



แผนการนำความเชี่ยวชาญ (Faculty practice) ไปให้บริการแก่ผู้รับบริการ ปีการศึกษา 2567
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1. ชื่อ – สกุล นางดาริณ โพธิ์แก้ว ตำแหน่ง อาจารย์
2. อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน
3. ผู้รับบริการ/ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension/Uncontrolled Diabetes Mellitus) (รายกรณีศึกษา 3 ราย)
4. หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี
5. ช่วงเวลาการนำความเชี่ยวชาญไปให้บริการ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-16.00 น.
เดือนกุมภาพันธ์ (วันที่ 4,6,11,13,18,20,24,27) มีนาคม (วันที่ 11,13,18,20) และเดือนเมษายน (วันที่ 3,8,10) 2568
จำนวนรวม 90 ชั่วโมง
6. แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development plan) ตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล

ความเชี่ยวชาญ	เป้าหมาย (เอาความเชี่ยวชาญไปใช้เพื่อเพิ่มพูน สมรรถนะ)	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วย)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบรายกรณี โดยประยุกต์การจัดการกลุ่มความเสี่ยง (สบข. โมเดล ปิงปอง 7 สี) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคและ ความสามารถในการดูแลตนเองในบริบทชุมชน	1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบรายกรณี 2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลแบบเฉพาะรายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและข้อมูลเชิงประจักษ์	1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางควบคุมโรคเพิ่มขึ้น 2. ผู้ป่วยสามารถประเมินและดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการมาตรวจตามนัดได้เหมาะสม 3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น

ความเชี่ยวชาญ	เป้าหมาย (เอาความเชี่ยวชาญไปใช้เพื่อเพิ่มพูน สมรรถนะ)	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วย)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
		3. เพื่อประยุกต์การจัดกลุ่มความเสี่ยง ด้วยแนวคิดป้องกัน 7 สีในการวางแผน ติดตามและดูแล 4. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการ จัดการตนเองและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย 5. เพื่อติดตามและประเมินผลลัพธ์การ ควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง	4. ระดับการควบคุมโรคมึแนวโน้มดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน 5. เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบรายกรณีที่สามารถนำไปใช้ต่อยอด ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ



แบบบันทึกผลการทำ Faculty practice รายบุคคล ปีการศึกษา 2567
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1. ชื่อ - สกุล นางดาริณ โพธิ์แก้ว ตำแหน่ง อาจารย์
2. อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน
3. ผู้รับบริการ/ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension/Uncontrolled Diabetes Mellitus) (รายการนักศึกษา 3 ราย)
4. หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี
5. ช่วงเวลาการนำความเชี่ยวชาญไปให้บริการ ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-16.00 น.
เดือนกุมภาพันธ์ (วันที่ 4,6,11,13,18,20,24,27) มีนาคม (วันที่ 11,13,18,20) และเดือนเมษายน (วันที่ 3,8,10) 2568
จำนวนรวม 90 ชั่วโมง.
6. แบบบันทึกผลการทำ Faculty practice ตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล

การให้บริการตามความเชี่ยวชาญ	วัน/เดือน/ปี เวลา	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้รับ)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct care)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้ป่วยบริการ)
การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดย	วันที่ 4,6,11,13,18,20,24,27) เดือนกุมภาพันธ์ วันที่ 11,13,18,20	1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน	1. คัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยรายกรณี -คัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จากทะเบียนคลินิก NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี	รายการนักศึกษา 3 ราย - Case 1 ชายไทย 68 ปี Hypertension (รับการรักษา 1 เดือน) ปิงปองสี่สัปดาห์

