

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

สิทธิของผู้สูงอายุ

สิทธิของผู้สูงอายุได้มีการบัญญัติเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษรครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 ไว้ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ กำหนดให้รัฐพึงช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้ดำรงชีพได้ตามสมควร ต่อมามีการยกเลิกและประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้แก้ไขเพิ่มเติมสิทธิผู้สูงอายุโดยได้รับรองสิทธิผู้สูงอายุและกำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐไว้อย่างชัดเจน มาตรา 53 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีและไม่มีรายได้เพียงพอมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐและรัฐต้องสงเคราะห์คนชราให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ต่อมาจึงได้มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ออกมารองรับสิทธิของผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว พระราชบัญญัติฉบับนี้เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นมา รวมทั้งได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 อันประกอบไปด้วยหลายหน่วยงาน ซึ่งมีการระบุอำนาจหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามเมื่อได้มีการยกเลิกรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ก็ได้มีการแก้ไขบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญว่าด้วยสิทธิผู้สูงอายุโดยได้มีการบัญญัติเพิ่มเติมสิทธิผู้สูงอายุหลายประการ อันได้แก่ กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาตัวอย่างเหมาะสม (มาตรา 40) ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี (มาตรา 53) กำหนดให้รัฐต้องดำเนินนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ด้านผู้สูงอายุให้มีการสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ (มาตรา 80) และด้านแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพยามชราด้วย (มาตรา 84) ดังนั้นจึงได้มีการแก้ไขมาตรา 11 และมาตรา 20 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 ให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับเบี้ยเลี้ยงยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมจากรัฐ ทั้งนี้การแก้ไขดังกล่าวเป็นไปตามนโยบายเร่งด่วนในการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลด้านผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งก็สอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2553 มาตรา 53 ดังกล่าว

อย่างไรก็ตามในการบังคับใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการคุ้มครองสิทธิ การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุด้านต่างๆ ตามกฎหมายอาจมีอุปสรรคและข้อขัดข้องบางประการเนื่องจากเป็นกฎหมายที่เป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ของไทย โดยเฉพาะการดำเนินงานของส่วนราชการในภูมิภาคและท้องถิ่นห่างไกล ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนภูมิภาคย่อมมีความรับผิดชอบและการกระจายหน้าที่ตามในส่วนกลางได้กำหนดมา แต่ปัญหาของท้องถิ่นไม่ได้จำเพาะแค่นี้เรื่องของกฎหมายยังมีอีกหลายบริบทที่ทำให้ ข้อกฎหมายทำให้การทำงานในท้องถิ่นสามารถทำได้จำกัด

ดังนั้นการศึกษากลไกการทำงานของหน่วยงานในท้องถิ่นเกี่ยวกับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญในแง่ของการนำไปใช้เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการ นอกจากนี้โครงการวิจัยรูปแบบภูมิคุ้มกันผู้สูงอายุ

ตำบลท่าโพธิ์มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งประกอบด้วยโครงการย่อยจำนวน 8 โครงการซึ่งจะต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างโครงการและระหว่างพื้นที่วิจัยและมหาวิทยาลัยนเรศวร

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงบริบทการทำงานเกี่ยวกับระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้องกับหลายหน่วยงานและหลายศาสตร์ เช่น ทางด้านการบริหาร การเมือง การปกครองและข้อกฎหมาย จึงได้แบ่งหัวข้อหลักในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องออกเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้ วรรณกรรมด้านกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ และบทบาทและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุขององค์กรระดับท้องถิ่นในตำบลท่าโพธิ์ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับเนื้อหาของการศึกษาเพื่อให้ได้เข้าใจถึงบริบทในพื้นที่ การทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำไปสู่การสร้างเครือข่ายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วรรณกรรมด้านกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกฎหมายของผู้สูงอายุประกอบไปด้วย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 สิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ตามหัวข้อต่อไปนี้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550

รัฐธรรมนูญพ.ศ. 2550 ได้มีการเพิ่มเติมและบรรจุหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยและหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ โดยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองในการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม
2. ผู้สูงอายุมีอายุเกิน 60 ปี และไม่มีรายได้เพียงพอมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือจากรัฐ
3. ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์และจัดสวัสดิการทางด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และพึ่งพาตนเองได้และรัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

สิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ได้รับการส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้แก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีและ
13. เรื่องอื่นตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ

นอกจากเรื่องของสิทธิประโยชน์และนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ทางด้านกฎหมาย พระราชบัญญัติต่าง ๆ แล้วหน่วยงานที่เป็นผู้ขับเคลื่อน กำกับดูแลนโยบายก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน ส่วนนี้จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโครงสร้างกลไก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หน่วยงานและองค์กร

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ในมาตราที่ 4 ระบุคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มีองค์ประกอบคณะกรรมการ(ราชกิจจานุเบกษา, 2546) ดังต่อไปนี้

- 1) นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ
- 2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นรองประธานกรรมการคนหนึ่ง

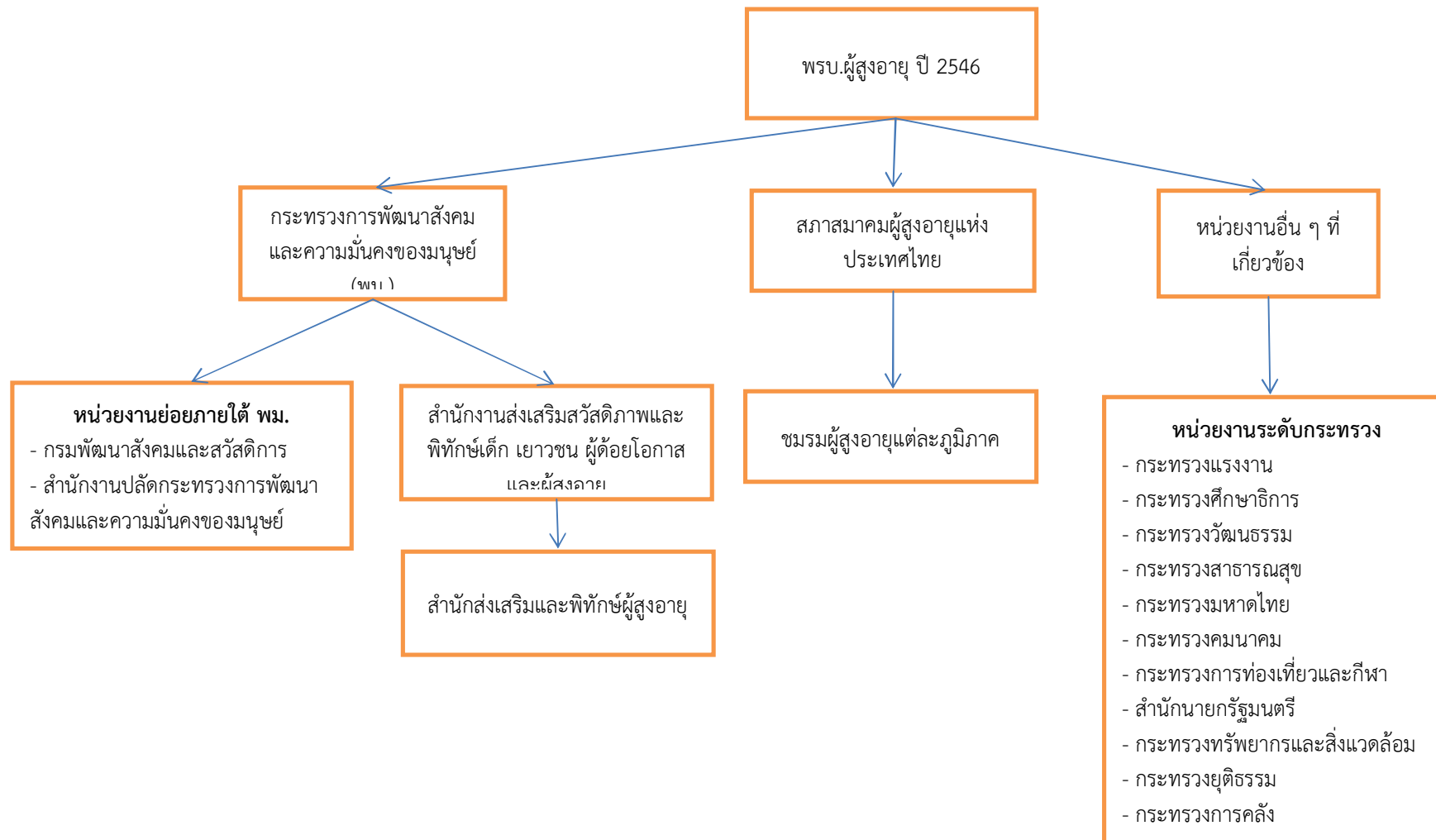
3) ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง

4) ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประธานสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขาธิการสภาการศึกษาเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง

5) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้แทนองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงานในด้านการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุจำนวนไม่เกินห้าคน

6) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนไม่เกินห้าคนให้ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

จากเนื้อหาในพระราชบัญญัติดังกล่าวเราสามารถระบุหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุโดยตรง 2 หน่วยงานคือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยซึ่งในนั้นประกอบด้วยหน่วยงานย่อยมากมายที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยโดยมีกลไกการทำงานภาคนโยบายตามที่แสดงในภาพประกอบ 2.1 ดังต่อไปนี้



รูปที่ 2.1 โครงสร้างหน่วยงานที่กำกับดูแลเกี่ยวกับนโยบายและสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2546

หน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรง

จากภาพโครงสร้างของหน่วยงานที่นำเสนอข้างต้น หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านสิทธิประโยชน์กฎหมาย รวมไปถึงการพัฒนาต่างๆ ของผู้สูงอายุผู้นั้นอยู่ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยวิสัยทัศน์และพันธกิจของกระทรวง กำหนดบทบาทให้กระทรวงให้สร้างการผลักดันให้เกิดสังคมสวัสดิการ พัฒนาเสริมสร้างพลังทางสังคมและยกระดับขีดความสามารถการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) โดยมีหน่วยงานย่อยภายในกระทรวง 5 หน่วยงาน คือ สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สำนักกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ตามที่ปรากฏในภาพข้างต้น โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุโดยตรงได้แก่ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ แต่ก็มีโครงการหลายๆ โครงการที่ออก จากหน่วยงานย่อยอื่น เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาระแห่งชาติ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ฯลฯ (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาระแห่งชาติ) แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงาน สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็มีการผลักดันยุทธศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านโครงการและกิจกรรมต่างๆ ด้วยเช่นกัน

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ(สท.)เป็นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งทำหน้าที่พัฒนามาตรการกลไก และนวัตกรรมในการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย การบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีชีวิตที่ดี พัฒนาระบบบริหารจัดการและขีดความสามารถของบุคลากร(สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชนผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ(สท.), 2003) ซึ่ง สท. แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ด้อยโอกาส กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นผู้รับหน้าที่โดยตรง

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ หรือ สทส.(สทส.), (2011a) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ. 2545 โดยเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวง ดังนี้

1. เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมการใช้ศักยภาพ การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ
2. พัฒนามาตรการ กลไก และกำหนดมาตรฐานการส่งเสริมศักยภาพ คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ การจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุและการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
3. ส่งเสริมและประสานเครือข่ายในการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ การเสริมสร้างบทบาททางสังคมและการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม พันธกรณีหรือข้อตกลงระหว่างประเทศ

4. พัฒนานองค์ความรู้ในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ

5. ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากหน่วยงานของกระทรวง พม.ที่เกี่ยวข้องโดยตรงยังมีสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยที่มีบทบาทด้านผู้สูงอายุมาก โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุประจำภาค ซึ่งเป็นไปตามระเบียบสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ว่าด้วยเกณฑ์มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ พ.ศ. 2552 โดยเครือข่ายและชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วยกลุ่มหน่วยงาน จำนวน 5 กลุ่ม(สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ(สทส.), 2011b)ได้แก่

1. สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จำนวน 76 แห่ง
2. สาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำกลุ่มเขต (กรุงเทพมหานคร)จำนวน 6 กลุ่มเขต
3. ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน18แห่ง
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12แห่ง
5. ศูนย์บริการสาธารณสุข68 แห่ง

หน่วยงานอื่น

นอกจากหน่วยงานหลักเหล่านี้แล้ว การดำเนินนโยบายเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังมีหน่วยงานจากกระทรวงอื่นที่สนับสนุนและมีบทบาทในทางอ้อมหลายหน่วยงานได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กรมการจัดหางาน ภายใต้กระทรวงแรงงาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชนภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรมในด้านของการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุในการศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารการดำเนินชีวิต กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงมหาดไทย ผ่านหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงอื่นๆ

บทบาทและกลไกการขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุขององค์กรระดับท้องถิ่นในตำบลท่าโพธิ์

จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้าในส่วนขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในระดับนโยบายซึ่งเป็นส่วนที่คอยผลักดันทิศทางการพัฒนาสวัสดิการของผู้สูงอายุ ในขอบเขตการศึกษาครั้งนี้ระบุขอบเขตระดับตำบลเฉพาะตำบลท่าโพธิ์ ในจังหวัดพิษณุโลกเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจึงทำการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับหน่วยงานที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างองค์กรภาคนโยบายและผู้สูงอายุโดยมีหน่วยงานดังต่อไปนี้

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์

ตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 องค์การบริหารส่วนตำบลถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาผู้สูงอายุ ตามมาตราที่ 23 ว่าด้วยอำนาจหน้าที่ของสภาตำบล(ราชกิจจานุเบกษา, 2537) มีดังนี้

มาตรา 23 ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย สภาตำบลอาจดำเนินการภายในตำบล ดังต่อไปนี้

- 1) จัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและการเกษตร
- 2) จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
- 3) จัดให้มีและรักษาทางระบายน้ำ และรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำทางเดิน และที่สาธารณะรวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
- 4) คุ้มครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 5) บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร
- 6) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

เนื้อหาข้างต้นข้อ 6 การส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทหนึ่งของ อบต. ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสวัสดิการ การพัฒนาในผู้สูงอายุในท้องถิ่นอย่างเด่นชัด องค์การบริหารส่วนตำบลจึงเป็นหน่วยงานที่มองข้ามมิได้สำหรับการเป็นหน่วยงานที่ต้องเข้าร่วมในเครือข่ายการพัฒนาผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการหนึ่งที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการปฏิรูปให้มีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น จากเดิมที่เป็นหน่วยงานบริการที่ให้บริการ โดยแนวคิดการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)มีดังนี้

1. เป็นผู้นำนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติ
2. บริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
3. รับผิดชอบภารกิจ 5 ด้าน
4. เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วม
5. ยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

จากที่กล่าวมาเป็นแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งนำไปสู่แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)อย่างคร่าว ๆ คือ

1. การบริการเชิงรับ ได้แก่ บริการการตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นตามศักยภาพ การให้บริการด้านการปรึกษาแนะนำ ให้บริการ การติดตามผลการรักษา การส่งต่อตามระบบ

