

เครื่องมือประเมิน

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

Self-Management Support System For Diabetes mellitus & Hypertension

Diabetes mellitus
Self-Management
Hypertension
Support System
Diabetes mellitus



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ

WK

810

น197ก

2553

โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ (ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒)





b.5549

กิจกรรมพัฒนาประชาธิปไตยระบบสาขางาน

เครื่องมือประเมินระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง



เลขหมู่ NK 810 ๙๖197ค 2553
เลขเข้าบ. น ๒51762
วันที่ - 8 ส.ค. 2553



โครงการพัฒนาระบบบูรณาการการป้องกันและจัดการ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ ปี (๒๕๕๑-๒๕๕๒)



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พรส.)

เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เครื่องมือประเมินระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 590 6249 และ 02 590 6387

โทรสาร 02 965 9844

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2553

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จำนวนหน้า 32 หน้า

ISBN 978-974-422-566-5

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย

129 หมู่ 3 ถนนศาลายา-นครชัยศรี ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทร. 0-2281-7790, 0-2800-2373-4



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินตนเองของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชรัตน์ วสุธาดา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร นายแพทย์ประวิตร ศรีบุญรัตน์ และ คุณปนัดดา ทรัพย์แสนยากร ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการด้านต่างๆ และการประสานงานที่ดีเยี่ยม เพื่อให้การดำเนินการพัฒนาเครื่องมือประเมินสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ นายแพทย์ปรเมศร์ กิ่งไก่อ สำหรับคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินระบบสนับสนุนการจัดการตนเองนี้

ขอขอบคุณ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องทุกคน ของจังหวัดสกลนคร ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินตนเองนี้ และอนุเคราะห์ตอบข้อมูลต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

ขอขอบคุณ อาจารย์ทุกท่านในภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจในการทำงานเป็นอย่างดีเสมอมา ท้ายที่สุดขอขอบคุณ นายแพทย์กิตตินันท์ อนรรฆมณี ทันตแพทย์จเร วิชาไทย พญ.อรพินท์ มุกดาดีลก คุณน้องนุช ป้อคำ และเจ้าหน้าที่แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงานต่างๆ ให้ลุล่วงไปด้วยดี

ทีมวิจัย



สารบัญ

ความเป็นมา.....	1
วัตถุประสงค์.....	1
คำจำกัดความ.....	2
กรอบแนวคิด.....	6
คำชี้แจงการใช้แบบประเมินตนเอง.....	9
แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	11
องค์ประกอบที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล.....	11
องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร.....	12
องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล.....	17
แผ่นให้คะแนน.....	28
การวางแผนดำเนินการ.....	29
เอกสารอ้างอิง.....	30



ความเป็นมา

แบบประเมินตนเองในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง พัฒนากายได้โครงการพัฒนาระบบบูรณาการ การป้องกันและจัดการโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 โดยการสนับสนุนของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การพัฒนาดำเนินการโดยการประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 151 ท่าน เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการดูแล ร่วมกับการอาศัยกรอบแนวคิด และประเด็นคำถามจากเครื่องมือ Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)¹ และ เครื่องมือ Primary Care Resources and Supports for Chronic Disease Self Management (PCRS)^{2,3} มาพัฒนาเป็นแบบประเมิน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานการณ์ของการดูแลสำหรับระบบสาธารณสุขไทย ที่มวิจัยได้ตรวจสอบความเหมาะสมทางภาษาและเนื้อหา จากพยาบาลผู้ดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจของจังหวัดสกลนคร จำนวน 16 ท่าน เพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสม

แบบประเมินมุ่งเน้นลักษณะที่สำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ทั้งในระดับกระบวนการการรักษาดูแลของทีมผู้ดูแล (Micro systems) ที่แสดงว่าระบบในการดูแลที่ดีเป็นอย่างไร และระดับโครงสร้างขององค์กรต่างๆ จำเป็นต้องมีอะไรในการสนับสนุนการทำงานภายในองค์กรและเครือข่าย (Macro system) การประเมินดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในระบบการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์จริงโดยทีมดูแลในระดับต่างๆ ไปสู่ระบบที่มีการระบุขอบเขตที่จำเป็นสำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จากการเรียนรู้ผลการประเมินสู่การยกระดับการดำเนินการบริการ
3. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในสถานพยาบาล และเครือข่ายการดูแล สำหรับในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง



คำจำกัดความ ^{2,3}

1) การจัดการตนเอง

ความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากปัญหาที่เผชิญอยู่หรือเผชิญกับความเสี่ยงที่จะเกิดโรค อาทิเช่น อาการ การรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย และสังคม และการต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การจัดการตนเองต้องอาศัยทักษะที่สำคัญ 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และทักษะการลงมือปฏิบัติ การที่บุคคลสามารถจัดการตนเองได้นั้น บุคคลจะต้องสามารถเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านความรู้สึก นึกคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของรูปแบบการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงหลายระดับในระบบการดูแลสุขภาพ และชุมชนที่จะกระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองในกลุ่มผู้รับบริการ การสนับสนุนจะเป็นกระบวนการให้การดูแลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยการสร้างความมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การประสานงานระหว่างผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่จะระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย ประเมินอุปสรรคที่จะเกิด และสร้างแนวทางการดูแลเพื่อแก้ปัญหา'ที่เกิดจากโรค พร้อมร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไข ติดตามความสำเร็จตามเป้าหมาย รวมทั้งการมีระบบสนับสนุนทางข้อมูลทางคลินิกให้เครือข่ายการดูแลได้ใช้เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ในการเลือกกิจกรรมการรักษาดูแลต้องตระหนักในความเหมาะสมตามลักษณะผู้รับบริการและครอบครัว อาทิเช่น ความพร้อมทางด้านความคิด ความเชื่อ จุดมุ่งหมาย และแหล่งประโยชน์

3) การดูแลต่อเนื่อง

การประสานงานของทีมสหสาขาที่จะดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง ในการดูแลผู้รับบริการ การดูแลต่อเนื่องจะต้องอาศัยระบบที่มีการทำงานเป็นทีม มีการวางแผน จัดตารางแผนการติดตามเยี่ยมรับบริการ



4) เครือข่ายการส่งต่อ

การประสานงานและสื่อสารในกลุ่มทีมสุขภาพทั้งข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและการจัดการตนเอง ที่ต้องอาศัยระบบการติดตามรายบุคคล ระบบเฝ้าระวังการส่งต่อการรักษาที่ไม่สมบูรณ์ และระบบติดตามให้เกิดความแน่ใจว่าการส่งต่อมีความครบถ้วนสมบูรณ์

5) ทีมดูแลผู้รับบริการ

เป็นทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร นักสังคม อาสาสมัครชุมชน) ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้รับบริการ

6) การอบรมสมาชิกเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง

โอกาสที่สมาชิกในทีมสุขภาพที่จะเพิ่มเติมความรู้ และทักษะในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพความซับซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันเลือดสูง และองค์ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะการสื่อสารแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทักษะการพูดจูงใจ ทักษะการกระตุ้นการวิเคราะห์ปัญหาและทางแก้ไข และทักษะการทำงานเป็นทีม องค์กรสามารถสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง การอบรมสมาชิกในทีมทุกคน และประเมินและติดตามสมรรถนะของสมาชิกในทีมดูแล และมีการให้แรงกระตุ้น หรือจูงใจให้เกิดการพัฒนาทักษะและเทคนิคใหม่ๆ ในการดูแล

7) การผสมผสานการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลผู้รับบริการตามปกติ

การผสมผสานการสนับสนุนการจัดการตนเองให้เป็นการดูแลพื้นฐานตามปกติทางคลินิก สำหรับทุกสถานการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่มีโรคเรื้อรัง

8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการมีส่วนในการวางแผนและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในกระบวนการดังกล่าวผู้รับบริการจะเป็นบุคคลสำคัญของทีมดูแลและสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่จะใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเอง โดยทีมผู้ดูแลต้องมั่นใจว่าความคิดเห็น ความเชื่อของผู้รับบริการเป็นข้อมูลที่ผู้ให้บริการนำมาเป็นแนวทางในการตัดสินใจทางคลินิก และระบบการดูแลมีการติดตามเป็นระยะ โดยอาศัยกระบวนการทำกลุ่ม การสำรวจ หรือ กล้องการเสนอแนะบริการ



9) ระบบข้อมูลเอกสารของการให้บริการสนับสนุนการจัดการตนเอง :

เป็นกระบวนการการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ในเรื่องเป้าหมายการจัดการตนเอง ความก้าวหน้าและการเฝ้าระวังของผู้รับบริการในการจัดการตนเอง

10) ความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ :

กระบวนการที่ใช้ข้อมูลในการกำหนดแนวโน้ม พัฒนาการให้การดูแล และการวัด ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยมีขั้นตอนการทำงานที่ทำไปประเมินผลไป และปรับแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ เช่น กระบวนการ plan→do→study→act

11) การเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์ในชุมชน :

แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นการบริการ หรือลักษณะสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการจัดการตนเอง เช่น ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งการออกกำลังกาย การเลือกซื้ออาหารสุขภาพ เป็นต้น

12) การสนับสนุนทางสังคม :

การช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งจากคนใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือจากชุมชน เช่น คนในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมอาจมีในหลายรูปแบบ เช่น การเป็นที่ปรึกษา การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม การให้ข้อมูลหรือแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น

13) ทักษะในการแก้ปัญหา :

บุคคลที่สามารถเรียนรู้และเลือกทางปฏิบัติที่จะเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้เกิดการจัดการภาวะเจ็บป่วย/สุขภาพได้ดี กระบวนการประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค จำแนกทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ เลือกและลงมือปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาคือดีที่สุดที่เลือกได้ ประเมินผลการแก้ปัญหา และวางแผนการก้าวต่อไปข้างหน้า



14) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย

กระบวนการที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทำงานร่วมกันในการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการ และหาข้อตกลงในการวางแผนการเริ่มปฏิบัติการ เป้าหมายที่ดี ควรเป็นเป้าหมายที่ฉลาดเจียบแหลม (SMART) S = specific คือความจำเพาะ M = Measurable คือ ต้องวัดประเมินได้ A = Action-oriented คือ เป็นเป้าที่มุ่งการปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม R= Realistic คือ เป็นเป้าที่สามารถบรรลุได้ในสถานการณ์จริง T = Time-limited คือ มีการกำกับเวลาที่ชัดเจนว่าต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งเมื่อไร

15) การให้คำปรึกษาเพื่อการจัดการตนเอง

เป็นกระบวนการต่อเนื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ การทำงานร่วมกัน ของการให้ข้อมูลและคำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความสามารถจัดการภาวะสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตนเองได้สำเร็จทุกๆ ที่มีโรคเรื้อรัง

16) การประเมินผู้รับบริการรายบุคคลเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเอง

กระบวนการประเมินความต้องการความรู้ อุปสรรค ทักษะการจัดการตนเอง ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่งประโยชน์ของการที่จะจัดการตนเองในแต่ละบุคคล



กรอบแนวคิด

การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการให้การดูแลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือ ในการดูแลระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ที่จะก่อให้เกิดความสามารถในการ จัดการภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดสุขภาวะและมีความเป็นอยู่แบบมีคุณภาพชีวิต การดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะเปลี่ยนวิธีการให้การดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกสู่การเป็นโค้ช ให้กับผู้รับบริการ โดยการผสานการดูแลดังกล่าวเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกในงานประจำแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลาง

การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตกับสภาพการเจ็บป่วย ด้วยการพัฒนาความสามารถและความมั่นใจในการจัดการทั้งทางด้านการรักษา และพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นการเตรียมผู้รับบริการให้เข้าใจบทบาทในกระบวนการรักษา และร่วมมือในการ ตั้งเป้าหมายที่มีคุณค่า และอยู่ในขีดความสามารถของตนเองที่จะกระทำให้สำเร็จได้ และช่วยพัฒนาทักษะ ที่จำเป็นตามความต้องการของผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรม⁵⁻¹⁰ พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญของระบบ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

- 1) มีการจัดการระบบแบบ top down โดยการดำเนินการควรกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล จังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ชัดเจนในการให้บริการแบบสนับสนุน ให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังได้
- 2) ควรเป็นการทำงานของทีมสหสาขา ที่มีทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงและความรู้ทางพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบที่ชัดเจน
- 3) มาตรการแทรกแซงจะต้องดำเนินงานผสมผสานอยู่ในการดูแลทางคลินิกตามปกติ ตามระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในระบบผู้รับบริการในผู้รับบริการที่มาติดตามการรักษาที่คลินิก หรือในชุมชน
- 4) มีระบบการประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญในการสนับสนุน ให้บุคคลสามารถจัดการตนเองในการดูแลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังได้ โดยจัดระบบข้อมูล การประเมิน ผลรวมของการตอบสนองทางชีวภาพ อิทธิพลทางสังคม ประสบการณ์การอยู่กับโรค แรงจูงใจ และอุปสรรคที่จะเกิด และการควบคุมตนเอง ของแต่ละบุคคล
- 5) กิจกรรมในมาตรการแทรกแซงพัฒนาอย่างเป็นระบบจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย และประสบการณ์การเรียนรู้ของทีมงาน
- 6) การจัดทำมาตรการแทรกแซง ควรผสมความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ควรเป็น กับการพัฒนา กระบวนการคิด ในการระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจของบุคคลในด้านผลดีและ ผลเสียจากการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และทักษะการแก้ไขปัญหา โดยใช้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพแบบมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นโปรแกรมควรเน้น ความเข้าใจในประสบการณ์ การรับรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม ของผู้รับบริการ และให้ผู้รับบริการเป็นผู้เลือกวิธีการปฏิบัติและตั้งจุดมุ่งหมายด้วยตนเอง



ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะถือหลักการเคารพต่อความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิส่วนบุคคล วิธีทาง การแก้ปัญหา และการเลือกดำเนินตามลัทธิชีวิต

- 7) มีการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการโดยการ สื่อสารบนข้อมูลเพิ่มประวัติ ที่ส่งต่อกันอย่างเป็นระบบ
- 8) มีการประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความยั่งยืน จากระดับบุคคล ครอบครัว และ เครือข่าย
- 9) เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกภาคส่วนจำเป็นต้องได้รับการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ แบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่เป็นระบบและมุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเสี่ยง/ผู้รับบริการ ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม และต้องมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับความซับซ้อน ของโรคเรื้อรังในสถานการณ์ปัจจุบัน
- 10) ผู้ดำเนินโครงการควรเป็นพยาบาลหรือนุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมดังกล่าว ในข้อหนึ่ง และมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้จัดการรายบุคคลให้ชัดเจน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับความต้องการของทีมสุขภาพและผู้รับบริการในพื้นที่นำร่อง นำสู่การ วางระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ดังรูปที่ 1 โดยระบบจะประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1. ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยปัจจัยขององค์กร (โรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ) ระบบ การส่งต่อ และระบบปฏิบัติการ
2. กระบวนการ เป็นกระบวนการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองเข้าสู่การปฏิบัติปกติ การพัฒนาเครือข่ายการดูแล และการส่งต่อ รวมทั้งการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ กับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และปฏิสัมพันธ์ที่กระตุ้นให้เกิดการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค/ ความก้าวหน้าของโรค
3. ผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผลลัพธ์ขององค์กร ผลลัพธ์ของผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ของ ผู้รับบริการ



