

รูปแบบการทำ Faculty Practice ของอาจารย์พยาบาล

- () 1. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการ มี case load ในคลินิกการพยาบาล
- () 2. ทำงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบบริหารพยาบาล คุณภาพงานบริการพยาบาลเพื่อผู้รับบริการ
กลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน
- (/) 3. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป ทำวิจัย ใช้ผลงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือ
พัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง
- () 4. สร้างความรู้จากการปฏิบัติและการวิจัย ตีพิมพ์ผลงานวิชาการร่วมกับฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น
- () 5. Individual Development Plan (IDP) ของอาจารย์แต่ละท่านที่สามารถออกแบบการเพิ่มพูนประสบการณ์การ
ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

ความเป็นมาและความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่ได้มาเพียงโรคเดียว มักจะมาพร้อมกันหลายๆโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในหลอดเลือด เป็นต้น (Saklayen, 2018) ที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมากกว่า 50% ของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว (Wang et al., 2019) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ได้ประสบเพียงแค่ปัญหาจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ แต่พบว่ามีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) ที่แอบแฝงอยู่ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านการเผาผลาญพลังงาน (metabolism) ที่ประกอบด้วย การมีภาวะอ้วนลงพุง (Central Obesity) ร่วมกับอาการทางคลินิกที่ผิดปกติอย่างน้อย 2 อย่าง ได้แก่ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และไขมัน HDL ต่ำ (Kapil et al., 2018) ซึ่งภาวะนี้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึง 5 เท่า และโรคหัวใจและหลอดเลือด ถึง 2.5 เท่า (Kapil et al., 2018) ที่สำคัญยังพบในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และการมีโรคเรื้อรังเดิมอยู่แล้ว (Pirkle, Wu, Zunzunegui, & Gomez, 2018) จากสถานการณ์ข้างต้นจึงถือได้ว่าภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นภัยเงียบ เพราะเมื่อเกิดภาวะนี้แล้วจะไม่ได้แสดงอาการชัดเจนแต่เป็นอาการที่ซ่อนอยู่แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความเสี่ยงของโรคที่เป็นอยู่หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพได้ (Sales et al., 2018)

การปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้จึงต้องการความชัดเจนเพื่อค้นหาข้อมูลที่สำคัญของสถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ณ จุดหนึ่งของเวลา จึงเลือกใช้วิธีการศึกษาแบบการมีส่วนร่วมโดยการเข้าไปสัมภาษณ์ สังเกต และร่วมให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย โดยคาดหวังความรู้ที่ได้ในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล

วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

3. ออกแบบโครงการ/กิจกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล

วันเวลาที่ ปฏิบัติการ พยาบาล	รายละเอียดกิจกรรม	จำนวน ชั่วโมง	รายชื่อพยาบาล APN/RNระดับชำนาญ การที่ร่วมงาน
17 ก.พ. 65	- ประชุมวางแผนการจัดทำแผนการ ปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ร่วมกับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	8	- นางดวงใจ นุชพันธุ์
18,21 ก.พ. 65	- สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ นโยบายการป้องกันและควบคุมของภาวะเม ตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	16	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ - นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
25ก.พ. 65	- สัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ เพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตา บอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและ ควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	8	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ - นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
28 ก.พ. 65	- สัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ เพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตา บอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - ให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและ ควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	8	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ - นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
4, 7 และ11 มี.ค. 65	- สัมภาษณ์และให้บริการสุขภาพเพื่อการ ป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซิน โดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	24	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ - นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม

วันเวลาที่ ปฏิบัติการ พยาบาล	รายละเอียดกิจกรรม	จำนวน ชั่วโมง	รายชื่อพยาบาล APN/RNระดับชำนาญ การที่ร่วมงาน
14, 18 และ 21 มี.ค. 65	-สัมภาษณ์และให้บริการสุขภาพเพื่อการ ป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซิน โดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	24	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
22, 23 และ 24 มี.ค. 65	-วิเคราะห์สรุปสถานการณ์ความชุกของ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ ติดต่อ	24	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
25 มี.ค. 65	ประชุมเพื่อนำเสนอนโยบาย การจัดการบริการ สุขภาพและสรุปสถานการณ์ความชุกของ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ ติดต่อ	4	- นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม
2 มิย 65	-เป็นตัวแทนสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน ในการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการ ปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice) ปีการศึกษา 2564	4	

ผลการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ผลการดำเนินงาน บรรลุ 1 วัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ ที่เสนอไว้ในเอกสารโครงการ	การบรรลุ วัตถุประสงค์
1.เพื่อศึกษาโครงสร้าง นโยบาย แนวทาง กลยุทธ์ เป้าหมาย ของ ระบบการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	บรรลุวัตถุประสงค์
2. วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี	บรรลุวัตถุประสงค์
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี	ไม่บรรลุวัตถุประสงค์
4.ออกแบบโครงการ/กิจกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ผลที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรม

ประเด็นที่ 1 โครงสร้าง นโยบาย แนวทาง กลยุทธ์ เป้าหมาย ของ ระบบการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.1 นโยบายที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่องเพราะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มาตรการแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ถูกระบุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยผ่านยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไข เมื่อวิเคราะห์แต่ละยุทธศาสตร์พบว่า เป้าหมายและตัวชี้วัด ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและผลกระทบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัด ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายและตัวชี้วัด
1. เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก	1.1 ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคNCD (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง(ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 25) 1.2 อัตราHealthy Ageing เพิ่มขึ้น(ADL มากกว่า 12) 1.3 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย(ระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ 25) 1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์	เป้าหมายและตัวชี้วัด
2. สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ Service Excellence)	2.1 ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCC)ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 100) 2.2 จำนวนศูนย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขาหลัก (มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารก แรกเกิด) ใน 12 เขตสุขภาพให้มีครบทั้ง 4 สาขาทุกเขตสุขภาพ 2.3 ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง(ลดลงร้อยละ 5) 2.4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 2.5 ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3 พัฒนาและสร้างกลไก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ	3.1 การเพิ่มอัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร - แพทย์ 1:1800 - ทันตแพทย์ 1:3,600 - เภสัชกร 1:2,300 - พยาบาล 1: 2,300
4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ	4.1 ระดับการใช้ประโยชน์ได้ทั้งการบริหารจัดการและประชาชนของข้อมูลสุขภาพ (ใช้ประโยชน์ได้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติ) 4.2 รายงานด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ(ไม่เกินร้อยละ 5)

เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ยุทธศาสตร์สามารถสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นการวางแนวทางการดำเนินงานที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1.การให้บริการ 2.บุคลากร 3.ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4.ยาและเวชภัณฑ์ 5.ระบบการคลังด้านสุขภาพ และ 6.ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ถึงแม้ในแต่ละตัวชี้วัดไม่ได้ระบุสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่เป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาระบาดได้แก่ กรมควบคุมโรค โดยสำนักไม่ติดต่อได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) และมีการกำหนดยุทธศาสตร์ใน การปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรคไม่ติดต่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2 ระบบบริการ NCD Clinic Plus

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) โดยมีเป้าประสงค์ “ลดภาระการป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้ อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ด้วยวิธีการร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขาและการประสานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี และสร้างให้เกิดผลผลิตตามมาตรฐานสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ และโรคต่างๆ เหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ภายในปี พ.ศ. 2564” โดยมี 6 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ : 1 พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ : 2 เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ : 3 การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ : 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

ยุทธศาสตร์ที่ : 5 : ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรคให้สอดคล้องกับ สถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ : 6 พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ

หากพิจารณาจะเห็นได้ว่า ยุทธศาสตร์ที่ 5 เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยง และควบคุมโรคให้สอดคล้องกับ สถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ โดยมีกลยุทธ์เกี่ยวกับปฏิรูปกระบวนการจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง (ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ในสถานพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นที่มาของการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model; CCM) มาใช้ในการจัดระบบบริการ NCD Clinic Plus ด้วยลักษณะของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่โรคเรื้อรัง การดูแลรักษาต้องมองในมิติทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องดูแลยาวนาน เนื่องจากมีระดับความรุนแรงน้อย และยารักษาโรคเหล่านี้ได้รับการศึกษาการใช้อย่างกว้างขวาง ความปลอดภัยสูง ไม่ต้องการเทคโนโลยีที่ซับซ้อนราคาแพงในการประเมิน ขณะเดียวกันจุดเด่นในเรื่อง comprehensive care ก็เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยซึ่งมักมีหลายโรคหลายปัญหาด้วย

ระบบ NCD clinic คุณภาพ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2557 โดยใน 3 ปีแรก เป็นการวางโครงสร้าง การดำเนินงานให้ครบทั้ง 6 องค์ประกอบในสถานพยาบาล และในปีงบประมาณ 2560 มีการปรับการประเมิน การดำเนินงานโดยเพิ่มในส่วนของการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและผลลัพธ์การให้บริการเพิ่มขึ้นมาจาก รูปแบบเดิมจึงเป็นที่มาของชื่อ NCD Clinic Plus 2560 (Model Development) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย ทิศทางและนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน(กรมควบคุมโรค, 2560) ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ที่มา: ICIC At Group Health's MacColl Institute: Does The Chronic Care Model Work

การดำเนินงานของระบบบริการ NCD Clinic Plus เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับการป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้ระบบเกิดประสิทธิภาพ มีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: ทิศทางและนโยบาย

การประเมินทิศทาง และนโยบายจะประกอบด้วย NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ การตกลง ทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตามความก้าวหน้า ทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์

องค์ประกอบที่ 2: ระบบสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วนที่สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

องค์ประกอบที่ 3: การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การให้การวินิจฉัย การประเมินระยะโรคความเสี่ยงการเกิดโรค รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้บริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 4: ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะ ที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเอง รวมถึงมีกระบวนการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ และจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 5: ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงาน ให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแล และจัดการโรค

องค์ประกอบที่ 6: จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนเป็นการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการสนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน และมีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุน การดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต รวมทั้งสนับสนุนการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

ลักษณะสำคัญของรูปแบบของระบบบริการ NCD Clinic Plus เป็นการดูแลผู้มารับบริการ ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงและโรค, การรักษาด้วย ยาตาม CPG เป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับใช้ในการจัดการกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดอัตราป่วย และการลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นหลัก เพราะทั้ง 2 โรคสามารถนำไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น ในการดำเนินงานเป็นการจัดบริการที่มีลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่กลุ่มไม่ป่วย เน้นการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง เน้นการลดปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วย ส่วนกลุ่มป่วยมุ่งให้ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยการทำงานเน้นการให้ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน ทุกองค์กรทั้งภาครัฐ และเอกชน ทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ภายใต้ง 6 องค์ประกอบ โดยมุ่งหวังให้สุขภาพของประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้รับการบริการจากระบบ NCD Clinic Plus

นอกจากนี้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศ เนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนคนไทย มีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้อัตราเสี่ยงและอัตราการเกิดของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) หรือโรคอ้วนลงพุง ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการที่จะควบคุมไม่ให้ประชาชนเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จึงให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย/การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) การมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ (Diet) ที่เหมาะสม ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ เน้นการลดปัจจัยเสี่ยง ป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วนลงพุง และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ทั้งนี้ ในปี 2557 กรมอนามัย มีนโยบายส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. โดยดำเนินการสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกไร้พุง (DPAC : Diet & Physical Activity Clinic) ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการในคลินิกไร้พุงและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเกิดความมุ่งมั่น ความมั่นใจว่าปฏิบัติได้ ความเข้าใจถึงอุปสรรคหรือข้อขัดข้อง เกิดเคล็ดลึกลับสู่การเปลี่ยนแปลง กำลังใจและความช่วยเหลือของ เพื่อนและคนรอบข้าง การจัดการตนเอง(Self-management) และสิ่งแวดล้อม (Environmental management) เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง (Self-care) จนเป็นนิสัย (จรัพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญา, 2558)

1.2 อัตรากำลังของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย

บุคลากร	กรอบ	ปฏิบัติ จริง	วุฒิการศึกษา/ เฉพาะทาง	ประสบ การณ์(ปี)
ผอ.รพสต	1	1	ป.ตรี	38
พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ)	2	2	ป.ตรี (2)	25,10
นักวิชาการสาธารณสุข	1	1	ป.ตรี	2
เจ้าพนักงานทันต สาธารณสุข	1	1	ป.ตรี	10
ผู้ช่วยพยาบาล	-	1	ป.ตรี	10
เจ้าหน้าที่สนับสนุน (แม่บ้าน)		1	ม.3	6

3. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการดำเนินงานครั้งนี้ได้ให้ความหมายของ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูงจากแพทย์อย่างน้อย 1 ปี

ดังนั้นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หมายถึง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) ทุกราย โดยเส้นรอบเอวในเพศชายเกิน 90 cms และเพศหญิงเกิน 80 cms ร่วมกับอาการผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ ใน 4 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Foundation [IDF]) (Assuncao, Sudo, Drummond, de Felice, & Mattos, 2018) ดังนี้

1. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือรับประทานยาลดระดับไขมันในเลือด
2. ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือ < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง หรือรับประทานยาลดระดับไขมันในเลือด
3. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท หรือ รับประทานยาลดความดันโลหิต
4. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร หรือรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

3.1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่คลินิก NCD Clinic plus ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย จำนวน 27คน (100%)

3.1 ปัจจัยนำ

ข้อมูลด้านปัจจัยนำของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอรายได้ จากการศึกษพบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็น ผู้หญิง 22 คน (80.5 %) ผู้ชาย 5 คน (19.5 %) ซึ่งส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) 13 คน (48.2%) รองลงมาเป็นกลุ่มกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80ปีขึ้นไป) 10 คน (37%) จบ การศึกษาในระดับประถมศึกษา(Elementary school)เป็นส่วนใหญ่ 13 คน (48.2%) มีสถานะภาพคู่ (Married)มากที่สุด 10 คน (37%) หม้าย 8 คน (29.6%) โดยไม่ได้ทำงาน(Unemployed)/อยู่บ้านเป็นแม่บ้าน พ่อบ้าน (housewife/butler) มากที่สุด 14 คน (54%) รองลงมาทำไร่ ทำนา ทำสวน (agriculture) 7 คน (15.3%) ความเพียงพอของรายได้ (Income sufficiency) มีพอใช้เหลือเก็บ (sufficiency with saving) มากที่สุด 10 คน (37%) รองลงมา พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (sufficiency with no saving) ๓ คน (29.6%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย ด้านปัจจัยนำ (n = 27)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	19.5
หญิง	22	80.5
อายุ		
กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	4	14.8
กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	13	48.2
กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80ปีขึ้นไป)	10	37.0
(Mean=68.6ปี, SD=6.48 , Min=60ปี, Max=89ปี)		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย
ปัจจัยนำ (n =27) (ต่อ) ด้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา (illiterate)	2	7.4
ประถมศึกษา(Elementary school)	13	48.2
มัธยมศึกษาตอนต้น (Middle school)	4	14.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช (High school)	4	14.8
อนุปริญญาตรี/ปวส/ปริญญาตรี/ปริญญาโท/ ปริญญาเอก (over college)	4	14.8
สถานภาพสมรส		
โสด (Never married)	2	7.4
คู่ (Married)	10	37.0
หย่า (Divorce)	4	14.8
แยกกันอยู่ (separate)	3	11.1
หม้าย (widowed)	8	29.6
อาชีพหลัก (Occupation)		
ไม่ได้ทำงาน (Unemployed)/อยู่บ้านเป็น แม่บ้านพ่อบ้าน (housewife/butler)	14	54.0
ทำไร่ ทำนา ทำสวน (agriculture)	7	15.3
รับจ้างทั่วไป (employed)	2	7.4
ค้าขาย/ทำธุรกิจ (sales/business)	2	7.4
ข้าราชการบำนาญ (retired)	2	7.4
ความเพียงพอของรายได้ (Income sufficiency)		
พอใช้ มีเหลือเก็บ (sufficiency with saving)	10	37.0
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (sufficiency with no saving)	8	29.6
ไม่พอใช้ (insufficiency)	7	25.9
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน (no income)	2	7.4

3.2 ปัจจัยเอื้อ

ข้อมูลปัจจัยเอื้อของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม ประเภทของ ครอบครัว การทารุณกรรมผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน) จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วม ศึกษาวิจัยอาศัยอยู่ในครอบครัวประเภทครอบครัวเดี่ยว มากที่สุด 12 คน (44.4%) รองลงมา ครอบครัวสาม รุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นลูก รุ่นหลาน) 7.4 คน (29.6%) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมภาวะเมตา บอลิกซินโดรม อยู่ระดับน้อยที่สุด มีมากที่สุด 15 คน (55.5%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย ด้านปัจจัยเอื้อ (n =27)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของครอบครัว (Type of family)		
ครอบครัวเดี่ยว	12	44.4
ครอบครัวสามรุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นลูก รุ่นหลาน)	8	29.6
ครอบครัวข้ามรุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นหลาน)	7	25.9
การทารุณกรรมผู้สูงอายุ		
ถูกทารุณกรรม	5	18.5
ไม่ถูกทารุณกรรม (Not abused)		
ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน		
การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด	8	29.6
การมีส่วนร่วมน้อย	2	7.4
การมีส่วนร่วมมาก	2	7.4
การมีส่วนร่วมมากที่สุด		
(Mean=1.82 คะแนน, SD=1.03คะแนน, Min=1คะแนน, Max=4 คะแนน)		

3.3 ปัจจัยต้องการ

ข้อมูลปัจจัยต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม โรคร่วม โรคเรื้อรัง และการรับประทานยาหลายขนาน จากการศึกษา พบว่า มีโรคร่วมน้อย มากที่สุด 15 คน (55.6%) โรคเรื้อรัง) ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด 10 คน (37%) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูง 8 คน (29.6%) มีการรับประทานยาหลายขนาน (Polypharmacy) มากที่สุด 15 คน (55.6%)ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมกิจกรรม ด้านปัจจัยต้องการ (n =27)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	8	29.6
มีโรคร่วมน้อย	15	55.6
มีโรคร่วมปานกลาง	2	7.4
มีโรคร่วมมาก	2	7.4
โรคเรื้อรัง		
DM	2	7.4
HT	2	7.4
HLD	1	3.7
DM&HT	8	29.6
DM&HLD	2	7.4
HT&HLD	2	7.4
DM&HT&HLD	10	37.0
การรับประทานยาหลายขนาน		
มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขนาน	12	44.4
ขึ้นไป	15	55.6
มีการใช้ยาร่วมกันน้อยกว่า 5 ขนาน		

3.4 พฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) และระดับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Medication adherence) จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี มากที่สุด 248 คน (41.3%) รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ 147 คน (24.5%) มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Medication adherence) 519 คน (86.5%) มากที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้านพฤติกรรมสุขภาพ (n =27)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
Health behavior		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
ดีมาก	2	7.4
ดี	7	25.9
พอใช้	8	29.6
ไม่ดี	10	37.0
(Mean=22.4 คะแนน, SD=4.01คะแนน, Min=11คะแนน, Max=30 คะแนน)		
การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ		
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพียงพอ	20	74.1
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องไม่เพียงพอ	7	25.9
(Mean=0.86 คะแนน, SD=0.34 คะแนน, Min=0 คะแนน, Max=5 คะแนน)		

3.5 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

ข้อมูลความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 27 คน (100%) พบว่า ความชุกภาวะเมตาบอลิกซินโดรมผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยมีจำนวน 19 คน (70.4 %) และไม่มีภาวะภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 8 คน (29.6%) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย (n =27)

ข้อมูลภาวะเมตาบอลิกซินโดรม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม		
มี	19	70.4
ไม่มี	8	29.6

4.การจัดบริการสุขภาพ

- คลินิกโรคเรื้อรัง ภายใต้แนวคิด NCD Clinic plus
- จัดบริการคลินิก one stop service โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (ร่วมกับโรงพยาบาลบ้านโป่ง) ทุกวันอังคาร โดยช่วงเวลาในการให้บริการ คือ 7.30-12.00 น
- 7.30-9.00 น Screening โดยพยาบาลวิชาชีพ
- 9.00 น เป็นต้นไป รับการตรวจจากแพทย์
- 10.30 – 12.00 น ได้รับการดูแลจาก เภสัชกร และ nurse practitioner โดยจำนวนผู้รับบริการ 45-50 ราย/วัน

5. Clinical information system

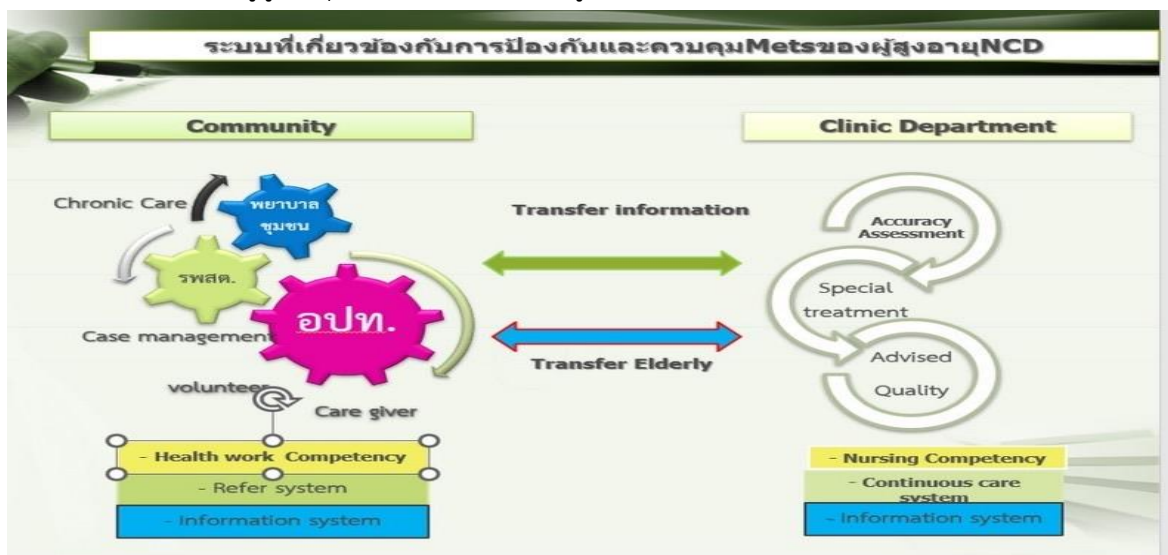
- HDC (43 แฟ้ม)
- ฐานข้อมูล NCD
 - 1) ข้อมูลการคัดกรองHTDM
 - ทะเบียนข้อมูลกลุ่ม Pre-HT กลุ่มสงสัยป่วย
 - ทะเบียนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม Pre - HTDM
 - 2) ทะเบียนกลุ่มป่วย HT/ DM&HT
 - 3) กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ไต
 - 4) ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk (CVD Risk $\geq$ 30%)

สิ่งที่ได้เรียนรู้/ผลงานจากการปฏิบัติการพยาบาล

จากการดำเนินงาน Faculty practice ของอาจารย์พยาบาล ได้ดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ซึ่งผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งผลกระทบดังต่อไปนี้

1. **ผลกระทบต่อตัวนักศึกษา** สามารถนำสถานการณ์ของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อ มาเชื่อมโยงกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการจัดบริการในมิติของการให้บริการ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้บริการฟื้นฟูสภาพ ในบทที่ 1 แนวแนวคิดและหลักการการพัฒนานามัยชุมชน หัวข้อ บทบาทของพยาบาลในการพัฒนานามัยชุมชน วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่น 23 ปีการศึกษา 2565

2. **ผลกระทบต่อชุมชนสังคม** สามารถวิเคราะห์ ระบบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ระบบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้วันและเวลาที่กำหนดไว้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามกำหนด จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวันและเวลา นอกจากนี้ส่งผลให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลในด้าน social และ Family Support

ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

ควรวางแผนและกำหนดการวันและเวลาในการรวบรวมข้อมูลกับบอสม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลตั้งแต่ต้นปีการศึกษา โดยกำหนดวันและเวลามากกว่า 1 วัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีโอกาสเลือกวันที่สะดวก

แนวทางการพัฒนา

1. ปีการศึกษา 2565 รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น social และ Family Support

2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวิจัย ภายใต้ข้อคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ความชุก ณ จุดหนึ่งของเวลา ของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic plus) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย มีขนาดเท่าไร

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic plus) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย หรือไม่

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลของข้าพเจ้าในหน่วยบริการสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ

(นางสาวนนุช เสือพุมิ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน)

ขอรับรองว่า นางสาวนนุช เสือพุมิ ได้ปฏิบัติ Faculty practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงาน และครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ลงชื่อ

(นางสาวศิริกุล ภาณุเจริญพาณิชย์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

ขอรับรองว่าได้ร่วมกับนางสาวนนุช เสือพุมิ ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ

(นายณรงศ์วิทย์ เมืองฉิม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ

(นางดวงใจ นุชพันธุ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย

ภาคผนวก



ภาพ

สถานที่และบริเวณในการจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพสต. สวนกล้วย



ภาพ

การจัดบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รพสต.สวนกล้วย



ภาพ

การสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



การนำเสนอผลการปฏิบัติการพยาบาล



บรรณานุกรม

- Assuncao, N., Sudo, F. K., Drummond, C., de Felice, F. G., & Mattos, P. (2018). Metabolic Syndrome and cognitive decline in the elderly: A systematic review. *PLoS One*, 13(3), e0194990. doi:10.1371/journal.pone.0194990
- Kapil, U., Khandelwal, R., Ramakrishnan, L., Khenduja, P., Gupta, A., Sareen, N., . . . Belwal, R. S. (2018). Prevalence of metabolic syndrome and associated risk factors among geriatric population living in a high altitude region of rural Uttarakhand, India. *J Family Med Prim Care*, 7(4), 709-716. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_261_17
- Pirkle, C. M., Wu, Y. Y., Zunzunegui, M. V., & Gomez, J. F. (2018). Model-based recursive partitioning to identify risk clusters for metabolic syndrome and its components: findings from the International Mobility in Aging Study. *BMJ Open*, 8(3), e018680. doi:10.1136/bmjopen-2017-018680
- Saklayen, M. G. (2018). The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep*, 20(2), 12. doi:10.1007/s11906-018-0812-z
- Sales, M. C., Oliveira, L. P., Liberalino, L. C. P., Cunha, A. T. O., Sousa, S. E. S., Lemos, T., . . . Pedrosa, L. F. C. (2018). Frequency of metabolic syndrome and associated factors in institutionalized elderly individuals. *Clin Interv Aging*, 13, 2453-2464. doi:10.2147/CIA.S177731
- Wang, Q., Chair, S. Y., Wong, E. M., Taylor-Piliae, R. E., Qiu, X. C. H., & Li, X. M. (2019). Metabolic Syndrome Knowledge among Adults with Cardiometabolic Risk Factors: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(1). doi:10.3390/ijerph16010159
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2565, จาก www.Moph.go.th
- ละอองดาว คำชาติ, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และอัมพรพรรณ ชีรานุตร. (2561) โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(4): 386-95.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2552). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ 2551-2. นนทบุรี. โรงพิมพ์เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1157-1162