



การทำแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan) ตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2568

| สาขาวิชา/ ชื่ออาจารย์ | ความเชี่ยวชาญ/ หน่วยให้บริการ | เป้าหมาย (เน้นการเพิ่มพูน สมรรถนะของ อาจารย์) | วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วย) | ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ) |
|---|--|---|---|---|
| สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อ.ไวพร พรมงค์ วัน-เวลาให้บริการ 24-30 พ.ย. 68 (5วัน) 8-14 ธ.ค. 68 (5 วัน) 6-7 เม.ย. 68 (2 วัน) เวลา 8.00-16.00 น. รวม 84 ชั่วโมง | ความเชี่ยวชาญ -การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว: การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยใช้ mobile health เพื่อจัดการภาวะน้ำเกิน และการ กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล หน่วยให้บริการ -หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอ ผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ | เพื่อนำความ เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว | 1.ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการดูแล โดยการเฝ้า ระวัง และการจัดการภาวะน้ำ เกินอย่างเหมาะสม และ ป้องกันการกลับรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน 2.ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านได้ตาม แผนการรักษาในระยะเวลาที่ เหมาะสม | 1.ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการประเมินโอกาสเกิดภาวะ น้ำเกิน ได้รับการเฝ้าระวัง และได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง เหมาะสม 2.ผู้ป่วยไม่เกิดผลกระทบจากน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ซาบวม เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ได้ใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่วางแผน และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 3.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุมโดยญาติมี ส่วนร่วมดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพและ สุขภาพจิต และเกิดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยใช้ หลักการของ Transitional care model for patients with heart failure using mobile health |

ผู้ลงนามรับรอง

ผู้ลงนามรับรอง

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์)

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ผู้ลงนามรับรอง

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลพรรณ สังข์สกุล)

รักษาการในตำแหน่งรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ

.....

(นางสาวนุสรา ประเสริฐศรี)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



บันทึกผลการทำ Faculty Practice รายบุคคล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2568

- ชื่อ อ.ดร.ไวยพร พรหมวงศ์ **ความเชี่ยวชาญ** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อจัดการภาวะน้ำเกิน และการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- หน่วยบริการสุขภาพ** หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น 5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
เป้าหมาย เพื่อนำความเชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
- เวลาการนำความเชี่ยวชาญไปให้บริการ** พฤษภาคม-มิถุนายน 2569

| การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ วันที่/ เวลา | วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผล ลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น) | การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล) | ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ) |
|--|--|---|--|
| 18-22 พ.ค. 69 25-29 พ.ค. 69 4-5 มิ.ย. 69 (84 ชั่วโมง) | 1.ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับการดูแล โดยการเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะน้ำเกิน อย่างเหมาะสม และป้องกันการ กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำเกิน 2.ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านได้ตาม แผนการรักษาในระยะเวลาที่ เหมาะสม | 1. ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Pre-discharge phase) ประเมินความพร้อมและความเสี่ยงในการกลับ เข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดย - การประเมินอาการของภาวะคั่งน้ำ เช่น หอบเหนื่อย บวม น้ำหนักเพิ่ม นอนราบไม่ได้ - ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ BP, HR, RR, SpO ₂ - ประเมินน้ำหนักตัว เปรียบเทียบกับน้ำหนักก่อนเกิด ภาวะกำเริบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันและการดูแลตนเอง | 1.ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการประเมิน โอกาสเกิดภาวะน้ำเกิน ได้รับการเฝ้าระวัง และ ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเหมาะสม 2.ผู้ป่วยไม่เกิดผลกระทบจากน้ำเกิน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ขาบวม เพิ่ม ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ได้ใส่ท่อช่วย หายใจโดยไม่วางแผน และภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ 3.ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่าง ครอบคลุมโดยญาติมีส่วนร่วมดูแลเพื่อการฟื้นฟู |

| การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ วันที่/ เวลา | วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผล ลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น) | การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล) | ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ) |
|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและผู้ดูแล - ประเมินผู้ดูแล แหล่งสนับสนุน และอุปสรรคในการดูแลที่บ้าน 2. การเตรียมจำหน่าย (Discharge preparation) <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังน้ำเกิน สอนผู้ป่วยและครอบครัวให้สังเกตอาการเตือน ได้แก่ น้ำหนักเพิ่ม ≥ 2 กิโลกรัมใน 2-3 วัน บวมเท้า/ขาเพิ่มขึ้น เหนื่อยง่ายมากขึ้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ตื่นกลางคืนเพราะหอบ สอนวิธีบันทึกอาการผิดปกติในสมุดติดตามสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสาธิตการประเมินอาการด้วยตนเอง (teach-back) - การจัดการน้ำหนักและสมดุลสารน้ำ ได้แก่ แนะนำให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน เวลาเดิมคือตอนเช้าหลังเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหารเช้า สอนการบันทึกน้ำหนักและอาการร่วม ให้คำแนะนำเรื่องปริมาณน้ำตามแผนการรักษา ประเมินความเข้าใจเรื่องการจำกัดน้ำและโซเดียม - การจัดการอาหาร ให้ความรู้เรื่องอาหารลดโซเดียม แนะนำหลีกเลี่ยงอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เครื่องปรุงรสเค็ม ฝักอ่านฉลาก โภชนาการ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร | <p>สภาพไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพและสุขภาพจิต และเกิดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยใช้หลักการของ Transitional care model for patients with heart failure</p> |

| การให้บริการตาม ความเชี่ยวชาญ วันที่/ เวลา | วัตถุประสงค์ (เน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผล ลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น) | การปฏิบัติการพยาบาล (Direct Care หรือ Consultation กับพยาบาล) | ผลจากการให้บริการ (ประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการ) |
|--|---|--|---|
| | | 3. การจัดการยา (Medication management) ตรวจสอบรายการยาก่อนกลับบ้าน (medication reconciliation) ชื่อยา เวลาใช้ยา ขนาดยา ผลข้างเคียง เน้นการรับประทานยาขับปัสสาวะตามแผน สอนการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ความดันต่ำ ปัสสาวะลดลง ประเมินปัญหาการใช้ยา เช่น ลืมยา ยาหมด ค่าใช้จ่าย 4. ระยะเวลาหลังจำหน่าย (Post-discharge follow-up) ภายใน 48 ชั่วโมงแรก โทรติดตามอาการ ประเมิน: น้ำหนัก อาการเหนื่อย อาการบวม การรับประทานยา อาหารและน้ำ ให้คำแนะนำแก้ปัญหา เบื้องต้น ส่งต่อเมื่อพบสัญญาณอันตราย | |

รวมชั่วโมงให้บริการตามความเชี่ยวชาญ...84 ชั่วโมง

สรุปสิ่งที่ได้รับจากการให้บริการตามความเชี่ยวชาญและแนวทางการพัฒนา

1. ความเชี่ยวชาญ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเพื่อจัดการภาวะน้ำเกิน และการกลับรักษา
 ซ้ำในโรงพยาบาล มีแนวทางพัฒนา ดังนี้
 - 1.1 การป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต้องมีการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่เข้มแข็ง
 - 1.2 การให้บริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการจัดการรายกรณี (Case management) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยเฉพาะภาวะน้ำเกิน เช่น

การติดตามน้ำหนัก การประเมินอาการบวม หอบเหนื่อย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้สามารถค้นพบความผิดปกติได้รวดเร็วและลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

1.3 ด้านระบบบริการ พบว่าการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสม มีการทบทวนการใช้ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลลัพธ์ต่อการจัดการเรียนการสอน

การนำองค์ความรู้และประสบการณ์จากการให้บริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านมาบูรณาการในการจัดการเรียนการสอน ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

3. ผลลัพธ์ต่อวิชาชีพการพยาบาล

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ส่งผลต่อวิชาชีพการพยาบาลในด้านการเพิ่มบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และผู้ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์และกระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพบริการพยาบาล

ลงชื่อ 

(นางสาวไวยพร พรมงคล)

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ผู้ลงนามรับรอง

ผู้ลงนามรับรอง

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา ขอบเสียง)

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ลงชื่อ

(นางสาว สาดิ แฮมิลตัน)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ

ผู้ลงนามรับรอง

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นุสรา ประเสริฐศรี)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์

รายงานผลลัพธ์/องค์ความรู้/แนวปฏิบัติที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)

ของ อ.ดร.ไวยพร พรมงค์

สังกัดสาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ปีการศึกษา 2568

1) ผลลัพธ์/องค์ความรู้/แนวปฏิบัติที่เป็นผลจากการปฏิบัติ Faculty practice

การปฏิบัติ Faculty Practice ในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะเปลี่ยนผ่านส่งผลให้เกิดองค์ความรู้และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้หลักการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic disease management) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) และการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based nursing practice)

การจัดการผลลัพธ์/องค์ความรู้/แนวปฏิบัติที่เป็นผลจากการปฏิบัติ Faculty practice

โดยการนำผลลัพธ์/องค์ความรู้/แนวปฏิบัติที่เป็นผลจากการปฏิบัติ Faculty practice ไปใช้

- การเรียนการสอน.....ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2

โดยนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ใช้กระบวนการจัดการความรู้โดยแลกเปลี่ยนกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 และ 2

- การวิจัยเรื่อง The Effect of Transitional Care Interventions for patients with Heart failure in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol

อยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เผยแพร่: The Effect of Transitional Care Interventions for patients with Heart failure in Asia: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol available at

<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251153283>

ลงชื่อ

(นางสาวไวยพร พรมงค์)