**รูปแบบการทำ Faculty Practice ของอาจารย์พยาบาล**

( ) 1. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการ มี case load ในคลินิกการพยาบาล

( ) 2. ทำงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบบริหารพยาบาล คุณภาพงานบริการพยาบาลเพื่อผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

( ) 3. ทำงานร่วมกับ APN/พยาบาลผู้ชำนาญการขึ้นไป ทำวิจัย ใช้ผลงานวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล หรือพัฒนาความรู้จากกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง

( ) 4. สร้างความรู้จากการปฏิบัติและการวิจัย ตีพิมพ์ผลงานวิชาการร่วมกับฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

( ) 5. Individual Development Plan (IDP) ของอาจารย์แต่ละท่านที่สามารถออกแบบการเพิ่มพูนประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

# **ความเป็นมาและความสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)**

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่ได้มาเพียงโรคเดียว มักจะมาพร้อมกันหลายๆโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในหลอดเลือด เป็นต้น (Saklayen, 2018) ที่สำคัญพบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติอต่อเรื้อรังดังกล่าวมากกว่า 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 HDLต่ำ (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 เพราะเมื่อเกิดภาวะนี้แล้วจะไม่ได้แสดงอาการชัดเจนแต่เป็นอาการที่ซ้อนอยู่แล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพได้ (Sales et al., 2018)

การปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้จึงต้องการความชัดเจนเพื่อค้นหาข้อมูลที่สำคัญของสถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีณ จุดหนึ่งของเวลา จึงเลือกใช้วิธีการศึกษาแบบการมีส่วนร่วม โดยการเข้าไปสัมภาษณ์ สังเหต และร่วมให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย โดยคาดหวังความรู้ที่ได้ในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาล**

วิเคราะห์สถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

3.ออกแบบโครงการ/กิจกรรมการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล**

| **วันเวลาที่ปฏิบัติการพยาบาล** | **รายละเอียดกิจกรรม** | **จำนวนชั่วโมง** | **รายชื่อพยาบาล APN/RNระดับชำนาญการที่ร่วมงาน** |
| --- | --- | --- | --- |
| 17 ก.พ. 65 | - ประชุมวางแผนการจัดทำแผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | 8 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์  |
| 18,21 ก.พ. 65 | -สัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการป้องกันและควบคุมของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 16 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 25ก.พ. 65 | -สัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง-ให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 8 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 28 ก.พ. 65 | -สัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง-ให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 8 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 4, 7 และ11 มี.ค. 65 | -สัมภาษณ์และให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซิน โดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 24 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 14, 18 และ21มี.ค. 65 | -สัมภาษณ์และให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมภาวะเมตาบอลิกซิน โดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 24 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 22, 23และ24 มี.ค. 65 | -วิเคราะห์สรุปสถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ | 24 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 25 มี.ค. 65 | ประชุมเพื่อนำเสนอนโยบาย การจัดบริการสุขภาพและสรุปสถานการณ์ความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ | 4 | - นางดวงใจ นุชพันธุ์ -นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม |
| 2 มิย 65 | -เป็นตัวแทนสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน ในการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice) ปีการศึกษา 2564 | 4 |  |

**ผลการปฏิบัติการพยาบาล**

 **วัตถุประสงค์ของกิจกรรม**

 ผลการดำเนินงาน บรรลุ 1 วัตถุประสงค์ ดังนี้

| **วัตถุประสงค์ ที่เสนอไว้ในเอกสารโครงการ** | **การบรรลุวัตถุประสงค์** |
| --- | --- |
| 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 นโนบายที่เกี่ยวข้อง**

ปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพราะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 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 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย(ระดับดีมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ 25) 1.4 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเพิ่มขึ้น |
| 2. สร้างความเป็นธรรมลดความเลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ Service Excellence) | 2.1 ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCC)ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  (ร้อยละ 100) 2.2 จำนวนศูนย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขาหลัก (มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ ทารก แรกเกิด) ใน12 เขตสุขภาพให้มีครบทั้ง 4 สาขาทุกเขตสุขภาพ 2.3 ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง(ลดลงร้อยละ5) 2.4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 2.5 ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) |
| 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ | 3.1 การเพิ่มอัตราส่วนกำลังตนด้านสุขภาพต่อประชากร  - แพทย์ 1:1800 - ทันตแพทย์ 1:3,600 - เภสัชกร 1:2,300 - พยาบาล 1: 2,300 |
| 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ | 4.1 ระดับการใช้ประโยชน์ได้ทั้งการบริหารจัดการและประชาชนของข้อมูลสุขภาพ  (ใช้ประโยชน์ได้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติ)4.2 รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ(ไม่เกินร้อยละ 5)  |

เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ยุทธศาสตร์สามารถสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นการวางแนวทางการดำเนินงานที่ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย 1.การให้บริการ 2.บุคลากร 3.ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4.ยาและเวชภัณฑ์ 5.ระบบการคลังด้านสุขภาพ และ6.ภาวะผู้นำและธรรมภิบาล ถึงแม้ในแต่ละตัวชี้วัดไม่ได้ระบุสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่เป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ในการจัดบริการที่สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ 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 6ยุทธศาสตร์หลัก 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 ขณะเดียวกันจุดเด่นในเรื่องcomprehensive care ก็เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยซึ่งมักมีหลายโรคหลายปัญหาด้วย

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



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

 การดำเนินงานของระบบบริการNCD Clinic Plus เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับการป้องกัน ควบคุมโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการทำให้ระบบเกิดประสิทธิภาพ มีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

**องค์ปรกอบที่ 1: ทิศทางและนโยบาย**

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

**องค์ปรกอบที่ 2: ระบบสารสนเทศ**

 ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วยการมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนาสมบูรณ์ ครบถ้วนที่สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

**องค์ปรกอบที่ 3: การปรับระบบและกระบวนการบริการ**

ระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วยการให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การให้การวินิจฉัย การประเมินระยะโรคความเสี่ยงการเกิดโรค รวมทั้งมีการวิเคราะห์ข้อมูล รายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน) มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีเครือข่ายการดูแล รักษาโรคไม่ติดต่อ มีระบบส่งต่อทั้งไปและกลับที่ทำให้ผู้บริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

**องค์ปรกอบที่ 4: ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง**

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะ ที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเอง รวมถึงมีกระบวนการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจ และจัดการตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

**องค์ปรกอบที่ 5: ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ**

ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงาน ให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแล และจัดการโรค

**องค์ปรกอบที่ 6: จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน**

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชนเป็นการจัดบริการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการสนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน และมีนโยบายสาธารณะ ที่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาวะของคนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุน การดูแลติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต รวมทั้งสนับสนุนการจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน

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

นอกจากนี้**ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศ เนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและ**สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนคนไทย มีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้อัตราเสี่ยงและอัตราการเกิดของภาวะเมตาบอลิกซนโดรม (Metabolic syndrome)หรือโรคอ้วนลงพุง ส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นซึ่งการทีจะควบคุมไม่ให้ประชาชนเกิดภาวะเมตาบอลิกซนโดรม 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 ความเข้าใจถึงอุปสรรค หรือขีดข้อจำกัด เคล็ดลับสู่การเปลี่ยนแปลง กำลังใจและความช่วยเหลือของ เพื่อนและคนรอบข้าง การจัดการตนเอง(Self-management) และสิ่งแวดล้อม (Environmental management)เพื่อให้เกิดการดูแลตนเอง (Self-care) จนเป็นนิสัย (จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา, 2558)

**1.2 อัตรากำลังของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **บุคลากร** | **กรอบ** | **ปฏิบัติจริง** | **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 |
| เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข | 1 | 1 | ป.ตรี | 10 |
| ผู้ช่วยพยาบาล | - | 1 | ป.ตรี | 10 |
| เจ้าหน้าที่สนับสนุน(แม่บ้าน) |  | 1 | ม.3 | 6 |