การให้บริการตามความเชี่ยวชาญ	วัน/เดือน/ปี เวลา	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้รับ)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct care)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
ใช้กระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	มีนาคม และวันที่ 3,8,10 เดือนเมษายน 2568 รวมจำนวน 90 ชั่วโมง	ที่ควบคุมโรคไม่ได้แบบรายกรณี 2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลแบบเฉพาะราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและข้อมูลเชิงประจักษ์ 3. เพื่อประยุกต์การจัดการกลุ่มความเสี่ยงด้วย สบช. โมเดล ปิงปอง 7 สี ในการวางแผนติดตามและดูแล 4. เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย 5. เพื่อติดตามและประเมินผลลัพธ์การควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	-ตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการควบคุมโรค -พิจารณาผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลเกินเกณฑ์ต่อเนื่อง หรือขาดการติดตามรักษา -คัดเลือกเป็นรายกรณีศึกษาเพื่อการดูแลเชิงลึกและติดตามต่อเนื่อง 2. ประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล -ซักประวัติสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วม และประวัติครอบครัว -วัดค่าความดันโลหิต / ระดับน้ำตาลในเลือด (ตามชนิดโรค) และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ควบคุมโรค -ประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และภาวะอ้วนลงพุง -ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน -ประเมินความเครียด การนอนหลับ และปัจจัยกระตุ้นทางสุขภาพ -ประเมินการรับรู้โรคและความเข้าใจในการรักษา -จัดกลุ่มระดับความเสี่ยงตาม สบช. โมเดล ปิงปอง 7 สี (ขาว-เขียวอ่อน-เขียวเข้ม-เหลือง-ส้ม-แดง-ดำ) เพื่อกำหนดระดับความเข้มข้นในการติดตามดูแล	- Case 2 หญิงไทย 53 ปี Hypertension with Diabetes Mellitus (รับการรักษามา 2 ปี) HT: ปิงปองสีเหลือง DM: ปิงปองสีแดง - Case 3 หญิงไทย 63 ปี Diabetes Mellitus with Moderate Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) (รับการรักษามา 6 เดือน) ปิงปองสีดำ สรุป 2 ใน 3 case คุมโรคได้ดีขึ้น โดย 1 case ที่ยังไม่สามารถคุมโรคได้ มีแนวโน้มพฤติกรรมดีขึ้นแต่ยังคงที่ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน - ด้านความรู้ ผู้รับบริการและหรือญาติอธิบายโรค/บอกเป้าหมายได้ และเข้าใจภาวะแทรกซ้อน - ด้านพฤติกรรม ทุกรายกรณีศึกษามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (3อ3ล1ย) เช่น ลดเค็ม/หวาน/มัน เริ่มออกกำลังกาย รับประทานยาสม่ำเสมอ ลดสุรา เป็นต้น และมีการคงพฤติกรรมที่ดีต่อเนื่อง เช่น ไม่สูบบุหรี่ ดูแลสุขภาพจิตใจไม่เครียด เป็นต้น โดยการปรับเปลี่ยน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเริ่มต้น-กลาง ที่ยังปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่องเป็นนิสัยถาวร เทียบได้ระหว่างระยะ Preparation stage – Action