องค์กรสนับสนุนการจัดการตนเอง

1. กำหนดในวิสัยทัศน์และพันธกิจ
2. ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละระดับ
3. มีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐานและทันสมัย
4. การจัดสรรงบประมาณ

ระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

1. ระบบการส่งต่อด้วยระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก
2. การเชื่อมโยงแหล่งประโยชน์

ปฏิบัติการการสนับสนุน

1. ระบบนัดหมาย
2. ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ
3. เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม
4. ศูนย์/ทีมการสนับสนุนการจัดการตนเอง
5. คู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเองตามมาตรฐานกำหนด

1. การจัดการระบบแบบ Top down
2. การประเมิน และตรวจสอบเป็นระยะ
3. ปฏิบัติตามกรอบหน้าที่ และแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด
4. การพัฒนาสมรรถนะของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
5. กำหนดค่าใช้จ่ายลงในระบบ

1. ร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ
2. ประเมินผลการติดตาม ย้อนกลับ
3. การเชื่อมโยงระบบข้อมูลการจัดการตนเองทุกระดับ
4. วางระบบการส่งต่อจากรพ. สู่บ้าน
5. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน

1. การจัดทำเอกสารบันทึกการดูแล และการติดตาม
2. การดูแลต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการ การวางแผน การปฏิบัติ การเรียนรู้ และติดตามอย่างเป็นระบบ
3. การดูแลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางคลินิก
4. กำหนดตัวชี้วัด และติดตามการดำเนินการ

องค์กร

1. การปฏิบัติตามแผนงาน
2. สมรรถนะและความรับผิดชอบของทีม
3. ความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูลการสนับสนุนการจัดการตนเอง
4. ความคุ้มค่า

ผู้รับบริการ/กลุ่มเสี่ยง

1. การปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรค/การป้องกันโรค
2. สิทธิของผู้รับบริการและทักษะการจัดการตนเอง
3. ดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้รับบริการ
4. ความพึงพอใจในบริการ

บุคลากร

1. สมรรถนะ ในการดูแลและการประสานงาน
2. คุณภาพการดูแล
3. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยนำเข้า

กระบวนการ

ผลลัพธ์

คำชี้แจงการใช้แบบประเมินตนเอง

เครื่องมือนี้พัฒนาสำหรับผู้ที่อยู่ในสถานบริการทางสาธารณสุขระดับต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สนใจในการปรับปรุงคุณภาพการบริการในระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการให้บริการแบบทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขในสาขาต่างๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่บริหารส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ในการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Chronic Care Model โดยที่สมาชิกในทีมได้รับการฝึกฝนที่หลากหลายและมีกรอบการทำงานที่เหมาะสมตามสาขาวิชาชีพ

การใช้เครื่องมือนี้มีประเด็นสำคัญในการใช้ดังนี้

- 1) ในการประเมินตนเอง ทีมควรมีการตกลงกรอบเวลาที่จะประเมินร่วมกัน และควรดำเนินการประเมินเป็นช่วงๆ (เช่น ทุก 3 เดือน หรือ ปีละ 2 ครั้ง) เหมือนเป็นการรวบรวมแนวทางการจัดการตนเองไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพ
- 2) สมาชิกแต่ละคนของทีมควรมีอิสระในการตอบแบบประเมิน เพื่อให้เกิดมุมมองอิสระและหลากหลาย
- 3) เมื่อสมาชิกทั้งหมดประเมินเรียบร้อยแล้ว ควรประชุมทีมเพื่ออภิปรายความแตกต่างระหว่างคะแนนของทีม ความแตกต่างของคะแนนเป็นโอกาสที่สำคัญสำหรับการอภิปรายที่นำไปสู่การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างสมาชิก หน้าที่ของสมาชิกในทีมและคุณภาพ การดูแล คุณค่าของเครื่องมือไม่ได้อยู่ที่ระดับคะแนนที่สมาชิกแต่ละคนให้ แต่อยู่ที่การนำ ผลคะแนนมาปรับปรุงกระบวนการซึ่งเริ่มจากการค้นพบความแตกต่าง หรือการปรับปรุงการ มอบหมายงาน

ลักษณะแบบประเมิน

เครื่องมือประเมินนี้ ประกอบด้วย 17 ลักษณะการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การสนับสนุนขององค์กร (6 ข้อ) และการสนับสนุนการปฏิบัติ (14 ข้อ) เครื่องมือประเมินกำหนดการตอบคำถามออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ องค์ประกอบที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร องค์ประกอบที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล โดยในองค์ประกอบที่ 2-3 แต่ละองค์ประกอบจะประกอบด้วย 2 ส่วน

- ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญ
- ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน



ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญจากสถานการณ์

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเอง สำหรับคำถามในส่วนที่ 2 การสรุปข้อมูลสำคัญ เป็นการสรุปภาพรวมของระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในองค์กรของท่าน การตอบเป็นการเขียนบรรยายสรุป สถานการณ์ ข้อมูล กิจกรรมที่ท่าน/หน่วยงานของท่านดำเนินการ การเขียนควรให้กระชับและ เป็นการสังเคราะห์ และสรุปใจความสำคัญของสิ่งที่ต้องการจะสื่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ควรสรุปใจความสำคัญของมาตรการหรือการปฏิบัติที่กำหนดในข้อคำถามให้ครบถ้วน
- 2) ต้องเป็นข้อความที่ผู้อ่านสามารถเข้าใจทันที โดยไม่ต้องไปเปิดหาเอกสารอ้างอิงอื่นๆ
- 3) แสดงความเชื่อมโยง ใน 3 ด้าน 1) เป้าหมายที่กำหนด 2) กระบวนการที่นำไปสู่การบรรลุความสำเร็จอย่างไร และ 3) ผลของงาน โดยการบอกเล่าความสำเร็จที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน

แนวทางการตอบแบบประเมินตนเองสำหรับคำถามในส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์การปฏิบัติงาน ในปัจจุบัน

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ที่ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด ไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกผิด เนื่องจากเป็นความรู้สึกต่อการให้ดูแลรักษาของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย X ใน ของช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด ดังตัวอย่าง

องค์ประกอบ (ด้าน)	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
1. การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยองค์กร					
วิสัยทัศน์ขององค์กรและภาพรวมในเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารองค์กร	ไม่ได้ระบุไว้	ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร แต่ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคลหรือแนวทางในการดำเนินงาน	ปรากฏอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร ผู้บริหารให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร แต่ยังไม่มีการจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน	เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและการบริหารจัดการจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ และมีการมอบหมายบุคลากรเฉพาะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดโครงการเป็นระยะ	เป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ได้รับการสนับสนุนทั้งทรัพยากรและมีบทบาทในการบริหารจัดการและการดำเนินงาน เป็นการดูแลปกติขององค์กรและมีการติดตามอย่างเป็นระบบ
					X



แบบประเมินการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้รับบริการโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง (สำหรับระดับปฏิบัติการ)

องค์ประกอบที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงให้ใส่เครื่องหมาย “X” ลงใน () และเติมคำลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษาและการอบรมที่ท่านได้รับล่าสุด
.....
4. ท่านปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
5. ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง

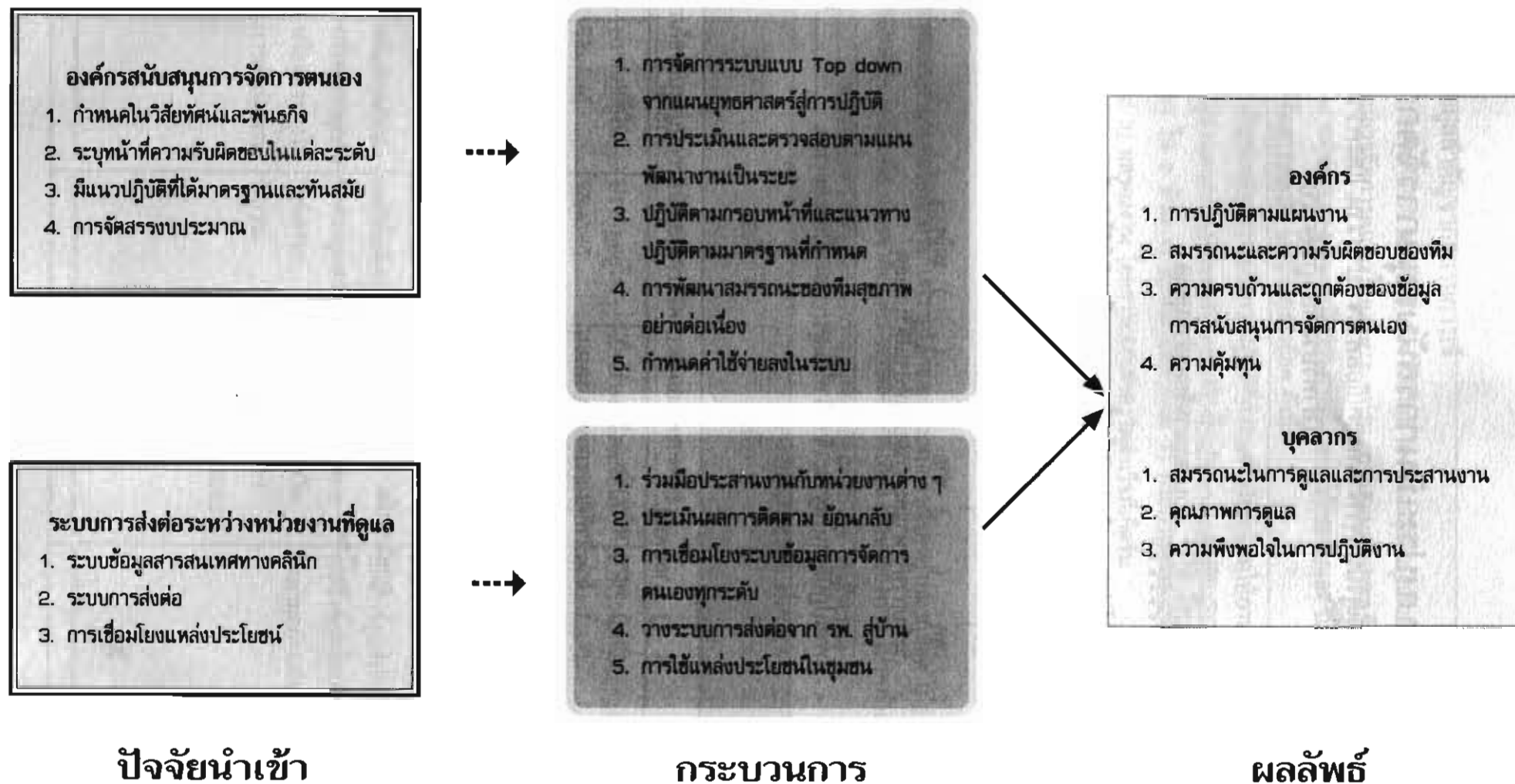
- () นายแพทย์.....ระดับ.....
- () พยาบาลวิชาชีพ.....ระดับ.....
- () เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ โปรดระบุ.....

สถานที่ทำงาน

- () สาธารณสุขจังหวัด
- () โรงพยาบาล.....ระดับ.....
- () สถานีอนามัย.....
- () หมู่บ้าน.....



องค์ประกอบที่ 2 : แบบประเมินการสนับสนุนขององค์กร



ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญขององค์กร

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ตามที่ท่านได้ปฏิบัติในการดูแลผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปีที่ผ่านมา

1. องค์กรที่ท่านปฏิบัติงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์/ยุทธศาสตร์แผนการดำเนินงานประจำปี เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่ อย่างไร? ในกรณีที่มีการกำหนด กรุณาอธิบายการดำเนินการที่ได้ปฏิบัติไปทั้งในเชิงกระบวนการที่ทำ (การกำหนดผู้รับผิดชอบ ขอบเขตงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ และการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการ) และผลของงานที่ผ่านมา

2. การดำเนินการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านได้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแล หรือไม่ อย่างไร (แสดงเป้าหมายของการพัฒนาเครือข่ายที่ใช้ กระบวนการการเชื่อมโยงเครือข่าย และผลของการเชื่อมโยงเครือข่ายที่เกิดขึ้น)



ส่วนที่ 2

1. การบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยองค์กร

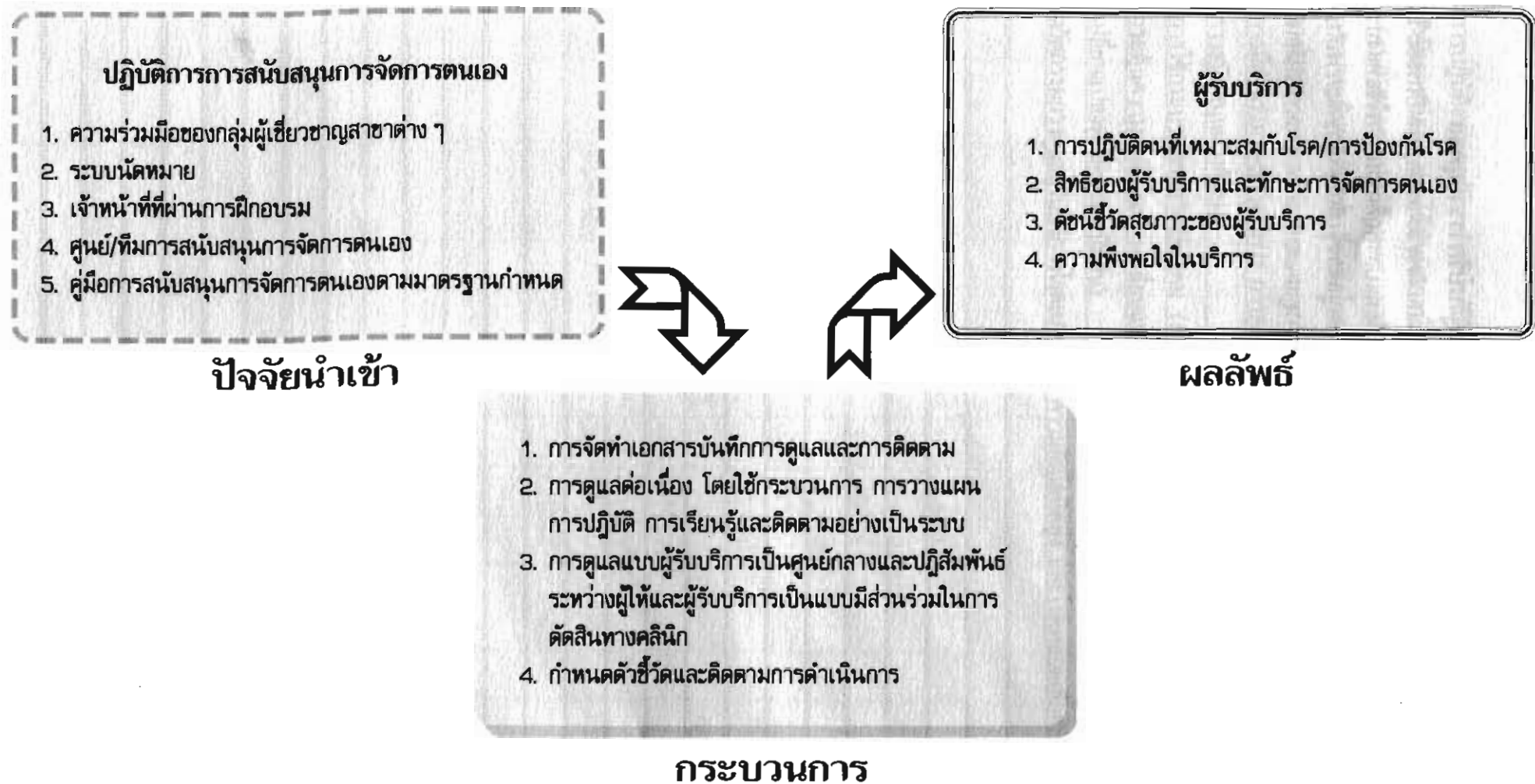
องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
หลักฐาน ขั้นพื้นฐาน ของแนว ปฏิบัติ	ไม่ได้จัดทำ	จัดทำโดย องค์กรแต่ไม่ได้ นำมาบูรณาการ กับระบบดูแล โดยตรง	จัดทำและได้รับ การช่วยเหลือ จากผู้ให้ความรู้ แต่ไม่ได้นำมา บูรณาการกับ ระบบดูแล โดยตรง	จัดทำและได้รับการ ช่วยเหลือจากผู้ เชี่ยวชาญและนำมา ใช้เป็นแนวทางการ ให้ความรู้ตามการ ดูแลทั่วไป	จัดทำและได้รับ การช่วยเหลือจาก ผู้เชี่ยวชาญจน ผู้ปฏิบัติสามารถ บูรณาการการดูแล เป็นแบบผู้รับ บริการเป็น ศูนย์กลางและ ผลสำเร็จการดำเนิน ชีวิตของผู้รับบริการ
ระบบ การดูแล ต่อเนื่อง	ยังไม่มีระบบ การส่งต่อ ที่ชัดเจนใน ทุกเครือข่าย	ยังจำกัด: ผู้รับบริการ บางคนมีการพบ ทีมผู้ดูแล วางแผนการพบ และให้การ ดูแลเพื่อการ สนับสนุนการ จัดการตนเอง เป็นประจำ โดย มีกำหนดเป็น มาตรฐาน	-ดูแลต่อเนื่อง จากสถานบริการ สู่บ้านโดยผ่าน การประเมิน ติดตามทุกเครือ ข่าย -กำหนดวางแผนการเยี่ยม ประจำกับ สมาชิกของทีมที่ เหมาะสม -ยังขาดการ ครอบคลุม และ การเชื่อมโยงการ ประเมินผล การดูแลใน แต่ละส่วน	-มีระบบสนับสนุน การดูแลจากสถาน บริการสู่บ้าน อย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการ ทั้งหมดพบกับ ผู้ให้บริการมากกว่า 50% -กำหนดวางแผน การเยี่ยม ติดตาม และติดตามผลการ เยี่ยมผู้รับบริการ ทั้งหมด	-มีระบบการ มอบหมายผู้รับ บริการให้แก่ทีม ผู้ดูแล -มีการกำหนดการ เยี่ยม การติดตาม การรักษาและ ภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการ -ครอบคลุมการ ดูแลต่อเนื่องใน ผู้รับบริการได้ มากกว่า 80%



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
2. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ					
ระบบข้อมูล เอกสารของ การให้บริการ สนับสนุนการ จัดการตนเอง	ไม่ได้ ดำเนินการ อย่างเป็น ระบบ และยัง ไม่ได้ปฏิบัติ	มีข้อจำกัด เพราะการส่งต่อ ข้อมูลยังไม่เป็น ระบบและอยู่กับ ผู้รับบริการ	ร่วมมือ ประสานงานกับ บุคลากรเฉพาะ ส่วนที่เกี่ยวข้อง การประสาน ระดับองค์กรอยู่ ในชั้นกำหนด นโยบาย	ร่วมมือประสานงาน กับคณะบุคคลหรือ หน่วยงานที่มีความ รับผิดชอบแต่ยังไม่มี การประเมินผล การติดตามและ ตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล อย่างเป็นระบบ	ร่วมมือ ประสานงาน เป็นอย่างดีระหว่าง องค์กร หน่วยงาน บริการชุมชนและ ผู้รับบริการและ มีการประเมิน ผลการติดตามและ ตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล ย้อนกลับอย่างเป็น ระบบและต่อเนื่อง
เชื่อมโยง แหล่ง ประโยชน์ ต่างๆ	ไม่ได้ ดำเนินการ	มีแผนพับของ ข้อมูลการ ติดต่อสำหรับ ทรัพยากร ขององค์กร เท่านั้น ขาด การเชื่อมโยง กับชุมชนที่ เกี่ยวเนื่องกัน	มีแผนพับของ ข้อมูลการติดต่อ สำหรับ ทรัพยากรของ องค์กร แต่ถูก จำกัดรายการ หรือแผนพับของ ข้อมูลการติดต่อ สำหรับ ทรัพยากร ที่เกี่ยวข้องกัน	เกิดขึ้นผ่านระบบ อ้างอิง ทีมมีการ อภิปรายความ ต้องการของผู้รับ บริการ อุปสรรค และแหล่งทรัพยากร ก่อนทำการอ้างอิง	มีระบบอ้างอิงร่วม กัน การติดตาม ผลการอ้างอิง และ การสื่อสารระหว่าง การฝึกปฏิบัติ ต่างแหล่ง ทรัพยากร องค์กร และผู้รับบริการ



องค์ประกอบที่ 3 : แบบประเมินการสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล



ส่วนที่ 1 การสรุปข้อมูลสำคัญของการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล



1. ท่านดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่ใช้ในการประเมินและติดตามผลรายบุคคลเป็นระยะ ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง ทั้งลักษณะพฤติกรรม ทักษะและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะสนับสนุนการจัดการตนเอง หรือไม่ อย่างไร (แสดงข้อมูลต่างๆ ที่เก็บ ลักษณะการเก็บ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การใช้ข้อมูลมาเป็นแนวทางการให้การดูแลและการติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม)

x



2. ในการปฏิบัติงานดูแลผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อการสนับสนุนการจัดการตนเอง ท่านได้ดำเนินการในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ หรือไม่ อย่างไร (อธิบายรายละเอียดการดำเนินงาน ดัชนีชี้วัดผลการปฏิบัติ ระยะเวลาการติดตาม)

- 2.1. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจรายบุคคล
- 2.2. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ การดูแลแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- 2.3. การสนับสนุนทางสังคม
- 2.4. การใช้กระบวนการทางจิตสังคม (การสร้างเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเอง การจูงใจ การกระตุ้นความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การค้นหาประโยชน์และอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น)
- 2.5. นวัตกรรมการดูแลผู้รับบริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ



ส่วนที่ 3

การประเมินสถานการณ์การให้ดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ที่ตรงกับความรู้สึกและประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

ระบบปฏิบัติการการสนับสนุนการจัดการตนเอง					
องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
ระบบเอกสาร	ไม่มีระบบเอกสาร	- มีเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงแจ้งให้ผู้รับบริการ - เอกสารแยกออกจากแฟ้มข้อมูลทางคลินิกตามปกติ	- มีเอกสารการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตของผู้รับบริการแต่ละราย แต่ยังไม่ได้นำมาเป็นแนวทางการดูแลตามปกติทุกราย - เอกสารแยกออกจากแฟ้มข้อมูลทางคลินิกตามปกติ	- มีเอกสารการประเมินในระดับ 2 และติดตามผลทั้งหมดอยู่ในแบบฟอร์มมาตรฐานการดูแลตามปกติ - ข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงกับแผนการบำบัดรักษาและการติดตามผล	- มีระบบเอกสารการประเมินการให้การดูแล การติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองในผู้รับบริการแต่ละราย ในแบบฟอร์มมาตรฐาน - เชื่อมโยงระหว่างแผนการบำบัดรักษาของผู้รับบริการกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง
					



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การให้การสนับสนุนการดูแลให้เป็นมาตรฐาน	ไม่จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลให้ทีมผู้ดูแล	-จัดทำเอกสารมาตรฐานการดูแลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ -จัดให้มีการประชุมหรืออบรมที่เป็นประโยชน์จากผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ	-เอกสารมาตรฐานที่น่ามาใช้ในการดูแลตามปกติ -จัดอบรมให้บุคลากรในองค์กรมีทั้งความรู้และทักษะเฉพาะในการสื่อสารและพัฒนาศักยภาพผู้รับบริการในการจัดการตนเองตามมาตรฐาน	-จัดอบรมบุคลากรในองค์กรทุกระดับให้มีทั้งความรู้และทักษะเฉพาะตามมาตรฐาน -มีการทบทวนเป็นระยะๆ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริงให้สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการวางแผนในการแก้ปัญหาและกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติได้	-จัดให้บุคลากรในองค์กรที่มีทักษะเฉพาะเข้าร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรเป็นระยะ -กำหนดและดำเนินการทบทวนมาตรฐานเป็นระยะอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินมาตรฐานในการปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะๆ
การประเมินความต้องการเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้รับบริการในแต่ละรายบุคคล	ไม่ได้ทำ	-ยังไม่เป็นมาตรฐาน การประเมินยังไม่ทั่วถึง เลือกประเมินเฉพาะกลุ่ม -การประเมินยังไม่ทำสม่ำเสมอ -ยังไม่ครอบคลุมการประเมินบริบทของการจัดการตนเองส่วนใหญ่	-เป็นมาตรฐาน มีการคัดเลือกการประเมินเป็นกลุ่มตามความจำเป็นเร่งด่วนทางคลินิก -การประเมินครอบคลุมความต้องการความรู้ อุปสรรค ทักษะ ความชอบส่วนบุคคล รูปแบบการเรียนรู้ และแหล่งประโยชน์ -ยังขาดเอกสารบันทึกข้อมูล	-เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการอย่างยุติธรรม -มีเอกสารประกอบที่สำคัญที่กำหนดจุดประสงค์เบื้องต้นนำไปสู่เรื่องการประเมินความรู้ในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ พฤติกรรม ความเชื่อมั่น อุปสรรค ทริพยากร และความชอบการเรียนรู้	-เป็นมาตรฐาน ครอบคลุมผู้รับบริการและมีมีเอกสารประกอบ -เป็นการรวบรวมส่วนของการวางแผนการดูแลผู้รับบริการโรคเรื้อรัง และมีผลสรุปเป็นเอกสาร -ประเมินอย่างเป็นระบบ -ข้อมูลที่ประเมินได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลกับผู้รับบริการ



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การสื่อสาร โดยยึดผู้รับ บริการเป็น ศูนย์กลาง	ไม่ได้ปฏิบัติ อย่าง สม่ำเสมอ	เข้ารับการอบรม การสื่อสาร เฉพาะแต่ยังไม่ สามารถนำ มาใช้ในการ ดูแลตามปกติ	เข้าอบรมและมี การพัฒนาทักษะ ในการสื่อสารใน การดูแลผู้รับ บริการตาม ปกติในบาง โอกาส	- เข้าอบรมและมี การพัฒนาทักษะ ในการสื่อสาร ในการดูแล ผู้รับบริการ ตามปกติ - ยังขาดการ ประเมินผล การดูแลอย่างเป็นระบบ	- เข้าอบรมและมี การพัฒนาทักษะ ในการสื่อสาร ในการดูแลผู้รับ บริการตามปกติ อย่างต่อเนื่อง - มีเอกสารการ ประเมินความ คิดเห็นของผู้รับ บริการในการดูแล โดยยึดผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางใน การดูแลตามปกติ สม่ำเสมอ และ ครอบคลุมการดูแล อย่างน้อย 80%
การดูแลเพื่อ ส่งเสริมความ เชื่อมั่นใน สมรรถนะ ตนเองเพื่อ การจัดการ ตนเองของผู้รับ บริการ	ไม่ได้ปฏิบัติ อย่าง สม่ำเสมอ	มีการกำหนด แนวทางการ แก้ไขปัญหา/ อุปสรรคการ จัดการตนเอง ในรายที่เป็น ปัญหาเป็น ลายลักษณ์- อักษร	มีการประเมิน ปัญหาในการ จัดการตนเองและ ความเชื่อมั่นใน สมรรถนะตนเอง เพื่อการจัดการ ตนเองของผู้รับ บริการ เพื่อนำมา กำหนดแนวทาง การแก้ไขใน แต่ละราย น้อยกว่า 50%	มีการประเมิน ปัญหาในการ จัดการตนเอง และความเชื่อมั่น สมรรถนะตนเอง ในการจัดการ ตนเองของผู้รับ บริการ เพื่อนำมา กำหนดแนวทาง การดูแลในแต่ละ ราย น้อยกว่า 80%	มีการประเมิน ปัญหาในการ จัดการตนเองและ ความเชื่อมั่น สมรรถนะตนเอง ในการจัดการ ตนเองของผู้รับ บริการ เพื่อนำมา กำหนดแนวทาง การจัดการตนเอง ในแต่ละราย อย่าง น้อย 80%



