1. **ชื่อผลงาน/ โครงการพัฒนา** โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงระยะยาวแบบบูรณาการ ตำบลท่าคันโท ปี 2559-2560 (The Development of Caregiving Model for the Elderly with Integrated Long-term Care ThaKhantho District, 2017)
2. **คำสำคัญ** รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะพึงพิง, การดูแลระยะยาว, ท่าคันโทโมเดล, Caregiving Model for the Elderly, Integrated, Long-term Care, Thakhantho Model
3. **สรุปผลงานโดยย่อ**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ทำให้มีกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่แบบบูรณาการ ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยความร่วมมือของ 4 เสาหลักภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด ชุมชน และทีมสาธารณสุข ช่วยให้สามารถข้ามพ้นข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของภาคส่วนต่างๆที่เคยดำเนินการอย่างแยกส่วน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนที่ดีขึ้นทั้งกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม เกิดพลังความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบชุมชนเป็นเจ้าของระบบสุขภาพที่มีความยั่งยืนอย่างแท้จริง

1. **ชื่อและที่อยู่ขององค์กร** โรงพยาบาลท่าคันโท 183 หมู่ 1 ตำบลนาตาล อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 46190
2. **สมาชิกทีม** เลยณภา โคตรแสนเมือง จันทกร วงศ์เทพา พัชรา สุนา
3. **เป้าหมาย** พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลตำบลท่าคันโท โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มในพื้นที่ครอบคลุมร้อยละ 100
4. **ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ**

กลุ่มประชากรสูงอายุของอำเภอท่าคันโทมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10.69 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 15.46 ในปี 2558 เข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population Ageing) อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับสภาวะในประเทศ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอท่าคันโทตามระดับความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (ร้อยละ 92) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน(ร้อยละ 7) และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง(ร้อยละ 1) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย และกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นโรคเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และทำให้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการผู้ดูแล รองลงมาคือ กลุ่มอาการหลงลืม ปวดขา ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 25) ของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีภาวะทุพพลภาพเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่สามารถตอบสนองกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้นานกว่า 6 เดือนและเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้มีแนวโน้มการใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสูงขึ้นและต้องการคนดูแลตลอดเวลา แต่โครงสร้างครอบครัวในพื้นที่ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านกับเด็ก วัยกลางคนส่วนใหญ่ ต้องออกไปทำงานนอกบ้านที่โรงงานและไร่นา ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง กลายเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในชุมชนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ชุมชนจึงต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 กลุ่ม ที่สามารถเชื่อมโยงวิถีการดูอลตนเองกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ

1. **กิจกรรมการพัฒนา**

* **ใช้แนวคิด “จุดร่วม” พึ่งต้นเอง พึ่งกันเอง สร้างเครือข่าย ขยายบริการ** คือ องค์กร ภาคส่วนและชุมชน มีภารกิจเดียวกัน อันประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอท่าคันโท พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพ เภสัชกร) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศบาลตำบลท่าคันโท กองสาสุขและสิ่งแวดล้อม นักพัฒนาชุมชน) ชุมชน (แกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ชมรมผู้สูงอายุ) วัด(พระสงฆ์) เพื่อรับทราบปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยเฉพาะประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุ ให้ใช้ข้อมูลสุขภาพเดียวกันเพื่อจัดบริการสุขภาพร่วมกัน การลงนามความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน(MOU) เพื่อรับทราบปัญหา วางแผน ดำเนินงานไปจนถึงกระบวนการประเมินผลรวมกัน
* **การประสานงานระหว่างหน่วยงานทีมสุขภาพกับภาคีสุขภาพ** โดยพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นแกนนำสำคัญในการสื่อสารประสานงานกับองค์กร เครือข่ายต่างๆในพื้นที่ เกี่ยวกับแนวทางและองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพ เพื่อออกแบบระบบการดำเนินงาน “การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจ แบบไร้รอยต่อ” เนื่องจากแต่ละองค์กรจะมียุทธศาสตร์และภารกิจในการทำงานโดยมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายเดียวกัน หากสามารถนำเสนอข้อมูลและสะท้อนช่องว่างที่สามารถแก้ไขจะเกิดการแชร์ข้อมูล คน เงิน สิ่งของ มาร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน สร้างนโยบายการดำเนินงานร่วมกั**น**
* **สร้างนโยบายการดำเนินงาน**ในเรื่องเดียวกันให้เป็นนโยบายสาธารณะโดยมีรูปแบบความร่วมมือที่ชัดเจนจับคู่คนทำงานให้สามารถดำเนินงานอย่างต่อเนื่องได้จริงมีคนเชื่อมประสานงานเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ
* **ถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย** ให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจรวมถึง สร้างทักษะการช่วยเหลือแนะนำผู้สูงอายุที่ถูกต้องแก่ทีมโดยแบ่งเป็น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม และดูแลฟื้นฟูในบริบทตามหน้าที่ในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง
* **พัฒนาเครื่องมือและระบบการจัดเก็บข้อมูล**สถานการณ์ของผู้สูงอายุร่วมกับเครือข่าย
* **พัฒนาคน** พัฒนา อบรม Mini care manager (Mini CM) ซึ่งเป็นสหวิชาชีพ และบุคลากรจากอปท. และแกนนำชุมชน เป็นเครือข่ายการดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อผส. เฉพาะด้าน (กลุ่มติดเตียง)อบรม Care giver 70 ชม. ตามเกณฑ์กรมอนามัย พัฒนาทักษะ อสม./อผส/จนท สาธารณสุข ในการใช้ “เครื่องมือคัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ ADL” พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการใช้ “เครื่องมือกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ”ตามกลุ่มโรค Geriatric Syndromes และพัฒนาทักษะการประเมินของเจ้าหน้าที่ เรื่ององค์ประกอบการประเมินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
* **สร้างระบบควบคุมติดตามโดยเจ้าของระบบสุขภาพ** ถ่ายโอนการดูแลสู่ชุมชนด้วยการทำงานของคณะอนุกรรมการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้นำชุมชนและ อปท.เป็นผู้นำขับเคลื่อนและเป็นจุดศูนย์กลางการเชื่อมโยงการดำเนินงาน ทบทวนและจัดโครงสร้างคณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบงานที่เป็นภาพรวมระดับอำเภอ/ตำบล ประชุมติดตามการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง
* **ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงระยะยาว**โดยใช้รูปแบบการดำเนินงานตำบล Long term care ซึ่งมี Care plan เป็นกลไกการขับเคลื่อนในการดูแล ควบคุมการทำงานผ่าน Care manager
* **ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม** ผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ  
  เน้นกิจกรรม 3 ด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม การออกกำลังกายผ่านกระบวนการดูแลจากนักกายภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การคัดกรองสุขภาพเพื่อรับมือกับปัญหาที่จะตามมา ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้อื่นสนับสนุนการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน( กลุ่มติดบ้าน) เพื่อน - วัด - รักษ์ – ใจ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสีเขียวในผู้สูงอายุสมุนไพรใกล้บ้าน (โครงการชาปันใจ) ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่น ส่งต่อความเป็นเจ้าของการจัดการสุขภาพของคนในชุมชน และการส่งเสริมด้านจิตใจผ่านกิจกรรมความสุข 5 มิติ ด้วยศูนย์ 3 วัยเอื้ออาทร การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น
* **บูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน**กับระบบการดูแลประชนชน 5 กลุ่มวัยและคนพิการ โดยทีมหมอครอบครัว หมอโฮมสุข หมอ LTC ธนาคารกายอุปกรณ์ ศูนย์เครื่องมือแพทย์เพื่อผู้ป่วย COC ทีมอาสาปรับสภาพบ้าน และระบบการจัดการยาในชุมชน เน้นการสื่อสารข้อมูลและลดความซ้ำซ้อนแต่ก่อให้เกิดความครอบคลุมและประสิทธิภาพในการดำเนินการช่วยเหลือ
* **วิเคราะห์ผลลัพธ์ สังเคราะห์องค์ความรู้** เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการและแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาวงรอบ แล้วจัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

1. **การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง**

การดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ส่งผลให้

* **เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว** ที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของอำเภอท่าคันโท โดยเกิดการบูรณาการงานของภาคีที่สำคัญเป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถเชื่อมโยงกับการบริการสุขภาพในสถานบริการอย่างเป็นระบบ ใน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
* ชุมชนมีความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ โดยมีโครงสร้างคณะทำงานแบบภาคีเครือข่ายที่ชัดเจนในระดับอำเภอ เกิดเครือข่ายการทำงานผู้สูงอายุครอบคลุมทุกภาคส่วน
* มีเครื่องมือในการดำเนินดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
* นโยบายชุมชนและการทำงานผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้เกิดการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบเครือข่ายส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายการทำงานของภาคีที่เกี่ยวข้อง
* เกิดผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน จำนวน 34 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงในปี 2559จำนวน 105 คน ปี 2560จำนวน 91 คน ครอบคลุมร้อยละ 100
* เกิดยุว Care giver (อาสาเยาวชนดูแลผู้สูงอายุ) จำนวน 22 คน
* มีผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสหวิชาชีพต่างหน่วยงานจากภาคีเครือข่ายในชุมชน (Care manager) จำนวน 14 คน
* มีวัดส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่ง
* เกิดหมู่บ้านการจัดการยาเพื่อผู้สูงอายุตำบลละ 1 แห่ง มีความครอบคลุมการคัดกรองและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ร้อยละ 100
* ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70
* ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละ 98
* ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ 76

1. **บทเรียนที่ได้รับ**

* พลังที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการดูแลสุขภาพชุมชนคือพลังของชุมชนเอง โดยที่บุคลากรด้านสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่สร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการทำบทบาทสนับสนุนชุมชนเป็นรูปแบบบูรณาการ รวมทั้งสนับสนุนองค์ความรู้ที่จำเป็นให้ประชาชนได้มีโอกาสวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพรวมถึงต้นทุนสุขภาพของชุมชนตามความเป็นจริง
* ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการ วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน ประชาชน และทีมสุขภาพ มีวิธีการคิดและความถนัดในการจัดการเพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีแตกต่างกัน จำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อออกแบบวิธีการทำงานร่วมกัน พร้อมกับมีกระบวนการการเชื่อมโยงเป้าหมายให้สอดคล้อง ภายใต้ความเคารพ ชื่นชมในศักยภาพของกันและกัน
* รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง สามารถเปลี่ยนชุมชนที่เต็มไปด้วยผู้ป่วยพึ่งพิงรอรับการช่วยเหลือ ให้เป็นชุมชนที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุที่เต็มไปด้วยปฏิสัมพันธ์อันดี สามารถสร้างความอบอุ่นแก่ชุมชนและธำรงรากเหง้าของจิตวิญญาณในการมีชีวิตของผู้คนในชุมชนไว้ได้

1. **การติดต่อกับทีมงาน**

นางดาริกา ศิริสุทธา ผู้ประสานงานคุณภาพโรงพยาบาลท่าคันโท โทร 089-6182727 E-mail address: [Darika2523@yahoo.com](mailto:Darika2523@yahoo.com)

นางสาวเลยนภา โคตรแสนเมือง โทร 083-1415779 E-mail address: loeinapa@gmail.com