แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนเขตเมืองในเขตเทศบาลนครนนทบุรี

ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม* เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง** พรนภา ไชยอาสา** โสมศิริ รอดพิพัฒน์**
ปาริชาติ แว่นไวยศาสตร์** จตุพร หนูสวัสดิ์** รุจิพร จิตตวิสุทธิวงค์**

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายมาเรียนรู้ร่วมกันเพื่อค้นหาปัญหาและประเมินศักยภาพของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน โดยนำกระบวนการจัดการรายกรณีตามมาตรฐานของชมรมผู้จัดการรายกรณีแห่งประเทศสหรัฐอเมริกามาเป็นแนวทาง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การคัดเลือกและคัดกรองผู้รับบริการ 2) การประเมินและกำหนดปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ 3) การจัดทำแผนการดูแล 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การประเมินตามแผนการดูแลและการติดตามผล และ 6) การสิ้นสุดกรณีศึกษา โดยรูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นได้แบ่งแนวทางการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน (ADL = 5-11) และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด (ADL < 5) จากการถอดบทเรียนการทดลองนำรูปแบบไปใช้ใน 3 ชุมชน ของเทศบาลนครนนทบุรี พบว่า ชุมชน และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจที่มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือที่บ้านอย่างเป็นระบบ และทำให้สามารถการส่งต่อการดูแลและการส่งกลับเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการจัดการรายกรณีนี้ จะช่วยให้ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และสามารถส่งต่อการดูแลได้อย่างสมบูรณ์ไร้รอยต่อในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและชุมชนอื่นๆต่อไป ทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ การจัดการรายกรณี การพัฒนารูปแบบ

---

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, Email: yupawant@hotmail.com

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

The development model of case management for disable seniors in community: A case study of urban communities in Nonthaburi municipality

Yupawan Thongtanunam* Yaowarat Rungsawang** Pornnapa Chaiarsa** Somsiri Rodpipat**
Parishard Wanwaisart** Jatuporn Nusawat** Rujiporn Jittawisuttiwong**

Abstract

The purpose of this article is to present a developed case management model for disable seniors in the community. The model was developed based on community and network partner collaboration to explore the problems and assess the community's potential for building health care systems in congruence with the needs of seniors and context of the community. Case management standards established by Case Management Society of America, including 1) Client identification and selection; 2) Assessment and problem/opportunity identification; 3) Development of the case management plans; 4) Implementation and coordination of care activity; 5) Evaluation of the case management plans and follow-up; and 6) Termination of the case management were used for model development. The case management model is divided into two approaches, namely, partial dependent care (for seniors ADL 5-11) and total dependent care (for seniors ADL< 5). Based on the lesson learnt from 3 communities Nonthaburi municipality and their partnerships, they satisfied with how the model could be used to help disable senior people in community and how the model could enhance the effectiveness of referral system. Consequently, this model will advocate families, community and partner organizations working together effectively for disable seniors in the community. In addition, the elderly care system can be delivered seamlessly through this model to enhance elderly quality of life in Nonthaburi municipality and other communities.

Keywords: disable seniors, case management, model development

---

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Email: yupawant@hotmail.com

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

บทนำ

โครงสร้างประชากรประเทศไทยอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2550 ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 12.2 14.9 16.5 และ 16.7 ในปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 พ.ศ.2559 และ พ.ศ.2560 ตามลำดับ[1-2] ทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จากสติติผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีปี พ.ศ. 2560 ถือว่าเทศบาลนครนนทบุรีเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 28.89 และกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีถึงร้อยละ 20.43[3] จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.7 มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม และโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุ 1ใน 3 จัดอยู่ในกลุ่มเปราะบาง มีรายได้ต่ำอยู่ในกลุ่มยากจน บุตรที่เคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญมีสัดส่วนลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพังเพียงคนเดียว หรืออยู่ตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2559 ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีจำนวนถึง 400,000 คน โดยคาดว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม จะมีแนวโน้ม เพิ่มเป็น 1.3 ล้านคนและ 1.4 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า[4]

ระบบการจัดการรายกรณี (Case management) เป็นระบบการดูแลที่มีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ โดยมีศูนย์รวมการทำงานอยู่ที่การดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล เป้าหมาย คือ ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันการเกิดโรคภัยต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ มีการรับรู้ที่ดี ชะลอความแก่ และความเสื่อม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งอาจช่วยเหลือผู้อื่นได้ต่อไป[5] ในปัจจุบันผู้จัดการรายกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน จึงถือเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เพราะเป็นผู้ที่สะสมประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน ทำคุณประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ชุมชนและประเทศชาติ แต่เมื่อกาลเวลาผ่านไปร่างกายของผู้สูงอายุย่อมเสื่อมถอยลง กำลังสำรองลดลง (Reduced body reserve) ความจำถดถอย (Intelligent impairment) การทรงตัวขาดความมั่นคง (Instability) การเคลื่อนไหวลดลง (Immobility) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinent of urine) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (Multiple pathologies) รับประทานยาหลายขนานร่วมกัน (Poly pharmacy) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ในวัยเด็กและหนุ่มสาว รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) ร่วมกับบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ลดลง (Social adversity) ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม[6] ผู้สูงอายุบางราย ถูกทอดทิ้ง หรือถูกทารุณกรรมจากสมาชิกในครอบครัวหรือสังคม ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ขาดความสุขในชีวิต ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุต้องผสมผสาน (Integrated care) ศาสตร์ในการดูแลทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแล และยังต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้งมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ตามลำพังมีจำนวนมากขึ้น ชุมชนจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยการทำงานร่วมกัน การประสานร่วมมือกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination) บุคลากรสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการกระตุ้น สนับสนุนและเสริมศักยภาพ (Advocate and empowerment) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำในชุมชน ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่นเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดระบบสนับสนุนระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษา การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย จัดบริการสวัสดิการสังคม สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจ ลดการพึ่งพิง และฝึกฝนให้ครอบครัวหรืออาสาสมัครหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จากการศึกษาของ จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และคณะ[7] เรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่มีความต่อเนื่องชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศาสนา มีความต่อเนื่อง และมีการส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีระบบ จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

รูปแบบการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณีเริ่มขึ้นในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ได้รับการยอมรับ และแพร่หลายไปยังประเทศอื่นๆ ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีให้สอดคล้องกับ

บริบท และความต้องการของสภาพปัญหามีหลายรูปแบบ[8] เช่น รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute care hospital model) รูปแบบการจัดการรายกรณีในคลินิก (Clinical case management models) เป็นต้น โดยแต่ละรูปแบบมีขั้นตอนการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกัน ในปี 2010 คณะกรรมการผู้บริหารของชมรมการจัดการรายกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา (Case Management Society of America: CMSA) ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี (Case management) ไว้ว่าเป็นกระบวนการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน วางแผน การเอื้อให้เกิดการดูแล และสนับสนุนแนวทางในการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล โดยใช้การสื่อสาร และนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพอย่างคุ้มค่า[8] การจัดการรายกรณีถือเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน มีการวางแผนการออกแบบการดูแลเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะตามความต้องการเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ มีการจัดการเพื่อให้กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้ ด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[9-11] มาตรฐานการดูแลการจัดการรายกรณี ยังมุ่งเน้นการเพิ่มบทบาทในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ลดการให้การดูแลด้านสุขภาพแบบแยกส่วน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการดูแลในการจัดการรายกรณี เน้นการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการที่มีความพร้อม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพในการดูแล และสามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม ขยายการดูแลในรูปแบบของสหวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพโดยการใช้แนวปฏิบัติ กระบวนการที่เป็นที่ยอมรับในการประเมินความต้องการของผู้รับบริการและการวางแผนการดูแล ที่สอดคล้องกับความต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ.2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประสานความร่วมมือกับสภาการพยาบาลผลิตพยาบาลผู้จัดการรายกรณีอย่างเป็นระบบ ผู้จัดการรายกรณีไม่ได้จำกัดว่าจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น อาจเป็นวิชาชีพอื่นได้ แต่ผู้จัดการรายกรณีในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล[12] กระบวนการการจัดการรายกรณี มีองค์ประกอบ[7] ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนในกระบวนการการจัดการรายกรณี

ขั้นตอนการจัดการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1. การคัดเลือกและคัดกรองผู้รับบริการ (Client identification and selection)	1. เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เข้ารับบริการ 2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ	1. แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อยที่สามารถจัดการรายกรณีได้อีกเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบและกิจกรรม 2. ให้ข้อมูลผู้รับบริการเพื่อให้ความยินยอมและร่วมมือในการเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี
2. การประเมินและกำหนดปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ (Assessment and problem/opportunity identification)	1. เพื่อนำข้อมูลไปการวางแผนการจัดการรายกรณีตามปัญหาและความต้องการการ 2. เพื่อทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี	1. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยละเอียด และครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น 2. ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ 3. ประเมินบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่ และที่จำเป็นต้องใช้
3. การจัดทำแผนการดูแล (Development of the case manage plan)	เพื่อพัฒนาแผนการดูแลรายกรณี (care plan) ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	1. กำหนดเป้าหมายในการดูแล 2. ลำดับความสำคัญในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการ 3. กำหนดประเภทของการบริการ และทรัพยากรที่มีอยู่ในการจัดการกับปัญหาหรือความต้องการนั้น
4. การปฏิบัติตามแผน (Implementation and coordination of care activity)	1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามแผนที่วางไว้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ 2. ลดความสูญเปล่า และให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความคุ้มค่า คุ้มทุน	1. จัดการรายกรณีตามมาตรฐานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การจัดการระบบบริการ การดูแลที่ครบวงจรทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุนและทรัพยากรตามความจำเป็น 2. การประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย
5. การประเมินตามแผนการดูแลและการติดตามผล (Evaluation of the case management plan and follow-up)	1.เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการและนำผลการประเมินมาปรับปรุงการบริการ	1. ประเมินผลลัพธ์ของระบบการจัดการรายกรณี ทั้งในเรื่องคุณภาพการบริการ คุณภาพ สิ่งสนับสนุน และความพอเพียงของทรัพยากร 2. การกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ รวมทั้งการบรรลุเป้าหมาย 3. นำเสนอผลลัพธ์ของการจัดการรายกรณีและคุณภาพการบริการสุขภาพ

ตารางที่ 1 ขั้นตอนในกระบวนการการจัดการรายกรณี (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
6. การสิ้นสุดกรณีศึกษา (Termination of the case management)	เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสมเมื่อผู้รับบริการได้รับการดูแลจนถึงระดับที่ความต้องการการดูแลเปลี่ยนไป	1. ประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อตัดสินใจและกำหนดทางการสิ้นสุดกรณีศึกษา 2. สื่อสารกับผู้รับบริการถึงเหตุผลและแนวทางการสิ้นสุดการบริการ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันให้มีพัฒนาการจัดการการดูแล (Care management) เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้จัดการการดูแล (Care manager) ทำหน้าที่เป็นผู้วางแผน ประสานงานให้เกิดการดูแลกับสหวิชาชีพ ชุมชนและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแล โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สืบค้น คัดกรองรับทราบสถานการณ์ (Screening) 2) ประเมินสภาพการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (Assessment) 3) จัดทำแผนการพยาบาลดูแล(Care plan) 4) เตรียมงานและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลดูแล (Preparing and implementation) 5) กำกับดูแล (Monitoring) อย่างต่อเนื่อง 6) ประเมินผลการดูแล (Evaluation) และ7) เสร็จสิ้นกระบวนการ (Terminate) โดยเมื่อจัดการการดูแลครบกระบวนแล้วจะมีการย้อนดูทั้งระบบ เพื่อประเมินว่าการช่วยเหลือที่ผ่านมานั้นเหมาะสมหรือไม่[13] จะเห็นได้ว่าการจัดการรายกรณี(Case management) และการจัดการการดูแล(Care management) มีแนวคิดและแนวทางที่สอดคล้องกันในการทำงานเป็นทีมเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุ และมีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรอง การดูแล ติดตามประเมินผล และมุ่งเน้นการบริหารทรัพยากรบุคคล งบประมาณ องค์ความรู้ในชุมชนมาส่งเสริมการดูแล ต่างกันที่การจัดการการดูแลมีจุดเน้นที่จัดการเชิงระบบให้ผู้สูงอายุที่ไม่มุ่งเน้นที่ปัญหาสุขภาพ ในขณะที่การจัดการรายกรณีมุ่งเน้นที่ตัวผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุรายบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพหรือต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษา โดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพอื่นๆที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดการรายกรณีและการจัดการการดูแล[14-15]

คุณลักษณะ	การจัดการการดูแล	การจัดการรายกรณี
1. ที่มาของบุคลากร	จากหลายอาชีพ ทั้งด้านสุขภาพและไม่เกี่ยวข้องที่ผ่านการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแล	เริ่มต้นจากนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล หรือนักจิตวิทยา
2. การจ้างงาน	ส่วนใหญ่จ้างงานแบบธุรกิจ แต่ประเทศไทยเป็นบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ผ่านการอบรม	พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือองค์กรด้านสุขภาพ ในประเทศไทยบุคลากรทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการจัดการรายกรณีและการจัดการการดูแล[14-15] (ต่อ)

คุณลักษณะ	การจัดการการดูแล	การจัดการรายกรณี
3. การกำหนดขอบเขตการดูแล	มุ่งเน้นที่การดูแลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพึ่งพาตนเองได้ การกำหนดขอบเขตจึงมุ่งหวังให้ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ร่วมกับผู้จัดการการดูแล จัดทำแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้ดูแล (Care giver) เป็นผู้ปฏิบัติตามแผน	มุ่งเน้นที่โรค ปัญหาสุขภาพ สถานการณ์ นโยบาย กฎ ระเบียบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้กำหนดขอบเขตหลักจึงเป็นผู้จัดการรายกรณี หรือมาจากโรงพยาบาล/องค์กร โดยคำนึงถึงบริบทและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
4. จุดมุ่งเน้น	มองผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชน เป็นศูนย์กลางในการให้บริการ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับระโยชน์สูงสุดในการดำเนินชีวิตหรือตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการการดูแลต่อเนื่องจากการเจ็บป่วย โดยคำถึงถึงปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ (Health determinants) ซึ่งรวมไปถึง การรักษา สถานะการเงิน ความเป็นอยู่ พฤติกรรมสุขภาพ นโยบายสิทธิประโยชน์/สวัสดิการตาม พรบ. ผู้สูงอายุ เป็นต้น
5. เป้าหมาย	1. สนับสนุนและเสริมศักยภาพ (Advocate and empowerment) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำในชุมชน ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ 2. สนับสนุน ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการหรือแหล่งทรัพยากรอื่นเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดระบบสนับสนุน ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษา การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย 3. จัดบริการสวัสดิการสังคม สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ)	1. ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชน 2. วางแผนการออกแบบการดูแลเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะตามความต้องการเพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ 3. จัดการเพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน

รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรองผู้ป่วย การประเมินสุขภาพและระบุปัญหาของผู้ป่วย การพัฒนาแผนการดูแล การดำเนินการตามแผนการดูแล การประเมินผล การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องและการสิ้นสุดการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความต้องการอย่างมีคุณภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยการสื่อสาร การจัดการทรัพยากรที่ดี มีการประเมิน

ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม โดยมีผู้จัดการรายกรณีผู้สูงอายุ (Case manager) ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน กำกับดูแลรวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ ติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ละรายโดยใช้แผนการดูแล (Care plan) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเป้าหมายในการดูแล กำหนดกิจกรรมการดูแล ควบคุมติดตามการดำเนินงานและการประเมินผล

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนเป็นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนวัดลานนาบุญ ชุมชนหมู่บ้านอัญชลี ชุมชนบางเขน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และเทศบาลนครนนทบุรี ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL = 5-11) และกลุ่มติดเตียง (ADL = 0-4) (Barthel) โดยมีขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบ ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

1.ทำประชาคมร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ได้ประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

2. สำรวจความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยการสำรวจความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และสัมภาษณ์กลุ่มย่อยกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและสัมภาษณ์มาจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนโดยออกแบบกิจกรรมการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ และกำหนดผู้รับผิดชอบร่วมกันในทีมผู้ดูแล (Care team) โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) ร่วมกับการจัดการการดูแล (Care management) โดยมีขั้นตอนในการดูแล ดังนี้

3.1 คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือบางส่วนและกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด

3.2 ประเมินภาวะสุขภาพและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดจะ

ได้รับการประเมินภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ

3.3 ผู้จัดการการดูแล นำข้อมูลจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมาวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมการดูแลในแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย ตามแนวทางการดูแลในรูปแบบการจัดการรายกรณี

3.4 ผู้จัดการการดูแล ประชุมร่วมกับทีมผู้ดูแล (Care team) ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว (Family care giver) อาสาสมัครหมู่บ้าน และกรรมการชุมชน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการดูแลตามแผนการดูแล และปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง สุขภาพและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว

3.5 ผู้จัดการการดูแลติดตามการดูแลของทีมผู้ดูแล ตามแผนการดูแล และประเมินความเสี่ยงซ้ำ (Re-evaluation) เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงลดลงหรือไม่ ควรปรับแผนการดูแลไปในทิศทางใด

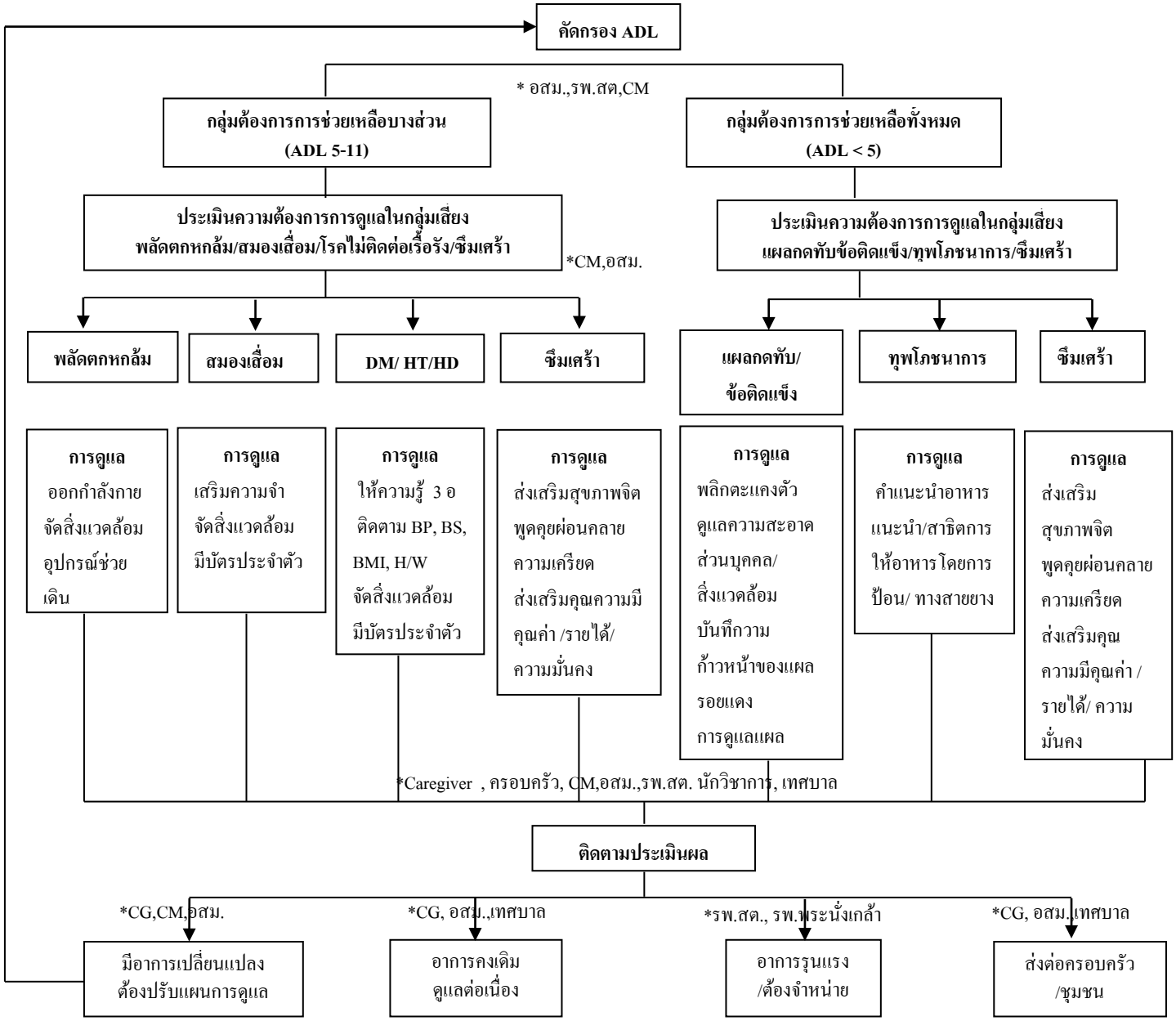
3.6 การสิ้นสุดการจัดการรายกรณี (Termination of the case management) เมื่อผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่การส่งต่อให้กับระดับการดูแลอื่นหรือในกรณีที่ผู้สูงอายุเสียชีวิต ผู้จัดการการดูแลเป็นผู้ตัดสินใจในการสิ้นสุดการจัดการรายกรณีร่วมกับทีมผู้ดูแล



ภาพที่ 1 ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน

4. เมื่อดำเนินการตามรูปแบบการดูแลครบทุกขั้นตอน ทีมผู้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนประชุมร่วมกันทบทวนการดำเนินงาน (After Action Review) และถอดบทเรียนทีมผู้ดูแลและทีมทำงานเพื่อสรุปเป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน

ภายหลังการทบทวนการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้กับชุมชนกรณีศึกษา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านบางรายมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยของร่างกาย สูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จึงนำผลมาปรับรูปแบบการดูแลเพิ่มการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้ด้วย จากการทบทวนและถอดบทเรียนหลังการนำรูปแบบไปใช้ทำให้ได้รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนที่สมบูรณ์ขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนที่ได้จากการทดลองใช้ในชุมชน

จากการถอดบทเรียนทีมผู้ดูแล พบว่า การนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปใช้ ทำให้ลดขั้นตอนในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดูแล การให้การดูแลและการติดตามการดูแลสามารถทำได้อย่างเป็นระบบ และเอื้อให้การส่งต่อผู้สูงอายุ เพื่อยกหรือลดระดับการรับบริการมีข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง และเชื่อถือได้ โดยทีมผู้ดูแลถือเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้การดูแลประสบความสำเร็จ ในกรณีศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้จัดการการดูแลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทเสมือนหัวหน้าทีมที่คอยวางแผนและปรับแผนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ประสานงานกับทั้งสมาชิกในทีมผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นญาติ อสม และเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ นอกจากนั้นในบริบทของสังคมเมืองปัจจัยที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมผู้ดูแล ก็คือ สัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นที่อาสาสมัครหมู่บ้านได้รับจากครอบครัวผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแลโดยเฉพาะอาสาสมัครหมู่บ้านและผู้ดูแลจากครอบครัวจึงเป็นหัวใจของรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Demographic and housing demographics. [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 3]; Available from: http://www.statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx.
2. Prasartkul P. Thai Elderly Situation. Nakhon Pathom: Printing company 999; 2016.
3. Nonthaburi Provincial Statistical Office. National Statistical Ministry of Digital Economy and Society office. Nonthaburi Provincial Statistical Report 2017. [Internet]. 2017. [cited 2017 May 5]; Available from: http://nontburi.nso.go.th/images/PDF/nont/totalreport60.pdf.
4. National Statistical Office. Ministry of Information and Communication Technology. Health and Welfare Survey 2015. (The 2015 survey on health and welfare) [Internet]. 2016. [cited 2017 May 5]; Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthRep58.pdf.
5. Sindhu S, Wongrot P. Case Management in Diabetes and Hypertension. 2nd. Bangkok: Wattana Printing, 2014. (in Thai)
6. Thongcharoen W. Science and Arts in the Elderly Nursing, Bangkok: Textbook of Faculty of Nursing Mahidol University, 2016.
7. Ngumchanri J, Kongtaln O. Development of Continuing care for the home-bound and bed-bound elders in phetchabun municipal community. GRC 2012 Graduate Research Conference, 2555: 658-669.
8. Zander K. Case Management Models: Best Practices for Health Systems and ACOs, Second Edition, is published by HCPro, an H3.Group division of Simplify Compliance, LLC. [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 12]; Available from: https://hcmarketplace.com/aitdownloadablefiles/download/aitfile/aitfile_id/1942.pdf

9. Case Management Society of America. (2010). Standards of practice for case management. [Internet]. 2010 2017 [cited 2018 Oct 12]; Available from: www.cmsa.org/portals /0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf
10. Sindhu S. Specialized Nursing Training Program in Nursing, Chronic Case Management (Diabetes and high blood pressure) Scope of roles and competencies of case manager nurses. Nonthaburi: Nursing Council, 2013. (in Thai)
11. Tahan HM. Essentials of advocacy in case management: part 2 client advocacy model and case manager's advocacy strategies and competencies. Prof Case Manag. 2016; 21(5): 217 - 32.
12. Pragodphol P. Nurse Case Management for Chronic Disease. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2560; 28(1): 112-21. (in thai)
13. Banphuan W. Care Manager Training Guide, Ministry of Public Health. Department of Health, Ministry of Public Health. Media Center and Glass Publications Suan Sunandha Rajabhat University, 2015. (in Thai)
14. Balard F, Gely-Nargeot M, Corvol A, Saint-Jean O and Somme D. Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers BMC, 2016.
15. Safety Net Medical Home Initiative. Wagner E. Improving Care for Complex Patients: The Role of the RN Care Manager. 1st ed. Austin B, ed. Seattle, WA: The MacColl Center for Health Care Innovation at the Group Health Research Institute and Qualis Health; February, 2012.