

แผนการให้บริการตามความเชี่ยวชาญ สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

ความเป็นมา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมโรคได้ด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังมีพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุสำคัญเกิดจากการขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกับหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและพึ่งพาตนเองได้

เป้าหมาย

เพิ่มพูนความเชี่ยวชาญในการเสริมสร้างการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตามแนวคิดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
2. มุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของอาจารย์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
3. นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ระยะเวลาและสถานที่ปฏิบัติงาน

ระยะเวลา: ระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน 2569

เวลาปฏิบัติงาน: วันพุธและวันศุกร์ เวลา 09.00 น. – 12.00 น.

สถานที่ให้บริการ: PCU สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ขั้นตอนการดำเนินการ Faculty Practice เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลและบูรณาการผลลัพธ์สู่การเรียนการสอน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้:

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมและวางแผน : เดือนมกราคม 2569 (สัปดาห์ที่ 1-2)

- ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน ประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพของ PCU สวรรค์ประชารักษ์ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกผู้ป่วย วางแผนการเยี่ยมบ้าน และจัดเตรียมเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.

ระยะที่ 2 การประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคล : เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2569 (สัปดาห์ที่ 3-4 ของเดือนมกราคม และสัปดาห์ที่ 1-2 ของเดือนกุมภาพันธ์)

- ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพ ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัว ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล

ระยะที่ 3 การดำเนินการดูแลและติดตามต่อเนื่อง : เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2569

- ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยให้ความรู้และฝึกทักษะตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง พร้อมติดตามเยี่ยมบ้านทุกวันพุธและวันศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น.

ระยะที่ 4 การประเมินผลและพัฒนางาน : เดือนเมษายน 2569

- ประเมินผลลัพธ์ด้านระดับความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการจัดการตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วย สะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพ สรุปบทเรียน พัฒนานโยบายการดูแล และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปบูรณาการในการจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการ และการพัฒนางานวิจัยด้านการพยาบาลชุมชน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ/ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. อาจารย์ได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : โรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.
3. อาจารย์นำความรู้ที่ได้ไปใช้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน

สรุปผลการให้บริการตามความเชี่ยวชาญ

สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

ชื่อ-สกุล อาจารย์	ความเชี่ยวชาญ	สถานที่ ให้บริการ	รวม เวลา	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	การนำความรู้จากการ ปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการ จัดการเรียนการสอน/การบริการ วิชาการ/วิจัย
อาจารย์มัทนา สุพรรณไพบูลย์	การเสริมสร้างการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	PCU สวรรค์ ประชารักษ์ อ.เมือง จ.นครสวรรค์	เดือน มกราคม- เดือน เมษายน 2569 ทุก วันพุธ และ ศุกร์ (รวม 80 ชั่วโมง)	ภายหลังการดำเนินงาน Faculty Practice ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ดังนี้ 1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายตามแนวทางการรักษา หรือมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ 2. ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม 3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ เลือกรับประทานอาหารลดหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่	ด้านการจัดการเรียนการสอน - นำประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงมาพัฒนารายวิชาการพยาบาลชุมชน โดยออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และ Active Learning เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษา (Case-based Learning) การจำลองสถานการณ์ การเยี่ยมบ้าน การจัดทำแผนการพยาบาล และการสะท้อนคิด (Reflection) เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถบูรณาการความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการบริการวิชาการ - นำองค์ความรู้และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานไปจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในชุมชน

ชื่อ-สกุล อาจารย์	ความเชี่ยวชาญ	สถานที่ ให้บริการ	รวม เวลา	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	การนำความรู้จากการ ปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการ จัดการเรียนการสอน/การบริการ วิชาการ/วิจัย
				และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4. ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาลดความดันโลหิตได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง 5. ผู้ป่วยสามารถวัดและบันทึกค่าความดันโลหิต ติดตามอาการผิดปกติ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม 6. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 7. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงลดลง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม	ด้านการวิจัย - นำข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติจริงมาพัฒนาเป็นโจทย์วิจัยด้านการพยาบาลชุมชน เช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ทบทวนการดำเนินงาน

1. แผนปฏิบัติการพยาบาลในสาขาการพยาบาลชุมชน ดำเนินการเสริมสร้างการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. การใช้ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน / การบริการวิชาการ/ การวิจัย นำประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงมาพัฒนารายวิชาการพยาบาลชุมชน โดยออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และ Active Learning มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3 อ. 2 ส. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในชุมชน นอกจากนี้มีการนำข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติจริงมาพัฒนาเป็นโจทย์วิจัยด้านการพยาบาลชุมชน เช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3. รายงานผลการดำเนินงาน การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล: ข้าพเจ้าได้ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice) ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ณ PCU สวรรค์ประชารักษ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ให้คำปรึกษา และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังได้นำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาบูรณาการในการจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการ และการพัฒนางานวิจัย เพื่อยกระดับคุณภาพการเรียนการสอนและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการปรับปรุง

1. แผนปฏิบัติการพยาบาลในสาขา : พัฒนาแผนปฏิบัติการพยาบาลให้มีความเป็นระบบและครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ที่ชัดเจน ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งขยายความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การใช้ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน / การบริการวิชาการ/ การวิจัย : นำองค์ความรู้และกรณีศึกษาที่ได้จากการปฏิบัติจริงมาพัฒนาเป็นสื่อการเรียนรู้และกิจกรรม Active Learning ที่สอดคล้องกับ Outcome-Based Education (OBE) เพิ่มการบูรณาการผลการปฏิบัติสู่การบริการวิชาการแก่ชุมชน และต่อยอดเป็นงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และนำผลการวิจัยกลับมาพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนและการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. รายงานผลการดำเนินงานการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล : พัฒนารูปแบบการรายงานผลให้แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน พร้อมนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล และผลสะท้อนจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งสรุปบทเรียน (Lessons Learned) บ่งชี้ความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางพัฒนางานในรอบถัดไป เพื่อให้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพงาน การจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการ และการวิจัยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ลงชื่อ.....

(นางมณฑนา สุพรรณไพบูลย์)

ผู้รายงานผลการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....

(นางนิตยา พรหมเย็น)

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญสืบ โสโสม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วันที่/...../.....