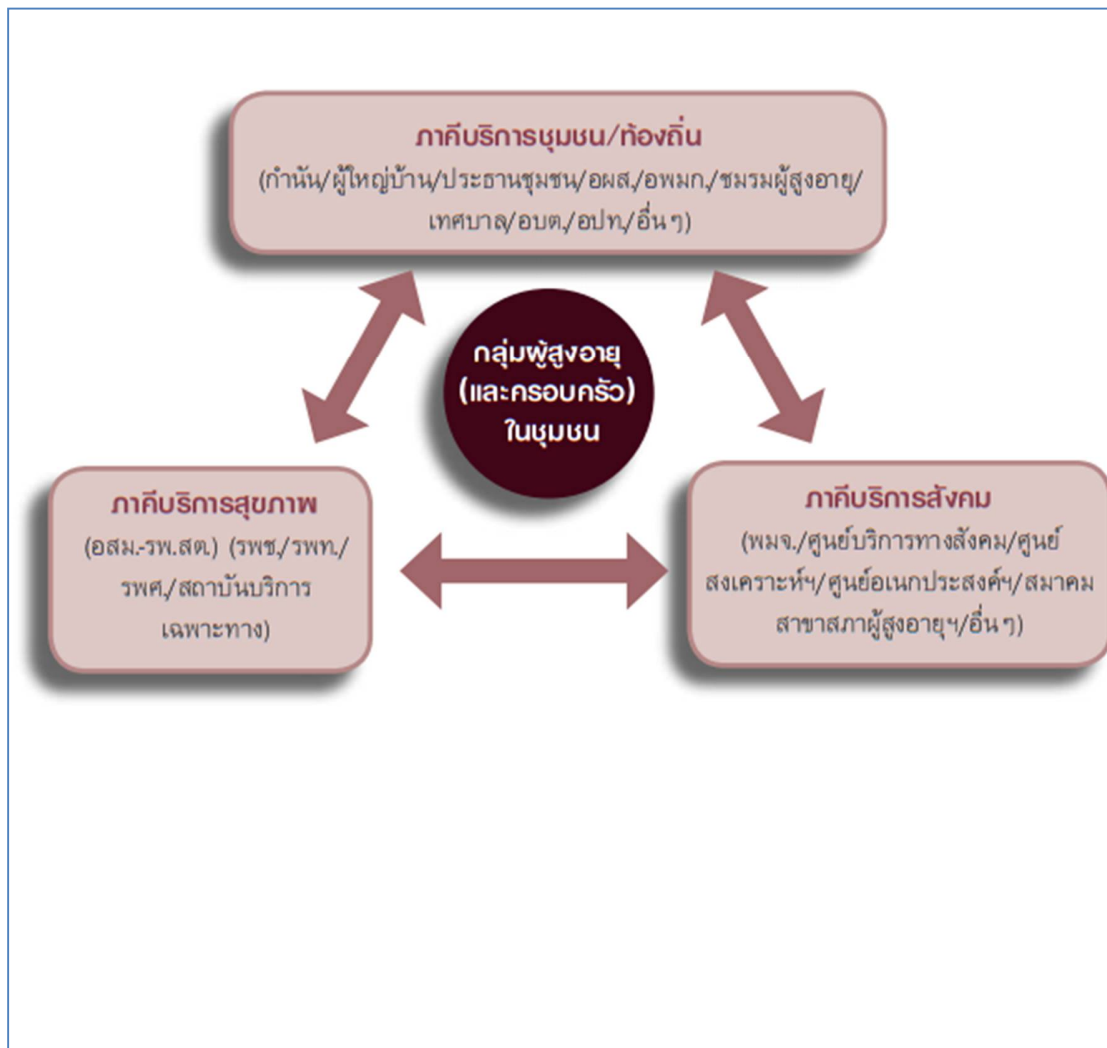
2. การบริการเชิงรุก (การบริการในครอบครัว ชุมชน) ซึ่ง"เริ่มจากปรับความคิดของประชาชนจากที่คอยพึ่งพิงระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย "สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ" " ลักษณะการปฏิบัติการเชิงรุกมีทั้งทีมเยี่ยมบ้าน มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับข่าวสารสุขภาพ การรณรงค์ สร้างวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชน

หัวใจหลักของการนำแนวคิดแนวปฏิบัติดังกล่าวที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ตัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำหมู่บ้าน (อสม.) แผนสุขภาพตำบล และการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นเพียงบทบาทและหน้าที่หลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหนังสือ การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ กล่าวถึงแนวทางการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 5 หลัก(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)คือ หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดการบริการ แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มโดย รพ.สต. การนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. และการเชื่อมต่อเชื่อมโยงงานการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต.

1. หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน

หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุมี 3 ส่วนหลัก คือ ภาควิชา 3 ภาควิชา เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ

ภาควิชา 3 ภาควิชาประกอบด้วย ภาควิชาบริการชุมชน/ ท้องถิ่น ภาควิชาบริการสุขภาพและภาควิชาบริการสังคม ซึ่งทั้ง 3 ภาควิชาประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เทศบาล อบต. อบจ. อบท. รพสต และโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยงานในระบบสุขภาพอื่นๆ ที่ทำงานเชื่อมกันอยู่ในภาควิชา เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด หน่วยงานทั้งหมดนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน



รูปที่ 2.2 ภาติการทำงานเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553)

เจตคติของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการให้บริการที่เหมาะสม สำหรับผู้บริการสุขภาพต้องมีเจตคติของผู้ให้บริการเป็นเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ และนอกจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพแล้ว ตัวผู้สูงอายุเองต้องมีเจตคติที่ดีต่อความเป็นผู้สูงอายุ "เจตคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ มักจะนำไปสู่ การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม จนถึงการทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุได้ โดยการทารุณกรรมผู้สูงอายุ (elder abuse) หรือ บางครั้งเรียกว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุหลายรูปแบบ" (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553)

อีกหัวใจของการให้บริการนอกเหนือจาก ภาวคิและเจตคติของผู้ให้บริการและตัวผู้สูงอายุเอง เป็นบริการรูปแบบใหม่ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรียกว่า "รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ" โดยมีหลักของ ลักษณะสำคัญของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหลักสำคัญของการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (7 ประการ) + หลักการบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (3 ประการ)		
1. การจัดให้มีบริการ (availability) 2. การเข้าถึงบริการ (accessibility) 3. การผสมผสานของบริการ (comprehensiveness) 4. คุณภาพของบริการ (quality) 5. ประสิทธิภาพของบริการ (efficiency) 6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ (non-discrimination) 7. การให้บริการที่สอดคล้องกับเพศและวัย (gender & age responsiveness)	1. บุคลากรเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีเจตคติ ความรู้และทักษะ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2. ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ	 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ) (รพ.สต. แนวใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุ)

รูปที่ 2.3 หลักของการให้บริการรูปแบบใหม่ต่อผู้สูงอายุ

ที่มา : ราชกิจจานุเบกษา (2546)

2. การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดบริการ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ทำไปเพื่อจัดบริการแก่ผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม ซึ่งมีแม่บทหลักในการปฏิบัติงาน โดยการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการจัดบริการของ รพ.สต. แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการจัดนี้จะจัดเป็นไปตามการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยการจำแนกกลุ่มต้องมีการสำรวจผู้สูงอายุ และนำเข้าสู่การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อทำการคัดกรองแล้วให้ทำการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการจัดกลุ่มผู้สูงอายุจะทำให้สามารถจัดบริการที่เหมาะสมได้ โดยการนำไปใช้งานการจำแนกกลุ่มจะต่อยอดไปถึงการสร้างบริการแบบบูรณาการและต่อยอดในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มโดย รพ.สต

เมื่อได้กลุ่มผู้สูงอายุจากกระบวนการที่ 2 แล้วการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการให้กับกลุ่มต่างๆ ดังเสนอในตาราง 2.1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1 ลักษณะของผู้สูงอายุจำแนกเป็นกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่ม	ลักษณะผู้สูงอายุ		เป้าหมายการให้บริการ
	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม	
กลุ่มติดสังคม	- สุขภาพทั่วไปดี - ช่วยตนเองได้ - มีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ 1-2 โรค	- เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - ช่วยเหลือคนอื่นได้ - อาจมีปัญหาทุกข์ยากหรือไม่ก็ได้	- การส่งเสริมสุขภาพ - การชะลอความเสี่ยงจากความสูงอายุ - ส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม - การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง
กลุ่มติดบ้าน	- ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน - มีโรคเรื้อรังหลายโรค/ มีภาวะแทรกซ้อน - มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาโดยอิสระ	- มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	- การควบคุมโรค - การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพ/ ความพิการ - เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง
กลุ่มติดเตียง	- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ - มีโรคเรื้อรังหลายโรค/มีภาวะแทรกซ้อน - มีภาวะห่อหมก/เปราะบาง/ชราภาพ - มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย	- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	- ควบคุมอาการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิตจากปัญหาที่แก้ไขได้ - ทดทอนภาวะทุพพลภาพ - ประคับประคองอาการ - เสียชีวิตอย่างสงบสุข