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ	วัน/เดือน/ปี เวลา	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและ เน้นผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่ได้รับ)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct care)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)																
			<p>3. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (หวาน มัน เค็ม ปริมาณ และรูปแบบการกิน) ตามหลัก 3อ ด้านอาหาร -ระเมินกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ตามหลัก 3อ ด้านออกกำลังกาย -ประเมินการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา ตามหลัก 3อ ด้านอารมณ์ -ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และภาวะน้ำหนักเกิน ตามหลัก 3ล -ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความถูกต้องในการใช้ยา และการมาตามนัด ตามหลัก 1ย -ประเมินบทบาทครอบครัว/ผู้ดูแลในการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมและการใช้ยา <p>4. วางแผนและดำเนินการปรับพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>รายบุคคล 3อ3ล1ย (ไม่เฉลจร่างรูปปอง 7 สี) 3ร และ 3ค</p> <ul style="list-style-type: none"> -รวมกำหนดเป้าหมายการควบคุมโรครายบุคคลกับผู้ป่วยและครอบครัว -ให้ความรู้เรื่องโรค การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 	<p>stage ของแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stages of change)</p> <p>- ด้านคลินิก</p> <table border="1" data-bbox="1579 518 2107 1305"> <thead> <tr> <th>Case</th> <th>ก่อน</th> <th>หลัง</th> <th>แนวโน้ม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Case1 HT</td> <td>BP 171/101 mmHg</td> <td>BP ครั้งที่1 155/98 mmHg ครั้งที่ 2 139/85 mmHg</td> <td>ดีขึ้น</td> </tr> <tr> <td>Case2 HT+DM</td> <td>BP 124- 152/76- 95mmHg DTX 187-220 mg/dl</td> <td>BP 135/84 mmHg DTX 146 mg/dl</td> <td>ดีขึ้น</td> </tr> <tr> <td>Case3 DM+ Complication</td> <td>FBS 220 mg/dl & HbA1C 8.6%</td> <td>DTX 150-190 mg/dl</td> <td>ดีขึ้นแต่ ยังมี ความ เสี่ยง</td> </tr> </tbody> </table> <p>- ด้านภาวะแทรกซ้อน Case1 และ Case2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่วน Case3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจากเดิม</p>	Case	ก่อน	หลัง	แนวโน้ม	Case1 HT	BP 171/101 mmHg	BP ครั้งที่1 155/98 mmHg ครั้งที่ 2 139/85 mmHg	ดีขึ้น	Case2 HT+DM	BP 124- 152/76- 95mmHg DTX 187-220 mg/dl	BP 135/84 mmHg DTX 146 mg/dl	ดีขึ้น	Case3 DM+ Complication	FBS 220 mg/dl & HbA1C 8.6%	DTX 150-190 mg/dl	ดีขึ้นแต่ ยังมี ความ เสี่ยง
Case	ก่อน	หลัง	แนวโน้ม																	
Case1 HT	BP 171/101 mmHg	BP ครั้งที่1 155/98 mmHg ครั้งที่ 2 139/85 mmHg	ดีขึ้น																	
Case2 HT+DM	BP 124- 152/76- 95mmHg DTX 187-220 mg/dl	BP 135/84 mmHg DTX 146 mg/dl	ดีขึ้น																	
Case3 DM+ Complication	FBS 220 mg/dl & HbA1C 8.6%	DTX 150-190 mg/dl	ดีขึ้นแต่ ยังมี ความ เสี่ยง																	

การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ	วัน/เดือน/ปี เวลา	วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและ เน้นผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่ได้รับ)	การปฏิบัติการพยาบาล (Direct care)	ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ)
			<ul style="list-style-type: none"> -ให้คำแนะนำเฉพาะรายด้านโภชนาการ (ลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน) -แนะนำรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย -ใช้การให้คำปรึกษาเชิงสร้างแรงจูงใจ (motivational support) เพื่อปรับพฤติกรรม -ส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง เช่น การจดบันทึก ค่า BP/น้ำตาล การเตือนกินยา -วางแผนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกำกับดูแล <p>5. ติดตามผลรายกรณีอย่างต่อเนื่อง (Follow-up)</p> <ul style="list-style-type: none"> -ติดตามค่าความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลและอาการสำคัญ -ประเมินความก้าวหน้าในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ -ติดตามความต่อเนื่องในการรับประทานยา -ทบทวนปัญหา อุปสรรค และปรับแผนรายบุคคล -เสริมแรงทางบวกและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง -บันทึกผลการติดตามเป็นรายกรณีเพื่อใช้ประเมินผลลัพธ์ 	

7. รวมจำนวนชั่วโมงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ 90 ชั่วโมง

8. สรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้บริการตามความเชี่ยวชาญ

8.1. มีความเชี่ยวชาญเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

8.2. ผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อขยายผลความรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล

8.3. ผลลัพธ์ต่อวิชาชีพการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาล การจัดการรายกรณี และการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

9. แนวทางการพัฒนา

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควบคุมไม่ได้ โดยบูรณาการการจัดการรายกรณี การจัดกลุ่มความเสี่ยง และการเสริมพลังครอบครัว เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและความต่อเนื่องในการดูแลในชุมชน