

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความหมายและคุณค่าของการแนวคิดและกระบวนการกำหนดนโยบายเรื่องชมรมสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการนำนโยบายไปใช้ปฏิบัติในพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตลอดจนผลงานที่เกิดขึ้นในเรื่องจำนวนชมรม สมาชิกชมรม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม นอกจากนี้ยังประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติการด้วย การตอบคำถามประเมินดังกล่าวได้ระเบียบวิธีการวิจัย 2 แบบ คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นตอบคำถามในเรื่องแนวคิด และกระบวนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ด้วยการสัมภาษณ์ลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะทำงานกำหนดนโยบาย ผู้บริหาร กรรมการชมรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ที่รับผิดชอบงานเรื่องนี้ ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณนั้น มุ่งเน้นที่ตอบคำถามถึงผลของการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกรรมการชมรม สมาชิกชมรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง 4 กลุ่มด้วยแบบสอบถามที่ทีมผู้ประเมินสร้างขึ้น คือ กรรมการชมรม สร้างเสริมสุขภาพ สมาชิกชมรม ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1141, 754, 3, 317 และ 80 คน ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่สุ่มได้มาจาก 20 หมู่บ้านจาก 10 จังหวัดที่เป็นตัวแทนของทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

ผลการประเมินพบว่าการกำหนดนโยบายชมรมสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มต้นจากผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายข้าราชการประจำต้องการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในระดับประเทศ แต่ข้อเสนอรูปแบบการรณรงค์ของฝ่ายข้าราชการประจำที่รับผิดชอบเรื่องนี้ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริหารระดับสูงฝ่ายข้าราชการการเมือง จนต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการรณรงค์ที่เน้นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลงานของบุคคลและพรรคฝ่ายรัฐบาล เช่น การรวมพลังออกกำลังกายในวันเวลาเดียวกันทั้งประเทศเพื่อสร้างสถิติโลก และการเข้าร่วมออกกำลังกายในวันดังกล่าวของฝ่ายการเมืองระดับสูง นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายขึ้นทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และชมรมสร้างเสริมสุขภาพต้องทำกิจกรรมตามนโยบาย 50. ให้ครบถ้วน (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และอโรควา) โดยเริ่มต้นจากการออกกำลังกาย และกำหนดให้ทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในปี 2549 หรือใช้เวลาประมาณ 4 ปี นับจากวันเริ่มดำเนินการ ข้อกำหนดต่างๆ จัดทำโดยคณะทำงานที่เป็นตัวแทนนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางทุกแห่ง โดยมีกองสุขศึกษาในฐานะเป็นทีมงานที่รับผิดชอบนโยบายเรื่องนี้เป็นแกนหลัก

ข้อกำหนดดังกล่าวโดยเฉพาะประเด็นการจัดตั้งชมรมให้ได้ครบทุกหมู่บ้านในปี 2549 ได้มีผู้บริหารระดับกลางในส่วนกลางหลายท่านไม่เห็นด้วย แต่ไม่อาจคัดค้านแนวคิดและความต้องการของผู้บริหารระดับสูงได้ เมื่อนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากก็ไม่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวเช่นกัน แต่จำเป็นต้องปฏิบัติตามเพราะเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบและกำกับอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การรายงานผลงานต่อส่วนกลางทุกเดือน การกำกับโดยเอกสารราชการ การประชุมผู้บริหาร และการติดตามผลงานของทีมผู้ตรวจราชการ ซึ่งพื้นที่ต่างๆสามารถจัดตั้งชมรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดโดยใช้เงินที่มีอยู่ในพื้นที่เอง เนื่องจากส่วนกลางไม่มีงบประมาณสนับสนุนเรื่องนี้เป็นพิเศษ ด้วยการใช้เครือข่ายและความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญในการจัดตั้งชมรม แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ไม่มั่นใจในความถูกต้องของจำนวนชมรม และสมาชิกชมรมที่ได้รับเนื่องจากความเร่งรีบและเร่งรัดในการดำเนินงาน ซึ่งในกระบวนการจัดตั้งชมรมนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการ หลังจากนั้นก็ให้การสนับสนุนด้านความรู้ การฝึกอบรมผู้นำด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย เช่น การจัดประกวดการเต้นแอโรบิกที่เป็นกิจกรรมหลักในการออกกำลังกายของชมรมส่วนใหญ่ และการศึกษาดูงาน โดยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้สมาชิกนั้นกรรมการชมรมสามารถดำเนินงานได้เอง เจ้าหน้าที่ที่เป็นเพียงผู้เข้าไปช่วยเหลือ สำหรับกิจกรรมอีก 4 เรื่องที่นอกเหนือจากการออกกำลังกายนั้นยังไม่มีรูปธรรมที่ชัดเจนในการพัฒนาเป็นวิถีชีวิตของสมาชิกชมรม สมาชิกชมรมได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการพูดคุยและฝึกอบรมให้ความรู้ในเรื่องต่างๆเหล่านั้นเท่านั้น

ชมรมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่จัดกิจกรรมออกกำลังกายให้สมาชิกไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 วัน / สัปดาห์ และครั้งละไม่ต่ำกว่า 30 นาที) มีผลทำให้สมาชิกชมรมประมาณสองในสามได้ออกกำลังกายจนเป็นสุขนิสัย และรับรู้ถึงผลกระทบทางบวกที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น ป่วยเป็นไข้หวัดน้อยลง อาการโรคภูมิแพ้ลดลงหรือหายไป อารมณ์ดีขึ้น และสังคมในครอบครัวและกับเพื่อนบ้านดีขึ้น ในขณะที่มีชมรมไม่เกินร้อยละ 40 มีความเข้มแข็งในระดับที่น่าพอใจ โดยมีปัจจัยสำคัญที่กำหนดคือ ผู้นำเต้นแอโรบิก การจัดหาสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้น และประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรม แต่หลังจากที่นโยบายนี้สิ้นสุดในปลายปี 2549 พร้อมๆกับการเปลี่ยนรัฐบาล การดำเนินงานของหน่วยราชการทุกระดับต่างเลิกคิดและทำเรื่องนี้ไปด้วย เช่น ส่วนกลางไม่มีการเก็บข้อมูลจำนวนชมรมและสมาชิกชมรมอีกต่อไป ไม่มีการเร่งรัดและตรวจสอบจากส่วนกลาง เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ปฏิบัติการก็ลดความกดดันลง ไม่มีการจัดตั้งชมรมใหม่ การสร้างเสริมและสนับสนุนชมรมก็มีน้อยลง ที่มีอยู่บ้างก็อยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่กับชมรมนั้นๆเท่านั้น สถานการณ์ของชมรมสร้างสุขภาพจึงอยู่ในภาวะทรงตัว

หรือหลุดลง สำหรับประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมนั้น ส่วนใหญ่เคยได้รับการชักชวนให้เป็นสมาชิกชมรม แต่ไม่สมัครเป็นสมาชิกเพราะไม่มีเวลาและติดขัดเรื่องการประกอบอาชีพการงาน ประชาชนกลุ่มนี้ประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ส่วนคนที่ออกกำลังกายมีร้อยละ 12.6 เท่านั้น ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการกำหนดนโยบายสาธารณะนั้น ควรกำหนดเป็นกฎเกณฑ์และระเบียบของกระบวนการกำหนดนโยบายที่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลและหลักวิชาการ ปัญหาของประชาชนและสังคม และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ส่วนการนำนโยบายไปใช้นั้นควรมีความยืดหยุ่นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ยังเสนอให้ปรับปรุงการนิเทศงานให้เป็นระบบของการเรียนรู้และพัฒนาที่แท้จริง และควรมีนโยบายที่ชัดเจนว่าหลังจากสิ้นสุดคนนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และภาครัฐต่อไปอย่างไร เช่น การจัดตั้งเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ ที่มีสมาชิกชมรม กลุ่มวิถีชีวิตสุขภาพตามนโยบาย 50. นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้มีการวิจัยประเมินผลกระทบจากการกำหนดนโยบายที่ทำให้ทำทุกหมู่บ้านทั่วประเทศและทำให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดในเวลาที่กำหนด และควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องวัฒนธรรมการออกกำลังกายของคนไทย และรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

Abstract

This evaluative research aimed to define and describe the meaning, concept, and policy formulation procedure of health promotion clubs of the Ministry of Public Health; the translation of the policy into practice; results gave rise from the implementation of the health promotion clubs in terms of outputs, outcomes, and impacts on health personnel and residents in respective areas.

Both qualitative and quantitative approaches were employed in this study. The former was used to gain detailed information on concepts and the process of policy formulation, and the translation of which into implementation by using key informant depth- interviews such as policy makers, administrators, clubs committee members, and health staffs at all levels. The latter focused on results of the implementation of health promotion clubs and their impacts on respective committees, members, and health staffs. In this approach, data were collected from 1,141 committees, 754 members, 317 non-members, and 80 health personnel in 20 villages randomly selected from 10 national representation provinces, using structured interviews.

It was found that prior to the initiation of health promotion clubs, public health executives proposed to organize a national campaign to motivate people to exercise, but this did not satisfy top brass politicians. The campaign was modified to strategically put relevant ministers and colleagues on the spotlight through exercise advertisement and campaigns. One example of such activity was the organization of a nation-wide exercise campaign to get as many people as possible to participate in aerobic dance to set a new world record. In addition, every village was required to form a health promotion club to carry out progressive health promotion activities-exercise, healthy diets, mental health, environmental health, and disease control-starting from exercise promotion. All clubs were required to complete all health promotion activities, determined by a group of specialists at the central level led by the Division of Health Education, by the end of 2006. Many public health administrators at the central level disagreed with this idea, but failed to convince top executives.

By the same token, many frontline health personnel disagreed with the idea, but they must comply with the ministry's policy. Besides, they were closely and continuously, monitored and controlled by different means such as monthly reports, administrative meetings, and supervision by the central inspector team.

All villages managed to organize the clubs using their own resources and networks available in the community without any support from the Ministry of Public Health. However, the accuracy of the registration of the clubs and their members were in question. Most clubs were initiated and supported by local health personnel who provided all technical supports including training of committee members, and exercise leaders, organizing aerobic dance contests, field trips, etc,. The exercise activities were normally organized by clubs committee and advised by local health personnel. Other four health promotion activities, however were not actually implemented, only related information and education were provided to the committee members. Most clubs were able to organized exercise activities in accordance with the requirements, at least three days a week and 30 minutes each. Two-third of club members regularly exercised and perceived its positive impacts on their physical, emotional, and social health. About 40 % of the members were satisfactorily active and the factors relating to their being active were exercise leaders, growing number of club members, and people's participation in forming the clubs.

The change of the government, and therefore the end of such policy, at the end of 2006, faded away the implementation of the clubs. Most government officials involved stopped their supports to this activities, no more data collection and monitoring activities at the central level. Local health personnel felt relieve and less support were provided to the clubs. Consequently, the prospects of the clubs were not good, some even going downhill.

Most non-members did not apply for the membership because of time and work constraints. Half of these people did not exercise at all, and those who exercised only 12.6% of them exercised regularly.

It was recommended that public health public policy formulation should be based on scientific evidences and actual community problems with participation from all sectors concerned. Modification should be allowed in implementing such policy to meet the diversities of community contexts. Supervision should be aimed for learning and development of local health personnel. It should be made clear how public sectors could support the clubs after the end of the five-year national public health plan. One suggestion was to set up health promotion club networks to share experiences and activities. Impact evaluation should also be carried out on the effectiveness of the clubs. Finally, research should be done to enrich the body of the knowledge on exercise cultures and appropriate modes of exercise in different target groups and contexts in Thailand.