

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

แผนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

๑. ชื่อ – สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชา การพยาบาลชุมชน

๒. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ๔๕๑๑๐๘๗๔๗๕ วันที่หมดอายุ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๗๐

๓. เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

จากการร่วมวางแผนและเตรียมการร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนภิบาล อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชนมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีแนวโน้มลุกลามจากระยะเริ่มต้นไปสู่ไตเรื้อรังระยะที่รุนแรงขึ้น ซึ่งบ่งบอกถึงการดูแลและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ รวมทั้งจากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน เป็นกระบวนการดูแลตามระบบบริการปกติของหน่วยบริการสุขภาพ เน้นการติดตามอาการและการให้ยาตามแผนการรักษา แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต ถือเป็นภาวะที่สำคัญทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อการดำเนินของโรค รวมทั้งด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการรักษาต่อเนื่องหรือการบำบัดทดแทนไตในอนาคต จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น จากการที่ทีมสุขภาพขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นระบบในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน แนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมีความสำคัญ ซึ่งแนวทางการดูแล ได้แก่ ๑) การประเมินสมรรถนะและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยใช้หลัก Community Empowerment ๒) การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management) ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ๓) การติดตามและประเมินตนเอง (Self-Monitoring) เช่น การบันทึกค่าระดับน้ำตาลและความดันโลหิตด้วยตนเอง ๔) การดูแลจัดการรายกรณีร่วมกับ case manager โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๕) การให้การพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based nursing) ๖) การพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนที่มีคุณภาพ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการวางแผนปฏิบัติการทางการพยาบาลที่ชัดเจน

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นหนึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลชุมชน เพราะเป็นแนวทางการดูแลรักษาในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว จนถึงระดับชุมชน เพื่อช่วยชะลอการลุกลามของภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ซึ่งรูปแบบการดูแลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังเป็นการดูแลทั่วไปตามระบบบริการปกติ ทำให้ยังไม่ชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย และยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ

เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) คือ “รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน” เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสุขภาพสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองสูงขึ้น ชะลอการลุกลามของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

๔. จุดมุ่งหมายในการปฏิบัติการพยาบาล

- ๑) พัฒนารฐานข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน
- ๒) พัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
- ๓) พัฒนาเครือข่ายการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน

๕. สถานที่ หมู่บ้านในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนภิบาล ตำบลโนนภิบาล อำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม

๖. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ – ๓๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสิ้น ๑๘ วัน จำนวน ๑๔๔ ชั่วโมง

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์)

ผู้เสนอ

วันที่

ลงชื่อ

(นายวีระชัย อิ่มน้ำขาว)

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

วันที่

ลงชื่อ.....

(นางสาวชนิดาภา วงศ์รักษา)

ผู้รับผิดชอบหลักสูตรสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

วันที่

ลงชื่อ

(นางสาวสุปิยา วิริไฟ)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ

วันที่

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์)

รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์

วันที่

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
สาขาวิชา การพยาบาลชุมชน
แผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty Practice)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ประเด็น การทำงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบการบริการ การบริหารการพยาบาล คุณภาพงานบริการ
 พยาบาลเพื่อรับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

หัวข้อ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ว.ด.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	จำนวน ชั่วโมง	ผู้ปฏิบัติ	สถานที่
วันที่ ๒๔-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์ ค้นข้อมูล สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน โดย ใช้หลัก Community empowerment ดังนี้ ๑. การค้นหา (The Discovery Stage) ๒. ค้นหาเครือข่ายความร่วมมือ (The Partnership-Creating Stage) ๓. กำหนดนิยามในการต้องการพัฒนา สมรรถนะของตนเอง (The Self- Definition Stage) ๔. การแสดงสมรรถนะของตนเอง (The Self-Representation Stage) ๕. การปรับเปลี่ยนนโยบาย (The Stage of Resistance to Existing Policy) ๖. การเสนอแนวทางหรือทางเลือกที่ เหมาะกับชุมชนของตนเอง (The Stage of Presenting an Independent Alternative) ๗. การประเมินพลังอำนาจตนเองของ ชุมชน (The Stage of evaluation in testing)	รวม ๒๔ ชั่วโมง	๑.อ.วีระชัย อิ่ม น้ำขาว ๒.ผศ.กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ๓.ผศ.ดร. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ ๔.อ.ดร.ดิษฐพล ใจชื่อ ๕.อ.ดร.กำพร ดانا ๖.อ.ศุภกฤต สุริโย ๗.อ.ดร.ชนิสรา แสนยบุตร ๘.อ.ชนิดาภา วงศ์รักษา ๙.อ.ดร.รัตนาวลี ภักดีสมัย ๑๐.อ.ศิริภา อะโน	หมู่บ้านในเขต พื้นที่ความ รับผิดชอบของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโนนภิบาล อำเภอแกลง จังหวัด มหาสารคาม
-วันที่ ๒๓-๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ -วันที่	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๒ นำประเด็นปัญหาจากขั้นตอนระยะที่ ๑ มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา ดังนี้ ๑.จัดกิจกรรมประเมินสมรรถนะด้าน ความรู้และทักษะของทีมเครือข่ายการ	รวม ๘๘ ชั่วโมง	๑.อ.วีระชัย อิ่ม น้ำขาว ๒.ผศ.กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ๓.ผศ.ดร. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	หมู่บ้านในเขต พื้นที่ความ รับผิดชอบของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโนนภิบาล อำเภอแกลง

ว.ด.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	จำนวน ชั่วโมง	ผู้ปฏิบัติ	สถานที่
๕-๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ -วันที่ ๒๐- ๒๓ เมษายน ๒๕๖๙ -วันที่ ๒๙- ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ รวม ๑๑ วัน		ดูแลสุขภาพในชุมชนในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๒.จัดกิจกรรมให้ความรู้ทางวิชาการและทักษะแก่เครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน ๓.ทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนนำเครื่องมือไปใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๔. ดูแลจัดการรายการณีสและประสานทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยมี case manager DM, HT ๕. ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays (๑๙๙๑) -โดยให้ความรู้เรื่องแนวคิดการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล -ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม -ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ กระบวนการตัดสินใจ -ผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองและอุปสรรคการแก้ไขปัญหา -สนับสนุนสื่อ/ วัสดุทัศน /คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย / ผู้ดูแล -การนัดติดตามอาการและผลการจัดการตนเอง -ติดตามเยี่ยมบ้าน -ติดตามผ่านโทรศัพท์ /ไลน์ ๖. การติดตามตนเอง (self – monitoring) -ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมาย ติดตามตนเองและประเมินผลด้วยตนเอง -สอนวิธีการบันทึก SMBG,SMBP -ให้ผู้รับบริการบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง (SMBG, SMBP) ๗. การประเมินตนเอง (self –evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self –reinforcement) -ทีมเครือข่ายดูแลสุขภาพร่วมดูแลและติดตามผู้รับบริการ-เสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจ		๔.อ.ดร.ดิษฐพล ใจชื่อ ๕.อ.ดร.กำพร ดานา ๖.อ.ศุภกฤต สุริโย ๗.อ.ดร.ชนิสรา แสนยบุตร ๘.อ.ชนิดาภา วงศ์รักษา ๙.อ.ดร.รัตนาวลี ภัคดีสมัย ๑๐.อ.ศรินภา อะโน	จังหวัด มหาสารคาม

ว.ด.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	จำนวน ชั่วโมง	ผู้ปฏิบัติ	สถานที่
-วันที่ ๑๔-๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๓ การประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้านและ การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ โดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ๑.ประเมินกระบวนการให้บริการการดูแล สุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการ จัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางไตระยะ ๔ ๒.ติดตามประเมินผลโดยใช้แบบบันทึก การจัดการตนเอง ๓.ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ๔.ติดตามประเมินค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ๕.ติดตามจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๔ เปลี่ยนเป็นระยะ ๓ ๖.ถอดบทเรียนและสรุปรูปแบบการ บริการทางการแพทย์หรือวิธีปฏิบัติที่ดี	รวม ๓๒ ชั่วโมง	๑.อ.วีระชัย อิ่ม น้ำขาว ๒.ผศ.กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ๓.ผศ.ดร. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ ๔.อ.ดร.ดิษฐพล ใจชื่อ ๕.อ.ดร.กำพร ดานา ๖.อ.ศุภกฤต สุริโย ๗.อ.ดร.ชินสรา แสนยบุตร ๘.อ.ชนิดาภา วงศ์รักษา ๙.อ.ดร.รัตนาวลี ภัคดีสมัย ๑๐.อ.ศรินภา อะโน	หมู่บ้านในเขต พื้นที่ความ รับผิดชอบของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโนนภิบาล อำเภอแกดำ จังหวัด มหาสารคาม
-วันที่ ๒๑-๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙					
รวม ๔ วัน					
		รวมจำนวน ๑๔๔ ชั่วโมง			

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
แบบรายงานการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ตามที่ ข้าพเจ้า ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปราชการเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ โดยมีความเชี่ยวชาญในสาขา การพยาบาลชุมชน ในรูปแบบการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ดังนี้

๑. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty practice)

✓ ๒. ทำงานร่วมกับผู้บริหารในการพัฒนารูปแบบการบริการ การบริหารการพยาบาล คุณภาพงานบริการพยาบาลเพื่อรับบริการกลุ่มเป้าหมาย หรือการพัฒนาบุคลากร/กำลังคน

ขอรายงานผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. บรรลุตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

การปฏิบัติในรูปแบบการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ในประเด็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ดำเนินการฝึกความเชี่ยวชาญที่หมู่บ้านในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนภิบาล อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม โดยมีแผนการดำเนินการ ดังนี้

การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง

๑.๑ ใช้ความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

๑.๒ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนเรื่องการจัดการตนเอง

๒. การพัฒนารูปแบบการบริการ

๒.๑ พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยใช้หลัก Community Empowerment

๒.๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

๓. การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

๓.๑ ดำเนินการวิเคราะห์และร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน

๓.๒ พัฒนาเครื่องมือและแบบบันทึกการจัดการตนเอง (Self-Management) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

๔. การอบรมและพัฒนาบุคลากร

ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะแก่เครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays (๑๙๙๑)

หลังปฏิบัติความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล ในประเด็นการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ และวิเคราะห์ปัญหาที่ควรแก้ไข พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มลุกลามรุนแรงขึ้น จึงเกิดช่องว่างขององค์ความรู้และแนวปฏิบัติเฉพาะในการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมาพบเฉพาะรูปแบบการดูแลทั่วไปตามระบบบริการปกติ ทำให้ยังไม่ชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย จึงเกิดการพัฒนารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมสุขภาพสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุม มีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองสูงขึ้น ชะลอการลุกลามของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

๒. รายงานปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty practice)

ว.ด.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
วันที่ ๒๔-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๘	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ การศึกษาสถานการณ์ ค้นข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวและชุมชน โดยใช้หลัก Community empowerment ดังนี้ ๑. การค้นหา (The Discovery Stage) ๒. ค้นหาเครือข่ายความร่วมมือ (The Partnership-Creating Stage) ๓. กำหนดนิยามในการต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง (The Self-Definition Stage) ๔. การแสดงสมรรถนะของตนเอง (The Self-Representation Stage) ๕. การปรับเปลี่ยนนโยบาย (The Stage of Resistance to Existing Policy) ๖. การเสนอแนวทางหรือทางเลือกที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง (The Stage of Presenting an Independent Alternative) ๗. การประเมินพลังอำนาจตนเองของชุมชน (The Stage of evaluation in testing)	ได้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชน เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบการดูแล
-วันที่ ๒๓-๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ -วันที่ ๕-๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๒ นำประเด็นปัญหาจากขั้นตอนระยะที่ ๑ มาดำเนินการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหา ดังนี้ ๑. จัดกิจกรรมประเมินสมรรถนะด้านความรู้และทักษะของทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๒. จัดกิจกรรมให้ความรู้ทางวิชาการและทักษะแก่เครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน	ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น สามารถบันทึกและติดตามค่าระดับน้ำตาลและความดันโลหิตด้วยตนเอง ดังนี้ การจัดการรายกรณีแบบบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคไตจำนวน ๓ ราย โดยการดูแลร่วมกับ Case

ว.ด.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
-วันที่ ๒๐-๒๓ เมษายน ๒๕๖๙ -วันที่ ๒๙-๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ รวม ๑๑ วัน		๓. ทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนนำเครื่องมือไปใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๔. ดูแลจัดการรายกรณีและประสานทีมเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยมี case manager DM, HT ๕. ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays (๑๙๙๑) -โดยให้ความรู้เรื่องแนวคิดการจัดการตนเองแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล -ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางดูแลผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อม -ให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ กระบวนการตัดสินใจ -ผู้ป่วยและผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองและอุปสรรคการแก้ไขปัญหา -สนับสนุนสื่อ/ วัสดุทัศน /คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย / ผู้ดูแล -การนัดติดตามอาการและผลการจัดการตนเอง -ติดตามเยี่ยมบ้าน -ติดตามผ่านโทรศัพท์ /ไลน์ ๖. การติดตามตนเอง (self –monitoring) -ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมาย ติดตามตนเองและประเมินผลด้วยตนเอง -สอนวิธีการบันทึก SMBG,SMBP -ให้ผู้รับบริการบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง (SMBG, SMBP) ๗. การประเมินตนเอง (self –evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self –reinforcement) -ทีมเครือข่ายดูแลสุขภาพร่วมดูแลและติดตามผู้รับบริการ-เสริมแรง ชื่นชม ให้กำลังใจ	Manager และจิตอาสาในพื้นที่ดังนี้ - Case ที่ ๑ อายุ ๗๘ ปี ป่วยเบาหวาน-ความดันสูง ก่อนโครงการมี HbA๑c ๑๐.๒ % หลังมี Case Manager ดูแล ๖ เดือน HbA๑c ลดเหลือ ๙.๔ % ยังพบปัญหาการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง - Case ที่ ๒ อายุ ๖๐ ปี ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มา ๕ ปี ไม่กินยาสม่ำเสมอก่อนการ โดยวางแผนการดูแล ปรึกษาความดัน, ควบคุมอาหาร และการบริหารร่างกาย ฝึกวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ภายหลังการดูแล พบว่า BP ๑๕๐/๘๐ mmHg,
-วันที่ ๑๔-๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ -วันที่ ๒๑-๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙	๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.	การดำเนินการขั้นตอนที่ ๓ การประเมินผลการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ๑. ประเมินกระบวนการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการ	เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและพบจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๔ เปลี่ยนเป็นระยะ ๓ เพิ่มขึ้น - ผลการติดตามด้วยแบบบันทึกผู้ป่วยบันทึกการจัดการตนเองสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมดูแล

ว.ค.ป.	เวลา	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลลัพธ์การดำเนินการ
รวม ๔ วัน		ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ ๔ ๒.ติดตามประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกการจัดการตนเอง ๓.ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย/ผู้ดูแล ๔.ติดตามประเมินค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ๕.ติดตามจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๔ เปลี่ยนเป็นระยะ ๓ ๖.ถอดบทเรียนและสรุปรูปแบบการบริการทางการแพทย์หรือวิธีปฏิบัติที่ดี	ตนเองดีขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น - ผลการเยี่ยมบ้าน พบปัญหาการดูแลลดลง ครอบครัวมีความเข้าใจโรคเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมเหมาะสมขึ้น - รูปแบบการบริการที่ได้ประกอบด้วย - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการชุมชนประกอบด้วย Case Manager, ทีมสหสาขา, เครือข่ายชุมชน และเทคโนโลยีสนับสนุน ผลการพัฒนาสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

๓. ผลลัพธ์ของงานและความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้น

ได้ร่วมกับเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนตำบลโนนภิบาล อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยใช้หลัก Community Empowerment และแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) เกิดเป็นรูปแบบในพื้นที่ ๖ องค์ประกอบ นอกจากนี้ยังได้นำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการดูแลจัดการรายกรณีร่วมกับ case manager โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และนำประเด็นนี้มาพัฒนาใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลชุมชน

ขอรับรองว่าข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการของข้าพเจ้าเป็นจริงทุกประการ และได้ส่งหลักฐานผลลัพธ์การทำ Faculty practice ประกอบแนบมาด้วยแล้ว

ชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์)
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ขอรับรองว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ ได้ปฏิบัติ Faculty practice ครบถ้วนตามตารางการปฏิบัติงานและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

ลงชื่อ.....

(นายวีระชัย อิ่มน้ำขาว)

หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ร่วมกิจกรรมจากหน่วยบริการสุขภาพ