**3. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

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

ดังนั้นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หมายถึง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนลงพุง (abdominal obesity) ทุกราย โดยเส้นรอบเอวในเพศชายเกิน 90 cms และเพศหญิงเกิน 80 cms ร่วมกับอาการผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ ใน 4 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสหพันธ์เบาหวานโลก (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 ≥130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือ รับประทานยาลดความดันโลหิต

4. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร หรือรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด

**3.1 คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

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

**3.1 ปัจจัยนำ**

ข้อมูลด้านปัจจัยนำของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย เป็นผู้หญิง 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%) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา(Elementary school)เป็นส่วนใหญ่ 13 คน (48.2%) มีสถานะภาพคู่(Married)มากที่สุด 10 คน (37%) หม้าย 8 คน (29.6%) โดยไม่ได้ทำงาน(Unemployed)/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน (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) ค คน (29.6%) ดังตารางที่ 1

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **เพศ** ชายหญิง**อายุ** กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80ปีขึ้นไป)(Mean=68.6ปี, SD=6.48 , Min=60ปี, Max=89ปี) | 52241310 | 19.580.514.848.237.0 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **วุฒิการศึกษา**  ไม่ได้รับการศึกษา(illiterate) ประถมศึกษา(Elementary school) มัธยมศึกษาตอนต้น (Middle school) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช (High school) อนุปริญญาตรี/ปวส/ปริญญาตรี**/**ปริญญาโท/ปริญญาเอก(over college)**สถานภาพสมรส** โสด(Never married)คู่ (Married)หย่า (Divorce)แยกกันอยู่(separate)หม้าย (widowed)**อาชีพหลัก (Occupation)**ไม่ได้ทำงาน (Unemployed )/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน (housewife/butler)ทำไร่ ทำนา ทำสวน (agriculture)รับจ้างทั่วไป (employed)ค้าขาย/ทำธุรกิจ (sales/business) ข้าราชการบำนาญ (retried)**ความเพียงพอของรายได้ (Income sufficiency)** พอใช้ มีเหลือเก็บ(sufficiency with saving) พอใช้ ไม่เหลือเก็บ (sufficiency with no saving) ไม่พอใช้(insufficiency) ไม่พอใช้และมีหนี้สิน (no income) | 21344421043 814722210872 | 7.448.214.8 14.814.87.437.0 14.8 11.129.654.015.3 7.4 7.47.437.029.625.97.4 |

**3.2 ปัจจัยเอื้อ**

ข้อมูลปัจจัยเอื้อของผู้เข้าร่วมกิจกรรมยทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม ประเภทของครอบครัว การทารุณกรรมผู้สูงอายุ และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน) จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยอาศัยอยู่ในครอบครัวประเภทครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด 12 คน (44.4%) รองลงมา ครอบครัวสามรุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นลูก รุ่นหลาน) 7.4 คน (29.6%) ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อยู่ระดับน้อยที่สุด มีมากที่สุด 15 คน (55.5%) ดังตารางที่ 2

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **ประเภทของครอบครัว (Type of family)**ครอบครัวเดี่ยวครอบครัวสามรุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นลูก รุ่นหลาน) ครอบครัวข้ามรุ่น (รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นหลาน)**การทารุณกรรมผู้สูงอายุ**  ถูกทารุณกรรม ไม่ถูกทารุณกรรม (Not abused)**ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน**  การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด การมีส่วนร่วมน้อย การมีส่วนร่วมมาก การมีส่วนร่วมมากที่สุด(Mean=1.82 คะแนน, SD=1.03คะแนน, Min=1คะแนน, Max=4 คะแนน) | 128722 515822 |  44.429.625.981.518.555.529.67.47.4 |

