

## บทความวิชาการ

# การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน Case Management for Clients with Diabetes Mellitus and Hypertension in a Community

ทิพมาส ชินวงศ์\*

Tippamas Chinnawong<sup>1</sup>\*

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

\*Corresponding author: tippamas.c@psu.ac.th

### บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและนับวันยังมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เป็นโรคที่ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิตที่บั่นทอนสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และอาจคุกคามถึงแก่ชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ อันมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งจากผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และระบบบริการ การจัดการรายกรณี เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้จัดการปัญหาการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน มุ่งเน้นให้พยาบาลชุมชนพัฒนาบทบาทด้านการจัดการควบคู่ไปกับการปฏิบัติบทบาททางคลินิก มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการให้ได้รับการดูแลที่จำเป็น และจัดการความผันแปรต่างๆ รวมทั้งจัดการผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถจัดการดูแลที่มีคุณภาพและคุ้มค่าคุ้มทุน สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

**คำสำคัญ:** การจัดการรายกรณี; เบาหวาน; ความดันโลหิตสูง; ชุมชน

### Abstract

Nowadays, diabetes mellitus (DM) and hypertension (HTN) are main health problems around the world, and its prevalence is increasing day by day, mostly due to food consumption behaviors and unhealthy life styles. If clients cannot control their conditions, the complications could affect physical, psychosocial, and economic issues, as well as might cause premature deaths. Clients with uncontrolled conditions are still high because of multiple factors including clients themselves, health care providers, and health care systems. Case management is a concept that has been implemented in health care system to manage complex cases or high cost of care, especially chronic illness. The essence of case management for clients with DM and HTN in the community are to develop nurses' roles in care management along with clinical care/ practice,

*protect and promote clients' rights and responsibilities, manage all possible variability, and pay more attention on outcome management; in order to prevent new cases, prevent acute and chronic complications as well as provide cost-effectiveness care within community context.*

**Keywords:** case management; diabetes mellitus; hypertension; community

## บทนำ

หัวใจของการทำงานในชุมชน คือ ความเข้าใจมิติองค์รวมของชุมชน เข้าใจระบบสุขภาพชุมชน โครงสร้างองค์กรชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน ประวัติชีวิตของชุมชน ไข้ผั่ง เครือญาติและแผนที่ดินดินเป็นเครื่องมือ และสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับปฏิทินชุมชน<sup>1</sup> ในขณะที่โรคเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทุกชุมชน ผู้จัดการรายกรณีทำงานในชุมชน ควรมีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งเข้าใจบริบทของชุมชน มีการทำงานเชิงรุก ทำการจัดบริการรายกรณีร่วมกับประสานประโยชน์ต่างๆ จากเครือข่ายในชุมชน สามารถใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด บทความทางวิชาการเรื่องการจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพ มีความเข้าใจแนวคิดการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง และสามารถประยุกต์แนวทางในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรังในการจัดบริการสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการโดยเฉพาะในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชนอย่างเหมาะสม

## ความเป็นมาของการจัดการรายกรณี

อุบัติการณ์โรคทางเมตาบอลิก (metabolic syndromes) ที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลและทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประชาชนบางกลุ่มยังมีอาการไม่ชัดเจน ไม่ได้มีโอกาสไปตรวจสุขภาพจึงยังไม่ทราบว่าตนเองป่วย ในขณะที่ผู้เจ็บป่วยแล้วบางกลุ่มอาจไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้ดี จึงมักจะมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ ผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ยังควบคุมโรคไม่ได้มีประมาณ ร้อยละ 30-40<sup>2</sup> อีกทั้งกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีมากขึ้น และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ การเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิต ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งแบบเฉียบพลัน (acute complications)

เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตสูงวิกฤต เป็นต้น และแบบเรื้อรัง (chronic complications) เช่น หัวใจโตหรือหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อมหน้าที่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคเส้นประสาทเหตุเบาหวาน หลอดเลือดแดงตีบ มีแผลที่เท้า เป็นต้น ทั้งนี้แม้ระบบบริการมีการจัดบริการเชิงรุกมากขึ้น แต่ยังคงเน้นการจัดการในภาวะฉุกเฉินและการบริการแบบแยกส่วน

การจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนต้องการการบูรณาการทั้งทางด้าน การประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต การจัดระบบบริการสุขภาพจึงต้องมีแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม ร่วมกับการทบทวนการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ต้องมีการประสานระหว่างทีม ซึ่งอาศัยการสื่อสารและการเจรจาต่อรองที่ให้เกิดประโยชน์ซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งเสริมการจัดการตนเองและลดปัจจัยเสี่ยง การประเมินผลลัพธ์การจัดการดูแล ต้นทุนและความคุ้มค่าของการดูแลรักษา การจัดการรายกรณีจึงเป็นหนึ่งในรูปแบบที่เหมาะสมที่จะใช้ในสังคมไทย<sup>3</sup> เป็นรูปแบบการดูแลที่มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันถึงผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และความคุ้มค่าคุ้มทุนของการบริการสุขภาพ<sup>4-6</sup> นับเป็นแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมในยุคของความเจริญทางเทคโนโลยี ที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น เพราะเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการและการดูแลสุขภาพ การประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลทั้งทางด้านคุณภาพและความคุ้มค่าในการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง

ในสหรัฐอเมริกาเริ่มต้นใช้ระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณีในช่วง ค.ศ. 1970 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ (Health Care Reform) ที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางสุขภาพทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น มีโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปยังไม่มีกรสอนแนวคิดนี้มากนักในการจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี แต่มีหลักสูตรอบรมเพิ่มเติม ได้รับ

ประกาศนียบัตร หรือมีการสอนในหลักสูตรบัณฑิตศึกษาที่พัฒนา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN)<sup>๑</sup> ในช่วงกว่าสองทศวรรษนี้ การจัดการรายกรณีมีการจัดอบรมและให้บริการอย่างแพร่หลายในเกือบทุกประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ สำหรับประเทศไทยมีการจัดการเรียนการสอนและการทำวิจัยด้านนี้มานานกว่า 10 ปี เพื่อการจัดการผลลัพธ์ที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอน ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (re-admitted) ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความคุ้มค่าคุ้มทุน โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งใช้ระบบการจัดการรายกรณี ในการจัดการผู้ป่วยที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง กลุ่มผู้นำจากสภาการพยาบาล ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้พัฒนาและเปิดหลักสูตรอบรมระยะสั้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2554 ขณะนี้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่ผ่านการอบรมมาปฏิบัติงานเป็นผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) 2 รุ่น จำนวน 250 คน ทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน มหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลประมาณ 10 แห่งทั่วประเทศทุกภูมิภาคของประเทศ เปิดอบรมหลักสูตรนี้ เพื่อเร่งผลิตกำลังคนในการจัดการโรคเรื้อรัง จนปัจจุบันมีพยาบาลกลุ่มนี้ให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ทั้ง รพสต. รพช. รพท. รพศ. และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมากกว่า 1,000 คน โดยใน 4 ปีแรกของการพัฒนา บุคลากรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. นอกจากนี้ ปี 2556 ได้มีความพยายามในการดำเนินการจดทะเบียนเป็นสมาคมการจัดการรายกรณีแห่งประเทศไทย (Case Management Association of Thailand: CMAT) แต่การจัดการเกี่ยวกับสมาคมยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ต้องมีการขับเคลื่อนองค์กรและผลักดันการทำงานในระยะยาวต่อไป

### แนวคิดการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)

แนวคิดการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) มีสาระครอบคลุมความหมาย บทบาท และสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี และกลุ่มเป้าหมายในการจัดการรายกรณี

#### ความหมายของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ใช้บริการ<sup>3-5,7-9</sup> ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานะสุขภาพ (assessment) 2) การวางแผน (planning)

3) การอำนวยความสะดวก (facilitation) สำหรับการปฏิบัติของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง 4) การสนับสนุน เป็นปากเป็นเสียงเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ในการได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม (advocacy) สร้างทางเลือกและให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ผ่านการสื่อสาร การค้นหาและจัดสรรทรัพยากร เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพ และความคุ้มค่าของการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการทางสุขภาพ ที่เน้นการจัดการบริการแก่กลุ่มผู้ใช้บริการที่ซับซ้อน รุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง เน้นการจัดการตามความจำเป็นของผู้ใช้บริการแต่ละรายตามมาตรฐาน/ Care map/ Clinical Practice Guideline (CPG) ในการดูแลเฉพาะโรคของแต่ละระดับโรงพยาบาล เพื่อลดการบริการที่แยกส่วน เน้นบทบาทการจัดการ การอำนวยความสะดวก การประสานงานกับทีมสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน การเป็นที่ปรึกษา การดูแลที่เน้นการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือความเสี่ยงต่างๆ มุ่งเน้นการเสริมพลังอำนาจ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

#### บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทครอบคลุมการจัดการเฉพาะโรค (disease management) ซึ่งมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยในโรคนั้นๆ ครอบคลุมทุกระยะของโรค ตั้งแต่กลุ่มเสี่ยง เริ่มเจ็บป่วย เข้าสู่ระยะเรื้อรัง ระยะที่โรคมีการลุกลาม มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีอาการกำเริบจากการควบคุมโรคไม่ได้ หรือเข้าสู่ระยะสงบจากการควบคุมโรคได้ จนมีการกำเริบของโรคอีกครั้ง จนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เมื่อไม่สามารถรักษาให้หายได้ก็มีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตในที่สุด บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี มีหลากหลายบทบาท<sup>4-5,7</sup> ในที่นี้จะแบ่งเป็น 4 ด้านหลักๆ<sup>๑</sup> คือ