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553)

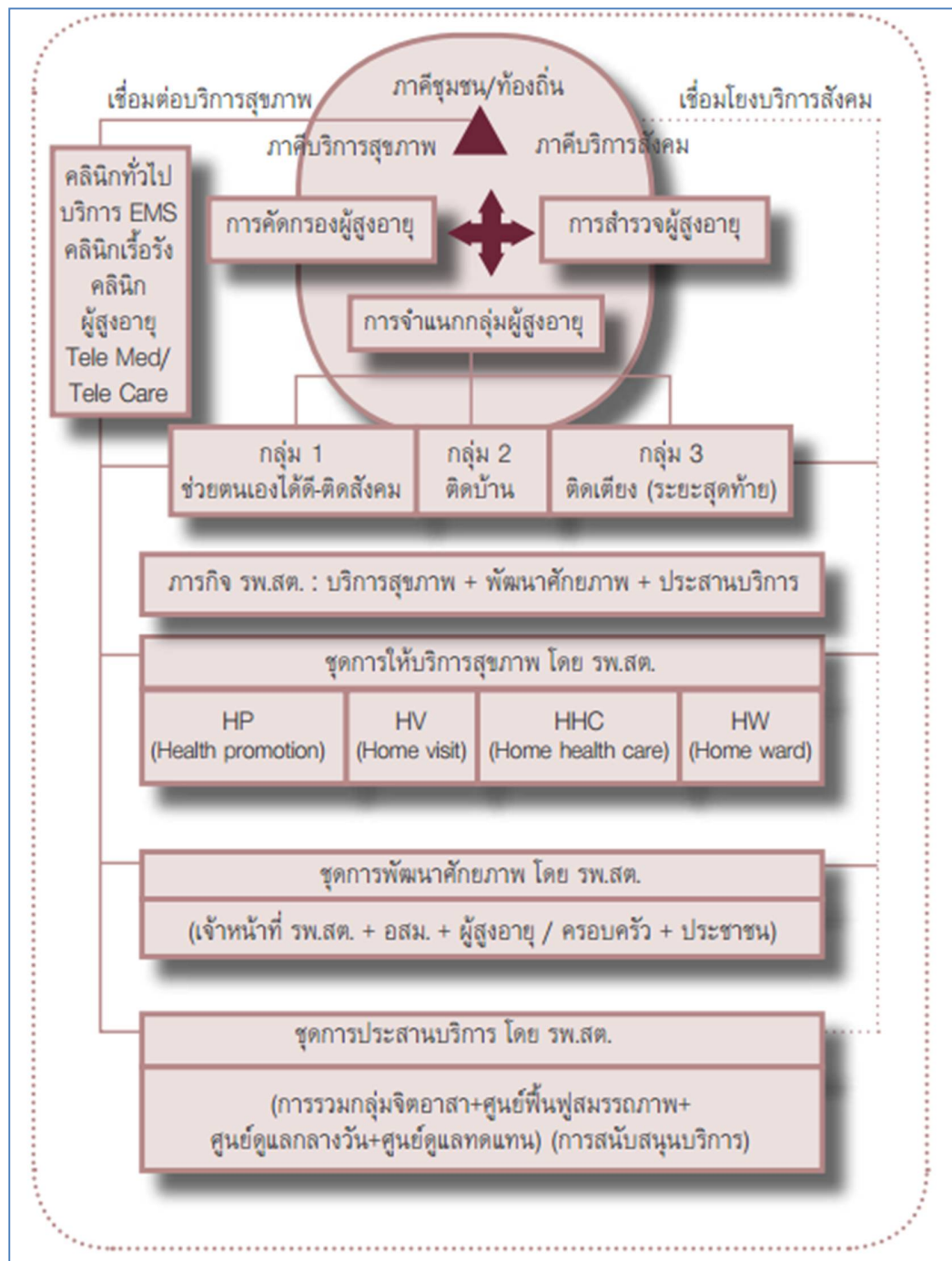
ในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุก็มีการให้บริการที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เน้นไปที่บทบาทและกลไกการทำงานเป็นหลักจึงเลือกนำเสนอในภาพรวมไม่เจาะจงไปที่รายละเอียดมากนัก

4. การนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต.

เป็นการนำบริการตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุนำไปใช้ในการจัดบริการตามกลุ่มผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ นอกจากการจัดบริการแล้วยังมีชุดการให้บริการ(Service package) เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะ เช่น ชุดบริการส่งเสริมสุขภาพ ชุดการให้บริการเยี่ยมบ้าน ชุดการให้บริการการดูแลที่บ้าน ชุดการให้บริการใช้บ้านเป็นเรือนนอน ซึ่งการนำชุดบริการไปใช้ต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างเครือข่าย กลุ่มภาคีต่างๆ ในชุมชนช่วยกัน เช่น เครือข่าย อสม. ในการเยี่ยมบ้าน

5. การเชื่อมต่อและเชื่อมโยงงานการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต.

เนื้อหาส่วนนี้เป็นบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือสถาบันการให้บริการด้านสุขภาพในการให้บริการในชุมชน การเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคีในชุมชน ทั้งในด้านการบริการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของภาคี การสร้างความร่วมมือ โดยเชื่อมโยงเชื่อมต่อกลวิธีในการดำเนินงาน ระหว่างภาคี ตามภาพ 2.4 ดังต่อไปนี้



รูปที่ 2.4 กลไกการทำงานด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ

ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553)

ชมรมผู้สูงอายุท่าโพธิ์

ที่มาของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเริ่มจากการที่สังคมไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี ทำให้ต้องหันมาให้ความสำคัญประเด็นปัญหาที่มาพร้อมกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ(สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ) จึงทำให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มเป็นชมรม เพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย รักใคร่ มีความสามัคคี ความเบิกบาน หายเหงา โดยกิจกรรมที่สำคัญ คือ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมประเพณีวัฒนธรรม ท้องถิ่นและภูมิปัญญา กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรม จิตอาสา กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมเกี่ยวกับสวัสดิการชุมชน ฯลฯ

การทำงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชนของผู้สูงอายุเป็นไปเพื่อให้การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุดำเนินการได้อย่างยั่งยืน โดยการทำงานจะต้องประสานงานกับองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชนต่างๆ เช่น ภาครัฐกิจ วัดโรงเรียน อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในท้องถิ่นนั้น

สุขภาวะของผู้สูงอายุ

การเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติซึ่งถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิตโดยมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเกิดขึ้นมากมายและมักเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมลง ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัยคือบุคคลที่มีอายุ ปีบริบูรณ์ขึ้น 60ไปจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2552 เป็นที่แน่ชัดว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2552 เรื่อง การศึกษาขนาดและแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุไทยตั้งแต่ปี 2503 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มี1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าคือประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี 2552 ทำให้เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการคาดการณ์ในปี 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี 2552 และในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น17.8 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ

โดยพบว่ามีจำนวนผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (250,000 คน) ในปี 2567 จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงวัยก็มีความหลากหลายและต้องการการดูแลสุขภาพที่ดีมีความต่อเนื่องอย่างเป็นระบบและยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงวัย ได้แก่ ด้านร่างกาย กล้ามเนื้อ กระดูกไม่แข็งแรงทำให้ เคลื่อนไหวช้าลง ประสาทสัมผัสและการรับรู้ต่ำ และเกิดอุบัติเหตุง่าย เช่น การล้ม นอกจากนี้พบว่ามีระบบไหลเวียนเลือด และหัวใจทำงานลดประสิทธิภาพลง ความดันโลหิตสูง เป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ด้านจิตใจ เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อยๆ ซึม แยกตัว ฯลฯอารมณ์วิตกกังวล ห่วงใยลูกหลานมากขึ้นบางครั้งจะมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น มีอาการทางจิตที่รุนแรง ด้านสังคม บทบาท

และความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลงทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรงเกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายการสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในบ้านและมีความรู้สึกว่ตนเองไม่มีประโยชน์ หมดคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับการช่วยเหลือ และถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุของทุกประเทศทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2008: Online) และจากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging) โดยประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 (กรมอนามัย, 2550: Online) เป็นการเข้าสู่ยุคของสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งหมายถึงการมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ (พิมล แสงสว่าง, 2549, หน้า 22), (United Nation, 2008, p.3) หรือประชากรอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

ในสังคมไทยปัจจุบัน กลุ่มผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองและยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน ซึ่งเป็นผลมาจากจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมือง ขยายตัวและกระจายตัวเพิ่มมากขึ้นสังคมชนบทรับความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้นอาชีพในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตขึ้น ดึงดูดชาวชุมชนออกจากอาชีพในภาคเกษตรกรรมเกิดการอพยพออกจากท้องถิ่นจนทำให้โครงสร้างของชุมชนเปลี่ยนแปลงไปเช่น สัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลงครอบครัวมีขนาดเล็กลงสมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัวจนทำให้มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ 13.5 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 3.8 (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2552, หน้า 2) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุและเด็กเป็นส่วนใหญ่ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน (วิไลลักษณ์รุ่งเมืองทอง, 2553, หน้า 1-2)สิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุจะมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลงปรากฏการณ์ที่พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทห่างไกลคือผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง(สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2552, หน้า 29) โดยลูกหลานออกไปทำงานในเมืองและส่งเสียเงินทองมาเลี้ยงดูหรืออาจถูกปล่อยปละละเลยให้ผู้สูงอายุต้องทำมาหากินเลี้ยงตัวเองไปตามลำพังก็มีไม่น้อย (ธัญญา สนิทวงศ์ณอยุธยา, 2542, หน้า 1)

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล วยสูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคตโดยหลายโรคเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง (Louis and Parker, 2001, pp. 16) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.8 รับประทานอาหารเพียงมือเดียวต่อวันการหกล้มภายใน 6 เดือนของผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 5.5 ผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้งเป็นอย่างน้อยด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.8 มีภาวะซึมเศร้า (อรรวรรณ์ คุหาและนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2552, หน้า 15-16)

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงมาก ทั้งร่างกาย จิตใจสังคม สิ่งแวดล้อม เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ภาวะหรือการซึมเศร้า จึงพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวันภาวะซึมเศร้าจะทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้นถ้ามีอาการรุนแรง จะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (อาพสา หุตะเจริญ 2553 ออนไลน์) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อม ทั้งร่างกายและจิตใจ หรือทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันรวมทั้งทราบแนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่ามีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทางตรงกันข้ามหากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้จากกลายเป็นโรคซึมเศร้าจนต้องเข้ารับการรักษาจากจิตแพทย์มีเช่นนั้นอาจเกิดผลเสียหายทวีรุนแรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว(เรณูการ์ ทองคำรอด ออนไลน์)

การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของผู้สูงอายุในโครงสร้างของประชากรไทยและทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นประเด็นสำคัญที่รัฐไทยได้เล็งเห็นความสำคัญและแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อประชากรกลุ่มนี้จึงได้กำหนดกลยุทธ์ในการรับมือปัญหาและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้สูงอายุผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กลยุทธ์ 1 คือการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านสภาพแวดล้อมของชุมชนให้มีความเป็นมิตรปลอดภัยต่อผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมทางสังคมซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจและร่างกายการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการคือข้อมูลด้านสังคมประชากรของผู้สูงอายุพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมสาธารณะและลักษณะทางกายภาพของพื้นที่สาธารณะในเขตตำบลท่าโพธิ์ภายใต้การผสมผสานกรอบแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน(Universal Design : Design for All) แนวความคิดเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ(Age-friendly cities) และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ(Assistive Technology : HAAT model) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาพื้นที่สาธารณะนำเสนอต่อองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปเป็นต้นแบบในการปรับปรุงในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง กล่าวคือปี พ.ศ. 2537 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 และในปี 2545 -2550 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 และร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับและคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 (รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ, 2550) นอกจากนี้มีการคาดการณ์ว่าในอีก 25 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.5 ทำให้สถานการณ์ของประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Shryock, 2004 อ้างในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นนับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้ตั้งแต่นั้นนับแต่ปี 2554 เป็นต้นไปมาตรการเพื่อรองรับผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนต้อง

เร่งดำเนินการเตรียมมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุจะเห็นได้จากการที่รัฐได้กำหนดให้ยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 นอกจากนี้ยังได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีเหตุผลในการจัดทำแผนสืบเนื่องมาจาก “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population ageing) ” อันมีผลต่อสภาพทางสังคมภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาวประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางด้านกายภาพคือยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุข้อ 2.6 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยประกอบกับข้อ 2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในงานวิจัย¹ ที่กล่าวว่าเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองระดับมากดังนั้นบริการทางสังคมที่จะจัดขึ้นควรเป็นโครงการที่เสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนให้เกิดการติดต่อกับสังคมได้แก่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆรวมกลุ่มการเป็นอาสาสมัครเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ปราศจากภาวะพึ่งพาให้นานที่สุดควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านโภชนาการการออกกำลังกายการสมาคมและอื่นๆประเด็นที่กล่าวมาเบื้องต้นทำให้สามารถพิจารณาได้ว่าการที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างยืนยาวประการหนึ่งคือควรจัดให้มีการสมาคมมีเพื่อนมีบทบาทมีกิจกรรมการติดต่อกับทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้วยเหตุผลสนับสนุนว่าผู้สูงอายุยังต้องการการติดต่อกับสังคมเพื่อนฝูงเหมือนในวัยอื่นๆองค์กรท้องถิ่นหรือชมรมผู้สูงอายุจะมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพบปะเพื่อนในวัยเดียวกันได้³ ประกอบกับที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยพื้นฐานเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่ในช่วงใดของอายุก็ตามต้องได้รับความปลอดภัยและพื้นที่ๆส่งเสริมให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทำกิจกรรมมีบทบาทสมาคมร่วมกับผู้อื่นได้

ดังนั้นการส่งเสริมกิจกรรมทางด้านสังคมดังกล่าวจำเป็นต้องมีการศึกษาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่กิจกรรมทางสังคม (Public space) ทั้งในพื้นที่ซึ่งเกิดกิจกรรมอยู่แล้วในชุมชนเช่นพื้นที่วัดตลาดลานเอนกประสงค์ลานออกกำลังกายศาลาศูนย์กลางชุมชน ฯลฯ และในพื้นที่กิจกรรมใหม่ที่มีศักยภาพในการเกิดพื้นที่กิจกรรมชุมชนสำหรับผู้สูงอายุรวมถึงพื้นที่สาธารณะอื่นๆ ในสภาพแวดล้อมชุมชนเช่นพื้นที่บริเวณตรอกซอยทางเท้าที่เชื่อมต่อกิจกรรมภายในชุมชนหรือพื้นที่ระหว่างบ้านพักอาศัยให้มีความเหมาะสมในด้านต่างๆทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังด้านการเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มสังคมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกับชุมชนด้านพฤติกรรมการใช้งานพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุและด้านคุณภาพของพื้นที่สาธารณะโดยนำเอาหลักการออกแบบพื้นที่สาธารณะและสภาพแวดล้อมชุมชนมาบูรณาการร่วมกับหลักการออกแบบสำหรับทุกคนเป็นการบูรณาการองค์ความรู้มิติทางด้านต่างๆมาสู่การจัดสภาพแวดล้อมกายภาพที่