**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  มีโรคร่วมน้อย  มีโรคร่วมปานกลาง มีโรคร่วมมาก**โรคเรื้อรัง**  DM HT HLD DM&HT DM&HLD HT&HLD DM&HT&HLD**การรับประทานยาหลายขนาน**  มีการใช้ยาร่วมกันมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขนานขึ้นไป มีการใช้ยาร่วมกันน้อยกว่า 5 ขนาน | 81522221822101215 |  29.655.67.47.4 7.47.4 3.729.67.47.437.044.455.6 |

**3.4 พฤติกรรมสุขภาพ**

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 27 คน (100%) จำแนกตาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง (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 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้เข้าร่วมกิจกรรม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (n =27)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อมูลส่วนบุคคล** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| **Health behavior****พฤติกรรมการดูแลตนเอง** ดีมาก  ดี  พอใช้  ไม่ดี(Mean=22.4 คะแนน, SD=4.01คะแนน, Min=11คะแนน, Max=30 คะแนน)**การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ**  รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพียงพอ  รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องไม่เพียงพอ(Mean=0.86 คะแนน, SD=0.34 คะแนน, Min=0 คะแนน, Max=5 คะแนน) | 27810207 | 7.425.929.637.074.125.9 |

**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  ไม่มี  | 198 | 70.429.6 |

 **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 และnurse 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 ≥30%)

**สิ่งที่ได้เรียนรู้/ผลงานจากการปฏิบัติการพยาบาล**

 จากการดำเนินงานFaculty practice ของอาจารย์พยาบาล ได้ดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ 2 ข้อ ซึ่งผลการดำเนินงานกิจกรรมส่งผลกระทบดังต่อไปนี้

**1. ผลกระทบต่อตัวนักศึกษา** สามารถนำสถานการณ์ของการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อ มาเชื่อมโยงกับบาทบาทของพยาบาลชุมชน ในการจัดบริการในมิติของการให้บริการ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรให้บริการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้บริการฟื้นฟูสภาพ ในบทที่ 1 แนวแนวคิดและหลักการการพัฒนาอนามัยชุมชนหัวข้อ บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาอนามัยชุมชนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัรฑิต 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**

ควรวางแผนและกำหนดการวันและเวลาในการรวบรวมข้อมูลกับอสม และนายกองค์การบริการส่วนตำบลตั้งแต่ต้นปีการศึกษา โดยกำหนดวันและเวลามากกว่า 1 วัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีโอกาสเลือกวันที่สะดวก

 **แนวทางการพัฒนา**

 1. ปีการศึกษา 2565 รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น social และ Family Support

2. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวิจัย ภายใต้ข้อคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ความชุก ณ จุดหนึ่งของเวลา ของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic plus) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย มีขนาดเท่าไร

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic plus) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย หรือไม่

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลของข้าพเจ้าในหน่วยบริการสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ ……………………………………

 (นางสาวนงนุช เสือพูมี)

 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน)

 ขอรับรองว่า นางสาวนงนุช เสือพูมี ได้ปฏิบัติ Faculty practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ลงชื่อ...........................................................

 (นางสาวศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ )

 รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

ขอรับรองว่าได้ร่วมกับนางสาวนงนุช เสือพูมี ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ……………………………………

 (นายณรงค์วิทย์ เมืองฉิม)

 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ลงชื่อ ……………………………………

 (นางดวงใจ นุชพันธุ์)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสางเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย

**ภาคผนวก**

**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). *แนวทางการ*ดำ*เนินงานควบคุมป้องกันโรคเรื้อรัง.* สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2565, จาก www.Moph.go.th

ละอองดาว คำชาตา, เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และอัมพรพรรณ ธีรานุตร. (2561) โรคอ้วนลงพุง : สัญญาณอันตรายที่ต้องจัดการ. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 33*(4): 386-95.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2552). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย* ครั้งที่ 4 พ.ศ2551-2. นนทบุรี. โรงพิมพ์เดอะ กราฟิโอ ชิสเต็มส์ จำกัด.

สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย ข้อเสนอแนะ:เชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26*(6), 1157-1162