1. บทบาทเป็นผู้จัดการ (manager) เป็นการจัดการความต้องการตามความจำเป็นของผู้รับบริการ (need/necessity) จัดการเกี่ยวกับบุคคล ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติต่างๆ (CPG) เป็นพี่เลี้ยงของที่มีการดูแล การจัดการด้านทรัพยากรหรือทุนจากแหล่งต่างๆ ทั้งรัฐ องค์กร ชุมชน เอกชน และอื่นๆ วิเคราะห์ลดความผันแปร (variances) ลดความสูญเปล่า ควบคุมค่าใช้จ่าย ทบทวนความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร การจัดการด้านข้อมูล ร่วมออกแบบแบบบันทึก/ วิธีการบันทึกข้อมูล บันทึกข้อมูลอย่าง

ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันสมัย จัดการวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูล และรายงานผลเพื่อการเจรจาต่อรอง การบริหารจัดการเชิงผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (clinical outcomes) ด้านค่าใช้จ่าย (cost outcomes) ด้านรายได้ (revenue outcomes) และด้านคุณค่า (value outcomes) นำเสนอนโยบาย/ แนวปฏิบัติแบบใหม่ๆ ศึกษาวินิจฉัย หรือใช้ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การทำงาน และนำเสนอผลลัพธ์ของการจัดการอย่างทันการ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. บทบาทเป็นผู้ปฏิบัติทางคลินิก (clinician) ทำการประเมิน/ วิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นปัจจุบัน ประเมินความต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประเมินประโยชน์หรือปัญหาที่เกิดจากการใช้สุขภาพทางเลือก วางแผนการดูแล/ ปฏิบัติการดูแล ประเมินผลการจัดการและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทราบระดับของความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะต่างๆ และจัดการป้องกันแก้ไขอย่างเหมาะสม ทราบกระบวนการรักษาที่เชื่อมโยงกับทีมสุขภาพต่างๆ และมีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ทันสมัย เหมาะสมกับบริบท ตามมาตรฐานวิชาชีพ

3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ (advocator) ให้บริการที่สอดคล้องกับประเภทของสิทธิ์ต่างๆ ทั้งราชการ ประกันสังคม เอกชน พระสงฆ์/ นักบวช/ ผู้นำศาสนาอิสลาม อาสาสมัครสาธารณสุข นักการเมืองท้องถิ่น หรืออื่นๆ เป็นปากเสียงเรียกร้องหรือพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงการบริการที่จำเป็นตามมาตรฐานการดูแลรักษา และมีทางเลือกที่เหมาะสม หาช่องทางช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยพิเศษตามความจำเป็น

4. บทบาทการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical and legal responsibility) มุ่งความสมเหตุสมผลระหว่างการควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ กับการตอบสนองความต้องการเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้น หรือการปฏิเสธการรักษาเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม การให้ข้อมูลผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตัดสินใจ ก่อนให้เซ็นใบยินยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

### สมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

สมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี เป็นสมรรถนะที่สอดคล้องกับบทบาทหลัก ผู้จัดการรายกรณีจึงควรมีความสามารถในด้านบริหารจัดการ ประสานงาน ร่วมกันมีความรู้ และทักษะด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการจัดการตนเอง การพิทักษ์สิทธิ์ การจัดการข้อมูล รวมทั้งการพัฒนา และระบบงาน<sup>5,9</sup> ดังนี้

1. มีภาวะผู้นำ บุคลิกภาพและการสื่อสารเพื่อการทำงาน มีการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness behaviors) นำการเปลี่ยนแปลงและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีการคิดเชิงระบบ การคิดเชิงวิเคราะห์ การคิดอย่างสร้างสรรค์ สื่อสารประสานงาน และสร้างความร่วมมือกับทีมงาน เครือข่ายบริการและผู้เกี่ยวข้อง เจรจาต่อรองและการเป็นตัวแทนที่เป็นธรรมของทุกฝ่ายเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย การจัดการความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้รับบริการ ครอบครัว ญาติ และชุมชน การสร้างทีมงานและเครือข่ายในการทำงาน (team building/networking) ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายวิชาชีพ เครือข่ายผู้ดูแล และจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์ขององค์กร รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการข้อมูล (data management) และนำเสนอข้อมูลเพื่อการใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม

2. มีทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลโดยเริ่มจากการประเมินสภาพ สามารถประเมินความผันแปร (variance analysis) ของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมผู้ให้บริการ และระบบบริการ ทำการวางแผนการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ปฏิบัติการดูแลและทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support) ของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม มีทักษะการสอนและการให้คำปรึกษา (teaching & counseling skills) ได้ดี สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแล การสอนและฝึกทักษะผู้ใช้บริการและครอบครัว ให้มีการจัดการตนเองและจัดการโรค การโน้มน้าวจิตใจให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการดูแลรักษา ติดตามการดูแลรักษา การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค มีความสามารถในการนิเทศงาน/ การเป็นพี่เลี้ยง และทำการประเมินผลการจัดการรายกรณีที่เหมาะสม

3. สามารถพิทักษ์สิทธิ์ ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม ทันเวลา และใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม

4. จัดการการเงินและการบัญชี (financial-accounting management) การประเมินต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนผลประโยชน์ในหน่วยบริการ (cost effective analysis and cost benefit analysis) การวิเคราะห์รายงานการเงินเฉพาะกลุ่ม และรายกรณีเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพและการพยาบาลได้

5. สามารถทำโครงการพัฒนางาน (LEAN หรือ

continuous quality improvement: CQI project) หรืองานวิจัยในงาน (routine to research project) ได้ และให้ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงพัฒนางาน (quality improvement) หรือระบบการบริการสุขภาพได้ ร่วมจัดระบบการจัดการการดูแลต่อเนื่อง (nurse-led clinics, share-care model, discharge planning/ home health care) ร่วมพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแล การเตรียมครอบครัว/ ผู้ดูแล เครือข่ายสถานบริการและชุมชน ประสานแหล่งประโยชน์ และให้การส่งต่อ/ การปรึกษา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะทำบทบาทแต่ละด้านครอบคลุมต่อเนื่องเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมรรถนะส่วนบุคคล ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบเฉพาะตำแหน่งในบริษัทที่ทำงาน เมื่อปฏิบัติบทบาทด้านการจัดการรายกรณีและสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการทำงานและสร้างทีมงานได้เข้มแข็งแล้ว ผู้จัดการรายกรณีมีการขยายบทบาทผู้จัดการรายกรณี มาทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบสุขภาพ (system manager) ที่เน้นการพัฒนากระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องของทั้งพื้นที่ เช่น อำเภอ จังหวัด หรือ เขตสุขภาพ ทั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะสามารถปฏิบัติบทบาทได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน สมรรถนะและความสามารถส่วนบุคคล และปัจจัยเกื้อหนุนเฉพาะของแต่ละพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายในการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณีสามารถจัดการได้ในทุกบริบททั้งหน่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก สถานบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งในระดับหน่วยงาน หรือระดับเครือข่ายการบริการ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ใช้บริการทุกคนจะต้องได้รับการจัดการรายกรณี เพราะต้องมีการเตรียมบุคลากรและทรัพยากรไว้อย่างเหมาะสม การจัดการรายกรณีจึงเป็นรูปแบบการบริการที่จัดไว้สำหรับผู้ใช้บริการ 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก (complexity) คือ มีความเสี่ยงสูงและรุนแรง (high risk catastrophic case)
2. ผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน (extended hospital stay)
3. ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (benefit exceeding)
4. ผู้ป่วยที่ได้รับความล้มเหลวในการรักษาหรือต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ (failed or repeated surgeries) ซึ่งผู้ใช้บริการที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงถือเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนทางคลินิก มีระยะการดำเนินของโรคนาน และมีความเสี่ยงสูงในการรักษาพยาบาลสูง หลักการที่สำคัญ คือ

เน้นเป็นผู้จัดการรายกรณี (case manager) ไม่ใช่การจัดการระบบ (system manager) แต่ก็มีมีความเกี่ยวข้องกับการประสานจัดการเชิงระบบ เพื่อพัฒนางานในเครือข่ายการบริการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน (complex case) 5-10 รายต่อวัน หรือผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ (case uncontrolled) จำนวน 20-50 รายต่อวัน อาจจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มตามกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค (disease management) ร่วมด้วย ทั้งยังมุ่งเน้นการบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless services) เช่น จัดเป็น one stop service ที่มีระบบส่งต่อที่ดี และมีการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจน (outcome management)

### แนวทางการจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

การจัดการรายกรณี เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานภายใต้แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แต่ละชุมชนมีประชากรเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (high risk group) เช่น กลุ่มก่อนเป็นเบาหวาน (pre-DM) คือ ผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระหว่าง 100-125 มก% กลุ่มก่อนเป็นความดันโลหิตสูง (pre-hypertension) คือ ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139/80-89 มม.ปรอท ผู้ที่เริ่มเจ็บป่วยเพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและ/ หรือความดันโลหิตสูง บางส่วนต้องใช้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน เช่น ผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้ และเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะ diabetic ketoacidosis (DKA) หรือ hyperosmolar ในผู้ป่วยเบาหวาน และภาวะ severe hypertension, hypertensive urgency, hypertensive crisis หรือ transient ischemic attack (TIA) หรือโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke attack) ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เมื่อระยะเวลาเจ็บป่วยนานขึ้นและควบคุมโรคไม่ได้มักมีภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง (chronic complications) ที่พบได้ในระบบต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง พบได้ทั้งชนิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) หรือเส้นเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) ไตเสื่อมหน้าที่ (chronic kidney disease: CKD) ระยะ 2-4 โรคไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetes retinopathy: DR) โรคเส้นประสาทเหตุเบาหวาน (diabetes neuropathy)

ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน (peripheral arterial disease: PAD) เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็กลับมาพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องวางแผนการเยี่ยมบ้านหรือประสานการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีการจัดการเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) หญิงที่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง เช่น มือสั่น สายตามัว มีภาวะสมองเสื่อม หรืออยู่ในภาวะติดเตียงที่ทำได้จำกัดประจำวันหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงแล้ว เช่น เป็นอัมพาต เป็นโรคหัวใจวาย เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องทำการล้างไตทั้งทางหน้าท้องหรือทำการฟอกเลือด แม้แต่กลุ่มที่รอการเปลี่ยนไต ความหลากหลายของกลุ่มผู้ใช้บริการดังกล่าว ทีมผู้ดูแล (patient care team: PCT) จำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) หรือแนวทางการดูแล (care pathway/ care map) ที่เฉพาะของแต่ละกลุ่ม ที่เหมาะกับบริบทของแต่ละสถานบริการ โดยปัจจุบันแนวปฏิบัติที่สำคัญที่ต้องประยุกต์ใช้ในการจัดการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่สำคัญๆ (ซึ่งไม่ได้กล่าวรายละเอียดในที่นี้) สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ตามเอกสารอ้างอิง) ได้แก่

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557<sup>10</sup>
2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558<sup>11</sup>
3. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น พ.ศ. 2555<sup>12</sup>
4. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2559<sup>13</sup>
5. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk) พ.ศ. 2558<sup>14</sup>
6. แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง<sup>15-16</sup> โดยเฉพาะแนวคิด 5 เอ (5 A's self-management support)<sup>17-18</sup>
7. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2557<sup>19</sup>
8. แนวคิดเครือข่ายการจัดการโรคเรื้อรังระดับอำเภอ

(District Health System: DHS)<sup>20</sup> ซึ่งองค์ประกอบของ DHS มี 5 ส่วน คือ U CARE โดยที่ U = Unity of DHS Team เป็นหนึ่งเดียวกัน มุ่งเป้าเดียวกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ C = Community Participation มีส่วนร่วมอันแท้จริงของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ A = Appreciation ทำงานให้เกิดผลและคุณค่า มีการชื่นชมผลงานร่วมกัน R = Resource Sharing & Humanized Manpower (HMP) Development มีการแบ่งปันทรัพยากร และพัฒนากำลังคนที่เพียงพอเหมาะสม และ E = Essential Care มีการให้บริการขั้นจำเป็นพื้นฐานตามบริบทพื้นที่

แนวทางหรือแนวปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นแนวทางกว้างๆ พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องทบทวนองค์ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและทันสมัยมาบูรณาการ และนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการจัดการดูแลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบริบท ที่สอดคล้องกับทรัพยากร และสิ่งเอื้ออำนวยของแต่ละสถานบริการ อย่างไรก็ตามหัวใจสำคัญในการจัดการรายกรณี คือ ความเข้าใจบุคคลแบบองค์รวม การเข้าถึงรากเหง้าสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การร่วมค้นหาศักยภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพลังในการพัฒนาสุขภาพของตน โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

### ประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน<sup>21</sup> และการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง<sup>22</sup> มีดังนี้

1. การค้นหา คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง และจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่การยืนยันการวินิจฉัยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระยะต่างๆ ได้
2. การประเมินความจำเป็นในการเข้าสู่ระดับการรับบริการสุขภาพที่เหมาะสม การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทุกระบบ โดยเฉพาะ CKD, CVD และทำการจัดการผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงนั้นๆ และติดตามผู้ใช้บริการให้เข้ามารับบริการในระบบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามผู้ที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยให้ความสำคัญ

ในการป้องกันและควบคุมการดำเนินของโรค การกำเริบของโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เน้นการดูแลต่อเนื่อง ความคุ้มค่า คุ่มทุน การทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี ร่วมกับการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มจิตอาสา ให้มีส่วนร่วมในระบบบริการ