1 แผนนโยบายด้านผู้สูงอายุ". [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://oppo.opp.go.th/info/policy_plan1.htm

2 ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม, ศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณนันทา มาระเนตร์ และคณะ

เหมาะสมกับการส่งเสริมบทบาทกิจกรรม ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ภายใต้ชุดโครงการวิจัยหลัก ที่มี การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังด้วย โดยมีพื้นที่กรณีศึกษาตำบลท่าโพธิ์อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

รูปแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชน

องค์ประกอบสำคัญของการวิจัยพัฒนารูปแบบ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ สถาบันที่ดำเนินงานด้านวิชาการ หรือการวิจัย และชุมชนที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ที่เกื้อกูลการพัฒนาซึ่งกันและกัน ตัวอย่างการวิจัยในพื้นที่ชุมชน ที่ประสบความสำเร็จจนดำเนินการวิจัยต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 50 ปี คือ งานวิจัย Framingham study (2005) ที่เริ่มศึกษาการดำเนินการให้บริการประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมือง Framingham รัฐ Massachusetts ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1947 มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 5,209 คน อายุระหว่าง 30-62 ปีโครงการวิจัยแต่ แรกเริ่มนั้นชื่อว่า Framingham Heart Study เนื่องจากได้ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของ ประชากรในเขตเมือง Framingham กลุ่มนักวิจัยในโครงการนี้ประกอบด้วยนักวิจัยจากหน่วยงานสาธารณสุขใน ท้องถิ่น และผู้เชี่ยวชาญในมหาวิทยาลัยโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลซึ่งปัญหางานวิจัยที่ตั้งขึ้นคือการจัดการ กับปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศในขณะนั้นจากการดำเนินการวิจัยดังกล่าวทำให้กลุ่ม ผู้วิจัยได้ค้นพบแนวความรู้ใหม่ของการวิจัยทางระบาดวิทยา โครงการดังกล่าวได้ทำการวิจัยในระยะยาวและ จำแนกรุ่นอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยที่เริ่มในปี ค.ศ. 1947 คือรุ่น Original Cohort ต่อมาได้ทำการวิจัยใน ปี 1971 กับรุ่นลูกของกลุ่มตัวอย่างเดิมโดยให้ชื่อว่า Offspring Cohort งานวิจัยที่เริ่มในปี 1994 ทำการวิจัยกับ ประชากรรุ่นถัดมาให้ชื่อรุ่นว่า Omni Cohort ปี 2002 ประชากรส่วนใหญ่คือรุ่นหลานของรุ่นแรกจึงให้ชื่อว่ารุ่น Third Generation Cohort และงานวิจัยในปี 2003 ให้ชื่อรุ่นว่า New Offspring Spouse Cohort และ Second Generation Omni Cohort ตามลำดับ จากการศึกษาการขอยกจากโครงการกลางคั่นของกลุ่ม ตัวอย่างในระยะเวลา 30 ปี พบว่า มีเพียง 3% เท่านั้นที่ขอยกจากการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความ กระตือรือร้นที่จะกลับมาให้ข้อมูลแก่นักวิจัยในครั้งต่อไปเสมอ

รูปแบบปัญหาด้านสุขภาพในตำบลท่าโพธิ์มีอยู่ทุกช่วงวัย แต่วัยที่มีบุคคลเป็นภาวะเรื้อรังจำนวนมากได้แก่ วัยสูงอายุ ทั้งนี้หนึ่งในโรคที่วัยสูงอายุในชุมชนตำบลท่าโพธิ์ต้องเผชิญคือ โรคไต งานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการลงพื้นที่ในชุมชนเพื่อพัฒนาระบบการบริการต่างๆเช่น ระบบบริการทางสุขภาพ ระบบคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น อาทิ งานของ Howard et al (2010) ที่ทำการวิจัยเรื่อง Cost-Effectiveness of Screening and Optimal Management for Diabetes, Hypertension, and Chronic Kidney Disease: A Modeled Analysis เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกลยุทธ์ทางเลือกในการป้องกันโรคไตระยะสุดท้ายเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติและทำการประมาณค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยใช้โมเดลมาคอฟทำการเปรียบเทียบ 1) การจัดการอย่างเข้มข้นเร่งรัดกับการดูแลตามปกติสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและ 2) ทำการตรวจคัดกรองและให้การรักษาย่างเข้มข้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติที่ได้รับการพัฒนามาก่อนแล้ว การวัดประสิทธิภาพ คำนวณจากค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ และค่าปีสุขภาพ (quality-adjusted life-years: QALYs) ผลการวิจัยพบว่า การรักษาย่างเข้มข้นเร่งรัดของโรคเบาหวานทำให้เกิดค่าใช้จ่ายน้อย และเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้ค่า QALYs ต่อผู้ป่วยเพิ่ม .075 กว่าจัดการทั่วไปและงานของ Elias-Smale et al. (2010) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Carotid, aortic arch and coronary calcification are related to history of stroke: The Rotterdam Study เพื่อนำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Multidetector computed tomography: MDCT) ที่ใช้เป็นหลักในการศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มาใช้คัดกรองภาวะหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับประวัติการเกิดโรคหลอดเลือด (Stroke) ในประชากรเขตเมืองรอตเตอร์ดัม(Rotterdam) มีกลุ่มตัวอย่าง 2,521 คน อายุเฉลี่ย 69.7 ± 6.8 ปีเป็นเพศชาย 48% เพศหญิง 52% ที่ได้รับการสแกนเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผู้วิจัยได้รับรายงานประวัติการเกิดโรคหลอดเลือด จากกลุ่มตัวอย่าง 96 คน คำนวณหาความสัมพันธ์ของการเกิดแคลเซียมเกาะตัวตามผนังหลอดเลือดต่างๆในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างความชุกของ การเกิดโรคหลอดเลือดกับการมีแคลเซียมเกาะผนังหลอดเลือดในประชากรเมืองรอตเตอร์ดัม งานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Whaley-Connell et al. (2008) เรื่อง CKD in the United States: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004 เพื่อทดลองใช้ชุดโปรแกรม The Kidney Early Evaluation Program (KEEP) เพื่อเป็นการคัดกรองสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based health-screening program) แก่บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือหาประวัติการเป็นโรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูงภายในครอบครัว และทำการสำรวจโดยใช้มาตร The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004 โดยทำการศึกษาลักษณะภาคตัดขวาง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างด้วย KEEP 61,675 คน พบบุคคลเป็นโรคไตเรื้อรัง 16,689 คน คิดเป็น 27.1% กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจโดย NHANES 14,632 คน พบเป็นโรคไตเรื้อรัง 2,734 คน คิดเป็น 15.3% การมีอายุมาก สูบบุหรี่ ความอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ล้วนสัมพันธ์กับการเป็นโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งจาก KEEP โปรแกรมและมาตร NHANES ที่ $P < .05$ แต่จากการวิจัยทำให้ทราบว่าพบความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรังจากการใช้โปรแกรม KEEP มากกว่าการใช้ NHANES นอกจากนี้ Jotkowitz et al. (2005) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Screening for carotid artery disease in the general public เนื่องจากการคัดกรองโรคต่างๆ ถูกนำไปใช้กับประชาชน ซึ่งมักใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงและมีความซับซ้อน มีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่จะทราบว่าผู้ป่วยมีการจะตัดสินใจอย่างไรต่อการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาไม่ว่าพวกเขาจะเข้าใจผลกระทบของการทดสอบในเชิงบวกหรือเชิงลบหรือไม่ก็ตาม การวิจัยได้สำรวจผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการตรวจคัด

กรองหลอดเลือดแดงด้วยวิธีใช้เครื่องอัลตราซาวด์ดอปเพลอร์จากศูนย์การแพทย์ระดับตติยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าพวกเขาควรจะได้รับ การทดสอบ และร้อยละ 59 ไม่ทราบว่า จะได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดคอโรติด (carotid artery) ในคนไข้ที่มีผลทดสอบเป็นบวก ซึ่งจากการวิจัยดังกล่าวค้นพบว่าอาสาสมัครที่เข้ารับการคัดกรองไม่เข้าใจถึงนัยความหมายที่เกิดขึ้นหากได้รับผลทดสอบเป็นบวก และพวกเขาก็ไม่ได้รับอิทธิพลจากแพทย์ในการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การลงพื้นที่ทำวิจัยมักส่งผลต่อความเป็นอยู่ของประชากรในชุมชนทั้งที่เป็นผลดีและไม่ดี ดังนั้น การวิจัยที่คำนึงถึงการเคารพในหลักสิทธิมนุษยชน จริยธรรม จรรยาบรรณ มีความสำคัญต่อผลการทำวิจัยเช่นกัน รูปแบบการสร้างกรอบแนวทางให้ไปสู่เป้าหมายที่เป็นความชอบธรรมต่อการตัดสินใจสามารถทำได้หลายวิธี หนึ่งในนั้นคือ เทคนิค A4R (Accountability for Reasonableness) ของ Daniels (2013) ซึ่งประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์พร้อมบอกเหตุผลและให้อิสระในการเลือก เหตุผลที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการต่างๆ และมีการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับผิดชอบ ผู้กระทำที่เหมาะสมทั้งด้านจำนวนและความสมเหตุสมผล การได้มาซึ่งหลักฐานหรือองค์ความรู้ใหม่หากมีการหักล้างหลักฐานหรือความรู้เดิมต้องให้น้ำหนักหรือปฏิบัติตามองค์ความรู้ใหม่นั้นๆ และการบังคับใช้ในเงื่อนไขที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากรอาสาสมัคร

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการเข้าถึงระบบสุขภาพ

ในแนวคิดการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน Daniels พูดถึงเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในแง่ของความเป็นธรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในท้องถิ่นที่มีบทบาทในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การตัดสินใจนี้ต้องมีเหตุผลและมีสำนึกความรับผิดชอบ ซึ่งเขาได้นำเสนอในบทความเรื่อง Decision about access to health care and accountability for reasonableness (A4R) (Daniels, 1999, 2000a, 2000b) โดยที่ต้องมีเงื่อนไข 4 ข้อที่จะต้องใช้ในการทำให้นโยบายนั้นประกอบไปด้วยความมีเหตุผลและมีสำนึกความรับผิดชอบ ซึ่งได้แก่

1. ความเป็นสาธารณะ (Publicity) การมีความเป็นสาธารณะหมายความว่าความสามารถรับรู้ สามารถเข้าถึงได้จากกลุ่มคนสาธารณะ มีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
2. ความมีเหตุผล (Reasonableness) หมายถึง การตัดสินใจใดๆ ควรจะมีเหตุผลรองรับ มีหลักการที่เป็นที่ยอมรับได้
3. อุทธรณ์ (Appeals) มีกระบวนการที่สามารถแย้งหรือว่าตรวจสอบกระบวนการตัดสินใจ สามารถอุทธรณ์การตัดสินใจด้วยหลักการที่ยอมรับได้
4. การบังคับใช้ (Enforcement) มีกฎหมายหรือเงื่อนไขหรือกระบวนการที่ชัดเจนว่าเงื่อนไขทั้งข้อ 1 ถึงข้อ 3 สามารถนำไปปฏิบัติได้

ถึงแม้ว่าทั้ง 4 เงื่อนไขนี้เป็นเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปสู่การเกิดความยั่งยืนในระบบบริการแต่ทั้ง 4 เงื่อนไขก็อาจจะยังไม่เพียงพอ เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกันในการทำงานนั้นค่อนข้างยาก ตัวอย่างการศึกษาใน

แทนซาเนียของ Maluka (Maluka, 2011) กล่าวถึง A4R ว่า สมมติฐานที่ให้ภาครัฐส่งเสริมความรับผิดชอบ ความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นเรื่องที่ห่างไกลจากความจริง แต่อย่างนั้นก็ตาม A4R นั้นมีประโยชน์ในการสร้างความชัดเจนให้ในเรื่องของความโปร่งใส ความรับผิดชอบ ในระบบสุขภาพอยู่ ขณะที่ Friedman เห็นว่า (Friedman, 2008) เงื่อนไขทั้ง 4 ข้อของ A4R นั้นครอบคลุมดีก็จริงอยู่แต่ว่าควรจะมีการเสริมเพิ่มข้อบ่งชี้เข้าไปสองข้อคือ

1. การเข้าถึงของสาธารณะควรจะเป็นกลุ่มใหญ่ในทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ในการที่จะทำให้การตัดสินใจนั้นมีเหตุผล ควรจะยกเหตุผลทั้งหมดมาพิจารณา ไม่ควรจะต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของประโยชน์ของผู้ตัดสินใจ ไม่ควรจะต้องอยู่ภายใต้อำนาจของผู้ใดผู้หนึ่ง ควรจะมีหลักฐานหรือเหตุผลชัดเจนในการพิจารณา

ข้อสรุปของแนวคิดด้าน A4R เห็นได้ชัดว่าเงื่อนไข 4 ข้อดังกล่าว นั้น ในบางประเทศหรือบางพื้นที่อาจจะมีการประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกันซึ่งเป็นปัญหาภายใต้การดำเนินนโยบายที่ต้องเผชิญอยู่แล้ว และสิ่งสำคัญบางเงื่อนไขนอกเหนือจาก 4 เงื่อนไขแล้วในแต่ละพื้นที่ย่อมต้องประยุกต์ใช้เพิ่มเติมที่แตกต่างกัน

แผนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ

แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ได้จัดทำขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงกว่าช่วงที่ผ่านมาในระยะแผนพัฒนาฉบับที่ ๑๐ สังคมไทยได้เผชิญปัญหาหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในทุกระดับตั้งแต่ระดับปัจเจกครอบครัวชุมชนสังคมจนถึงระดับประเทศซึ่งได้มีส่วนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและช่วยให้สังคมไทยสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคงท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในระยะแผนพัฒนาฉบับที่ ๑๑ ทุกภาคส่วนในสังคมไทยเห็นพ้องร่วมกันน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งให้เกิดภูมิคุ้มกันและมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน

สถานการณ์ในปัจจุบันหลายประเทศในโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ ๑๑ ประชากรสูงอายุในโลกจะเพิ่มขึ้นอีก ๘๑.๙ ล้านคนและการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศสำคัญในโลกมีผลกระทบต่อเคลื่อนย้ายกำลังคนข้ามประเทศเกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรมขณะที่โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนจากการใช้แรงงานเข้มข้นเป็นการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีมากขึ้นทำให้การพัฒนาคนมุ่งสร้างให้มีความรู้ทักษะและความชำนาญควบคู่ไปกับการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อใช้ทดแทนกำลังแรงงานที่ขาดแคลน ขณะเดียวกันประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้งบประมาณสำหรับการลงทุนพัฒนาด้านอื่นๆ ลดลงประเทศไทยก็เช่นเดียวกันกับหลายๆ ประเทศในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านสังคม

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจากการมีโครงสร้างประชากรที่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้นวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงคนไทยได้รับการพัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัยแต่มีปัญหาคุณภาพการศึกษาและระดับสติปัญญาของเด็กพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและผลิตภาพแรงงานต่ำประชาชนได้รับการคุ้มครองทางสังคมเพิ่มขึ้นและมีการจัดสวัสดิการทางสังคมในหลายรูปแบบแต่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของประชากรและโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรเป็นปัญหาการพัฒนาประเทศสังคมไทยเผชิญวิกฤตความเสื่อมถอยด้านคุณธรรมและจริยธรรมและมีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่หลากหลายรวมถึงเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดและการเพิ่มขึ้นของการพนันโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนแต่คนไทยตื่นตัวทางการเมืองและให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อสังคมและธรรมาภิบาลมากขึ้น

จากสภาพการณ์ดังกล่าวข้างต้นประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างประชากรที่มีวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๘ ขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ อาจกระทบต่อความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจในอนาคตการแข่งขันเพื่อแย่งชิงแรงงานจะมีมากขึ้นโดยเฉพาะแรงงานคุณภาพภาครัฐและครัวเรือนจะมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ส่งผลต่อการงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการทางสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 มีวิสัยทัศน์คือ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความเสมอภาคเป็นธรรมและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” โดยมีวัตถุประสงค์หนึ่งเพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกายใจสติปัญญาอารมณ์คุณธรรมจริยธรรมและสถาบันทางสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพซึ่งในการดำเนินการเพื่อให้แผนดังกล่าวประสบความสำเร็จได้นั้นการพัฒนาทางด้านกายภาพของชุมชนเป็นปัจจัยพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากชุมชนเป็นหน่วยย่อยหน่วยหนึ่งในสังคมหากประชากรในชุมชนแต่ละแห่งมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสติปัญญาแล้วก็จะมีส่วนช่วยให้แผนดังกล่าวสำเร็จลุล่วงลงได้ซึ่งในการพัฒนาทางด้านกายภาพของชุมชนการพัฒนาพื้นที่กิจกรรมส่วนกลางของแต่ละชุมชนนั้นควรได้รับการพิจารณากำหนดตำแหน่งที่ตั้งและกำหนดกิจกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชากรในแต่ละชุมชนซึ่งในการพิจารณานั้นนอกจากตำแหน่งที่ตั้งที่ควรจะต้องสะดวกต่อประชากรส่วนใหญ่ในการเดินทางมาใช้พื้นที่แล้วยังควรที่จะกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนในแต่ละชุมชนด้วย

ประชากรสูงอายุเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อชุมชนและมีส่วนสำคัญอีกเช่นกันในการช่วยผลักดันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ประสบความสำเร็จเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มากด้วยประสบการณ์และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับนับถือจากประชากรในชุมชนหากชุมชนใดสามารถทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจและสามารถสร้างกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ที่จะนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แล้วโอกาสที่ชุมชนจะได้รับการพัฒนานั้นมีความเป็นไปได้สูงและปัญหาต่างๆ ในชุมชนดังกล่าวจะลดลง

3.3.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564)

นอกจากนั้นยังได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโดยการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับ 2 ซึ่งในแผนดังกล่าวได้มีการให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุไว้ว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในแผนดังกล่าวได้มีการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโดยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพโดยให้ความสำคัญกับหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุเช่นการส่งเสริมการออมตั้งแต่ยังอยู่ในวัยทำงานขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไปเป็นต้นนอกจากนั้นยังให้ความสำคัญต่อการศึกษาโดยการกำหนดมาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นยังมียุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุซึ่งมีการกำหนดมาตรการไว้ 6 มาตรการหลักคือ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้นมาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุมาตรการส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุมาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยและยังมีการจัดระบบคุ้มครองทางสังคมให้กับผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย 4 มาตรการหลักได้แก่มาตรการคุ้มครองด้านรายได้มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพมาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครองและมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

3.3.3 แผนนโยบายองค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์ด้านการพัฒนาพื้นที่ชุมชนที่สัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

องค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์เป็นองค์กรท้องถิ่นที่มีความสำคัญในการดูแลการพัฒนาพื้นที่ในตำบลที่ตนรับผิดชอบได้มีนโยบายที่สัมพันธ์กับการสร้างภูมิคุ้มกันผู้สูงอายุซึ่งสรุปได้ดังนี้

แผนพัฒนา 3 ปีคือแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอันมีลักษณะการกำหนดรายละเอียดแผนงาน/โครงการพัฒนาที่จัดทำขึ้นสำหรับงบประมาณแต่ละปีซึ่งมีความต่อเนื่องและเป็นแผนก้าวหน้าครอบคลุมระยะเวลา 3 ปีแผนพัฒนา 3 ปีเป็นการแปลงยุทธศาสตร์การพัฒนาไปสู่การปฏิบัติโดยมีหลักคิดที่ว่าภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาหนึ่งๆจะมีแนวทางการพัฒนาได้มากกว่า 1 แนวทางและภายใต้แนวทางการพัฒนาหนึ่งๆจะมีโครงการ/กิจกรรมได้มากกว่าหนึ่งโครงการ/กิจกรรมที่ต้องมาดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการในแต่ละยุทธศาสตร์การพัฒนา

จากการศึกษาแผนพัฒนา 3 ปีขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาพื้นที่ภายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและประชากรในวัยต่างๆของชุมชนดังจะเห็นได้จากโครงการซึ่งอยู่ในแผนพัฒนา 3 ปีทั้งด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรซึ่งมีการจัดซื้ออุปกรณ์กีฬาและเครื่องออกกำลังกายประจำหมู่บ้านเป็นเงินจำนวน 100,000 บาทเงินสนับสนุนกลุ่มแอโรบิกในหมู่บ้านเป็นเงินจำนวน 50,000 บาทโครงการก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทยและศูนย์รักษาสุขภาพเบื้องต้นของหมู่บ้านเป็นเงินจำนวน 300,000 บาทด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนประกอบด้วยโครงการพัฒนาศักยภาพ

ผู้สูงอายุเป็นเงินจำนวน 300,000 บาทโครงการอุดหนุนคณะกรรมการหมู่บ้าน(11 หมู่บ้าน) 396,000 บาท นอกจากนั้นยังมีงบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งคุ้มทุกหมู่บ้าน(11 หมู่บ้าน) 50,000 บาทโครงการสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมเด็กและเยาวชนในตำบลเป็นเงิน 30,000 บาทและโครงการปรับปรุงสนามกีฬา/สนามเด็กเล่นในตำบล(5 แห่ง) เป็นเงิน 200,000 บาทด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาอาชีพและการเพิ่มรายได้แก่โครงการปรับปรุงหรือก่อสร้างอาคารนวดแผนไทยบริเวณสถานีอนามัยตำบลท่าโพธิ์จำนวนเงิน 200,000 บาทนอกจากนั้นยังมีโครงการพัฒนาด้านการท่องเที่ยวการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและบริการต่างๆประกอบด้วยโครงการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวและสวนสาธารณะในตำบลจำนวนเงิน 500,000 บาทโครงการก่อสร้างศาลากลางน้ำคั่นบตาลอยเพื่อฟื้นฟูวัดภูโบริเป็นเงิน 100,000 บาทโครงการปรับปรุงซ่อมแซมสถานที่ชมวังปลาหน้าวัดยางเอนเป็นเงินจำนวน 100,000 บาทยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาด้านการศึกษาศาสนาศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นประกอบด้วยโครงการก่อสร้างรั้วด้านหน้า-ด้านหลังศพด.วัดยางเอนเป็นเงิน 200,000 บาทและโครงการก่อสร้างสนามเด็กเล่นพร้อมเครื่องเล่นศพด.บ้านคลองหนองเหล็กเป็นเงิน 100,000 บาท

จากงบประมาณที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์ได้จัดสรรไว้พบว่ายังมีงบประมาณส่วนหนึ่งได้รับการจัดสรรไปเพื่อการพัฒนาทางด้านกายภาพในการจัดการพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยชิ้นนี้ในการดำเนินงานวิจัยชิ้นนี้คณะผู้ดำเนินงานจะทำข้อเสนอแนะเพื่อการจัดพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนต่างๆ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าโพธิ์หากงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงลงจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาพื้นที่ส่วนกลางของชุมชนต่างๆในพื้นที่ให้บริการขององค์การบริหารส่วนตำบลและยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนตลอดจนสุขภาพะด้านต่างๆของประชากรที่อยู่ในชุมชนอันจะนำมาซึ่งการพัฒนาในทางที่ดีของประเทศชาติซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกายใจสติปัญญาอารมณ์คุณธรรมจริยธรรมและสถาบันทางสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ

