้างในวันหยุดประจำปี โดยเฉลี่ย เป็นต้น

3.4 การอธิบาย (explanation) เช่น อธิบายว่าทำไมผลลัพธ์ของนโยบายจึงแตกต่างกัน เพื่อให้รู้ว่านโยบายที่ทดลองใช้นั้นนโยบายใดดีที่สุด นโยบายนั้นทำงานอย่างไร และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

ประเภทและระดับของการติดตามผลนโยบาย

การติดตามผลนโยบายแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การติดตามผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation monitoring) กับการติดตามผลลัพธ์ (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 ชำรงชัยวงศ์, 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 ชำรงชัยวงศ์, 2549)

Owen (1993 อ้างใน สมบัติ ชำรงชัยวงศ์, 2549) ให้ทัศนะว่า การประเมินผลหมายถึง กระบวนการจัดหาข้อมูล เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ถูกประเมิน คำว่าประเมินผล “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 คู้่มค่าหรือไม่

จากทัศนะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการวางแผน ออกแบบและนำโครงการไปปฏิบัติให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ บรรลุผลที่พึงประสงค์แก่สมาชิกของชุมชนและสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องคำนึงถึงการตอบคำถามที่จำเป็นข้างต้นด้วย

Anderson (1994 อ้างใน สมบัติ ชำรงธัญวงศ์, 2540) ให้ทัศนะว่าการประเมินผลนโยบายเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการประมาณการ การประเมินหรือการประมาณค่านโยบาย ซึ่งรวมถึงเนื้อหาสาระการนำนโยบายไปปฏิบัติ และผลกระทบ ในฐานะที่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การประเมินผลเกิดขึ้นตลอดกระบวนการของนโยบาย (policy process) การประเมินผลมิใช่เรื่องที่ยืดหยุ่นในฐานะที่เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการนโยบายเท่านั้น 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

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรมตินโยบาย เนื่องจากวงจรมตินโยบายแต่ละขั้นตอนต้องมีการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ดังสาระสำคัญดังนี้



ภาพ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรมตินโยบาย
ที่มา : เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550)

จากแผนภาพความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินผลกับวงจรนโยบาย จะเห็นได้ว่า วงจรนโยบายแต่ละขั้นต้องมีการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ซึ่งสามารถอธิบาย สาระสำคัญได้ดังนี้

1. ขั้นกำหนดระเบียบวาระ (agenda setting) เป็นขั้นที่ตอบว่าปัญหาสังคมหนึ่งๆ จะได้รับความสนใจจากรัฐบาลโดยจัดเป็นระเบียบวาระหรือไม่ ขั้นนี้สำคัญมากเพราะถ้าหากไม่อยู่ในระเบียบวาระก็จะไม่ได้รับการพิจารณา ทั้งที่ปัญหาที่หลุดไปอาจสำคัญกว่าเรื่องที่ได้รับพิจารณา ก็ได้ ผู้มีอำนาจในรัฐบาลและชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใครควรเป็นระเบียบวาระ 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) เป็นขั้นระบุทางเลือกที่จะทำให้บรรลุ วัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อาจประเมินผลกระทบก่อนที่จะปฏิบัติจริง ในขั้นนี้อาจ วิเคราะห์การตัดสินใจ (decision analysis) เพื่อทำความเข้าใจกับกลยุทธ์ของทางเลือกต่างๆ ที่จะ นำไปปฏิบัติ

4. ขั้นสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบาย (policy legitimation) 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 จึงมีแนวโน้มที่จะนำเสนอผลในด้านดี เพื่อให้เกิดความประทับใจแก่ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานในองค์กร 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 นอกจากนี้ผู้ประเมินผลบางท่านอาจจะให้ความสนใจต่อเป้าประสงค์ที่ถูกกล่าวยและสนใจในการตรวจสอบว่าทำไมโครงการจึงประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว โดยให้ความสนใจพิจารณาผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหมายและมิได้คาดหมาย

การประเมินผลโดยปลอดเป้าประสงค์ (Goal-Free Evaluation) แนวทางนี้จะตรงกันข้ามกับแนวทางที่มุ่งการประเมินเป้าประสงค์เป็นหลัก ทั้งนี้เพราะเห็นจุดอ่อนว่าการที่ผู้ประเมินผลมุ่งสนใจเฉพาะเป้าประสงค์เป็นหลัก อาจละเลยข้อมูลอื่นๆ ที่มีความสำคัญและจำเป็น และมีผลกระทบต่อเป้าประสงค์ทั้งตรงและทางอ้อม ดังนั้นการประเมินผลโดยปลอดเป้าประสงค์จึงมุ่งที่ผลกระทบของโครงการนอกเหนือจากเกณฑ์ที่คาดหมายไว้ โดยเฉพาะการให้ความสนใจต่อสิ่งที่ประชาชนได้รับจริงจากโครงการ ผู้ประเมินผลจะให้ความสนใจอย่างมากในการศึกษารายละเอียดของโครงการ ทั้งผู้นำโครงการ ไปปฏิบัติ 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 การบริหารโครงการมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพียงใด การลงทุนของรัฐบาลบรรลุวัตถุประสงค์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนตามที่กำหนดไว้เพียงใด

การประเมินโดยมุ่งเน้นทัศนะของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion Model) แนวทางนี้มุ่งที่จะขจัดอคติของผู้ประเมินตามแนวทางดั้งเดิม (Traditional Evaluation) และหลีกเลี่ยงข้อจำกัดของการประเมินแบบกล่องดำ (Black Box Evaluation) และการประเมินงบประมาณประจำปี (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) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ได้รับ ความเชื่อถืออย่างกว้างขวาง

การประเมินผลโดยมุ่งกระบวนการตัดสินใจ (Decision Oriented Evaluation)

การประเมินผลตามแนวทางนี้จะให้ความสนใจในการจัดหาข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ของผู้ตัดสินใจหรืออาจกล่าวได้ว่า การประเมินผลจะต้องนำเสนอข้อมูลหรือทางเลือกเพื่อประโยชน์ของผู้ตัดสินใจเป็นสำคัญว่า จะให้ทำการปรับปรุงโครงการอย่างไรหรือไม่ หรือจะให้โครงการดำเนินต่อไปหรือจะให้ยุติโครงการเป็นต้น

การประเมินผลโดยคำนึงถึงกลุ่มหลากหลาย (Pluralist-Intuitionist Evaluation)

แนวทางนี้ให้ความสนใจเกี่ยวกับกรณีศึกษาโดยอยู่บนพื้นฐานของการสัมภาษณ์ หรือการสังเกตการณ์รวมทั้งแนวทางหลักด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียที่สังกัดอยู่ในกลุ่มอิทธิพลและผลประโยชน์ต่างๆ ซึ่งจะมีผลอย่างสำคัญต่อการผลักดันให้โครงการดำเนินต่อไปหรือต้องยุติโครงการ การประเมินในแนวทางนี้ผู้ประเมินผลอาจพบกับความยุ่งยากใจในการเผชิญกับความต้องการของกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ประเมินผลจำเป็นจะต้องมีจุดยืนที่มั่นคง และใช้วิธีการประเมินผลที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้เป็นสำคัญ เพื่อลดความ

กวดขันจากผู้มีส่วนได้เสียที่สังกัดอยู่ในกลุ่มหลากหลายจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันก็จะต้องให้ความสำคัญต่อความต้องการของกลุ่มหลากหลาย โดยพิจารณาว่าวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องต่อการตอบสนองความต้องการเหล่านี้เพียงใด หากพบว่าไม่สอดคล้องจะต้องนำเสนอให้ทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

การประเมินโดยมุ่งการอธิบายอย่างแจ่มชัด (Illuminative Evaluation)

แนวทางนี้มุ่งในการอธิบายและการตีความมากกว่าการวัดเชิงปริมาณและการคาดหมาย การประเมินผลมุ่งขจัดความคลุมเครือ โดยใช้แนวทางการประเมินเชิงมานุษยวิทยาเป็นสำคัญ จุดมุ่งหมายสำคัญคือการศึกษาวัฒนธรรมของโครงการ 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 ควรมุ่งเน้นความรับผิดชอบต่อ (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

กรอบความคิดเชิงปรัชญา	อุดมการณ์ค่านิยมหลัก	กลุ่มผู้ใช้และรับผลกระทบ	ระเบียบวิธีการประเมิน	คำถามสำหรับการประเมิน
1. แนวทางประจักษ์นิยม (Empiricism)	ทฤษฎีระบบ/ประสิทธิภาพ, ความรับผิดชอบ, ความรู้เชิงสาเหตุและผลทางทฤษฎี	นโยบายระดับสูงและผู้ตัดสินใจนโยบาย	เชิงปริมาณ : ทดลองและกึ่งทดลอง, การวิเคราะห์ระบบ, ตัวแบบสาเหตุและผล, การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์	โครงการบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการของโครงการหรือไม่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดของโครงการหรือไม่
2. แนวทางปฏิบัตินิยม (Pragmatism)	การจัดการ/ปฏิบัติได้, คุณภาพ, การควบคุม, การใช้ประโยชน์	ผู้บริหารโครงการระดับกลาง, ผู้บริหารระดับสูงและผู้ตัดสินใจอื่นๆ	คัดเลือกแบบผสม: แบบสำรวจที่มีโครงสร้าง, แบบสอบถาม, การสัมภาษณ์, การสังเกต	ส่วนใดของโครงการที่ดำเนินการได้ดีและส่วนใดต้องปรับปรุงเมื่อเทียบกับเป้าหมายองค์กร, โครงการมีประสิทธิผลหรือไม่เมื่อเทียบกับความต้องการของผู้รับประโยชน์
3. แนวทางพหุนิยม (Pluralism)	พหุนิยม/ความเข้าใจความแตกต่างความเป็นเอกภาพ	ผู้อำนวยการโครงการ, เจ้าหน้าที่และผู้รับผลประโยชน์	เชิงคุณภาพ: กรณีศึกษา, การสังเกต, การทบทวนวรรณกรรม	ผู้มีส่วนได้เสียทั้งหลายได้รับประสบการณ์อะไรบ้าง
4. แนวทางปทัสถานนิยม (Critical, normative science)	ความเป็นอิสระ/ การให้อำนาจที่เพียงพอ, การเปลี่ยนแปลงทางสังคม	ผู้รับประโยชน์จากโครงการ, เจ้าของชุมชน, กลุ่มที่ไม่มีอำนาจต่อรอง	การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการออกแบบประเมินเชิงคุณภาพ ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง, การวิเคราะห์เชิงประวัติศาสตร์, การวิพากษ์สังคม	ข้อเสนอเป้าประสงค์หรือกิจกรรมของโครงการมีส่วนในการดำรงรักษาอำนาจและทรัพยากรของสังคมในทางใดบ้าง

กล่าวโดยสรุป แนวความคิดของ Greene ได้จำแนกรอบความคิดเชิงปรัชญาเกี่ยวกับแนวทางการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านอุดมการณ์และค่านิยมของแต่ละแนวทาง กลุ่มผู้ที่รับผลประโยชน์จากการประเมินผล ระเบียบวิธีการประเมินผลของแต่ละแนวทาง และคำถามในการประเมินที่มุ่งเพื่อแสวงหาคำตอบให้สอดคล้องกับความต้องการในการประเมินผลอย่างแท้จริง

ส่วนสรุป การติดตามและประเมินผลนโยบาย จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย เห็นว่าการติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการและเครื่องมือที่สำคัญของผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) และผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจประสิทธิภาพการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความเหมาะสมของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การปรับปรุงนโยบาย หรือการยกเลิกนโยบาย การติดตามและประเมินผลนโยบายสามารถกระทำได้อย่างครอบคลุมกระบวนการนโยบาย โดยไม่จำเป็นต้องทำเฉพาะในขั้นตอนสุดท้ายของโครงการเท่านั้น และความสำคัญที่แท้จริงของการประเมินผลนโยบายอยู่ที่ผลกระทบของนโยบายที่มีผลต่อประชาชน ซึ่งเป็นจุดเน้นหลัก (main focus) ของการประเมินผลนโยบาย นอกจากนี้ผู้ประเมินผลจำเป็นต้องมีทักษะทั้งทางการเมืองและการต่อรองเพื่อประโยชน์ในการจัดการเกี่ยวกับผู้มีส่วนได้เสียในโครงการ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การประเมินผลนโยบายมิใช่เป็นเพียงศาสตร์สำหรับเสนอความเห็นทางวิชาการ (academic proposes) แต่ยังเป็นศิลปะสำหรับการเสนอความเห็นในทางปฏิบัติอีกด้วย (practical proposes) ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้นำกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามาใช้ในการลงติดตามประเมินผลจริง เพื่อให้เห็นกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แนวคิดการปกครองส่วนท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ

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

1. รัฐบาลในฐานะเป็นเครื่องมือของรัฐจะต้องมีบทบาทหลักในเรื่องการจัดการหาสินค้าสาธารณะ (Public Goods) ซึ่งครอบคลุมถึงความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินรวมทั้งคุณภาพชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการได้รับการศึกษาและการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้รัฐ

จะต้องเป็นผู้ดำเนินการแก้ปัญหาผลกระทบต่างๆ ที่สมาชิกของสังคมทำให้เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2. ตลาดหรือภาคเอกชนมีบทบาทในการดำเนินการจัดหาสินค้าและบริการแก่สังคมในส่วนที่เป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ต่างๆ ซึ่งมีใช้เป็นประจำขั้นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีพของสังคมหรืออีกนัยหนึ่งเป็นสินค้าหรือการบริการที่สมาชิกในสังคมบางกลุ่มต้องการเป็นพิเศษและไม่สมควรที่จะให้รัฐเป็นจัดหา โดยต้องพึ่งค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของทุกคนในสังคม

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

1) การจัดสรรทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น เพราะรัฐบาลกลางมีความจำกัดทางด้านข้อมูลข่าวสารหลายๆ ด้านเกี่ยวกับท้องถิ่นและไม่ทราบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างครบถ้วน

2) ขาดการมีส่วนร่วมและจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชนในท้องถิ่น เนื่องจากประชาชนไม่มีโอกาสในการเสนอความต้องการ ความคิดเห็น และการบริหารงานในท้องถิ่นของตน ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา

3) สร้างความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้และบริการของรัฐระหว่างท้องถิ่น ทั้งนี้เพราะการรวมศูนย์อำนาจทำให้การตัดสินใจในการใช้จ่ายเงินงบประมาณขึ้นอยู่กับหน่วยงานกลาง และการตัดสินใจของผู้บริหารจากส่วนกลาง คือ นักการเมือง จึงเป็นไปได้ที่จะทำให้การจัดสรรผลประโยชน์ไปตกอยู่กับบางท้องถิ่นที่นักการเมืองปรารถนา

4) ลดโอกาสในการทำงานของประชากรในท้องถิ่น เพราะเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในท้องถิ่นมักเป็นตัวแทนที่ถูกส่งมาจากส่วนกลาง และการกำหนดกิจกรรมบางอย่างอาจไม่เอื้อต่อการจ้างงานแรงงานในท้องถิ่น

5) การรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ไม่มีประสิทธิภาพ เพราะหากไม่มีการกระจายอำนาจในการดูแลรักษาแล้ว สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นสมบัติของส่วนรวม ทำให้ไม่มีเจ้าของที่แท้จริง จึงมีแนวโน้มที่จะถูกทำลายได้มากเพราะกำลังของส่วนกลาง ในการรักษา ดูแลไม่เพียงพอหรือทั่วถึง

6) เป็นข้อจำกัดในการขยายขีดความสามารถในการแข่งขัน การรวมศูนย์อำนาจ การปกครองไว้ที่ส่วนกลางจะมีผลให้เกิดการกระจุกตัวของอุตสาหกรรมภายในเขตกรุงเทพฯ และ ปริมณฑล ซึ่งทำให้มีต้นทุนสูงทั้งในแง่ของค่าจ้างแรงงาน ค่าเช่าที่ดินและอาคารสำนักงาน การจราจรติดขัด ทำให้สินค้าและบริการบางอย่างมีราคาสูงกว่าที่ควรจะเป็น หากมีการส่งออกย่อม ทำให้ความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลกลดลง

7) เป็นอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรในการบริหารงานระดับท้องถิ่น การรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เป็นการสกัดกั้นมิให้บุคลากรในระดับท้องถิ่น มีเวทีสำหรับฝึกฝนและพัฒนาความรู้ความสามารถ ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยของประเทศในอีกด้านหนึ่งการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางยังเป็นการดูดซับเอาทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถจากท้องถิ่น ไปยังส่วนกลางอีกด้วย

8) เป็นอุปสรรคในการสร้างและขยายภูมิปัญญาชาวบ้านในท้องถิ่นเพราะโดยธรรมชาติแล้วการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางมักจะมองข้ามความสำคัญของภูมิปัญญาในระดับท้องถิ่น รัฐบาลกลางมักจะเน้นเรื่องการค้าการลงทุนต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและอาจจะทำลายความหลากหลายของท้องถิ่นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจรัฐ

มี 8 ประการ(โกวิทย์ พวงงาม, 2552) ดังนี้

1. เพื่อความผาสุกของประชาชน การกระจายอำนาจให้คนในท้องถิ่นมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น ทั้งทางด้านสังคมและโครงสร้างพื้นฐานมากขึ้น จะช่วยเพิ่มสวัสดิการให้กับท้องถิ่นนั้น เพราะคนในท้องถิ่นย่อมรู้ปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นของตนเองดีดีกว่าผู้ไม่อยู่ในท้องถิ่น จึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้

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

ดำเนินการตอบสนองความต้องการของประชาชนในชุมชนหรือท้องถิ่น โดยส่วนกลางเข้าไปแทรกแซงให้น้อยที่สุด

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

4. เพื่อสร้างระบบการบริหารปกครองที่ดี ระบบนี้จะเกิดได้จากการตอบสนองที่รวดเร็วของผู้นำท้องถิ่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการใช้นโยบาย มีความรู้และเข้าใจประเด็นปัญหาของท้องถิ่น และสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยิ่งแต่ละท้องถิ่นมีลักษณะปัญหาและปัจจัยแตกต่างกัน การกระจายอำนาจจะยังมีส่วนทำให้การทำงานของท้องถิ่นมีเอกภาพมากขึ้น

5. เพื่อให้เกิดการสร้างสรรค์สังคมแบบประชาสังคม การเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการกับกิจการของบ้านเมือง รวมทั้งกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำขึ้น โดยการเป็นตัวแทนร่วม อยู่ในองค์กรที่จัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น จะเกิดการสร้างสรรค์ทางสังคมเนื่องจากประชาสังคมจะสามารถให้ข้อมูลทั้งสะท้อนความเป็นจริงและความต้องการของชุมชนที่แท้จริงได้

6. เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นจะทำให้รัฐบาลกลางสามารถนำข้อมูลของท้องถิ่นมาประสานงานกับรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่จะส่งเสริมการดำเนินนโยบายทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่นได้มากกว่า การที่รัฐบาลกลางดำเนินการภายใต้แนวทางเดียวกันทุกท้องถิ่น โดยละเอียดรายละเอียดทางด้านความแตกต่างกันไปตามเขตพื้นที่

7. เพื่อส่งเสริมการสร้างกระบวนการประชาธิปไตย การปกครองท้องถิ่นจะทำให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ทางการเมือง โดยรู้วิธีการเลือกตั้ง การบริหารการเมืองท้องถิ่นและการต่อสู้แข่งขันกันตามวิถีทางการเมือง ในที่สุดประชาชนจะรู้ว่าตนมีความเกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียกับการปกครอง เกิดความรับผิดชอบในการบริหารท้องถิ่น และวางแผนประโยชน์อันพึงมีจากท้องถิ่นที่อยู่ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและวางรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตย

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

แต่จากการศึกษาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มี ความชัดเจนว่า การกระจายอำนาจการปกครองของไทยนั้น ประชาชนเข้ามามีบทบาทเรียกร้องมากขึ้นเพียงใด ซึ่งหากพิจารณาตามหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่นพบสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง คือ ในด้านภารกิจ สาธารณสุข ได้แก่ การจัดให้บริการสาธารณสุข การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ (โกวิทย์ พวงงาม, 2551)

สาระสำคัญของหลักการปกครองท้องถิ่น (โกวิทย์ พวงงาม, 2552)

1. การปกครองของชุมชนหนึ่ง ซึ่งชุมชนเหล่านั้นอาจมีความแตกต่างกันในด้าน ความเจริญ จำนวนประชากรหรือขนาดของพื้นที่ เช่น หน่วยการปกครองท้องถิ่นของไทยจัดเป็น กรุงเทพมหานคร เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบลและ เมืองพัทยา ตามเหตุผลดังกล่าว

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

3. หน่วยการปกครองท้องถิ่นจะต้องมีสิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) ที่จะดำเนินการปกครองตนเอง ได้แก่

3.1 สิทธิที่จะตรากฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่างๆขององค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น เทศบัญญัติ ข้อบังคับสุขาภิบาล

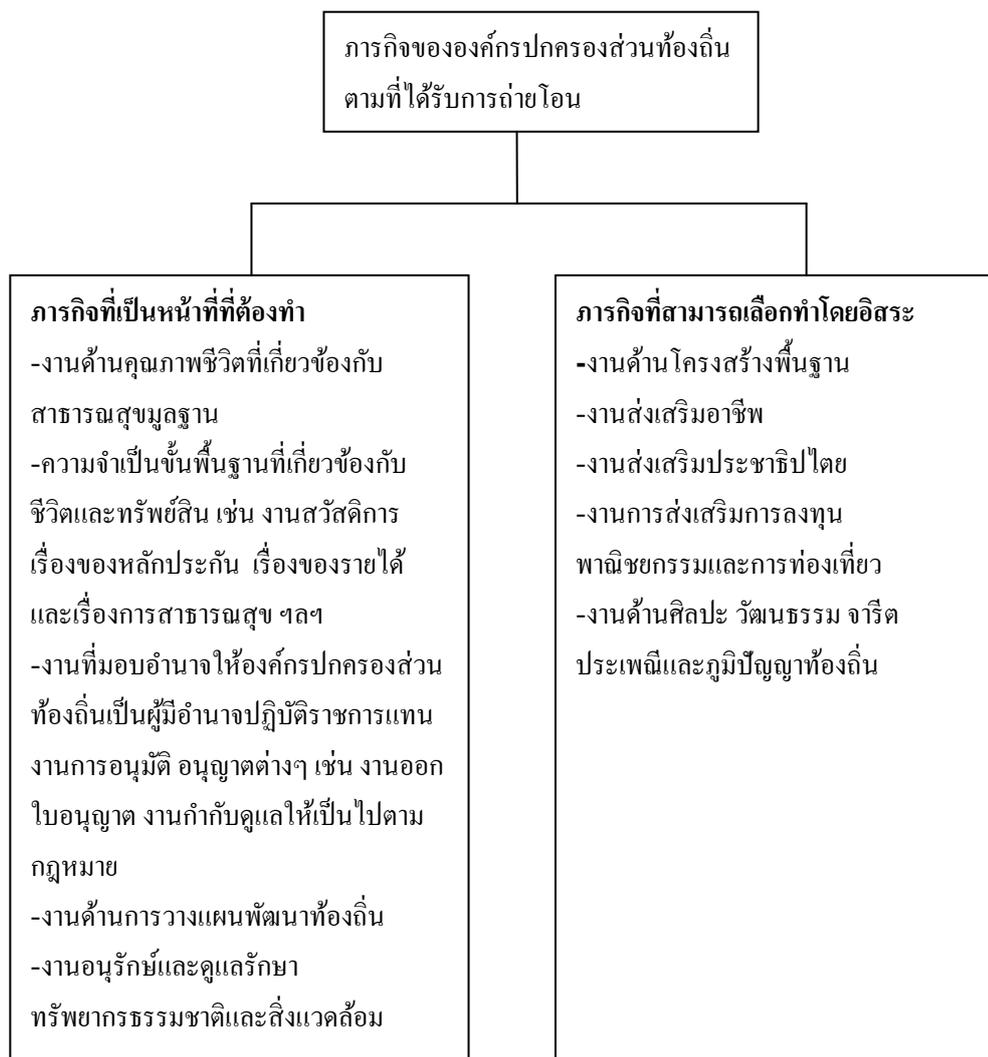
3.2 สิทธิที่เป็นหลักในการดำเนินการบริหารท้องถิ่นคืออำนาจในการกำหนดงบประมาณเพื่อบริหารกิจการตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยการปกครองท้องถิ่นนั้นๆ

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: โกวิท พวงงาม(2552)

ปัญหาและอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในการจัดบริการ

สาธารณะ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยในการจัดบริการสาธารณะในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามกรอบของแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจมีอยู่ด้วยกันอย่างน้อย 4 ประการดังต่อไปนี้(โกวิท พวงงาม, 2552)

ประการที่หนึ่ง ปัญหาด้านการถ่ายโอนภารกิจหน้าที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แม้ว่าแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

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

1. การถ่ายโอนภารกิจที่เกิดขึ้นยังคงเป็นไปอย่างจำกัด กระจุกตัวเฉพาะภารกิจในกลุ่มโครงสร้างพื้นฐานและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต อีกทั้งกิจกรรมที่มีการถ่ายโอนจริงก็จำกัดเฉพาะในบางกิจกรรมเท่านั้นเช่น การก่อสร้างและบำรุงรักษาถนน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โครงการอาหารเสริมนมและอาหารกลางวัน การสงเคราะห์เบี้ยผู้สูงอายุ 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 เป็นผลให้สถานะของการซ้อนทับและแข่งขันในเชิงบทบาทระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการต่างๆ ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป เนื่องจากทิศทางที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจย่อหมายถึงการลดขนาดและถอนตัวเองออกไปของส่วนราชการต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ ทิศทางการปฏิรูประบบบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ยังแสดงให้เห็นว่าส่วนราชการต่างๆ จะยังคงมีบทบาทอย่างสำคัญในพื้นที่การบริหารปกครองนอกศูนย์กลางต่อไป เช่น การสร้างระบบบริหารจังหวัดแบบบูรณาการ ในด้านหนึ่งแม้ว่าจะเป็นการพยายามแก้ปัญหาการรวมศูนย์อำนาจที่เป็นไปอย่างกระจุกกระจาย (fragmented centralism) แต่ในอีกด้านหนึ่ง ก็เท่ากับเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับ

ระบบการปกครองท้องถิ่นโดยรัฐ (local state government) ให้คงอยู่ควบคู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประการที่สาม ปัญหาเกี่ยวกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความสำเร็จหรือล้มเหลวของกระบวนการกระจายอำนาจและการจัดระบบการบริการสาธารณะในระดับท้องถิ่นนั้น ส่วนสำคัญอยู่ที่บทบาทและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ และสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ที่จะผลักดันกระบวนการถ่ายโอนทรัพยากรต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามแผนและขั้นตอนที่กำหนดไว้ แต่ในปัจจุบัน องค์กรสำคัญดังกล่าวกลับต้องพบกับปัญหาอุปสรรคทั้งในเชิงสถาบัน ซึ่งต้องอิงแอบและอาศัยความร่วมมือและผลักดันจากรัฐบาลที่ส่วนกลางค่อนข้างมาก รวมถึงปัญหาในเชิงองค์กร ที่ยังคงมีบุคลากรและทรัพยากรทางการบริหารค่อนข้างจำกัด เป็นผลให้การทำงานดำเนินไปอย่างยากลำบาก

ประการสุดท้าย ปัญหาเกี่ยวกับวิธีการในการให้บริการสาธารณะ ในเรื่องภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปัจจุบัน แม้จะให้ความสำคัญกับเรื่องการถ่ายโอนภารกิจ แต่ยังคงความสนใจอย่างเพียงพอต่อเรื่องวิธีการในการให้บริการสาธารณะ กล่าวคือ ภายใต้ข้อกำหนดในปัจจุบัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยยังคงมีช่องทางในการจัดทำภารกิจค่อนข้างจำกัด โดยมากมักจะเน้นให้เป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะต่างๆ ด้วยตนเอง ผ่านการใช้ทรัพยากรทางการบริหารภายในองค์กรของตนเองเป็นหลัก 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 การเล่นเกมเล่นพวก การทุจริต เป็นต้น

ส่วนสรุป ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามีความท้าทายต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การกระจายอำนาจทั้งในเรื่องของการบริหารจัดการบริการสาธารณะต่างๆ แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน

ตอนที่ 3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ” ทั้งนี้เพราะจำนวนหรือขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทำให้โครงสร้างประชากรของโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 เคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุปัจจัยหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจาก ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะนวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และโภชนาการ สถานการณ์นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากปรากฏการณ์ด้านประชากรศาสตร์ กล่าวคือ ประชากรกลุ่มที่เกิดในช่วงหลัง 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 เป็นวัยที่กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และกำลังจะเกษียณอายุจากการทำงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ประเทศใดที่มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป อยู่ในระหว่าง 7-14% ถือว่าประเทศนั้นเป็นประเทศผู้สูงอายุ แต่ถ้า หากมีอัตราส่วนเกิน 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% ประกอบกับแนวโน้มของการมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้นของ คนไทยมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าอายุขัยเฉลี่ยในเพศหญิงสูงขึ้นไปถึง 96.5 ปี และในเพศชายสูงขึ้นไปถึง 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(ร้อยละ11.8) ปี พ.ศ.2554(สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 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 เมื่อเวลานั้นมาถึงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจะเคลื่อนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว

จากรายงานจำนวนประชากรเขตภาคเหนือตอนบน(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ และน่าน พบว่า ปัจจุบันโครงสร้างประชากรอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ อัตราของประชากรวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 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 ส่งผลให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมด้านคนและระบบมีเวลานั้นมาก ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมเพื่อเตรียมประชากรในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ (Active Aging) จากข้อมูลประชากรสูงอายุของประเทศไทยที่มีการสำรวจสามารถแสดงรายละเอียดดังนี้

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

พ.ศ.	จำนวนประชากรรวม	จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	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 และสุขภาพील สิ่งแวดล้อมซึ่งได้ช่วยให้การตายในวัยทารกและเด็กลดลง โรคระบาดหรือโรคติดต่อที่เคยพลาญชีวิตคนลดน้อยลง ชีวิตของคนไทยจึงยืนยาวขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

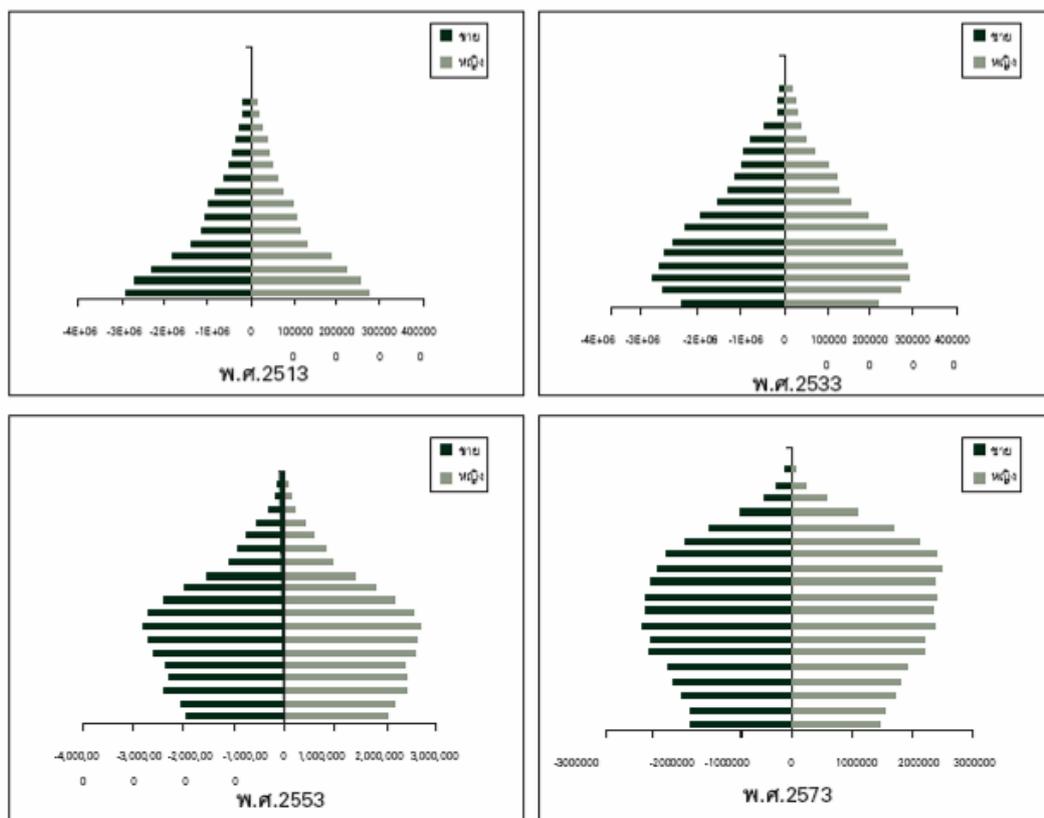
โครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยในช่วงเวลา 60 ปี (พ.ศ.2513-2573) ซึ่งแสดงโดยพีรามิดประชากร พบว่าพีรามิดประชากรปี พ.ศ.2513 ซึ่งเป็นปีที่เพิ่งเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวจะมีฐานกว้างมากเนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) สูง โดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของพีรามิดก็มีจำนวนมากเช่นกัน ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดจะแคบเนื่องมาจากประชากรวัยสูงอายุยังมีสัดส่วนต่ำ

20 ปี ต่อมา (ปี พ.ศ.2533) พบว่าพีรามิดมีฐานแคบลง เนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลง โดยที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของพีรามิด มีจำนวนมากกว่าวัยเด็ก เนื่องจากประชากรวัยเด็กในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเติบโตเป็นประชากรวัยแรงงาน ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดจะค่อยๆ ขยายกว้างขึ้นเนื่องมาจากประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

20 ปี ต่อมา (ปี พ.ศ.2553) พบว่า พีรามิดมีฐานแคบลงไปอีก เนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากอัตราการเกิดลดลงมาอีก ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดขยายกว้างขึ้นเรื่อยๆ ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ส่วนกลางของพีรามิดได้เคลื่อนตัวไปสู่อายุที่สูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันประชากรวัยสูงอายุก็มีสัดส่วนสูงขึ้นด้วย เนื่องมาจากคนที่เกิดหลังสงครามโลกครั้งที่สอง (ยุค baby boom) ได้เคลื่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น

ในอนาคตอีก 20 ปี (ปี พ.ศ.2573) พีรามิดประชากรจะมีฐานแคบลงไปอีกมาก โดยสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลง อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ส่วนบนของพีรามิดจะขยายกว้างมากขึ้นเรื่อยๆ 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	จำนวนประชากรทั้งหมด(คน)	จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 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)

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2546 ได้แก่ ระนอง ภูเก็ต และตราด คือมีประชากรสูงอายุประมาณ 13,425 19,031 และ 21,635 คน ตามลำดับ ต่อมาในปี พ.ศ.2550 จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุต่ำที่สุดเป็นจังหวัด ระนอง แม่ฮ่องสอน ภูเก็ต แต่ถ้าพิจารณาสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำสุด 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, ญ = 52.4)	58.8 (ช = 46.3, ญ = 53.7)
วัยกลาง(70-79 ปี)	31.1 (ช = 44.3, ญ = 55.7)	31.7 (ช = 43.2, ญ = 56.8)
วัยปลาย(80 ปีขึ้นไป)	11.9 (ช = 40.0, ญ = 60.0)	9.5 (ช = 38.6, ญ = 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 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สำหรับในส่วน of ปัญหาด้านสุขภาพพบว่ายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังที่พบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ดังเช่นผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองดังนี้ มีสุขภาพดีร้อยละ 43.0 รองลงมาสุขภาพปานกลาง 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 รองลงมา เป็นผู้สูงอายุ 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 เพิ่มขึ้น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 14% โดยประเทศไทย ได้นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง “ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป” (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ มีความหมายว่า เป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวง่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ทั้งนี้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
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 และความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

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

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

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

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่ามียุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่นๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 – 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหาว หลังโกง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่ามีเริ่มแก่ และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินใจจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ 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 เวชแพทย์ (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 องค์กร หน่วยงาน กำหนดไว้ นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ก่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยกำหนดใช้การ แบ่งช่วงอายุแบบของประเทศไทย ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี

การเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงวัยในผู้สูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการ เปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเสื่อมโทรมของร่างกาย 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 ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันเริ่มบาง ลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยว อาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของไต ลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้อง ถ่ายบ่อยลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง 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 การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกลัวว่าโคดเดี่ยว อ้างว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก๊สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สถิติปัญญาของผู้สูงอายุ สถิติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆหรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า 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 ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนานและมีสมาธิดีถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

จากข้อมูลที่ศึกษา การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ทางชีวภาพ และทางสังคมที่เกิดขึ้นในสังคมทั่วไป เมื่อสมาชิกของสังคมมีอายุมากขึ้น (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

ประเวศ วะสี (2543) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุว่า เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัย ที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตาสัมพันธ์กับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตระปใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิตสัมพันธ์กับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่าน มี

ความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย สันนิษฐานหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือบางคนรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วย จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนาและการเจริญเติบโต ขณะที่บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย

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

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาวะที่เป็นความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 , บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 3,252 คน โดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดีถึงร้อยละ 41 และโรคที่พบบ่อยเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะของการเคลื่อนไหว และรับน้ำหนัก

อาร์ดา ซีระเกียรติกำจร (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 พณิชฐา พานิชชิวกุล(2537) ทำการศึกษา พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่า ในด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการกระทำกิจกรรมทางด้านร่างกายเพื่อให้เกิดผลต่อการพัฒนาจิตใจโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายที่ถูกวิธีและสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้

นโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุ

การที่ประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นถือว่าเป็นความสำเร็จของการสาธารณสุข และเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่เป็นเส้นเลือดสมองตีบแตก ตัน จากการใช้ไม่ได้ควบคุมความดันโลหิต จำเป็นต้องการผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากร เพื่อให้มีการเตรียมการรับมือกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนสำคัญมากที่สุดก็คือการเตรียมความพร้อมของการสาธารณสุข เน้นความสำคัญกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงสุดแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรคตั้งแต่ในชุมชน รวมถึงการบำบัดรักษาภายในหน่วยบริการจะสามารถลดภาระโรคจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ โรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและมีผลกระทบต่ออายุขัยของผู้สูงอายุ รวมถึงสภาวะเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการคัดกรองโรค จะสามารถทำให้ตรวจพบโรคได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถที่จะบริหารจัดการได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิต่างนี้ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าถึงได้ 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 เท่าที่จะทำได้ เช่น ทางลาด แสงไฟให้สว่าง ห้องสุขาสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลให้คำแนะนำ และเน้นการมีส่วนร่วม ความร่วมมือของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมและควบคุมโรคด้วยตัวเอง จะเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถชะลอ หรือป้องกันความทุพพลภาพหรือความเสื่อมที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้มากกว่าที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น

แผนผู้สูงอายุและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย

ประเทศไทยได้เริ่มมีแผนและมาตรการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2525 อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทยในอนาคต ดังนี้

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

สืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2521 ที่ประชุมได้มีมติให้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้นที่นครเวนิสเมื่อพ.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 โดยเร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.1.1 ผู้สูงอายุได้รับความรู้และบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน โดยเฉพาะในด้านการเตรียมตัวผู้สูงอายุในการรู้จักป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจของตนเองได้ในระดับหนึ่งเพื่อให้มีผลในการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ให้มากที่สุด

1.1.2 ผู้สูงอายุมีอายุขัยหลังจากอายุ 60 ปี แล้วเพิ่มขึ้นอีกอย่างน้อย 5 ปี

1.1.3 มีบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคลินิกผู้สูงอายุควรมีในโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

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 ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับทั้งในระดับครอบครัวและสังคมมากขึ้น โดยบทบาทของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ

1.2.3 สร้างค่านิยมใหม่ในด้านการศึกษาและปฏิบัติหลักธรรมว่ามีใช่เป็นเรื่องเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ทุกคนและทุกวัยพึงเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมาแต่เด็กเพื่อให้มีชีวิตในวัยชราอย่างสุขสงบและมีจิตใจมั่นคง

1.3 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน มีนโยบายดังนี้

เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพในกรณีของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้และไม่มีที่พึ่งพิง มีการส่งเสริมและสนับสนุนระบบและวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการทำงานตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระดับที่เป็นธรรมและเพียงพอแก่การยังชีพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองครอบครัวและสังคมได้ โดยเฉพาะในบทบาทของการถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญ ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวลดการพึ่งพาผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ที่จะต้องหา

มาจุนเจือครอบครัวให้น้อยลง ตลอดจนส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อทุ่นแรงในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.3.1 ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองในเรื่องรายได้และการทำงานเพื่อการยังชีพอย่างทั่วถึง

1.3.2 มีหน่วยงานและกลไกกลไกพิทักษ์ป้องกันสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ

1.3.3 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีเงินได้

1.4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม มีนโยบายดังนี้

ส่งเสริม โครงสร้างครอบครัวแบบขยายเพื่อให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอบอุ่นของผู้สูงอายุซึ่งจะมีลูกหลานดูแลและดูแลลูกหลาน มีการรณรงค์เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยมในด้านการเห็นคุณค่าของความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่สามารถจะถ่ายทอดให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้อีกมากและให้มีความเคารพและกตัญญูต่อกตเวทีแก่ผู้สูงอายุที่ได้ประกอบคุณงามความดีต่อครอบครัวและสังคม ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาทการมีส่วนร่วมในครอบครัวและในสังคมตามความถนัดและความสามารถ โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในแขนงวิชาต่างๆ รวมทั้งความรู้ในด้านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีและศีลธรรมอันดีงามที่จะต้องพัฒนาให้ดำรงไว้ต่อไป และสนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่หลักธรรม ที่เน้นการปฏิบัติมากกว่าเน้นรูปแบบพิธีกรรม โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.4.1 สามารถรักษาค่านิยมอันดีงามเกี่ยวกับการเคารพผู้อาวุโสและการกตัญญูต่อกตเวทีในสังคมไทยให้ยั่งยืนสืบต่อไป

1.4.2 รักษาโครงสร้างครอบครัวขยายไว้ให้มากที่สุดเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับลูกหลานอย่างอบอุ่นได้

1.4.3 มีการยอมรับบทบาทของผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในระดับครอบครัวและสังคม และเลิกลี้ภัยความเชื่อเดิมที่จำกัดบทบาทผู้สูงอายุไว้เพียงการไปวัดและเลี้ยงหลานให้ได้มากที่สุด

1.5 ด้านสวัสดิการสังคม

เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการต่างๆ รวมถึงขยายบริการในรูปแบบบริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้มากขึ้น โดยจะจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ไว้ให้น้อยที่สุดเพียงสำหรับผู้สูงอายุที่

ขาดที่พึ่งอย่างแท้จริงเท่านั้นและจะได้ระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆให้เพียงพอและทั่วถึง โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1.5.1 มีพระราชบัญญัติประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมด้านต่างๆ

1.5.2 มีมาตรการด้านภาษีอากรชักจูงและสนับสนุนการสงเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

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 รวมทั้งเสริมสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูต่แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยมที่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางจิตใจโดยเฉพาะแก่ผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการและ

บริการแก่ผู้สูงอายุ และให้โอกาสผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้สูงอายุและสังคม สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับการดูแลรักษาและการให้บริการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการหลักดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัวในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบและวิธีการต่างๆ ตลอดจนจัดให้มีบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งจัดบริการพิเศษด้านนันทนาการ

2. ขยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพ อนามัย สังคม และสาธารณสุขปโภคสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มียาได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

3. ส่งเสริมการศึกษอาบรมหรือแนะแนวอาชีพให้กับผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ให้มีความรู้และทักษะสำหรับการเลือกประกอบอาชีพที่เหมาะสม รวมทั้งขอให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและรัฐวิสาหกิจและเอกชนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามศักยภาพและความถนัด

4. จัดกิจกรรมด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทั้งการพักผ่อนหย่อนใจ การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์แก่ชนรุ่นหลังหรือการพัฒนาชุมชน

5. รณรงค์ให้ประชาชนและสังคมเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีสมาชิกหลายรุ่นอายุร่วมกันในครอบครัว ตลอดจนให้มีค่านิยมในการเคารพ กตัญญูแก่ผู้ที่อุปการีและผู้สูงอายุ

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 องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

ยุทธศาสตร์ของแผน แผนฯ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะบูรณาการ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

1. มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
2. มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนัก ถึงคุณค่าและ

ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

มาตรการหลัก

เบื้องต้น

ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6

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

และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

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

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางาน ด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

1. มาตรการการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
2. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

1. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
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 หรือได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ 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 การจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาบุคลากรในการให้บริการ รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงาน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5.2 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ส่งเสริม และสนับสนุน การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ พัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ

5.3 กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดทำโครงการรณรงค์ต่างๆเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 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 แต่ยังครอบคลุมถึงผู้สูงอายุและยังมีนโยบายที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลกลุ่มทุน ผู้ให้บริการที่สำคัญคือรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งให้บริการโดยง่าย หรือคิดค่าใช้จ่ายโดยคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ แต่ตลาดการค้าบริการพวกนี้ได้ขยายภาคเอกชนสามารถประกอบธุรกิจด้านนี้ได้เพราะมีอุปสงค์เพิ่มขึ้น การขยายตัวทางเศรษฐกิจทำให้ประหมั่งคั่งและต้องการบริการที่ดีขึ้น ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการบริการด้านสวัสดิการในปัจจุบัน จึงมีใช้การมอบบริการให้ตามความจำเป็น เฉพาะชนชั้นยากจนในสังคมเท่านั้นอีกต่อไป นอกจากนั้นจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการบริการได้เพิ่มขึ้น และหวังที่จะมีชีวิตอยู่อย่างยืนยาวมากขึ้น จึงทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากมีอายุยืนยาวและเจ็บป่วยเรื้อรัง

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

ต้องการรูปแบบและคุณภาพของการบริการที่ดีขึ้น สำหรับผู้สูงอายุซึ่งดำเนินการโดยภาคธุรกิจ เอกชนจะกลายเป็นคู่แข่งที่สำคัญในอนาคต เนื่องจากกรณีศึกษาในอนาคต จะเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยประการที่สองได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบสูงอายุ กล่าวคือ การที่เครือข่าย ครอบครัวเป็นกลไกประเพณีนิยมในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ที่มีประสิทธิภาพนั้น ย่อมทำให้รัฐและ องค์กรพัฒนาเอกชนยังคงดำรงความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุในระดับกลางต่อไปมีแนวโน้มว่า ครอบครัวจะไม่สามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป การย้ายถิ่นจากในหลาย ประเทศในเอเชีย ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุถูกละทิ้งให้อยู่ในชนบท และต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงดู และขาดการส่งเสียในด้านการเงินในเวลาต่อมา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองก็ต้องเผชิญปัญหา เมื่อกลุ่มสมรสหนุ่มสาวย้ายออกจากบ้านเรือนของบิดามารดา หรือแม้กระทั่งบุตรซึ่งอาศัยอยู่กับ ผู้สูงอายุ ในบางประเทศ เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ และฮ่องกง ซึ่งมีแรงงานรองรับอยู่แล้วจึงสามารถ กล่าวในการช่วยทำงานในครัวเรือนและดูแลผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นหากครอบครัวไม่สามารถให้การ ดูแลสมาชิกในอนาคต และต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานใดๆ แล้วองค์กร พัฒนาเอกชนก็เป็นทางหนึ่ง ส่วนปัจจัยที่สามที่มีผลกระทบต่อองค์กรพัฒนาเอกชนในอนาคต คือ การเปลี่ยนแปลงในองค์กรสัมพันธ์ระหว่างองค์กรกับรัฐ กล่าวคือ องค์กรจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินงานเพื่อทำให้การบริการและคุณภาพสูงขึ้น โดยที่รัฐจะต้องจัดหาทรัพยากรและเงินทุน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่องค์กร ซึ่งในประเทศเอเชียจะมีกลไกและการประสานงานอยู่แล้วในรูป ของสภาแห่งชาติเพื่อให้บริการทางสังคมคณะทำงานกรรมการต่างๆ สามารถใช้องค์กรเหล่านี้ใน การวางแผนงานสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านสุขภาพและการเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก รัฐจึงควร ให้ความสนใจแก่ประชากรผู้สูงอายุเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้ โดยได้รับความสะดวกสบายทั้งจาก ครอบครัวและชุมชน ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาได้แก่ ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุมี จำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุที่ยืนยาวขึ้นทำให้มีความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัยและการแพทย์ เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยผู้ใหญ่แล้ว เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และมีโอกาสเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้น้อยผู้สูงอายุต้องการบริการด้านสุขภาพและ การแพทย์เป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมี อายุขัยยืนยาวขึ้น นโยบายสุขภาพของประเทศต่างๆ ในเอเชียได้จึงมุ่งเน้นในด้านคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก โรคที่สำคัญในหมู่ผู้สูงอายุได้แก่ โรคเกี่ยวกับโรคหัวใจ กระดูกและไขข้อ สายตา และอื่นๆ ซึ่ง

ทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียชีวิต การศึกษาวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุจะทำให้การป้องกันและการรักษามีประสิทธิภาพ

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

ระบบประกันสังคมและชุมชนในระดับท้องถิ่นเป็นฐานที่สำคัญในการริเริ่มบริการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งรวมถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยด้วย รัฐควรมีนโยบายสนับสนุนในด้านงบประมาณให้แก่การสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินงานด้านบริการสุขภาพอย่างเข้มแข็งทั้งในด้านบุคลากรและด้านเวชภัณฑ์โดยเฉพาะในเขตชนบทและเขตที่มีผู้ยากจนอาศัยอยู่ บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมอย่างดีและตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การดำเนินงานดังกล่าวจะต้องใช้เงินงบประมาณจำนวนมาก นอกจากนั้นรัฐยังอาจจำเป็นต้องใช้งบประมาณจากหน่วยงานทางด้านศาสนาและด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ มาร่วมดำเนินการด้วย

โครงการเพื่อผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนามีขีดจำกัดในด้านความสามารถในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุจำนวนมากและขอบเขตของการให้บริการ ผู้สูงอายุจำนวนมากในประเทศกำลังพัฒนาไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจผู้ได้รับผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มย่อย เช่น ผู้ที่ทำงานและได้รับเงินเดือน โดยเป็นลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม ส่วนผู้สูงอายุทั่วไปจะเป็นภาระพึ่งพิงของครอบครัวทั้งในทางเศรษฐกิจและครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล ส่วนการตั้งสถาบันเพื่อดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ทำได้ยากและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมของประเทศ โดยประเทศในเอเชียและในกลุ่มประเทศอาหรับ สถานพยาบาลและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจึงมีจำนวนน้อยสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือไม่มียุทธธานั้น แต่การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับผิดชอบ และความผูกพัน

ครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุได้เริ่มมีปัญหาเมื่อประเทศกำลังพัฒนาเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจสมัยใหม่ ภาวะเจริญความเป็นเมืองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทขาดผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่อาศัยที่เจริญแล้วมีจำนวนลดลง แม้แต่ประเทศที่มีครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางเช่น ประเทศเกาหลี ส่วนประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้พยายามใช้ประเพณีนิยมที่เก่าแก่นับ ศตวรรษให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุเช่น พ.ศ. 2523 ได้อนุญาตให้ผู้เป็นบิดามารดาที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีสิทธิขอความช่วยเหลือจากบุตรอย่างไรก็ตามมีประเทศกำลังพัฒนาจำนวนน้อยที่มีระบบโครงสร้างขั้นพื้นฐานมั่นคงพอที่จะดำเนินโครงการให้ผู้สูงอายุได้ ดังนั้นโครงการให้บริการผู้สูงอายุส่วนใหญ่เช่น ในประเทศอินโดนีเซีย จึงเป็นโครงการที่สอดคล้องการวางแผนครอบครัว หรือโครงการอื่นๆ ที่ดำเนินงานโดยองค์กรต่างๆ ที่มีการบริหารจัดการอย่างดี ตลอดจนความต้องการใช้ทรัพยากรอย่างจำกัด ทำให้รัฐบาลมีขีดความสามารถในการดำเนินงาน โครงการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายการเกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย

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

ผู้สูงอายุของประเทศจีนได้ด้านความมั่นคงของรายได้ การดูแลรักษาทางการแพทย์ บริการด้านการศึกษาและกิจกรรมยามว่าง รัฐยังดูแลผู้สูงอายุไม่รู้สึกลงด้วย ส่วนในประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ ไทย ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น การดูแลรับผิดชอบของครอบครัวและรัฐร่วมกัน ผู้สูงอายุในประเทศมาเลเซีย ได้รับการเอาใจใส่อย่างดี แม้รัฐจะให้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุรวมเข้ากับกลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ รัฐได้กำหนดด้านสวัสดิการโดยผ่านครอบครัวและชุมชนและใช้สถาบันของประเทศเป็นแหล่งสุดท้ายในการดูแลผู้สูงอายุต่างๆ ที่มีส่วนกำหนดผู้สูงอายุได้แก่โครงการด้านภาษี การรักษาทางการแพทย์ รายได้ และสวัสดิการรวมทั้งสวัสดิการที่อยู่อาศัยในชนบทเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในเขตชนบท ประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติได้เน้นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ 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 และได้หวัน รูปแบบที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรในประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ ได้แก่ การใช้ยาเพื่อการรักษาพยาบาล และการให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆแก่ประชากรซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบริการของรัฐ ระบบยาและการดูแลสุขภาพพยาบาลด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในประเทศต่างๆ ในเอเชียซึ่งเป็นการกำหนดประชากรผู้สูงอายุในขั้นพื้นฐานนั้น 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 มีการจัดทำพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ ซึ่งในช่วงนั้นผู้ที่ได้รับประโยชน์มีเพียงเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต่อมา พ.ศ.2496 รัฐบาลได้มีแผนจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือยากจน โดยมีกรมประชาสงเคราะห์เป็นเจ้าภาพ และต่อมามีการขยายผลเป็น 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 ได้แก่มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on ageing) จัดโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย มีผู้แทนประเทศไทยเข้าร่วมประชุมสองท่านคือ พลเอกสิทธิ จิตรโรจน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย และ นพ.บรรลุ ศิริพานิช ในปีนี้เองรัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น ส่งผลให้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1(2525-2544) โดยมีมติ กรม. เห็นชอบในหลักการดำเนินงาน 5 ด้านคือ สุขภาพอนามัย ความมั่นคงทางได้และการทำงาน การศึกษาวัฒนธรรม สวัสดิการสังคม วิจัยและพัฒนา ซึ่งในปีนี้องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การสหประชาชาติและกระทรวงสาธารณสุข 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 ได้สนับสนุนการก่อตั้งสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 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 (ต่อมางบประมาณนี้ได้โอนถ่ายต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 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 ในเรื่องการประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ 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) พร้อมกับมีการจัดทำประชาพิจารณ์แผนทั่วประเทศ 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 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2542 และในวันที่ 22 ธันวาคม 2546 นี้เอง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงลงพระปรมาภิไธย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ต่อมาได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 120 ตอนที่ 130 ก. มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นไป และในปัจจุบันนี้รัฐบาลได้เพิ่มเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุเป็นคนละ 600 บาท ภายใต้การดำเนินงานขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

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 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.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 อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองก็ยังคงดำเนินการด้านการจัดสรรงบประมาณและกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยคาดหวังว่าผลของนโยบายสาธารณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อทางบวกต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและผู้เข้าร่วมดำเนินงานในชุมชน

ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนนับได้ว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่า กิจกรรมพัฒนาใด ๆ หากประชาชนไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นมีโอกาสสำเร็จและดำรงอยู่ได้ แต่หากว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการอย่างถ่องแท้ และสามารถมองเห็นและคาดหวังในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเองครอบครัวและชุมชน ทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอ จนเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเอง และค้นหาทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง จนเกิดการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน

กิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของชุมชนซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมพร้อมทั้งจะช่วยให้พัฒนาขีดความสามารถของประชาชนให้มากขึ้น (ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์, 2531)

ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรากฐานที่สำคัญ ในการพัฒนาแนวใหม่ที่มุ่งสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชน ได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ยูวัฒน์ 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 ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน

ชินรัตน์ สมสืบ (2539) ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมไม่ควรใช้การบังคับหรือก่อดังโดยรัฐ 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. อकिन 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 และทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้
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 หาแนวทางการแก้ปัญหาและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา
 - 1.3 ประเมินผลการพัฒนา
2. ลักษณะเงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมว่า การที่ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาชุมชน เพราะเงื่อนไขเหล่านี้หรือไม่
 - 2.1 เกรงใจ ถูกบังคับ หรือมีสิ่งจูงใจเฉพาะหน้า
 - 2.2 เข้าใจและยอมรับวัตถุประสงค์ของการพัฒนานั้น
 - 2.3 เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าว จะก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวแก่ตนเองและชุมชน

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) สรุปลักษณะของการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือการเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการติดตามผลและการประเมินผล
2. อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ 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 การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนานเมือง จำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะครอบครัว ค่านิยม และทัศนคติ

นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์ (2527) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์ วิหาร
2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชน เกิดความเกรงใจที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรงผู้น้อยก็ช่วยแรง
3. อำนาจบังเกิดจากคนที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่างๆ เช่น บีบบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

หลักการและแนวทางการพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วม

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527) ได้เสนอหลักการและแนวทางการพัฒนาที่ให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ยึดหลักความต้องการและปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นกิจกรรม หากกิจกรรมที่นำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นสร้างความสนใจ ให้ความรู้ ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็น และประโยชน์ในการจัดทำกิจกรรมเหล่านั้น
2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนคติ และพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว
3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนต้องคำนึงถึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับดำเนินการต่อไป โดยไม่พึ่งพาทักษะนอก เฉพาะในระยะเริ่มแรก ต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรมและสามารถทำต่อไปเองได้

4. กิจกรรมพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมพร้อมกับสภาพชุมชน ซึ่งรวมถึงการใช้ทรัพยากรชุมชนสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน คือ ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากราชการเพื่อเป็นผู้บุกเบิก และ ชักนำชาวบ้านต่อไป

6. ขั้นตอนในการดำเนินงานต่างๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุ ร่วมปรึกษาหารือแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตามผลงาน จนถึงขั้นร่วมบำรุงรักษาระยะยาว

ส่วนสรุป จากแนวความคิดการมีส่วนร่วมข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดำเนินกิจกรรมใดๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในทุกขั้นตอน จึงจะทำให้เกิดความสำเร็จและความยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยฉบับนี้ เนื่องจากมีความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะท้องถิ่น 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 เขมมณี, 2553)

EMPOWERMENT แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ (อังคินันท์ 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 เพราะถ้าเราไม่มีความรู้สึกที่ว่า ตัวเรามีคุณค่า มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนแล้ว ก็ย่อมไม่อาจจะได้รับประโยชน์ จากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างอำนาจเลย สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจด้าน PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT ที่เน้นคุณค่าของตนเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้เน้นที่ความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีภายใต้กิจกรรมทางกายในชุมชน สนองกับการมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นการให้ความสามารถแก่ประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ โดยการเปิดโอกาสในการใช้ศักยภาพของบุคคล ชุมชน ได้เรียนรู้ภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การรับรู้คุณค่าของตนเอง การใช้สิทธิ์เพื่อเสนอ/เรียกร้องให้เทศบาลพิจารณาปัญหาสุขภาพ จนกระทั่งเกิดการนำไปสู่ข้อเสนอวาระนโยบาย และประกาศเป็นนโยบายสาธารณะ

แหล่งอำนาจหรือฐานของอำนาจมีอะไรบ้าง การที่จะให้อำนาจแก่ผู้อื่น หรือ EMPOWERMENT นั้นควรต้องทราบว่ 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 เช่นความสามารถ ความมั่นใจในตัวเอง ความน่าเชื่อถือ ความมีเสน่ห์ ความเป็นผู้มีวาทศิลป์ดี ความเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เหล่านี้ เป็นต้น ซึ่งทำให้คนผู้นั้น มีความสามารถพิเศษ ที่อาจฝึกฝนให้มีในตนได้ด้วย

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีทรรศนะในประเด็นแหล่งของอำนาจหรือฐานของอำนาจดังนี้ การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยอำนาจจากตำแหน่ง หรือหน้าที่ของนักการเมือง ข้าราชการประจำ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรต่างๆ รวมถึงงบประมาณที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน อย่างไรก็ตามยังต้องอาศัยอำนาจที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมของชุมชนด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการคิด การมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

กลยุทธ์ในการใช้อำนาจให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น : การที่จะมอบอำนาจให้ใคร หรือองค์การใด ควรจะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับการใช้อำนาจ ให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่นเสียก่อน จึงจะทำให้การมอบอำนาจ ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ กลยุทธ์ในการใช้อำนาจ ให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น มีดังต่อไปนี้ คือ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2554)

1. กลยุทธ์ใช้ตำแหน่งหน้าที่ ในการมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ซึ่งด้านทหาร จะเป็นการออกคำสั่ง แต่ด้านพลเรือน มักจะเป็นการขอร้อง หรือการเสนอแนะ ทั้งนี้เพื่อให้งานเสร็จสิ้นไป

2. กลยุทธ์การผลักดัน หรือ "PUSH" STRATEGIES โดยใช้วิธีการข่มขู่ ซึ่งจะมีอิทธิพลมากน้อย 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 กดขี่ให้ทำก็ได้ นอกจากนั้น การเกลี้ยกล่อม หรือชักชวน อาจเชื่อมโยง กับการตอรอง หรือการให้รางวัลก็ได้

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 หรือภายนอกองค์กร แหล่ง หรือฐานของอำนาจมีอะไรบ้าง และกลยุทธ์การใช้อำนาจให้มีอิทธิพลต่อผู้อื่น ซึ่งเมื่อประมวลเข้าแล้ว จะทำให้การให้อำนาจเกิดประโยชน์สูงสุด ต่อบุคคล หรือองค์กรโดยสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมี ข้อควรคำนึงบางประการ ในการให้อำนาจ ดังนี้คือ 1. คนบางคน หรือกลุ่มบางกลุ่ม อาจไม่ต้องการได้รับอำนาจ 2. การให้อำนาจ เป็นเพียงด้านหนึ่งของการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการกำหนดขอบเขต ที่จะให้คนมีอิสระ ในการกระทำเมื่อได้รับอำนาจบางครั้ง อาจต้องให้การบังคับ 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 (เช่นเดินทางไกล ถีบจักรยาน) และการออกกำลังกาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

กิจกรรมทางกายในวัยสูงอายุ

เนื่องจากวัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตในอดีตและพันธุกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่นถึง 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 สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการออกกำลังกาย เป็นอย่างมาก (อภิชาติ ไตรแสง, 2555)

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

ออกกำลังกาย หรือประเภทกีฬาที่มีความหนักของงานให้เหมาะสมแก่สภาพของร่างกาย คือ ไม่หนักมาก ไม่เร็วมาก ไม่มีการเกร็งหรือเบ่งกำลัง ไม่มีการกลั่นแกล้งการหายใจ 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 หมายถึงสมรรถภาพทางด้านระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ ซึ่งเป็นความสามารถของปอดและหัวใจที่จะสูบน้ำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายขณะที่ออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุแนะนำให้มีกิจกรรมแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำซึ่งสามารถทำได้โดย 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 นอกจากนี้ความฝีกในเรื่อง 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. ประหยัดค่ารักษาพยาบาล

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 พบว่ามีการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น มีการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดและหลอดเลือดใหญ่ ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจ (Stroke volume) ลดลง ผลกระทบคือ ปริมาณเลือดที่ออกจากร่างกายลดลง 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 การซึมผ่านของอาร์บอนมอนนอกไซด์และออกซิเจนลดลง 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 ขนาดของรูม่านตาเล็กลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดต้อหิน สายตายาวในผู้สูงอายุ (Presbyopia) มีความบกพร่องของการปรับตัวในที่มืด มีการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ มีความบกพร่องทางการได้ยิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของที่มึนคลื่นความถี่สูงมากกว่าคลื่นความถี่ต่ำ

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเนื้อเยื่อ มีการเปลี่ยนแปลงของต่อมเหงื่อ ทำให้การทำงานลดลง ความหนาแน่นของผิวหนังชั้นหนังแท้ลดลง มีการบางลงของรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ ผลที่เกิดขึ้นคือ ผิวหนังแห้ง ลดการขับเหงื่อ การหายของแผลช้าลง มีแนวโน้มที่จะกลายเป็นเนื้องอกเกิดริ้วรอยบนผิวหนังได้

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

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ มีการลดลงของมวลไต มีการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงไต(อัตราการกรองของไต) สมรรถนะการทำงานของ Tubular ในไต และสมรรถนะในการเพิ่มความเข้มข้นของน้ำปัสสาวะและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ปริมาณน้ำปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะมีมากขึ้นกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

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

ผลของกิจกรรมทางกายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

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

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

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

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

4. **ปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic function)** การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่มากเกินไป สัมพันธ์กับการเพิ่มความถี่ในการเกิดภาวะผิดปกติของหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ผู้ที่มีสมรรถภาพกายดีจะมีการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกสูงกว่าคนที่ร่างกายอ่อนแอ มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายสามารถปรับเปลี่ยน heart rate variabilityของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ดีขึ้นได้ ซึ่งบ่งชี้ถึงการปรับตัวของระบบประสาทอัตโนมัติภายหลังการออกกำลังกาย

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

6. **ต้านการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (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 พบว่าการออกกำลังกายปานกลางร่วมกับการควบคุมอาหารจะลด 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** ภายหลังจากออกกำลังกายแบบแอโรบิก 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 โรคกระดูกบางชนิด และช่วยในการรักษาควบคุม โรคเหล่านี้ให้ดีขึ้น ลดโอกาสการเป็นโรคซ้ำ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งเพิ่มอายุขัย จึงควรส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีการปรับวิถีชีวิตให้มีการใช้แรงกายเพิ่มขึ้น โดยเน้นการสะสมปริมาณพลังงานที่ใช้ต่อวันหรือต่อสัปดาห์แบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อสร้างอุปนิสัยที่ดีในการทำกิจกรรมใช้แรงกายให้สม่ำเสมอในระยะยาว

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

ส่วนสรุป จากแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและประโยชน์ที่มีต่อสุขภาพ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมทางกายเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่งของการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลดีต่อระบบร่างกายในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดสูงขึ้นทั่วโลก และประเทศไทยเองก็เผชิญกับปัญหาสุขภาพเหล่านี้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นด้านกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมในชุมชนและส่งผลดีต่อสุขภาพต่อไป

ตอนที่ 7 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ(PRECEDE – PROCEED Model)

แบบจำลอง(Model) การวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย 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 เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขศึกษาของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขศึกษาจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหาร และการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธีและวิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขศึกษาในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามารวมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueter ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางการศึกษา/สุขศึกษาแล้ว 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) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุถึงปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจน ในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของ ไฟร์ (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 ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาได้ 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 ความชุกของความเจ็บป่วย การเกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น) สรุป การวินิจฉัยในขั้นตอนที่ 1 – 2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้ อาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็น

พฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้ โดยสรุป การวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุบ่งชี้ไว้ในระยะที่ 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 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ 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 ดังนั้นจึงต้องพุ่งชนลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ นอกจากนั้นได้กำหนดความหมายของปัจจัยต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคติ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

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

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย

ในระบะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน โดยที่ *การวินิจฉัยด้านบริหาร* ได้แก่ การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงานโครงการสุขภาพ ส่วน *การวินิจฉัยนโยบาย* เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ ภาระเบี่ยงขององค์กรหรือไม่

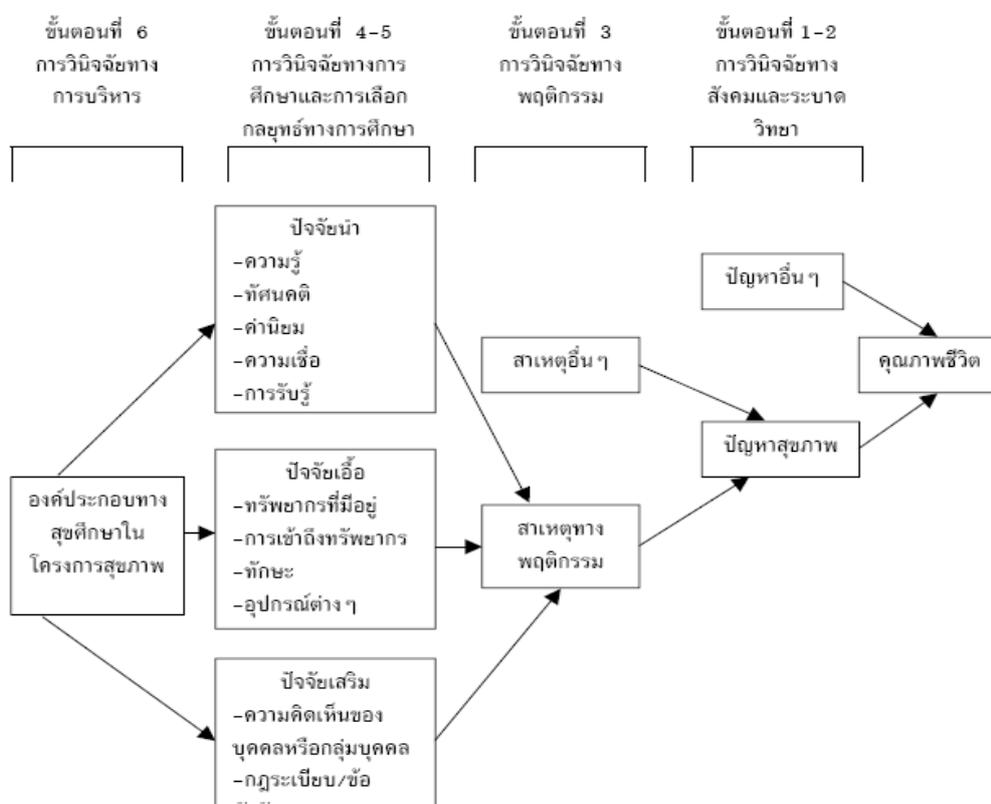
ส่วนการดำเนินงานตามรูปแบบของ PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

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 และปรากฏการณ์เหล่านั้นส่งผลต่อกลไกการขับเคลื่อนกิจกรรม/โครงการกิจกรรมทางกาย อย่งไรบ้าง

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 และการประสานงาน ในส่วนของปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพโดยตรง ขาดองค์ความรู้และขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีน้อยแต่จำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยพื้นฐานอื่นอีกมาก ดังนั้นควรสร้างองค์ความรู้และสร้างความตระหนักในบทบาทหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการประสานงานให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้น ควรหารูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนสอดคล้อง และเหมาะสมกับความแตกต่าง โดยไม่กระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปิยากร หวังมหาพร (2551) ศึกษาวิจัยนวัตกรรมการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์กรบริหารส่วนตำบล ในเขตปริมณฑล ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ สมุทรสาคร ปทุมธานี นครปฐมและนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับนโยบายผู้สูงอายุ เนื่องจากนโยบายผู้สูงอายุถูกกำหนดไว้เป็นกฎหมายที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการ นักการเมืองท้องถิ่นประกาศเป็นนโยบายผู้สูงอายุในพื้นที่ องค์กรพัฒนาเอกชนเรียกร้องให้ดำเนินการ และองค์กรปกครองเห็นความรุนแรงของปัญหาผู้สูงอายุ เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยอมรับนโยบายแล้ว ได้มีการดำเนินโครงการต่างๆ สำหรับโครงการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการส่วนใหญ่เป็นโครงการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ) ในส่วนของการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่า มีการส่งเสริมสมรรถนะขององค์กร เช่น การพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการงบประมาณ การปรับปรุงระเบียบ การปรับปรุงวิธีการทำงานในหน่วยงาน การปรับปรุงโครงสร้างองค์กร การสร้างความสัมพันธ์หรือการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ในองค์กรเกี่ยวกับทักษะต่างๆ การสร้างเครือข่ายการทำงาน จากผลการศึกษาดังกล่าวได้ข้อเสนอแนะเชิงการบริหารดังนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรริเริ่มโครงการอื่นๆ นอกจากโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและโครงการอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อการเข้าถึงในมิติอื่นๆ ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานเอกชน เช่น บริษัท มูลนิธิ เพื่อสนับสนุนด้านงบประมาณ และความร่วมมือกับส่วนราชการในพื้นที่ โดยเฉพาะกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และสถานศึกษาต่างๆ

ปิยากร หวังมหาพร (2546) ได้ศึกษานโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งได้ข้อค้นพบในเรื่องตัวแบบการเข้าสู่ภาวะนโยบาย การก่อตัวนโยบายและผลกระทบของนโยบาย ใน 3 ประเด็นดังนี้

1. ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเด็นดังกล่าวถูกองค์กรระหว่างประเทศ ส่งผ่านและถ่ายทอดแนวคิดนโยบายมายังประเทศที่กำลังพัฒนา ผ่านการประชุมสัมมนาขององค์กรระหว่างประเทศ จุดประกายความคิดให้เกิดขึ้นในหมู่

ผู้นำประเทศกำลังพัฒนา ทำให้ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเข้าสู่วาระนโยบายของรัฐบาลในประเทศที่กำลังพัฒนาได้

2. การก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นไปตามตัวแบบผู้นำแปลงรูป ผ่านองค์กรตัวแทนกล่าวคือ ส่วนราชการ ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย ดำเนินการทางการเมือง ผ่านกลุ่มผลประโยชน์ที่ตนเองจัดตั้งและให้เงินสนับสนุน เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลไทยกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการก่อตัวของนโยบายผู้สูงอายุตามตัวแบบผู้นำแปลงรูป ทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อผู้สูงอายุมุ่งเน้นไปที่โครงการต่างๆ ตามความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ผลักดันเรียกร้องนโยบายจากรัฐบาล

พิธีสิทธิ์ คำนวนคิลป์ (2542) ได้ประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า นโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า นั้น 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 ส่วนด้านคุณภาพยังเป็นสิ่งที่จะต้องปรับปรุงให้มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุอย่างแท้จริง 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 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อปี 2) กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางด้านสุขภาพ คือ ผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ หรือได้ไม่ทั้งหมด ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ 3) กลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางด้านประชากรสังคม 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 และผู้สูงอายุรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีรายได้น้อยเพียงพอ 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 โดยได้รับการการตรวจวัดความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ ได้รับบริการเจาะเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน ร้อยละ 53.2 แต่ยังมีผู้สูงอายุเปราะบางไม่ได้รับการตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 24.9 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 42.7 รองลงมารับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ร้อยละ 27.9 และ

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.8 ระดับความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง 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 และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพโดยรวม โดยใช้สถิติ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า เพศ สถานภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเปราะบาง การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการมีบัตรทอง/บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพโดยรวม ส่วนอายุ และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเปราะบาง ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพโดยรวม และผลการศึกษาระดับความต้องการบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเปราะบาง พบว่า ผู้สูงอายุเปราะบางมีความต้องการให้มีบริการทางด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ บัตรทอง บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ เพื่อใช้สิทธิในการรักษา รองลงมา การให้บริการตรวจรักษา ผู้สูงอายุที่จุดๆ เดียว ไม่ต้องเคลื่อนย้ายบ่อยๆ การจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน 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 ทั้งในชุมชนเมืองและนอกชุมชนเมืองมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุร้อยละ 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 จิตะพันธ์กุล (2547) ได้ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยประสบกับปัญหาต่างๆ หลายด้านทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย ปัญหาทางด้านสังคมได้แก่ การที่ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือมีปัญหาด้านการดำรงชีพ ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วยร้อยละ 32 ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาหรือว่าเหวร้อยละ 21 นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางด้านการศึกษาหรือที่ฝึกหัดที่มีสภาพดี ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้แก่ ผู้สูงอายुर้อยละ 35 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยในชนบทจะประสบปัญหาทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง 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 และด้านการแสวงหาตนเองเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุ ตามเพศ 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) รวมทั้งจัดบริการในรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุ

ยุทธนา ปาละนิตินา (2548) ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นกับสภาพการมีอายุยืน: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับวิธีการดูแลส่งเสริมให้มีสุขภาพดี มีอายุยืน และเพื่อศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาประยุกต์ใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีและมีอายุยืน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการศึกษาเอกสารและการศึกษาภาคสนาม ผลการวิจัยพบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนสูงอายุในจังหวัดเลยมีอายุยืนและสุขภาพแข็งแรงคือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายพอเหมาะแก่สภาพร่างกายและวัยของตน การดูแลรักษาบ้านเรือนให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทได้สะดวก อาหารที่บริโภคได้ตามท้องถิ่น ส่วนมากเป็นการบริโภคผักและปลา ไม่รับประทานอาหารหมักดองหลีกเลี่ยงสารเคมีแต่พยายามใช้สมุนไพรเป็นส่วนประกอบในอาหาร ในด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเลยได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากลูกหลานและคนใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมทางสังคมที่เอื้ออาทรต่อกันและกัน รวมทั้งยึดมั่นในพระพุทธศาสนา เคารงครัดในวัฒนธรรมประเพณีซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจ สำหรับในภาคส่วนราชการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีกิจกรรมและโครงการหลายอย่างที่ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างความรู้ทางวิทยาศาสตร์และผู้มีปัญญาที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

พรอนันต์ กิตติมั่นคง (2547) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา และเปรียบเทียบความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยจำแนกตามภูมิฐานะเป็นเขตเทศบาลนคร 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 ด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และด้านการแก้ไขปัญหาความยากจนและด้อยโอกาส ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านที่อยู่อาศัยที่มีความต้องการในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาตามภูมิฐานะ 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. การเปรียบเทียบความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาจำแนกตามภูมิฐานะ พบว่า โดยภาพรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายกลุ่มพบว่า เขตชนบทและเขตเมืองมีความแตกต่าง

กัน โดยค่าเฉลี่ยความต้องการสวัสดิการสังคมในภาพรวมของผู้สูงอายุ 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 พลั่งฤทธิ์ (2547) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน การวิจัย มี 2 ชั้น ต่อเนื่องกัน ชั้นที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 415 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ผลการวิจัยที่ได้เชื่อมโยงสู่ชั้นที่ 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 ที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินหรือการสะสมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วย การสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรม ตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทวิศักดิ์ 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 กิจกรรมการเยี่ยมเยียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในผู้สูงอายุที่ป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลของการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่มีต่อภาวะสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า การรับรู้ด้านภาวะสุขภาพในอดีต ด้านภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านภาวะสุขภาพทางกาย จากการทดสอบกลไกทางร่างกาย และจากการหาค่าดัชนีมวลกาย พบว่าหลังการทดลองจะดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับผลการตรวจน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ความดันโลหิต พื้นที่ใช้งานได้ สมรรถภาพการไต่ขั้น สมรรถภาพการมองเห็น 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 ประเภทงานค้าขายที่สร้างรายได้ 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

พจนนา ศรีเจริญ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย 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 การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมในเวลาว่าง ตำแหน่งหน้าที่ ภาระหนี้สินและรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า แนวทางที่สำคัญในการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญในด้านการจัดการรายได้ โดยการส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมและการจัดกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น การเป็นวิทยากรในท้องถิ่น ให้ความรู้ตามประสบการณ์ ตามความถนัดในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมการใช้เวลาว่างอย่างเหมาะสม เช่น ไปเยี่ยมเพื่อน/ญาติ อ่านหนังสือ ทำอาหาร นอนพักผ่อน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณค่าแก่สังคม

ประคอง คำคง (2534) ศึกษาทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนต่อบทบาทผู้สูงอายุและวิธีโน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนในจังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า

1. ทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนอยู่ในระดับมาก บทบาทที่ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่าผู้สูงอายุปฏิบัติเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ บทบาททางวัฒนธรรมและศาสนา บทบาททางสาธารณสุขและการอนามัย และบทบาททางการศึกษาตามลำดับ

2. สถานภาพส่วนบุคคลที่มีผลต่อทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกัน อันได้แก่ตำแหน่งและอายุ ส่วนสถานภาพด้านประสบการณ์ในการทำงาน พื้นที่ปฏิบัติงาน การนับถือศาสนาและอาชีพ ไม่มีผลทำให้ทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนที่มีต่อผู้สูงอายุด้านบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกัน

3. ทักษะของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนที่มีต่อวิธี โน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนอยู่ในระดับมาก วิธีการที่ผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนให้ความสำคัญเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ ให้ความรู้ความเข้าใจโดยผ่านกลุ่มคน ให้ความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคล และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน ตามลำดับ

4. สถานภาพส่วนบุคคลที่มีผลต่อทักษะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนที่มีต่อวิธี โน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชนแตกต่างกัน ได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงาน สถานภาพด้านตำแหน่งและอายุไม่มีผลทำให้ทักษะแตกต่างกัน ส่วนพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้ทักษะที่มีต่อวิธี โน้มน้าวผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาชุมชน

5. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานพัฒนาชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนควรตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทผู้สูงอายุ และกำหนดบทบาทในการพัฒนาชุมชนให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้งานพัฒนาในชุมชนประสบผลสำเร็จรวดเร็วขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านโรคไม่ติดต่อและกิจกรรมทางกาย

ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ (2551) ศึกษาภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของบุคลากร ด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ประชากรเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ในเขตอำเภอแม่เมาะ 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 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบ โครงการและวางแผนนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 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 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พลังอำนาจที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรม

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น 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) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนที่มีประสิทธิภาพ 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 จากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาในด้านสุขภาพ รวมถึงการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานด้านกิจกรรมทางกายซึ่งยังมีน้อยมากและไม่ครอบคลุม ทั้งนี้หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะเกิดผลดีในด้านการป้องกันความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังสำคัญได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และโรคเรื้อรังจากระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น องค์กรที่สำคัญและมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นในระดับท้องถิ่นควรมีการดำเนินการพัฒนาสุขภาพผู้สูง เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิเสรีภาพด้านคุณภาพชีวิตตามที่ประเทศไทยโดยหน่วยงานของรัฐได้กำหนดไว้ในกฎหมายต่างๆ ตั้งแต่ในระดับสูงสุดคือระดับรัฐธรรมนูญลงมา ถึงระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการที่จะดำเนินกิจกรรมตามแนวนโยบายให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

ร่วมจากทุกภาคส่วนในการนำนโยบายไปปฏิบัติจริง และหากพบช่องว่างที่ต้องพัฒนาก็จะทำให้สามารถฝึกกำลังของภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะในภาคประชาชนระดับท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนในการเตรียมการ เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้าจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อการใช้ทรัพยากรของประเทศซึ่งมีอย่างจำกัด ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการพัฒนา นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นจึงเป็นความท้าทายของสังคมที่จะดึงศักยภาพของท้องถิ่นออกมาใช้ให้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของระบอบประชาธิปไตยโดยแท้จริง และจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังต่อไปนี้

ตอนที่ 9 กรอบแนวคิดการวิจัย

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

จากวัตถุประสงค์ในการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิดในการทำการศึกษาคือ ประการแรก การวิจัยนี้ได้ศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพทางกายพบว่า ในปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกกำลังก้าวสู่ “ศตวรรษแห่งผู้สูงวัย” 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 ซึ่งโดยรวมจะนำไปสู่การลดโรคและอัตราตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่ไม่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกาย กิจกรรมเหล่านี้สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ขององค์การสหประชาชาติ และมีประโยชน์อย่างใหญ่หลวงต่อการสาธารณสุขทั่วทั้งโลกโดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้เสนอปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องต่อโรคไม่ติดต่อ โดยมุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่าง

ถูกต้องซึ่งยุทธศาสตร์โลกด้านอาหารและกิจกรรมทางกายจะสามารถลดอัตราการตายของประชากรโลกได้ถึงปีละ 3 ล้านคน ด้วยเหตุดังนั้นกรอบความคิดเดิมเรื่องสุขภาพ (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 โดยเริ่มจากมีการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และส่งผลให้เกิดพระราชบัญญัติสุขภาพในเวลาต่อมา นอกจากนี้ประกอบกับมีการเคลื่อนไหวทางสังคม ในเรื่องการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ระดับท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่มอบบทบาทหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีหน้าที่ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน แต่กลับพบว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมายังมีปัญหาในทางปฏิบัติ เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภาระที่ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจใหม่จากส่วนกลางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังขาดความพร้อมทางด้านจัดการและกระบวนการทางกฎหมาย ซึ่งจากการศึกษาในระดับท้องถิ่นยังไม่มีความชัดเจนว่า การกระจายอำนาจการปกครองของไทยนั้น ประชาชนสามารถเข้ามา มีบทบาทเรียกร้องมากขึ้นเพียงใด จึงทำให้การกระจายอำนาจในส่วนการปกครองของไทยยังคงไม่ก้าวหน้า สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากการที่ประชาชนในท้องถิ่นไม่ได้แสดงความต้องการ จึงทำให้ขาดการผลักดันทางการเมืองในประเด็นที่ตรงกับความต้องการของประชาชน

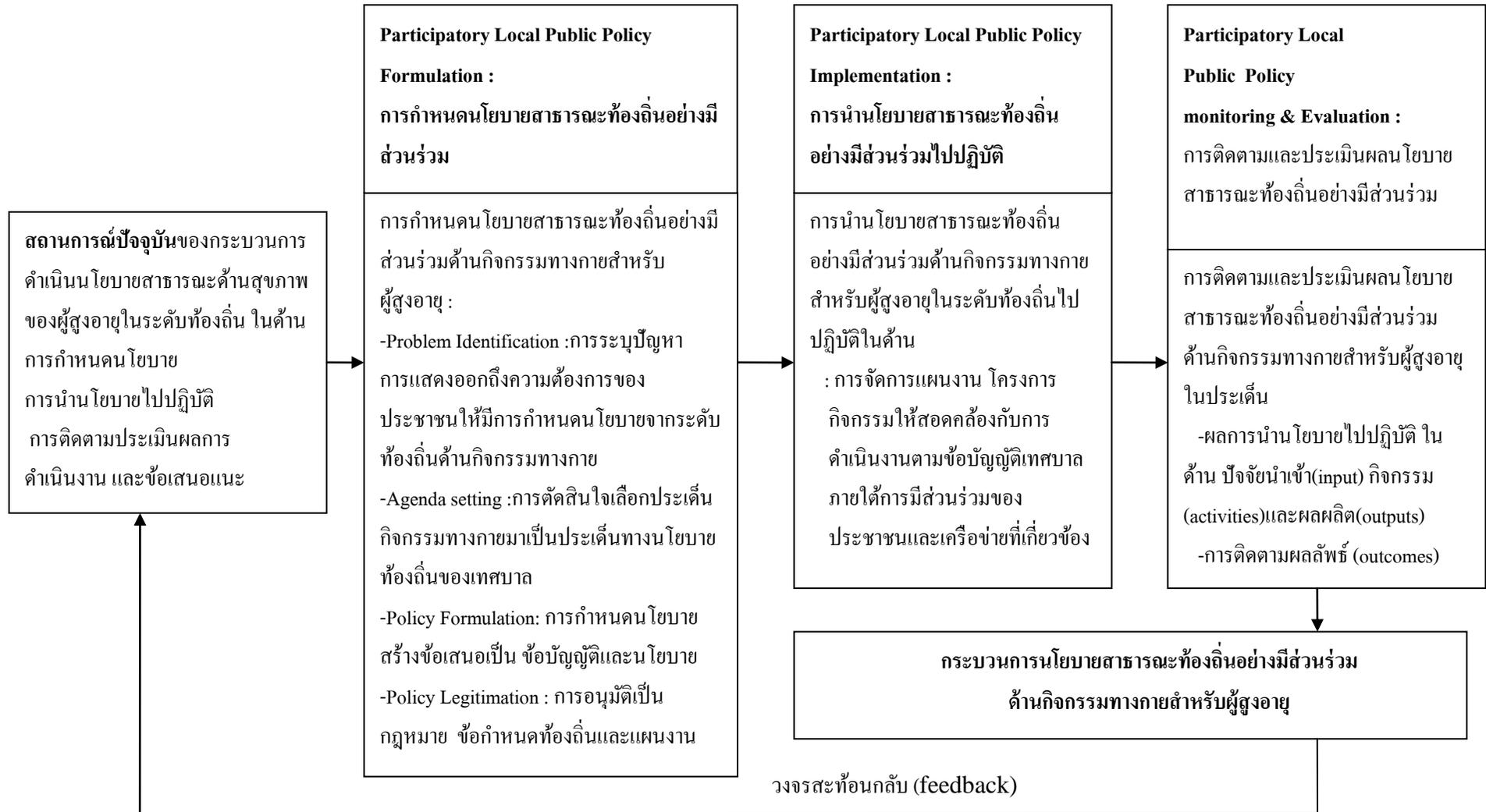
ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่นด้านการป้องกันการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อก็คือ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายให้เกิดขึ้นจริง โดยมีเป้าประสงค์ให้เกิดข้อกำหนดด้านนโยบายสาธารณะท้องถิ่น ตลอดจนการนำนโยบายสาธารณะท้องถิ่นไปปฏิบัติ รวมถึงการติดตามและประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน 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 ในประเทศไทยยังไม่มีการวิจัยหรืองานวิชาการที่ทำการศึกษาและพัฒนาระบบการนโยบายสาธารณะท้องถิ่นอย่างมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงในประเด็นของการติดตามประเมินผลภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะท้องถิ่นกับประเด็นสุขภาพด้าน

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