5. การจัดการรายกรณี โดยใช้บริการมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการของโรค (การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัย ความจำเป็นและความเหมาะสมของการจัดบริการดูแลรักษาพยาบาล กลไกการจัดการทรัพยากรตามความจำเป็น ลดความสูญเสียเปล่าของการใช้ทรัพยากร การจัดการลดความผันแปร)

6. การจัดการให้ผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง และครอบครัว มีส่วนร่วมและมีความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดการให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้ด้วยตัวเอง

7. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแล เพื่อส่งต่อการรักษาทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ไม่ให้เกิดความสูญเสียเปล่า (lean management) ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง

8. การประเมิน วิเคราะห์ และนำเสนอผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์และการนำเสนอคุณภาพการบริการ

ผลลัพธ์เป็นข้อมูลและตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ในการนำเสนอคุณภาพการบริการ<sup>๑</sup> ผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีสามารถประเมินได้ในหลายมิติ ได้แก่

8.1 ผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย

8.1.1 ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส ค่าเสียเวลา

8.1.2 ด้านค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล เงินเดือน ค่าล่วงเวลา ค่าสถานที่

8.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล ในที่นี้หมายถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ได้แก่

8.2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิกเฉพาะ (clinical specific outcome)

8.2.1.1 อาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับโรค เช่น Fasting Blood Sugar: FBS, HbA1c, lipid

profile: total cholesterol, LDL, HLD, triglyceride, BUN, Cr, GFR, blood pressure, BMI, รอบเอว,

8.2.1.2 ข้อมูลที่สนับสนุนว่ามีภาวะแทรกซ้อน พบร่องรอยการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย (target organ damage: TOD) เช่น เริ่มมีภาวะหัวใจโต (cardio-megaly) พบ left ventricular hypertrophy (LVH) มีภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease: IHD เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction: MI) เริ่มมีภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (chronic kidney disease: CKD) stage 3 หรือ stage 4 หรือมีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) ต้องเตรียมการบำบัดทดแทนไต มี FAST signs เป็นอาการที่บ่งบอกว่าเริ่มมีสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (transient ischemic attach: TIA) คือ ปากเบี้ยว หนังตาตก ซาตามไบหน้า (face) แขนขาอ่อนแรง (arm) พูดไม่ชัด (speech) และมีช่วงเวลาของการเกิดอาการแบบเฉียบพลัน (time) เมื่อมีภาวะสมองขาดเลือดนานกว่า 24 ชั่วโมง จะเกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ อาจพบเส้นประสาทเสื่อมเหตุเบาหวาน เส้นเลือดแดงอุดตัน หรือทำมีหนังหนาหรือผิดปกติร่วมด้วย บางรายพบว่ามีแผลเรื้อรัง มีประวัติการถูกตัดนิ้วหรือขา อาจมีปัญหาการมองเห็น พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระยะต่างๆ ร่วมด้วย

8.2.2 ผลลัพธ์ทั่วไป (generic outcomes)

เช่น จำนวนครั้งของการรับใหม่ (admission)/ ปี อัตราการรับใหม่ซ้ำ (re-admission) จำนวนครั้งของการมาตรวจรักษาซ้ำ (re-visit) ระยะเวลาของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay: LOS) คุณภาพชีวิตเมื่อเจ็บป่วย (health related quality of life: HRQoL) อุบัติการณ์/ อัตราชุก (incidence/ prevalence) ของการเกิดโรครายใหม่ หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

8.3 ผลลัพธ์เชิงคุณค่า (value outcomes) เช่น นวัตกรรมใหม่ๆ รางวัลที่ได้รับ ระดับแนวปฏิบัติที่ดี (level of best practice) การเทียบเคียง (benchmarking) ที่มงานได้รับรางวัล/ สร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน เป็นต้น

8.4 ความพึงพอใจ (satisfaction) ทั้งจากผู้รับและผู้ให้บริการ (patient and provider)

9. จัดการระบบบริการการดูแลครบวงจร ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อค้นหา คัดกรองและควบคุมโรคเบาหวาน และภาวะอันเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ด้วยการให้ทีมสุขภาพ บุคคล ชุมชน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง

9.1 จักระบบสารสนเทศที่ใช้ในการบริการทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อใช้เป็นคลังข้อมูล จัดเก็บข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยเป็นรายกรณี เช่น ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน อายุ เพศ สิทธิบัตร การศึกษา การตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง (physical examination) เช่น BMI แยกน้ำหนักและส่วนสูง รอบเอว รอบสะโพก foot examination/ ABI/ monofilament test คลำชีพจรส่วนปลายทุกจุด ตรวจตา ไต หัวใจ สอบถามเกี่ยวกับโรคร่วม ประเมินภาวะแทรกซ้อน และสอบถามประวัติครอบครัว คนที่เป็นหลักของการดูแล (significant person) ข้อมูลประวัติพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง เช่น cardiovascular diseases (CVD) risk assessment ประวัติการรักษา การใช้ยา/ สมุนไพร/ การใช้สุขภาพทางเลือก การให้ความรู้ในการจัดการ เช่น คำแนะนำเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ภาวะซึมเศร้า (ใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q) ข้อมูล ICD10 and specific type, ICD9 ประวัติการส่งต่อ ค่าใช้จ่าย ค่ายา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น FBS, BS, HbA1c, Lipid profiles, K, renal function, CBC, UA, EKG, CXR

9.2 การจัดการข้อมูล (data management) การป้อนข้อมูลสุขภาพ และการพยาบาล การนำข้อมูลมาใช้ในการใช้สถิติเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งพยาบาลควรบริหารจัดการเวลาให้สามารถทำการบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ผลการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และการจัดการรายกรณีด้านต่างๆ ทำการบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงลงในฐานข้อมูลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน ต่อเนื่อง และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อใช้ประโยชน์ในการนำเสนอรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้นำข้อมูลไปเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานต่อไป

9.3 การจัดการความรู้ เน้นการวิเคราะห์แนวทางการทำงานที่ได้ผลดี และทำการสกัดองค์ความรู้จากการปฏิบัติเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นๆ

10. เสนอแนะหรือร่วมจัดทำฐานข้อมูลที่จำเป็น และทำการรายงานข้อมูลอย่างครบถ้วนเที่ยงตรง ข้อมูลที่บันทึกอย่างเป็นระบบจะมีความสำคัญมากในการนำเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินงานในปีต่อไป และจะช่วยให้งานข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประเทศ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## แนวโน้มนโยบายการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน

การทำงานป้องกัน จัดการโรคเรื้อรังในชุมชน ในปี 2560 เป็นต้นไป เน้นการป้องกันโรคและลดการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง การพัฒนากระบวนการทำงานที่เน้นการลดอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ และมุ่งคัดกรองและจัดการกลุ่ม pre-diabetes, pre-hypertension เน้นการประเมิน คัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk assessment, prevention and management) การลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน การลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การป้องกันภาวะไตเสื่อม จึงเน้นการจัดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังคุณภาพที่ต้องบูรณาการกับการป้องกันจัดการภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (Non-communicable Disease and Chronic Kidney Disease Clinic: NCD and CKD Clinic) ควบคู่ไปกับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง ตา ไต เท้า เน้นการดูแลให้เข้าถึงการบริการและได้รับการวินิจฉัยโรค

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีการทำงานประสานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระบบอำเภอสุขภาพ และตำบลสุขภาพ พิจารณาบริบทของครอบครัวและชุมชน เชื่อมโยงแนวคิดทุกมิติของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) พัฒนาความเชื่อมโยงของเครือข่ายการให้บริการทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีและเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวทางการประสานการจัดการระบบการดูแลที่บูรณาการ ให้บริการได้ครบถ้วนต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถควบคุมโรคได้ดี ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถจัดการตนเอง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้ดี จะไม่เกิดหรือสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ในภาพรวมจะช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายและลดความสูญเปล่า ช่วยให้เกิดการบริการที่มีความคุ้มค่าคุ้มทุน อย่างแท้จริง

ปัจจุบันพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาให้สามารถปฏิบัติบทบาทและสมรรถนะด้านการจัดการรายกรณีมากขึ้น สามารถทำการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง คัดกรอง

ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มผู้ใช้บริการ แนะนำทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินรวมทั้งการเรียกขอความช่วยเหลือทางหมายเลข 1669 อย่างทันท่วงที เช่น ในกลุ่มที่มี FAST signs หรือกลุ่มที่มีอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndromes: ACS) มีการประสานงานส่งต่อเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อผู้ใช้บริการมีอาการควบคุมโรคได้ดีขึ้น มีการส่งตัวกลับสู่ชุมชน พยาบาลทำการติดตามเยี่ยมบ้าน ประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายในชุมชน ในการติดตามอาการและภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น บริการวัดและติดตามค่าความดันโลหิตที่บ้าน (home monitoring blood pressure: HMBP) และบริการอุปกรณ์การเจาะและแนะนำการเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน (self-monitoring blood sugar: SMBG) ในรายที่จำเป็น มีการจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองหรือกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนในหลายรูปแบบ เช่น จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบค่าย หรือจัดตั้งชมรมหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีการประสานงานกับองค์กรชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานมากขึ้น อย่างไรก็ตามข้อจำกัดที่พบบ่อยในการจัดการรายกรณีในชุมชน ได้แก่ บุคลากรบางส่วนอาจขาดความเชี่ยวชาญในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การมีบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์จำกัด การที่มีเครื่องมือคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไม่พอ โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา จึงต้องมีการบริการจัดการให้การหมุนเวียนเครื่องมือตรวจตาพร้อมทีมงานในเขตพื้นที่นั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตควรต้องพัฒนาพยาบาลที่เข้าไปทำงานในชุมชนให้มีทักษะในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง ร่วมกับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะด้านการดูแลและจัดการเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นบทบาทการประสานงานกับเครือข่ายบริการเพื่อจะได้สามารถให้บริการเชิงรุกได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพให้ทุกสถานบริการสุขภาพในชุมชนมีบุคลากรที่มีความพร้อมในการจัดการกับโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของทุกชุมชน

#### เอกสารอ้างอิง

1. Chungsatantap K, Tengrang K, Pinkaew R, et al. Community way: learning handbook for easy, effective, and happy working in the community. Health Systems Research Institute and Public Health Plan; 2002. Thai

2. MedResNet. Report on the evaluation of care among clients with diabetes and hypertension, year [Internet]. 2013 [cited 2016 December 5] Available from <http://www.slideshare.net/channa7/2-2556-31017940>. Thai
3. Sindhu S, Wongrod P. editor. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension 2 nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014. Thai
4. Cary AH, editor. Chapter 22: Case management. In Stanhope M & Lancaster J. Public health nursing: population-centered health care in the community. 8 th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p. 483-506.
5. Mullahy CM. The case manager's handbook. 5 th ed. MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.
6. Meisler N, Midyette P. CNS to case manager: Broadening the scope. Nur Manage. 1994; 25(11): 44-6.
7. Watts SA, Lawrence RH, Kern E. Diabetes nurse case management training program: Enhancing care consistent with the chronic care and patient-centered medical home models. Clin Diabetes. 2011; 29(1): 25-33.
8. White P, Hall ME. Mapping the literature of case management in nursing. J Med Libr Assoc. 2006; 94(2 Suppl): E99-106.
9. Sindhu S. Introduction. In Sindhu S, Wongrod P. editor. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension. 2 nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014. p. 1-7. Thai.
10. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes [Internet]. Bangkok: Sri-mung-karnpim Limited Company; 2014 [cited 2016 March 1] Available from [http://www.dmthai.org/news\\_and\\_knowledge/567](http://www.dmthai.org/news_and_knowledge/567). Thai.
11. Thai hypertension Society. Thai guideline on the treatment of hypertension 2012 update 2015. [cited 2016 May 12] Available from <http://www>.

- thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf.
12. The Nephrology Society of Thailand. Handbook for managing chronic kidney disease in early stage. Bangkok: Union Ultra-violate Limited Company; 2012. Thai.
  13. Division of Non-communicable Disease, Ministry of Public Health. Handbook for managing chronic kidney disease in clients with diabetes and hypertension; 2016. Thai.
  14. Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk [Internet]. 2015 [cited 2016 May 12] Available from <http://sasukwarin.phoubon.in.th/download/แนวทางการประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือด.pdf>
  15. Thungtong S, Chinnawong T, Thaniwattananon P. Effects of self-management support program for delayed progression of diabetic nephropathy on self-management behaviors and clinical outcomes in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015; 35(1): 67-84. Thai.
  16. Bolen SD, Chandar A, Falck-Ytter C, et al. Effectiveness and safety of patient activation interventions for adults with type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J Gen Intern Med*. 2014; 29(8): 1166-76. doi: 10.1007/s11606-014-2855-4.
  17. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, et al. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Safety*. 2003; 29(11): 563-74.
  18. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical best practice guidelines: strategies to support self-management in chronic conditions: collaboration with clients [Internet]. Canada: Toronto, Ontario; 2010 [cited 2016 March 1] Available from [www.rnao.org](http://www.rnao.org).
  19. Chongtrakul P. Rational drug use for managing diabetes and hypertension. 2 nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014.
  20. Ministry of Public Health. Key performance index system: KPI 26, percent of district which implement District Health System (DHS), work alliance with local government and community [cited 2016 June 5] available from [http://healthdata.moph.go.th/kpi/2557/KpiDetail.php?topic\\_id=47](http://healthdata.moph.go.th/kpi/2557/KpiDetail.php?topic_id=47).
  21. Sahaeim C. Nurse case management for diabetes. In Sindhu S, Wongrod P. editor. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension. 2 nd ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014. p. 9- 46. Thai
  22. Chaimongkol O, Sindhu S. Nurse case management for hypertension. In Sindhu S, Wongrod P. editor. Case management for clients with diabetes mellitus and hypertension 2 th ed. Bangkok: Wattanakanpim Printing; 2014. p. 47-111. Thai