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การสนับสนุนทางสังคม	ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	จัดให้เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้รับบริการและครอบครัวที่มีปัญหาเฉพาะราย	จัดโครงการให้มีกลุ่มเพื่อนและการเข้ากลุ่ม รวมทั้งจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษาตามโอกาสและงบประมาณ	กำหนดไว้อย่างเป็นระบบให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในเรื่องการจัดกลุ่มเพื่อน การเข้ากลุ่มและการจัดโปรแกรมเพื่อให้คำปรึกษา	กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและให้ปฏิบัติเป็นหน้าที่ประจำในการให้คำปรึกษา และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ
การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง	ไม่สามารถจัดได้	สนับสนุนโดยการแจกเอกสารให้คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ	จัดเป็นโครงการ เช่น การเข้าค่าย การจัดนัดพบกลุ่มผู้รับบริการเป็นระยะ แต่ยัง ไม่เข้าสูการดูแลตามปกติ	มีความพร้อมและมั่นใจในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการน้อยกว่า 80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำแต่ยังขาดระบบการติดตามในระยะยาว	มีความพร้อมและมั่นใจในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการมากกว่า 80% และถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำและมีการติดตามอย่างน้อยหลังการดูแลมากกว่า 6 เดือน
มีผู้ชำนาญพิเศษด้านการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการเบื้องต้น	ไม่มี	เบื้องต้นจัดให้กับผู้รับบริการเดิมที่ส่งตัวมารับบริการ	จัดโดยให้ผู้บริหารส่งเสริมความสามารถในการกำหนดภาพรวมของระบบไปสู่แนวปฏิบัติของงานประจำ	มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในด้านการบริหารและจัดการฝึกอบรมคณะทำงาน	มีผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการปรับปรุงการดูแลผู้รับบริการ



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การพัฒนา คุณภาพการ ดูแลการ สนับสนุนการ จัดการตนเอง	ไม่มี	มีการจัดวาง ระบบข้อมูลให้ ผู้ดูแลในทีม สามารถเข้าถึง แต่ยังไม่มีการ ควบคุมคุณภาพ การดูแลในการ ปฏิบัติงาน ตามปกติ	มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง โดยทีมผู้รับ ผิดชอบ แต่ยัง ไม่สามารถตรวจ สอบคุณภาพ อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ว่าได้ ตามเป้าหมายใน ระยะสั้นและยาว อย่างไร และการ พัฒนาคุณภาพ เป็นเฉพาะ ภาคส่วน	มีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง โดยทีม ผู้รับผิดชอบ จัดทำ ระบบการตรวจสอบ คุณภาพเพื่อ ประเมินแนวโน้ม และความสำเร็จ ตามเป้าหมาย ในภาพรวมของ การดูแล แต่ยังไม่ มีระบบการติดตาม รายบุคคลว่าได้ตาม เป้าหมายในระยะ สั้นและยาวอย่างไร	มีการจัดทำ ทะเบียนผู้รับ บริการที่สามารถ เข้าถึงและประเมิน ดัชนีชี้วัดคุณภาพได้ ทั้งในระยะสั้นและ ระยะยาว พร้อมมี การตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของ คุณภาพเป็นระยะ ด้วยวิธีการที่เป็น มาตรฐานและมี การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ในกลุ่มที่ ปฏิบัติงานอย่าง สม่ำเสมอ
การให้ข้อมูล ผู้รับบริการ เกี่ยวกับแนว ทางปฏิบัติใน การดูแล ตนเอง	ไม่ได้ทำ แนวทาง ปฏิบัติ	จะทำเมื่อมีการ กำหนดจากทีม บริหารหรือจัด ทำผ่านระบบ สารสนเทศ	จัดทำแบบเป็น กลุ่ม โดยการให้ ความรู้และ ฝึกทักษะ ตาม ตารางที่ผู้ให้บริการ กำหนด	จัดทำสื่อให้ ความรู้แก่ผู้รับ บริการ เฉพาะ ในการแนะแนว ปฏิบัติแต่ละครั้ง จัดเป็นทางเลือก ให้แก่ผู้รับบริการ ที่มีความสนใจ	มีการพัฒนาสื่อ พิเศษสำหรับผู้รับ บริการ ซึ่งกำหนด บทบาทและแนว ทางปฏิบัติที่ ประสบความสำเร็จ ใช้สำหรับผู้รับ บริการทุกคนรวม ทั้งมีการประเมิน ผลอย่างสม่ำเสมอ และมีการสอด แทรกเรื่องวิธี ป้องกันและ สนับสนุนให้ผู้รับ บริการใส่ใจในการ ดูแลตนเอง



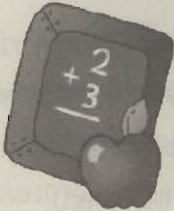
องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การติดตาม ผลและแผน การเยี่ยม ผู้รับบริการ	ไม่ใช่	ไม่มีแนวทาง ปฏิบัติขึ้นกับ ผู้จัดโครงการ/ ทีมผู้ดูแลเป็นผู้กำหนด	กำหนดตาราง กิจกรรมการ สนับสนุนการ จัดการตนเอง ตามแนวปฏิบัติ แต่ปฏิบัติเป็น บางโอกาส เฉพาะผู้รับ บริการที่มีปัญหา	มีคณะทำงานที่ ปฏิบัติงานอย่าง ยืดหยุ่นและปรับ เปลี่ยนรูปแบบ การนัด โดย คำนึงถึงประโยชน์ และบริบทของ ผู้รับบริการ	จัดตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ด้วยวิธีการที่ หลากหลาย (โทรศัพท์ จดหมาย การเยี่ยมบ้าน) และมีการ ติดตามผล ในระยะยาว
ความต่อเนื่อง	ไม่มีการจัด การเชื่อมโยง งานที่เกี่ยวข้อง	ไม่มีเอกสาร กำหนดการ เชื่อมโยง แต่ มีการติดต่อ สื่อสารของ เจ้าหน้าที่ แต่ละบุคคล ในกลุ่มทีม ผู้ดูแลและ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	มีการวางระบบ การประสานงาน ระหว่างทีมผู้ดูแล และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องแต่ยังไม่มี ข้อกำหนดชัดเจน ในการปฏิบัติ	มีการจัดลำดับ การทำงาน ระหว่างผู้ให้การ ดูแลเบื้องต้นกับ แพทย์เฉพาะทาง และบุคคลอื่นที่ เกี่ยวข้องแต่ยังไม่ เข้าสู่การดำเนิน การที่เป็นระบบ ในระบบการดูแล ตามปกติ	มีการจัดลำดับ งานชัดเจนในการ เชื่อมโยงการดูแล และมีความ ร่วมมือระหว่าง ผู้ดูแลเบื้องต้น แพทย์เฉพาะทาง และกลุ่มบุคคลอื่น ที่เกี่ยวข้องใน การสนับสนุน การจัดการตนเอง อย่างมี ประสิทธิภาพ



องค์ประกอบ	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการ	ไม่ได้จัดทำ	มีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับชื่อ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลการติดต่อที่มีการระบุเวลาติดต่อครั้งสุดท้าย ทั้งที่เป็นเอกสาร และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์	มีการใช้แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง แต่ยังไม่มีการประเมินบริบทเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการพัฒนาสมรรถนะผู้รับบริการในการจัดการตนเอง	มีการประเมินอย่างเป็นระบบและมี การจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้รับบริการ	จัดทำระบบข้อมูลผู้รับบริการเพื่อใช้ในการประมวลกิจกรรมต่างๆ ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการในการพบผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ที่ผสานกับระบบการดูแลตามปกติและมีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ความยั่งยืน	ยังไม่มี การประเมินผลในระยะยาว	- มีนโยบายเริ่มต้นดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง - ยังไม่ติดตามประเมินผลระยะยาว	- มีแผนดำเนินงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับ การพัฒนา ศักยภาพ - สม่่าเสมอ - การจัดบริการเป็นไปตามนโยบายเป็นครั้งๆ ไป การติดตามประเมินผลน้อยกว่า 6 เดือน	- การบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลตามปกติ ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ไม่น้อยกว่า 80% แต่เป็นผลการดำเนินงานระยะสั้น 3-6 เดือน อย่างเป็นระบบ	- การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นงานประจำที่ปฏิบัติ และมีการประเมินผู้รับบริการเป็นระยะ - ผลการประเมินเกิดประสิทธิภาพของตัวชี้วัดมากกว่า 80% ตามการประเมิน ความรู้ พฤติกรรม และ สุขภาวะ และองค์กร - ยังมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 80% - ผู้รับบริการมากกว่า 80% สามารถเข้าถึงแหล่งการพัฒนาการจัดการตนเองได้



ในภาพรวม ผลการปฏิบัติงานสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับพฤติกรรมเหล่านี้ อยู่ในระดับใด

	ยังไม่ทำ / ยังไม่ประเมินผล การดำเนินการ	ผลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ เปรียบเทียบก่อนและ หลังโครงการ น้อยกว่า 3 เดือน	เกิดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้น้อยกว่า 50% จากการ ติดตาม 3- 6 เดือน	เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ 50-70% จากการ ติดตาม 3- 6 เดือน	เกิดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้มากกว่า 70% จากการ ติดตามนานกว่า 6 เดือน
บุหรี	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การเคลื่อนไหว ออกแรง / ออกกำลังกาย	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การบริโภค อาหาร	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การปฏิบัติตาม แผนการรักษา	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
การจัดการ ความเครียด	ระดับ 0	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4





ในแต่ละระดับคะแนนเป็นความคิดส่วนตัว ท่านสามารถปรับคะแนนของท่านเพิ่มหรือลด ขึ้นอยู่กับว่าตรงกับเกณฑ์ของท่านเท่าไร และสอดคล้องกับท่านเท่าไร หลังจากสมาชิกของทีมตอบความคิดเห็นของแต่ละคนเรียบร้อยแล้ว ให้ดำเนินการรวบรวมคะแนนจากทุกคำตอบ และคำนวณคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยนำมาเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (อาจจะเขียนคะแนนของแต่ละคำถามบนกระดานหรือ flip chart)

ความเข้าใจ และเหตุผลที่ให้คะแนน โดยไม่ควรให้ความสนใจหรือตัดสินว่าใครถูกใครผิด แต่ให้สนใจว่าทำไมจึงมีการให้คะแนนแตกต่างกัน และให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม หรือผลลัพธ์ที่ได้ดำเนินการมาแล้วที่เป็นเหตุผลของการเลือกอันดับคะแนน หลังจากนั้นให้กลุ่มร่วมกันตอบคำถาม 5 ข้อ ในกระดาษเปล่าที่แจกให้ ตามที่ทีมเห็นว่าสามารถนำไปวางแผนสู่ระดับที่สูงกว่าได้

การสนับสนุนขององค์กร

คะแนนรวม.....คะแนน คะแนนเฉลี่ย.....คะแนน

การสนับสนุนการดูแลผู้รับบริการรายบุคคล

คะแนนรวม.....คะแนน คะแนนเฉลี่ย.....คะแนน

การให้ระดับ มี 5 ระดับ : ดังนี้

- ระดับที่ 1 การดำเนินการน้อยมาก คะแนนเฉลี่ย 0 - 0.49
- ระดับที่ 2 การดำเนินการมีเพียงบางส่วน คะแนนเฉลี่ย 1.5 - 2.49
- ระดับที่ 4 การดำเนินการมีการเชื่อมโยงเข้าสู่การดูแลตามปกติบางส่วน คะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.49
- ระดับที่ 5 มีระบบที่สมบูรณ์แข็งแกร่งผลสานการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบ คะแนนเฉลี่ย 3.5 - 4.0



การวางแผนดำเนินการ

เมื่อได้ข้อสรุปการประเมินตนเองที่เป็นความคิดเห็นของกลุ่มแล้ว ท่านคิดว่าองค์กรของท่านจะกำหนดแนวทางการพัฒนาในการดำเนินการระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ท่านสามารถใช้แนวคำถามในการพูดคุยดังตัวอย่างคำถามต่อไปนี้ แนวทางคำถามเป็นแนวทางการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นอยู่และสิ่งที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการ กระบวนการที่จะปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและการมองอุปสรรคที่อาจขัดขวางองค์กรของท่านสู่การบรรลุเป้าหมาย และการประเมินประสิทธิผลของการลงทุนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ท่านจะดำเนินการในผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมายของท่าน

คำถามในการประชุมกลุ่ม :

- 1) ท่านคิดว่าองค์กรของท่านควรดำเนินการพัฒนาอะไรเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการสามารถจัดการตนเองได้ (กลุ่มอาจสรุปสิ่งที่ต้องทำออกเป็นหลายประเด็น ขอให้ดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นดังกล่าวเพื่อเป็นแนวทางการวางแผนพัฒนา

ประเด็นการพัฒนา	เป้าหมาย
จัดลำดับความสำคัญ	(ควรเฉพาะกับปัญหา วัดประเมินได้ เห็นแนวทางการปฏิบัติ บรรลุเป้าได้ในความเป็นจริง กำหนดระยะเวลา)

- 2) ขั้นตอนที่จะนำพาท่านไปสู่เป้าหมาย ประกอบด้วยอะไรบ้าง
- 3) อะไรที่จะช่วยให้ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายในข้อ 1 ได้
- 4) อะไรที่จะเป็นอุปสรรคทำให้ท่านไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในข้อ 1 ได้
- 5) อะไรคือผลลัพธ์ที่ท่านต้องการเห็นจากการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bonomi AE., Wagner EH., et al.. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Service Research. 2002; 37(3): 791-820.
2. Brownson CA, Miller D, Crespo R, Neuner S, Thompson JC, Wall JC, Emont S, Fazzone P, Fisher EB, Glasgow RE. Development and Use of a Quality Improvement Tool to Assess Self-Management Support in Primary Care. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2007; 33(7): 408-16.
3. Shetty G, Brownson CA. Characteristics of Organizational Resources and Supports for Self Management in Primary Care. The Diabetes Educator. 2007; 33(Suppl 6): 185 -192.
4. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: The chronic illness resources survey. Journal of Behavioral Medicine. 2000; 23(6): 559-83.
5. Glasgow RE, Toobert DJ, Barrera M, Jr., Strycker LA. Assessment of problem-solving: a key to successful diabetes self-management. Journal of Behavioral Medicine. 2004; 27(5): 477-90.
6. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease - A systematic review and methodological critique of the literature. Archives of Internal Medicine. 2004; 164(15): 1641-9.
7. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care. 2001; 24: 561-87.
8. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annals Of Behavioral Medicine: A Publication of The Society of Behavioral Medicine. 2003; 26(1): 1-7.
9. Lenz M, Steckelberg A, Richter B, M?hlhauser I. Meta-analysis does not allow appraisal of complex interventions in diabetes and hypertension self-management: a methodological review. Diabetologia. 2007; 50(7): 1375-83.
10. Leeman J. Interventions to Improve Diabetes Self-management: Utility and Relevance for Practice. The Diabetes Educator. 2006; 32: 571.



ทีมวิจัย

ผศ.ดร.นภาพร วาณิชยกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
พญ.นายศรี สุพรศิลป์ชัย	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
พญ.สุภัตรา ศรีวณิชชากร	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ศ.พญ.วรรณิ นิธิยานันท์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ.ณภาพุฒ โรจนสุภัก	สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



เครื่องมือประเมิน

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง



พจนานุกรม ๑๖๖ ปี สุขภาพหัวใจ



00002328

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พรส.)

เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข