

START UP

with

BODY

INTERACT

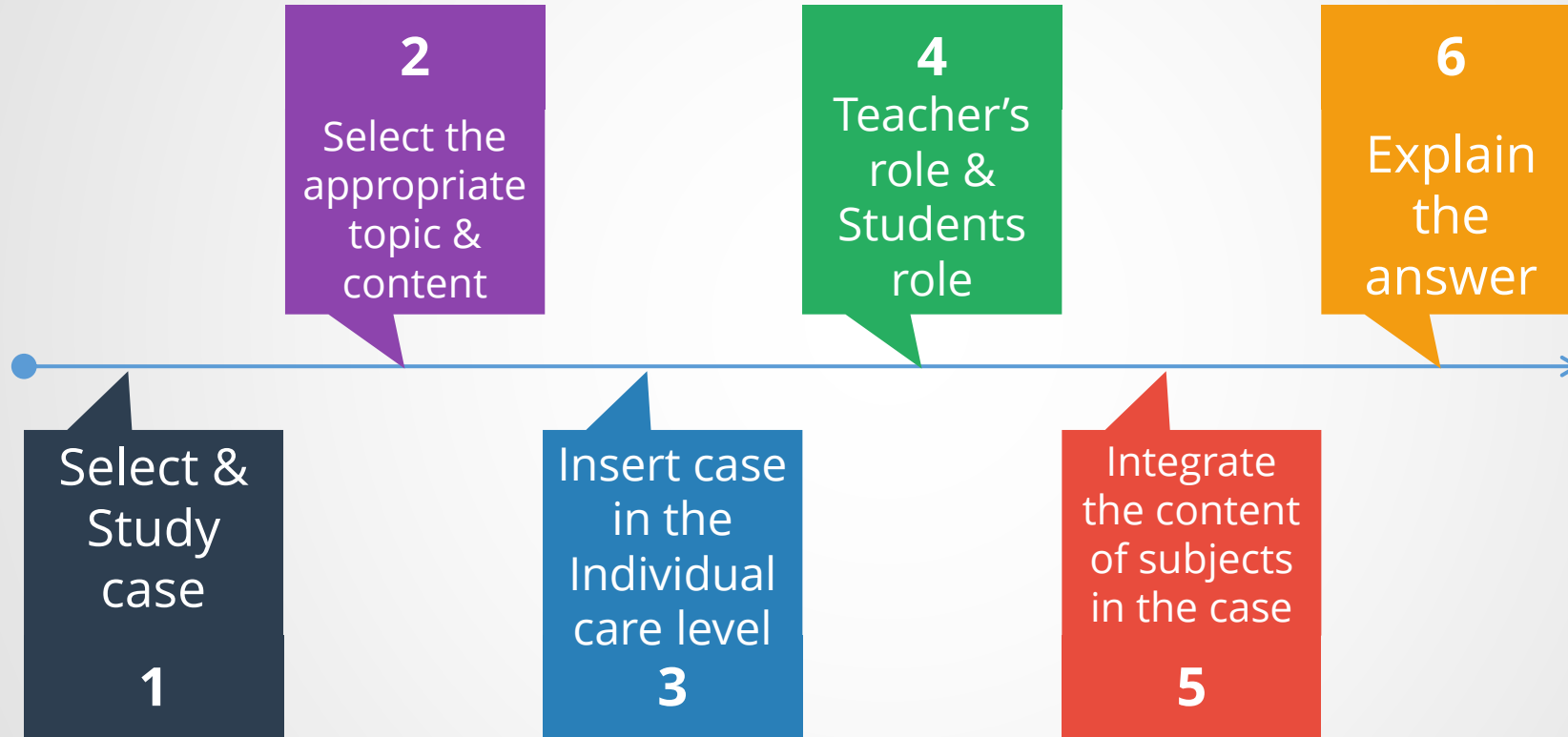
In Community Nursing Subject 2



VANIDA DURONGRITITTHAI

FACULTY OF NURSING SCIENCE AND ALLIED HEALTH

# How to





Teaching PPT

## กระบวนการพยาบาล อนามัยชุมชน

ผ.ศ.ดร. วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการ

สุขภาพ

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

-การออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหา  
สุขภาพร่วมกับชุมชนหรือการวาง  
แผนการพยาบาลชุมชนเพื่อแก้ไข  
ปัญหาสุขภาพระดับกลุ่มหรือชุมชน:  
ขั้นตอนที่ **3** ในกระบวนการพยาบาล  
อนามัยชุมชน

-แผนงาน

-โครงการ

การวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไข  
ปัญหาสุขภาพระดับบุคคลหรือ  
ครอบครัว

-การเยี่ยมบ้าน

# วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของแผนงานและโครงการ
2. อธิบายขั้นตอนของการเขียนแผนงานและโครงการ
3. อภิปรายความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของแผนงานและโครงการ
4. ฝึกเขียนแผนงานและโครงการจากสถานการณ์กรณีศึกษา
๕. อภิปรายการออกแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้กระบวนการพยาบาล
6. ฝึกเขียนแผนการเยี่ยมบ้านจากสถานการณ์กรณีศึกษา

# แหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

## แผนงาน

<http://www.sarapee.go.th/files/dynamiccontent/file-160358-15883144822002805092.pdf>

[http://planning.pn.psu.ac.th/plan\\_doc/procedure/docs\\_procedure/200\\_1530261702.pdf](http://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure/docs_procedure/200_1530261702.pdf)

## โครงการ

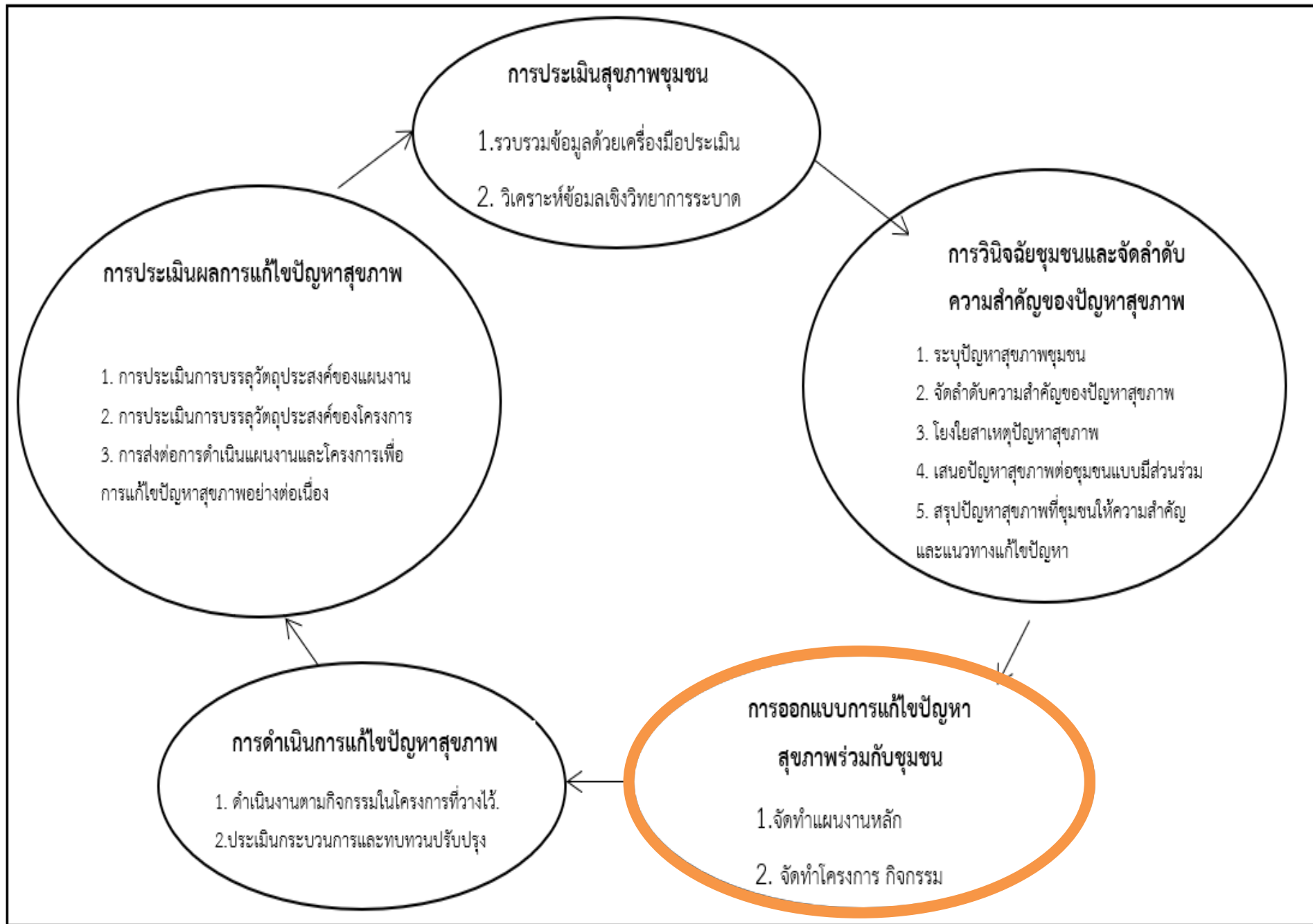
<http://www.sarapee.go.th/files/dynamiccontent/file-160358-15883144822002805092.pdf>

[http://planning.pn.psu.ac.th/plan\\_doc/procedure/docs\\_procedure/200\\_1530261702.pdf](http://planning.pn.psu.ac.th/plan_doc/procedure/docs_procedure/200_1530261702.pdf)

## การเยี่ยมชมบ้าน

[http://www.nursing.go.th/Book\\_nurse/Homevisit/01.pdf](http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Homevisit/01.pdf)

<http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/1424052939.pdf>



# แผนงาน (Master plan)

เอกสารที่ระบุถึงการนำปัญหาสุขภาพของชุมชน  
มากำหนดแนวทางแก้ไขเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและบรรลุผลตามที่  
ต้องการ

กลุ่มโครงการที่ประสานสัมพันธ์ เพื่อแก้ไขสาเหตุปัญหาหรือตอบสนอง  
วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ใช้สื่อสารให้เข้าใจร่วมกันเพื่อเห็นภาพการแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน  
ของคนในชุมชน



# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	เป้าประสงค์ ของการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไข ปัญหาสุขภาพ ชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
--------------------------	---------------------------------------	--	--------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------

โครงการ  
(Project)

โครงการ  
(Project)

โครงการ  
(Project)

โครงการ  
(Project)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

กิจกรรม (Activity)

โครงการ (Project)

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหาสุขภาพชุมชน	สาเหตุของปัญหาสุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ
คนในชุมชนเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความเข้าใจ -มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค -ไม่มีผู้เป็นโรคความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด เป็นต้นน้อยกว่าร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนในชุมชนมีระดับความดันโลหิตไม่สูงกว่าเดิม -ร้อยละ 90 ของคนในชุมชนมีระดับความดันโลหิตไม่สูงกว่าเดิม	-ส่งเสริมการมีกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูง -เยี่ยมบ้านผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อสร้างเข้าใจวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างถูกต้อง -สร้างต้นแบบคนเป็นความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-การเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองของคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง -ผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน -ต้นแบบคนเป็นความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนในชุมชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

**Characteristics & Size of health problems**

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ เข้าใจวิธีการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค ความดันโลหิต รายปี -มีความ เป็น เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนใน	-ส่งเสริมการมีกลุ่ม	-การเป็นสมาชิกกลุ่ม เหลือตนเองของ ที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง สูงเป็นความดันโลหิต สูงที่ได้รับการเยี่ยม บ้าน	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของ คนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

-From web of causation  
-Group of causation

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ	
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ เข้าใจวิธีการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค ความดันโลหิตสูง รายใหม่ -ผู้เป็นความดัน โลหิตสูงมีระดับ ความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของ ชุมชนมีค เข้า -ร้อยละ ชุมชนมีระ โลหิตไม่สูงกว	-Goal to achieve -Quantitative: Increase, Decrease -Output in the near future	ความดันโลหิตอย่าง ถูกต้อง -สร้างต้นแบบคน เป็นความดันโลหิต สูงที่สามารถ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	บ้าน -ต้นแบบคนเป็นความ ดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ของ ค โลหิต 00 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ เข้าใจวิธีการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค ความดันโลหิตสูง รายใหม่ -ผู้เป็นความดัน โลหิตสูงมีระดับ ความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนใน ชุมชนมีความรู้ความ เข้าใจวิธีการควบคุม ระดับความดันโลหิต อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น -ร้อยละ 90 ของคนใน ชุมชนมีระดับความดัน โลหิตไม่สูงกว่าเดิม	-ส่งเสริม ช่วย -เย ความด เพื่อสร้างเข้าใจ วิธีการควบคุมระดับ ความดันโลหิตอย่าง ถูกต้อง -สร้างต้นแบบคน เป็นความดันโลหิต สูงที่สามารถ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	-ผู้เป็นความดันโลหิต สูงที่ได้รับการเยี่ยม บ้าน -ต้นแบบคนเป็นความ ดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ของ โรค โลหิต -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

**-The must to achieve**  
-Clearly observe & measurement

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ รู้ -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค -โลหิตสูงมีระดับ ความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนใน ชุมชน -ร้อยละ 90 ของคนใน ชุมชนมีระดับความดัน โลหิตไม่สูงกว่าเดิม	-ส่งเสริมการมีกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ ผู้เป็นความดันโลหิต สูง -เยี่ยมบ้านผู้เป็น ความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างเข้าใจ วิธีการควบคุมระดับ ความดันโลหิตอย่าง ถูกต้อง -สร้างต้นแบบคน เป็นความดันโลหิต สูงที่สามารถ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	-การเป็นสมาชิกกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ คนที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง -ผู้เป็นความดันโลหิต สูงที่ได้รับการเยี่ยม บ้าน -ต้นแบบคนเป็นความ ดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของ คนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

วิธีการที่คาดว่าจะใช้ได้ผล

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ เข้าใจวิธีการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 0 -ไม่ มีความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนใน ชุมชนมีความรู้ความ -ร้อยละ 90 ของคนใน ชุมชนมีระดับความดัน โลหิตไม่สูงกว่าเดิม	-ส่งเสริมการมีกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ -ส่งเสริมการมีจิต ความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างเข้าใจ วิธีการควบคุมระดับ ความดันโลหิตอย่าง ถูกต้อง -สร้างต้นแบบคน เป็นความดันโลหิต สูงที่สามารถ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	-การเป็นสมาชิกกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ คนที่โรคความดัน โลหิตสูง -ผู้เป็นความดันโลหิต สูงที่ได้รับการเยี่ยม บ้าน -ต้นแบบคนเป็นความ ดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของ คนที่โรค ความดันโลหิต สูง -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

วิธีการ เครื่องมือที่ใช้วัดให้เห็นผล

# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหา สุขภาพชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
คนในชุมชน เป็นโรค ความดัน โลหิตสูงร้อยละ 24.8	-ขาดความ เข้าใจวิธีการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการ ส่งเสริมให้ ระดับความดัน โลหิตสูงขึ้น	-ไม่มีผู้เป็นโรค ความดันโลหิตสูง รายใหม่ -ผู้เป็นความดัน โลหิตสูงมีระดับ ความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอทร้อยละ 90 -อัตราการเกิด ภาวะแทรก ซ้อน เช่น โรค หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง หัวใจขาด เลือด เป็นต้นน้อยกว่า ร้อยละ 10	-ร้อยละ 80 ของคนใน ชุมชนมีความรู้ความ เข้าใจวิธีการควบคุม ระดับความดันโลหิต อย่างถูกต้อง -ร้อยละ 90 ของคนใน ชุมชนมีความดันโลหิตไม่ เกิน 140/90 มม.ปรอท	-ส่งเสริมการมีกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ ผู้เป็นความดันโลหิต สูง -สร้างต้นแบบคน เป็นความดันโลหิต สูงที่สามารถ ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	-การเป็นสมาชิกกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของ คนที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง -ต้นแบบคนเป็นความ ดันโลหิตสูงที่สามารถ ควบคุมระดับความดัน โลหิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	อย่างน้อยร้อยละ 30 ของ คนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง -ร้อยละ 100 -อย่างน้อยร้อยละ 5 ของคนใน ชุมชนที่เป็นโรค ความดันโลหิต สูง

สิ่งที่ใช้ระบุการบรรลุ  
วัตถุประสงค์และระดับการบรรลุ  
วัตถุประสงค์



# แผนงาน (Master plan)

ปัญหา สุขภาพ ชุมชน	สาเหตุของ ปัญหาสุขภาพ ชุมชน	เป้าประสงค์ของ การแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	วัตถุประสงค์	กลวิธีแก้ไขปัญหา สุขภาพชุมชน	การประเมินผล	ดัชนี ชี้วัดความ สำเร็จ
ผู้สูงอายุ เป็นอัม พฤกษ์ นอนติด เตียงร้อยละ 2.6	-มีประวัติเป็น โรคหลอดเลือด สมองตีบหรือ แตก -สมาชิก ครอบครัวขาด ความเข้าใจ วิธีการดูแล ผู้สูงอายุติด เตียงที่ถูกต้อง	-ร้อยละ 5 ของ ผู้สูงอายุที่เป็นอัม พฤกษ์นอนติด เตียงช่วยเหลือ ตนเองได้มากขึ้น -ผู้สูงอายุเป็นอัม พฤกษ์นอนติด เตียงสามารถฟื้น จากสภาพติดเตียง	-ผู้สูงอายุที่เป็นอัม พฤกษ์นอนติดเตียงไม่มี ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น จากเดิม -สมาชิกครอบครัวมี ความเข้าใจวิธีการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่ ถูกต้องเพิ่มขึ้น	-ส่งเสริมอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุให้มี ทักษะการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง -เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ติดเตียงที่เป็นอัม พฤกษ์นอนติดเตียง -พัฒนา ความสามารถของ สมาชิกครอบครัวให้ มีทักษะการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง	-ผู้สูงอายุที่เกิด ภาวะแทรกซ้อน  -อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่มีทักษะการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง  -ผู้สูงอายุติดเตียงที่ เป็นอัมพฤกษ์นอนติด เตียงที่ได้รับการเยี่ยม บ้าน  -จำนวนสมาชิก ครอบครัวมีทักษะการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง	-ไม่เกิน 5% ของผู้สูงอายุเป็น อัมพฤกษ์นอน ติดเตียงทั้งหมด  -80% ของอ.ส. ดูแลผู้สูงอายุ  -ร้อยละ 100  -80% ของ สมาชิก ครอบครัวที่มี ผู้สูงอายุติดเตียง ในบ้าน

สิ้นสุดการเรียน ช่วงที่ 1

พัก 10 นาที

เริ่มเรียนเวลา 9.50 น.

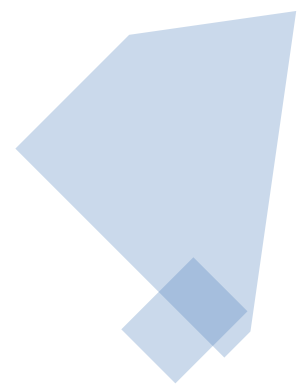
# โครงการ (Project)

- การวางแผนล่วงหน้าที่ทำขึ้นอย่างมีระบบ
- กิจกรรมสุภาพย่อยหลายกิจกรรม
- แจ็งชัดถึงจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด
- ระบุทรัพยากรที่ใช้
- คาดว่าได้ผลตามวัตถุประสงค์
- แต่ละโครงการต้องบรรลุเป้าหมายของแผนงาน

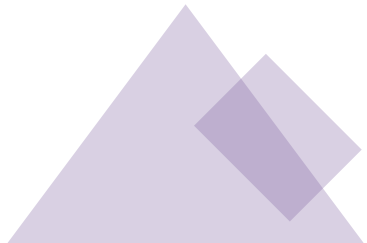
# โครงการ (Project): ความสำคัญ

1. Patient-centered is the Key concerns: Prevent complications, Self-efficacy
2. ตอบสนองนโยบาย กฎระเบียบของหน่วยบริการสุขภาพ
3. คำนี้ถึงทรัพยากร: 4M
4. Advocacy: สวัสดิการ สิทธิผู้ใช้บริการ
5. Care quality

# หลักการเขียนโครงการ



1. โครงการแบบดั้งเดิม  
(Conventional project)
2. โครงการแบบใช้ตารางเหตุผลสัมพันธ์  
(Log frame project)



# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## ชื่อโครงการ

-Point to objective, characteristic, strategics

-อาจแสดงผลที่เกิดจากการดำเนินโครงการหรือแสดงสิ่งที่สืบเนื่องจากวัตถุประสงค์

-Clear, Appropriate, Specific, Understand

-Do what, For what

-Show task and goal

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## ชื่อโครงการ

กลวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน: ส่งเสริมการมีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง  
ของผู้เป็นความดันโลหิตสูง

โครงการ: โครงการชุมชนหมู่....ร่วมใจ ห่างไกลความดันโลหิตสูง

กลวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน: เยี่ยมบ้านผู้เป็นความดันโลหิตสูงเพื่อสร้างเข้าใจ  
วิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างถูกต้อง

โครงการ: โครงการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมเรือนความดันโลหิตสูง

กลวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน: สร้างต้นแบบคนเป็นความดันโลหิตสูง  
ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการ: โครงการคนต้นแบบสุขภาพดีห่างไกลความดันโลหิตสูง

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## หลักการและเหตุผล

- Rational to do
- Size and severity of health problem
- Web of causation
- Effects: Individual, Family, Community
- Benefit: Individual, Family, Community, Health Care system



# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## วัตถุประสงค์โครงการ

- บอกให้ทราบว่าต้องการให้ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพเกิดผลชัดเจนอย่างไร เมื่อสิ้นสุดโครงการ
- ข้อความแสดงถึงความต้องการที่จะกระทำในโครงการให้ปรากฏผลเป็นรูปธรรม
- ชัดเจน ไม่คลุมเครือ วัดประเมินผลได้ เฉพาะเจาะจง
- อาจมีมากกว่า 1 วัตถุประสงค์

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

วัตถุประสงค์โครงการ: หลัก SMART

<b>Sensible &amp; Specific</b>	เป็นไปได้ ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง ผู้ปฏิบัติเข้าใจความหมายตรงกัน นำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
<b>Measurable</b>	วัดผลที่ต้องการได้ รู้แน่ชัดว่าผลดำเนินการแต่ละขั้นตอนเป็นอย่างไร ตามที่ต้องการ หรือไม่ เพียงใด
<b>Attainable &amp; Assignable</b>	ไม่กำหนดสิ่งที่ต้องการสูงเกินไป จนไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติตามความรับผิดชอบโดยมุ่งสู่เป้าหมาย เดียวกัน
<b>Reasonable &amp; Realistic</b>	อธิบายได้อย่างสมเหตุสมผล
<b>Time Available</b>	เหมาะกับช่วงเวลา

## วัตถุประสงค์โครงการ: หลัก SMART

- -เพื่อให้คนในชุมชนหมู่.....มีความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง
- -เพื่อให้คนในชุมชนหมู่.....ปฏิบัติการป้องกันตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง
- -เพื่อเยี่ยมบ้านความดันโลหิตสูงในชุมชน
- -เพื่อให้บ้านที่มีสมาชิกเป็นความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### หลักเลี้ยง

-เขียนคำความหมายกว้าง

-ไม่แสดงแนวทางปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์

-ยากต่อการวัดและประเมินผล เช่น เข้าใจ ทราบ คำนึงเคย ซาบซึ้ง รู้ซึ่ง เชื่อ สนใจ

เคยชิน สำนึก และยอมรับ

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## เป้าหมาย

- บอกขอบเขตโครงการ
- คาดหวังล่วงหน้าในสิ่งที่เกิดขึ้นหลังสิ้นสุดโครงการไปแล้ว
- เขียนได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
- เป้าหมายเชิงปริมาณ: ระบุตัวเลขเช่น ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน
- เป้าหมายเชิงคุณภาพ: ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเพิ่มระดับความสามารถหรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ
- เขียนให้ชัดเจนเพื่อแสดงให้เห็นผลงานหรือผลลัพธ์ที่ระบุคุณภาพหรือปริมาณงานที่คาดว่าจะทำให้เกิดในระยะเวลาที่กำหนด

### โครงการชุมชนหมู่...ร่วมใจ ห่างไกลความดันโลหิตสูง

- เป้าหมาย: อุบัติการณ์ของคนในชุมชนหมู่.....ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่เพิ่มขึ้น  
คนในชุมชนหมู่.....ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 60 ของคนในชุมชนที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด

### โครงการคนต้นแบบสุขภาพดีห่างไกลความดันโลหิตสูง

- เป้าหมาย: ผู้เป็นความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์การเป็นคนต้นแบบร้อยละ 20 คน  
ของคนที่เป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมด  
จำนวนคนต้นแบบ 10 คนต่อหมู่บ้าน

โครงการพัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตตำบลสุภาพ .

ตัวอย่างโครงการ	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
โครงการพัฒนาระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตตำบลสุภาพ	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง 2. เพื่อสร้างการเข้าถึงความรู้สุขภาพของประชาชนในชุมชน	1. อบรมความรู้การใช้ <u>อินเทอร์เน็ต</u> เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทุกครัวเรือนในพื้นที่ ภายในปี พ.ศ. 2564 2. เชื่อมโยงระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตตำบลสุภาพทุกตำบล ตำบลละ 1 แห่ง ในพื้นที่ ภายในปี พ.ศ. 2564

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ

- ระบุจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## วิธีดำเนินการ

- แสดงวิธีการและขั้นตอนดำเนินการ
- ระยะเวลาเตรียมการ ระยะเวลาดำเนินการ ระยะเวลาประเมินผล
- แสดงรายละเอียดทั้งหมดของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ
- ผู้เข้าร่วมหรือผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
- แสดงงานหรือกิจกรรมเป็นขั้นตอน ลำดับก่อนหลัง
- สามารถนำไปอธิบายโดยละเอียดในส่วนของแผนการปฏิบัติงานหรือปฏิทินปฏิบัติงานได้อีกครั้งหนึ่ง



# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## สถานที่ดำเนินการ

- ระบุตำแหน่งแห่งที่จะดำเนินโครงการ

## ผู้รับผิดชอบโครงการ

- ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบบริหารกิจกรรมต่าง ๆ ในโครงการ
- อาจเป็นบุคคล คณะบุคคลหรือหน่วยงาน

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## งบประมาณ

- ค่าใช้จ่ายทั้งหมดและแยกย่อยตามหมวดที่คาดว่าจะใช้ดำเนินโครงการ
- แหล่งงบประมาณ

## หลักสำคัญ 4 ประการ

ประหยัด (Economy)	ใช้ทรัพยากรทุกอย่างให้คุ้มค่าที่สุด ได้คุณภาพผลงานดีที่สุด
ประสิทธิภาพ (Efficiency)	มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ ทุกคนพอใจผลงาน ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ประหยัดสุด ผลตอบแทนคุ้มค่า
ประสิทธิผล (Effectiveness)	เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
ยุติธรรม (Equity)	ใช้จ่ายทรัพยากรตามเกณฑ์ที่กำหนด

# องค์ประกอบทั่วไปของการเขียนโครงการ

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผลงาน ประโยชน์ที่หวังว่าควรเกิดขึ้นต่อผู้ใช้บริการหรือผู้เกี่ยวข้อง

## การประเมินโครงการ

ระบุกิจกรรมและวิธีการที่จะใช้ประเมินโครงการ  
เพื่อทราบผลลัพธ์ที่วัดได้หรือนับได้การดำเนินโครงการ

## การติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ

ระยะของการประเมินผล	สิ่งที่ติดตามและประเมินผล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
1. ประเมินก่อนเริ่มดำเนินงาน	- ค้นหาความต้องการ ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของกิจกรรมกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่  - ประเมินความพร้อม ความเพียงพอของทรัพยากรที่จะใช้ดำเนินกิจกรรม	- การสอบถาม - การสัมภาษณ์ - การประชุม - การทำประชาคม  - ประเมินความสอดคล้อง	ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการ

## การติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ

ระยะของการประเมินผล	สิ่งที่ติดตามและประเมินผล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
<b>2. ประเมินระหว่างดำเนินการหรือกระบวนการเพื่อนำไปตัดสินใจปรับปรุงกิจกรรมวิธีการหรือกระบวนการดำเนินงาน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-วิธีการจัดกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่วางไว้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสิ่งที่ควรปรับปรุง</li> <li>-ส่วนร่วมทำกิจกรรมของคนในชุมชน</li> <li>-ความก้าวหน้างานเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้</li> <li>-การบรรลุวัตถุประสงค์ กิจกรรมเป็นไปตามแผน ประสิทธิภาพที่เกิดปัญหาอุปสรรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การสอบถาม</li> <li>-การสัมภาษณ์</li> <li>-การสังเกตการณ์ปฏิบัติ</li> <li>-การประชุม</li> <li>-การทำประชาคม</li> <li>-การเยี่ยมบ้าน</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการ</li> <li>2. รายงานความก้าวหน้าของ แผนงาน/โครงการ</li> </ol>

## การติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ

ระยะของการประเมินผล	สิ่งที่ติดตามและประเมินผล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล
<b>3. ประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน</b>	<p><b>1.</b> ประเมินทันทีที่สิ้นสุดการดำเนินงาน (การประเมินผลผลิต)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลผลิตที่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์/เป้าหมาย คุ่มค่า</li> <li>- ความพึงพอใจของคนในชุมชนต่อกิจกรรม</li> <li>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผน เช่น ประชาชนมีการออกกำลังกายถูกต้อง บริโภคอาหารถูกต้อง</li> </ul> <p><b>2.</b> ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง (การประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผลผลิตของโครงการ) เช่น การลดอัตราป่วย อัตราตาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสอบถาม</li> <li>- การสัมภาษณ์</li> <li>- การสังเกตการณ์ กับ แผนงาน / ปฏิบัติ</li> <li>- การประเมินจากแบบสำรวจ แบบประเมินภาวะสุขภาพ</li> <li>- แพ้ม ประวัติผู้ป่วย แพ้มครอบครัว</li> </ul>	<p><b>1.</b> ผู้รับผิดชอบ และผู้ที่เกี่ยวข้อง กับ แผนงาน / โครงการ</p> <p><b>2.</b> รายงานผลแผนงาน/โครงการ</p> <p><b>3.</b> ผลการประเมิน ภาวะสุขภาพ</p>

# การนำผลการติดตามและผลการประเมินไปใช้ประโยชน์



สิ้นสุดการเรียน ช่วงที่ 2

พัก 10 นาที

เริ่มเรียนเวลา 10.28 น.



## การวางแผนการพยาบาล

# เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับบุคคลหรือครอบครัว

-Step 4: Community Nursing Process

-Case management: วางแผนดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

-Home visit: Continuing care

Family-centered care



ผู้ให้บริการต้องใช้ชีวิตระยะยาวร่วมกับสมาชิก

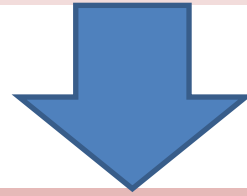
ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการใช้ศักยภาพดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด กระทบความเป็นครอบครัวน้อยที่สุด

Strength of Family members & Community members

เติมเต็มส่วนที่จำเป็นต้องการช่วยเหลือผู้ให้บริการ

การวางแผนการพยาบาล

เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับบุคคลหรือครอบครัว



แผนการเยี่ยมบ้าน

## แนวคิดในการเยี่ยมบ้าน: ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล

1. Family as the constant context in a recipient's life
- 2.** Family strengths
- 3.** Supports in learning about and participating in care and decision-making
- 4.** Cultural diversity and traditions
- 5.** Community-based services
6. Structural, functional, and developmental approach
- 7.** Family-to-family and peer support
8. Support family members as the age transition

# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

### 1. ข้อมูลของครอบครัว (Family data)

- ชื่อหัวหน้าครอบครัว ที่อยู่ แผนที่บ้าน

- ประเภทครอบครัว

  - ครอบครัวที่จัดตามลำดับการก่อตั้งและขนาด: ครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย

  - ครอบครัวที่จัดแบ่งลักษณะการสมรส: ครอบครัวผัวเดียวเมียเดียว ครอบครัวอิสระ

### 2. โครงสร้างครอบครัว (Family structure)

- ข้อมูลรายบุคคล

- ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพกับหัวหน้าและสมาชิกครอบครัว

- ผังเครือญาติของครอบครัว (Genogram)

### 3. พัฒนิกิจหรือพัฒนาการของครอบครัว (Family development)

# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

### 4. บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว (Roles of family members)

- แสดงทุนหรือจุดแข็งในครอบครัว
- นำศักยภาพของสมาชิกแต่ละคนมาช่วยดูแลผู้ป่วย
- หาแนวทางพัฒนาศักยภาพของสมาชิกครอบครัวให้มากขึ้น

ลำดับ	ชื่อสมาชิก	บทบาทหน้าที่					
		ด้านเศรษฐกิจ	ด้านการดูแล ความเป็นอยู่ ทั่วไปของ สมาชิก	ด้านการดูแล สุขภาพ สมาชิก	การทำหน้าที่ ตามพัฒนาการ ตามวัยของ ตนเอง	ด้านการมี อำนาจ ตัดสินใจใน ครอบครัว	อื่น ๆ ระบุ
1.							
2.							

# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

5. ความสัมพันธ์หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว (Relationship or interaction with family members)

- ความรักใคร่กลมเกลียว
- ความสนิทสนม
- ความเอาใจใส่ระหว่างสมาชิก



	จุดแข็ง	จุดที่ครอบครัว ควรเสริมสร้างเพิ่มเติม
ความสัมพันธ์หรือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง สมาชิกในครอบครัว		

# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

6.ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับเครือญาติและชุมชน (Relationship or interaction with relatives and community members)

- การทำกิจกรรมทางสังคม
- การทำกิจกรรมทางความเชื่อวัฒนธรรมประเพณีศาสนา
- การเป็นสมาชิกขององค์กรในชุมชน

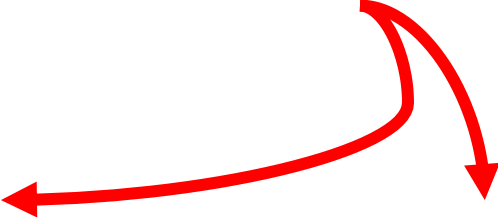


	จุดแข็ง	จุดที่ครอบครัวควรเสริมสร้างเพิ่มเติม
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับเครือญาติและชุมชน		

# การประเมินผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดกรอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

7. ความเชื่อหรือการปฏิบัติหรือการใช้บริการด้านสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย  
(Health belief or health practices)



	จุดแข็ง	จุดที่กรอบครัวควรเสริมสร้างเพิ่มเติม
ความเชื่อหรือการปฏิบัติหรือการใช้บริการด้านสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย		



# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

### 8. สิ่งแวดล้อมของครอบครัว (Family environment)

- ลักษณะที่อยู่อาศัย
- สภาพบริเวณบ้าน



	จุดแข็ง	จุดที่ครอบครัวควรเสริมสร้างเพิ่มเติม
สิ่งแวดล้อมของครอบครัว		

# การประเมินผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 1. Structure, Role, Development

9. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ครอบครัวใช้บริการ (Health resources)  
-รพ.สต. เทศบาล อบต. ชมรมผู้สูงอายุ วัด สวนสุขภาพ



	จุดแข็ง	จุดที่ครอบครัวควรเสริมสร้างเพิ่มเติม
การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ครอบครัวใช้บริการ		

# การประเมินผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดครอบครัว เป็นศูนย์กลางการดูแล

## 2. Health history

1. Present illness
2. Past illness
3. Family history
4. Review of systems
5. Physical examination
6. Treatment (Drug, Follow, Lab)
7. Self care

## การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพ

- Clinical reasoning
- Priority setting
- Subjective & Objective data from the assessment

# การกำหนดวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลผู้ใช้บริการ ที่มีปัญหาสุขภาพ

- ระบุผลที่ต้องการให้เกิด
- เขียนให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล
- มีความเป็นไปได้หลังจากให้การพยาบาลทั้งหมดตามที่กำหนดไว้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:** เสี่ยงต่อการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาที่เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือดหรือความยืดหยุ่นของหลอดเลือดในร่างกายลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน:** ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อ 3 ปีก่อน  
ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160/90-170/100 มิลลิเมตรปรอท  
ได้รับยา Hydrochlorothiazide 25 mg. 1 tab Oral OD.,  
/Simvastatin 20 mg1 tab Oral OD., Amlodipine 5 mg 1 tab Oral bid pc

**วัตถุประสงค์:** เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท  
หรือ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับบุคคล

เสี่ยงต่อการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีเนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือดหรือความยืดหยุ่นของหลอดเลือดในร่างกายลดลง

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับครอบครัว

1. มีความสามารถไม่เพียงพอในการจัดหา/ดูแล/ดัดแปลงอุปกรณ์ฟื้นฟูให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาและความต้องการของสมาชิกป่วยติดเตียง
2. ขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนสำหรับช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยติดเตียง

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับชุมชน

1. ต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานชุมชนเนื่องจากขาดวัสดุอุปกรณ์เพื่อฟื้นฟูสมาชิกที่ป่วยติดเตียง
2. ศักยภาพของกลุ่มจิตอาสาที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพให้กับสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยติดเตียงไม่เพียงพอ
3. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยติดเตียงยังไม่เต็มประสิทธิภาพ

# การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลในแต่ละข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพ

- ระบุหลักหรือระดับของข้อมูลที่ต้องการใช้ตัดสินว่าการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้ทั้งหมดแก่ผู้ให้บริการสามารถบรรลุได้
- คัดเลือกมาจากข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยทางการแพทย์



# การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลในแต่ละข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ผู้ให้บริการที่มีปัญหาสุขภาพ

**ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์:** เสี่ยงต่อการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละนาทีเนื่องจาก  
ระดับความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตีบของหลอดเลือดหรือความยืดหยุ่นของหลอดเลือดในร่างกายลดลง

**ข้อมูลสนับสนุน:** ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อ 3 ปีก่อน  
ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160/90-170/100 มิลลิเมตรปรอท  
ได้รับยา Hydrochlorothiazide 25 mg. 1 tab. Oral O.D., /Simvastatin 20 mg. 1  
tab. Oral O.D., Amlodipine 5 mg. 1 tab. Oral b.i.d. p.c.

**วัตถุประสงค์:** เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท  
เพื่อให้ผู้ให้บริการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

**เกณฑ์การประเมินผล:** ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

# การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

- ระบุการปฏิบัติการพยาบาลที่**ต้องการดำเนินการ**
  - Nursing activity
    - จัดการ Subjective & Objective data เพื่อให้บรรลุเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนด
    - Priority
    - ครอบครัว Family members & Health care personnel
    - Primary, Secondary , Tertiary prevention
    - Direct & Indirect causes: Predisposing, Enabling & reinforcing factors
- from web of causation

กิจกรรมการพยาบาล	ระดับการพยาบาล			ลักษณะการป้องกัน		
	สุขภาพ					
	ระดับบุคคล	ระดับครอบครัว	ระดับชุมชน	ระดับปฐมภูมิ	ระดับทุติยภูมิ	ระดับตติยภูมิ
1. แนะนำผู้ใช้บริการและสมาชิกที่เป็นแม่บ้านให้ทราบตัวอย่างอาหารเค็มที่มีผลต่อความดันโลหิต เช่น อาหารเกลือบ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง ะหมี่สำเร็จรูป เป็นต้น		√		√		
2. แนะนำให้ผู้ใช้บริการกำกับตนเองและแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้กำกับการทานยาตามแผนการรักษาเคร่งครัด		√			√	
3. แนะนำให้ผู้ใช้บริการออกกำลังกายสม่ำเสมอและแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ดูแลการออกกำลังกายของผู้ใช้บริการให้ปลอดภัย		√		√		
4. แนะนำให้ผู้ใช้บริการและสมาชิกที่เป็นแม่บ้านในครอบครัวสังเกตภาวะแทรกซ้อนเช่น ปวดมึนศีรษะ เหนื่อยล้ากว่าปกติ		√				√
5. แนะนำผู้ใช้บริการและสมาชิกในครอบครัวให้ประสาน อสม. ในการมาช่วยวัดระดับความดันโลหิตให้ที่บ้านเป็นระยะ			√		√	
6. แนะนำให้ผู้ใช้บริการร่วมออกกำลังกายที่จัดโดยหน่วยสุขภาพหรือจัดโดยชุมชนที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและแนะนำให้บุคลากรสุขภาพติดตามเฝ้าระวังให้ผู้ใช้บริการออกกำลังกายที่ปลอดภัย		√	√	√		
7. แนะนำผู้ใช้บริการและสมาชิกครอบครัวประสาน อสม. เพื่อเข้าถึงสวัสดิการตามสิทธิ เช่น เบี้ยผู้พิการ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การขอขี่มรทเซ็น จาก อบต. เป็นต้น			√			√

# การประเมินผล

- เป็นการตัดสินผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลว่าปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด
- สิ่งประเมินอย่างน้อยจะต้องประกอบด้วยตามเกณฑ์การประเมินตามที่กำหนดไว้
- ผลการประเมินที่พบจะช่วยบอกได้ว่าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นยังควรคงไว้หรือไม่
- หากยังควรคงไว้ มีข้อมูลสนับสนุนใดที่ควรคงไว้ เพิ่มเติมหรือตัดออกไป วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลควรปรับเปลี่ยนหรือไม่
- ควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

## การติดตามผลระยะสั้น

<b>ระดับบุคคล</b>	ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อการดูแลตนเองปฏิบัติได้ดีขึ้น  ความสามารถในการเพิ่มเวลาของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อขาในแต่ละวันเพิ่มขึ้น
<b>ระดับครอบครัว</b>	การร่วมกันตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเลือกอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อเพิ่มขึ้น  การกำหนดข้อตกลงของผู้ป่วยและผู้ดูแลในบทบาทของกันและกันที่จะทำหน้าที่ของตนเองเพิ่มขึ้น
<b>ระดับชุมชน</b>	ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดวิธีช่วยเหลือซึ่งกันและกันเพื่อฟื้นฟูกำลังของกล้ามเนื้อแขนมากขึ้น

## การติดตามผลระยะยาว

ระดับบุคคล	<p>การยอมรับที่จะปรับตัวให้มีคุณค่าโดยถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนเองให้แก่ผู้อื่น</p> <p>การยอมรับสภาพร่างกายมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว</p> <p>การมีดัชนีมวลกายปกติ</p>
ระดับครอบครัว	การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยความร่วมมือกัน
ระดับชุมชน	การเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลของหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนในสวัสดิการที่จำเป็น

# Case study from Body Interact

Eng.version



Context



Michael was founded by his wife collapsed on his office desk. On the night before he had been working overtime and today he skipped lunch. He was on a project with a tight deadline.







### Briefing

Male, in his fifties. Was found in his house collapsed on his desk. He has regained consciousness, but he keeps complaining that he is not feeling well.

This is the first time he was sent to the Subdistrict Health Promotion Hospital so no medical records could be found.

## Patient characterization



<b>Patient characterization</b>	Patient name	James Mars
	Age (years)	55
	Sex	Male
	Weights (Kgs.)	83
	Height (cm.)	172
	BMI	28.1 (Overweight)
	Chronic conditions	Type 2 Diabetes



# Family assessment

Structure, Role, Development	Strength	Weakness for empowerment
1. Family data		
2. Family Structure		
3. Family development		
4. Roles of family members		
5. Relationship or interaction with family members		
6. Relationship or interaction with relatives and community members		
7. Health belief or health practices		
8. Family environment		
9. Health resources		



# The Answer of Case Study

# ABCDE Assessment

Airway	Upper airways noise Airway observation
Breathing	Sign of respiratory distress Respiratory rate Chest excursion Chest deformity, Raise JGV
Circulation	Hands and Digits Heart rate Pulse palpation Blood pressure Capillary Refill Time (CRT)
Disability	Pupils (Size, equality, Reaction to light)
Exposure	-

# Dialogues

Medical condition	How are you feeling right now? What happened to you? Tell us about any health conditions you might have? Do you have diabetes? How long has it been since you know about your diabetes?
Medication	Are you taking any medication? What drugs are you taking for your diabetes? When was the last time that you had something to eat?



# Physical Examination

Glasgow coma scale

Pulse palpation

# Nursing Intervention

To treat

Hypoglycemia

Fluid & Electrolytes

Oral glucose 20-50 ml. oral

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล:

ข้อมูลสนับสนุน:

S:

O:

วัตถุประสงค์:

เกณฑ์การประเมินผล:

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับบุคคล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับครอบครัว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับชุมชน

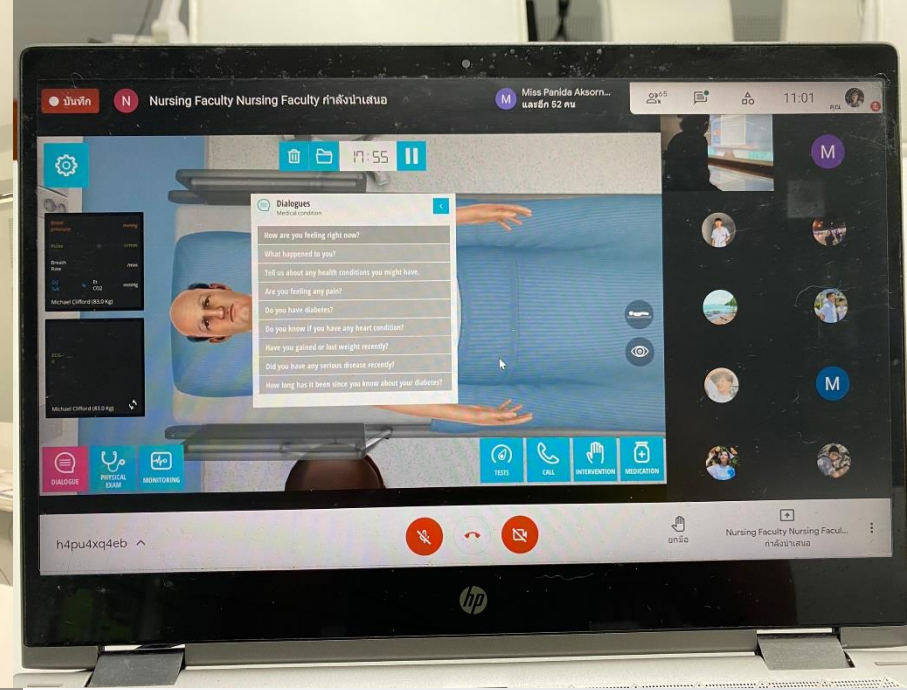


## การติดตามผลระยะสั้น

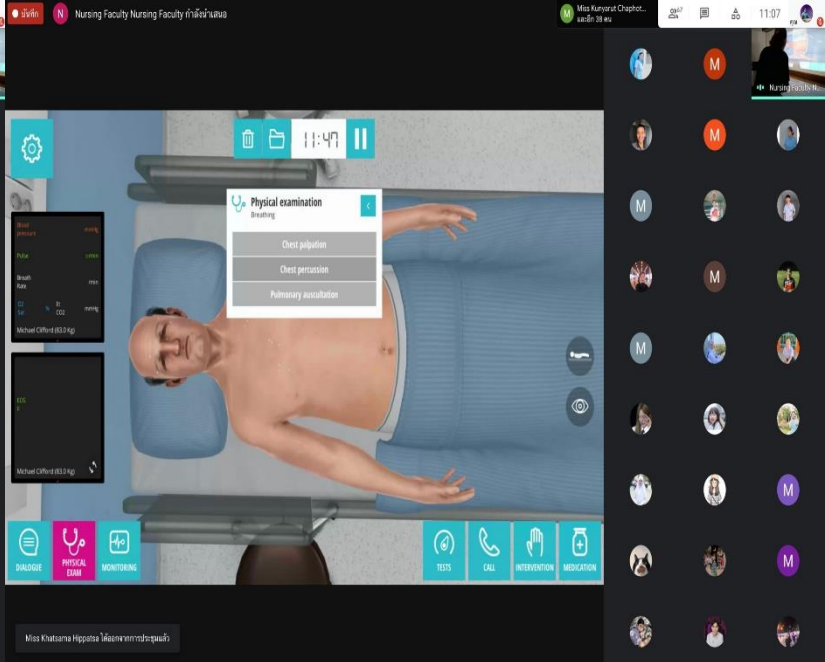
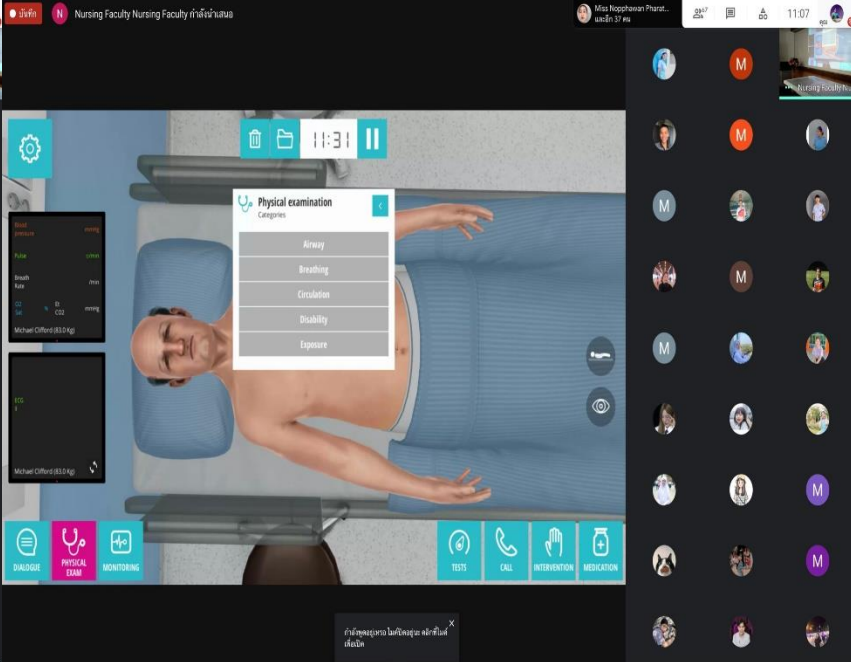
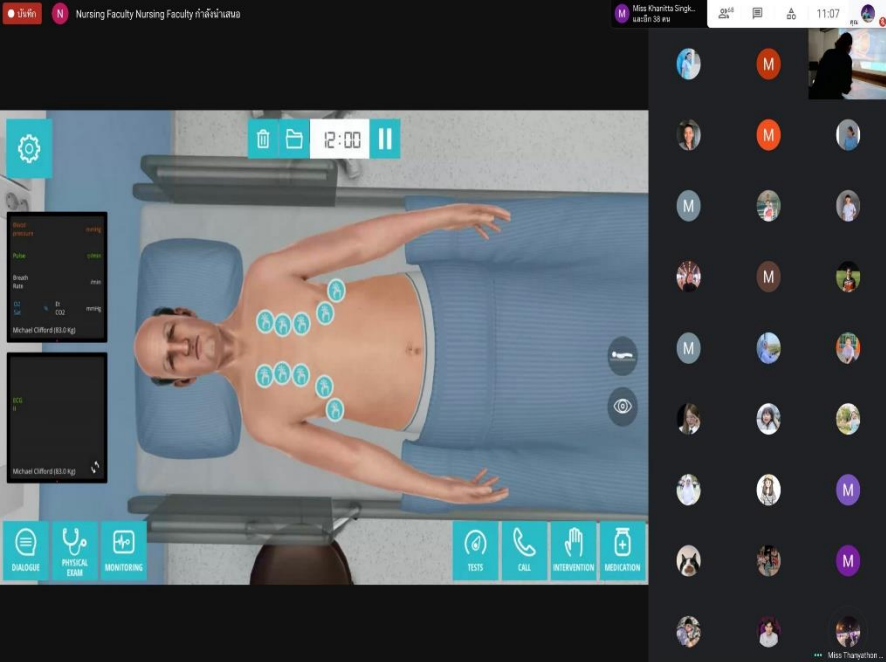
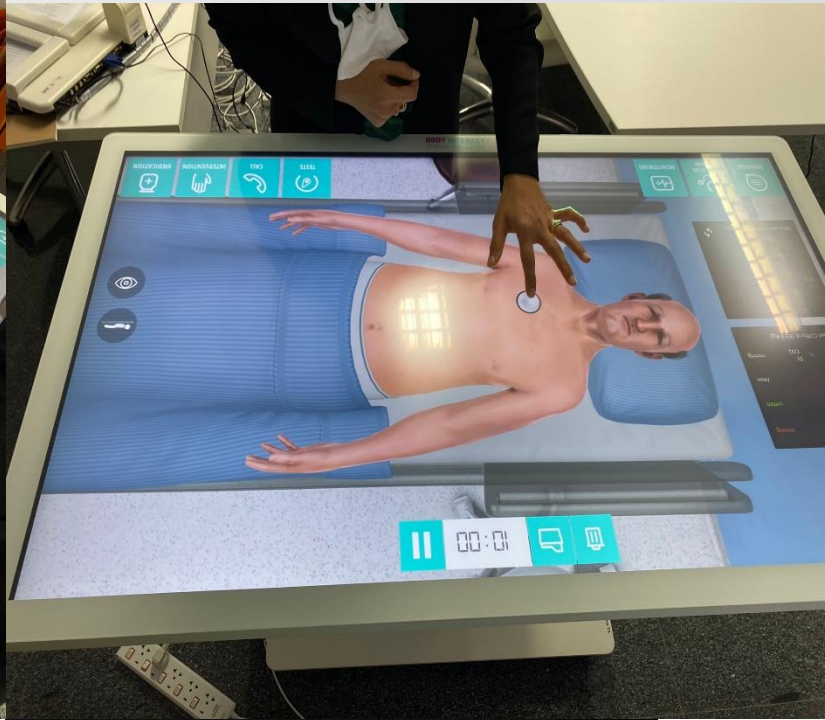
ระดับบุคคล	
ระดับครอบครัว	
ระดับชุมชน	

## การติดตามผลระยะยาว

ระดับบุคคล	
ระดับครอบครัว	
ระดับชุมชน	







# LEARNING

FOR IMPROVING

More  
study  
case

Accordingly  
insert case to  
the content

Link content  
to case

Sequence the  
content

Completely  
prepare  
before  
teaching

Practice until  
proficiency to  
teach

 **T** hank  **Y** ou!   
