



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ :

สถานการณ์และแนวโน้มการปฏิบัติการของชมรมสร้างสุขภาพ

(Situation and Trend of Health Promotion Club :

Public Health Policy Evaluation)

โดย รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และคณะ

มีนาคม 2551

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ

นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ :

สถานการณ์และแนวโน้มการปฏิบัติการของชมรมสร้างสุขภาพ

(Situation and Trend of Health Promotion Club :

Public Health Policy Evaluation)

คณะผู้วิจัย

รศ.ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.บุษบา สงวนประสิทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์	คณะแพทยศาสตร์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชุดโครงการวิจัยสุขภาพ

สนับสนุนโดย

เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยประเมินผลเรื่องนี้ได้รับความร่วมมือ ช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานหลายแห่งตลอดช่วงเวลาคำเนินการ จนทำให้งานเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทีมวิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเป็นกัลยาณมิตรของท่านที่เกี่ยวข้องและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและสนับสนุนช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เข้าถึงและเข้าใจได้ลึกซึ้งขึ้น โดยมีหลายท่านได้ทำหน้าที่ทั้งสองอย่างไปพร้อมๆ กันในสภาพที่เป็นการเปิดอกและเปิดใจกันอย่างแท้จริง นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นพิเศษต่อเครือข่ายวิจัยสุขภาพ มุทนิธิสานาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ที่เป็นผู้บริหารงานชุดโครงการนี้ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่นอกจากการให้สนับสนุนทุนโครงการวิจัยประเมินผลเรื่องนี้แล้ว ยังให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และที่สำคัญที่สุด คือการให้โอกาสแก่ทีมวิจัยในขยายเวลาดำเนินงานหลังจากที่การวิจัยได้หยุดชะงักไปช่วงเวลาหนึ่งเนื่องจากหัวหน้าทีมมีปัญหาสุขภาพ ทำให้งานวิจัยล่าช้ากว่าที่กำหนด ทีมผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คำนำ

“นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ” เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่รณรงค์ให้มีการดำเนินการในพื้นที่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2549 โดยเน้นหนักที่การจัดตั้งและพัฒนาชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนากลุ่มและกิจกรรมที่เป็นวิถีชีวิตสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุม 6 อ. คือเรื่อง การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และอบายมุข หรือที่รู้จักกันว่าเป็น “นโยบาย 6 อ. ในการสร้างเสริมสุขภาพ” ทีมผู้วิจัยทำการวิจัยประเมินผลเรื่องนี้ด้วยพื้นฐานความเชื่อที่สำคัญ 2 ข้อ คือ ประการแรก เห็นด้วยอย่างยิ่งกับแนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมออกกำลังกาย” เพราะเชื่อว่ากลุ่ม/ชมรมของประชาชนที่จัดตั้งขึ้นจะเป็นกลยุทธิ์สำคัญในการพัฒนาสุขภาพเชิงบวก หรือการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของประชาชนได้ และมีประสิทธิภาพมากกว่าการปล่อยให้ประชาชนแต่ละคนพัฒนาตนเองกันเอง และประการที่สอง เชื่อว่ากระบวนการกลุ่มของประชาชนเป็นกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้เป็นอย่างดี และสามารถพัฒนาต่อเนื่องในเรื่องอื่น ๆ รวมทั้ง 6 อ. ที่กำหนดไว้ด้วย เพราะทุกเรื่องเป็นวิถีชีวิตประจำวันของทุกคนที่ต้องมีและพัฒนาอยู่ตลอดเวลา แต่ทีมผู้ประเมินก็มีประเด็นคำถามในเรื่องรูปแบบและเป้าหมายของการรณรงค์ว่า เป็นแนวคิดและแนวทางที่ถูกต้องมากน้อยเพียงไรและอย่างไร ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบรณรงค์ดังกล่าวด้วย เพราะในอดีตที่ผ่านมาได้เรียนรู้ถึงข้อจำกัดของรูปแบบการรณรงค์มาพอสมควร

ผู้วิจัยได้แสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินพร้อมข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนา ทั้งในขั้นตอนการกำหนดนโยบายรณรงค์และการนำนโยบายรณรงค์ไปใช้ในพื้นที่ทั่วประเทศ จึงคาดหวังว่างานวิจัยประเมินผลเรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตามสมควร และน่าจะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่ทำให้ได้แนวคิดและแนวทางในการพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

เรื่อง : นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ : สถานการณ์และแนวโน้มการปฏิบัติการของชมรมสร้างสุขภาพ (Situation and Trend of Health Promotion Club : Public Health Policy Evaluation)

ผู้วิจัย : รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์ ผศ.ดร.บุษบา สงวนประสิทธิ์ และผศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์

แหล่งทุน : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝ่ายสวัสดิการสาธารณะ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาประเมินผลนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความหมายและคุณค่าของกระบวนการกำหนดนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพและการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นที่มีต่อกระบวนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ความเข้มแข็งของชมรม และสภาพการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมและของประชาชนทั่วไป ในการตอบคำถามการประเมินดังกล่าวนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย 2 แบบผสมผสานกัน คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่ใช้ตอบคำถามกระบวนการการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นหลัก ด้วยการสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ข้อมูลที่ได้รับจากการบันทึกเทปได้รับการวิเคราะห์เนื้อหาและเสนอผลด้วยการจำแนกหมวดหมู่เป็นประเด็นสำคัญที่ตอบคำถามการประเมิน ส่วนการวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นกระบวนการที่สะท้อนให้เห็นในการปฏิบัติของชมรมสร้างสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วประเทศได้ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายมากขึ้นเพียงไร การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งและบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพเป็นอย่างไร ใครเข้าร่วมบ้างและอยู่ในฐานะใด ตลอดจนความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพว่ามีมากน้อยเพียงใด และด้วยเงื่อนไขใดบ้าง รวมถึงประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 กลุ่ม คือ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ กรรมการบริหารชมรมฯ ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งสุ่มมาจาก 10 จังหวัดทั่วประเทศ 20 อำเภอ 20 ตำบล และ 20 หมู่บ้าน จำนวนรวม 1,141, 754, 3,317 และ 80 คน ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้รับนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของผลที่ได้รับจากนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ และการตอบสมมุติฐานทางวิชาการที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังได้เสนอกรณีตัวอย่างของชมรมสร้างสุขภาพที่ดีผลงานดีเพื่อแสดงให้เห็นกระบวนการและรูปแบบของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน ผลการประเมินโดยรวมสรุปได้ดังนี้

1. การกำหนดนโยบาย

1.1 การออกกำลังกายได้รับการจัดตั้งและพัฒนาเป็นหน่วยงานวิชาการระดับส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข มาตั้งแต่ปี 2545 ในรูปแบบของโครงการก่อนที่จะพัฒนาเป็นหน่วยงานวิชาการอย่างเป็นทางการในระดับกอง โดยมุ่งเน้นการออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้บริหารกองที่เข้ามารับผิดชอบเรื่องนี้ตั้งแต่ก่อนการจัดตั้งเป็นกองได้ทำความเข้าใจกับ ฐานที่เป็นหน่วยงานวิชาการระดับกองในประเด็นสำคัญ 2 เรื่อง คือ (1) ความหมายที่แท้จริงของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬา แต่เป็นเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกายในรูปแบบอื่น ๆ ได้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิถีดำเนินชีวิตตามปกติของคนทั่วไป ทั้งจากการเรียน การทำงาน งานอดิเรก และการพักผ่อน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอความหมายใหม่ของคำว่า “การเคลื่อนไหวร่างกาย” “การออกกำลังกายสะสม” และ “วิถีดำเนินชีวิตก็เป็นการออกกำลังกายได้” และ (2) การนำเสนอความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของกองออกกำลังกายในฐานะเป็นหน่วยงานวิชาการ จึงมีข้อเสนอบทบาทหลักในการสร้างองค์ความรู้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัตินำไปใช้ได้ คือ “รูปแบบการพัฒนา” ที่ได้ทดลองพัฒนาให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ต่าง ๆ ที่ครอบคลุมแนวคิดและความหมายใหม่ที่กว้างขวางและถูกต้องของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

1.2 ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายการเมืองให้ความสนใจที่จะรณรงค์เรื่องนี้ในระดับประเทศ แต่การตัดสินใจสุดท้ายอยู่ที่ฝ่ายการเมืองที่มุ่งเน้นรูปแบบการรณรงค์ที่สามารถสร้างกระแสสังคมและการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลงานและภาพลักษณ์ของพรรคและบุคคลฝ่ายการเมืองได้ ดังนั้นรูปแบบการรณรงค์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานวิชาการที่ฝ่ายข้าราชการประจำเสนอมาก่อนหน้านี้ จึงไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร รูปแบบการรณรงค์ที่รัฐบาลนำมาใช้คือการรวมพลังประชาชนในการออกกำลังกายในวันเดียวกันที่สามารถสร้างสถิติใหม่ของโลกได้ และในวันนั้นรวมทั้งก่อนและหลังวันรณรงค์ก็มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางและต่อเนื่องในหลากหลายวิธี รวมทั้งการกำหนดให้พื้นที่เร่งรัดจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย (ภายหลังเปลี่ยนเป็นชมรมสร้างสุขภาพ) ทุกกลุ่มทั่วประเทศอย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม และต้องทำให้ครบถ้วนทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพของชมรมให้แล้วเสร็จภายในปี 2549 หรือใช้เวลาเพียงประมาณ 3 ปี ที่ต้องทำให้แล้วเสร็จทั้งปริมาณและคุณภาพขอบเขตทั้งประเทศ

1.3 การกำหนดเป้าหมายและวิธีปฏิบัติของรูปแบบการรณรงค์ตามนโยบายเรื่องนี้ เจ้าหน้าที่ประจำเป็นต้นคิดและจัดทำรายละเอียดในรูปแบบของคณะทำงานที่มีตัวแทนจาก

หน่วยงานหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอข้อสรุปเพื่อขออนุมัติจากฝ่ายการเมือง ซึ่งแนวคิดและแนวทางการกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณที่จะได้รับภายในช่วงเวลาที่กำหนด รวมทั้งคุณสมบัติของคุณภาพชมรมที่ต้องการเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 2 และ 3 ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขหลายท่าน โดยเฉพาะผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางต่างไม่เห็นด้วย แต่เสียงทัดทานก็ไม่มีน้ำหนักที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เนื่องจากผลผลิตจากข้อกำหนดดังกล่าวสอดคล้องกับวิถีคิดเรื่องกรรมรงค์ที่สามารถนำผลงานเชิงปริมาณที่แสดงถึงจำนวนชมรมและสมาชิกชมรมที่ได้รับการจัดตั้งและพัฒนาและถือได้ว่าเป็นความสำเร็จของนโยบายได้

2. การน่านโยบายไปปฏิบัติ

2.1 กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งมอบนโยบายให้กับจังหวัดต่าง ๆ โดยผ่านการประชุมและการชี้แจงด้วยเอกสาร ซึ่งผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่จำนวนหนึ่งก็ไม่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องข้อกำหนดเป้าหมายพื้นที่และเวลาที่ให้ทำแล้วเสร็จ เพราะคิดว่าเป็นไปไ้ยาก ถึงแม้ทำได้แต่เชื่อว่าไม่มีคุณภาพพอและไม่ยั่งยืน แต่ไม่มีผู้ใดคัดค้านเรื่องนี้อย่างเปิดเผย และจริงจัง แต่ก็ให้ความร่วมมือปฏิบัติการในพื้นที่อย่างเต็มที่เพื่อให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์และข้อกำหนดของนโยบาย

2.2 การปฏิบัติการในพื้นที่ระดับจังหวัดนั้นมุ่งเน้นที่สถานีนามัย และโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบพื้นที่และประชาชนโดยตรง โดยหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอให้การสนับสนุน กำกับ และตรวจสอบผลงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น การประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบ การทำโครงการฝึกอบรมผู้นำการออกกำลังกาย การประกวดการออกกำลังกาย การศึกษาดูงาน และการทวงถามผลงานจำนวนชมรมที่จัดตั้งได้และจำนวนสมาชิกชมรม การทวงถามผลงานของพื้นที่ปฏิบัติการมักเป็นไปอย่างเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน ทุกครั้งทราบดีว่าจังหวัดก็ถูกทวงถามและเร่งรัดจากส่วนกลางมาอีกทอดหนึ่ง

2.3 การทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานนั้นมีเป้าหมายหลักในการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพให้ได้จำนวนตามเป้าหมายที่กำหนด จึงพยายามใช้เครือข่ายที่ตนเองมีอยู่ช่วยเหลือในการจัดตั้ง เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มแม่บ้าน และประชาคมในพื้นที่ นอกจากนี้ได้ปรับเปลี่ยนชื่อกลุ่มต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชนและได้ออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ เป็นชมรมสร้างสุขภาพด้วย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มกีฬาชนิดต่างๆ

2.4 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการในทุกระดับต่างไม่เชื่อมั่นในความถูกต้องและความสมบูรณ์ของตัวเลขจำนวนชมรมและสมาชิกชมรมที่จัดตั้งได้และส่งไปให้ส่วนกลาง ในระดับจังหวัดที่เป็น

ผู้รับผิดชอบดูแลหน่วยงานระดับพื้นที่ก็พยายามช่วยเหลือและปรับปรุงแก้ไขเท่าที่เป็นไปได้ แต่ในที่สุดทุกฝ่ายก็ต้องยอมรับ และต่างก็เข้าใจเหตุผลและเงื่อนไขความผิดพลาดดังกล่าวว่าเป็นเรื่องของ การเร่งรัดหวังผลในเชิงปริมาณเป็นหลัก

2.5 การนิเทศงานที่ส่วนกลางได้สร้างความเครียดให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมากกว่าการเข้าไปสนับสนุนและให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ สภาพความกดดันมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับท่าทีและความจริงจังของผู้นำในการนิเทศงาน ซึ่งบางท่านมีความเข้าใจและเห็นใจเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการก็ลดความกดดันในการนิเทศงานได้มาก และเจ้าหน้าที่จำนวนมากได้สะท้อนให้ทราบว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้นำนิเทศงานและผู้รับการนิเทศงานเกิดขึ้นน้อยมาก

2.6 เมื่อสิ้นสุดนโยบายประมาณปลายปี 2549 (สิ้นสุดรัฐบาลในสมัยนั้น) การดำเนินงานเรื่องการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการเร่งรัดจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพในพื้นที่ต่างยกเลิกไปโดยปริยาย หน่วยส่วนกลางเลิกทวงถามเรื่องจำนวนชมรมและสมาชิก การนิเทศงานที่ไม่ได้พูดถึงเรื่องชมรมสร้างสุขภาพเป็นการเฉพาะ การปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีอยู่บ้าง คือ การสร้างเสริมและช่วยเหลือชมรมสร้างสุขภาพที่มีอยู่ตามสภาพและความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่กับชมรมสร้างสุขภาพนั้น ๆ

3. การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและผลงาน

3.1 ชมรมสร้างสุขภาพที่ได้รับการจัดตั้งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) จัดกิจกรรมออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์ที่กรมการกำหนด และร้อยละ 64.5 เป็นการจับออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินแอโรบิค ชมรมเหล่านี้ประมาณครึ่งหนึ่ง (ยกเว้นชมรมภาคอีสานที่ทำได้ถึงร้อยละ 30.8) ได้จัดให้มีกิจกรรมเรื่องอาหารรวมอยู่ด้วย และมีชมรมไม่เกินร้อยละ 15 ที่ได้จัดกิจกรรม 3 อ. คือ ออกกำลังกาย อาหาร และอารมณ์ (สุขภาพจิต) (ยกเว้นชมรมภาคอีสานที่มีถึงร้อยละ 30.8) โดยกรมการชมรมได้ประเมินความเข้มแข็งของชมรมด้วยการยอมรับว่า ชมรมมีความเข้มแข็งน้อย และมีแนวโน้มการพัฒนาไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 28.8 และ 32.1 ตามลำดับ ที่เหลือส่วนใหญ่เห็นว่า ชมรมมีความเข้มแข็งปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 11.2 ที่เห็นว่าชมรมเข้มแข็งมากและมีแนวโน้มพัฒนาได้ดี นอกจากนี้ยังเห็นว่าปัจจัยด้านบุคลากรที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชมรมคือ ผู้นำเด่นเป็นสมาชิกชมรม ชมรมมีสมาชิกใหม่ขึ้นเรื่อยๆ และประชาชนมีส่วนร่วมจัดตั้ง และปัจจัยด้านกิจกรรมมีผลดีต่อความเข้มแข็งของชมรมคือ การประกวดการออกกำลังกาย การแข่งขัน และการวัดและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ส่วนการศึกษาดูงาน ไม่มีผลต่อการพัฒนาชมรม

3.2 การจัดตั้งชมรมนั้น กรรมการชมรมรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด (ร้อยละ 78.6) รองลงมาคือ อบต./เทศบาล และผู้นำประชาชนในชุมชน ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.2 เห็นว่าตนเองมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรม และการให้การสนับสนุนชมรมในระดับต่ำหรือน้อย ในขณะที่สมาชิกชมรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.0) ตัดสินใจเป็นสมาชิกเพื่อพัฒนาสุขภาพของตนเอง ส่วนประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมนั้น ร้อยละ 64.5 เคยได้รับการชักชวนให้สมัครเป็นสมาชิกชมรม และได้ให้เหตุผลที่ไม่สมัครเป็นสมาชิก คือ การไม่มีเวลาดัดจริตเรื่องอาชีพ / การเรียน และปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 42.6, 17.3 และ 8.6 ตามลำดับ โดยมีเพียงร้อยละ 11.2 ที่บอกว่าตนเองได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว

3.3 สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนเป็นสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 27.7 และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ และพบว่าสมาชิกในปัจจุบันไม่ได้ออกกำลังกายแล้ว ร้อยละ 17.7 สำหรับคนที่กำลังออกกำลังกายอยู่ประมาณ 2 ใน 3 ได้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การเปลี่ยนแปลงหลังจากได้ออกกำลังกายแล้วนั้น พบว่า มีสภาพที่ดีขึ้นทั้ง ร่างกาย อารมณ์ ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว และการมีเพื่อนสมาชิกคนใหม่ คิดเป็นร้อยละ 59.7, 45.7 28.8 และ 60.2 ตามลำดับ สำหรับประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมนั้น มีร้อยละ 12.6 ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีมากถึงร้อยละ 52.2 ที่ไม่เคยออกกำลังกาย คนที่ออกกำลังกาย (ครั้งคราวและสม่ำเสมอ) มีเพียงร้อยละ 28.7 ที่ได้ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ โดยใช้วิธีการเดินและวิ่งรวมร้อยละ 72.6 และมีร้อยละ 26.5 ที่ใช้วิธีเดินแอโรบิก

4. ความหมายและคุณค่าของผลการวิจัย

4.1 การดำเนินการเรื่อง “การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” ของกระทรวงสาธารณสุข ได้สะท้อนให้ทราบ การปฏิบัติการทางวิชาการเรื่องนี้ใน 2 ประเด็นสำคัญคือ (1) การทำความเข้าใจความหมายใหม่ของการออกกำลังกายที่แตกต่างจากความหมายเดิม ทั้งนี้เพื่อให้การกำหนดกลยุทธ์และกลวิธีการดำเนินงานมีความถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และ (2) บทบาทของกองวิชาการ ในการสร้างองค์ความรู้วิชาการกับการให้บริการวิชาการมีความซับซ้อนและเหลื่อมล้ำตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะในเรื่องการให้บริการวิชาการที่ทุกหน่วยงานก็ทำเรื่องนี้ จนทำให้เกิดการซับซ้อนและแยกกันไม่ออก ทั้งที่อยู่ในกรมเดียวกันและต่างกรมกัน และมักเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำตามกลุ่มเป้าหมายและวิธีการของตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องการให้บริการวิชาการที่ทุกหน่วยงานที่ทำเรื่องนี้ จนทำให้เกิดการซับซ้อนและแยกกันไม่ออกซึ่งทั้งสองประเด็นนี้น่าจะเป็นบทเรียนในเชิงโครงสร้างและระบบการทำงานของหน่วยงานวิชาการได้เป็นอย่างดี

4.2 “รูปแบบการรณรงค์” เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ฝ่ายการเมืองยอมรับและตัดสินใจว่าจะกำหนดให้เรื่องนั้นเป็นนโยบายของรัฐบาลหรือไม่ โดยต้องเป็นรูปแบบที่สามารถสร้างกระแสสังคม การโฆษณาและประชาสัมพันธ์ผลงานของพรรคและบุคคลทางการเมืองได้ ส่วนจะทำเรื่องใดเป็นนโยบายและวิธีปฏิบัตินั้น ฝ่ายข้าราชการมีบทบาทอย่างมากในการเป็นต้นคิดและนำเสนอ ซึ่งฝ่ายราชการประจำก็พอจะเข้าใจถึงความต้องการของฝ่ายการเมืองอยู่แล้ว จึงเสนอในรูปแบบการรณรงค์ทางสังคมให้พิจารณา ซึ่งฝ่ายการเมืองประเมินแล้วว่าคุ้มค่า จึงประกาศเป็นนโยบาย ส่วนรูปแบบใดที่ฝ่ายการเมืองคิดว่าไม่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้ก็จะไม่ยอมรับเป็นนโยบาย แต่อนุมัติให้ทำได้โดยไม่ให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณและการผลักดันทางนโยบาย ซึ่งในที่สุดแล้วแผนงานเรื่องนั้นก็ไม่มีผลในทางปฏิบัติที่มากเพียงพอ

4.3 การกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จของนโยบาย ได้กำหนดเป็นจำนวนที่ต้องทำให้สำเร็จภายในช่วงเวลาอันสั้น (จำนวนชมรมและสมาชิกชมรมที่เกิดขึ้นทุกหมู่บ้านทั่วประเทศภายในปี 2549) เป็นวิธีคิดหลักของฝ่ายข้าราชการประจำที่ฝ่ายการเมืองเห็นด้วย รวมทั้งผู้บริหารระดับสูงของฝ่ายข้าราชการประจำด้วย เพราะทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ที่ได้แสดงถึงผลงานของตนเอง แม้ว่าฝ่ายข้าราชการประจำไม่ได้โฆษณาประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ของตนเอง แต่ก็ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองอย่างเต็มที่ ได้ ซึ่งการกำหนดแนวคิดดังกล่าวนี้ไม่ได้รับการตรวจสอบอย่างเป็นระบบจากข้าราชการที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และไม่คำนึงถึงว่าจะมีผลกระทบมากน้อยเพียงใดหากนโยบายนี้ไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในประเด็นกระบวนการปฏิบัติการและความถูกต้องยั่งยืนของชมรมที่จัดตั้งขึ้น

4.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติการได้แสดงให้เห็นว่าตนเองสามารถตอบสนองต่อนโยบายชมรมสร้างสุขภาพได้ แม้ไม่เข้าใจและไม่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าวก็ตาม (เพราะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้) แม้เชื่อว่าผลที่ได้รับอาจไม่ถูกต้องและยั่งยืนก็ตาม อย่างไรก็ตามแนวคิดและการปฏิบัติการตามนโยบายดังกล่าวจะมีผลกระทบด้านลบอย่างมากต่อการรับรู้ วิธีคิด และความเชื่อมั่นทั้งของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและประชาชนที่เข้าร่วมในกระบวนการเพราะเป็นเรื่องที่อาจไม่สอดคล้องกับความหมายและคุณค่าของปรัชญาและหลักการของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และการกระจายอำนาจทางการเมืองให้กับประชาชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเองจนพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ ซึ่งเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ทางสุขภาพที่แท้จริง

4.5 กลไกและกระบวนการติดตามสนับสนุนให้พื้นที่ปฏิบัติการได้ทำตามนโยบายของการพัฒนาที่เร่งรีบและเน้นเชิงปริมาณ (แม้ผลงานเชิงคุณภาพก็เน้นเชิงปริมาณ คือการวัดคุณภาพของชมรมเป็นระดับ 1 2 และ 3) เป็นระบบที่มีประสิทธิผลสูง แต่มีประสิทธิภาพต่ำ เนื่องจากเป็นระบบที่

กดดันและสร้างความเครียดให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และไม่ได้ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาได้เท่าที่ควรรวมทั้งการได้ผลที่ขาดความถูกต้องและเชื่อถือได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ระบบการนิเทศงานของส่วนกลางและศูนย์เขต” ที่ในเชิงหลักการแล้วน่าจะเป็นกลยุทธและกลวิธีสำคัญที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ทั้งผู้นิเทศงานกับผู้ปฏิบัติการ และระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการด้วยกันเอง โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ประชาชนและชุมชนที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่พึ่งตนเองมีความยั่งยืน

4.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ปฏิบัติการกับการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของประชาชนได้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพการทำงานเชิงรุก และใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาโดยการมีทุนทางสังคมที่คืบบั่นฐานความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ที่มีต่อประชาชนในพื้นที่ และมักเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโสที่ผ่านงานภาคสนามมาโชกโชกในยุคของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน แต่สำหรับเจ้าหน้าที่รุ่นใหม่ ๆ กลับพบว่า มีความห่างเหินจากประชาชนและชุมชนมากขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นจากสาเหตุหลายอย่าง ทั้งความไม่พร้อมเกิดจากการฝึกอบรมตามหลักสูตรและการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการทำงานชุมชน (ซ่อมสร้างสุขภาพ) และอิทธิพลของสังคมที่หล่อหลอมวิถีคิด วิถีชีวิต ให้อยู่ในกระแสของลัทธิบริโภคนิยมที่ทำให้คนมีพฤติกรรมฉาบฉวยและเห็นแก่ตัวหรือเอาตัวรอด ซึ่งจะเกิดขึ้นกับคนทั่วๆ ไปทุกกลุ่ม ทุกรุ่น นโยบายชมรมสร้างสุขภาพจึงเป็นเสมือนการตอกย้ำและทดสอบสภาพดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

4.7 สถานการณ์ชมรมสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันค่อนข้างน่าเป็นห่วงว่าจะดำเนินงานต่อไปได้หรือไม่เพียงใด เมื่อนโยบายเรื่องนี้ได้สิ้นสุดลง เพราะมีชมรมเพียงประมาณร้อยละ 11 เท่านั้นที่มีความเข้มแข็งในระดับมาก ในขณะที่ส่วนใหญ่ระบุว่าชมรมมีความเข้มแข็งระดับปานกลางประมาณร้อยละ 60 ของชมรมทั้งหมด ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต่าง ๆ เชื่อว่าผลประเมินดังกล่าวน่าจะเป็นอัตราที่สูงเกินความเป็นจริง อย่างไรก็ตามหากมีการประมาณการอย่างคร่าวๆ ให้สอดคล้องกับตัวเลขการประเมิน อาจกล่าวได้ว่ามีชมรมประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่ยังคงมีสภาพความเข้มแข็งที่เอื้อต่อการพัฒนาต่อได้ แต่ก็ต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ต่อไป ซึ่งเป็นสภาพที่พอจะประเมินอนาคตของชมรมออกก้างกายได้ว่าจะเป็นอย่างไรร้อย่างไรก็ตามเมื่อขาดแรงผลักดันเชิงนโยบายและงบประมาณ เจ้าหน้าที่ย่อมลดความสำคัญเรื่องชมรมและไปให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นๆ ที่เป็นนโยบายและเป้าหมายใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

4.8 ความสำเร็จของนโยบายชมรมสร้างสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนและมีคุณค่าที่แท้จริง คือการที่ทำให้ประชาชนได้ออกก้างกายมากยิ่งขึ้น (ร้อยละ 80 ของสมาชิกชมรม) และประมาณไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกได้ออกก้างกายอย่างพอเพียง และยังมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดีขึ้น การมีชมรมออกก้างกายที่จัดตั้งและกระจายอยู่ทั่วไป แม้ว่าในอนาคตชมรม

เหล่านี้บางส่วนได้ยกเลิกไป และสมาชิกชมรมเลิกออกกำลัง แต่เชื่อว่าอย่างน้อยที่สุดโครงการนี้ได้ทำให้ประชาชนได้ออกกำลังกายจนคิดเป็นนิสัยเพิ่มมากขึ้น ก็อาจแสวงหาวิธีการออกกำลังกายของตนเองได้ และหากในชุมชนมีการจัดเรื่องออกกำลังกายขึ้นมาอีกเป็นชมรมออกกำลังกายก็ควรรวมกลุ่มกันต่อไปได้ไม่ยากนัก

4.9 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมนั้น ได้แสดงให้เห็นวิถีชีวิตตามปกติของประชาชนทั่วไปได้เป็นอย่างดี โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่ออกกำลังกายใช้วิธีการเดิน วิ่ง และขี่จักรยานเป็นหลัก ซึ่งเป็นวิธีออกกำลังกายที่ทำได้คนเดียว สภาพดังกล่าวอาจเป็นตัวอย่างและเงื่อนไขที่ดีในการสร้างเสริมการออกกำลังกายตามแนวคิดใหม่ที่ใช้วิธีเฉพาะบุคคลที่สามารถออกกำลังกายตามวิถีชีวิตของตนเองได้และสะสมได้ด้วย และอาจจะเป็นทางออกของการสร้างเสริมการออกกำลังกายโดยรวมให้กับประชาชนทั่วไปได้หากมีการส่งเสริมและสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมากเพียงพอ

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 การกำหนดนโยบายบรรณรักษ์ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดระเบียบและกฎเกณฑ์กระบวนการกำหนดนโยบายการบรรณรักษ์ หรือนโยบายสาธารณะที่ดำเนินงานในขอบเขตทั่วประเทศ เพื่อให้เป็นหลักการและแผนการปฏิบัติทุกเรื่อง โดยอิงกับหลักวิชาการ ปัญหาของประชาชนและสังคม และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอเป็นวิธีปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

5.1.1 ควรจัดให้มีการประชุมปฏิบัติการระดับกระทรวงเพื่อวิเคราะห์และประเมินหาข้อสรุป 2 เรื่อง คือ รูปแบบการบรรณรักษ์สร้างกระแสสังคม และผลกระทบจากการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายและระยะเวลาที่กำหนด โดยที่ทั้งสองเรื่องควรยึดถือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประชาชนเป็นศูนย์กลาง และความคุ้มค่าของโครงการเป็นหลัก ข้อสรุปที่ได้รับควรเสนออย่างเป็นระบบ (การสร้างการเรียนรู้และการยอมรับ) ต่อผู้บริหาร นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการเพื่อใช้เป็นแบบอย่างและตัวอย่างการกำหนดนโยบายเรื่องต่าง ๆ ต่อไป

5.1.2 คณะทำงานส่วนกลางที่พัฒนารายละเอียดของการดำเนินงานตามประเด็นข้อ
5.1.1 ควรประกอบด้วยบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ปฏิบัติการ และนักวิชาการที่มีประสบการณ์เข้าไปเป็นกรรมการด้วย และผลงานหรือข้อสรุปของคณะทำงาน

ควรได้รับการตรวจสอบในวงกว้างก่อนนำเสนอผู้บริหารเพื่อประกาศใช้เป็นนโยบายต่อไป โดยกระบวนการพัฒนาควรใช้ข้อมูลทางวิชาการที่มากเพียงพอเป็นฐานในการตัดสินใจด้วย

5.2 การนำนโยบายไปใช้ในพื้นที่ระดับจังหวัด

5.2.1 ควรให้เจ้าหน้าที่ที่มีอิสระในการกำหนดรูปแบบการทำงานนโยบายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเอง หรือมีสิทธิในการปรับเปลี่ยนและพัฒนารูปแบบที่ส่วนกลางให้มา

5.2.2 การให้โอกาสเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติชี้แจงเหตุผลและความจำเป็นในกรณีที่ทำงานได้ไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

5.2.3 ควรปรับปรุงระบบการนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นระบบการนิเทศงาน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติการอย่างแท้จริง ด้วยการปรับให้เป็นกระบวนการของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันของผู้รับการนิเทศงานและผู้นิเทศงาน และการส่งเสริมกำลังใจต่อกัน การติดตามและประเมินผลงานโดยรวมควรเป็นผลพลอยได้จากการนิเทศงาน และหากเป็นไปได้ควรใช้วิธีการแบบอื่นในการติดตามและประเมินผล เพื่อให้การนิเทศงานมุ่งเน้นที่เป้าหมายการสร้างเสริมการเรียนรู้ที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ

5.2.4 ควรเลิกการจัดส่งวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือต่างๆ จากส่วนกลางที่ให้กับจังหวัดต่างๆ เพราะอาจไม่ใช่เป็นความต้องการของพื้นที่ และเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ นอกจากนี้ยังเอื้อต่อข้อครหาของบุคคลทั่วไป ในความโปร่งใสของการจัดหาและการจัดส่งวัสดุอุปกรณ์ให้กับพื้นที่ต่างๆ ว่ามีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องได้

5.3 การพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ

5.3.1 ชมรมออกกำลังกายที่มีอยู่ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการต่อไป ด้วยความเชื่อมั่นต่อหลักการและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ และส่วนกลางควรมีมาตรการที่ชัดเจนว่าจะให้การสนับสนุนพื้นที่ในเรื่องอะไรบ้าง และอย่างไร

5.3.2 ชมรมสร้างสุขภาพควรมีการบริหารจัดการที่เชื่อมโยงกับชุมชน หรืออาจบริหารโดยคณะกรรมการบริหารของชุมชนจึงจะมีความยั่งยืน เนื่องจากประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพมีการเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ ของชุมชน และมีผลโดยตรงกับวิถีชีวิตของประชาชน

5.3.3 การพัฒนาการออกกำลังกายตามแนวคิดและความหมายใหม่ของการออกกำลังกายในพื้นที่ที่มีชมรมสร้างสุขภาพอยู่แล้ว น่าจะเป็นเงื่อนไขหรือโอกาสที่ดีของการพัฒนาการออก

กำลังกายต่อไปที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ โดยเจ้าหน้าที่ส่วนกลางต้องนำเสนอกลไกและกระบวนการในการปฏิบัติการที่เป็นตัวอย่างการปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้

5.3.4 ส่วนกลางควรส่งเสริมและสนับสนุนให้แต่ละชุมชนจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมที่เป็นวิถีชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่อง 4อ. ที่เหลือ และควรปรับเป้าหมายให้แต่ละชุมชนจัดตั้ง “เครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพ” ขึ้นในชุมชน โดยเครือข่ายดังกล่าวมีสมาชิกหลักเป็นชมรมด้านต่างๆ ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพนั่นเอง และมีกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ เช่น การไม่กำหนดเวลาแล้วเสร็จที่แน่นอนของการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมต่างๆ และการจัดตั้งเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ

5.4 การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้

5.4.1 การวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบของข้อกำหนดนโยบายเรื่องตัวชี้วัดความสำเร็จระยะเวลาที่กำหนด และการทำให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบในทุกแง่มุม โดยเฉพาะผลกระทบที่มีต่อโครงสร้างและระบบการทำงาน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และประชาชนและชุมชน ตลอดจนสังคมโดยรวม

5.4.2 การวิจัยเพื่อความเข้าใจวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทยว่าเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการออกกำลังกายของประชาชนมากน้อยเพียงไร และอย่างไร ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขในกระบวนการตัดสินใจออกกำลังกายและการคงอยู่ของสุขนิสัยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

5.4.3 การวิจัยและพัฒนาเพื่อกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเงื่อนไขของเป้าหมายกลุ่มต่างๆ (เช่น กลุ่มเด็กวัยทำงาน กลุ่มด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ) และบริบทของพื้นที่ (เช่น ในเขตเมือง ในที่ทำงานประเภทต่างๆ และในเขตชนบทที่อยู่ภายใต้การปกครองของเทศบาลและ อบต.ระดับต่างๆ)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความหมายและคุณค่าของการแนวคิด และกระบวนการกำหนดนโยบายเรื่องชมรมสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการนำนโยบายไปใช้ปฏิบัติในพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตลอดจนผลงานที่เกิดขึ้นในเรื่องจำนวนชมรม สมาชิกชมรม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม นอกจากนี้ยังประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติการด้วย การตอบคำถามประเมินดังกล่าวได้ระเบียบวิธีการวิจัย 2 แบบ คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นตอบคำถามในเรื่องแนวคิด และกระบวนการกำหนดนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ด้วยการสัมภาษณ์ลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะทำงาน กำหนดนโยบาย 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 จึงต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการรณรงค์ที่เน้นการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลงานของบุคคลและพรรคฝ่ายรัฐบาล เช่น การรวมพลังออกกำลังกายในวันเวลาเดียวกันทั้งประเทศเพื่อสร้างสถิติโลก และการเข้าร่วมออกกำลังกายในวันดังกล่าวของฝ่ายการเมืองระดับสูง นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายขึ้นทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และชมรมสร้างเสริมสุขภาพต้องทำกิจกรรมตามนโยบาย 50. ให้ครบถ้วน (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโอโรชา) โดยเริ่มต้นจากการออกกำลังกาย และกำหนดให้ทำงานดังกล่าวให้เสร็จภายในปี 2549 หรือใช้เวลาประมาณ 4 ปี นับจากวันเริ่มดำเนินการ ข้อกำหนดต่างๆ จัดทำโดยคณะทำงานที่เป็นตัวแทนนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางทุกแห่ง โดยมีกองสุขศึกษาในฐานะเป็นทีมงานที่รับผิดชอบนโยบายเรื่องนี้เป็นแกนหลัก

ข้อกำหนดดังกล่าวโดยเฉพาะประเด็นการจัดตั้งชมรมให้ได้ครบทุกหมู่บ้านในปี 2549 ได้มีผู้บริหารระดับกลางในส่วนกลางหลายท่านไม่เห็นด้วย แต่ไม่อาจคัดค้านแนวคิดและความต้องการของผู้บริหารระดับสูงได้ เมื่อนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากก็ไม่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวเช่นกัน แต่จำเป็นต้องปฏิบัติตามเพราะเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจสอบและกำกับอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การรายงานผลงานต่อส่วนกลางทุกเดือน การกำกับโดยเอกสารราชการ การประชุมผู้บริหาร และการติดตามผลงานของทีมผู้ตรวจราชการ ซึ่งพื้นที่ต่างๆสามารถจัดตั้งชมรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้เงินที่มีอยู่ในพื้นที่เอง เนื่องจากส่วนกลางไม่มีงบประมาณสนับสนุนเรื่องนี้เป็นพิเศษ ด้วยการใช้เครือข่ายและความสัมพันธ์ที่มีอยู่กับประชาชนและชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญในการจัดตั้งชมรม แต่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ไม่มั่นใจในความถูกต้องของจำนวนชมรม และสมาชิกชมรมที่ได้รับ เนื่องจากความเร่งรีบและเร่งรัดในการดำเนินงาน ซึ่งในกระบวนการจัดตั้งชมรมนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ริเริ่มดำเนินการ หลังจากนั้นก็ให้การสนับสนุนด้านความรู้ การฝึกอบรมผู้นำด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการออกกำลังกาย เช่น การจัดประกวดการเต้นแอโรบิกที่เป็นกิจกรรมหลักในการออกกำลังกายของชมรมส่วนใหญ่ และการศึกษาดูงาน โดยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้สมาชิกนั้นกรรมการชมรมสามารถดำเนินงานได้เอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้เข้าไปช่วยเหลือ สำหรับกิจกรรมอีก 4 เรื่องที่นอกเหนือจากการออกกำลังกายนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการพัฒนาเป็นวิถีชีวิตของสมาชิกชมรม 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

หรือถูกลง สำหรับประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมนั้น ส่วนใหญ่เคยได้รับการชักชวนให้เป็นสมาชิกชมรม แต่ไม่สมัครเป็นสมาชิกเพราะไม่มีเวลาและติดขัดเรื่องการประกอบอาชีพการงาน ประชาชนกลุ่มนี้ประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ส่วนคนที่ออกกำลังกายมีร้อยละ 12.6 เท่านั้น ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการกำหนดนโยบายสาธารณะนั้น ควรกำหนดเป็นกฎเกณฑ์และระเบียบของกระบวนการกำหนดนโยบายที่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลและหลักวิชาการ ปัญหาของประชาชนและสังคม และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ส่วนการนำนโยบายไปใช้นั้นควรมีความยืดหยุ่นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ปรับเปลี่ยนได้ นอกจากนี้ยังเสนอให้ปรับปรุงการนิเทศงานให้เป็นระบบของการเรียนรู้และพัฒนาที่แท้จริง และควรมีนโยบายที่ชัดเจนว่าหลังจากสิ้นสุดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และภาครัฐต่อไปอย่างไร เช่น การจัดตั้งเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ ที่มีสมาชิกชมรม กลุ่มวิถีชีวิตสุขภาพตามนโยบาย 50. นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้มีการวิจัยประเมินผลกระทบจากการกำหนดนโยบายที่ให้ทำทุกหมู่บ้านทั่วประเทศและทำให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดในเวลาที่กำหนด 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.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
คำนำ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
บทคัดย่อไทย	ง
บทคัดย่ออังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
บทที่ 1 ประเด็นปัญหาในการประเมินและระเบียบวิธีการศึกษา	1
1. ความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การประเมิน	2
3. การนำผลการประเมินและบทเรียนไปใช้ประโยชน์	5
4. ขอบเขตของการประเมิน	4
5. คำจำกัดความปฏิบัติการ	6
6. กรอบความคิดการประเมิน	7
7. ระเบียบวิธีการประเมิน	9
8. การนำเสนอผลการประเมิน	21
บทที่ 2 การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ	23
1. การจัดตั้งและพัฒนางานออกกกำลังกาย	23
2. กระบวนการกำหนดให้ชมรมสร้างสุขภาพเป็นนโยบายเด่นของรัฐบาล	28
3. การปฏิบัติการตามนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของพื้นที่ระดับจังหวัด	38
4. การดำเนินงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการณรงค์เชิงนโยบาย	52
5. บทสรุป	
บทที่ 3 ชมรมสร้างสุขภาพและพฤติกรรมออกกกำลังกายของประชาชน	56
1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	56
2. การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและผลงาน	59
3. พฤติกรรมการออกกกำลังกายและผลกระทบ	77
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการจัดตั้งและพัฒนาชมรม	92
5. ความคิดเห็นต่อการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ	105

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ชมรมสร้างสุขภาพที่เป็นบทเรียนจากการพัฒนา	113
1. กรณีตัวอย่างที่ 1 : ชมรมออกกำลังกายบ้านคงสง่า	113
2. กรณีตัวอย่างที่ 2 : ชมรมออกกำลังกายบ้านสามขา	126
3. กรณีตัวอย่างที่ 3 : ชมรมออกกำลังกายห้วยขมิ้น	140
4. บทสรุป	146
บทที่ 5 ความหมายและคุณค่าของผลการประเมิน	147
1. การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ	147
2. การนำนโยบายในปฏิบัติ	151
3. ผลงานและผลกระทบของนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ	156
บทที่ 6 สรุปผลการประเมินและข้อเสนอแนะ	162
1. การกำหนดนโยบายของชมรมสร้างสุขภาพ	163
2. การถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่ปฏิบัติการ	165
3. การปฏิบัติตามนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ	166
4. ผลงานของชมรมสร้างสุขภาพและผลกระทบ	169
5. ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกและพฤติกรรมการออกกำลังกาย	170
บรรณานุกรม	174
ภาคผนวก	175
บทความวิจัย	176

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 เป้าหมายเชิงนโยบาย เรื่องชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามตัวชี้วัดความสำเร็จและเกณฑ์ที่กำหนด	3
2 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างต่างๆ และภูมิภาค	11
3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม	16
4 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามช่วงเวลาจัดตั้งและผู้มีส่วนร่วมจัดตั้งชมรมตามภาค	60
5 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและตามภาค	62
6 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามสังกัดและลักษณะการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมตามภาค	63
7 จำนวนและร้อยละของกรรมการชมรมที่ได้รับการอบรมและความเพียงพอของความรู้จำแนกตามประเด็นที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นรายภาค	65
8 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของกรรมการชมรมต่อการดำเนินงานของชมรมจำแนกตามภาค	68
9 จำนวนและร้อยละของชมรมเรื่องรายรับ รายจ่าย และทรัพย์สินของชมรมจำแนกเป็นรายภาค	71
10 จำนวนและร้อยละของชมรมที่มีการพูดคุยเพื่อการประเมินผลที่ชมรม จำแนกเป็นรายภาค	75
11 ร้อยละของชมรมจำแนกตามผลการดำเนินงานแต่ละภาค (N=155)	76
12 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ เรื่องประสบการณ์เรื่องการออกกำลังกายก่อนเป็นสมาชิกชมรมจำแนกตามภาค	77
13 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมตามความถี่/ความรู้สึท/กระทำ ก่อนตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค	78
14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำแนกตามภาค	80
15 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีปัญหาจาก การออกกำลังกาย ในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีปัญหาด้านต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม จำแนกตามภาค	85
17 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม หลังจากที่ได้ร่วมออกกำลังกายกับชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามภาค	87
18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมจำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นรายภาค	88
19 จำนวนและร้อยละของกรรมการชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นรายภาค	89
20 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นรายภาค	90
21 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการรับรู้นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามภาค	92
22 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อความเข้าใจนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามภาค	94
23 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการรับรู้หน้าที่และความรับผิดชอบต่อการจัดตั้งและพัฒนา จำแนกตามภาค	96
24 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม จำแนกเป็นรายการที่ให้การสนับสนุนเป็นรายภาค	98
25 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามภาพรวมของระดับการให้การสนับสนุนชมรมสร้างสุขภาพและตามภาค	102
26 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของชมรม จำแนกตามภาค	103
27 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามประเด็นการทำกิจกรรมประเมินผลและตามภาค	104
28 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อนโยบายการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและเกณฑ์ที่ใช้ จำแนกตามภาค	105
29 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อความสำคัญและความเป็นไปได้ของนโยบาย จำแนกตามภาค	107

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่	
1 กรอบความคิดการประเมิน กระบวนการ การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ การนำนโยบายไปใช้ และการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ	8
2 กระบวนการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติ	56
3 แนวทางการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมสร้างสุขภาพ	138

บทที่ 1

ประเด็นปัญหาในการประเมินและระเบียบวิธีการศึกษา

บทนี้นำเสนอประเด็นสำคัญ 3 เรื่อง คือ ประเด็นปัญหาในการประเมิน ระเบียบวิธีการประเมิน และการรายงานผลการประเมิน โดยแบ่งออกเป็น 8 หัวข้อใหญ่ ๆ คือ ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การประเมิน การนำผลการประเมินและบทเรียนไปใช้ประโยชน์ ขอบเขตการประเมิน คำจำกัดความปฏิบัติการ และกรอบความคิดการประเมิน ซึ่งทั้ง 6 หัวข้อนี้ นำเสนอเพื่อความเข้าใจแนวคิดต่อปัญหาและประเด็นในการศึกษาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีอีก 2 หัวข้อ ระเบียบวิธีการประเมินที่รายละเอียดของกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่นำมาใช้ และหัวข้อสุดท้ายคือ การนำเสนอผลการประเมินที่ผู้ประเมินได้นำเสนอเป็นบท ๆ รวม 5 บท คือ บทที่ 2-6 โดยรายละเอียดของแต่ละหัวข้อ มีดังนี้

1. ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีนโยบายในการให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสาน คือการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพมาเป็นเวลานาน แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่นับที่การรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้ประชาชนโดยทั่วไปมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นจนเป็นปัญหาสำคัญของชาติระดับต้น ๆ เช่น โรคหัวใจ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคจากอุบัติเหตุการจราจร โดยโรคหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2528 เป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และ 285.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2543 และโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2537 เป็น 71.1 คนต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2543 นอกจากนี้ จากผลการสำรวจสุขภาพ โดยในปี 2539 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากถึงประมาณ 2 ล้านคน และโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากถึงประมาณ 4 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) อุบัติการณ์ต่างๆ เหล่านี้นอกจากจะทำให้คุณภาพชีวิตของคนไทยลดลงแล้ว ประเทศไทยยังต้องรับภาระในการจัดสรรงบประมาณนับแสนล้านบาทปี เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ และค่าใช้จ่ายนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับทุกปี โดยในปี 2523 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของ GDP และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.1 ใน ปี 2543

เมื่อเดือนเมษายน 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันดีในนาม “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นนโยบายหลักข้อหนึ่งของรัฐบาล เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสและคนยากจนที่มีเป็นจำนวนมากถึงประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรไทยทั้งหมด ซึ่งการดำเนินงานโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคให้ประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นต้องเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างจริงจังด้วย มิฉะนั้นแล้ว ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้น (ปีหนึ่งจะเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลประมาณ 3 แสนล้านบาท) และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการได้ ด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) การส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงได้กลายเป็นนโยบายสุขภาพของรัฐเพิ่มเติม โดยรัฐบาลได้ประกาศในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 และให้ปี 2545 เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยภายใต้กลยุทธ์ “การรวมพลังสร้างสุขภาพ” โดยเน้นการดำเนินงานกิจกรรม 5อ. คือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยชุมชน และอโรคยาปรมัตถาภา และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้วันที่ 27 พฤศจิกายนของทุกปีเป็นวันสร้างสุขภาพแห่งชาติด้วย และสืบเนื่องจากการออกกำลังกายเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างสุขภาพตลอดจนการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเน้นหนักให้ปี 2546 มุ่งเน้นให้การออกกำลังกายเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างชัดเจน (นโยบายและการดำเนินงานออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขปี 2546) และเพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และสามารถปฏิบัติจนเป็นวิถีชีวิตปกติ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ปี 2546 เป็นปีของการรณรงค์และสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้นโยบายและเป้าหมายดังกล่าวนี้สัมฤทธิ์ผลและบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ อย่างเป็นรูปธรรม กลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนนั้นเน้นที่ให้แต่ละชุมชนรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปของ “ชมรมสร้างสุขภาพ” พร้อมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานของชมรม ตัวชี้วัด และเกณฑ์ ไว้อย่างชัดเจนที่จะจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพให้ครบถ้วนทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ รวมทั้งสมาชิกชมรมทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องภายในปี 2549 ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เป้าหมายเชิงนโยบาย เรื่องชมรมสร้างสุขภาพ จำแนกตามตัวชี้วัดความสำเร็จและ
เกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัด/เกณฑ์	เป้าหมาย (แห่ง)	เป้าหมายรายปี			
		2546	2547	2548	2549
1. ร้อยละของหมู่บ้านที่มีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อย 1 ชมรม	75,000	50%	70%	90%	100%
2. ร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดการเรียนรู้ ด้านออกกำลังกาย การบริโภคอาหารตามเกณฑ์	ชมรมฯ ระดับ 1 ทั้งหมด	30%	50%	70%	100%
3. ร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดการเรียนรู้ ด้านออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร อารมณ์ อนามัย ชุมชน และโรคภัย ตามเกณฑ์	ชมรมฯ ระดับ 2 ทั้งหมด	20%	40%	60%	100%
4. ร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดการเรียนรู้ ด้านออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร อารมณ์ อนามัย ชุมชน และโรคภัย และการวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพ การวางแผน การแลกเปลี่ยน ข่าวสาร และการขยาย เครือข่ายตามเกณฑ์	ชมรมฯ ระดับ 3 ทั้งหมด	10%	20%	40%	100%
5. ร้อยละของชมรมสร้างสุขภาพต้นแบบที่ครอบคลุม เทศบาล/ตำบล อย่างน้อย 1 ชมรมตามเกณฑ์	8,000	-	ครอบคลุม ครอบคลุม ทุกจังหวัด ทุกอำเภอ	ครอบคลุม ครอบคลุม ทุกอำเภอ	ครอบคลุม ทุกเทศบาล /ตำบล
6. ร้อยละของสมาชิกชมรมมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	80%	20%	40%	40%	100%

หมายเหตุ :- 1) จำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศทั้งหมด 72,831 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาล 1,130 เทศบาล จำนวนตำบล 7,255 แห่ง
จำนวนเขต 50 เขต และจำนวนแขวง(กรุงเทพมหานคร) 154 แขวง (ข้อมูลกรมการปกครอง ธันวาคม
2543)

2) ชมรมระดับที่ 1,2 และ 3 หมายถึง ชมรมที่แตกต่างในระดับการพัฒนา คือระดับพื้นฐาน ระดับการ
ขยายผลกิจกรรม และระดับความสามารถสร้างเครือข่าย ตามลำดับ

จากเป้าหมายและตัวชี้วัดการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพดังกล่าวนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นการกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณที่ชัดเจนและแน่นอน ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าจะกลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องปฏิบัติตาม และมีความเป็นไปได้สูงมากที่การเร่งรัดปฏิบัติการด้วยเป้าหมายเชิงปริมาณ คือ การมุ่งจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายย่อมทำให้เจ้าหน้าที่ละเลย หรือไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการและเงื่อนไขการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและการใช้ชมรมเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย ซึ่งในที่สุดแล้ว ประชาชนย่อมได้ผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวนี้ และผลที่ได้อาจไม่เท่ากับการสูญเสียของชุมชนและสังคม ตลอดจนงบประมาณและการลงทุนของรัฐบาลได้ ดังนั้นนโยบายชมรมสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลจำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบและประเมินตั้งแต่ระยะเริ่มต้นนโยบายและโครงการเพื่อสะท้อนให้เห็นว่านโยบายดังกล่าวนี้มีทิศทาง กลยุทธ์ และกระบวนการดำเนินงานที่ถูกต้องเหมาะสมเพียงไร และเป็นหลักประกันการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนได้มากน้อยเพียงใด และที่สำคัญคือ การได้ข้อมูลที่ดีให้เห็นประเด็นในการปรับปรุงพัฒนาในเชิงกลยุทธ์และกลวิธีที่จะทำให้ชมรมสร้างสุขภาพได้พัฒนาบนพื้นฐานของหลักการและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชมรมและมีความยั่งยืนได้

2. วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพไปใช้ และผลการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายของสมาชิกและประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

2.1 กระบวนการกำหนดและการนำไปปฏิบัติของนโยบายชมรมสร้างสุขภาพเป็นอย่างไร และมีความเหมือนและต่างกับการกำหนดและการนำไปใช้ของนโยบายสุขภาพในอดีตอย่างไร

2.2 นโยบายชมรมสร้างสุขภาพเป็นไปตามหลักการ “ระบบการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” หรือไม่ อย่างไร และด้วยเหตุผล หรือเงื่อนไขใด

2.3 การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพมีรูปแบบและกระบวนการอย่างไรบ้าง และเป็นรากฐานของการพัฒนาเป็นชมรมที่เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

2.4 หน่วยงานรัฐและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไร และมีผลอย่างไรต่อการพัฒนาชมรมหรือไม่ เพียงใด

2.5 กระบวนการดำเนินงานและการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์หรือเชื่อมโยงกับกลุ่ม/องค์กรในชุมชนอะไรบ้างและอย่างไร

2.6 สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพได้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากน้อยเพียงใดและอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมหรือเป็นรูปแบบในการออกกำลังกาย โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชมรม ครอบครัว ชุมชน และสังคม

2.7 ข้อเสนอแนะเรื่องนโยบาย แนวคิดกลยุทธ์และกระบวนการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพควรเป็นอย่างไร

3. การนำผลการประเมินและบทเรียนไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะที่ได้รับ กระทรวงสาธารณสุขมีโอกาสนำไปปรับปรุงและพัฒนานโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการใช้เป็นบทเรียนเรื่องแนวคิดและกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะและการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ทั้งประเทศของนโยบายเรื่องอื่นๆ ที่จะจัดทำในอนาคต

2. การรับทราบสถานการณ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนและแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาการออกกำลังกายของประชาชน ทั้งในกลุ่มที่ออกกำลังกาย และกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ที่เป็นผลการประเมินเรื่องนี้ทำให้ได้แนวคิดและแนวทางในการพัฒนาการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ต่อไป รวมทั้งการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพเรื่องอื่นๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น การพัฒนาการกิน สิ่งแวดล้อม และสุขภาพจิต

3. ได้กรณีตัวอย่างการวิจัยประเมินผลนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้เป็นบทเรียนในทางวิชาการและการปฏิบัติการของนโยบายเรื่องอื่นๆ ต่อไปได้

4. ขอบเขตของการประเมิน

4.1 การประเมินเรื่องนี้มีกรอบของประเด็นการประเมิน 3 เรื่องใหญ่ๆ คือ กระบวนการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ การนำนโยบายสร้างสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ และผลการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ ทั้งที่เป็นเรื่องความเข้มแข็งของชมรม และพฤติกรรม การออกกำลังกายของประชาชนที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม และเป็นข้อมูลที่เป็นภาพรวมของประชากรทั้งประเทศ

4.2 ระเบียบวิธีการประเมินที่นำมาใช้เป็นแบบผสมผสาน คือ การนำระเบียบวิธีการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เรื่อง พฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชน และข้อมูลบางส่วนในประเด็นการนำนโยบายชมรมสร้างสุขภาพไปปฏิบัติ โดยเฉพาะในเรื่องกระบวนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการใช้ระเบียบวิธีการเชิงคุณภาพเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการตอบคำถามในเรื่องการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ และการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งเรื่องผลการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพที่น่าสนใจในรูปแบบของกรณีตัวอย่างชมรมสร้างสุขภาพที่มีการพัฒนาได้ดีและมีประเด็นการเรียนรู้

5. คำจำกัดความปฏิบัติการ

5.1 ชมรมสร้างสุขภาพ หมายถึง ชมรมที่ได้จัดตั้งขึ้นที่เป็นไปตามเกณฑ์และเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง กลุ่มบุคคลอย่างน้อย 20 คนขึ้นไป ที่รวมตัวกัน ดำเนินการในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพของประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องเป็นกลุ่มที่ทำงานด้านสุขภาพโดยตรง กลุ่มออมทรัพย์ และกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งกลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพในความหมายของสภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชน

5.2 กระบวนการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการในการได้มาของการประกาศใช้นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นเชิงนโยบาย และรายละเอียดของเป้าหมาย กฎเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งวิธีคิดและแนวปฏิบัติของผู้มีส่วนร่วมแต่ละกลุ่มด้วย นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องรูปแบบการทำงานเพื่อให้มาซึ่งข้อสรุปของนโยบายและการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของการกำหนดนโยบายด้วย

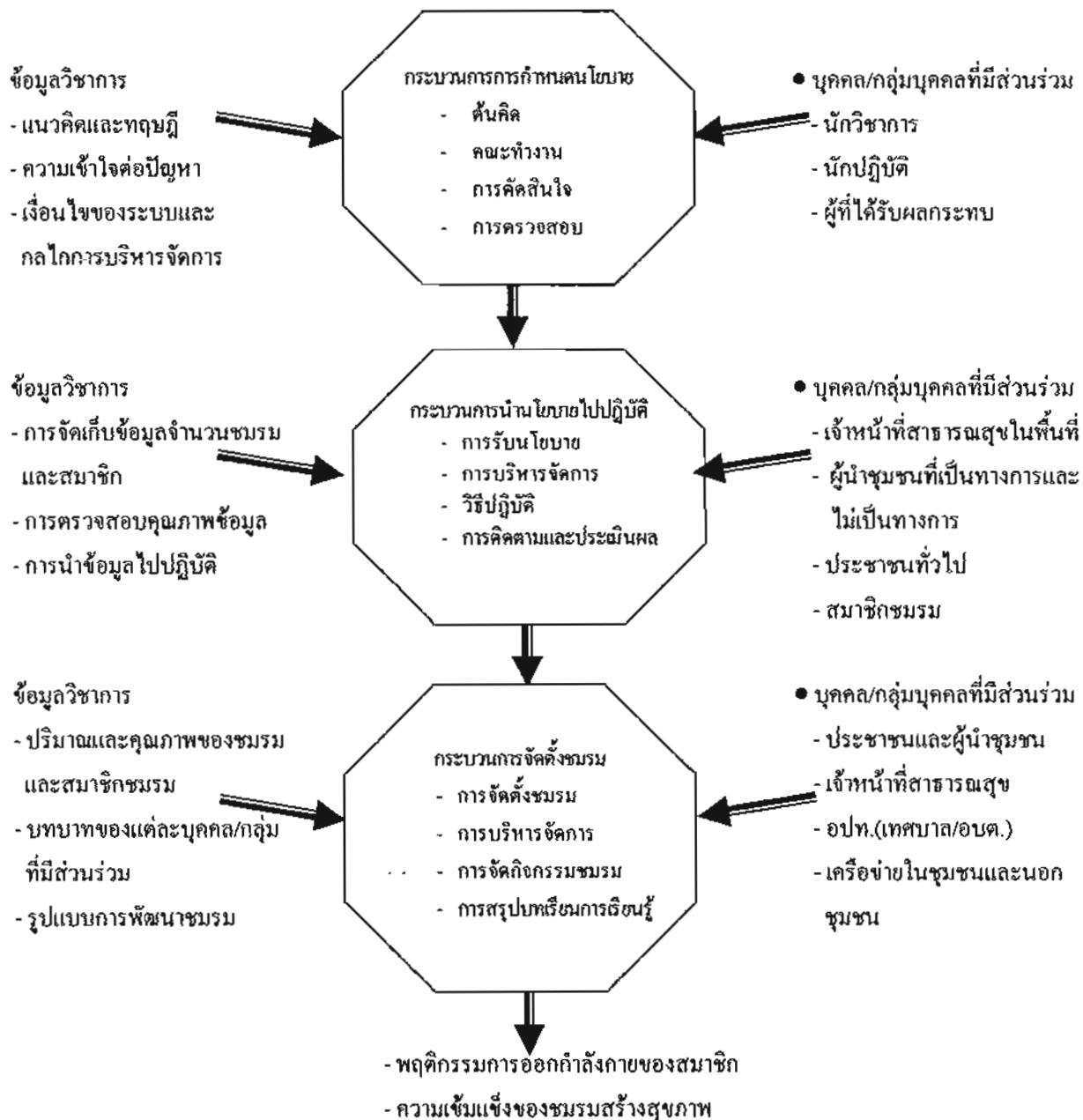
5.3 กระบวนการนำนโยบายชมรมสร้างสุขภาพไปปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติของกลุ่มบุคคล 3 กลุ่มในการนำนโยบายชมรมสร้างสุขภาพไปปฏิบัติ คือ (1) เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางที่ได้จัดทำเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทุกจังหวัดประกาศได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับและนำไปปฏิบัติการในพื้นที่ของตนเอง (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ปฏิบัติการมีขั้นตอนและวิธีปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข และ (3) กลุ่มแกนนำชาวบ้านและประชาชนมีส่วนร่วมอย่างไร ในกระบวนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ครอบคลุมในเรื่องการจัดหาสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ การบริหารจัดการชมรม และการจัดกิจกรรมชมรม รวมทั้งการสรุปบทเรียนการเรียนรู้การพัฒนาหรือการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกชมรมและความเข้มแข็งของชมรมสร้างสุขภาพ

5.4 พฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายของประชาชนที่มีความหนักเบาในระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที 1 ครั้ง และทำได้อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ ซึ่งวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายนี้ครอบคลุมทั้งเรื่องการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบเฉพาะในรูปของการเล่นกีฬา (formal exercise) เช่น การเดินแอโรบิก การรำไม้พลอง และการขี่จักรยาน และการออกกำลังกายที่เป็นวิถีชีวิตตามปกติของประชาชนทั้งที่มาจากการทำงาน การพักผ่อนและการทำงานอดิเรก เช่น การเดินไปทำงาน การทำสวน การล้างรถ และการกวาดบ้านดูบ้าน

6. กรอบความคิดการประเมิน

การประเมินเรื่องที่มีเป้าหมายพื้นฐานที่ต้องการสะท้อนกระบวนการของการกำหนดนโยบายสาธารณะ และการนำไปปฏิบัติอย่างกว้างขวางขอบเขตทั้งประเทศ และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้นโยบายชมรมสร้างสุขภาพเป็นตัวอย่างในการสะท้อนความหมายและคุณค่าของกระบวนการดังกล่าว กรอบความคิดในการประเมินเรื่องนี้ จึงใช้แนวคิดทางวิชาการ เรื่อง หลักการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยเน้นที่ 2 ประเด็นสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายในการกำหนดหรือสร้างนโยบาย โดยเฉพาะทางฝ่ายวิชาการและฝ่ายปฏิบัติการ และการกำหนดนโยบายโดยอิงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและมากเพียงพอ ในการให้ข้อคิด แนวทาง และการตัดสินใจที่มีความเชื่อมั่นเต็มที่ ซึ่งเชื่อว่าหากการกำหนดนโยบายเป็นไปตามแนวคิดและแนวทางดังกล่าวแล้ว ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจสุดท้ายก่อนที่ประกาศใช้เป็นนโยบายสาธารณะ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข / รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตัดสินใจอย่างถ่วงน้ำหนักและมีประสิทธิภาพ เพราะการนำนโยบายสาธารณะแต่ละเรื่องมาใช้ปฏิบัติเป็นการลงทุนที่สูง ทั้งที่เป็นความสูญเสียของทรัพยากรทุกด้านที่นำมาใช้ในกระบวนการทำงานและการเสียโอกาสของสังคมและประเทศ หากนโยบายดังกล่าวขาดความสมเหตุสมผลของการนำมาปฏิบัติ หรือไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่ปฏิบัติได้และที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ผู้ประเมินยังใช้แนวคิดของเป้าหมายและหลักการของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ที่เน้นหนักการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ควรพัฒนาที่นำไปสู่เป้าหมาย ดังกล่าวได้ การที่จะทำหรือพัฒนาตามความคิดและแนวทางดังกล่าวได้ วิธีคิดและกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ต้องปรับเปลี่ยนด้วยการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาและมุ่งเน้นให้ประชาชนเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองจนคิดและทำได้ด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุนที่ดี หรือเป็นภาคีเครือข่ายหนึ่งที่สำคัญของชมรมสร้างสุขภาพ กระบวนการนำนโยบายชมรมสร้างสุขภาพไปปฏิบัติและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้ง

ในส่วนของชมรมและสมาชิกชมรมย่อมเป็นภาพสะท้อนในการตรวจสอบความหมายและคุณค่าในความคิดและความเชื่อดังกล่าวได้เป็นอย่างดี กรอบความคิดดังกล่าวนี้ สรุปเป็นแผนภูมิที่ 1.1 ได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบความคิดการประเมิน กระบวนการ การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ การนำนโยบายไปใช้ และการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ

7. ระเบียบวิธีการประเมิน

การประเมินเรื่องนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีศึกษาแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (การวิจัยเชิงสำรวจ) และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีปฏิบัติของแต่ละระเบียบวิธีในการศึกษาดังนี้

7.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

7.1.1 ประชากรและตัวอย่าง มี 4 กลุ่ม คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการบริหาร ชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกชมรม และประชาชนในชุมชนที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม จำนวนตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรที่เป็นประชานนั้น ได้มาจากการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]} \right\}}{(P_1 - P_2)}$$

P_1 = อัตราการออกกำลังกายต่ำสุดในปี 2544 = 32.0% (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

P_2 = อัตราการออกกำลังกายที่เปลี่ยนแปลงไปในระดับที่น้อยที่สุดที่จะทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% = 50%

$$\bar{P} = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$\alpha = .05$$

$$\beta = 10\% ; 1 - \beta = 90\% = \text{อำนาจการทดสอบทางด้านสถิติ}$$

$$n = \text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ}$$

จากตารางการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความแตกต่างของอัตราของกลุ่มประชากรสองกลุ่ม ของ Lwanga, S.K และ Lemeshow S.(WHO geneva,1991:38) จำนวนตัวอย่างที่ต้องใช้ = 227 คน เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Multi-stage cluster sampling ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ ในแต่ละขั้นตอน จึงกำหนดให้ Design effect = 2 เพื่อปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพราะฉะนั้น จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม = 454 คน

สำหรับวิธีการสุ่มตัวอย่างนั้น

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่มเลือกมาด้วยการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง Multi-stage cluster sampling โดยมีกระบวนการดังนี้

(1) แบ่งกลุ่มตามภาค คือ ภาคกลาง เหนือ ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือบน และ ตะวันออกเฉียงเหนือล่าง แล้วสุ่มมาภาคละ 2 จังหวัด รวมเป็น 10 จังหวัด ผลการสุ่มได้จังหวัด ตัวอย่าง คือ ชลบุรี อยุธยา สุโขทัย เชียงราย ขอนแก่น อุรธานี เลย มุกดาหาร นครศรีธรรมราช และพังงา

(2) แต่ละจังหวัดเลือก 2 อำเภอ โดยกำหนดให้อำเภอหนึ่งเป็นอำเภอเมือง ส่วนอีก อำเภอหนึ่งนั้นสุ่มเลือกจากอำเภอที่เหลือ โดยเหตุผลที่กำหนดอำเภอเมืองนั้น เนื่องจากมีลักษณะ ต่างจากอำเภออื่นๆ ทั้งสภาพสิ่งแวดล้อมกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ กับการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพด้วย

(3) เลือก 1 ตำบลจากแต่ละอำเภอ

(4) เลือก 1 ชมรมสร้างสุขภาพจากแต่ละหมู่บ้านในตำบลนั้น ผลจากการเลือกตาม ขั้นตอนี่ 1-4 ได้จำนวนชมรม 150 ชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งมาจาก 20 ตำบลของ 20 อำเภอ ใน 10 จังหวัดตัวอย่าง

(5) สุ่มเลือกชาวบ้านโดยวิธี systematic random sampling จากบ้านเลขที่ จำนวนบ้านที่ สุ่ม กำหนดจากการให้ค่าเฉลี่ยของจำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ประมาณ 4 คนต่อหลังคา เรือน+ 20%

การกำหนดจำนวนตัวอย่าง (ชาวบ้าน) ในแต่ละพื้นที่ ใช้จำนวนครั้งที่คำนวณได้ ในเบื้องต้น ส่วนการกำหนดขนาดตัวอย่างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรรมการชมรม และสมาชิก ชมรมกำหนดเป็นโควตา โดยกำหนดให้ศึกษาเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสังกัดสาธารณสุขระดับ จังหวัด จังหวัดละ 4 คนเป็นเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 1 คน โรงพยาบาล ชุมชน 1 คน และเจ้าหน้าที่จาก PCU 2 คน กรรมการชมรมฯ ชมรมละ 5 คน และสมาชิกชมรมฯ ละ 7-8 คน ได้ผลตามตาราง 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างต่างๆ และภูมิภาค

ภาค	สสจ.	CPU/ PCU	กรรมการ ชมรม	สมาชิก ชมรม	ประชากร	รวม
กลาง	2	6	40*5=200	300	568	1076
ตะวันออกเฉียงเหนือ (บน)	2	6	200	300	568	1076
ตะวันออกเฉียงเหนือ (ล่าง)	2	6	200	300	568	1076
เหนือ	2	6	200	300	568	1076
ใต้	2	6	200	300	568	1076
รวม	10	30	1000	1500	2840	5380
หมายเหตุ	6 – 14 ปี	จำนวน 97 คน				
	15 – 59 ปี	จำนวน 409 คน				
	60 ปีขึ้นไป	จำนวน 62 คน				

7.1.2 เครื่องมือเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถาม 4 ชุด ที่สร้างขึ้นเองเพื่อใช้กับตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังกล่าว โดยแบบสอบถามแต่ละชุดมีประเด็นสำคัญดังนี้

(1) แบบสัมภาษณ์กรรมการชมรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แผนพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพปีงบประมาณ 2546-2549 ของกระทรวงสาธารณสุขที่สะท้อนวิถีชีวิต กระบวนการจัดตั้งและพัฒนาชมรม เป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อดำเนินงานชมรม
3. การจัดตั้งชมรมและคณะกรรมการชมรม ซึ่งรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ในการเตรียมการเพื่อการจัดตั้งชมรม
4. การดำเนินกิจกรรมของชมรม ซึ่งรวมถึงกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย อาหาร สุขภาพจิตและกิจกรรมอื่นๆ
5. การจัดทำแผนการทำงานของชมรมและการสนับสนุนต่างๆ ที่ได้รับ

6. พฤติกรรมออกกําลังกายของกรรมการชมรม

7. ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรม

(2) แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แผนพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2546-2549 ของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่และวิธีการทำงานของผู้เจ้าหน้าที่ที่มีต่อการจัดตั้งและพัฒนาชมรมเป็นกรอบในการสร้างการสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามๆ 6 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การรับรู้และการปฏิบัติตามนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย
 - การได้รับทราบนโยบายชมรมสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและแหล่งข้อมูล
 - ความเข้าใจก่อนนโยบายและการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ
 - การรับรู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ในการจัดตั้งชมรม การสนับสนุน การดำเนินงานของชมรม การดำเนินการด้านวิชาการและการประเมินผล
3. พฤติกรรมการออกกําลังกาย
4. ความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการชมรมสร้างสุขภาพ
5. ความคิดเห็นต่อก่อนนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ
6. ความคิดเห็นต่อความพร้อม และความเชื่อมั่นในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพ

(3) แบบสัมภาษณ์สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของชมรมและผลกระทบที่มีต่อสมาชิกในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งรวมถึงเหตุการณ์การเข้าร่วมเป็นสมาชิก ปัญหาอุปสรรคในการเป็นสมาชิก
3. พฤติกรรมการออกกําลังกายและปัญหาอุปสรรคในการออกกําลังกาย
4. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม
5. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชมรม

(4) แบบสัมภาษณ์ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและประสบการณ์ ตลอดจนข้อคิดเห็นต่อชมรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งรวมถึงเหตุผลของการไม่成为สมาชิกชมรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรม

แบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้รับการทดสอบในพื้นที่จังหวัดระยอง จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบแต่ละชุด จำนวน 30 ตัวอย่าง ประเด็นในการทดสอบคือ ความเข้าใจในข้อความและความสอดคล้องของข้อความนี้ เกี่ยวข้องกับทัศนคติและความคิดเห็น โดยใช้สถิติ Cronbach alpha ผลการทดสอบมีดังนี้

แบบสอบถามกรรมการชมรมในส่วนความคิดเห็น ต่อการดำเนินงานของชมรมมีค่า Cronbach alpha 0.7271

แบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในส่วนความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานมีค่า Cronbach alpha 0.8431 ความคิดเห็นต่อความพร้อมและความเชื่อมั่นในการดำเนินงานของชมรมมีค่า Cronbach alpha 0.9348

แบบสอบถามสมาชิกชมรม ในส่วนความคิดเห็นต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่า Cronbach alpha 0.8686

แบบสอบถามประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม ในส่วนความคิดเห็นต่อการไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมมีค่า Cronbach alpha 0.7351

7.1.3 วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับตัวอย่างทุกกลุ่ม โดยใช้นักศึกษาเป็นพนักงานสัมภาษณ์ ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจนมีความเชื่อมั่นว่าสามารถเป็นพนักงานสัมภาษณ์ที่ดีได้ในการเก็บข้อมูล ด้วยการจัดให้มีการอบรมชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล การทำความเข้าใจคำถามต่างๆ ในแบบสอบถาม เทคนิคการสัมภาษณ์ และการฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในข้อความแต่ละข้อ การอบรมใช้เวลา 1 วัน ในการอบรมและการฝึกปฏิบัติอีก 1 วัน โดยทีมงานผู้ประเมินผลเป็นวิทยากร

ในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์นั้น พนักงานสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบและควบคุมกำกับ จากทีมนิเทศงานจากผู้ประเมิน เน้นหนักที่คุณภาพ และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ แบบสอบถามทุกชุดได้รับการตรวจสอบจากทีมนิเทศงานก่อนส่งกลับเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล การบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และได้รับการตรวจสอบอีกครั้งเพื่อตรวจสอบในกรณีที่ข้อมูลผิดปกติ

7.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) การวิเคราะห์ความคิดเห็นหรือทัศนคติโดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ ANOVA และแบ่งระดับความคิดเห็นหรือทัศนคติ เป็น 3 ระดับ คือ สูง กลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของ Benjamin Bloom คือ ผู้ที่ได้คะแนนความคิดเห็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่ามีทัศนคติในระดับดี ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 ถือว่าเป็นทัศนคติปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 ถือว่าเป็นทัศนคติในระดับต่ำ

(2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านกิจกรรมการออกกำลังกายตามเกณฑ์ (3 กิจกรรม) ของชมรมสร้างสุขภาพ โดยใช้ Logistic Regression

เพิ่ม non – response 25 % = 568 คน

จากสถิติจำนวนประชากร ปี 2544 พบว่า

ประชากรกลุ่มอายุ 6 – 14 ปี คิดเป็นสัดส่วนของประชากรอายุ 6 ปี ขึ้นไป = 0.17

ประชากรกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี = 0.72

ประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป = 0.11 (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ฉะนั้นจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุในแต่ละภาค เป็นดังนี้

6 – 14 ปี = 97 คน

15 – 59 ปี = 409 คน

60 ปีขึ้นไป = 62 คน

7.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

7.2.1 แหล่งข้อมูลในการศึกษา ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับกระทรวง (ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเรื่องนโยบาย) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฏิบัติการ (ระดับกระทรวง จังหวัด อำเภอ และตำบล) กรรมการบริหารชมรม สมาชิกชมรม ผู้นำชุมชน และประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมในพื้นที่ตัวอย่างที่สุ่มได้จากการศึกษาเชิงปริมาณ โดยในแต่ละหน่วยงานและกลุ่ม/ชมรม จะศึกษาจากตัวแทนที่เป็นผู้รู้เรื่องดีในหน่วยงานนั้นๆ ที่

เกี่ยวกับชมรมสร้างสุขภาพ จำนวน 2-5 คน นอกจากนี้ยังมีเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องด้วย (การตอบวัตถุประสงค์ทุกข้อของโครงการ) โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะศึกษาจากผู้รับผิดชอบพื้นที่วิจัยที่เป็นตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ (10 จังหวัด 10 อำเภอ และ 20 ตำบล) ส่วนตัวแทนจากชมรมและประชาชนนั้น ศึกษา 10 ชมรมที่เป็นส่วนหนึ่งของตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ

นอกจากการศึกษาจากพื้นที่ข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่างเหล่านี้แล้ว กำหนดให้มีการศึกษาชมรมสร้างสุขภาพเป็นกรณีศึกษาด้วย โดยศึกษาจำนวน 3 กรณีศึกษา โดยคัดเลือกศึกษาจากชมรมสร้างสุขภาพในการพัฒนาที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการคัดเลือกพื้นที่เหล่านี้ได้มาจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงสำรวจและการสอบถามโดยตรงจากเจ้าหน้าที่

7.2.2 เครื่องมือวิจัยและการเก็บข้อมูล นักวิจัยและนักวิจัยผู้ช่วยเป็นเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ที่จะเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ลึก และการสังเกตการปฏิบัติการณ์ของชมรม และใช้เครื่องบันทึกเสียงและกล้องถ่ายรูปเป็นเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) **การสัมภาษณ์ลึก** ใช้การสัมภาษณ์ลึกตามแนวคำถามในการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครอบคลุมผู้บริหารระดับกระทรวงและผู้ทำงานในพื้นที่ทุกระดับ) แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกชมรม และประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม โดยการสัมภาษณ์ลึกแต่ละกลุ่มจะครอบคลุมการตอบวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทุกข้อ

(2) **การศึกษาภาคสนาม** เป็นวิธีการที่ใช้ในการศึกษาชมรมสร้างสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกรณีศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายการดำรงอยู่และกระบวนการพัฒนาของชมรม ตลอดจนปัจจัยและเงื่อนไขที่กำหนดภายใต้บริบทของชมรมและชุมชน โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์ลึกเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม (Focus Group Interview)

7.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป แยกตามประเด็นและแหล่งข้อมูล หลังจากนั้นจึงสังเคราะห์และประเมินความหมายของข้อมูลนั้นตามกรอบบริบทของแหล่งข้อมูลนั้นๆ

กระบวนการเก็บข้อมูลตัวอย่างต่างๆ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้และวิธีการเก็บรวบรวม สรุปได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
1.ข้อมูลส่วนกลาง		
1.1 การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ	ผู้รับผิดชอบระดับ	1. สัมภาษณ์เชิงลึก
1.1.1 ที่มาและกระบวนการกำหนดนโยบายเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นตัวกำหนด	กระทรวง กรม และกอง จำนวน 5-7 คน	2. เอกสารรายงานที่เผยแพร่ และไม่เผยแพร่
1.1.2 แนวคิดและวิธีปฏิบัติของนโยบายสอดคล้องกับปัญหาและระบบการทำงานของราชการหรือไม่อย่างไร		3. การตอบแบบตรวจสอบรายการ
1.2 การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการตามนโยบาย	ผู้รับผิดชอบระดับ	1. สัมภาษณ์เชิงลึก
1.2.1 พื้นฐานกรอบแนวคิดและความเชื่อเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ	กอง(กองสุขภาพ) กองออกกำลังกาย	2. เอกสารรายงานที่เผยแพร่และไม่เผยแพร่
1.2.2 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ	เพื่อสุขภาพ จำนวน 4-6 คน	3. การตอบแบบตรวจสอบรายการ
1.2.3 แนวคิดและวิธีปฏิบัติในการพัฒนาระบบบริหารจัดการชมรมสร้างสุขภาพ		
1.2.4 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร		
1.3 การถ่ายทอดและรับนโยบายไปปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบระดับ	1. สัมภาษณ์เชิงลึก
1.3.1 กระบวนการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติเป็นอย่างไร	กอง(กองสุขภาพ) จำนวน 6 คน	2. เอกสารรายงานที่เผยแพร่และไม่เผยแพร่
1.3.2 ความคาดหวัง และผลของการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรเป็นตัวกำหนด		3. การตอบแบบตรวจสอบรายการ

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
2. ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด		
2.1 การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด	ผู้รับผิดชอบชมรม	1. สัมภาษณ์เชิงลึก
2.1.1 นโยบายของชมรมสร้างสุขภาพ	สร้างเสริมสุขภาพ	2. เอกสารรายงาน
- การถ่ายทอดนโยบายมายังจังหวัดทำได้อย่างไร มีความชัดเจนหรือไม่	ระดับจังหวัด ทั้งในระดับบริหารและ	ที่เผยแพร่และไม่เผยแพร่
- นโยบายสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของท้องถิ่นหรือไม่	ระดับปฏิบัติการที่	3. การตอบแบบ
- กระบวนการถ่ายทอดนโยบายไปยังระดับล่างทำอย่างไร	สศจ. และ CUP	ตรวจสอบ
- การตอบสนองจากระดับล่างเป็นอย่างไร	จำนวน 3-4 คน/จังหวัด	รายการ
2.1.2 การสร้างและพัฒนาระบบบริหารจัดการ		
- ฐานข้อมูลชมรมและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลมีหรือไม่ อย่างไร		
- แผนปฏิบัติการการจัดตั้งและพัฒนาชมรมมีหรือไม่ อย่างไร		
- ศูนย์ประสานชมรมได้จัดตั้งเป็นอย่างไร		
- การควบคุมกำกับ และประเมินผลชมรมมีหรือไม่ อย่างไร		
2.1.3 การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาพของชมรมฯ		
1) การศึกษาวิเคราะห์รูปแบบในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร		
- การประเมินสถานการณ์ชมรมฯ		
- การพัฒนาชมรมต้นแบบ		
- การสร้างและพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาชมรมฯ		
2) การเฝ้าระวังและประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีหรือไม่ อย่างไรบ้าง และอย่างไร		
3) คู่มือการบริหารจัดการชมรมฯมีหรือไม่อย่างไร		
4) การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีต่อชมรมฯ มีหรือไม่ อย่างไร และได้ผลมากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด		
2.1.4 การประชาสัมพันธ์และสร้างแรงจูงใจ		
1) การรณรงค์สร้างกระแสทำได้หรือไม่ อย่างไร		
2) ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมีหรือไม่ อย่างไร ทั้งในช่วงรณรงค์ระดับประเทศ และรณรงค์เฉพาะของจังหวัด		
3) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจในแก่ชมรม มีหรือไม่ อย่างไร		

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
2.1.5 การพัฒนาศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชมรมฯ ได้ทำหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะประเด็นในเรื่อง 1) แนวคิดและกระบวนการทัศน์การพัฒนาชมรมและชุมชน 2) แนวปฏิบัติการพัฒนาชมรมในบทบาทของผู้สนับสนุน(ไม่ใช่ผู้กระทำการพัฒนาชมรม)		
2.1.6 การพัฒนาศักยภาพแก่แกนนำชมรมและสมาชิกชมรมฯ ได้ทำหรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะประเด็นในเรื่อง 1) คุณค่าของชมรมสร้างสุขภาพกับการพัฒนาชุมชน 2) การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ		
2.1.7 ข้อมูลเกี่ยวกับชมรมสร้างสุขภาพที่จังหวัดรวบรวมได้ ประกาศต่อไปนี้ มีหรือไม่ อะไรบ้าง เช่น 1) จำนวนชมรมฯ และสมาชิก 2) ข้อมูลพื้นฐานของชมรมในด้านต่างๆ		
2.2 การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ สอ./PCU	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระดับปฏิบัติการ หน่วยงานละ 2-3 คน (PCU, รพช., สอ.)	สัมภาษณ์
2.2.1 นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ 1) การรับนโยบายมายังผู้ปฏิบัติได้อย่างไร มีความชัดเจนหรือไม่ 2) นโยบายมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร 3) การสื่อสารนโยบายไปยังชมรมฯ กลุ่มเป้าหมายได้ทำอย่างไร 4) การตอบสนองจากชมรมฯ กลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร		

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
2.2.2 การสร้างและพัฒนาระบบบริหารจัดการชมรมของ		
สอ./PCU ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร		
1) การจัดทำฐานข้อมูลชมรมฯ และการเชื่อมโยงฐานข้อมูล		
2) แผนพัฒนาชมรมฯ		
3) การควบคุม กำกับ การ และประเมินผลชมรมฯ		
2.2.3 การสนับสนุน การจัดตั้งชมรมฯ ได้ทำอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้		
1) ร่วมประชุม/ร่วมกิจกรรม/ให้คำแนะนำจำนวนชมรมที่มี		
เกี่ยวกับเป้าหมาย		
2) ด้านวิชาการ		
3. ข้อมูลของชมรมสร้างสุขภาพ		
3.1 ชมรมสร้างสุขภาพ		
3.1.1 กระบวนการจัดตั้งชมรมในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไ		
1) ผู้ริเริ่มวัตถุประสงค์ของการตั้งชมรมฯ		1. การสัมภาษณ์เชิงลึก
2) กระบวนการก่อตั้ง และการมีส่วนร่วมของประชาชนและ		2. การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม
การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
2 ด้านวิชาการ		
3 งบประมาณ		
4 ทรัพยากรอื่นๆ		
3) การบริหารจัดการชมรม		
5 มีกระบวนการหรือไม่ ใครบ้าง ทำอะไรบ้าง		
6 เจ้าหน้าที่มีบทบาทอะไร		
7 งบประมาณได้จากไหน		
8 มีฐานข้อมูลสมาชิกหรือไม่ ใครทำ		
9 มีการประเมินผลหรือไม่ ใครทำ		
10 จำนวนสมาชิก(Active Vs inactive) เพิ่ม-ลด		

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
3.1.2 การดำเนินงานชมรมในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร		
1) กิจกรรมที่ทำ		
11 ออกกำลังกาย		
12 อาหาร		
13 อารมณ์		
14 อนามัยสิ่งแวดล้อม		
2) การออกกำลังกาย		
15 วิธีออกกำลังกายที่ใช้และความบ่อยครั้งของการออกกำลังกาย		
16 จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม ใครบ้าง เพิ่มหรือลด คิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ของสมาชิก		
17 การตรวจสุขภาพของสมาชิกชมรม		
18 ทดสอบสมรรถภาพทางกาย		
3) วิธีการหาสมาชิกเพิ่มและการประชาสัมพันธ์		
19 การใช้การบอกต่อกันระหว่างสมาชิก		
20 รณรงค์		
21 การใช้สื่อ		
4) การพัฒนาศักยภาพ		
22 ได้รับการฝึกอบรม สัมมนา เรื่องอะไร		
23 การดูงานในเรื่องที่เกี่ยวข้อง		
5) กิจกรรมอื่นๆ		
4. ข้อมูลของประชาชนในชุมชน	ประชาชนในชุมชนที่ไม่ใช่สมาชิกชมรม	1. การสัมภาษณ์เชิงลึก
4.1 การรับรู้ต่อชมรมสร้างสุขภาพ		
4.1.1 ทราบหรือไม่ว่ามีชมรมฯ	จำนวน 4-5 คน/ชมรม	2. การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม
4.1.2 ทราบหรือไม่ว่าชมรมตั้งขึ้นเพื่ออะไร	รวม 40-50 คน (ศึกษาจาก 10 ชมรม)	
24 กิจกรรมของชมรมมีอะไรบ้าง		
25 เคยร่วมกิจกรรมของชมรมหรือไม่ ร่วมในกิจกรรมอะไร ชอบหรือไม่ เพราะอะไร มาร่วมบ่อยเพียงไร		

ตารางที่ 3 ตารางเชิงสรุปที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลที่จะเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ต้องการเก็บ และวิธีการเก็บรวบรวม (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเก็บข้อมูล
4.1.3 ชมรมฯนี้มีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร		
26 เคยได้ยิน หรือเห็น/อ่านเอกสารที่เกี่ยวกับชมรมฯหรือไม่		
27 มีใครชักชวนให้เข้าร่วมในชมรมฯหรือไม่ สาเหตุที่ไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิก		
28 คิดอย่างไรกับชมรม		
5. ข้อมูลกรณีศึกษาชมรมสร้างสุขภาพ	- กรรมการชมรมฯละ	- การสัมภาษณ์ลึก
5.1 ชมรมสร้างสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ	4-5 คน	- การทำ Focus Group
5.2 ชมรมสร้างสุขภาพที่ดำเนินการได้ แต่ไม่โดดเด่น	- ผู้นำชุมชนฯละ 4-5	ชมรมละ 2 กลุ่ม คือ
5.3 ชมรมสร้างสุขภาพที่ประสบปัญหาการดำเนินงาน	คน	กลุ่มสมาชิกชมรม และ
	- สมาชิกชมรมฯละ 5-	กลุ่มประชาชนที่ไม่ได้
	10 คน	เป็นสมาชิก รวม 12
	- เจ้าหน้าที่	กลุ่ม
	สาธารณสุข ชมรมละ	
	2-3 คน	

8. การนำเสนอผลการประเมิน

ผลการประเมินแบ่งนำเสนอเป็น 5 บท คือ บทที่ 2-6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

บทที่ 2 : การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ บทนี้เป็นรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินกระบวนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายปฏิบัติที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ

บทที่ 3 : ชมรมสร้างสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายของประชาชน บทนี้เป็นการรายงานผลการวิเคราะห์และประเมินกระบวนการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคคล/องค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และผลการดำเนินงานของชมรม ในเรื่องพฤติกรรมออกกำลังกายของสมาชิกชมรม และสถานภาพของชมรมสร้างสุขภาพในปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังนำเสนอพฤติกรรมการออกกำลังกายของเจ้าหน้าที่และประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพด้วย ข้อมูลทั้งหมดได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถาม 4 ชุดที่เก็บจากตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังกล่าวมาแล้ว

บทที่ 4 : ชมรมสร้างสุขภาพที่เป็นบทเรียนจากการพัฒนา บทนี้เป็นการนำเสนอกรณีตัวอย่าง การจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น จำนวน 3 กรณีศึกษา เพื่อชี้ให้เห็นกระบวนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งโดยภาพรวมแล้วเป็นกรณีศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความพร้อมหรือความเข้มแข็งของกรรมการชมรมและหรือชุมชนที่เป็นที่ตั้งของชมรมสร้างสุขภาพ

บทที่ 5 : ความหมายและคุณค่าของการผลการประเมิน บทนี้เป็นการนำเสนอความคิดเห็นเชิงประเมินของผู้วิจัยที่อยู่บนพื้นฐานข้อมูลหรือผลการประเมินที่นำเสนอในบทที่ 2 3 และ 4 โดยเน้นหนักที่ชี้ให้เห็นและคิดแนะแนวทางการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ของประชาชนกับสังคมและประชาคมมากที่สุด และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

บทที่ 6 : สรุปผลการประเมินและข้อเสนอแนะ บทนี้เป็นการนำเสนอข้อสรุปสำคัญของแต่ละประเด็นที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่ 2-5 นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะที่เป็นบทเรียนการเรียนรู้กระบวนการกำหนดนโยบายและการนำไปปฏิบัติ พร้อมข้อเสนอแนะการดำเนินงานนโยบายสาธารณะในเรื่องอื่นๆ ที่จะมีขึ้นในอนาคต โดยข้อเสนอแนะอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและข้อคิดที่ได้อภิปรายผลไว้ในบทที่ 5

บทที่ 2

การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ

การทำความเข้าใจกระบวนการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติ จำเป็นต้องตรวจสอบและพิจารณาพัฒนาการของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นของกระทรวงสาธารณสุข โดยอาจแบ่งพัฒนาการของเรื่องนี้เป็น 4 หัวข้อใหญ่ๆ คือ (1) การจัดตั้งและพัฒนางานการออกกำลังกาย (2) กระบวนการกำหนดให้ชมรมสร้างสุขภาพเป็นนโยบายเด่นของรัฐบาล (3) การปฏิบัติการตามนโยบายชมรมสร้างสุขภาพของพื้นที่ระดับจังหวัด และ (4) การดำเนินงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการณรงค์เชิงนโยบาย โดยมีรายละเอียดที่สำคัญของแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1. การจัดตั้งและพัฒนางานออกกำลังกาย

1.1 หลักการและแนวคิดในการจัดตั้งและพัฒนางานออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้มีการจัดตั้งและพัฒนาขึ้นครั้งแรกในกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2530 เพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายในเด็กนักเรียน โดยจัดทำเป็น “โครงการส่งเสริมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” อยู่ในกองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย โดยก่อนหน้านี้ผู้บริหารของกรมอนามัย เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายในแง่ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ประกอบกับการกีฬาแห่งประเทศไทยในสมัยนั้น ก็พยายามผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขทำเรื่องนี้เพราะจะมีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และมูลนิธิหมอชาวบ้านได้ออกหนังสือพอกเก็ตบุ๊กเรื่องการออกกำลังกาย ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ได้เป็นจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายบนพื้นฐานของหลักวิชาการสุขภาพ ในระยะแรกโครงการนี้เน้นที่เด็กนักเรียน เช่น การส่งเสริมกระโดดเชือก และจัดแข่งขันกีฬา ต่อมาขยายการดำเนินงานมาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการประกวดเดินแอโรบิก การอบรมผู้นำการออกกำลังกาย และการจัดทำคู่มือส่งเสริมการออกกำลังกาย อนึ่งมีข้อสังเกตว่าในขณะนั้นองค์การอนามัยโลกก็ยังไม่ชัดเจนในเชิงแนวคิดและนโยบาย และไม่มีการพูดถึงเรื่องการออกกำลังกายอย่างจริงจังเลย

ต่อมาเมื่อปี 2542 มีการจัดตั้งสำนักส่งเสริมสุขภาพในกรมอนามัย (การรวม กองอนามัยครอบครัวและกองอนามัยโรงเรียนเข้าด้วยกัน) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจึงได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยงานในระบบงานปกติของราชการ คือ เป็น “งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2545 ได้มีการปรับโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้ง ทุกๆ งานของสำนักส่งเสริมสุขภาพได้ยกระดับเป็นส่วนที่มีฐานะเทียบเท่ากอง “ส่วนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” จึงได้รับการจัดตั้งและถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานรองเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของสำนัก ในขณะที่แผนงานหลักของสำนักส่งเสริมสุขภาพในขณะนั้นเน้น 4 กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเดิมที่มีมานานและได้รับการยกฐานะเป็นส่วนด้วย คือ กลุ่มแม่และเด็ก เด็กวัยเรียนและเยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ (แผนงานรองที่เหลืออีก 3 ส่วน คือ ส่วนอบรมและเผยแพร่ ส่วนแผนงานและประเมินผล และส่วนสนับสนุนงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ)

การเป็นหน่วยงานจัดตั้งใหม่ของส่วนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดโครงสร้างของงานเป็น 3 กลุ่มที่สำคัญ คือ (1) การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านการออกกำลังกาย เน้นที่การเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชาวบ้านกลุ่มต่างๆ เช่น แกนนำผู้สูงอายุ (2) การรณรงค์และส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เน้นที่การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ประเภทต่างๆ (เช่น แผ่นพับ โฆษณา ไปสเตอร์ และคู่มือ) และการรณรงค์ในกลุ่มเป้าหมายตามวาระกิจกรรมทางสังคม (เช่น การจัดเดิน วิ่ง เพื่อสุขภาพทุกครัวทั่วไทยเนื่องในวันครอบครัวแห่งชาติ และการจัดมหกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) และ (3) การพัฒนาวิชาการและรูปแบบการออกกำลังกาย เน้นที่การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการออกกำลังกาย โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มเป้าหมายหลักของสำนักส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ และมีกลยุทธ์ในการใช้ศาสตร์และศิลป์พื้นฐานประยุกต์เรื่องการออกกำลังกายและทำในองค์กรต่างๆ เช่น ชุมชน โรงเรียน และโรงงานอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังกำหนดให้แต่ละศูนย์เขตจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย เขตละ 5 ชมรม และพยายามขยายเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัตินั้นก็ยังคงมีข้อจำกัดและคาดหวังผลสำเร็จที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้ยาก ดังเช่นคำกล่าวของผู้บริหารส่วนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในขณะนั้นว่า “ขอบเขตของการทำงานดั้งเดิม ลักษณะการทำงานเหมือนเดิม คือ เขียนโครงการแล้วไปปฏิบัติทั่วประเทศ...กำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็น / เด็กนักเรียนก็เขียนโครงการมีการนำเจ้าหน้าที่มาอบรมให้ความรู้ มีเอกสารกลับไป แล้วก็กลับไปแต่จะทำอย่างไรไม่รู้ มันเหมือนกับว่าไปอบรมกันต่อ แต่จะทำอย่างไรก็ไม่รู้...ผมมารับงานใหม่ๆ ก็งงว่าจะทำอย่างไร”

1.2 การเป็นหน่วยงานวิชาการเต็มตัว

ปี 2546 ได้มีการปรับโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขอีกครั้ง มีผลทำให้ส่วนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ปรับฐานะเป็น “กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” โดยมาสังกัดโดยตรงกับกรมอนามัย และมีอิสระในการกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ที่ไม่จำเป็นต้องผูกติดกับกลุ่มเป้าหมายและกลยุทธ์หลักของสำนักส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าสำนักส่งเสริมสุขภาพยังคงมีงานออกกำลังกายอยู่ในแผนงานบริการสุขภาพ และทำกิจกรรมบริการเรื่องการออกกำลังกายมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นไปตามกรอบนโยบาย 30 ของกรมอนามัยในขณะนั้น และเป็นไปตามตัวชี้วัด KPI ของกรม งานหลักที่ทำคือ การเผยแพร่ความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายรวมพลังผู้สูงอายุระดับจังหวัด และการพัฒนาแกนนำชมรมสร้างสุขภาพ กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีเป้าหมายการบริการและเผยแพร่การประชาสัมพันธ์อยู่ที่กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป โดยผ่านการรณรงค์ นอกจากนี้หลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกายอย่างจริงจัง (รายละเอียดในเรื่องนี้จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป) สำนักส่งเสริมสุขภาพก็ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการด้วย โดยเฉพาะในส่วนของงบประมาณที่กำหนดไว้เพื่อการรณรงค์การออกกำลังกาย เช่น งานมหกรรมรวมพลคนเลื้อยเหิน (ปี 2547) และมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ (ปี 2548) นอกจากนี้ในปี 2549 ยังมีงบประมาณในการจัดซื้อและสนับสนุนชุดอุปกรณ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้กับชมรมออกกำลังกายด้วยการดำเนินงานของงานรณรงค์ขนาดใหญ่ตามนโยบายของรัฐบาลนี้ทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกันอย่างเต็มที่

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ยึดถือตัวชี้วัดตัวเดียวกันกับแผนงานบริการสุขภาพของสำนักส่งเสริมสุขภาพ คือ “ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายวันละ 30 นาทีไม่น้อยกว่า 3 วัน /สัปดาห์” แต่งานกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นที่อยู่ในกรอบของวิชาการในฐานะของกองวิชาการ ในขณะที่แผนงานบริการสุขภาพของสำนักส่งเสริมสุขภาพยังเน้นงานออกกำลังกายที่ทำอยู่เดิม คือ การพัฒนาบุคลากรและรณรงค์ งานวิชาการของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มงาน คือ (1) การผลิตเอกสารวิชาการ ที่เป็นข้อเสนอแนะการออกกำลังกายให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่างๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงเรียน โดยในปี 2546 2547 และ 2548 ได้ผลิตเอกสารวิชาการ รวม 48, 10 และ 20 เรื่องตามลำดับ (2) การวิจัยและประเมินผล โครงการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และกำหนดรูปแบบการดำเนินงานการสร้างเสริมการออกกำลังกาย เช่น โครงการประเมินการบริหารร่างกายด้วยไม้พลองแบบป้านูญมี การศึกษาสถานการณ์การออกกำลังกายของคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป (ได้ทำติดต่อกันทุกปี)

การพัฒนาการออกกำลังกายในสถานประกอบการ การศึกษานำร่องการออกกำลังกายในกรมอนามัย อบต. และในกลุ่มคนใช้ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด และการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบและคู่มือครูในการส่งเสริมการออกกำลังกายให้กับนักเรียน และ (3) งานบริการวิชาการ นอกเหนือจากงานบริการวิชาการและรณรงค์ที่สำนักส่งเสริมสุขภาพทำอยู่ตามกรอบงานที่เป็นมาโดยตลอดนั้น กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพก็เป็นหน่วยงานหลักที่ต้องให้บริการวิชาการในการจัดกิจกรรมรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดขึ้น และรับเรื่องร้องขอการรับบริการเรื่องการออกกำลังกายจากกลุ่มบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ที่มีมาโดยตลอด เช่น การเป็นวิทยากรในการให้ความรู้ และการเข้าร่วมช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาการออกกำลังกายกลุ่มต่างๆ

ในทางปฏิบัตินั้นผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ได้พัฒนาความชัดเจนของความเป็นกองวิชาการ โดยมีจุดเน้นสำคัญ 2 เรื่องคือ (1) แนวคิดและความหมายของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (เดิมมีการเสนอความหมายของการออกกำลังกายเป็นวิธีการของการออกกำลังกาย 5 แบบ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ และจักรยานฯ) ได้พัฒนาจนเป็นที่มาของแนวคิดและความหมายใหม่ทางวิชาการของการออกกำลังกาย ด้วยการกำหนดคำว่า “การเคลื่อนไหวร่างกาย” “การออกกำลังกายสะสม” และ “การเคลื่อนไหวร่างกายในวิถีดำเนินชีวิตประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายได้” ซึ่งทั้งหมดเป็นแนวคิดใหม่ที่ทำให้มุมมองและวิธีปฏิบัติของการออกกำลังกายกว้างขึ้น และสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น และ (2) การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายในประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่แตกต่างกันเรื่อง เพศ อายุ สถานที่ทำงาน/ที่เรียน และการสร้างสุขภาพ เพื่อให้เจ้าหน้าที่/ผู้เกี่ยวข้องนำไปเรียนรู้และประยุกต์ใช้ โดยมีความเชื่อว่าแต่ละกลุ่มมีความพร้อมและเงื่อนไขการออกกำลังกายที่แตกต่างกันทั้งวิธีการและกระบวนการที่ใช้ ตัวอย่างเช่น การเผยแพร่การออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง ของป้าบุญมีในปี 2542-2543 ที่สังคมให้การต้อนรับมาก โดยมีพื้นฐานของวิถีคิดเชิงประจักษ์ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ว่า “...พอเรามาดูป้าบุญมี ถึงแม้มันจะเป็นยี่ดหุ่ย แต่มันมีการใช้พลังงาน มันแก้ไขปัญหาวัดหลัง ปวดเอว ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แล้วทำมันง่ายเมื่อเปรียบเทียบกับท่ากระบองของ ดร.สาริต ที่ต้องกระโดดแตะ คู่มันรุนแรงเหลือเกิน... มันน่าจะสร้างกระแสอะไรได้ในผู้สูงอายุก็เลยเอาป้าบุญมีมาเป็นโมเดลทำเป็นซีดี ส่วนโปสเตอร์มูลนิธิหมอชาวบ้านเขาทำ...”

1.3 การเรียนรู้และการพัฒนาการระยะต้นของงานออกกำลังกาย

1.3.1 การพัฒนาของหน่วยงานตามระบบราชการปกติ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ใช้เวลาในการพัฒนาจนเป็นหน่วยงานระดับกองวิชาการถึง 15 ปี ที่เริ่มต้นจาก “โครงการ” ในปี 2530 เป็นฝ่ายปี 2533 และเป็นส่วนปี 2539 และเป็นกองในปี 2545 การปรับเปลี่ยนทั้งหมดอยู่ในโครงสร้างของกรมอนามัยซึ่งเป็นกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และการพัฒนาเป็นไปตามสถานการณ์ในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกรมตามนโยบายของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น โดยไม่มีกระแสหรือเงื่อนไขของการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง พร้อมกันนั้นได้รับการบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2540 (แผนชาติฉบับที่ 8) ที่กำหนดเป้าหมายไว้อย่างกว้างๆ ว่าให้ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย ได้ออกกำลังกายและเล่นกีฬาเป็นประจำร้อยละ 60 พัฒนาการดังกล่าวนี้ได้สะท้อนการพัฒนาหน่วยงานตามระบบราชการปกติที่เป็นการเติบโตในเชิงโครงสร้างเป็นหลัก โดยไม่มีปัจจัยภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.3.2 งานวิชาการกับงานบริการ การจัดตั้งเป็นกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีเป้าหมายเฉพาะในการพัฒนาหน่วยงานเป็นกองวิชาการ ในขณะที่สำนักส่งเสริมสุขภาพยังมีงานบริการหรือส่งเสริมการออกกำลังกายที่เคยทำมาโดยตลอดอยู่ด้วย ในเชิงหลักการแล้วอาจพิจารณาได้ว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะเป็นการขยายงานและร่วมมือกันทำงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีหน่วยวิชาการเข้ามาช่วยเสริมงานบริการเป็นการเฉพาะ และยังอยู่ภายใต้โครงสร้างของกรมเดียวกันคือกรมอนามัยที่น่าจะประสานงานและเชื่อมโยงกันได้ด้วยดี แต่ในทางปฏิบัตินั้นพบว่าการเชื่อมประสานกันยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก โดยรวมแล้วยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดโครงสร้างหรือโครงการร่วมที่เป็นตัวเชื่อมและยังมีความซ้ำซ้อน กล่าวคือ ทั้งสองหน่วยงานก็ยังคงให้บริการวิชาการเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันทั้งงานบริการวิชาการของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ก็คืองานที่ทำอยู่เดิมที่ให้กับกลุ่มเป้าหมายเก่าและด้วยวิธีการแบบเดิม ในขณะที่กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายใหม่ ซึ่งหากพิจารณาในเชิงลึกแล้ว อาจเป็นไปได้ว่ามีสาเหตุหลักจากงบประมาณที่ได้รับอยู่เดิม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ที่หน่วยงานใหม่ก็ยอมรับและไม่ต้องการมีข้อขัดแย้ง ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานของระบบราชการ

1.3.3 ตัวอย่างการพัฒนาเป็นกองวิชาการ การตั้งคำถามและกระบวนการหาคำตอบทางวิชาการการเป็นหน่วยงานวิชาการของผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ น่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีทั้งวิธีคิดและวิธีปฏิบัติ ซึ่งมี 3 ประเด็นสำคัญคือ (1) การทำความเข้าใจความหมายและความเป็นไปได้ของการออกกำลังกายในความหมายทางวิชาการถูกต้องและทันสมัย ที่ได้

เปลี่ยนความคิดแบบเดิมๆ และต้องต่อสู้กับแรงต้านจากการรับรู้และการปฏิบัติแบบเดิมๆ ของผู้ที่เกี่ยวข้อง (2) การหารูปแบบการปฏิบัติการการออกกำลังกายในประชาชนกลุ่มต่างๆ ในสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่ที่แตกต่างกันของความเป็นคนไทยด้วยพื้นฐานความเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องวิถีดำเนินชีวิต และ (3) การคำนึงถึงความเป็นไทย คือ การออกกำลังกายตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมไทย เช่น การประสานกับกรรมศิลป์ กรรมพล และกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อที่จะปรับการออกกำลังกายแบบไทยของแต่ละภาคตามพื้นฐานวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยมีการปรับการออกกำลังกายแต่ละภาคให้เป็นเอโรบิคมากขึ้น และประยุกต์ทำพองาม จนได้วีซีดี 4 ภาคนำไปเผยแพร่และได้รับการตอบรับอย่างดีจากประชาชนและผู้สนใจการออกกำลังกาย

2. กระบวนการกำหนดให้ชมรมสร้างสุขภาพเป็นนโยบายเด่นของรัฐบาล

2.1 เมื่อการออกกำลังกายเป็นนโยบายของรัฐบาล

ในปี 2545 รัฐบาลในขณะนั้นได้ประกาศให้ปี 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพให้คนไทยอย่างจริงจังภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” และภายใต้นโยบายดังกล่าวนี้ได้กำหนดเป้าหมายที่จะร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ สนับสนุนให้เกิด “ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” อย่างน้อยตำบลหรือเทศบาลละ 1 ชมรมทั่วประเทศเพื่อทำหน้าที่ประสานและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้นตามข้อเสนอของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การดำเนินงานตามกลยุทธ์ดังกล่าวนี้ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้จัดให้มีกิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกายของชมรมออกกำลังกาย และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดทั่วประเทศทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทุกจังหวัด

ความสนใจของนักการเมืองต่อเรื่องการออกกำลังกาย เริ่มต้นจากการที่รัฐมนตรีสาธารณสุขในขณะนั้นได้ไปร่วมประชุมสมัชชาองค์กรอนามัยโลกในปี 2544 ซึ่งเป็นปีที่เพิ่งเข้ามาเป็นรัฐบาลใหม่ๆ และทราบว่าในปี 2545 องค์กรอนามัยโลกจะทำเรื่องการออกกำลังกายเป็นประเด็นการขับเคลื่อนทั่วโลก ซึ่งอธิบดีกรมอนามัยในขณะนั้นต้องการใช้กระแสดังกล่าวทำเรื่องนี้ในระดับประเทศ ซึ่งเชื่อว่าจะได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีที่รับรู้กระแสและให้ความสนใจเรื่องนี้อย่างมาก กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้เสนอ “โครงการขยับกายสบายชีวี” เน้นกลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ประชาชนรวมตัวกันเป็นชมรมออกกำลังกาย และใช้แนวคิดใหม่การออกกำลังกายสะสมให้กับชมรมไปด้วย โดยจัดทำแนวทางในการปฏิบัติการของชมรมออกกำลังกายพร้อมให้เครื่องมือ (เช่น บัตรออกกำลังกายสะสม และแบบฟอร์มต่างๆ) เน้นใน 3 สถานที่ คือ ชุมชน สถาน

ประกอบการ และโรงเรียน พร้อมระบุแนวคิดและวิธีการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสนับสนุนให้ประชาชนรวมตัวเป็นชมรม และทำกิจกรรมการออกกำลังกาย โครงการดังกล่าวรัฐมนตรีใช้เวลาการพิจารณายาวนานพอสมควรในที่สุดก็อนุมัติให้ทำได้ แต่ไม่มีเงินให้ (โครงการนี้เสนอขอไปประมาณร้อยล้านบาท) ในทางปฏิบัติ โครงการจึงส่งผ่านไปที่ทุกจังหวัดตามสายงานราชการปกติเพื่อให้ปฏิบัติการ แต่จังหวัดเกือบทั้งหมดก็ไม่ได้นำไปปฏิบัติเพราะไม่มีการสื่อสารกำกับเชิงนโยบายโดยตรงและไม่มียกงบประมาณให้

ในที่สุดแล้วฝ่ายการเมืองได้สะท้อนให้เห็นแนวคิดและเจตนารมณ์ของตนเองที่ต้องการทำเรื่องนี้ในรูปแบบอื่น คือทำในลักษณะการณรงค์สร้างกระแสสังคมและประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ในปี 2545 จึงได้ประกาศนโยบาย *Empower for health “รวมพลังสร้างสุขภาพ”* และสนับสนุนให้จัดตั้งชมรมออกกำลังกายตามข้อเสนอเดิมของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยให้ อบต. ร่วมมือและให้การสนับสนุน ให้ได้ตำบลละอย่างน้อย 1 ชมรม ดังได้กล่าวมาแล้ว นอกจากนี้ทางโครงการได้จัดให้มีการณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเพื่อสร้างกระแสสังคมด้วย เช่น การจัดให้มีการออกกำลังกายพร้อมกันทั้งในกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ พร้อมกันนั้นการใช้ควรา (คุณพรชิตา ณ สงขลา หรือเบนซ์) เป็นแบบการโฆษณาการออกกำลังกาย (ทีวีนอร์ด) ได้ติดบอร์ดทั่วกรุงเทพมหานคร ทุกถนน และแทบจะทุกตรอกซอกซอย และติดไปทั่วประเทศโดยใช้งบประมาณไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท (การเลียนแบบจากการติดทีวีนอร์ดของการณรงค์เรื่องการจราจรและอุบัติเหตุ) ก็สามารถสร้างกระแสสังคมได้ระดับหนึ่ง

2.2 เมื่อการออกกำลังกายได้รับการผลักดันเป็นนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ

ในปี 2546 รัฐบาลได้เปลี่ยนชื่อกลยุทธ์เป็นการณรงค์ “สร้างสุขภาพทั่วไทย” พร้อมกันนั้นมียกนโยบายให้เปลี่ยนจากการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายเป็นการจัดตั้ง “ชมรมสร้างสุขภาพ” และกำหนดให้ทำทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ อย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม ทั้งนี้เพื่อให้ชมรมเป็นแกนนำการดำเนินงานสนองต่อนโยบาย “สร้างนำซ่อม” และเป็นไปตาม “กลยุทธ์ 60.” ของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมอบหมายให้กองสุขศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดตั้งและสนับสนุนดำเนินการชมรมสร้างสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่ากองสุขศึกษาอยู่ในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และในกรมนี้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบอาสาสมัครหมู่บ้าน คือ อสม. อยู่ด้วย กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โดยเชื่อว่ากลุ่ม/ชมรม อสม. นี้ น่าจะเป็นกลุ่มแกนนำในการดำเนินการเรื่องนี้ในขอบเขตทั่วประเทศได้ ในขณะที่กองสุขศึกษาดูแลเรื่องสุขบัญญัติที่มีเรื่องออกกำลังกายและได้

ทำงานรณรงค์และประชาสัมพันธ์อยู่แล้ว ในขณะที่กรมอนามัยเน้นพนักงานที่เป็นเรื่องเนื้อหาวิชาการ จึงน่าจะเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการมากกว่า

สำหรับเนื้อหาที่ใช้ในการรณรงค์นั้น ยังเป็นไปตามข้อเสนอทางวิชาการของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เดิมกำหนดไว้ว่า “ออกกำลังกายทุกวัน วันละสามสิบนาที และสะสมได้ชั่วอย่างน้อยทั้งวัน” ซึ่งทางฝ่ายการเมืองได้ปรับเพื่อให้สอดคล้องต่อการประชาสัมพันธ์ ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปที่ว่า “ออกกำลังกายสามวัน วันละสามสิบนาที” โดยคัดความหนักเบาของการออกกำลังกายออกไป ซึ่งในเรื่องนี้ผู้อำนวยการกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กล่าวว่า “...เพราะเราเองค่อนข้างแบบ *Structure exercise* แต่ถ้าเขาเข้าใจวิถีชีวิต ก็จะเข้าใจว่ามันทำไม่ยากเลยนะ....(เมื่อตัดสินใจเนื้อหาแล้ว)ก็ว่าเขาก็เขายังคิดว่าไม่ได้ เป็นการดีที่จะได้ขับเคลื่อนเรื่องนี้จริงๆ จังๆ เนื้อหา ที่สื่อออกไปเป็น *single message* ผมว่าข้อดีของเขา คือ เขาพยายามจะเอา *single message* ไม่อยากเอาอะไรที่หลากหลาย ผมก็โอเค แต่ว่าเวลาที่จะเขียนแผ่นพับให้ความรู้ประชาชน ผมก็บอกว่า *formal exercise* ไม่ได้นะ ผมก็เขียนแผ่นพับที่มีรูปเบนซ์ว่าถ้าคุณทำแบบนี้ไม่ได้ คุณก็ไปทำกิจกรรมออกแรงในวิธีอื่นๆ ซึ่งคุณสุครินทร์ (รมต.สาธารณสุข) ก็ *accept* เวลาไปพูดว่าทำแบบนี้ไม่ได้ก็ทำแบบนี้ เพราะผมก็พยายามที่จะเอาความจริง ที่เป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เข้าไปใส่อยู่ตลอด อันนั้นคือสิ่งที่ผมพยายาม ...”

เมื่อกองสุขภาพได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเรื่องการรณรงค์และการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ จึงได้จัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในเรื่องดังกล่าวในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนของหน่วยงานเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมเป็นคณะกรรมการ ทั้งที่เป็นคณะกรรมการระดับนโยบายและคณะทำงาน และได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายการเมือง ได้ข้อสรุปที่สำคัญ ดังนี้

2.2.1 การจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ

(1) ความหมายของชมรมสร้างสุขภาพที่เป็นข้อสรุปและนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการ หมายถึง ชมรมหรือกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ที่มีความสนใจในกิจกรรมเหมือนกัน อาจเป็นกิจกรรมด้านสุขภาพ หรือกิจกรรมอื่นใดซึ่งอาจเป็นชมรมทั้งกลุ่มที่มีอยู่แล้วหรือมารวมกลุ่มกันใหม่ แล้วสมัครลงทะเบียนเป็นชมรมสร้างสุขภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ของชุมชนและประสานเชื่อมโยงระหว่างชมรมอื่นเป็นเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ

(2) ให้จัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพทุกหมู่บ้าน /ชุมชนทั่วประเทศ อย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม โดยกำหนดเป้าหมายให้ได้ร้อยละ 50, 75 และ 100 ของหมู่บ้านทั่วประเทศ ภายในปี 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ

(3) การพัฒนาของชมรมสร้างสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบาย 6อ. ของกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งชมรมออกเป็น 4 กลุ่มตามระดับการพัฒนา คือ (1) ชมรมสร้างสุขภาพระยะเริ่มต้น หมายถึง ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งแต่ยังไม่ได้พัฒนาเข้าเกณฑ์ระดับที่ 1, 2 หรือ 3 ซึ่งแบ่งชมรมระดับต้นนี้เป็น 2 ประเภท คือ (1.1) ชมรมออกกำลังกาย คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างเดียว (1.2) ชมรมอื่นๆ คือ ชมรมที่มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ เช่น ดูแลสิ่งแวดล้อม นวดแผนไทย ปลูกผักปลอดสารพิษ ทำปุ๋ยชีวภาพ ทำการเกษตรแบบธรรมชาติ เป็นต้น (2) ชมรมสร้างสุขภาพที่ได้พัฒนาเข้าเกณฑ์ระดับที่ 1 (ระดับพื้นฐาน) เป็นชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สมาชิกในเรื่อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ได้คุณค่า (3) ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 2 (ระดับการขยายผลกิจกรรม) เป็นชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพครอบคลุม 6 อ. และร่วมแก้ไขปัญห สุขภาพของชุมชนและให้แก่สมาชิกดังนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยได้คุณค่า การส่งเสริมสุขภาพจิต อนามัยชุมชน การป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของท้องถิ่น การเฝ้าระวังดูแลการผลิตและจำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมการลด ละ เลิก อบายมุข และปัจจัยเสี่ยงอื่น และ (4) ชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 3 (การสร้างเครือข่าย) เป็นชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 6 อ. มีการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญห สุขภาพตลอดจนมีการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชื่อมโยงระหว่างชมรมอื่นเป็นเครือข่ายสร้างสุขภาพของชุมชนระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และระดับชาติต่อไป ซึ่งคณะกรรมการกระทรวงได้กำหนดเป้าหมายให้พัฒนาชมรมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับ 3 ได้ครบทุกแห่งภายในปี 2549 ด้วย

(4) การจัดทำระเบียบการของชมรมสร้างสุขภาพ และคู่มือการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ และเอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนประชาชนสมัครเป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมฯ

ข้อเสนอเรื่องการจัดตั้งของชมรมสร้างสุขภาพและการพัฒนาของชมรมแบ่งเป็น 3 ระดับ เป็นข้อเสนอของกองสุศึกษาที่คณะกรรมการพิจารณาเรื่องนี้มีทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารระดับกองซึ่งไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าว ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “... ผู้อำนวยการกอง.... (ในขณะนั้น) เขาต้องการเป็นชมรมสร้างสุขภาพ และ

ชมรมสร้างสุขภาพต้องมีสามระดับ ผมก็บอกว่าอย่าไปทำ ผมว่าชมรม อสม. ที่มีกันอยู่แล้วมันมี ประสิทธิภาพทำไมยังต้องเสนอนี้อีก ผมก็บอกว่า ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าอย่าไปทำ ที่จะมา แบ่งเป็นชมรมสร้างสุขภาพระดับที่ 1 2 และ 3 มาบอกว่าเขาต้องทำอย่างโน้นอย่างนี้ ผมว่าแค่เขา มาร่วมกันออกกำลังกายก็ดีแล้ว ถ้าเขาจะทำงานด้านอื่นก็ให้เขาเป็นชมรมอย่างอื่นก็ได้ แต่ทำไม ต้องให้ชมรมสร้างสุขภาพไปทำอะไรทุกอย่าง อสม. ก็มีอยู่แล้ว จะซ้ำซ้อนกันไปอีก” และ ในทำนองเดียวกันผู้บริหารระดับสำนักงานหนึ่งที่ร่วมเป็นกรรมการให้ความเห็นเรื่องนี้ในทำนอง เดียวกันว่า “.....ความคิดเรื่องกลุ่มหรือชมรมนั้นเป็นเรื่องที่น่าจะถูกต้องอยู่แล้ว แต่ทำไมเราไม่ เริ่มต้นจากกลุ่ม อสม. ที่เป็นชมรมสร้างสุขภาพหรือสร้างเสริมสุขภาพอยู่แล้ว ค่อยๆ ทำไปอาจ ออกมาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนได้แนวคิดเรื่องชมรมสร้างสุขภาพมันโตเกินไป....เป็น จุลมณฑลเชื่อว่าปฏิบัติได้ลำบาก....”

2.2.2 การณรงค์และประชาสัมพันธ์

(1) การจัดมหกรรมรวมพลังออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของชมรมสร้าง สุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ โดยตั้งเป้าหมายในการทำสถิติรวมคนออกกำลังกายพร้อมกันให้ ได้มากที่สุดในโลก จนสามารถจดบันทึกเป็นสถิติโลกในกินเนสบุ๊กได้ ซึ่งทุกจังหวัดทั่วประเทศ เข้าร่วมรณรงค์ในช่วงวันเวลาเดียวกันกับกรุงเทพมหานคร โดยกรุงเทพมหานครได้รวมพลังออก กายที่สนามหลวง (ในปี 2546 และ 2548 มีคนเข้าร่วมออกกำลังกาย รวม 46,824 คน และ 77,808 คน ตามลำดับ) และมีนายกรัฐมนตรีและข้าราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขเข้า ร่วมกันอย่างพร้อมเพรียง

(2) การประชาสัมพันธ์ทางสื่ออย่างกว้างขวางตลอดทั้งปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงการณรงค์ที่จัดเป็นมหกรรมการออกกำลังกายในสัปดาห์สาธารณสุข (วันที่ 27 พฤศจิกายน) ที่ จัดอย่างยิ่งใหญ่เป็นที่รับรู้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการณรงค์ได้มีการ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อจนสามารถสร้างกระแสตื่นตัวการออกกำลังกายในกลุ่มประชาชน ทั่วๆ ไปได้ ซึ่งรายละเอียดจะกล่าวถึงในบทต่อไปที่พูดถึงสถานการณ์การออกกำลังกายของ ประชาชนเป็นการเฉพาะ

2.2.3 แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน

(1) การกำหนดเป้าหมายและวิธีดำเนินงานให้ได้ข้อสรุปเรื่องการจัดตั้งและ พัฒนาชมรมสร้างสุขภาพนั้น กองสุขภาพในในฐานะผู้รับผิดชอบได้จัดทำในรูปแบบของ คณะกรรมการ /คณะทำงาน ที่มีผู้แทนของหน่วยงานส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ร่วมเป็นกรรมการด้วย (รวมเจ้าหน้าที่จากกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และสำนักส่งเสริมสุขภาพ) นอกจากนี้ในบางเรื่อง เช่น การกำหนดระเบียบชมรมสร้างสุขภาพ คณะทำงานได้จัดประชุมวิชาการเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากบุคคลภายนอกด้วย เช่น จากนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าข้อกำหนดในเชิงกลยุทธ์และกลวิธีโดยมีกองสุขศึกษาเป็นเจ้าภาพหลักที่ทำหน้าที่ยกร่าง ได้ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมพิจารณาและตัดสินใจร่วมกัน และผ่านการตรวจสอบจากนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ซึ่งน่าจะได้อิทธิพลที่ความเชื่อมั่นว่านำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(2) ที่ปรึกษารัฐมนตรี (คุณสุนัย) ในขณะนั้นได้ผลักดันให้มีโครงการ “พันธมิตรเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพ” เพื่อให้เป็นกลยุทธ์อีกด้านหนึ่งในการผลักดันและสนับสนุนนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและนโยบายสร้างนำซ่อมให้มีความเป็นไปได้อย่างยั่งยืน โดยทำโครงการขอรับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งก็ได้รับทุนให้มาดำเนินการในช่วงเวลา 3 ปี ระหว่างปี 2548-2550 (ได้เงินสนับสนุนประมาณ 200 ล้านบาท) และให้โครงการดังกล่าวทำงานใกล้ชิดกับกองสุขศึกษา โดยได้ตั้งสำนักงานที่กองสุขศึกษาด้วย

2.2.4 ผลงานการรณรงค์

(1) มหกรรมรวมพลังออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่จัดในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของเดือน พฤศจิกายน ได้จัดทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งแรกจัดในปี 2545 ภายใต้กลยุทธ์ของ “การรวมพลังสร้างสุขภาพ” ส่วนอีก 3 ครั้งที่เหลือในปี 2546 2547 และ 2548 จัดภายใต้กลยุทธ์ “การรณรงค์สร้างสุขภาพ” ที่มีชมรมสร้างสุขภาพเป็นเป้าหมายและเป็นแกนการมีส่วนร่วมรณรงค์ ซึ่งการจัดรวมพลังปี 2546 มีประชาชนเข้าร่วมออกกำลังกายพร้อมกันในวันเวลาเดียวกันจำนวนมากจนเป็นสถิติโลกที่ได้รับการบันทึกไว้

(2) ชมรมสร้างสุขภาพได้รับการจัดตั้งขึ้นทั่วประเทศ จากสรุปรายงานชมรมสร้างสุขภาพทั่วประเทศ (ข้อมูลจากกองสุขศึกษา ณ กันยายน 2548) มีชมรมครอบคลุม 75 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร จำนวน 75,094 ชมรม สมาชิก 5,943,575 คน ซึ่งจำแนกระดับการพัฒนาได้ดังนี้

- ชมรมระยะเริ่มต้น จำนวน 38,324 ชมรม สมาชิก 3,028,918 คน
- ชมรมระดับ 1 จำนวน 28,284 ชมรม สมาชิก 2,323,288 คน
- ชมรมระดับ 2 จำนวน 6,039 ชมรม สมาชิก 401,895 คน
- ชมรมระดับ 3 จำนวน 2,433 ชมรม สมาชิก 189,474 คน

2.3 การเรียนรู้การพัฒนาการออกกำลังกายภายใต้นโยบายรัฐบาล

2.3.1 การกำหนดนโยบายของรัฐบาล

(1) แนวความคิดในการกำหนดให้การออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพให้เป็นนโยบายของรัฐบาลนั้น เริ่มต้นจากการที่ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงที่ต้องการผลักดันเรื่องนี้อย่างจริงจัง แต่ติดขัดที่การตัดสินใจของนักการเมืองหรือรัฐบาลจะกระทำเมื่อมีความมั่นใจว่า การทำเรื่องนี้มีผลต่อภาพพจน์ของรัฐบาล และแสดงผลงานที่เป็นรูปธรรม ซึ่งต่อมาได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจน ก็คือการจัดในรูปแบบการรณรงค์ และการโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางจนกลายเป็นกระแสสังคม การนำเสนอรูปแบบการขับเคลื่อนการออกกำลังกายของกรมอนามัย (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) ในครั้งแรกที่นักการเมืองอนุมัติให้ทำได้แต่ไม่ให้การสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการ ก็เป็นเสมือนการปฏิเสธที่สุภาพว่าไม่ยอมรับรูปแบบวิชาการในการขับเคลื่อนเป็นนโยบายของรัฐบาลนั่นเอง

(2) รายละเอียดของการปฏิบัติการไม่ว่าในเรื่องเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกระบวนการดำเนินงานเป็นเรื่องของข้าราชการประจำทั้งหมด นักการเมืองมีส่วนร่วมบ้างในการตัดสินใจบางประเด็น แต่รวมๆ แล้วก็ยอมรับข้อเสนอของฝ่ายข้าราชการที่กำหนดขึ้นทั้งหมด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนักการเมืองมีเป้าหมายและความต้องการชัดเจนตามประเด็นข้อ (1) ข้อปฏิบัติที่นักการเมืองคงไม่สนใจที่จะมาล้วงลูกหรือก้าวก่าย และอีกเหตุผลประการหนึ่งก็คือ เป้าหมายและกระบวนการปฏิบัติการที่ฝ่ายข้าราชการประจำส่วนกลางกำหนดก็เน้นในเชิงปริมาณกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ เช่น จัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพได้จำนวนเท่าไร สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพรวมทั้งหมดเท่าไร และชมรมได้พัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับที่ 1 2 และ 3 จำนวนเท่าไร ซึ่งตัวเลขต่างๆ เหล่านี้ทั้งข้าราชการประจำและนักการเมืองสามารถนำมาใช้เป็นผลงานที่โฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ทั้งสิ้น

(3) วิธีคิดของเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดเป้าหมาย และกระบวนการทำงานในประเด็นที่มีการรณรงค์ปฏิบัติการทั่วประเทศ ดูเสมือนเป็นวิธีคิดและแนวทางแบบเดียวกันแทบทุกเรื่องตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และเมืองไทยแข็งแรงที่ต่างมีสูตรสำเร็จ 3 ประเด็น คือ การทำให้ครบทุกหน่วยปฏิบัติการ (หมู่บ้าน / โรงเรียน) กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของงาน และกำหนดช่วงเวลาที่ทำให้บรรลุผล นอกจากนี้ส่วนกลางก็จัดทำสิ่งสนับสนุนที่เป็นเครื่องมือ / อุปกรณ์ทางวิชาการและแนวทางการปฏิบัติการให้พื้นที่ปฏิบัติการนำไปใช้ด้วย ซึ่งคู่มือและเครื่องมือทั้งหลายก็มักพัฒนาขึ้นมาจากพื้นฐานทางวิชาการที่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ได้

2.3.2 แนวคิดและวิธีการจัดกิจกรรมรณรงค์

(1) การรณรงค์และสร้างกระแสสังคมเป็นวิธีคิดและความต้องการพื้นฐานของนักการเมือง ที่หวังผลกระทบวงกว้างขอบเขตทั่วประเทศ ที่จะทำให้มีโอกาสนโยบายประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์และผลงานของตนเองได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ซึ่งรูปแบบที่จัดอาจกล่าวได้ว่าเป็นตัวอย่างของแนวคิด และกระบวนการปฏิบัติการแบบหนึ่งที่ผู้บริหารทุกระดับพอใจ โดยเฉพาะฝ่ายการเมืองที่ได้ผลประโยชน์ในการโฆษณาประชาสัมพันธ์ตนเองและผลงานอย่างเต็มที่ ตัวอย่างเช่น รูปของรัฐมนตรีได้ติดประกาศไปทั่วประเทศเพื่อการโฆษณาประชาสัมพันธ์การออกกําลังกายให้กับประชาชน

(2) เมื่อรัฐบาล /นักการเมืองให้ความสำคัญและผลักดันเรื่อง การรณรงค์รวมพลังของประชาชนในการออกกําลังกาย ย่อมมีพลังและสร้างผลกระทบในวงกว้างได้มาก มากกว่าที่ทำโดยระบบของหน่วยงานราชการตามปกติ ซึ่งเป็นที่รับรู้และยอมรับกันทั่วไปแล้ว ผลกระทบเชิงบวกที่สำคัญจากนโยบายและการรณรงค์ดังกล่าวคือ การทำให้ประชาชนตื่นตัวเรื่องการออกกําลังกายอย่างกว้างขวาง และมีผู้เข้าร่วมออกกําลังกายเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงวัยทำงานและผู้สูงอายุที่เดิมมีการออกกําลังกายน้อยมาก

(3) การจัดกิจกรรมในรูปแบบมหกรรมหรือรณรงค์ เป็นรูปแบบที่หน่วยงานราชการคุ้นเคยและจัดเป็นประจำอยู่แล้วและทุกฝ่ายได้รับประโยชน์จากกิจกรรมดังกล่าว นักการเมืองได้คะแนนเสียงจากการประชาสัมพันธ์ตนเองผ่านทางสื่อมวลชนทุกประเภทพร้อมๆ กัน ข้าราชการประจำได้ผลงานที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับจากรัฐมนตรีหรือนักการเมือง ซึ่งผลงานทั้งหมดมาจากการเตรียมการที่ยาวนานพอสมควรแต่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาอันสั้น

อย่างไรก็ตามข้อสรุปดังกล่าวมานี้อาจสร้างการรับรู้ในทางที่ผิดเกี่ยวกับการรณรงค์ได้ว่ามีรูปแบบการรณรงค์เพียงแบบเดียว และเป็นรูปแบบที่ติดกับผลประโยชน์และความฉวยฉวยได้ ซึ่งความจริงแล้วการรณรงค์และการสร้างกระแสสังคม โดยหลักการแล้วเป็นเรื่องที่ดีและเป็นความจำเป็นที่ต้องสร้างการรับรู้และตระหนักในวงกว้างของสังคมที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป และสามารถทำได้หลายรูปแบบที่ไม่ต้องใช้เงินมากมายในการรวมคนเป็นจำนวนมาก

(4) ความคุ้มค่าหรือประสิทธิภาพของโครงการรณรงค์เป็นเรื่องที่ไม่ค่อยคำนึงถึงกันมากนัก โดยเฉพาะกับคำถามเรื่อง “ต้นทุน” ที่ใช้จ่ายทางตรงทั้งเรื่องของเงินงบประมาณของผู้จัดและผู้เข้าร่วม และค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดขึ้น เวลาที่สูญเสียไปจากการเตรียมการและปฏิบัติการของผู้จัดและสมาชิกผู้เข้าร่วมออกกําลังกายในการรณรงค์ และค่าเสีย

โอกาสที่เกิดขึ้นกับทุกกลุ่มที่มีส่วนร่วม ส่วนคำถามเรื่อง ผลงานหรือผลผลิตที่ได้รับนั้น คงต้องพิจารณาในแง่มุมมองคุณภาพของผลงานเชิงปริมาณที่ได้รับว่าประชาชนที่เข้าร่วมในการรณรงค์การออกกำลังกายนั้นได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในด้านใดบ้าง และจะเป็นพื้นฐานในการออกกำลังกายต่อเนื่องจนติดเป็นนิสัยได้หรือไม่ ซึ่งการที่จะตอบคำถามดังกล่าวได้นั้นจำเป็นต้องมีการติดตามว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่มีความต่อเนื่องและมีความสม่ำเสมอมากพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนได้ ประเด็นดังกล่าวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาในการติดตามและประเมินผลต่อไป อย่างไรก็ตามผลการประเมินเรื่องนี้ที่จะนำเสนอในบทต่อไปนั้นได้แสดงให้เห็นผลทางบวกที่ได้รับระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดความชัดเจนในประเด็นคุณภาพชมรมสร้างสุขภาพที่จะแสดงถึงความเข้มแข็งและความมั่นคง ซึ่งรายละเอียดจะกล่าวถึงต่อไป

2.3.3 การกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณจากส่วนกลาง

(1) วิธีคิดและวิธีปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อมีการดำเนินงานเรื่องใหม่ๆ ที่ทำในขอบเขตทุกพื้นที่ มักกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องการในเชิงปริมาณไว้อย่างชัดเจนทุกเรื่อง ตัวอย่างเช่น การดำเนินงานในอดีตของการจัดตั้งและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ก็ทำในลักษณะเดียวกัน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า สสม. เป็นต้นแบบของการทำในเรื่องนี้ก็ได้ กรณีของชมรมสร้างสุขภาพที่ได้รับความคาดหวังว่าจะจัดตั้งให้ครบทุกหมู่บ้านทั่วประเทศภายในปี 2549 ก็เหมือนกับงาน สสม. ที่ต้องจัดตั้งให้มี สสม. ครบทุกหมู่บ้านภายในช่วงเวลาที่กำหนด และกำหนดให้มีสัดส่วนของ สสม. ต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยกำหนดให้มี สสม. 1 คนต่อ 10 ครอบครัวในหมู่บ้าน การกำหนดเป้าหมายดังกล่าวอาจทำให้มีความสะดวกและชัดเจนในการติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานให้กับพื้นที่ รวมทั้งการกำหนดงบประมาณสนับสนุน แต่ในเชิงหลักการแล้วแต่ละพื้นที่มีความพร้อมไม่เท่ากันและมีเงื่อนไขในทางปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นเมื่อถูกกำหนดเป้าหมายเหมือนกันทุกพื้นที่ แต่ละพื้นที่ก็ต้องพยายามทำให้ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพของชมรมที่จัดตั้งและความถูกต้องของข้อมูล ตลอดจนสร้างความเครียดให้ผู้รับผิดชอบได้

(2) ในทำนองเดียวกันกับการกำหนดปริมาณผลลัพธ์ที่ต้องการ คุณภาพของผลงานที่ต้องการก็ได้รับการกำหนดเป็นกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน และเป็นเกณฑ์ที่ขาดความยืดหยุ่นและตั้งอยู่บนพื้นฐานเชิงปริมาณด้วย ดังกรณีที่มีการแบ่งการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพเป็น 3 ระดับ แต่ละระดับต่างกันที่ปริมาณงานที่ต้องทำว่าทำตามนโยบาย 6 อ. ได้มากน้อยเพียงใด ตัวชี้วัดดังกล่าวนี้นอกจากจะมีผลต่อผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ในทำนองเดียวกันกับการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์เชิง

ปริมาณแล้ว ผลกระทบย่อมมีมากกว่า ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพของผลงานมีความเบี่ยงเบนจากหลักการ กระบวนการปฏิบัติการ และความเป็นไปได้ตามบริบทของพื้นที่

2.3.4 การกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบและการทำงานร่วมกัน

(1) กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ “การออกกำลังกาย” 3 หน่วยงาน คือ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (เป็นกองทางวิชาการ ในกรมอนามัย) งานบริการสุขภาพ (ที่ให้บริการเรื่องการออกกำลังกายแก่กลุ่มเป้าหมายที่กลุ่มของสำนักส่งเสริมสุขภาพ และได้ทำงานเรื่องนี้มาก่อน) และกองสุขศึกษา (การรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ในกรอบที่เรื่องออกกำลังกายเป็นหนึ่งในสุขบัญญัติของทางสุขศึกษา) การที่กองสุขศึกษาได้รับมอบหมายจากฝ่ายการเมืองให้รับผิดชอบเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ หรือชมรมออกกำลังกายที่เกือบทั้งหมดของชมรมเป็นชมรมออกกำลังกาย ก็เป็นเรื่องที่มีเหตุผลพอสมควรที่เข้าใจและยอมรับได้ กล่าวคือ นักการเมืองหรือผู้ตัดสินใจในเชิงนโยบายมีความต้องการงานที่เป็นภาพใหญ่และมีรูปแบบการประชาสัมพันธ์เป็นหลัก ย่อมมีความมั่นใจและสบายใจมากกว่าที่จะทำงานอย่างใกล้ชิดในเรื่องนี้กับหน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในลักษณะดังกล่าวได้ มากกว่าการทำงานกับหน่วยงานวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้รับการคัดเลือกโดยมีกองสุขศึกษาเป็นแกน และยังมีกองส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนที่อยู่ในกรมเดียวกันเป็นหน่วยงานเสริมที่ใกล้ชิดและเข้มแข็ง แต่คำถามต่อเนื่องที่ควรพิจารณาทั้งในทางวิชาการและทางปฏิบัติคือ หน่วยงานใดควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักเรื่องนี้ และจะรับผิดชอบร่วมกันในรูปแบบใดและอย่างไร

(2) รูปแบบการทำงานร่วมกันหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ที่หน่วยงานเจ้าภาพเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการนั้นอาจเป็นรูปแบบการทำงานที่ควรมีการทวนหรือตรวจสอบว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร เพราะในทางปฏิบัตินั้นหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบก็ต้องทำงานหนักและต้องเตรียมการทุกเรื่อง คณะกรรมการที่มาจากหน่วยงานอื่นๆ นั้นถึงแม้มาในฐานะตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่มีความเป็นตัวตนสูงและมักติดกรอบวิธีคิดและประสบการณ์เหมือนกับหน่วยงานเจ้าภาพ ความคิดเห็นที่แตกต่างหรือต่างมุมจึงเกิดขึ้นไม่มากนัก การขาดความจริงจังและความต่อเนื่องของการเป็นกรรมการมีอยู่ ทำให้ผลโดยรวมแล้วเป็นไปตามข้อเสนอของต้นเรื่องที่ฝ่ายเจ้าภาพจัดทำไว้

3. การปฏิบัติการตามนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของพื้นที่ระดับจังหวัด

3.1 การออกกำลังกายในพื้นที่ก่อนมีนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ

ในภาวะปกติการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ประชาชนในจังหวัดต่างๆ มีให้เห็นในทุกพื้นที่ ที่แต่ละแห่งได้ปฏิบัติการออกกำลังกายตามความสนใจของตนเอง และส่วนใหญ่มีอยู่ในรูปแบบของการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบแอโรบิก และเป็นชนิดต่างๆ ของการกีฬา เช่น การเดิน วิ่ง ขี่จักรยาน และการเล่นกีฬาชนิดต่างๆ ซึ่งมีทั้งที่ทำเป็นกิจกรรมรายบุคคล ครอบครัวยุ และ การร่วมตัวเป็นกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ซึ่งมักพบเห็นได้ในพื้นที่สาธารณะของทุกจังหวัดทั้งช่วงเช้าและเย็น โดยเฉพาะในวันหยุดราชการ กิจกรรมของบุคคลและกลุ่มต่างๆ เหล่านี้มักเป็นกลุ่มที่ประชาชนรวมตัวทำขึ้นมาเองและมีพัฒนาการที่เป็นธรรมชาติ และบางกลุ่มก็ได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล /อบต. จากการศึกษาแห่งประเทศไทย หรือหน่วยงานเอกชนต่างๆ ด้วย นอกจากนี้มีประชาชนบางกลุ่มได้ออกกำลังกายตามการสนับสนุนของสถานที่ทำงานของตนเอง โดยเฉพาะบริษัทเอกชนขนาดใหญ่และได้มาตรฐานมักมีโครงการสวัสดิการเรื่องการออกกำลังกายให้กับลูกจ้างของตนเอง อย่างไรก็ตามกลุ่มออกกำลังกายต่างๆ เหล่านี้ทั้งที่เกิดขึ้นเอง และการการสนับสนุนจากหน่วยงานของตนเองก็มีจำนวนไม่มากนักและ ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ในสัดส่วนที่น้อยมาก และมักจำกัดอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมือง

กลุ่มออกกำลังกายที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่มี 2 กลุ่ม คือ ชมรมออกกำลังกาย ที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามเป้าหมายและแนวทางของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ต้องการให้ทุกตำบลจัดตั้งชมรมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 ชมรม และการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมการออกกำลังกายวิธีต่างๆ เช่น โยคะ และรำไม้พลองป่าบุญมี ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของสำนักส่งเสริมสุขภาพที่ว่าด้วยกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งปริมาณของชมรมหรือกลุ่มออกกำลังกายต่างๆ เหล่านี้ในแต่ละพื้นที่มีไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสนใจของกลุ่ม /ชมรม และความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ แม้ว่าพื้นที่มีเป้าหมายการพัฒนาในเรื่องนี้ แต่ไม่มีการเร่งรัดจากส่วนกลาง การดำเนินงานได้มาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ที่สำคัญ

3.2 การรับนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของพื้นที่ระดับจังหวัด

ก่อนที่นโยบายชมรมสร้างสุขภาพจะประกาศและใช้อย่างเป็นทางการนั้น พื้นที่ทุกแห่งทั่วประเทศรับนโยบายการรณรงค์การออกกำลังกายผ่านโครงการรวมพลังสร้างสุขภาพในปี 2545 ที่เจ้าหน้าที่ระดมพลังของกลุ่มและองค์กรต่างๆ ที่ออกกำลังกายในพื้นที่เพื่อแสดงพลังของจำนวนผู้ออกกำลังกายในวันนัดหมาย ในปีต่อมา (ปี 2546) ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ และเปลี่ยนชื่อการรณรงค์เป็นการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทยขึ้นนั้น ทำให้พื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับการรณรงค์และการเร่งรัดจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพในพื้นที่ แทนที่จะทำในรูปแบบที่ค่อยเป็นค่อยไปดังได้กล่าวมาแล้ว พร้อมกับปรับเปลี่ยนชมรมออกกำลังกาย และกลุ่ม / ชมรมอื่นๆ ที่มีอยู่แล้วเป็นชมรมสร้างสุขภาพตามเกณฑ์ของสุขศึกษาหรือที่ส่วนกลางกำหนดด้วย

3.2.1 กระบวนการรับนโยบายและการเตรียมการ กระบวนการรับและส่งต่อนโยบายชมรมสร้างสุขภาพลงสู่พื้นที่ปฏิบัติการระดับจังหวัด มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

(1) การรับนโยบายของพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งเป็นหนังสือราชการชี้แจงนโยบาย กำหนดเป้าหมาย และวิธีปฏิบัติให้ทุกจังหวัด พร้อมเชิญผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้รับผิดชอบหลักในพื้นที่ประชุมที่ส่วนกลางเพื่อรับนโยบาย และมอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ เช่น เอกสารคำแนะนำเรื่องแนวคิดและความสำคัญของชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และคู่มือการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งทุกจังหวัดก็รับนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติ การประชุมเป็นไปลักษณะการทำความเข้าใจแนวคิดและวิธีปฏิบัติการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายและเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ในที่ประชุมรับนโยบายดังกล่าวที่ชี้แจงโดยรัฐมนตรี และผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้แสดงความคิดเห็นที่โต้แย้งหรือไม่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าวแต่อย่างใดเพียงแต่มีการซักถามในรายละเอียดต่างๆ นั้น อย่างไรก็ตามความคิดเห็นส่วนตัวของผู้บริหารในพื้นที่ก็มีความคิดเห็นที่แตกต่างหรือไม่เห็นด้วยในหลายประเด็น ที่สำคัญมี 3 เรื่องสรุปได้ดังนี้ คือ

(1.2) ในประเด็นการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ผู้บริหารหลายท่านที่ไม่เชื่อว่าชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นทำงาน 6 อ.ได้ครบถ้วน หรือเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายสร้างนำซ่อมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1.2) นโยบายดังกล่าวมีความซ้ำซ้อนกับกลุ่ม /ชมรม อสม.ที่มีอยู่แล้ว

(1.3) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพเป็น 3 ระดับ และจำนวนชมรมที่ได้รับในแต่ละปีโดยในปี 2549 ต้องได้ครบทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ

ทั้งสามประเด็นนี้ ส่วนใหญ่ของผู้บริหารที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผลที่สำคัญ คือ การทำให้ได้ตามเป้าหมายเป็นภาระที่หนักมากของพื้นที่ และมีความเป็นไปได้น้อย รวมทั้งเชื่อว่าแนวคิดและแนวทางดังกล่าวนี้เคยทำมาก่อนแล้วในโครงการที่ผ่านมา ที่พบว่าประสบความสำเร็จยากและไม่มีความยั่งยืน ดังคำกล่าวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งที่ว่า “...ก็รับมาก่อนทุกเรื่องมีทั้งข้อดีและข้อเสีย เราเป็นผู้ปฏิบัติก็ต้องพยายามทำตามนโยบาย แต่ก็คงทำไม่ได้ทั้งหมดหรอก ก็เพียงยึดถือเป็นเป้าหมายให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติ ...เป้าหมายเป็นสิ่งจำเป็นแต่การเร่งรัดให้ทำมันเป็นปัญหา...” ในขณะที่เจ้าหน้าที่ระดับหัวหน้าฝ่ายของ สสจ. ท่านหนึ่งกล่าวว่า “...แนวทางแบบนี้ก็ทำมาตลอดหรือแทบทุกเรื่องกระทรวงสาธารณสุขบ้านเรา...จะเอาอย่างนั้นภายในเวลาที่ต้องการ...แนวทางและเครื่องมือที่ให้ก็พอใช้ประโยชน์ได้แต่ต้องเอามาปรับบ้างเหมือนกัน...เราทำจนรู้แบบแผน รู้ทางกันหมดแล้ว ชมรมหรือกลุ่มที่ตั้งก็ทำกันมาเยอะแล้ว ชมรม อสม. ก็น่าจะทำเรื่องนี้และเป็นกลุ่มนี้ได้ครบเหมือนกัน”

(2) การเตรียมการของพื้นที่ เมื่อผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดรับนโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขมาแล้ว ได้ดำเนินการสำคัญ 3 เรื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการ ซึ่งการปฏิบัติการในแต่ละพื้นที่อาจมีรูปแบบและความเข้มข้นที่แตกต่างกันได้ แต่มีเนื้อหาหรือสาระที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน คือ

(2.1) การจัดตั้งโครงการและคณะกรรมการเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ แต่ละจังหวัดได้เขียนโครงการเรื่องชมรมสร้างสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นเสมือนแผนปฏิบัติการให้เป็นไปตามนโยบายของส่วนกลางพร้อมกับแต่งตั้งคณะกรรมการในเรื่องนี้ขึ้น โดยได้แต่งตั้งกรรมการเป็นชุดๆ ในทุกระดับของพื้นที่ คือ คณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน โดยมีหลักการในการตั้งกรรมการคือให้มีตัวแทนของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการ ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นได้พิจารณาผู้ที่เกี่ยวข้องกับงาน 6 อ. ร่วมเป็นกรรมการของแต่ละชุด ส่วนภาคชุมชนนั้นจะแต่งตั้งตัวแทน อสม. ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นในชุมชน และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการแต่ละชุด การบริหารจัดการของพื้นที่ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการทุกระดับนั้น เป็นวิธีการปกติของงานในระบบราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานของโครงการตามนโยบายที่ครอบคลุมพื้นที่ทุกแห่งและเป็นเรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ดังคำกล่าวของผู้บริหารระดับฝ่าย/กลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดท่านหนึ่งที่ว่า “... จำเป็นต้อง

ตั้งเพื่อให้รู้ว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องทำ การกำกับงานก็จะง่ายขึ้น ... เป็นการบอกให้รู้ว่าเรื่องนี้มีความสำคัญที่ต้องให้ความร่วมมือกัน เป็นนโยบายของกระทรวงที่ต้องทำตาม เรื่องชมรมสร้างสุขภาพนี้ไม่ต้องพูดกันมาก ทุกคนรู้คืออยู่แล้วว่าเป็นนโยบายของรัฐบาลที่จะสร้างผลงานเราเป็นข้าราชการก็หลีกเลี่ยงไม่ได้อยู่แล้ว” ในขณะที่ผู้บริหารที่เป็นสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ในอีกแง่มุมหนึ่งว่า “... การตั้งเป็นกรรมการชุดต่างๆ นี่เป็นเรื่องปกติไปแล้ว ผมเองก็เป็นอยู่ทุกคณะทุกกลุ่ม... เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเราในพื้นที่นะไม่เท่าไรหรอก ตั้งไม่ตั้งเป็นกรรมการก็ต้องทำอยู่แล้ว หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สำคัญข้าราชการหน่วยงานอื่นๆ ถ้าไม่ตั้งก็เชิญมาประชุมปรึกษาหารือกันลำบาก มาหรือไม่มาก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ชาวบ้านก็จำเป็นเหมือนกัน การตั้งเป็นกรรมการและมีหนังสือเป็นทางการให้เขาเหมือนการให้เกียรติแก่เขา”

(2.2) การประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่เป็นลูกโซ่ คณะกรรมการแต่ละระดับจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในระดับของตนเองและระดับที่ต่ำกว่าเพื่อสร้างความพร้อมที่จะไปถ่ายทอดในระดับที่ต่ำกว่าลงไปอีก กล่าวคือ จังหวัดได้ประชุมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ผู้บริหารระดับอำเภอประชุมเจ้าหน้าที่ระดับตำบล และเจ้าหน้าที่ระดับตำบลประชุม อสม. และกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในระดับหมู่บ้าน โดยเอกสารทั้งหมดที่ใช้ประกอบการประชุมก็คือเอกสารที่ส่วนกลาง (โดยกองสุขภาพ) ได้ทำไว้ในเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ และเอกสารวิชาการการออกกำลังกายจากกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้บางจังหวัดได้จัดทำเอกสารของตนเองเพิ่มเติมในบางประเด็นด้วยแต่เนื้อหาส่วนใหญ่ก็ยังคงอ้างอิงข้อมูลและเอกสารจากส่วนกลางเป็นหลัก การประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ทำได้ 2 แบบ คือ การเรียกประชุมเป็นการเฉพาะเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ ซึ่งมักทำทันทีหลังจากที่จังหวัดรับนโยบายจากกระทรวงหรือส่วนกลาง และการประชุมวาระปกติที่ทุกระดับจัดให้มีการประชุมเจ้าหน้าที่ในความรับผิดชอบของตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง เป็นการประชุมชี้แจงและติดตามงานเป็นหลัก

(2.3) การจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการดำเนินงาน สืบเนื่องจากรัฐบาลหรือส่วนกลางไม่มีงบประมาณเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ สสจ.พยายามจัดสรรเงินที่มีอยู่ในระบบมาใช้ในการดำเนินงานโดยใช้เงินในส่วนของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (เงิน PP) และเงินรายได้ของ CUP ตามนโยบาย “สร้างนำซ่อม” ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าการณรงค์และการประชุมชี้แจงส่วนการปฏิบัติการในพื้นที่ระดับล่างหรือสถานีอนามัยนั้นไม่มีการจัดสรรเงินให้เป็นพิเศษ โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ใช้ทรัพยากรปกติที่ตนเองมีอยู่ในการจัดตั้งและดำเนินเรื่องชมรมสร้างสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง นอกจากนี้มีบางพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้ขอความร่วมมือจาก อบจ./เทศบาล/อบต. ให้ช่วยเหลือเรื่องเงินและวัสดุอุปกรณ์กับชมรมสร้างสุขภาพด้วย แต่มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น เพราะในระยะเริ่มต้นของ

โครงการเรื่องนี้ อปท. แม้ว่ารับนโยบายดังกล่าวมาจากหน่วยเหนือของตนเองก็ตาม ก็ยังมองไม่เห็นความสำคัญ และเป็นเรื่องที่อยู่นอกกรอบงบประมาณที่แต่ละ อปท. ได้พิจารณาและอนุมัติไปแล้ว (เรื่องชมรมสร้างสุขภาพยังไม่มีอยู่ในแผนอนุมัติการใช้เงิน)

อย่างไรก็ตามในส่วนของรัฐบาลนั้นได้ให้การสนับสนุนที่ไม่ใช่เป็นเงินงบประมาณมาบ้าง แต่เป็นการให้วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ กล่าวคือ ในปี 2546 ที่เป็นปีเริ่มต้นนโยบายเรื่องนี้ รัฐบาลยังไม่ให้การสนับสนุนอะไร แต่ไปจัดตั้งในงบประมาณปี 2547 เพื่อเป็นสนับสนุนชมรมสร้างสุขภาพโดยตรงด้วยการให้เครื่องขยายเสียงและให้เครื่องเล่นเด็กกับศูนย์เด็กเล็กในชุมชน โดยได้ตั้งงบประมาณเรื่องนี้ในปี 2547 และ 2548 ปีละประมาณ 50 ล้านบาท ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นก็มีปัญหาในเรื่องสเปกของสินค้า และการจัดส่ง กล่าวคือ เครื่องเสียงจะให้ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดสรรให้กับชมรมสร้างสุขภาพที่ลงทะเบียนไว้ ส่วนเครื่องเล่นเด็กก็ให้ผ่าน อบต. เพื่อไปมอบให้ศูนย์เด็กเล็กในพื้นที่ที่รับผิดชอบของตนเอง ยกเว้นในกรุงเทพมหานครที่รัฐบาลต้องการให้ผ่านนักการเมืองในพื้นที่ของตนเอง โดยไม่ผ่านผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร (ผู้บริหารกทม. เป็นพรรคฝ่ายตรงกันข้ามกับรัฐบาล) ซึ่งการปฏิบัติแต่ละเรื่องก็มีปัญหามากพอสมควร เช่น ผู้บริหารระดับฝ่ายของ สสจ. ผู้หนึ่งกล่าวถึงปัญหาการรับมอบเครื่องเสียงว่า “...ลำบากใจมากตอนนั้น ของส่งมาแล้วแต่ไม่ตรงสเปกเลย...ที่สุดก็ไม่รับ แต่ก็ทำเอาแย่มากเหมือนกัน...การจ่ายของไม่มีปัญหาเท่าไรหรอก เพราะเรามีเกณฑ์คุยกับชมรมรู้เรื่อง” ในขณะที่ในกรุงเทพมหานครนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในเรื่องนี้กล่าวว่า “ชมรมบางแห่งก็เป็นหัวคะแนน ตั้งมาแล้วก็ไม่มีคน เมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปตรวจสอบก็พบว่ามีแต่ชื่อหรือไม่ได้ดำเนินการจริง...เราก็กลัวเหมือนกันว่าจะมีความผิด ยังคิดว่าการตรวจสอบตอนนั้นไม่เข้มงวดมากนัก.”

3.3 การปฏิบัติการเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของพื้นที่ระดับจังหวัด

สืบเนื่องจากเรื่องชมรมสร้างสุขภาพเป็นนโยบายของรัฐบาล ที่ทั้งนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีสาธารณสุขในขณะนั้นให้ความสำคัญและจัดการรณรงค์อย่างกว้างขวางดังได้กล่าวมาแล้ว นั้น กระแสรณรงค์ดังกล่าวมีผลให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตื่นตัวและเร่งรีบในการปฏิบัติการ โดยในพื้นที่ระดับจังหวัดมี 2 หน่วยงานหลักที่ดำเนินการ มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานีนอมนายเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ นอกจากนี้ก็มีโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยฝ่ายหรืองานส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องนี้ในเขตเทศบาลหรือพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล มีรายละเอียดของการปฏิบัติการ ดังนี้

(1) การจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ สถานีนอนามัยส่วนใหญ่

ปฏิบัติการโดยอิสระในการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ แต่ที่อยู่ภายใต้การสนับสนุนและกำกับจากผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่เป็นหัวหน้างานโดยตรง และเป็นไปอย่างใกล้ชิด ทั้งเป็นการชี้แนะ กำกับ และเร่งรัดงาน ซึ่งรูปแบบหรือวิธีการอาจมีความแตกต่างกันไปบ้างของหน่วยงานแต่ละแห่ง ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการทำงานของผู้บริหารแต่ละคน แต่ทุกคนก็ได้รับแรงกดดันเหมือนกันหมด คือ การถูกเร่งรัดเรื่องเป้าหมาย ดังคำกล่าวของผู้บริหาร สสอ. 3 คน ที่ 2 คนเป็นหัวหน้า อีกคนหนึ่งเป็นผู้ช่วย ตามลำดับดังนี้

“...แต่การที่เราเป็นผู้บริหาร เราต้องการเป้าหมายที่มันเร็วที่สุด เพราะมันโดนบีบ โดนตามทุกเดือน ...เดือนนี้ไปถึงไหนแล้ว...ผลงานของคุณรายงานมาคนะ”

“ผมมาเป็นผู้บริหารให้เป้าหมายกับอนามัยก่อนว่า หนึ่งหมู่บ้านหนึ่งชมรมนะ หนึ่งชมรมต้องมีอย่างนี้ละ ผมจะไปประเมินคุณต้องบอกแกด้วยว่าต้องประชุมชาวบ้านนะ แล้วให้ชาวบ้านคัดเลือกบ้านนี้แข็งแรงเรื่องอะไร ทำอะไรเป็นชมรมนั้น ชมรมนี้... ส่วนมากเค้าเน้นเรื่องการออกกำลังกายกันหมด ไม่บูรณาการเป็นจิ๊กซอร์เราก็รายงานข้อเท็จจริง”

“เราก็เร่งทำตามนโยบาย ใช้กลวิธีไหนก็ได้ ขอให้เกิดเป็นรูปธรรมขึ้นมา คุณภาพได้เท่าไรก็ไม่เป็นไร ไม่ต้องแคร์มาก เพราะจะเอาคุณภาพกับปริมาณในเวลาเดียวกัน เป็นไปไม่ได้”

สำหรับในบางพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานร่วมกับประชาชนและประชาคมอย่างใกล้ชิดมาก่อน ก็สามารถใช้กระบวนการของประชาคมในการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพได้ ดังตัวอย่างข้อสรุปการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนคนหนึ่งที่ได้เขียนสรุปกระบวนการพัฒนาและผลงานของชมรมในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองว่า “เจ้าหน้าที่เป็นผู้ริเริ่มจากการทำเวทีประชาคม มีการประสานงานทั้งในภาคหน่วยงานท้องถิ่นและภาคประชาชน ซึ่งทำหลายครั้ง ทำ 2 ชมรม มีจุดแข็งในด้านการประสานงานทั้งหน่วยงานภายนอกและภายในพื้นที่ และสิ่งสำคัญคือ ประชาชนพร้อมใจ เสียสละเพื่อให้ชมรมอยู่ได้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความสนุกสนาน ได้มีโอกาสได้พบปะกัน และการเห็นภาพเป็นรูปธรรมของสมาชิกที่เจ็บป่วยเกิดมีสุขภาพดีขึ้นหลังจากการมีพฤติกรรมออกกำลังกายเกิดขึ้น ชมรมหนึ่งมีความเด่นชัดในการมีหน่วยงานภายนอกมาสนับสนุน อีกทั้งมีหน่วยงานท้องถิ่นอยู่ในพื้นที่ช่วยในการสนับสนุน ได้ผลประโยชน์ร่วมกัน อีกหนึ่งชมรมเด่นในเรื่องของผู้นำการประสานงานรวมใจของประชาชนในพื้นที่ และได้เป็นหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ มีกลุ่มคนภายนอกมาขอศึกษาดูงาน

ประจำทั้ง 2 ชมรม แต่ไม่มีหน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ คิดว่างบประมาณไม่ใช่เรื่องหลักในการพัฒนาชมรม มีแผนในการพัฒนาเหมือนกันในเรื่องการขยายเครือข่าย ให้มีจำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆ นอกจากการออกกำลังกาย คือ การสร้างรายได้ให้แก่บุคคลที่อยู่ในชมรม”

(2) การติดตามและสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ การติดตามงานของจังหวัดที่มีต่อพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล สรุปได้เป็น 4 แนวทาง คือ

1. การส่งรายงานความก้าวหน้าและผลงานทุกเดือนด้วยเอกสาร/เครือข่าย Internet ว่าแต่ละพื้นที่ทำได้มากน้อยเพียงใดในการจัดตั้งชมรม และพัฒนาการอยู่ในระดับใด
2. การติดตามงานในที่ประชุมประจำเดือนและการประชุมพิเศษที่จัดขึ้นเป็นกาลเฉพาะ
3. การติดตามทางวิทยุ โดยเฉพาะการติดตามรายงานของอำเภอ /ตำบลที่ยังไม่ส่งรายงานหรือรายงานไม่สมบูรณ์
4. การลงไปสู่ประเพณีในพื้นที่ของทีมงานจังหวัด

กระบวนการและวิธีติดตามงานของทีมงานระดับจังหวัดที่มีต่อระดับล่างลงไปนั้นส่วนใหญ่มีท่าทีที่เป็นมิตรและให้กำลังใจ ซึ่งพื้นที่ปฏิบัติการเข้าใจดี ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยผู้หนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “...จริงๆ จังหวัดก็ถูกตามจากข้างบนด้วย มันจะไล่ลงมาเป็นทอดๆ ถ้าไม่ได้ตรงนี้ตรงนั้นจะโดนไล่ลงมาตามนโยบาย แต่เราก็ทำเราก็เข้าใจดี ก็เห็นใจจังหวัด” อย่างไรก็ตามก็มีบางพื้นที่ที่วิธีการติดตามของจังหวัดที่มีต่อพื้นที่ระดับล่างขาดพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีและเห็นใจซึ่งกันและกัน ก็เป็นกระบวนการที่เพิ่มความเครียดให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้หนึ่งที่ว่า “...ขอมาแต่ละครั้งก็ว่าได้ที่แห่งก็เปอร์เซ็นต์แล้ว ยังหลุดเป้าหมายไปเท่าไร ตั้งให้ได้จริงๆ มันยากไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ ...จวนตัวเข้าก็ยอมรับว่าต้อง make ตัวเลขขึ้นมาก่อนก็เอามาจากข้อมูลที่มีอยู่และความเป็นไปได้ ..เอาตัวรอดไปก่อน.... บอกไม่ได้หรอกว่าทำไมถึงทำไม่ได้ ข้างบนเขาไม่สนใจ บอกไปเราก็เดือนร้อนเป็นที่เพ็งเล้งเปล่าๆ”

(3) การติดตามและสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง ดังได้กล่าวแล้วในหัวข้อที่ผ่านมาว่าการสนับสนุนจากส่วนกลางไม่ได้ให้เป็นเงินแต่ให้เป็นวัสดุอุปกรณ์ในเรื่องกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งก็มีปัญหาในเรื่องทางปฏิบัติพอสมควรในเรื่องความโปร่งใสของที่มาและที่ไปของวัสดุอุปกรณ์เหล่านั้นดังได้กล่าวแล้ว ส่วนการติดตามงานของส่วนกลางที่มีต่อพื้นที่นั้นอาจสรุปได้เป็น 3 วิธี คือ (1) การส่งรายงานผลงานเป็นรายเดือน ที่กองสุขศึกษาเป็นผู้รวบรวมและติดตามงาน มีทั้งส่วนที่เป็นเอกสารรายงาน และการส่งข้อมูลผ่านเครือข่าย Internet นอกจากนี้ยังมีการ

ขอรายงานผลงานและกระบวนการทำงานเพิ่มเติมเป็นครั้งคราวด้วยตามความต้องการของส่วนกลาง (2) การติดตามผ่านนิเทศงานของส่วนกลางที่ไปติดตามงานทุกจังหวัด ปีละ 3 ครั้ง ทุกครั้งก็จะมี การพูดคุยและทวงถามเรื่องผลงานที่บรรลุเป้าหมายและรายงาน และ (3) การจัดประชุมเรื่องชมรม สร้างสุขภาพในแง่มุมต่างๆ ทั้งทางวิชาการ การปฏิบัติการ และการถอดบทเรียน โดยเน้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเรื่องนี้ ซึ่งจัดโดยกองสุขศึกษา

การติดตามงานทั้งสามวิธีดังกล่าวนี้ วิธีการที่สองหรือการติดตามของนิเทศงาน เป็นวิธีที่สร้างความเครียดให้กับเจ้าหน้าที่มากที่สุด เพราะเจ้าหน้าที่ต้องเตรียมการในเรื่องนี้กันทุกระดับ โดยเฉพาะการรวบรวมผลงานให้เป็นของจังหวัดและการเตรียมนำเสนอต่อทีม นิเทศงานทั้งด้วยรายงานเอกสารและการรายงานในที่ประชุม ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ระดับ หัวหน้าฝ่ายบริหาร สสจ. ผู้หนึ่งกล่าวว่า “...ยุ่งมากเหมือนกัน มาทุกทีก็กังวลทุกที กลัวถูกตำหนิทำให้จังหวัดเสียชื่อ ...เตรียมงานนานพอสมควร ต้องขอตัวเลขจากน้องๆ ในพื้นที่ที่ต้องส่งมา ให้ทัน ยังต้องตรวจสอบความถูกต้องอีก เพราะบางแห่งก็เสนอมาอย่างผิดๆ ...บางทีเตรียมงาน เหนื่อยก็ไม่คุ้มเท่าไร ...ระหว่างการนำเสนออีกไม่ได้พูดคุยกันมาก ...พอถึงส่วนสรุปและการ อภิปรายให้ข้อเสนอแนะ ท่านผู้ตรวจก็ไม่อยู่เสียแล้ว มีแต่ทีมงานเล็กๆ ก็ไม่ค่อยได้อะไรเท่าไร” ในการติดตามงานของนิเทศงานส่วนกลางนั้นส่วนมากเป็นไปในลักษณะเห็นใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ แต่ก็ยังคงคาดหวังผลลัพธ์เชิงปริมาณที่เป็นเป้าหมายของนโยบายด้วย ดังคำกล่าวของผู้บริหาร สสจ. ผู้เชี่ยวชาญระดับ 9 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ท่านหนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “.....ผู้ตรวจกับออกพวก เรว่าไม่ให้เรตั้งความหวัง 100 เปอร์เซนต์ ให้หวังผลแค่เราทำให้เขารู้...ตื่นตัว แล้วให้ขยายวง กว้าง หรืออาจจะเป็นวงแคบแล้วแต่แต่ละพื้นที่ ทีมงานของเราก็สบายใจขึ้นที่ผู้ใหญ่เข้าใจเห็นใจ คนทำงานในพื้นที่กับชาวบ้านแต่พวกเราก็ต้องส่งและรายงานผลงานที่บอกว่าเราได้ชมรม จำนวนเท่าไรแล้ว ท่านก็ต้องนำเสนอกระทรวง ก็รับผิดชอบกันไปเป็นทอดๆ...”

3.3.2 หน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การบริหารส่วน จังหวัด (อบจ.) เทศบาล (ระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล) และองค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) เป็น 3 หน่วยงานได้รับนโยบายเรื่องนี้โดยตรงจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วน ท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยที่เป็นหน่วยงานควบคุมกำกับและให้การสนับสนุน อปท. ด้วยการส่ง เป็นหนังสือราชการแจ้งให้ทุกหน่วยงานทั่วประเทศทุกระดับทราบและให้ปฏิบัติตามนโยบายของ รัฐบาล แต่ อปท. มิได้ถูกคาดหวังหรือกำหนดเป็นเป้าหมายว่าต้องจัดตั้งให้ได้ชมรมสร้างสุขภาพ จำนวนเท่าไร และทำให้เสร็จภายในช่วงเวลาใด รวมทั้งไม่มีการติดตามงานและไม่มีการ สนับสนุนในการดำเนินเรื่องนี้เลยจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ารดำเนินงานเรื่อง

ชมรมสร้างสุขภาพจึงเป็นเรื่องของแต่ละหน่วยงานของ อบท. เป็นผู้พิจารณาว่าจะทำหรือไม่ และทำอย่างไร ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วผู้บริหารของหน่วยงาน อบท. จะส่งหนังสือของกรมฯ ไปให้ผู้ปฏิบัติการฝ่าย/งานสาธารณสุขตามโครงสร้างหน่วยงานของตนเองรับเรื่องและดำเนินการต่อไป แต่ส่วนใหญ่หน่วยปฏิบัติการก็ไม่ได้นำไปปฏิบัติแต่อย่างใด เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณและการไม่มีนโยบายกำกับโดยตรงจากผู้บริหารของหน่วยงานนั้นๆ ดังเช่นคำกล่าวของ อบต. ท่านหนึ่งที่อยู่ในเขตภาคกลางที่ว่า “...เป็นการรับทราบเฉยๆ จริงๆ ก็ทราบมาก่อนแล้ว เรื่องนี้คงนะ รมรungskันทั่วประเทศเราก็ให้ความร่วมมือกับเขาไปร่วมพลังรณรงค์...ก็ทำเท่าที่ทำได้...จะไปจัดตั้งใหม่ก็คงลำบาก เพราะเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้หมอๆ ที่สถานีนอนมาช่วยทำกัน เราเป็นฝ่ายสนับสนุน จะให้เราทำก็คงทำไม่ได้ เพราะงบประมาณจัดสรรกันเรียบร้อยแล้วถ้าจะทำคงต้องรอรอบปีหน้าที่ต้องพิจารณาจัดสรรงบประมาณ แต่ก็ขึ้นอยู่กับชาวบ้านและผู้บริหารหรือสภา อบต. ว่าเขาจะด้วยหรือเปล่า...ก็ต้องมาจัดสรรกัน...เรื่องนี้คงจะลำบากเพราะ ไม่มีคนเรื่องเป็นคนผลักดัน....”

3.4 ความคิดเห็นต่อนโยบายและการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

3.4.1 นโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าโดยภาพรวมแล้วเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติการเรื่องชมรมสร้างสุขภาพยอมรับในหลักการเรื่องชมรมสร้างสุขภาพว่าเป็นเรื่องที่ดีแต่เกือบทั้งหมดไม่เห็นด้วยกับวิธีการกำหนดเป้าหมาย ที่ต้องทำให้เสร็จภายในช่วงเวลาที่กำหนด ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีดังนี้

สาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งกล่าวว่า “นโยบายสร้างน่าซ่อม .. รู้สึกมีความหวังว่าน่าจะทำอย่างนี้นานมาแล้ว แต่วิธีการที่เร่งเอางานไม่ถูกต้องแต่วิธีคิดถูกต้อง การกำหนด 5 อ. 6 อ. เป็นการพูดเชิงวิชาการหรือนักบริหารที่ต้องการผลงานที่มีตัวชี้ที่ชัดเจน มันก็จะให้เชิงปริมาณแต่ในเรื่องการให้เชิงคุณภาพของประชาชนหรือผลกระทบมันเกิดได้น้อย เกิดได้น้อยเพราะมันเร่ง มันไม่ได้เกิดจากสภาพความเป็นจริงที่ชาวบ้านอยากจะได้ อยากจะเป็น”

หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง แสดงความคิดเห็นต่อนโยบายชมรมสร้างสุขภาพในเชิงบวกและค่อนข้างก้าวหน้าว่า “...ก็ตอนแรก...เป็นชมรมเรานึกตลอดว่าชาวบ้านเค้าทำมาหากิน จะมารวมกลุ่มทำโน่นทำนี่ เพื่อหวังผลสุดท้ายที่ทางเราต้องการ ให้ชมรมนี้สามารถพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ ก็นึกอยู่ว่าคงเป็นไปได้ไม่ได้ ให้ประชาชนตระหนักก็พอจะทำได้ แต่อย่าหวังผลร้อย คงใช้เวลานาน.... พอรับมาทำก็ทำความเข้าใจก็ค่อนข้างเห็นด้วยอยู่ว่า ถ้าประชาชนรวมกลุ่มกันทำอะไรไปด้วยกัน ก็จะเป็นพลัง เป็นอำนาจต่อรองในเรื่องต่างๆ ที่เค้าอยากจะได้จากภาครัฐหรือจากท้องถิ่น ... พอมาชี้แจงให้น้องผู้ปฏิบัติ

ช่วงแรกเขาก็ไม่เข้าใจ ก็รู้สึกต่อต้านเหมือนกับเราในครั้งแรก เขามองไม่เห็นเรื่องพลังอำนาจต่อรองก็ต้องชี้แจงกันไปว่าชมรมมันคืออะไร เป็นอย่างไร ก็พยายามใส่ให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ แล้ว อำเภอก็ไปถ่ายทอดตำบลได้เท่าไร เป็นอีกส่วนหนึ่งว่าจะถึงกับประชาชนเท่าไร....”

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ถ้ากระทรวง กำหนดมาใจหนึ่งผมก็ยอมรับ ..ก็ให้ออก OUTPUT มาแต่ไม่อยากไปตีกรอบ คาดหวังว่าต้องเกิดใน ระยะเวลา..1 ปี ต้องออกมาที่เปอร์เซ็นต์...มันชัดเจนเกินไป แต่ผมมองว่าให้ย้อนกลับไปได้ว่า มันอาจ ได้เป็นที่ตัวชมรม อาจจะวัดอย่างอื่นได้ไหม เช่น ถึงแม้ว่าแค่หนึ่งชมรม แต่คนในชมรมรู้ว่า เจ็บป่วย อารมณ์ดีหรือเปล่า หรือสุขภาพแข็งแรงหรือเปล่าไปวัดตรงนั้นแทน มันก็จะตรงว่าหรือ เปล่า แล้วก็อัตราการเพิ่มขึ้นของชมรม ไม่ใช่ครั้งเดียว ..คุ้ม ..อย่างน้อยร้อยละ 80 90 ครอบคลุม พื้นที่ มีจำนวนไม่ได้บอกอะไร ปริมาณ ..ทางผู้ใหญ่กำหนด ก็ต้องยอมรับต้องถามว่าย้อนกลับ ไปวัดใหม่หรือไม่..พอจบโครงการก็ไปทำโครงการใหม่ ...ไม่ได้เอาผลไปวิเคราะห์..ก็เปลืองเงินอยู่ เรื่อย..ทำก็เหนื่อยด้วยต้องทำตามนโยบายตลอด”

ผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ ของ สสจ.ท่านหนึ่งกล่าวว่า “ยอมรับชมรม สร้างสุขภาพ เป็นเรื่องที่ดีในหลักการมีการรวมกลุ่มช่วยกันดูแล แต่ต้องไม่ควรกำหนดด้วยเวลา จะได้เฉพาะปริมาณ ซึ่งวัดผลในเชิงคุณภาพไม่ได้ การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเป็นผู้ที่ เข้าใจถึงหลักการหรือแนวคิดการปฏิบัติงานยึดเป้าหมาย รู้จักการบูรณาการงาน มีการประสานงาน อย่างต่อเนื่องทั้งเจ้าหน้าที่ในส่วน ของ โรงพยาบาล และผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน”

3.4.2 การทำงานและผลกระทบที่เกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ทุกกลุ่มได้สะท้อนให้ทราบถึง ความยากลำบากที่จะทำงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพให้ประสบความสำเร็จและบรรลุผลตาม นโยบายที่กำหนดไว้ และได้พูดถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ ประชาชน ชุมชน และแนวทางการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ดังนี้

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)ท่านหนึ่งกล่าวถึงความหมายของ ชมรมในอีกรูปแบบหนึ่งว่า “ในรพ.ก็มีชมรมแต่ใช้ชื่อว่า คลินิก เริ่มทำเป็นคลินิกเบาหวาน เป็น กลุ่มที่ให้ความรู้ เพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน อนาคตจะค่อยๆออกไปสู่ชุมชน รวมถึงแนว โนม์ไปในการ ทางที่ดี เพราะประชาชนเข้าใจมากขึ้น แต่กระทรวงจะต้องพัฒนางานนี้ต่อเนื่องด้วย”

สาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งมีความเข้าใจแนวคิดใหม่ของการออกกำลังกาย และการประยุกต์ใช้ในชุมชนกล่าวว่า “ชมรมการสร้างสุขภาพจะต้องเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้อง กับวิถีชีวิตของประชาชน เช่น การออกกำลังกายในรูปแบบของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในกลุ่มคนที่ ไม่สามารถรวมตัวได้เนื่องจากภาระงาน เวลาที่ไม่แน่นอนในการประกอบอาชีพ เพื่อความอยู่รอด

ของชีวิต ฉะนั้นการนับจำนวนชมรมตามเกณฑ์จากนโยบายที่กำหนด มิได้หมายถึงการมีสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริง”

ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งกล่าวถึงผลกระทบการเร่งรัดนโยบายอย่างชัดเจนว่า “...ชาวบ้านเค้าก็อยากจะทำ กลุ่มหนึ่งมันก็ดีขึ้นในเรื่องของโรค โรคเรื้อรัง ความแข็งแรง เค้าได้เค้าเห็น แต่ด้วยที่มันเร่งรัดของนโยบายมันเร่งรัด...พอจะติดลมก็ให้เขาไปเล่นเรื่องใหม่อีกแล้ว เพราะผู้บริหารเปลี่ยนนโยบาย นโยบายเปลี่ยน เจ้าหน้าที่กับชาวบ้านก็กลับตัวแทบไม่ทัน”

หัวหน้าสถานีอนามัยท่านหนึ่งที่มีความคิดเชิงก้าวหน้า ได้นำเสนอแนวปฏิบัติที่น่าสนใจโดยกล่าวว่า “ข้างบนยังคุยกันไม่รู้เรื่องเลย จัดระบบกระทรวงคุยกัน ฟังกันไม่รู้เรื่อง และส่ง package ใดๆ ให้พื้นที่ แล้วหาเจ้าภาพหลักเป็นผู้ประสาน มาร่วมกันทุกฝ่าย ศึกษา ก็ไป สาสุขก็ไป เกษตร พัฒนา และปกครองก็บูรณาการทำให้ไปด้วยกันนะ.... ในหมู่บ้าน ศึกษาด้วยกันทำให้ด้วยกัน นี่คือหลักการ”

ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพของ สสจ. ท่านหนึ่งกล่าวในเชิงประเมินระบบ อสม. ที่สะท้อนให้เห็นว่าความคาดหวังต่อ อสม. ในการทำงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพจะเป็นอย่างไรว่า “อสม. ที่ดีและเก่งมีความพร้อมเป็นนักพัฒนา จะมีข้างเคียวอยู่อำเภอละ 1-2 คน เท่านั้นเองหรือเป็นข้างดีๆ ก็พอจะไปได้หมู่บ้านละ 1 หรือ 2 คนได้.....ตั้งแต่ก่อนเขามาด้วยใจ เค้าทำด้วยใจจริงๆ มีศักดิ์ศรี ทำช่วยเพื่อนมนุษย์ เขาภาคภูมิใจ ได้เป็นตัวแทนหมู่บ้านไปกับเราจริงๆ เค้าทำกับเราทุกเรื่อง....ตอนนี้ก็กลายเป็นผู้เป็นอาสาสมัครหลายที่ เช่น ของเกษตรก็ดี ของพัฒนาการก็ดี คนๆ เดียวกัน....พอปกครองกลายเป็นผู้เป็น นักการเมืองท้องถิ่น ตัวเองเด่น เป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เมื่อสวมหัวโขน ตัวเองมีอำนาจก็ลืม ...กำพืดตัวเอง... มันเป็นแบบนี้เยอะก็เลยเหลือที่เป็นจิตใจอาสาสมัครจริงๆ น้อยมาก”

สาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งกล่าวถึงความพร้อมและเงื่อนไขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำงานเรื่องนี้ว่า “เจ้าหน้าที่ที่เป็นเบ็ดไปแล้ว มันโดนบีบด้วยงานเค้าก็ไม่มีกะจิตกะใจที่จะพัฒนาตนเองแล้ว เวลานี้วัตถุเข้ามาเยอะ เจ้าหน้าที่ก็จะกลายเป็นวัตถุแล้ว ทำงานด้วยคำสั่ง แล้วก็ผันตัวเองไปทำงานอีกระดับหนึ่งไม่เข้าชุมชนแบบลึกซึ้งเหมือนสมัยก่อน.... ต้องปรับตัวเอง เช่น ถูกมาเรียนในเมือง ต้องมีเวลาเป็นของตัวเองมากขึ้น แต่ก่อนเวลาอยู่กับชาวบ้าน 24 ชั่วโมง ไข่ม้อยอย่างรุ่นผมมันอยู่กับชาวบ้านตลอด แต่ทุกวันนี้เลิกงานนั้นจบ ฉันทิ้งไปรีบไปเดินห้างพาถูกเที่ยว ไปรับลูกที่โรงเรียนอะไรต่างๆชาวบ้านเองก็เป็นครอบครัวเดียวมากขึ้น ต่างคนต่างอยู่มากขึ้น การที่จะมานั่งคุย ล้อมวงพูดคุยจะน้อยลง.... สมัยผมเป็นข้าราชการตัวเล็กๆ เค้า

จะรักผมกับทุกบ้าน รู้จักกันหมด ทำอะไรแบบสบายๆ เป็นพี่เป็นน้อง เป็นพ่อเป็นแม่กันเต็มเมือง ในเรื่องงานไม่ทำให้ร่ำทำตัวกลมกลืนกับชาวบ้านไป...”

สาธารณสุขอำเภอน่านหนึ่งที่มีแนวความคิดการพัฒนาชุมชนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานวัฒนธรรมของชุมชนโดยกล่าวว่า “ทุกคนเข้ามาก็อยากสร้างผลงานให้นาย ผมมองอย่างนั้นมองในความก้าวหน้าของพวกเรามากกว่าความเป็นไปได้ของชุมชน คือ แต่ก่อนเค้ามีอยู่แล้ว เค้ามีกลุ่มต่างๆ ที่เป็นธรรมชาติของเค้า แต่เราสร้างคำขึ้นมาใหม่ ทำให้เขาสับสนมากขึ้น แทนที่จะต่อยอดสิ่งที่เค้ามีอยู่ ... เค้าจะทำอะไรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงานบุญ เค้าก็เรียกประชุมขอความคิดเห็น ... ดูจากประวัติศาสตร์ของอีสานเค้าจะทำอย่างนี้ คล้ายๆ กับถวญญูญญู การที่จะเกิดสร้างงานอย่างไรให้กับชุมชน หรือมีเหตุการณ์ในบ้านนั้นเกิดภัยแล้ว เกิดอะไร เค้าจะมากุ้ยกันว่าจะแก้ไขตัวเองกันอย่างไร เค้าจะไปขอข้าวที่ไหน ... เค้าจะทำอย่างไรแม้ในครอบครัวเองเค้าจะพึ่งตนเองได้แต่มาหลังๆ นี้ พวกนักวิชาการหรือพวกเรานี้เอาแนวคิดที่เป็นวิชาการหรือเป็นความทุกข์ไปใส่เค้าจนคนอีสานเสียคน พวกเราใส่ระบบเข้าไป ใส่วิธีคิดโดยไม่ศึกษาบริบทของเค้า เอาวิธีคิดเราแปลงเข้าระบบเค้า”

ผู้อำนวยการ รพช.ท่านหนึ่งกล่าวถึงความพร้อมของโรงพยาบาลและแนวความคิดการพัฒนาชุมชนที่เชื่อเรื่อง “ประชาคม” และการพัฒนามนุษย์บนพื้นฐานของแนวคิดแบบองค์รวมและการสร้างเสริมสุขภาพว่า “ในปีแรกที่มารับตำแหน่ง ก็ยังไม่ได้ลงชุมชนตั้งใจลงปีหน้าตัว รพ.ยังมีปัญหาเยอะ กระว่าปรับโครงการสร้างกระบวนการดูแลสุขภาพใน รพ. ให้ค่อนข้างมั่นใจก่อนออกไปข้างนอกข้างในก็ละ ..ไปไม่รอด... ในใจผมเกี่ยวข้องกับเรื่องชุมชน.. สะท้อนเรื่องปากท้องของชาวบ้านเป็นสำคัญมากกว่าการดูแลสุขภาพ ... จะทำอย่างไรให้ประสานเข้าไปได้...เข้าไปคล้ายประชาคมให้เค้าดูว่าปัญหาเค้าคืออะไร..ซึ่งปัญหาแรกๆของเค้าคือการกินอยู่..ค่อยๆสอดแทรกเรื่องของสุขภาพตัวไหนที่มันเกี่ยวข้องกับผลกระทบความเป็นอยู่ของ เช่นการไม่สบายอะไรที่ทำให้เค้าขาดงาน การไม่สบายอะไรที่ทำให้เค้าบาดเจ็บ และไม่ทำงานได้จริง เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อในการทำงาน ก็ทำไม่ได้ คุณอยากทำงานได้เร็ว วิ่งไปหาหมอฉีดยา ...ใช้ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ คลายปวดกล้ามเนื้อ ตามด้วยโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายรพ.ก็จะมองจุดเน้นตรงนั้น สะท้อนย้อนไปว่า เรื่องของกล้ามเนื้อคุณจะทำอย่างไรถ้าไม่ฉีดยา ...แนวโน้มนักใช้พึ่งยามากขึ้นพึ่งรพ.มากขึ้น ..ใช้วิถีชุมชน นวดประคบ นวดการใช้น้ำอุ่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อมิให้บาดเจ็บ พยายามให้เค้ากลับไปทำงานได้ ก็มองได้ว่าการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นการออกกำลังกาย เป็นขั้นต้นของการออกกำลังกาย ก็ค่อยๆแทรกเข้าไป ..นี่ก็เป็นแนวคิด”

3.5 การเรียนรู้การปฏิบัติการของพื้นที่ระดับจังหวัดก่อนนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ

3.5.1 การรับนโยบายของผู้ปฏิบัติการ

(1) การที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติการในพื้นที่ยอมรับนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ โดยไม่มีข้อโต้แย้งแม้ว่าผู้บริหารระดับพื้นที่จำนวนมากไม่เห็นด้วย เป็นเรื่องที่พอทำความเข้าใจได้ เพราะการโต้แย้งคงไม่เกิดประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นแต่อาจมีผลเสียกับตนเองได้ ทั้งนี้เพราะนโยบายและวิธีปฏิบัติดังกล่าวได้มีการตัดสินใจไปเรียบร้อยแล้วพร้อมเตรียมการทุกอย่าง การยอมรับโดยมีข้อขัดแย้งในใจย่อมมีผลในทางปฏิบัติที่เป็นตัวบั่นทอนกำลังใจและพลังในการทำงานได้

(2) ผลจากข้อ (1) ย่อมทำให้เกิดแนวคิดและข้อเรียกร้องการมีส่วนร่วม กำหนดและตัดสินใจเชิงนโยบายของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการระดับพื้นที่ด้วย ซึ่งกระบวนการที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกำหนดและตัดสินใจเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่และผู้บริหารในส่วนกลาง ที่แม้เป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นความร่วมมือร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ แต่คงไม่เพียงพอ เพราะวิถีคิดหลักของเจ้าหน้าที่ส่วนกลางยังยึดติดและเลียนแบบรูปแบบการทำงานแบบเก่าๆ และเป็นวิถีคิดแบบวิชาการที่นำไปปฏิบัติได้ยาก ประเด็นที่ควรพิจารณาก็คือ จะให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวได้อย่างไร และคุณสมบัติของผู้มีส่วนร่วมควรเป็นอย่างไรที่จะเป็นตัวแทนของกลุ่มปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการพิจารณาให้ตัวแทนของกลุ่มอื่นๆ ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว เช่น การมีส่วนร่วมของนักวิชาการที่มีประสบการณ์ในพื้นที่และเข้าใจปัญหาเป็นอย่างดี

3.5.2 การปฏิบัติตามนโยบายของพื้นที่

(1) ถึงแม้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ไม่เห็นด้วยกับข้อกำหนดเรื่องเป้าหมายและวิธีปฏิบัติแต่ก็พยายามปฏิบัติตามนโยบายอย่างเต็มที่ การกำกับจากส่วนกลางด้วยการขอข้อมูลปริมาณชมรมและจำนวนสมาชิกที่จัดตั้งใหม่ด้วยวิธีการต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผลักดันให้พื้นที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งรีบและเป็นภาวะที่กดดันมาก แต่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่โดยรวมก็แสดงให้เห็นว่าสามารถตอบสนองก่อนนโยบายดังกล่าวได้ ความรับผิดชอบในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับที่กดดันกันเป็นทอดๆ ทำให้แต่ละพื้นที่อยู่ในสภาพของการเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกันมากกว่าการเรียกร้องเพียงอย่างเดียว เช่น การมีทีมระดับจังหวัดเจ้าหน้าที่ไปสนับสนุนการพัฒนาทีมของพื้นที่ที่มีความอ่อนแอ ซึ่งเป็นการสร้างพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีที่มีต่อกันได้เป็นอย่างดี

(2) ผลจากข้อ (1) ทำให้ผลงานที่เป็นจำนวนชมรมสร้างสุขภาพและจำนวนสมาชิกมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงไปมากพอสมควร เจ้าหน้าที่แทบทุกคนยอมรับว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง และเห็นว่าเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องของการเอาตัวรอดจากการตรวจสอบของระบบที่ไม่ให้ความยุติธรรมกับผู้ทำงาน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าความคลาดเคลื่อนของตัวเลขหรือข้อมูลเรื่องนี้ได้แสดงให้เห็นว่าความไม่สมเหตุสมผลของนโยบายในเชิงเป้าหมายที่ไม่คำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติย่อมมีผลกระทบทางลบต่อข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์อย่างชัดเจน

(3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อาศัย อสม. และกลุ่มของประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบและมีความสัมพันธ์ดีต่อกันเป็นกลุ่มขับเคลื่อนในการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพและมักอยู่ในสภาพที่เฝ้าเสมือนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อให้งานสำเร็จลุล่วง ทำให้กระบวนการดำเนินการขาดความเข้มข้นหรือจริงจังในการสร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในหลักการและคุณค่าทางสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพของชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งขึ้น เช่น การไม่นำเรื่องการพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมและการบริหารจัดการ แต่มุ่งการปฏิบัติการการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม รวมทั้งไม่มีความชัดเจนในการจัดหาสมาชิกใหม่ว่าควรทำอย่างไร

(4) ถึงแม้ว่าการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดหลายอย่างดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ทุกคนรับรู้ว่่านโยบายชมรมสร้างสุขภาพได้สร้างความตื่นตัวในเรื่องการออกกำลังกายให้ประชาชนอย่างกว้างขวาง และมีประชาชนจำนวนหนึ่งได้เริ่มต้นออกกำลังกายและคิดการออกกำลังกายจนเป็นสุขนิสัยที่ดีได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงวัยทำงานที่เป็นสมาชิกชมรมต้นแอโรบิกจำนวนมาก

(5) การนิเทศงานจากส่วนกลางเป็นเรื่องที่ควรมีการปรับปรุงแก้ไข เพราะเป็นกระบวนการที่มีผลทางลบมากกว่าทางบวก โดยเฉพาะการนิเทศงานที่เร่งรัดเชิงนโยบาย ซึ่งได้สร้างการรับรู้ทางลบให้กับเจ้าหน้าที่และเพิ่มความเครียดในการทำงานอย่างมาก ในขณะที่ผลที่ได้รับก็คือ ตัวเลขหรือผลผลิตที่ได้รับที่ขาดความเที่ยงตรงระดับหนึ่งดังได้กล่าวมาแล้ว ส่วนการนิเทศงานที่หวังผลในเชิงพัฒนาวิธีคิด และกระบวนการทำงานเป็นไปอย่างจำกัด

(6) ความคาดหวังที่มีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็น อบต. หรือเทศบาลมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ถึงแม้เรื่องนี้เป็นนโยบายของรัฐบาลและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้แจ้งให้ทุกหน่วยงานในสังกัดได้รับทราบและถือปฏิบัติ แต่การปฏิบัติการจริงๆ ก็ขึ้นอยู่กับผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ที่อิสระในการบริหารจัดการ ในฐานะเป็นนิติบุคคลว่าตระหนักความสำคัญเรื่องนี้หรือไม่เพียงใด รวมทั้งข้อจำกัดของงบประมาณที่ได้มีแนวปฏิบัติและการจัดสรรเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นความร่วมมือจากหน่วยงาน อปท. จึงเป็นเรื่องของแต่ละพื้นที่ว่ากลุ่มชมรมสร้างสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์กับ อบต. /เทศบาลมากน้อยเพียงใด ซึ่งการติดต่อขอความร่วมมือช่วยเหลือควรเป็นการติดต่อที่มีแผนและใช้เวลาสมควร

4. การดำเนินงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการณรงค์เชิงนโยบาย

หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลในปี 2549 นโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพก็ถูกยกเลิกไปโดยปริยาย ซึ่งมีผลทำให้กิจกรรมการรณรงค์การออกกำลังกายทั่วประเทศที่ทำอย่างต่อเนื่องมา 4 ปีตั้งแต่ปี 2545 และการเร่งรัดจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ทั้งประเทศก็ถูกยกเลิกไปด้วย ในทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม คือ การไม่มีการติดตามงานและประเมินผลจากหน่วยเหนือทุกระดับที่ดูแลงานชมรมสร้างสุขภาพ สภาพการดำเนินงานเรื่องการออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการรณรงค์เชิงนโยบาย อาจกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

4.1 การดำเนินงานของส่วนกลาง

กองสุขศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบชมรมสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการติดตามเร่งรัดเก็บข้อมูลจำนวนชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งใหม่และจำนวนสมาชิก ทำให้ข้อมูลจำนวนชมรมสร้างสุขภาพที่มีอยู่ของส่วนกลางมีถึงปี 2548 เท่านั้น งานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของกองสุขศึกษาในขณะนี้ได้ปรับเปลี่ยนไปเน้นที่การพัฒนาคุณภาพและบทเรียนของการพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ เพื่อให้เป็นองค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพในกรอบของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง เช่น การจัดประชุมวิชาการสร้างสุขภาพที่มีผลงานดีเด่นเพื่อการถอดบทเรียน และการสรุปประเด็นการเรียนรู้ ข้อสรุปที่ได้รับจะนำมาจัดพิมพ์และเผยแพร่ต่อไป

4.2 พื้นที่ปฏิบัติการระดับจังหวัด

4.2.1 การดำเนินงานตามกรอบนโยบายเดิม (ชมรมสร้างสุขภาพ) การดำเนินงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพของแต่ละจังหวัดขึ้นอยู่กับว่าแต่ละพื้นที่จะให้ความสำคัญเรื่องนี้นักน้อยเพียงใด โดยอาจกล่าวได้ว่าพื้นที่เกือบทั้งหมดหยุดการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพขึ้นใหม่ กิจกรรมที่ยังคงทำอยู่มักเป็นเรื่องการสนับสนุนช่วยเหลือชมรมสร้างสุขภาพที่มีอยู่แล้ว เช่น การประกวดการออกกำลังกายของชมรมสร้างสุขภาพ และการศึกษาฐาน การฝึกอบรมผู้นำเดินแอโรบิค ซึ่งเป็นโครงการที่ต่อเนื่องและกำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการมาก่อนหน้านี้แล้ว

อย่างไรก็ตามก็มีบางพื้นที่ผู้บริหารให้ความสนใจและให้ความสำคัญ ได้พยายามจัดทำโครงการส่งเสริมและพัฒนาชมรมให้เหมือนเดิม ตัวอย่างเช่นคำกล่าวของผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพของ สสจ.แห่งหนึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “...มันไม่เป็นเหมือนเก่า...ก็เป็นที่รู้ๆ กันอยู่ แต่พี่พยายามไม่ให้มัน drop ลง เสียหลายชมรมที่ไปได้ด้วยดี...ได้ให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบจัดทำเป็นโครงการติดตามและให้การสนับสนุนเท่าที่จะทำได้...เช่น การช่วยไปประสานงานติดต่อกับ

อบต.และเทศบาล เพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือชมรมที่ทำกันอยู่....ก็ได้รับความร่วมมือดี...เป็นผลงานของเขาด้วย บางแห่งเอาด้วยมากเลย จะทำเป็นผลงานชิ้นเอกที่เอาไปหาเสียงได้ เราต้อง O.k. เพราะทุกคนได้ประโยชน์และทำเรื่องที่ดี ต้องยอมเขา..” นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ก็ได้รับการเรียกร้องขอรับการสนับสนุนจากชมรมสร้างสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง โดยหัวหน้าสถานีอนามัยผู้หนึ่งที่มีผลงานการจัดตั้งและพัฒนาชมรมเป็นอย่างดีกล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “...เมื่อก่อนนี้ก็พยายามฝึกให้เขาช่วยเหลือตนเองอยู่แล้ว จนกระทั่งชมรมบางแห่งจัดการกันเองได้ทุกอย่าง เราก็ปล่อยได้...เมื่อกระทรวงไม่ติดตามเรื่อง เราก็ยังคงทำหน้าที่เหมือนเดิม คือ ให้กำลังใจเขา....ก็ไม่ต้องไปทุกวันหรือออกไปหาเขา บ้าง ส่งข่าวถึงกันบ้าง...เขาก็พอใจแล้ว มีอะไรก็วิ่งมาปรึกษาหาหรือเราได้ตลอดเวลา” ในขณะที่หัวหน้าชมรมสร้างสุขภาพแห่งหนึ่งที่อยู่ภายใต้การสนับสนุนจากสถานีอนามัยดังกล่าวได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “...ก็ไม่ว่าหรอกว่าทางสาธารณสุขเขาเปลี่ยนไปอย่างไร...เจ้าหน้าที่ก็ยังช่วยเราเหมือนเดิม เห็นแต่เพียงว่ากิจกรรมการรวมพลัง การแข่งขันเดินแอโรบิคมันน้อยลง...ชมรมเราอยู่ได้แน่นอน เพราะเราทำกันเองได้ ทำได้ทุกอย่าง...แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังจำเป็นต้องคอยช่วยเหลือพวกเราปรึกษาหารือกัน...ขอให้มาเจอกันบ้างอย่าหายไปเลย พวกเราก็มีกำลังใจทำกันต่อ....”

4.2.2 การปฏิบัติตามกรอบของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) นโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” ประกาศใช้มาตั้งแต่ปี 2547 ซึ่งเป็นปีเดียวกันกับการประกาศใช้นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ เป็นนโยบายของรัฐบาลที่ไม่จำกัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมงานของทุกกระทรวงที่ต้องมีส่วนร่วม แม้ว่าความคิดเริ่มต้นจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม เมื่อสิ้นสุดการรณรงค์นโยบายชมรมสร้างสุขภาพ นโยบายเมืองไทยแข็งแรงก็ยังยึดถือเป็นหลักของนโยบายกระทรวงสาธารณสุขต่อไป และอาจกล่าวได้ว่าเพราะเป็นนโยบายหลักเรื่องเดียวของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนี้ (ปี 2550) ที่มีการติดตามและกำกับอย่างจริงจังจากส่วนกลางต่อพื้นที่ปฏิบัติการ

ตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง ได้กำหนดให้ “การออกกำลังกาย” เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยกำหนดตัวชี้วัดไว้ว่า “ร้อยละของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที” ให้ครอบคลุมในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน หน่วยงาน และสถานประกอบการ นอกจากนี้ “ชมรมสร้างสุขภาพ” ได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการเป็น “หมู่บ้านสร้างสุขภาพ” หรือ “หมู่บ้านสุขภาพดี” ที่กำหนดไว้ว่าหมู่บ้านสร้างสุขภาพต้องมีชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรงที่มีอยู่ทั้งหมด 48 ตัวชี้วัด ซึ่งหากนโยบายเมืองไทยแข็งแรงที่วัดจากการมีสุขภาพดีในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดบรรลุเป้าหมาย การออกกำลังกายน่าจะได้รับการพัฒนาเป็นวิถีชีวิตของประชาชนทั้งประเทศได้

ในการดำเนินงานของพื้นที่ระดับจังหวัดเรื่องการออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพได้ลดความเข้มข้นลง และเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการไปบ้าง แม้ว่าในรายละเอียดของแนวคิดและกระบวนการของเรื่องนี้ได้นำมากำหนดไว้เป็นตัวชี้วัด แนวคิด และกระบวนการดำเนินการทั้งหมดของเมืองไทยแข็งแรงก็ตาม แต่เนื่องจากการติดตามงานเรื่องเมืองไทยแข็งแรง เป็นการเน้นที่ภาพรวมของการบรรลุผลของพื้นที่ระดับต่างๆ ของการมีสุขภาพดี ตัวชี้วัดเรื่องการออกกำลังกายและชมรมสร้างสุขภาพไม่ได้รับการตรวจสอบและเน้นหนัก เจ้าหน้าที่ที่ไม่เคร่งครัดกับการจัดตั้งชมรม และการพัฒนาการออกกำลังกายของชาวบ้าน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ที่เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย และสาธารณสุขอำเภอที่กล่าวถึงเรื่องความชอบของนโยบายชมรมสร้างสุขภาพ และการทำตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรงในส่วนที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ตามลำดับดังนี้

“เจ้าหน้าที่เค้าก็สบายครับ (นโยบายเรื่องชมรมสร้างสุขภาพชอบเราหรือหมดไปแล้ว)เค้าไม่ถูกกำกับไม่ถูกตรวจสอบ ก็เบาตัวขึ้นเยอะ....แต่ทำงานกระทรวงสาธารณสุขมันมีของใหม่ นโยบายใหม่มาตลอด...พื้นที่คงไม่คิดอะไรหรอก มันเคยชิน โคนสั่งมาก็จะทำ เป็นแบบนี้มาตลอด...อย่างตอนนี้ก็เร่งรัดทำตามตัวชี้วัดนโยบาย Healthy “Thailand”

“ครับ ก็ยังถูกตามอยู่เลย(ชมรมสร้างสุขภาพ) แต่ไปเป็นนโยบาย Healthy Thailand ที่ไม่เหมือนเดิม ที่ต้องสร้างชมรม.... ในกรณีที่มีการออกกำลังกายเกินมาตรฐานก็ถือว่าผ่าน แต่...มันไม่ต้องไปสร้างกระบวนการชมรมนี้เหมือนแต่ก่อน..ก็ลดภาระไปเยอะ.”

4.3 การเรียนรู้การดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพเมื่อสิ้นสุดการณรงค์

(1) เจ็อนไขสำคัญที่ทำให้หน่วยงานราชการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องดำเนินงานเรื่องชมรมสร้างสุขภาพต่อไป คือ ชมรมสร้างสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญตัวหนึ่งของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง แต่การที่ไม่ได้เน้นหนักเป็นการเฉพาะ การปฏิบัติการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพใหม่ๆ จึงถูกละเลยจากพื้นที่ รวมทั้งส่วนกลางก็เลิกเก็บข้อมูลเรื่องจำนวนชมรมฯ ด้วย ในส่วนกลางโดยกองสุขศึกษา ก็ไปทำงานพัฒนาด้านวิชาการ ในขณะที่ในพื้นที่ก็เน้นที่การส่งเสริมและพัฒนาชมรมเก่าๆ ที่มีอยู่ สำหรับเจ้าหน้าที่พื้นที่นอกจากการปฏิบัติการตามข้อกำหนดหรือตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ยังได้รับแรงส่งเสริมจากประชาชนในพื้นที่ให้ทำเรื่องชมรมต่อเนื่องต่อไปด้วย เนื่องจากพื้นฐานของความผูกพันและสัมพันธ์ที่ดีกันมารวมทั้งความคาดหวังของชมรมสร้างสุขภาพที่มีต่อเจ้าหน้าที่ด้วย เจ้าหน้าที่ในพื้นที่จึงเป็นผู้รับภาระที่หนักและเป็นหลักประกันของการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

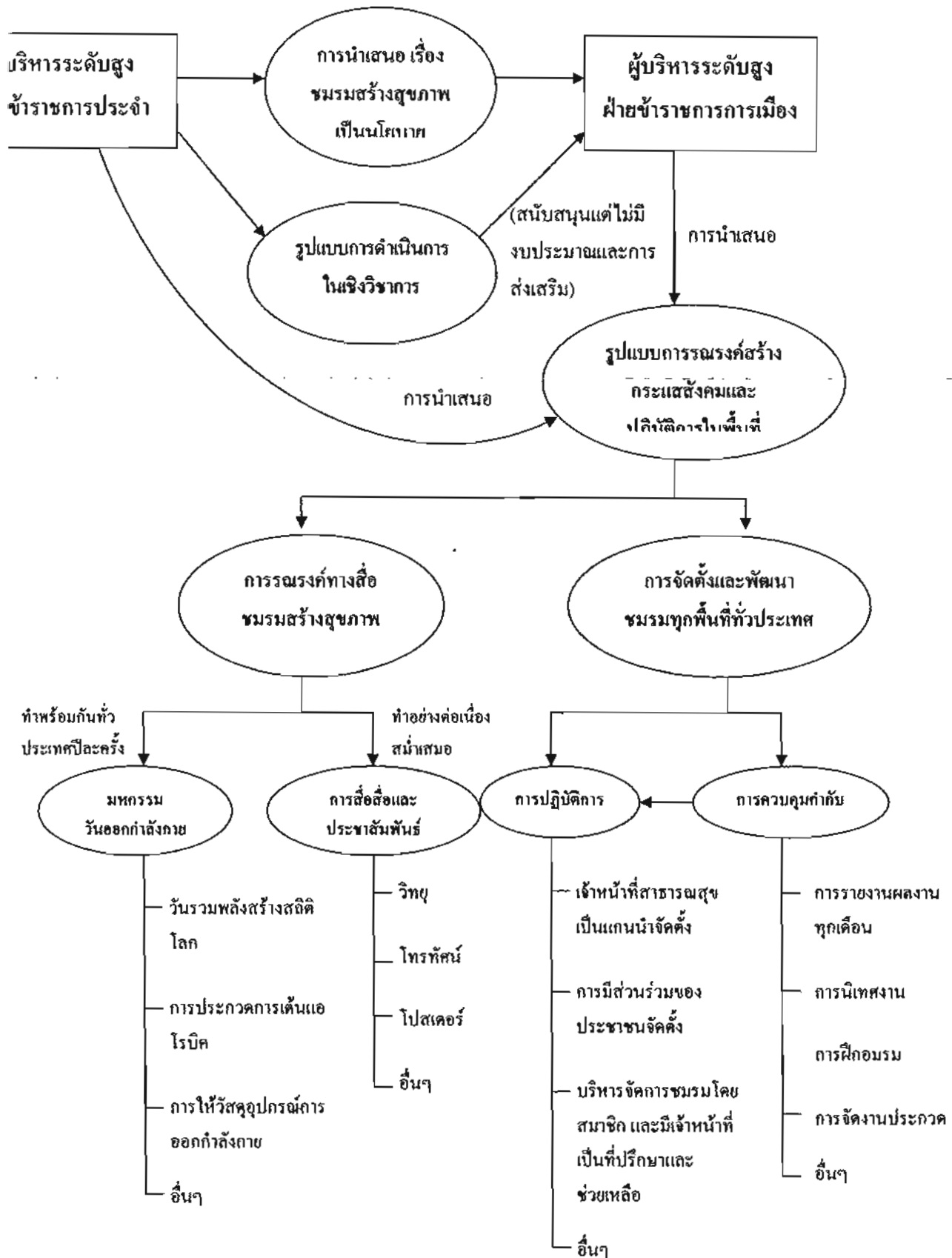
(2) จากกระบวนการและเจ็อนไขตามข้อ (1) เชื่อว่า “การออกกำลังกาย” ของคนใหม่ๆ จะเกิดขึ้นน้อยมาก รวมทั้งสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำนวนหนึ่งอาจเลิกออกกำลังกายไป

ทั้งนี้เนื่องจากในกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาของชมรมสร้างสุขภาพยัง ไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะมีมาตรการในการเพิ่มสมาชิกใหม่และรักษาสมาชิกเก่าเอาไว้ ชมรมส่วนใหญ่ปล่อยให้เรื่องเหล่านี้เป็นความสนใจหรือความต้องการของสมาชิกแต่ละคน สภาพดังกล่าวเป็นเงื่อนไขทางลบต่อการพัฒนาการออกกำลังกายทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพด้วย

5. บทสรุป

การกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพเป็นความคิดริเริ่มจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขฝ่ายข้าราชการประจำ ส่วนการตัดสินใจประกาศใช้เป็นนโยบายนั้นผู้บริหารฝ่ายการเมืองได้ใช้อำนาจในการตัดสินใจที่มุ่งเน้นในรูปแบบการณรงค์ที่สามารถสร้างกระแสสังคม และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลงานและภาพลักษณ์ของฝ่ายการเมืองได้ ซึ่งฝ่ายข้าราชการประจำต้องปรับเปลี่ยนจากแนวคิดเดิมที่ทำรูปแบบการปฏิบัติการในเชิงวิชาการเป็นรูปแบบที่ฝ่ายการเมืองต้องการ แม้ว่าฝ่ายข้าราชการบางท่านไม่เห็นด้วยก็ตาม

การปฏิบัติการตามนโยบายแบ่งงานออกเป็น 2 ส่วนคือ งานรณรงค์สร้างกระแสสังคมทางสื่อมวลชน และงานปฏิบัติการในพื้นที่ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ การมีชมรมสร้างสุขภาพอย่างน้อยหมู่บ้านละ 1 ชมรม การรณรงค์ทางสังคมเน้นการจัดมหกรรมวันออกกำลังกายพร้อมกันในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในกรุงเทพมหานครได้ทำสถิติโลกที่มีคนมาร่วมออกกำลังกายพร้อมกันในสถานที่และวันเวลาเดียวกันมากที่สุดในโลก และงานดังกล่าวนี้มีการเมืองระดับชาติมาร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียงกัน นำโดยนายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้สร้างความตื่นตัวได้มากพอสมควร ในขณะที่เดียวกันทุกจังหวัดก็ดำเนินการเร่งรัดในการจัดตั้งชมรมในหมู่บ้านให้ได้ตามเป้าหมาย โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการติดตามกำกับตรวจสอบและประเมินในหลายรูปแบบ เช่น การให้ส่งรายงานผลของการจัดตั้งชมรมทุกเดือน การนิเทศก์งานของกระทรวง และการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ซึ่งรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ได้สร้างความเครียดให้กับเจ้าหน้าที่ที่มากกว่าการให้การสนับสนุนในการทำงานและกำลังใจ อย่างไรก็ตามในปลายปี 2549 กิจกรรมสำคัญ 2 เรื่องของนโยบายเรื่องนี้ได้ยกเลิกไปโดยปริยายพร้อม ๆ กับการสิ้นสุดของนโยบายและรัฐบาลในขณะนั้น ซึ่งผลกระทบที่เห็นได้ชัดเจนคือ ชมรมจำนวนมากได้ยกเลิกการทำกิจกรรมของตนเองหรือได้ยกเลิกชมรมออกกำลังกายนั่นเอง กระบวนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติดังกล่าวนี้ เขียนสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



กระบวนการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

บทที่ 3

ชมรมสร้างสุขภาพและพฤติกรรมออกกำลังกายของประชาชน

บทนี้เป็นการเสนอผลของการนำนโยบายชมรมสร้างสุขภาพไปปฏิบัติในพื้นที่ทุกจังหวัด ซึ่งมีผลทำให้มีการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ และสมาชิกได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ผลการศึกษารังนี้ ได้จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ 9 จังหวัด ที่เป็นตัวแทนของแต่ละภาคในประเทศไทย การนำเสนอกระบวนการและผลการดำเนินงานดังกล่าวแบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ คือ (1) ข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่าง (2) การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและผลงาน (3) พฤติกรรมการออกกำลังกายและผลกระทบ (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการจัดตั้งและพัฒนาชมรม และ (5) ความคิดเห็นต่อการกำหนดนโยบายชมรมสร้างสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแหล่งข้อมูลการวิจัยมี 4 กลุ่ม คือ กรรมการชมรมสร้างสุขภาพ สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบการจัดตั้งและพัฒนาชมรมในพื้นที่ จำนวนรวม 754, 1411, 3317 และ 81 คน ตามลำดับ โดยลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละกลุ่มตัวอย่างสรุปได้ดังนี้

1.1 กรรมการชมรมสร้างสุขภาพ

จากจำนวนกรรมการชมรมสร้างสุขภาพทั้งหมด 754 คน เป็นประธานชมรมร้อยละ 17.7 และกรรมการร้อยละ 54.0 ที่เหลือเป็นรองประธานและที่ปรึกษาร้อยละ 13.8 และ 2.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ของกรรมการชมรม (ร้อยละ 80.1) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21-50 ปี (ร้อยละ 61.4) มีระดับการศึกษาระหว่างประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 87.7) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 57.1) แต่กรรมการชมรมภาคกลางและภาคเหนือมีลักษณะต่างไปคือ ประมาณเกือบ 1 ใน 3 ของกรรมการชมรมทำงานที่เป็นกิจการส่วนตัวที่บ้าน มีฐานะพอกินพอใช้ (ร้อยละ 95.9) นอกจากนี้กรรมการชมรมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.9) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย แต่มีความแตกต่างระหว่างภาคโดยส่วนใหญ่ของกรรมการชมรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้เป็น อสม. ด้วย แต่ในภาคกลางและภาคเหนือส่วนใหญ่ของกรรมการชมรมไม่เป็น อสม. นอกจากนี้มีกรรมการชมรมเป็นส่วนน้อยที่เป็นกรรมการขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือ

เทศบาล หรือเป็นผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน แต่มีกรรมการชมรมมากถึงร้อยละ 40 ที่เป็นกรรมการกลุ่มหรือชมรมต่างๆที่มีอยู่ในชุมชนด้วย

1.2 สมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

จากการสำรวจสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพทั้งหมด 1,411 คน เป็นสมาชิกในภาคเหนือ 318 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 672 คน ภาคกลาง 159 คน และภาคใต้ 252 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7, 48.0, 11.3 และ 18.0 ตามลำดับ สมาชิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.4) อายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 77.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 43.8 ปี ภาคที่มีอายุเฉลี่ยของสมาชิกมากที่สุด (54.8 ปี) คือ ภาคใต้ และน้อยที่สุด (37.5 ปี) คือภาคกลาง ในภาพรวมอายุเฉลี่ยของสมาชิก 43.8 ปี สมาชิกร้อยละ 61.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีฐานะเศรษฐกิจพอมีพอกิน แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 75.8) และยังอยู่กินกับคู่สมรส (ร้อยละ 68.2) อาชีพอันดับหนึ่งของสมาชิกคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 40.8) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 16.1) และค้าขาย (ร้อยละ 10.3) แต่สำหรับภาคกลางอาชีพอันดับหนึ่งคือ รับจ้าง (ร้อยละ 39.4)

สมาชิกส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม มีเพียงร้อยละ 22.8 ที่เป็น อสม. ร้อยละ 18.4 เป็นกรรมการกลุ่มหรือชมรมอื่นๆ และมีผู้ที่เป็นอบต. หรือเทศบาลเมือง ร้อยละ 1.4 และเป็นผู้ใหญ่บ้าน/กำนันเพียงร้อยละ 1.1 สมาชิกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.9) อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นที่ตั้งชมรม โดยมีระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงชมรมประมาณ 600 เมตร สมาชิกชมรม ร้อยละ 48.90 เคยเป็นนักกีฬาของโรงเรียนหรือสถานศึกษามาก่อนและในจำนวนนี้เคยเข้าร่วมแข่งกีฬา โดยร้อยละ 45.1 เล่นกีฬาเป็นประจำและร้อยละ 53.9 ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอขณะที่เป็นนักเรียน สำหรับการมีโรคประจำตัวในปัจจุบันของสมาชิก พบว่าร้อยละ 30.5 มีโรคประจำตัวและโรคที่เป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 23.3) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.2)

1.3 ประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ

ตัวอย่างของประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพทั้งหมด 3,317 คน ในจำนวนนี้เป็นประชาชนในภาคเหนือ 590 คน (ร้อยละ 17.8) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,449 คน (ร้อยละ 43.7) ภาคกลาง 646 คน (ร้อยละ 19.5) และภาคใต้ 632 คน (ร้อยละ 19.0) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.9) มีอายุเฉลี่ย 39.1 ปี กลุ่มที่ใหญ่ที่สุด คือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 26.3) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 17.4)

ส่วนใหญ่ของประชาชน (ร้อยละ 56.1) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมา (ร้อยละ 19.6) คือ ระดับมัธยมศึกษา ส่วนอาชีพหลักกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดได้แก่ เกษตรกรรม (ร้อยละ 27.5) โดยเป็นกลุ่มย่อยที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 26.4 โดยประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.6) เป็นผู้ที่มีสมรสแล้ว และยังอยู่กับคู่สมรสและส่วนใหญ่ของประชาชน (ร้อยละ 73.7) มีฐานะพอมีพอกินแต่ไม่เหลือเก็บ

1.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 81 คน จำแนกเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากภาคเหนือ 13 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 41 คน ภาคกลาง 14 คน และภาคใต้ 13 คน โดยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยละ 33.8 ระดับอำเภอร้อยละ 35.1 และระดับตำบลร้อยละ 28.8

ส่วนใหญ่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 59.3) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30-49 ปี (ร้อยละ 80.2) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 64.2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหล่านี้ดำรงตำแหน่งเป็นแพทย์และพยาบาล จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 36.7 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) ได้ทำงานราชการมากกว่า 5 ปี และมากกว่า 4 ใน 5 (ร้อยละ 84.6) ปฏิบัติงานที่หน่วยงานปัจจุบันมากกว่า 5 ปี

1.5 ข้อสรุปที่เป็นข้อสังเกต

จากพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด มีข้อสังเกตที่มีความหมายและคุณค่าต่อการจัดตั้งและพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพหลายประเด็น กล่าวคือ กรรมการชมรมประมาณสี่ในห้าเป็นผู้หญิง และเกือบทั้งหมดมีฐานะเศรษฐกิจระดับปานกลาง หรือไม่เดือดร้อนเรื่องการเงิน และในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเล็กน้อยที่เป็น อสม. ด้วย แต่ยังคงมีความแตกต่างกันเป็นภาค ที่ภาคอีสานและภาคใต้ กรรมการส่วนใหญ่เป็น อสม. ด้วย แต่ภาคกลางและภาคเหนือกรรมการส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็น อสม. ด้วย ส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกชมรมนั้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุเฉลี่ย 40 ปีขึ้นไปเล็กน้อย และมีฐานะที่ไม่เดือดร้อนเรื่องเงินทองและประมาณหนึ่งในห้าของสมาชิกชมรมเป็น อสม. ด้วย นอกจากนี้ประมาณหนึ่งในสาม ยังเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ส่วนกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมนั้น โดยภาพรวมแล้วมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่เป็นสมาชิกชมรม เพียงแต่กลุ่มนี้ได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น รวมได้นักเรียนนักศึกษาประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น ได้เก็บข้อมูลจากทุกระดับและส่วนใหญ่รับราชการและอยู่ในพื้นที่มานานมากกว่า 5 ปีด้วย

2. การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและผลงาน

2.1 การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ในภาพรวมชมรมฯ ส่วนใหญ่จัดตั้งขึ้นหลังปี 2545 (ร้อยละ 73.6) ซึ่งเป็นช่วงหลังการรณรงค์ใช้นโยบายชมรมสร้างสุขภาพและทุกภาคมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กลุ่มที่มีบทบาทมากในการจัดตั้งชมรมคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีส่วนร่วมในระดับมาก ถึงร้อยละ 54.7 และระดับปานกลางร้อยละ 26.1 โดยที่เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีส่วนร่วมเลยมีเพียงร้อยละ 9.3 ประชาชนที่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 40.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 42.6 กลุ่มที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมน้อยที่สุดคือ อบต./เทศบาล ซึ่งมีร้อยละ 19.7 ที่ไม่มีส่วนร่วมเลยและร้อยละ 15.1 มีส่วนร่วมน้อย รองลงมาคือกลุ่มผู้นำชุมชน ซึ่งร้อยละ 15.6 ไม่มีส่วนร่วมเลยและร้อยละ 17.8 มีส่วนร่วมน้อย ลักษณะการมีส่วนร่วมนี้คล้ายกันในทุกภูมิภาค ยกเว้นภาคกลางที่ประชาชนเป็นกลุ่มที่มีลักษณะการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนในระดับปานกลางและมาก ส่วนกลุ่มอื่นๆ คือ อบต./เทศบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้นำชุมชน มีสัดส่วนผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 43.6, 47.4 และ 47.4) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเรื่องผู้เป็นต้นคิดในเรื่องการจัดตั้งชมรม พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.2) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะดังกล่าวเหมือนกันทุกภาค ยกเว้นภาคกลางที่ผู้ริเริ่มในการจัดตั้งชมรมมีการกระจาย คือ ประชาชน (ร้อยละ 35.9) ตามมาด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 35.3) นอกจากนี้กรรมการชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละภาคเห็นว่าบุคคลที่ขาดไม่ได้ในการจัดตั้งชมรมคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต./เทศบาล ผู้นำประชาชนที่ไม่เป็นทางการ และผู้นำที่เป็นทางการคิดเป็นร้อยละ 78.6, 44.4, 43.1 และ 36.0 ตามลำดับ ซึ่งเหมือนกันทุกภูมิภาค โดยภาคอีสานเห็นว่าเจ้าหน้าที่เป็นบุคคลที่ขาดไม่ได้เลยในการจัดตั้งชมรมจำนวนมากกว่า ร้อยละ 89.2 ยกเว้น ในภาคกลางที่กรรมการชมรมเห็นว่าบุคคลที่ขาดไม่ได้เป็นผู้นำประชาชนที่ไม่เป็นทางการ (ร้อยละ 73.3) อบต./เทศบาล (ร้อยละ 48.0) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 42.7) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่ากรรมการชมรมโดยรวมเห็นว่าสม.เป็นบุคคลที่ขาดไม่ได้เพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้น ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามช่วงเวลาจัดตั้งและผู้มีส่วนร่วมจัดตั้งชมรม
ตามภาค

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ตะวันออก	กลาง	
1. ช่วงเวลาที่จัดตั้งชมรม					
- ก่อนปี 2545	38(20.1)	101(25.5)	34(43.6)	27(28.4)	200(26.4)
- ปี 2546	54(28.6)	72(18.2)	4(5.1)	22(23.2)	152(20.1)
- ปี 2547	34(18.0)	99(25.0)	29(37.2)	36(37.9)	198(26.1)
- ปี 2548	43(22.8)	66(16.7)	7(9.0)	7(7.4)	123(16.2)
- ปี 2549	19(10.1)	52(13.1)	0(0.0)	3(3.2)	74(9.8)
- อื่นๆ ได้แก่ปี 2550	0(0.0)	0(0.0)	3(3.8)	0(0.0)	3(0.4)
2. การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรม					
2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
- ไม่มี	11(5.9)	14(3.5)	37(47.4)	9(9.6)	71(9.3)
- มีน้อย	28(15.0)	28(7.0)	13(16.7)	6(6.4)	75(9.9)
- มีปานกลาง	68(36.4)	89(22.1)	14(17.9)	28(29.8)	199(26.1)
- มีมาก	80(42.8)	271(67.4)	14(17.9)	51(54.3)	416(54.7)
2.2 ผู้นำชุมชน					
- ไม่มี	26(14.0)	33(8.4)	37(47.4)	21(22.6)	117(15.6)
- มีน้อย	32(17.2)	71(18.2)	13(16.7)	17(18.3)	133(17.8)
- มีปานกลาง	87(46.8)	148(37.9)	19(24.4)	23(24.7)	277(37.0)
- มีมาก	41(22.0)	139(35.5)	9(11.5)	32(34.4)	221(29.5)
2.3 อบต./เทศบาล					
- ไม่มี	20(10.8)	77(19.8)	34(43.6)	16(17.0)	147(19.7)
- มีน้อย	34(18.3)	58(14.9)	4(5.1)	17(18.1)	113(15.1)
- มีปานกลาง	70(37.6)	176(45.4)	27(34.6)	27(28.7)	300(40.2)
- มีมาก	62(33.3)	77(19.8)	13(16.7)	34(36.2)	186(24.9)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามช่วงเวลาจัดตั้งและผู้มีส่วนร่วมจัดตั้งชมรมตามภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
2.4 ประชาชน					
- ไม่มี	13(7.0)	27(6.9)	13(16.7)	9(9.7)	62(8.3)
- มีน้อย	23(12.4)	28(7.2)	1(1.3)	9(9.7)	61(8.2)
- มีปานกลาง	82(44.3)	163(41.8)	40(51.3)	33(35.5)	318(42.6)
- มีมาก	67(36.2)	172(44.1)	24(30.8)	42(45.2)	305(40.9)
3. ผู้ที่เป็นต้นคิดคนแรกเรื่องการจัดตั้งชมรม					
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	97(51.3)	358(89.3)	26(33.3)	70(73.7)	551(72.2)
- อบต./เทศบาล	14(7.4)	3(0.7)	11(14.1)	1(1.1)	29(3.8)
- ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการ หมู่บ้าน	2(1.1)	6(1.5)	2(2.6)	9(9.5)	19(2.5)
- ประชาชนที่ไม่ได้เป็นผู้นำทางการ	33(17.5)	14(3.5)	28(35.9)	4(4.2)	79(10.4)
- ไม่ทราบ	5(2.6)	15(3.7)	8(10.3)	7(7.4)	35(4.6)
4. บุคคล/หน่วยงานที่จำเป็นหรือขาดไม่ได้ในการจัดตั้งชมรม (ตอบได้หลายข้อ)					
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	131(69.3)	363(89.2)	32(42.7)	76(80.0)	602(78.6)
- อบต./เทศบาล	57(30.2)	206(50.6)	36(48.0)	41(43.2)	340(44.4)
- ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการ หมู่บ้าน	54(28.6)	171(42.0)	12(16.0)	39(41.1)	276(36.0)
- ประชาชนที่ไม่ได้เป็นผู้นำทางการ	81(42.9)	165(40.5)	55(73.3)	29(30.5)	330(43.1)
- อื่นๆ ได้แก่ องค์กรคณะกรรมการชมรม	40(21.2)	19(4.7)	5(6.8)	9(9.5)	73(9.5)
- ไม่ทราบ	6(3.2)	7(1.7)	3(3.8)	1(1.0)	17(2.2)

เมื่อพิจารณาเรื่องการมีส่วนร่วมจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่แสดงให้เห็นระดับของการมีส่วนร่วมการจัดตั้งว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.6) มีส่วนร่วมระดับต่ำ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.8) และระดับสูง (ร้อยละ 8.6) และมีข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากภาคใต้มีความคิดเห็นแตกต่างจากเจ้าหน้าที่ภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน กล่าวคือ เจ้าหน้าที่ภาคอื่นๆ มีแบบแผนความคิดเห็นแบบเดียวกันกับภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วม ในขณะที่เจ้าหน้าที่ภาคใต้เห็นว่าตนเองมีส่วนร่วม

จัดตั้งชมรมอยู่ในระดับสูง ปานกลางและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.4 41.2 และ 29.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรม
สร้างสุขภาพและตามภาค

ระดับการมีส่วนร่วม	ภูมิภาค				รวม	P
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้		
ต่ำ	11 84.6%	35 85.4%	7 70.0%	5 29.4%	58 71.6%	.00
ปานกลาง	2 15.4%	6 14.6%	1 10.0%	7 41.2%	16 19.8%	
สูง	0 0%	0 0%	2 20.0%	5 29.4%	7 8.6%	
รวม	13 100.0%	41 100.0%	10 100.0%	17 100.0%	81 100.0%	
$\bar{X}$ (SD) 7.69(2.21) 7.80(2.55) 8.1(4.58) 12.0(2.47) 8.7(3.24)						

2.2 สังักัดของชมรมและการจัดตั้งคณะกรรมการ

ชมรมสร้างสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.7) มีสังกัด โดยสังกัดสถานีนามัยมากที่สุด รองลงมาคือชุมชนและโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 56.5 9.2 และ 7.3 ตามลำดับ ที่เหลือสังกัดเทศบาลและ อบต. รวมร้อยละ 6.7 ซึ่งชมรมทุกภูมิภาคมีแบบแผนการสังกัดในลักษณะดังกล่าว ยกเว้นภาคกลางที่ชมรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.3) ไม่มีสังกัด และสังกัดสถานีนามัยเพียงร้อยละ 8.9 สำหรับการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.2) เริ่มจัดตั้งพร้อมๆ กับการตั้งชมรมได้ โดยการคัดเลือกกรรมการชมรมชุดแรกนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนด/นำเสนอเพื่อใช้ชาวบ้านรับรอง ร้อยละ 48.4 ที่เหลืออีกประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเรื่องของชาวบ้านที่มีการคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมการทาบทามและการเสนอตัวเป็นกรรมการ จำนวนคณะกรรมการของชมรมนั้นประมาณ 2 ใน 3 ของชมรมมีกรรมการจำนวน 4-10 คน ที่เหลือเป็นชมรมที่มีกรรมการมากกว่า 4 คน และมากกว่า 10 คน ในอัตราใกล้เคียงกัน และมีแนวโน้มแสดงให้เห็นว่าจำนวนกรรมการชมรมมีมากขึ้น เมื่อเปลี่ยนกรรมการชุดใหม่ ส่วนการคัดเลือกคณะกรรมการชมรมของชุดปัจจุบันนั้น พบว่า บทบาทของ

เจ้าหน้าที่ต่น้อยลง โดยมีเพียงร้อยละ 42.6 ที่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมกำหนด/เสนอชื่อกรรมการ แต่ก็เป็นส่วนที่ลดลงไม่มากนัก เมื่อพิจารณาจำนวนกรรมการที่เหมาะสมนั้น คณะกรรมการชมรมเชื่อว่าควรมีกรรมการจำนวน 8-10 คน และในชมรมนี้มีกรรมการที่ทำงานเข้มแข็งเป็นกำลังสำคัญให้กับชมรมอยู่มากกว่า 5-8 คน ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามสังกัดและลักษณะการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมตามภาค

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. สังกัดของชมรมสร้างสุขภาพ					
- ไม่มีสังกัด	49(25.8)	40(10.0)	50(63.3)	16(16.7)	155(20.3)
- สถานีอนามัย	86(45.3)	275(68.9)	7(8.9)	64(66.7)	432(56.5)
- โรงพยาบาล	1(0.5)	50(12.5)	0(0.0)	5(5.2)	56(7.3)
- เทศบาล	14(7.4)	2(0.5)	0(0.0)	2(2.1)	18(2.4)
- อบต.	12(6.3)	4(1.0)	12(15.2)	5(5.2)	33(4.3)
- ชุมชน	28(14.7)	28(7.0)	10(12.7)	4(4.2)	70(9.2)
2. การจัดตั้งคณะกรรมการชมรม					
- เมื่อเริ่มจัดตั้งชมรม	138(73.4)	271(70.2)	49(68.1)	84(89.4)	542(73.2)
- ภายหลังจัดตั้งชมรม	50(26.6)	115(29.8)	23(31.9)	10(10.6)	198(26.8)
ระยะเวลาเฉลี่ย(เดือน) (Mean, SD.)	6.15(9.54)	2.56(1.98)	5.33(5.58)	2.30(1.49)	3.74(5.52)
3. แนวทางการคัดเลือกคณะกรรมการชุดแรก					
- เจ้าหน้าที่เป็นคนกำหนด	37(19.5)	99(24.3)	20(26.0)	9(9.5)	165(21.5)
- เจ้าหน้าที่เป็นคนเสนอเพื่อขอให้ชาวบ้านรับรอง	16(8.4)	151(37.1)	11(14.3)	29(30.5)	207(26.9)
- การเสนอตัวของชาวบ้าน	46(24.2)	62(15.2)	9(11.7)	21(22.1)	138(17.9)
- กลุ่มชาวบ้านเสนอผู้ที่เหมาะสม	86(45.3)	276(67.8)	55(71.4)	55(57.9)	472(61.4)
- ชาวบ้านทาบทามคนที่เหมาะสม	33(17.4)	95(23.3)	7(9.1)	15(15.8)	150(19.5)
- อื่นๆ ได้แก่ ไม่ทราบ	38(42.2)	20(4.9)	0(0.0)	5(22.7)	63(12.0)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของชมรมจำแนกตามสังกัดและลักษณะการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมตามภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
4. จำนวนคณะกรรมการชมรมชุดแรก					
- 1-3 คน	28(14.7)	54(13.6)	20(25.6)	8(8.3)	110(14.5)
- 4-10 คน	130(68.4)	278(70.0)	41(52.6)	60(62.5)	509(66.9)
- มากกว่า 10 คน	32(16.8)	65(16.4)	17(21.8)	28(29.2)	142(18.7)
5. จำนวนคณะกรรมการชมรมชุดปัจจุบัน					
- 1-3 คน	23(12.2)	16(4.0)	6(7.9)	4(4.2)	49(6.4)
- 4-10 คน	115(60.8)	281(70.4)	48(63.2)	66(68.8)	510(67.1)
- มากกว่า 10 คน	51(27.0)	102(25.6)	22(28.9)	26(27.1)	201(26.4)
6. แนวทางการคัดเลือกคณะกรรมการชุดปัจจุบัน					
- เจ้าหน้าที่เป็นคนกำหนด	27(14.3)	74(18.2)	7(9.1)	12(12.5)	120(15.6)
- เจ้าหน้าที่เป็นคนเสนอเพื่อขอให้ชาวบ้านรับรอง	25(13.2)	142(34.9)	13(16.9)	28(29.2)	208(27.0)
- การเสนอตัวเอง	36(19.0)	30(7.4)	11(14.3)	13(13.5)	90(11.7)
- สมาชิกชมรมเสนอผู้ที่เหมาะสม	108(57.1)	305(75.9)	58(75.3)	62(64.6)	533(69.8)
- สมาชิกทาบทามคนที่เหมาะสม	149(78.8)	275(67.9)	66(85.7)	77(80.2)	567(73.9)
- อื่นๆ ได้แก่ การเลือกตั้งช่วยกัน เลือก	40(44.0)	0(0.0)	8(10.4)	1(1.0)	49(7.3)
7. สัดส่วนเฉลี่ยของกรรมการที่ทำงานเต็มจ้างและเป็นหลักของชมรมจนขาดไม่ได้ (Mean, SD.)					
8 จำนวนเฉลี่ยกรรมการชมรมที่เหมาะสม (Mean, SD.)	8.31(5.26)	9.80(6.21)	10.73(5.48)	9.33(7.01)	9.48(6.07)

2.3 การพัฒนาศักยภาพของกรรมการชมรม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัดทำกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพให้กับกรรมการชมรม โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ทั้งเรื่องการบริหารจัดการ และความรู้ทางวิชาการการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าในเรื่องการบริหารจัดการนั้น กรรมการชมรมส่วนใหญ่ (ระหว่างร้อยละ 50-65) ได้รับการอบรมเรื่องการจัดทำทะเบียนชมรม การสร้างเครือข่าย การประสานงาน การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการ การณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการจัดการทำแผนและการประเมินผล ยกเว้นเรื่องจัดทำแผนและประเมินผลที่กรรมการเพียงส่วนน้อย (ระหว่างร้อยละ 30-40) ที่ได้รับการฝึกอบรม แต่เมื่อประเมินถึงความพอเพียงของความรู้ที่ได้รับในแต่ละประเด็น พบว่า ส่วนใหญ่ (ระหว่างร้อยละ 55-70) เห็นว่ายังไม่เพียงพอ ซึ่งแบบแผนดังกล่าวนี้มีลักษณะเหมือนกันทุกภูมิภาค ยกเว้นภาคกลางที่กรรมการเป็นส่วนน้อยมากเท่านั้นที่ได้รับการอบรมแต่ละเรื่อง (ระหว่างร้อยละ 10-30) และความพอเพียงที่ได้รับอยู่ระหว่างร้อยละ 5-10 เท่านั้น

สำหรับการได้รับการฝึกอบรมความรู้วิชาการในเรื่อง การออกกำลังกาย อาหาร สุขภาพจิต และการตรวจสอบการปนเปื้อนอาหารนั้น พบว่า กรรมการส่วนใหญ่ (อยู่ระหว่างร้อยละ 60-80) ได้รับการฝึกอบรมและเกือบครึ่งหนึ่งได้รับความรู้เพียงพอเพียง (ระหว่างร้อยละ 40-50) ยกเว้นเรื่องการวัดภาวะโภชนาการและการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร ที่กรรมการเพียงส่วนน้อย (ประมาณร้อยละ 40) ที่ได้รับการอบรม และได้รับอย่างพอเพียงประมาณร้อยละ 25 เท่านั้น ดังรายละเอียดตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกรรมการชมรมที่ได้รับการอบรมและความเพียงพอของความรู้จำแนกตามประเด็นที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นรายภาค

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. การบริหารจัดการชมรม					
1.1 การจัดทำทะเบียนสมาชิกชมรม					
- การได้รับการอบรม	84(44.9)	313(77.1)	21(27.6)	76(79.2)	494(64.6)
- ความพอเพียง	60(30.9)	209(51.1)	9(11.4)	58(60.4)	336(43.2)
1.2 การสร้างเครือข่าย					
- การได้รับการอบรม	84(44.9)	254(62.6)	17(22.4)	59(61.5)	414(54.1)
- ความพอเพียง	51(26.3)	165(40.3)	7(8.9)	44(45.8)	267(34.3)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกรรมการชมรมที่ได้รับการอบรมและความพึงพอใจของ
ความรู้จำแนกตามประเด็นที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นรายภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1.3 การประสานงาน					
- การได้รับการอบรม	81(43.8)	303(75.0)	19(25.0)	76(79.2)	479(62.9)
- ความพอเพียง	49(25.3)	200(48.9)	7(8.9)	45(46.9)	301(38.7)
1.4 การจัดทำแผนพัฒนา					
1.4.1 การประเมินสถานการณ์					
- การได้รับการอบรม	47(25.3)	148(36.5)	10(13.2)	56(58.9)	261(34.2)
- ความพอเพียง	33(17.0)	79(19.3)	6(7.6)	31(32.3)	149(19.2)
1.4.2 การสร้างเครื่องมือ					
- การได้รับการอบรม	37(20.0)	125(30.9)	8(10.5)	56(59.6)	226(29.7)
- ความพอเพียง	24(12.4)	66(16.1)	7(8.9)	30(31.3)	127(16.3)
1.4.3 การจัดทำแผนพัฒนา					
- การได้รับการอบรม	50(27.0)	207(51.0)	12(15.8)	52(55.3)	321(42.2)
- ความพอเพียง	34(17.5)	124(30.3)	7(8.9)	35(36.5)	200(25.7)
1.4.4 การประเมินผล					
- การได้รับการอบรม	49(26.6)	173(42.7)	9(12.0)	57(60.0)	288(37.9)
- ความพอเพียง	32(16.5)	114(27.9)	5(6.3)	38(39.6)	189(24.3)
1.5 การควบคุมดำเนินการประเมินผล					
- การได้รับการอบรม	52(28.0)	143(35.3)	12(15.8)	54(56.3)	261(34.2)
- ความพอเพียง	38(19.6)	95(23.2)	6(7.6)	37(38.5)	176(22.6)
1.6 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ					
- การได้รับการอบรม	89(47.6)	257(63.5)	19(25.0)	66(68.8)	431(56.4)
- ความพอเพียง	56(28.9)	155(37.9)	12(15.2)	45(46.9)	268(34.4)
1.7 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ					
- การได้รับการอบรม	82(43.6)	243(59.9)	12(15.8)	62(65.3)	399(52.2)
- ความพอเพียง	55(28.4)	140(34.2)	7(8.9)	45(46.9)	247(31.7)
1.8 การบริหารจัดการกรรมการ					
- การได้รับการอบรม	72(38.3)	246(60.6)	10(13.2)	58(61.1)	386(50.5)
- ความพอเพียง	51(26.3)	130(31.8)	8(10.1)	38(39.6)	227(29.2)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกรรมการชมรมที่ได้รับการอบรมและความพึงพอใจของ
ความรู้จำแนกตามประเด็นที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นรายภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1.9 การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์					
- การได้รับการอบรม	90(49.2)	320(78.8)	21(27.6)	71(74.0)	502(66.0)
- ความพอเพียง	66(34.0)	216(52.8)	12(15.2)	46(47.9)	340(43.7)
2. ความรู้ทางวิชาการและเทคนิควิธี					
2.1 การออกกำลังกาย					
- การได้รับการอบรม	146(78.1)	359(88.6)	30(39.5)	79(82.3)	614(80.4)
- ความพอเพียง	80(41.2)	240(58.7)	19(24.1)	53(55.2)	392(50.4)
2.2 อาหารปลอดภัย					
- การได้รับการอบรม	107(56.9)	299(73.8)	19(25.0)	69(71.9)	494(64.6)
- ความพอเพียง	64(33.0)	203(49.6)	11(13.9)	43(44.8)	321(41.3)
2.3 อาหารสร้างเสริมสุขภาพ					
- การได้รับการอบรม	104(55.6)	280(69.1)	15(19.7)	62(64.6)	461(60.3)
- ความพอเพียง	62(32.0)	184(45.0)	12(15.2)	42(43.8)	300(38.6)
2.4 การวัดภาวะโภชนาการ					
- การได้รับการอบรม	82(43.9)	255(63.4)	13(17.1)	55(57.9)	405(53.3)
- ความพอเพียง	50(25.8)	162(39.6)	9(11.4)	37(38.5)	258(33.2)
2.5 การตรวจสอบสารปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์อาหาร					
- การได้รับการอบรม	62(33.0)	192(47.8)	11(14.5)	47(50.0)	312(41.1)
- ความพอเพียง	40(20.6)	111(27.1)	7(8.9)	24(25.0)	182(23.4)
2.6 การประเมินสถานภาพทางจิตใจ					
- การได้รับการอบรม	64(34.2)	189(47.0)	8(10.7)	49(51.0)	310(40.8)
- ความพอเพียง	45(23.2)	116(28.4)	7(8.9)	26(27.1)	194(24.9)
2.7 เทคนิควิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิต					
- การได้รับการอบรม	64(34.2)	200(49.6)	11(14.5)	55(57.9)	330(43.4)
- ความพอเพียง	47(24.2)	121(29.6)	8(10.1)	28(29.2)	204(26.2)

2.4 การดำเนินกิจกรรมของชมรมสร้างสุขภาพ

2.4.1 การเข้าร่วมของสมาชิกและกิจกรรมที่ทำ ชมรมสร้างสุขภาพโดยเฉลี่ยมีสมาชิกจำนวน 47 คน และมีสมาชิกร่วมออกกำลังกายเป็นประจำ โดยเฉลี่ยจำนวน 26 คน ส่วนสมาชิกที่มาร่วมออกกำลังกายเป็นครั้งคราวจำนวน 24 คน จำนวนสมาชิกของชุมชน ในภาคกลางมีความสามารถต่างกันมากตั้งแต่ชมรมที่มีสมาชิก 100 คน จนถึง 600 คน ทำให้จำนวนสมาชิกในภาคกลางมีความการแปรปรวนสูง สถานการณ์เข้าร่วมของสมาชิกดังกล่าวมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค กล่าวคือภาคกลางและภาคใต้มีจำนวนสมาชิกชมรม ที่มาร่วมออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าภาคเหนือและภาคอีสานประมาณหนึ่งเท่าตัว และเมื่อพิจารณาเรื่องแนวโน้มจำนวนสมาชิกที่มาร่วมออกกำลังกายสม่ำเสมอ พบว่า ร้อยละ 45.6 เชื่อว่ามีสมาชิกเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 35.8 และ 18.6 เชื่อว่ามีสมาชิกเท่าเดิม และลดลงตามลำดับ

กิจกรรมการออกกำลังกายที่ชมรมจัดเป็นประจำที่สำคัญ คือ เดินแอโรบิค (ร้อยละ 79.9) รำไม้พลอง (ร้อยละ 32.1) และวิ่ง (ร้อยละ 18.1) โดยการออกกำลังกายของแต่ละชมรมนั้น โดยเฉลี่ยมีผู้นำออกกำลังกาย จำนวน 4 คน (ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคอยู่ระหว่าง 3-4 คน) และผู้นำเดินร้อยละ 70.9 เป็นสมาชิกชมรมทั้งหมด ในขณะที่ร้อยละ 16.5 และ 12.5 ของชมรมที่มีผู้นำออกกำลังกายเป็นสมาชิกชมรมบางส่วน และเป็นคนนอกชมรมทั้งหมด ตามลำดับ นอกจากนี้ชมรมออกกำลังกายได้จัดกิจกรรมเสริมเรื่องอื่นๆ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายสมาชิก (ร้อยละ 56.4) การเข้าร่วมประกวดชมรมสร้างสุขภาพ (ร้อยละ 43.0) การแข่งขันกีฬาอย่างกำลังใจ (ร้อยละ 55.1) การเลี้ยงสังสรรค์ในกลุ่มสมาชิก (ร้อยละ 45.3) การศึกษาดูงานนอกสถานที่ (ร้อยละ 33.9) และการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมเสริมรายได้สมาชิก (ร้อยละ 14.4) ซึ่งการจัดกิจกรรมเสริมเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีความถี่ของการจัดไม่มากนัก (น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง) ดังรายละเอียดตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของกรรมการชมรมต่อการดำเนินงานของชมรม
จำแนกตามภาค

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. จำนวนสมาชิกชมรมเฉลี่ย (Mean, SD.)	33.21 (18.00)	36.08 (38.76)	123.64 (163.77)	61.49 (60.69)	47.11 (68.19)
2. จำนวนสมาชิกชมรมที่ร่วมออกกำลังกายเป็นประจำ (Mean, SD.)	19.07 (10.68)	23.20 (15.67)	41.86 (46.65)	34.64 (30.33)	25.47 (23.23)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของกรรมการชมรมต่อการดำเนินงานของชมรม
จำแนกตามภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
3. จำนวนสมาชิกชมรมที่ร่วมออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ	15.72	18.28	17.83	17.02	17.47
เป็นครั้งคราว (Mean, SD.)	(11.326)	(13.83)	(11.65)	(13.78)	(13.07)
4. แนวโน้มจำนวนสมาชิกชมรมที่มาร่วมออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ					
- ลดลง	27(14.4)	66(16.7)	15(19.2)	32(35.2)	140(18.6)
- เท่าเดิม	63(33.5)	157(39.7)	21(26.9)	28(30.8)	269(35.8)
- เพิ่มขึ้น	98(52.1)	172(43.5)	42(43.5)	31(34.1)	343(45.6)
5. กิจกรรมการออกกำลังกายของชมรมที่จัดเป็นประจำ					
- เดินแอโรบิก	155(83.8)	344(84.5)	42(53.8)	71(74.0)	612(79.9)
- รำไม้พลอง	31(16.5)	156(38.3)	14(17.9)	46(47.9)	247(32.1)
- ไทเก๊ก	20(10.6)	10(2.5)	16(20.5)	8(8.3)	54(7.0)
- วิ่ง	47(25.0)	63(15.5)	14(17.9)	15(15.6)	139(18.1)
- ขี่รถจักรยาน	38(20.2)	41(10.1)	8(10.3)	3(3.1)	90(11.7)
- อื่นๆ ได้แก่ เดิน ตระกร้อลอดห่วง เปตอง ฟุตบอล วาโยน้ำ รำโนราห์	58(30.9)	32(7.9)	14(17.9)	5(5.2)	109(14.2)
6. จำนวนผู้นำออกกำลังกายเฉลี่ย (Mean, SD.)	2.43	3.95	5.95	3.46	3.77
	(1.57)	(4.82)	(4.61)	(8.68)	(5.13)
7. การเป็นสมาชิกชมรมของผู้นำออกกำลังกาย					
- เป็นคนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมทั้งหมด	44(25.1)	28(7.1)	6(8.1)	14(14.9)	92(12.5)
- เป็นสมาชิกชมรมบางส่วน	21(12.0)	74(18.9)	7(9.5)	20(21.3)	122(16.6)
- เป็นสมาชิกชมรมทั้งหมด	110(62.9)	290(74.0)	61(82.4)	60(63.8)	521(70.9)
8. การตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรม	97(50.0)	226(55.3)	27(34.6)	74(81.3)	424(56.4)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	58(59.8)	159(70.4)	20(74.1)	61(82.4)	298(70.3)
- ปีละ 1 ครั้ง	6(6.2)	45(19.9)	6(22.2)	10(15.5)	67(15.8)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	11(11.4)	1(0.4)	1(3.7)	0(0.0)	13(3.1)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของกรรมการชมรมต่อการดำเนินงานของชมรม
จำแนกตามภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
9. จัดการศึกษาดูงานนอกสถานที่	77(39.7)	105(25.7)	15(19.7)	64(70.3)	261(33.9)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	67(87.0)	83(79.1)	14(93.3)	57(89.1)	221(84.7)
- ปีละ 1 ครั้ง	1(1.3)	15(14.3)	0(0.0)	5(7.8)	21(8.1)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	1(1.3)	0(0.0)	1(6.7)	2(3.1)	4(1.5)
10. เข้าร่วมประกวดชมรมสร้างสุขภาพ	51(26.3)	210(51.3)	14(18.4)	48(52.2)	323(43.0)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	44(86.3)	168(80.0)	12(85.7)	36(76.6)	260(80.5)
- ปีละ 1 ครั้ง	4(7.8)	10(4.8)	1(7.1)	7(14.9)	22(7.0)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	2(3.9)	26(12.4)	2(14.3)	4(8.5)	34(10.8)
11. เลี้ยงสังสรรค์ในวาระพิเศษ	85(43.8)	177(43.3)	30(39.5)	56(62.2)	348(45.3)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	59(69.4)	140(79.1)	21(70.0)	46(82.1)	266(76.7)
- ปีละ 1 ครั้ง	12(14.1)	29(16.4)	10(33.3)	8(14.3)	59(17.0)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	5(5.9)	6(3.4)	0(0.0)	2(3.6)	13(3.8)
12. แข่งขันกีฬาหรือแข่งขันออกกำลังกาย	110(56.7)	235(57.5)	18(24.0)	61(67.0)	424(55.1)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	71(64.6)	186(79.2)	13(72.2)	48(78.7)	318(75.0)
- ปีละ 1 ครั้ง	20(18.2)	32(13.6)	1(5.6)	4(6.6)	57(13.4)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	3(2.7)	4(1.8)	1(5.6)	1(1.6)	9(2.1)
13. รวบรวมกลุ่มสมาชิกชมรมทำกิจกรรมเสริมรายได้	39(20.1)	38(9.3)	0(0.0)	32(36.8)	109(14.4)
- น้อยกว่าปีละ 1 ครั้ง	30(76.9)	27(71.1)	0(0.0)	20(62.5)	70(68.5)
- ปีละ 1 ครั้ง	0(0.0)	3(7.9)	0(0.0)	1(3.1)	4(3.7)
- มากกว่า 1 ครั้ง/ปี	1(2.6)	1(2.6)	0(0.0)	1(3.1)	6(5.5)

2.4.2 รายรับรายจ่ายและทรัพย์สินของชมรม แหล่งรายได้ของชมรมสร้างสุขภาพมาจากหลายแหล่ง เช่น ค่าสมัครเป็นสมาชิก (ร้อยละ 18.2) เงินอุดหนุนของสมาชิกเป็นรายวัน/เดือน (ร้อยละ 25.1) การเก็บเงินสมาชิกเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 26.1) เงินสนับสนุนจากสาธารณสุข (ร้อยละ 40.6) เงินสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล (ร้อยละ 44.4) เงินสนับสนุนจากประชาชนในชุมชน

(ร้อยละ 28.9) โดยสรุปแล้วรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของชมรม จำนวน 1,130.90 บาท ส่วนทรัพย์สินของชมรมนั้น โดยเฉลี่ยแล้วในปัจจุบันชมรมมีเงินสดจำนวน 7,257.54 บาท มีเครื่องเสียงที่เป็นของชมรมเอง (ร้อยละ 31.2) ส่วนมีสถานที่ออกกำลังกายของสมาชิกชมรมนั้น ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 73.5) อยู่ในพื้นที่สาธารณะในชุมชน รวมทั้งที่วัดด้วย ที่เหลืออยู่ที่สถานีนานัมย (ร้อยละ 16.8) และอบต./เทศบาล (ร้อยละ 7.3)

ส่วนรายจ่ายของชมรมนั้น ได้จ่ายให้ผู้นำออกกำลังกาย (ร้อยละ 28.7) จ่ายค่าน้ำค่าไฟ (ร้อยละ 34.3) จ่ายค่าสถานที่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 7.0) จ่ายค่าตอบแทนกรรมการชมรม (ร้อยละ 7.0) จ่ายค่าวิทยากรให้ความรู้ (ร้อยละ 15.1) จ่ายค่าสวัสดิการสมาชิก (ร้อยละ 16.8) รวมเฉลี่ยต่อเดือนแต่ละชมรมจ่ายจำนวน 917.03 บาท ดังรายละเอียดตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของชมรมเรื่องรายรับ รายจ่าย และทรัพย์สินของชมรมจำแนกเป็นรายภาค

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. แหล่งรายได้ของชมรม					
1.1 รายได้จากค่าสมัครเป็นสมาชิกชมรม (จ่ายครั้งเดียว)					
- ไม่ได้	178(94.2)	350(87.1)	58(74.4)	38(40.4)	624(81.8)
- ได้เป็นครั้งคราว	7(3.7)	49(12.2)	11(14.1)	35(37.2)	102(13.4)
- ได้เป็นประจำ	4(2.1)	3(0.7)	9(11.5)	21(22.3)	37(4.8)
1.2 รายได้จากเงินอุดหนุนของสมาชิกมาออกกำลังกายเป็นรายวัน/สัปดาห์					
- ไม่ได้	139(73.5)	351(87.8)	46(59.0)	34(36.2)	570(74.9)
- ได้เป็นครั้งคราว	30(15.9)	42(10.5)	19(24.4)	39(41.5)	130(17.1)
- ได้เป็นประจำ	20(10.6)	7(1.8)	13(16.7)	21(22.3)	61(8.0)
1.3 รายได้จากการเก็บเงินสมาชิกเป็นครั้งคราวเป็นค่าใช้จ่ายเรื่องอื่นๆ					
- ไม่ได้	129(68.3)	333(84.3)	55(71.4)	41(43.6)	558(73.9)
- ได้เป็นครั้งคราว	48(25.4)	59(14.9)	15(19.5)	45(47.9)	167(22.1)
- ได้เป็นประจำ	12(6.3)	3(0.8)	7(9.1)	8(8.5)	30(4.0)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของชมรมเรื่องรายรับ รายจ่าย และทรัพย์สินของชมรมจำแนกเป็นรายภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1.4 เงินสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
- ไม่ได้	141(74.6)	212(54.2)	60(77.9)	34(35.8)	447(59.4)
- ได้เป็นครั้งคราว	42(22.2)	172(44.0)	16(20.8)	49(51.6)	279(37.1)
- ได้เป็นประจำ	6(3.2)	7(1.8)	1(1.3)	12(12.6)	26(3.5)
1.5 เงินสนับสนุนจาก อบต./เทศบาล					
- ไม่ได้	120(63.5)	234(59.5)	42(53.8)	24(25.3)	420(55.6)
- ได้เป็นครั้งคราว	40(21.2)	154(39.2)	22(28.2)	42(44.2)	258(34.2)
- ได้เป็นประจำ	29(15.3)	5(1.3)	14(17.9)	29(30.5)	77(10.2)
1.6 เงินสนับสนุนจากประชาชนในชุมชน					
- ไม่ได้	157(84.0)	286(73.1)	52(67.5)	35(38.5)	530(71.0)
- ได้เป็นครั้งคราว	23(12.3)	102(26.1)	23(29.9)	47(51.6)	195(26.1)
- ได้เป็นประจำ	7(3.7)	102(0.8)	2(2.6)	9(9.9)	21(2.8)
1.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของชมรม	832.31	588.31	4050.00	1593.95	1130.90
(Mean, SD.)	(980.85)	(904.41)	(2886.29)	(1628.26)	(1611.27)
2. เงินทรัพย์สินของชมรมในปัจจุบัน					
2.1 การมีเงินสดของชมรม จำนวนเงินเฉลี่ย (Mean, SD.)	2320.83	2852.30	32200.00	10401.90	7257.54
	(1944.22)	(2668.87)	(23710.29)	(13172.45)	(13084.72)
2.2 เครื่องสิ่งของที่ใช้ออกกำลังกาย					
- ยิม	88(49.2)	277(94.9)	17(33.3)	20(22.0)	402(65.6)
- เฟอร์นิเจอร์	3(1.7)	15(5.1)	1(2.0)	1(1.1)	20(3.3)
- มีเงินของตนเอง	88(49.2)	0(0.0)	33(64.7)	70(76.9)	191(31.2)
2.3 สถานที่ออกกำลังกายประจำของชมรม					
- พื้นที่ตั้งของสถานีนอนัมย	21(11.1)	73(18.3)	9(12.0)	24(26.1)	127(16.8)
- พื้นที่ตั้งของเทศบาล/อบต.	22(11.6)	7(1.8)	12(16.0)	14(15.2)	55(7.3)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของชมรมเรื่องรายรับ รายจ่าย และทรัพย์สินของชมรมจำแนกเป็นรายภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
- พื้นที่สาธารณะในชุมชน	98(51.9)	229(57.4)	34(45.3)	13(14.1)	374(49.5)
- พื้นที่ของเยาวชน	3(1.6)	2(0.5)	0(0.0)	13(14.1)	18(2.4)
- อื่นๆ ได้แก่ วัด	45(23.8)	88(22.1)	20(26.7)	28(30.4)	181(24.0)
3. ค่าใช้จ่ายของชมรม					
3.1 จ่ายให้ผู้นำในการออกกำลังกาย					
- ไม่มี	130(69.1)	312(78.2)	65(83.3)	35(36.8)	542(71.3)
- มีเป็นครั้งคราว	31(16.5)	80(20.1)	8(10.3)	29(30.5)	148(19.5)
- มีเป็นประจำ	35(18.6)	37(9.3)	8(10.5)	17(17.9)	97(12.8)
3.2 จ่ายค่าไฟฟ้า-น้ำ					
- ไม่มี	118(62.8)	254(63.8)	64(84.2)	61(64.2)	497(65.7)
- มีเป็นครั้งคราว	35(18.6)	107(26.9)	4(5.3)	17(17.9)	163(21.5)
- มีเป็นประจำ	35(18.6)	37(9.3)	8(10.5)	17(17.9)	97(12.8)
3.3 จ่ายค่าสถานที่ออกกำลังกาย					
- ไม่มี	188(95.7)	365(91.5)	74(94.9)	88(92.6)	707(93.0)
- มีเป็นครั้งคราว	5(2.7)	30(7.5)	4(5.1)	6(6.3)	45(5.9)
- มีเป็นประจำ	3(1.6)	4(1.0)	0(0.0)	1(1.1)	8(1.1)
3.4 จ่ายค่าตอบแทนกรรมการชมรม					
- ไม่มี	180(95.7)	365(91.5)	74(94.9)	88(92.6)	707(93.0)
- มีเป็นครั้งคราว	5(2.7)	30(7.5)	4(5.1)	6(6.3)	45(5.9)
- มีเป็นประจำ	3(1.6)	4(1.0)	0(0.0)	1(1.1)	8(1.1)
3.5 จ่ายค่าวิทยากรให้ความรู้					
- ไม่มี	156(83.4)	356(90.6)	69(88.5)	58(61.1)	639(84.9)
- มีเป็นครั้งคราว	25(13.4)	32(8.1)	9(11.5)	30(31.6)	96(12.7)
- มีเป็นประจำ	6(3.2)	5(1.3)	0(0.0)	7(7.4)	18(2.4)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของชมรมเรื่องรายรับ รายจ่าย และทรัพย์สินของชมรมจำแนกเป็นรายภาค (ต่อ)

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
3.6 จ่ายค่าสวัสดิการช่วยเหลือสมาชิกชมรมเรื่องต่างๆ					
- ไม่มี	154(81.9)	359(90.0)	46(60.5)	70(75.3)	629(83.2)
- มีเป็นครั้งคราว	29(15.4)	33(8.3)	25(32.9)	18(19.4)	105(13.9)
- มีเป็นประจำ	5(2.7)	7(1.8)	5(6.6)	5(5.4)	22(2.9)
3.7 จ่ายค่าจัดการเล็กๆน้อยๆของชมรม					
- ไม่มี	121(64.7)	278(69.7)	44(57.1)	51(54.8)	494(65.3)
- มีเป็นครั้งคราว	65(34.8)	109(27.3)	30(39.0)	39(41.9)	243(32.1)
- มีเป็นประจำ	1(0.5)	12(3.0)	3(3.9)	3(3.2)	19(2.5)
3.8 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของชมรม	1083.74	339.76	1344.32	1926.27	917.03
(Mean, SD.)	(1710.69)	(407.35)	(1264.32)	(1760.18)	(1366.78)

2.4.3 การประเมินผลงานของชมรม การดำเนินงานของคณะกรรมการชมรมนั้น มีการพูดคุยเชิงประเมินผลระหว่างกลุ่มคณะกรรมการ (ร้อยละ 58.4) และการพูดคุยเรื่องประเมินผลที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาร่วมด้วย (ร้อยละ 57.5) และมีชมมรร้อยละ 6 ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นผู้ประเมินผลโดยที่กรรมการไม่มีส่วนร่วม ดังรายละเอียดตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของชมรมที่มีการพูดคุยเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานของชมรม
จำแนกตามภาค

ประเด็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. การพูดคุยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการชมรม					
- ไม่เคยพูดคุย	106(56.4)	157(40.3)	23(29.5)	26(27.7)	312(41.6)
- เคยพูดคุย	82(43.6)	233(59.7)	55(70.5)	68(72.3)	438(58.4)
2. การพูดคุยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของบุคคลภายนอกชมรม					
- ไม่มีเป็นการพูดคุยเฉพาะในกลุ่มกรรมการ	27(32.5)	72(27.2)	37(74.0)	12(17.6)	148(31.8)
- มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรภายนอก มาร่วมพูดคุยโดยกรรมการชมรมเป็นผู้ ดำเนินงาน	46(55.4)	166(62.6)	9(18.0)	47(69.1)	268(57.5)
- มีเจ้าหน้าที่/บุคลากรภายนอกเป็น ผู้ดำเนินการเรื่องผล	0(0.0)	21(7.9)	0(0.0)	7(10.3)	28(6.0)
- อื่นๆ ได้แก่ พูดคุยกันเอง	10(12.0)	6(2.3)	4(8.0)	2(2.9)	22(4.7)

2.5 ผลการดำเนินงานของชมรมสร้างสุขภาพ

ร้อยละ 72.26 พบชมรมสร้างสุขภาพ มีสมาชิกมากกว่าร้อยละ 50 ได้มาออกกำลังกาย และร้อยละ 68.39 สามารถจัดกิจกรรมออกกำลังกายได้อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ในขณะที่การทำ กิจกรรมให้ความรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์นั้นมีเพียงร้อยละ 38.06 ของชมรมเท่านั้นที่ได้ ทำแบบแผนในลักษณะดังกล่าวมีความใกล้เคียงกันทุกภูมิภาค ยกเว้นภาคกลางที่มีชมรมเพียงร้อยละ 33.33 เท่านั้นที่มีสมาชิกมากกว่าร้อยละ 50 มาร่วมออกกำลังกาย และร้อยละ 82.33 ของชมรม สามารถจัดกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

เมื่อพิจารณาการทำกิจกรรมของชมรมตามกรอบนโยบาย 6อ. พบว่า ชมรมที่สามารถ จัดทำกิจกรรมได้ 3 เรื่อง (ออกกำลังกาย อาหาร และสุขภาพจิต) มีเพียงร้อยละ 22.7 ในขณะที่ร้อยละ 32.3 สามารถจัดกิจกรรมได้ 2 อย่างคือ ออกกำลังกายและอาหาร ในเรื่องอาหารนั้น พบว่า 1 ใน 4 ของชมรมได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องความปลอดภัยและอาหารเพื่อสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ สัปดาห์ ส่วนการตรวจสอบแร่ธาตุและตรวจเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารนั้น มีชมรมประมาณ 1 ใน 5 ที่ ทำเรื่องนี้ สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพจิตนั้น ชมรมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45-47) ได้ทำเรื่องการนั่ง

สมาธิ และการสนทนาธรรม นอกจากนี้ยังมีเรื่องการให้คำปรึกษาสมาชิก (ร้อยละ 27.10) ส่วนการทดสอบสมรรถภาพร่างกายนั้น มีชมรมร้อยละ 41.94 ได้ทำเรื่องนี้ รวมทั้งมีการวัดรอบเอว (ร้อยละ 36.13) และการวัดดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 45.16) ด้วย ดังรายละเอียดตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละของชมรมจำแนกตามผลการดำเนินงานแต่ละภาค (N=155)

กิจกรรม	ภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
การออกกำลังกาย					
≥ 50% ของสมาชิกออกกำลังกาย	73.17	82.19	33.33	69.57	72.26
กิจกรรมออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	90.24	49.34	83.33	78.26	68.39
ให้ความรู้ ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์	21.95	52.05	27.70	30.43	38.06
กิจกรรมครบ 3					
ทำได้ 2 กิจกรรม	47.9	23.1	23.1	48.4	32.3
ทำได้ 1 กิจกรรม	28.9	38.1	48.7	36.3	36.7
ไม่ได้เลย	7.9	8.0	15.4	4.4	8.3
การทดสอบสมรรถภาพ					
การวัดรอบเอว	31.71	50.68	38.89	34.78	41.94
การวัดดัชนีมวลกาย	43.90	45.21	22.22	65.22	45.16
กิจกรรมด้านอาหาร					
ให้ความรู้ความปลอดภัย ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์	17.09	34.25	22.22	21.74	26.45
ให้ความรู้สุขภาพเพื่อสุขภาพ ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์	14.63	34.25	33.33	26.09	27.74
ตรวจสาร borax	31.71	15.07	0.0	26.09	19.35
ตรวจเชื้อจุลินทรีย์	31.71	15.07	0.0	34.78	20.65
กิจกรรมด้านสุขภาพจิต					
นั่งสมาธิ	43.90	50.60	22.22	52.17	45.81
สนทนาธรรม	43.90	57.53	16.67	43.48	47.10
ให้คำปรึกษา	24.39	34.25	5.56	26.09	27.10
การวัด EQ	24.39	32.88	11.11	34.78	28.39
การวัดความเครียด	7.32	20.55	11.11	8.70	14.19
การวัดความสุข	12.20	20.55	16.67	13.04	16.77

3. พฤติกรรมการออกกำลังกายและผลกระทบ

3.1 พื้นฐานเรื่องการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม

เมื่อพิจารณาย้อนหลังไปในช่วงการเป็นนักเรียนนักศึกษาของกลุ่มสมาชิกชมรม พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีพื้นฐานการเป็นนักกีฬาของโรงเรียนหรือสถานศึกษา รวมทั้งการออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬานานๆ อยู่เป็นประจำ แต่เมื่อเป็นผู้ใหญ่หรืออยู่ในวัยทำงานก่อนเป็นสมาชิกชมรม มีผู้ออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 20.1 ที่เหลือร้อยละ 52.3 และ 27.7 เป็นผู้ที่ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว และผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายเลย ตามลำดับ ซึ่งพื้นฐานดังกล่าวนี้มีลักษณะใกล้เคียงกันทุกภูมิภาค ดังรายละเอียดตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ เรื่องประสบการณ์การออกกำลังกาย ก่อนเป็นสมาชิกชมรมจำแนกตามภาค

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. ประสบการณ์ในช่วงที่เป็นนักเรียน/ นักศึกษา					
1.1 การเป็นนักกีฬาของสถานศึกษา และเข้าร่วมแข่งขัน	184(56.4)	329(48.7)	78(50.3)	95(36.5)	716(48.9)
1.2 การเล่นกีฬานานๆเป็นประจำ และสม่ำเสมอ	171(52.5)	282(41.8)	78(50.0)	101(41.2)	632(45.1)
1.3 การออกกำลังกายเป็นประจำ และสม่ำเสมอ	187(57.4)	326(48.4)	94(58.8)	152(61.5)	759(53.9)
2. การออกกำลังกาย ก่อนเป็นสมาชิกชมรม					
- ไม่เคยออกกำลังกายเลย	91(27.7)	201(30.1)	28(20.3)	61(25.3)	381(27.7)
- เคยออกกำลังกายเป็นครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอ	134(40.7)	390(58.4)	90(65.2)	105(43.6)	719(52.3)
- ออกกำลังกายเป็นประจำ	104(31.6)	77(11.5)	20(14.5)	75(31.1)	276(20.1)

3.2 การตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรม

กระบวนการตัดสินใจเป็นสมาชิกชมรมนั้น พบว่า สมาชิกชมรมเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.1) ไม่เคยคิดเรื่องความคุ้มค่าหรือไม่ที่จะมาออกกำลังกาย ที่เหลือนั้นมีเพียงร้อยละ 20.1 ที่คำนึงถึงเรื่องความคุ้มค่าในระดับมาก นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกไม่เกินร้อยละ 20 ที่มีการปรึกษาหารือผู้อื่นเรื่องการสมัครเป็นสมาชิกชมรม เช่น ปรึกษาคอบครัว (ร้อยละ 18.90) ปรึกษาเพื่อนสนิท (ร้อยละ 19.7) และปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 18.10) ส่วนในประเด็นความวิตกกังวลก่อนตัดสินใจเป็นสมาชิกรู้ พบว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 95 ไม่ได้วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการออกกำลังกาย ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ การรับผิดชอบต่อครอบครัว การแต่งตัวในการออกกำลังกาย และความวิตกว่าจะออกกำลังกายไม่ได้ โดยเหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้สมาชิกชมรมตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรม คือ เพื่อสุขภาพที่ดี (ร้อยละ 82.10) ในขณะที่เหตุผลอื่นๆ มีความหลากหลายแต่เป็นสัดส่วนที่น้อยมาก ดังรายละเอียดตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมตามความคิด/ความรู้สึก/กระทำ ก่อนตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค

ความคิดเห็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. การคิดถึงความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าที่จะมาออกกำลังกาย					
- ไม่ได้คิด	160(49.1)	287(42.8)	77(48.1)	111(44.0)	635(45.1)
- คิดน้อย	17(5.2)	104(15.5)	15(9.4)	16(6.3)	152(10.8)
- คิดปานกลาง	62(19.0)	196(29.2)	41(25.6)	41(16.3)	340(24.1)
- คิดมาก	87(26.7)	84(12.5)	27(16.9)	84(33.3)	282(20.0)
2. การไปปรึกษาหารือกับสมาชิกครอบครัว					
- ทำอย่างจริงจัง	58(17.8)	109(16.3)	25(15.60)	74(29.4)	266(18.90)
3. การปรึกษาหารือกับเพื่อนสนิท					
- ทำอย่างจริงจัง	64(19.6)	121(18.0)	20(12.5)	72(28.80)	277(19.7)
4. การปรึกษาหารือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
- ทำอย่างจริงจัง	40(12.2)	139(20.7)	13(8.1)	63(25.0)	255(18.10)
5. ความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการออกกำลังกาย					
- คิดถึงและกังวลว่ามีผลต่อค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น	8(2.4)	27(4.0)	5(3.1)	2(0.8)	42(3.0)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมตามความคิด/ความรู้สึก/กระทำ ก่อนตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค (ต่อ)

ความคิดเห็น	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
6. ความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ					
- คิดถึงและกังวลว่ามีผลต่อการทำงาน	11(3.4)	47(7.0)	10(6.3)	8(3.2)	76(5.4)
7. ความวิตกกังวลเรื่องผลกระทบต่อความรับผิดชอบในครอบครัว					
- คิดถึงและกังวลว่ามีผลต่อหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว	8(2.4)	35(5.2)	10(6.3)	3(1.2)	56(4.0)
8. ความวิตกกังวลหรืออายในการแต่งตัวและออกไปออกกำลังกายในที่สาธารณะ					
- คิดถึงและกังวล	7(2.1)	24(3.6)	9(5.7)	1(0.4)	41(2.9)
9. ความรู้สึกกลัวว่าจะทำ(ออกกำลังกาย)ไม่ได้					
- คิดถึงและกังวลมาก	8(2.4)	26(3.9)	6(3.8)	1(0.4)	41(2.9)
10. แรงจูงใจสำคัญที่สุดในการตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกาย					
- เพื่อสุขภาพ	282(86.0)	548(81.1)	122(77.2)	208(82.5)	1160(82.0)
- เพื่อความสนุก	12(3.7)	33(4.9)	18(11.4)	7(2.8)	70(5.0)
- อยากลองดู	9(2.7)	54(8.0)	11(7.0)	18(7.1)	92(6.5)
- อยากมีเพื่อนใหม่	9(2.7)	10(1.5)	6(3.8)	12(4.8)	37(2.6)
- ตามเพื่อน	11(3.4)	16(2.4)	0(0.0)	5(2.0)	32(2.3)
- อื่นๆ ได้แก่ ทำตามข่าวในทีวี	0(0.0)	9(1.3)	0(0.0)	2(0.8)	11(0.8)
- เกรงใจเจ้าหน้าที่ชวน	3(0.9)	2(0.3)	1(0.6)	0(0.0)	6(0.4)
- เกรงใจสมาชิกครอบครัวที่ให้การสนับสนุน	2(0.6)	4(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	6(0.4)

3.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม

ปัจจุบันสมาชิกชมรม ร้อยละ 82.3 ยังคงออกกำลังกายอยู่ (ร้อยละ 17.7 เลิกการออกกำลังกายไปแล้ว) ซึ่งวิธีการออกกำลังกายของสมาชิกส่วนใหญ่ใช้วิธีเดินแอโรบิค (ร้อยละ 60.8) รองลงมาคือ วิ่ง (ร้อยละ 27.3) ว่ายน้ำพลอง (ร้อยละ 17.9) ขี่จักรยาน (ร้อยละ 16.8) และเดินเร็ว (ร้อยละ 12.6) โดยสมาชิกชมรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.7) ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 19.4 ได้ออกกำลังกายทุกวัน) และร้อยละ 80.2 ได้ออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง เมื่อประเมินเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายจริงๆ พบว่า ผู้ออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์หรือพอเพียงต่อสุขภาพ คิด

เป็นร้อยละ 62.9 ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.2) ออกกำลังกายสม่ำเสมอไม่เคยขาด จะขาดเมื่อมีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น เมื่อพิจารณาพื้นฐานการติดการออกกำลังกายนั้น พบว่า สมาชิกชมรมร้อยละ 44.3 ได้ออกกำลังกายเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมจัดให้ และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 78.0 ที่หาวิธีการออกกำลังกายชดเชยในวันที่ชมรมไม่อาจจัดกิจกรรมการออกกำลังกายได้ ดังรายละเอียดตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ
จำแนกตามภาค

พฤติกรรม	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. การออกกำลังกายใน 6 เดือนที่ผ่านมา					
- ไม่ได้ออกกำลังกาย	40(12.2)	153(22.9)	16(10.1)	40(16.1)	249(17.7)
- ออกกำลังกาย	288(87.8)	516(77.1)	142(89.9)	208(83.9)	1154(82.3)
2. วิธีออกกำลังกายใน 6 เดือนที่ผ่านมา					
- เดินเอโรบิค	182(63.2)	383(61.1)	84(58.3)	123(58.6)	772(60.8)
- วิ่ง	93(32.3)	170(27.1)	39(27.1)	45(21.4)	347(27.3)
- ว่ายน้ำพลอง	52(18.1)	115(18.3)	1(0.7)	151(71.9)	227(17.9)
- ขี่รถจักรยาน	76(26.4)	112(17.9)	20(13.9)	5(2.4)	213(16.8)
- เดินเร็ว	36(12.5)	79(12.6)	22(15.3)	23(11.0)	160(12.6)
- รำไทเก๊ก	39(13.5)	9(1.4)	1(0.7)	21(10.0)	70(5.5)
- อื่นๆ ได้แก่ ละครเวที จักร มโนราห์ เปตอง ยกน้ำหนัก ฟุตบอล	63(21.9)	76(12.1)	23(16.0)	34(16.2)	196(15.5)
3. การออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกเหนือจากการออกกำลังกายร่วมกับชมรมแล้ว (ได้แก่ ใช้เครื่องออกกำลังกาย ภายภาน้ำบาด ทำงานบ้าน)					
- ไม่มี	138(48.3)	367(59.6)	105(72.9)	88(42.3)	698(55.7)
- มี	148(51.7)	249(40.4)	39(27.1)	120(57.7)	556(44.3)
4. การออกกำลังกาย กรณีที่ชมรมงดการออกกำลังกาย					
- ไม่ได้ออกหรืองดไปเลย	60(20.9)	117(21.2)	47(32.9)	38(18.1)	262(22.0)
- ไปออกกำลังกายกับกลุ่มอื่นๆ	43(15.0)	135(24.4)	37(25.9)	23(11.0)	238(19.9)
- ออกกำลังกายคนเดียว	173(60.3)	279(50.5)	53(37.1)	136(64.8)	641(53.7)
- อื่นๆ ได้แก่ ออกกำลังกายกับครอบครัว	11(3.8)	22(4.0)	6(4.2)	13(6.2)	52(4.4)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ
จำแนกตามภาค (ต่อ)

พฤติกรรม	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
5. ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ในปัจจุบัน					
- น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์	51(17.7)	142(25.4)	25(17.5)	26(12.3)	244(20.3)
- 3 วัน/สัปดาห์	67(23.3)	165(29.5)	56(39.2)	48(22.7)	336(28.0)
- 4 วัน/สัปดาห์	21(7.3)	80(14.3)	21(14.7)	32(15.2)	154(12.8)
- 5 วัน/สัปดาห์	29(10.1)	49(8.8)	22(15.4)	61(28.9)	161(13.4)
- 6 วัน/สัปดาห์	15(5.2)	39(7.0)	8(5.6)	12(5.7)	74(6.2)
- ทุกวัน	105(36.5)	85(15.2)	11(7.7)	32(15.2)	233(19.4)
7. ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการออกกำลังกายในปัจจุบัน					
- สม่ำเสมอ ไม่เคยขาด	101(35.1)	66(11.8)	18(12.6)	45(21.3)	230(19.2)
- สม่ำเสมอ นานครั้งจะหยุดเมื่อจำเป็น จริงๆ	106(36.8)	191(34.2)	55(38.5)	80(37.9)	432(36.0)
- ส่วนใหญ่ทำได้สม่ำเสมอ	41(14.2)	85(15.2)	30(21.0)	62(29.4)	218(18.2)
- ส่วนใหญ่ทำได้ไม่สม่ำเสมอ	39(13.5)	212(38.0)	40(28.0)	22(10.4)	313(26.1)
- อื่นๆ ได้แก่ นานๆ ครั้ง	1(0.3)	4(0.7)	0(0.0)	2(0.9)	7(0.6)
6. ระยะเวลาเฉลี่ยในการออกกำลังกายแต่ละครั้งในปัจจุบัน					
- น้อยกว่า 30 นาที	48(16.7)	141(25.2)	21(14.8)	28(13.4)	238(19.8)
- 30-60 นาที	171(59.4)	368(65.7)	99(69.7)	158(75.6)	796(66.4)
- มากกว่า 60 นาที	69(24.0)	51(9.1)	22(15.5)	23(11.0)	165(13.8)
8. ความเพียงพอในการออกกำลังกายแต่ละครั้งในปัจจุบัน					
- ได้ตามเกณฑ์	72.9	54.3	61.3	73.9	62.9
- ไม่ได้ตามเกณฑ์	27.1	45.7	38.7	26.1	37.1

3.4 ผลกระทบจากการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม

3.4.1 ผลกระทบช่วงเดือนแรกของการเป็นสมาชิก ช่วงเดือนแรกของการเป็นสมาชิกชมรม พบว่า สมาชิกประสบกับปัญหาในด้านต่างๆ จำนวนมากพอสมควร กล่าวคือ การมีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.1) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (ร้อยละ 33.1) ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (23.2) การไม่เข้าใจหรือยอมรับจากคู่ครอง/สมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 20.3) ความอับอายในการออกกำลังกายในที่สาธารณะ (ร้อยละ 21.2) ความยากลำบากในวิธีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 34.0) ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (ร้อยละ 46.5) และการขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย (ร้อยละ 28.3) ซึ่งเกือบทั้งหมดของผู้ที่ได้รับผลกระทบนี้อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จากสภาพปัญหาและผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ สมาชิกจำนวนหนึ่งมีการหยุดหรือเลิกออกกำลังกายในช่วงนั้น เป็นครั้งคราวด้วยเหตุผลสำคัญ 3 เรื่อง คือ การประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.1) หน้าที่การงานในบ้าน (ร้อยละ 35.3) และความเหน็ดเหนื่อยล้า (ร้อยละ 23.2) ส่วนเหตุผลที่กลับมาออกกำลังกายใหม่มีเหตุผลสำคัญ 2 เรื่อง คือ ความต้องการมีสุขภาพดี (ร้อยละ 74.0) และเพื่อนชักชวน (ร้อยละ 17.1) ดังรายละเอียดตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีปัญหาจาก การออกกำลังกาย ในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค

ปัญหา	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. ผลกระทบต่อการประกอบอาชีพตามปกติ					
- ไม่มีเลย	258(78.7)	376(55.7)	119(73.8)	208(82.9)	960(67.9)
- น้อย	38(11.6)	165(24.4)	34(21.3)	27(10.8)	264(18.7)
- ปานกลาง	27(8.2)	116(17.2)	7(4.4)	10(4.0)	160(11.3)
- มาก	5(1.5)	18(2.7)	1(0.6)	6(2.4)	30(2.1)
2. ผลกระทบต่อภาระและความรับผิดชอบในครอบครัว					
- ไม่มีเลย	257(78.4)	371(55.0)	107(66.9)	211(84.1)	946(66.9)
- น้อย	39(11.9)	192(28.5)	37(23.1)	28(11.2)	296(20.9)
- ปานกลาง	28(8.5)	89(13.2)	13(8.1)	11(4.4)	141(10.0)
- มาก	4(1.2)	22(3.3)	3(1.9)	1(0.4)	30(2.1)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีปัญหาจาก การออกกำลังกาย ในช่วงหนึ่งเดือนแรกของการเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค (ต่อ)

ปัญหา	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
3. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น					
- ไม่มีเลย	271(83.1)	474(70.2)	120(75.0)	219(87.3)	1084(76.8)
- น้อย	33(10.1)	127(18.8)	25(15.6)	21(8.4)	206(14.6)
- ปานกลาง	19(5.8)	62(9.2)	12(7.5)	9(3.6)	102(7.2)
- มาก	3(0.9)	12(1.8)	3(1.9)	2(0.8)	20(1.4)
4. ความไม่เข้าใจหรือยอมรับจากคู่ครอง/สมาชิกครอบครัว					
- ไม่มีเลย	292(90.1)	489(72.4)	131(81.9)	212(84.5)	1124(79.7)
- น้อย	19(5.9)	114(16.9)	17(10.6)	30(12.0)	180(12.8)
- ปานกลาง	9(2.8)	59(8.7)	12(7.5)	8(3.2)	88(6.2)
- มาก	4(1.2)	13(1.9)	0(0.0)	1(0.4)	18(1.3)
5. ความอับอายจากการไปออกกำลังกายในสถานที่สาธารณะ					
- ไม่มีเลย	285(87.2)	480(71.2)	126(78.8)	222(88.4)	1113(78.8)
- น้อย	26(8.0)	135(20.0)	22(13.8)	23(9.2)	206(14.6)
- ปานกลาง	12(3.7)	56(8.3)	12(7.5)	3(1.2)	83(5.9)
- มาก	4(1.2)	3(0.4)	0(0.0)	3(1.2)	10(0.7)
6. ความยากลำบากในวิธีการออกกำลังกาย					
- ไม่มีเลย	225(68.8)	388(57.5)	117(73.1)	202(80.5)	932(66.0)
- น้อย	61(18.7)	178(26.4)	28(17.5)	32(12.7)	299(21.2)
- ปานกลาง	34(10.4)	90(13.3)	14(8.8)	15(6.0)	153(10.8)
- มาก	7(2.1)	19(2.8)	1(0.6)	2(0.8)	29(2.1)
7. ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าและรู้สึกว่าร่างกายจะไปไม่ไหว					
- ไม่มีเลย	203(62.1)	299(44.4)	97(60.6)	156(62.2)	755(53.5)
- น้อย	76(23.2)	197(29.3)	44(27.5)	65(25.9)	382(27.1)
- ปานกลาง	39(11.9)	132(19.6)	17(10.6)	24(9.6)	212(15.0)
- มาก	9(2.8)	45(6.7)	2(1.3)	6(2.4)	62(4.4)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของสมาชิกชมรมที่มีปัญหาจาก การออกกำลังกาย ในช่วงหนึ่งเดือน
แรกของการเป็นสมาชิกชมรม จำแนกตามภาค (ต่อ)

ปัญหา	ภูมิภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
8. การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย					
- ไม่มีเลย	272(83.2)	404(61.8)	117(73.6)	204(81.3)	997(71.7)
- น้อย	29(8.9)	159(24.3)	33(20.8)	37(14.7)	258(18.5)
- ปานกลาง	21(6.4)	67(10.2)	9(5.7)	8(3.2)	105(7.5)
- มาก	5(1.5)	24(3.7)	0(0.0)	2(0.8)	31(2.2)
9. สาเหตุของการหยุดหรือเลิกการออกกำลังกายในช่วงนั้น					
- เหนื่อยและเมื่อยล้า	39(37.9)	110(19.1)	26(32.1)	13(26.5)	188(23.2)
- สุขภาพไม่ดี	25(24.3)	132(22.9)	20(24.4)	9(18.4)	186(23.0)
- ชี้แจง	9(8.7)	25(4.3)	7(8.5)	2(4.1)	43(5.3)
- หน้าที่การงานในบ้าน	36(35.0)	208(36.1)	29(35.4)	13(26.5)	286(35.3)
- การประกอบอาชีพ	101(98.1)	369(64.1)	69(84.1)	45(91.8)	584(72.1)
- สมาชิกครอบครัวบ่น/ขอร้อง	19(18.4)	17(3.0)	18(22.0)	5(10.2)	59(7.3)
- อื่นๆ ได้แก่ ชมรมย้ายไปไกล ได้รับ บาดเจ็บ ผ่นตก มีธุระ เลี้ยงหลาน เปื้อน	2(1.9)	29(5.0)	4(4.9)	11(22.4)	46(5.7)
10. สาเหตุหลักในการกลับมาออกกำลังกายใหม่					
- ต้องการเอาชนะ	12(11.4)	23(4.0)	0(0.0)	2(4.0)	37(4.6)
- เพื่อสุขภาพที่ดี	89(84.8)	389(67.9)	79(96.3)	42(84.0)	599(74.0)
- เพื่อนชักชวน	20(19.0)	105(18.2)	9(11.0)	5(10.0)	139(17.1)
- สมาชิกครอบครัวสนับสนุน	5(4.8)	40(6.9)	9(11.0)	10(20.0)	64(7.9)
- อื่นๆ ได้แก่ มีผลกับสุขภาพ เปลี่ยน ผู้ให้อุปกรณ์	0(0.0)	24(4.2)	1(1.2)	3(6.0)	28(3.4)