

Self Management Support

Kanchana Piboon, PhD

Faculty of Public Health , Burapha University

Objectives

- * สามารถอธิบายหลักการและแนวคิดที่สำคัญของการจัดการตนเองและการสนับสนุนการจัดการตนเองได้
- * สามารถบอกกลยุทธ์ เครื่องมือ และแหล่งสนับสนุน ที่เกี่ยวข้องในการดูแลโรคเรื้อรังของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้
- * สามารถอธิบายกลยุทธ์ที่นำไปใช้ในการปรับรูปแบบการดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำ การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการให้บริการ

Self Management

“The individual’s ability to manage the symptoms, treatment, physical and social consequences and lifestyle changes inherent in living with a chronic condition.”

Barlow et al, 2002;48:177

Self Management

** Self-management relates to the tasks that an individual must undertake to live well with one or more chronic conditions. These tasks include gaining confidence to deal **with medical management, role management, and emotional management.***

(Adams, Greiner, & Corrigan, 2004)

Self Management Skill

- ทักษะการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย: การรับประทานยา การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร
- ทักษะการจัดการบทบาทคือทักษะการดำเนินชีวิตปกติ : การทำงาน การไปวัด การไปพบปะเพื่อนญาติ การออกไปทำกิจกรรมทางสังคม
- การจัดการอารมณ์ : อารมณ์โกรธ ความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ญาติ ที่เปลี่ยนไป

(Corbin & Strauss, 1998; Bodenheimer et al, 2002; Lorig et al, 2006)

Self Management Tasks for Diabetes

- * **Blood glucose monitoring**
- * **Managing high/low blood sugars**
- * **Diet**
- * **Physical activity/exercise**
- * **Medication taking**
- * **Medical monitoring/visits**
- * **Coping with emotions**
- * **Foot care**
- * **Eye care**

Self Management Support

Institute of Medicine Definition:

“The *systematic* provision of education and supportive interventions to *increase patients’ skills and confidence in managing their health problems*, including regular assessment of progress and problems, goal setting, and problem-solving support.”

(IOM, 2003)

Self Management Support

The assistances caregivers give to patients with chronic disease in order to encourage daily decisions that improve health related behaviors and clinical outcomes

Aim: *To aid and inspire patient to become informed about their conditions and take an active role in their treatment*

(Bodenheimer, 2005)

Self Management Support

Self Management Support may be view in two ways

- * As a portfolio of *techniques and tools* that help patient choose health behaviors.
- * As a fundamental transformation of the patient-caregiver relationship in to a *collaborative partnership*

Self Management Support

A collaborative process to help patient to:

- * Understand
- * Choose among treatments
- * Identify and set goals
- * Adopt and change behaviors
- * Cope and overcome barriers
- * Follow-through



Self Management Support

Self Management Support is not

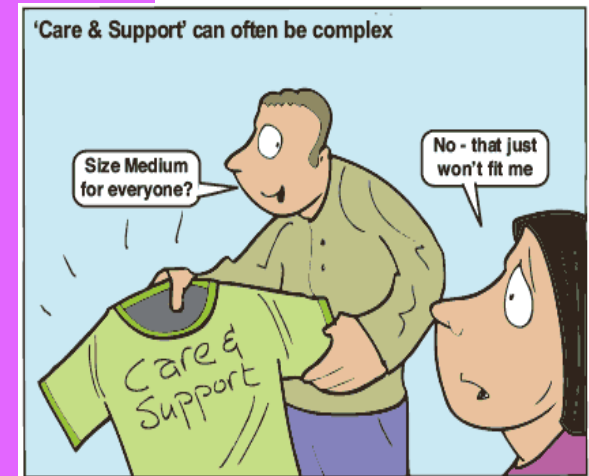
- **Didactic Patient Education**
- **Lecturing**
- **Inducing fear**
- **Finger-wagging**
- **“You should”**
- **Shaming**
- **Waiting for a patient to ask**



Outcomes of Self Management Support

Patients with chronic conditions are more:

- Aware and Informed
- Activated
- Empowered
- Confident they can self manage
- Partners with health care providers



Self Management Support: How Important ?

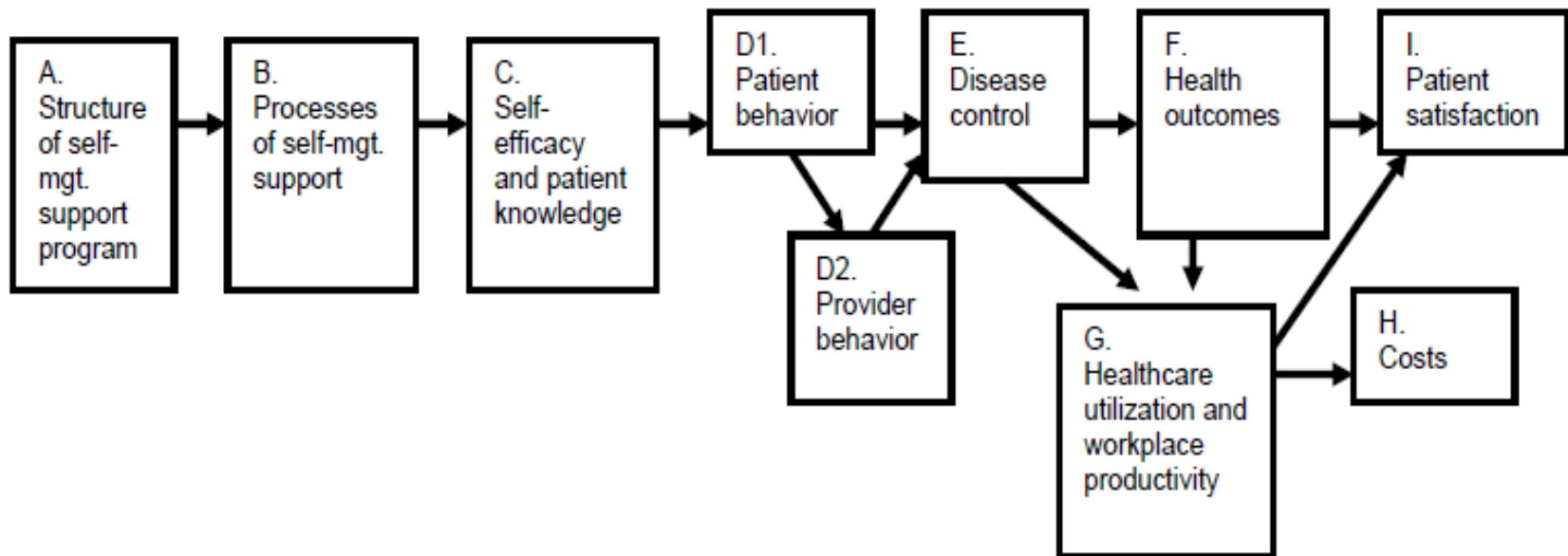
- ผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากร สหสาขาวิชาชีพ เป็น **ผู้เชี่ยวชาญด้านโรค ด้านการรักษา** แต่ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับ**ชีวิต** ของผู้ป่วยเอง
- จากบทบาทของผู้ให้บริการพยาบาล **เป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือผู้ป่วย** เป็น **บทบาทของการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย**

Self Management Support: How Important ?

- การสร้างแรงจูงใจอย่างเดียวก็น่าจะไม่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผู้ป่วย*ต้องการความมั่นใจและทักษะ*ในการจัดการตนเองซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพต้องเป็นแบบอย่างและพัฒนาให้ผู้ป่วย
- ผลลัพธ์ของการรักษาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (Bodenheimer et al., 2002)

Self Management Support: How Important ?

ลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล และ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ



Self Management Support: How Important ?

Traditional Care

- การมีความรู้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
- แพทย์เป็นเป็นผู้วางแผนการรักษา
- การตั้งเป้าหมายคือผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามการรักษา / แนะนำ
- การตัดสินใจต่าง ๆ ผู้ให้การรักษาเป็นผู้ตัดสินใจ

Collaborative Care

- การมีความรู้ และ ความมั่นใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง
- ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกที่จะรักษาแบบไหน จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไร
- การตั้งเป้าหมายเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- การตัดสินใจต่าง ๆ จะเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและ ผู้ให้การรักษา

(Bodenheimer et al, 2005)

Self Management Support : Key Components

- ***Core Clinical Competencies and Tools and Resources*** for Teams, Patients & Families
- ***System redesign*** to efficiently deliver SMS within the context and flow of clinical care
- ***Meaningful links*** to community resources and community-based programs and campaigns

Key Components

Core Clinical Competencies and Tools and Resources for Teams, Patients & Families

(New Health Partnerships: www.newhealthpartnerships.org)

Core Clinical Competencies:

สมรรถนะหลักทางคลินิก

- การสร้างสัมพันธ์ภาพ
- การสำรวจความต้องการความคาดหวัง ค่านิยมของผู้ป่วย
- การแชร์ข้อมูลร่วมกัน
- การตั้งเป้าหมายร่วมกัน
- การวางแผนปฏิบัติการ
- การจัดการอุปสรรค และการพัฒนาทักษะต่าง ๆ
- การนัดติดตาม

Core Clinical Competencies:

สมรรถนะทางคลินิก

- การสร้างสัมพันธภาพ
- การสำรวจความต้องการความคาดหวัง ค่านิยมของผู้ป่วย
- การแชร์ข้อมูลร่วมกัน
- การตั้งเป้าหมายร่วมกัน

Motivational interviewing :MI

(New Health Partnerships, 2007)

Motivational Interviewing

** A skillful clinical style for eliciting from patients their own motivation for making changes in the interest of their health”*

(Rollnick, Miller and Butler, Motivational Interviewing in Health Care, 2008)

MI Style

“ A refined form of *guiding* , rather than directing or following..... helping the patient make his or her own decision about behavior change”

(Rollnick, Miller and Butler, Motivational Interviewing in Health Care, 2008)

Self Management Support: 5 A's

ASSESS
*Knowledge
Beliefs,
Behavior,
Barriers,
Confidence*

ADVISE
*Provide personalized
information about
condition and
benefits of change*

ASSIST
*Use motivational
techniques
and teach
problem-solving*

AGREE
Collaborative goal and action plan

ARRANGE
Follow-up and resources

Assess

- * Knowledge
- * Skills
- * Importance
- * Confidence
- * Supports
- * Barriers
- * Risk Factors

Let's look at Importance and Confidence

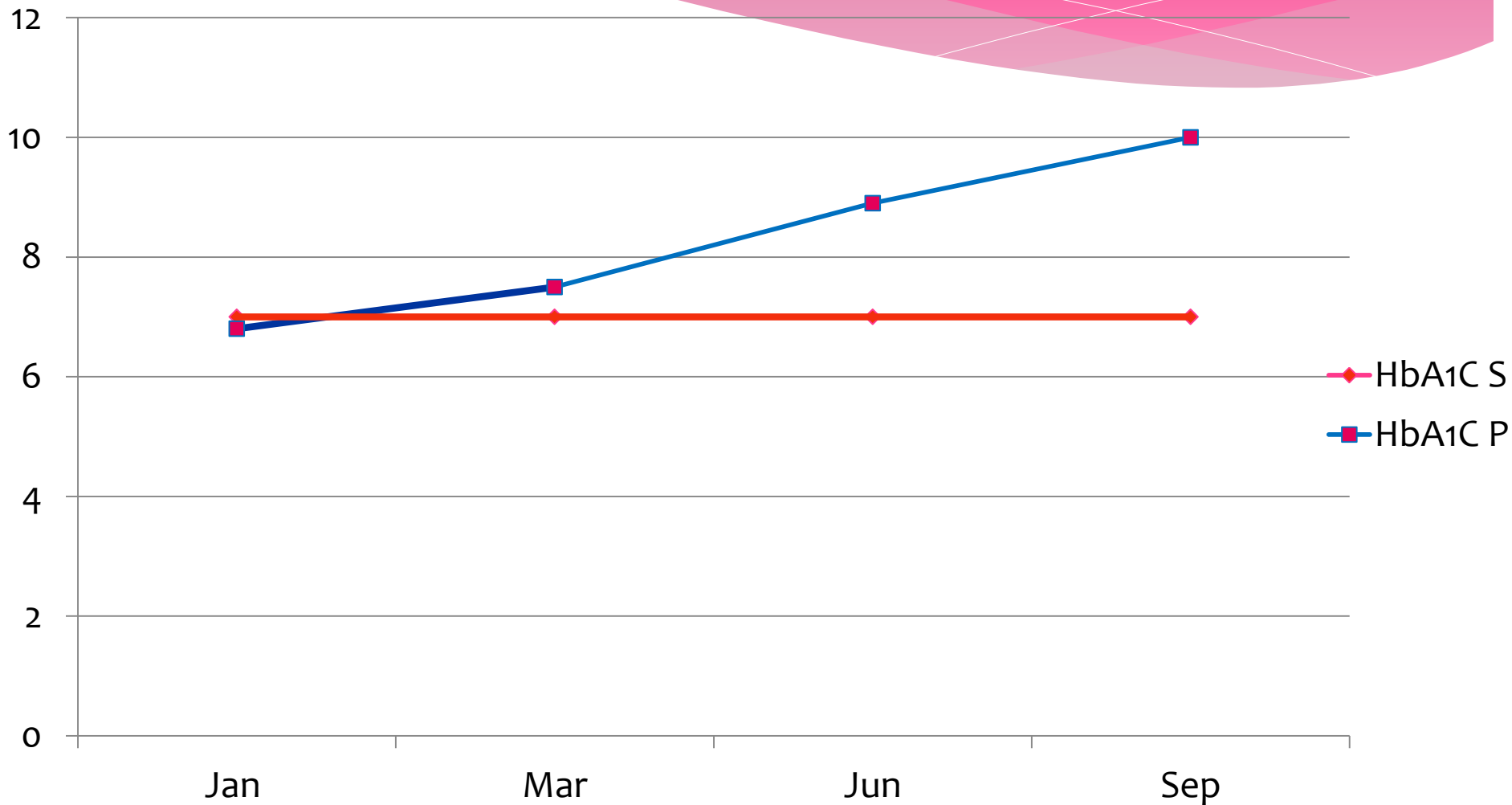
Explore Agenda, Needs, Expectations

- * ***“What are you hoping to accomplish today?”***
- * ***“What do you think is most important for us to talk about?”***
- * ***“Is there anything you would like to do this week to improve your health?”***
- * ***What concerns do you have about your health?***
- * ***What reasons do you have to change?***
- * ***Where would you like to start?***

การเปิดประเด็นการสนทนา

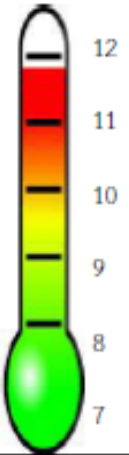

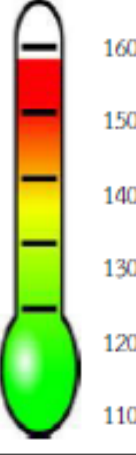
- เลือกปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย/ ปัญหาพฤติกรรม เช่น
 - ระดับน้ำตาลในเลือดสูง
 - Hypoglycemia / Hyperglycemia
 - ระดับความดันโลหิตสูง
 - ไขมันในเลือดสูง
 - BMI
 - Smoke

การเปิดประเด็นการสนทนา



การเปิดประเด็นการสนทนา

ชื่อ-สกุล..... วันที่

ค่า HbA1C	ระดับความดันโลหิต	ผล LDL
 <p>ค่า HbA1C ของท่าน 9.5</p> <p>★ เป้าหมายต่ำกว่า 7</p>	<p>ค่าความดันโลหิตของท่าน 170/90 mmHg</p>  <p>★ เป้าหมายต่ำกว่า 130/80 mmHg</p>	 <p>ค่า LDL ของท่าน.....</p> <p>★ เป้าหมายต่ำกว่า 100 mg/dl</p>
<p>My plan</p>	<p>My plan</p>	<p>My plan</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Advise

Provide specific personalized information about the chronic illness, the health risks and the benefits of change.

Information-giving is disease-specific

Ask-tell-ask & Closing the loop

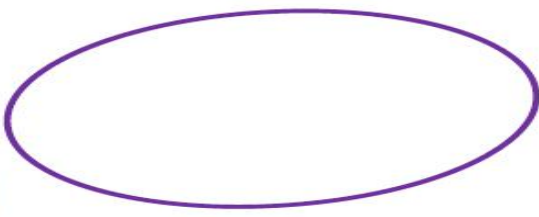
แนวทางในการแก้ไข้ปัญหา

- * วิธีการสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ / สาเหตุของปัญหาสุขภาพ
- * วิธีการมุ่งแก้ไข้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Corroborate



การควบคุมอาหาร
หวาน

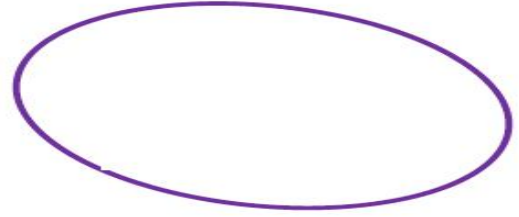


การควบคุมระดับความ
ดันโลหิต



การควบคุมระดับ
น้ำตาล

การออกกำลังกาย



การรับประทานยา



การสูบบุหรี่

การควบคุมน้ำหนัก



การควบคุมอารมณ์



การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ: การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน

การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน: Stage of change

1. **Pre contemplation:** กลุ่มนี้จะไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ ภายใน 6 เดือน
2. **Contemplation:** กลุ่มนี้มีการคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. **Preparation:** กลุ่มนี้จะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน 1 เดือน
4. **Action:** ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้
5. **Maintenance:** กลุ่มที่สามารถคงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้ถึงตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 5 ปี



Next time I'll get Goodyear WideTracks!

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ: การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน

การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีของ
Motivational Interviewing (MI)

Readiness = importance and confidence

*ถ้าผู้ป่วยคิดว่าไม่สำคัญ เค้าจะไม่เปลี่ยนพฤติกรรม : ให้ข้อมูลเพิ่ม

*ถ้าผู้ป่วยคิดว่าสำคัญ แต่ไม่มั่นใจว่าจะทำได้: ประเมินความสามารถ /ทักษะ และ เพิ่ม
ความมั่นใจให้กับผู้ป่วย

ไม่มีความสำคัญเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

มีความสำคัญมากที่สุด

ไม่เชื่อมั่นเลย

เชื่อมั่นมากที่สุด

Agree

Collaboratively select goals and an action plan to meet those goals



วิเคราะห์ กระบวนการสื่อสาร การให้ข้อมูล :
Assess , Advise and Agree

Collaboratively: Set Goals

- เป็นส่วนหนึ่งของการใช้กระบวนการสื่อสาร เพื่อช่วยให้ผู้ปวยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม
- ผลลัพธ์ที่ผู้ปวยตกลงร่วมกับผู้ให้บริการว่าจะปฏิบัติ ปกติจะเป็น **ผลลัพธ์หรือเป้าหมายในระยะสั้น ๆ**
- ความสำเร็จ: **ผู้ปวยจะต้องเขียนแผนปฏิบัติการที่ปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นทางการ**



Collaboratively: Set Goals

“IF YOU CAN DREAM IT, YOU CAN DO IT.”

WALT DISNEY

© Lifehack Quotes

เป้าหมายที่ผู้ปวยเขียนขึ้นในครั้งแรกอาจเหมือนกับความฝัน ประเมินดูแล้วยากที่จะทำได้

Collaboratively: Set Goals

- ปัญหาสุขภาพ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง

- ระบุสาเหตุของปัญหา

- วิธีการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา: **พฤติกรรม**

- **การตั้งเป้าหมายจึงเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ใช่ผลลัพธ์ทางการแพทย์**

- ผลลัพธ์ของการรักษา เช่น ระดับน้ำตาลลดลง เป็น ผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Collaboratively: Set Goals

เป้าหมาย

ปัญหาสุขภาพ

- Dm type 2



พฤติกรรมสาเหตุ

- รับประทาน อาหารหวาน
- ขาดการออกกำลังกาย
- รับประทาน ยาไม่ต่อเนื่อง



ผลกระทบ

- ไม่สามารถ ควบคุมระดับ น้ำตาลได้



ผลลัพธ์การรักษา

- FBS สูง
- HbA1C สูงต่อเนื่อง

Collaboratively: Set Goals

ระบุปัญหา

เป้าหมาย ที่ต้องการปฏิบัติ: พฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน

1.....

2.....

3.....

* หลังจากนั้นใส่ดาวลงไปว่าเป้าหมายข้อใดที่ท่านอยากจะทำก่อน (*)



Collaboratively: Set Goals

ระบุปัญหา ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้

เป้าหมายที่ต้องการปฏิบัติ

1. เริ่มออกกำลังกาย **
2. ควบคุมอาหาร
3. ลดการกินอาหารมัน
4. ลดกินเค็ม
5. งดเหล้า
6. งดบุหรี่
7. ไม่นอนดึก

หลังจากนั้นใส่ดาวลงไปว่าเป้าหมายข้อใดที่ท่านอยากจะทำก่อน (*)



Collaboratively: Set Goals

การค้นหาวิธีการที่จะทำให้ท่านประสบความสำเร็จ

วิธีการที่ผู้ปวยสามารถเลือกใช้ในการจัดการตนเองเพื่อให้ผู้ปวยสามารถบรรลุเป้าหมายที่ผู้ปวยตั้งเป้าหมาย เน้นย้ำ เรื่องมีหลายวิธีการในการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

เขียนวิธีการที่จะทำให้ท่านบรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ และ ใส่ดาว (*) ลงไปในข้อที่ท่านต้องการจะดำเนินการปฏิบัติมากที่สุด

วิธีการ

- 1.....
- 2.....
- 3.....



Collaboratively: Set Goals

วิธีการ

- 1 เดิน รอบสวนสาธารณะ 2 รอบ ทุกวัน***
- 2 เดินขึ้นบันไดตึกอย่างน้อย 1 ชั้น ทุกวัน
- 3 รำไทเก๊กกับเพื่อนบ้านตอนเช้าทุกวัน
- 4 ว่ายน้ำครึ่งชั่วโมง




ใบงาน 5.3 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง


ระดับความดันโลหิตของคุณวันนี้.....

เป้าหมายระดับความดันโลหิตของคุณในสัปดาห์นี้.....


วันนัดครั้งต่อไป.....

กิจกรรมการออกกำลังกาย 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่แน่ใจว่า จะทำได้เลย		ู้สึกว่าจะทำ ไม่ได้ ในตอนนี้		บางทีอาจ ทำได้			คิดว่าทำได้		มั่นใจว่าจะทำ ได้


การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่แน่ใจว่า จะทำได้เลย		ู้สึกว่าจะทำ ไม่ได้ ในตอนนี้		บางทีอาจ ทำได้			คิดว่าทำได้		มั่นใจว่าจะทำ ได้


การลดรับประทานอาหารเค็ม 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่แน่ใจว่า จะทำได้เลย		ู้สึกว่าจะทำ ไม่ได้ ในตอนนี้		บางทีอาจ ทำได้			คิดว่าทำได้		มั่นใจว่าจะทำ ได้

บทที่ 1 ชีวนา
-2300 มิลลิกรัม

การเผชิญกับภาวะเครียด 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่แน่ใจว่า จะทำได้เลย		ู้สึกว่าจะทำ ไม่ได้ ในตอนนี้		บางทีอาจ ทำได้			คิดว่าทำได้		มั่นใจว่าจะทำ ได้

การลดการสูบบุหรี่ 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่แน่ใจว่า จะทำได้เลย		ู้สึกว่าจะทำ ไม่ได้ ในตอนนี้		บางทีอาจ ทำได้			คิดว่าทำได้		มั่นใจว่าจะทำ ได้

Core Clinical Competencies

- การวางแผนปฏิบัติการ
- การจัดการอุปสรรค และการพัฒนาทักษะ
- การนัดติดตาม

Action Planning: การวางแผนปฏิบัติการ

- * แผนปฏิบัติการ ต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะทำหรือ ต้องการให้เกิดความสำเร็จได้จริง
- * แผนปฏิบัติการเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการจัดการตนเอง
- * แผนปฏิบัติการเป็นเครื่องมือที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยทราบว่าอะไรที่ผู้ป่วยควรจะทำ อะไร
- * แผนปฏิบัติการเป็นเครื่องมือที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ

******* ผู้ป่วยไม่ได้ทำแผนปฏิบัติการเพื่อทำให้ เพื่อน สมาชิกในครอบครัว แพทย์ หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยดีใจ หรือสุขใจที่เห็นผู้ป่วยตั้งใจจะทำกิจกรรมตามที่ผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายไว้

Action plan

- * ชี้นอยู่กับเป้าหมาย ของผู้ป่วย
- * แผนปฏิบัติการเป็นขั้นตอนเฉพาะที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย
- * แผนปฏิบัติการเป็นขั้นตอนที่ไม่ยาก และสามารถทำได้จริง ง่ายต่อการทำให้ประสบความสำเร็จ เมื่อประเมินความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติ ผู้ป่วยควรประเมินได้ ไม่ต่ำกว่า 7 คะแนน
- * เป้าหมายของการเขียนแผนปฏิบัติการ เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถ ของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีความมั่นใจ โอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูง

Action Planning : SMART

- **S**pecific and behavioral
- **M**easurable
- **A**tttractive
- **R**ealistic
- **T**imely

Action plan

Describe

1. Something you WANT to do
2. how much you are going to do,
3. when you are going to do it
4. Where do you want to do it
5. how many days a week you are going to do it.
6. Barriers
7. Plans to overcome barriers
8. Confidence rating (1-10)
- 9 Follow-Up plan

Not at all confident

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Totally confident

Assist: Enhancing Confidence

- * พัฒนาทักษะที่ขาด เพิ่มข้อมูลที่ยังไม่ได้ สนับสนุนเครื่องมือเพื่อให้เกิดความมั่นใจ
- * หาแนวทางแก้ไขปัญหา
- * ติดตามผลลัพธ์ ทั้งที่ดีขึ้น และ ผลลัพธ์ที่ไม่ประสบความสำเร็จ

Assist : Problem-solving

Problem-solving to help overcome barriers to achieving goals

- *คุณมีแนวทางใดบ้างในการแก้ไขปัญหา*
- *มีวิธีการอื่นอีกไหมคะ*
- *วิธีการใดจะช่วยให้คุณชนะอุปสรรคนี้ได้*
- *อดีตที่ผ่านมาั้น เมื่อคุณมีปัญหาดคล้าย ๆ กันกับที่คุณบอก คุณทำอย่างไร*

Learning how to problem-solve... a core skill for addressing barriers

Problem Solving

1. ระบุปัญหา
2. เขียนแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทั้งหมด
3. เลือกมา 1 วิธีที่
4. ลองปฏิบัติดูสัก 2 สัปดาห์
5. ถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จ ลองเปลี่ยนวิธีการอื่น
6. ถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จ ลองหาแหล่งสนับสนุน / ช่วยเหลือ หรือขอคำแนะนำ
7. ถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยยอมรับว่า ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจต้องใช้เวลา หรือ หลาย ๆ วิธีในการแก้ไข

เทคนิค ถ้าผู้ป่วยบอกคิดไม่ได้ ไม่รู้จะทำอย่างไรดี

** คุณลองฟังวิธีการที่คนใช้คนที่มีปัญหาเหมือนคุณ ใช้แก้ไข

ใบงานที่ 5.1 การตั้งเป้าหมายและการวางแผน

1. การตั้งเป้าหมาย: กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน

.....
.....

2. อธิบายลักษณะกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน

กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านต้องการทำอะไร.....

กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านจะทำที่ไหน.....

ความถี่ในการปฏิบัติ.....

เวลาที่ท่านจะปฏิบัติ.....

3. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม.....

.....
.....

4. ท่านจะมีวิธีในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างไร

.....
.....

5. ความมั่นใจ ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรม / ปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านวางแผนเพื่อให้ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ โดยให้ประเมินใช้คะแนนจาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือคุณไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย และ 10 คะแนน คือคุณมีความมั่นใจมากที่สุดที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

.....
.....

6. การนัดติดตามครั้งต่อไป.....

ใบงาน 5.1 ตัวอย่างการวางแผนและการตั้งเป้าหมาย

1. การตั้งเป้าหมาย: กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน

เริ่มออกกำลังกาย

2. อธิบายลักษณะกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยน

กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านต้องการทำอะไร ด้วยการเดิน

กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ท่านต้องการปรับเปลี่ยนท่านจะทำที่ไหน เดินรอบหมู่บ้าน

ความถี่ในการปฏิบัติ เดินสองรอบ ต่อครั้ง 4 วันต่อสัปดาห์

เวลาที่ท่านจะปฏิบัติ เดินตอนเช้าหลังตื่นนอน

3. ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม

เวลาไปเดินตอนเช้ามีคนเดินไปด้วยก็กลัว กลับมาต้องมาอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าช่วงนี้อากาศไม่ค่อยดีบางทีฝนตก

4. ท่านจะมีวิธีในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างไร

ชวนสามีไปเดินด้วยจะได้มีเพื่อน

วันไหนฝนเหมือนจะตกก็เตรียมหมวกไปด้วย

5. ความมั่นใจ ท่านคิดว่าท่านมีความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรม / ปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านวางแผนเพื่อให้ท่าน

สามารถบรรลุเป้าหมายที่ท่านตั้งไว้ โดยให้ประเมินใช้คะแนนจาก 0-10 คะแนน 0 คะแนน คือคุณไม่มีความมั่นใจว่า

จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เลย และ 10 คะแนน คือคุณมีความมั่นใจมากที่สุดว่าสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

มั่นใจว่าทำได้ ให้ 7 คะแนน

6. การนัดติดตามครั้งต่อไป นัดติดตามครั้งต่อไปอีก 1 เดือน

ใบงาน 5.2 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน



รับประทานอาหารสุขภาพ



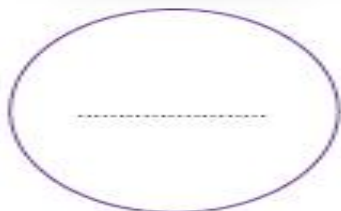
ออกกำลังกาย



รับประทานยา



หยุดสูบบุหรี่



อื่นๆ



คุมระดับน้ำตาล



คุมระดับความดันโลหิต



ลดการดื่มแอลกอฮอล์

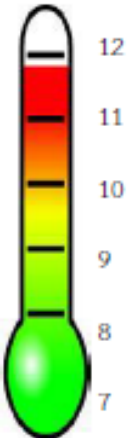

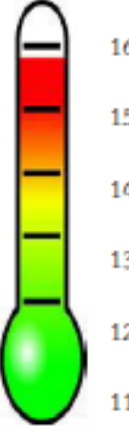
ประเด็นที่ท่านต้องการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีคือ.....
 เป้าหมายของท่านในสัปดาห์นี้คือ.....
 ท่านจะเริ่มทำเมื่อไหร่.....
 สถานที่ ที่ท่านจะดำเนินการคือ.....
 ความบ่อยที่ท่านสามารถทำได้.....
 ปัจจัยอะไรที่มีผลกระทบต่อแผนการปฏิบัติของท่าน.....
 ท่านจะจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแผนการปฏิบัติของท่านอย่างไร.....
 ท่านมีความมั่นใจมากน้อยขนาดไหนในการดำเนินการที่ท่านเลือกให้บรรลุเป้าหมาย.....

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มั่นใจเลย		มั่นใจเล็กน้อย			มั่นใจปานกลาง			มั่นใจมาก		มั่นใจมากที่สุด

ใบงาน 5.4 ตัวอย่างการตั้งเป้าหมายและการวางแผนปฏิบัติการ

ถ้าท่านเป็นเบาหวาน ท่านต้องมีความรู้ และต้องควบคุม ABC
HbA1C, Blood Pressure and LDL "Bad cholesterol"

ชื่อ-สกุล.....วันที่.....

ค่า HbA1C	ระดับความดันโลหิต	ผล LDL
 <p>ค่า HbA1C ของท่าน.....</p> <p>เป้าหมายต่ำกว่า 7</p>	<p>ค่าความดันโลหิตของท่าน.....</p>  <p>เป้าหมายต่ำกว่า 130/80 mmHg</p>	 <p>ค่า LDL ของท่าน.....</p> <p>เป้าหมายต่ำกว่า 100 mg/dl</p>
<p>My plan</p>	<p>My plan</p>	<p>My plan</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Carrying out : Action Plan

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

- * แนะนำให้ผู้ป่วยทำการจดบันทึกความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจกรรม การบันทึกความก้าวหน้าเป็นแรงจูงใจที่ดีในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความพยายามปฏิบัติกิจกรรม แผนที่ตั้งไว้
- * การเขียนบันทึกช่วยจำ ควรจะเขียนทั้งความก้าวหน้าและปัญหา อุปสรรค หรือมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น
- * การเขียนบันทึกช่วยจำ ควรมีการระบุวัน เวลาที่ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ
- * การบันทึกสามารถทำให้ผู้ให้บริการและผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้มา ประเมิน / วิเคราะห์ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา

Carrying out : Action Plan

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

	สามารถปฏิบัติได้	ข้อเสนอแนะ
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

Carrying out : Action Plan

ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ

	Check Off	Comments
Monday	—	raining
Tuesday	✓	walked slowly & noticed everything around me
Wednesday	✓	it was cool out, but the walk felt good
Thursday	—	raining again
Friday	✓	only walked around the block 2 times
Saturday	✓	took a friend along—we had a nice chat
Sunday	—	felt tired

ใบงาน 6.1 ตัวอย่างการบันทึกการออกกำลังกาย

การบันทึกการจัดการตนเองการดำเนินกิจกรรมทางกาย			
1. พยายามลงบันทึกกิจกรรมทางกายของท่าน ในระยะ 2 สัปดาห์ กิจกรรมที่ท่านได้ปฏิบัติ เช่น การเดิน การเดินรอบ ๆ บ้าน การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน การทำงานในสวน ฯลฯ			
วัน	กิจกรรมทางกายที่มีความหนักปานกลาง	กิจกรรมทางกายที่มีความหนักมาก	ช่วงพักดูทีวี / ทำงานไม่ได้เคลื่อนไหวตัวมาก
ยกตัวอย่าง	-เดิน สองรอบสวนสาธารณะ ใช้เวลา 10 นาที -กวาดบ้าน ถูบ้าน ใช้เวลา 15 นาที -ยืดเหยียด 10 นาที	-เดินเร็วรอบสวนสาธารณะจำนวน 10 รอบใช้เวลา 45 นาที -วิ่ง 2 รอบสนาม ใช้เวลา 30 นาที และเดินเร็วต่ออีก 15 นาที -เดินแอร์โรบิก 35 นาที	-นอนดูทีวี 120 นาที -นั่งเสียบโกอย่าง 120 นาที
วันอาทิตย์			
วันจันทร์			
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			
วันเสาร์			

เขียนสรุปกิจกรรม รวมทั้งระยะเวลาที่ท่านได้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

ความคาดหวังในการทำกิจกรรมของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าท่านต้องทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นหรือไม่

.....

.....

.....

การบันทึกการจัดการตนเองการดำเนินกิจกรรมทางกาย

ท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บขณะที่ท่านดำเนินกิจกรรมทางกายหรือไม่

ท่านรู้สึกอย่างไรกับผลลัพธ์ที่ท่านได้ปฏิบัติ

ท่านได้ทำบันทึกการทำกิจกรรมทางกายของท่านหรือไม่ ทำไม

ใบงานที่ 6.5 แบบบันทึกการรับประทานอาหารเช้า

ชื่อ _____ ผู้บันทึก _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ วัน/ เดือน/ ปีเกิด _____ เพศ _____

แบบบันทึกอาหารเช้า		
อาหารเช้า	สถานที่	เวลา
อาหาร/ เครื่องดื่ม	เตรียมอาหารอย่างไร; ส่วนผสมของอาหารมีอะไรบ้าง	จำนวน
โยเกิร์ต/ ผลิตภัณฑ์นมอื่น ๆ		
ผลไม้ <ul style="list-style-type: none"> ● ผลไม้สด ● ผลไม้กระป๋อง ● อื่นๆ 	เช่น กล้วยน้ำว้า 1 ผล, ฝรั่ง $\frac{1}{2}$ ผลใหญ่ , ส้ม 1 ผลกลาง, กล้วยหอม $\frac{1}{2}$ ผล , แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก , ชมพู 2 ผล, มะม่วงอกร่อง $\frac{1}{2}$ ผล , เงาะ 4-5 ผล , ลองกอง 10 ผล, มะละกอสุก 8 ชิ้นขนาดคำ , แตงโม 10 ชิ้นขนาดคำ, น้ำผลไม้ $\frac{1}{3}$ ถ้วยตวง เป็นต้น	
ธัญพืช <ul style="list-style-type: none"> ● เย็น/ อบแห้ง ● ข้าว ● นม 	เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวกล้อง ข้าวโพด งาขาว งาดำ ลูกเดือย ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วลันเตา ถั่วดำ ถั่วแดง เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น	
ขนมปัง <ul style="list-style-type: none"> ● เนย หรือเนยเทียม ● แยม ● ขนมปังขาว หรือขนมปังธัญพืช 		
เนื้อสัตว์		
ไข่		
เครื่องดื่ม <ul style="list-style-type: none"> ● กาแฟ ● น้ำผลไม้ ● นม 		

Checking the Results :

การตรวจสอบผลลัพธ์

- * **ควรตรวจสอบเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์** โดยการให้ผู้ป่วยกลับไปตรวจสอบแผนปฏิบัติการของการของผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ หรือว่าปฏิบัติตามได้ใกล้เคียงกับแผนที่วางไว้หรือไม่
- * **ให้ผู้ป่วยตั้งคำถามถามตัวเองอีกครั้ง** เช่น ท่านสามารถเดินได้ไกลกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ ทำไมไม่ได้ตามเป้าหมาย ท่านมีอาการเหนื่อยหอบน้อยลงหรือไม่
- * เมื่อมีปัญหา อุปสรรค และวิเคราะห์สาเหตุได้ แล้ว **สามารถปรับแผนปฏิบัติการได้**

การจัดการอุปสรรค (Overcoming Barriers)

1. อะไรที่เป็นอุปสรรคต่อท่านในการดำเนินกิจกรรมทางกาย

.....

.....

.....

.....

.....

2. เขียนแนวทางในการแก้ไขปัญหของแต่ละอุปสรรค แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อน และเปรียบเทียบอุปสรรคของท่านและเพื่อนมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ และท่านได้เรียนรู้อะไรจากการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ศึกษาแผนปฏิบัติการและค้นหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนที่อาจทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ประสบความสำเร็จ เช่น เวลา อากาศ สถานที่ คนสนับสนุน ลักษณะของกิจกรรมที่เลือก เขียนวิธีการจัดการปัญหาและเสนอแนวทางอื่นที่ท่านสามารถทำได้แทน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การป้องกันการ ถอยกลับ (Preventing Relapse)

1. ประเมินอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมทางกาย ที่จะทำให้ท่านไม่สามารถไปถึงเป้าหมายที่ท่านตั้งเป้าไว้ และหาแนวทางแก้ไข.

2. เขียนรางวัลที่ท่านอยากได้ และเป็นรางวัลที่สามารถเป็นไปได้เมื่อท่านสามารถทำกิจกรรมที่บรรลุตามเป้าหมาย

3. ทำการปรับแผนปฏิบัติการของท่านเมื่อท่านกลับไปสู่ระเริ่มต้น เขียนความรู้สึกว่าท่านรู้สึกอย่างไร และท่านจะเผชิญปัญหา / อุปสรรคนั้นอย่างไร

การทำแหล่งสนับสนุน

1. ใครที่สามารถสนับสนุนให้ท่านได้ดำเนินกิจกรรมทางกาย ท่านทราบได้อย่างไร

.....
.....
.....

2. เขียนสถานที่ สถานที่ที่ท่านสามารถดำเนินกิจกรรมทางกายได้อย่างน้อย 5 ที่ เช่น fitness สวนสาธารณะในชุมชน และสถานที่
เหล่านั้น มีอะไรที่สนับสนุนท่านในการดำเนินกิจกรรมทางกาย

.....
.....
.....
.....
.....

3. สถานที่ออกกำลังกาย หรือสถานที่ดำเนินกิจกรรมทางกาย มีการสนับสนุนในสิ่งที่ท่านชอบ หรือสนใจ หรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....
.....
.....

4. กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในกลุ่มของท่านว่าท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งใดในการ ดำเนินกิจกรรมทางกาย หรือ
ออกกำลังกาย

.....
.....
.....
.....
.....

ใบงาน 6.6 การบันทึกสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการ ต้มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงที่ท่านพบและสิ่งล่อใจที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าการต้มแอลกอฮอล์
ท่านสามารถมีวิธีการรับมือ หรือท่านปฏิบัติอย่างไรเพื่อหลีกเลี่ยงการต้มแอลกอฮอล์

การติดตามการต้มแอลกอฮอล์จะช่วยให้คุณได้เห็นภาพรวมของวิธีการรับมือกับปัญหาที่ดีที่ท่านกำลังทำ

อธิบายสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด (ที่ทำให้ท่านมีการต้มแอลกอฮอล์) ที่ท่านพบในระหว่างวัน	อธิบายสิ่งที่ท่านทำเมื่อเจอสถานการณ์ดังกล่าว	ถ้าท่านต้องต้ม ท่านดื่มไปกี่แก้ว
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

Arrange

- * การนัดติดตาม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามาพูดคุยถึงความสำเร็จ และ ปัญหาอุปสรรค
- * ขั้นตอนนี้เป็นการช่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา และใช้ในการปรับแผนของตน

Arrange: Follow-up

- สามารถทำได้หลายวิธี เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือก มาพบที่ รพ โทรศัพท์ **SMS** จดหมาย **email** หรือ **line**
- มั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ล้มตามนัด และ การนัดติดตามต้องเกิดขึ้น
- วิธีการที่สามารถทำง่ายคือ ถ้าผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่ม บางครั้งเราสามารถ สอบถาม หรือติดตามความก้าวหน้า / ปัญหาจากการทำกิจกรรมกลุ่มได้
- การนัดติดตาม สามารถทำโดยผู้อื่นได้ เช่น แกนนำที่ผ่านการพัฒนาทักษะ ความรู้ ในเรื่องนั้น

Self Management Support : Key Components

- **System redesign to efficiently deliver SMS within the context and flow of clinical care**
- **Meaningful links to community resources and community-based programs and campaigns**

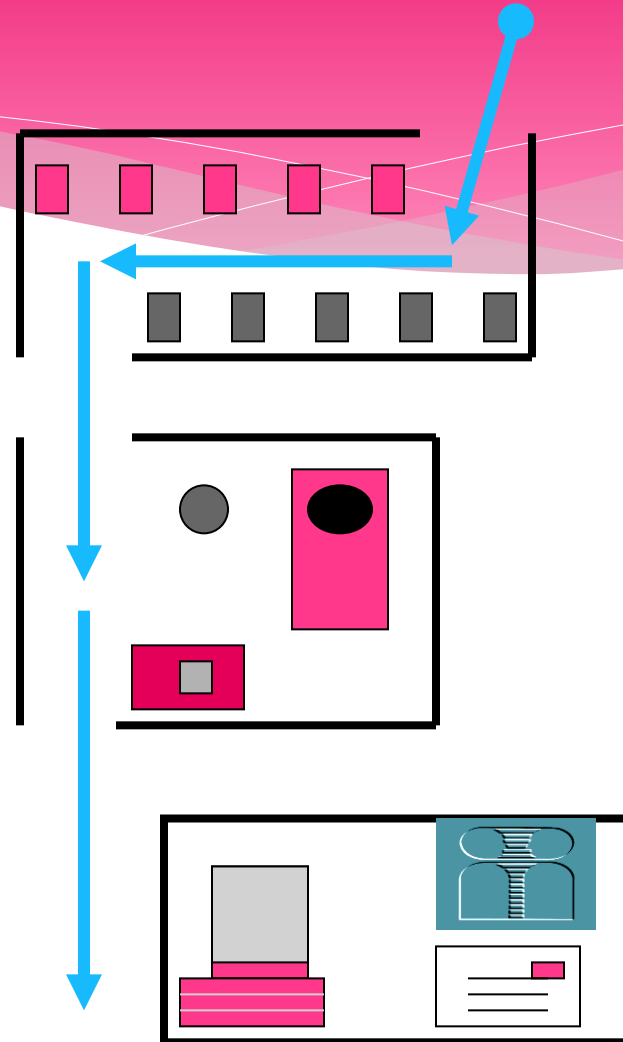
(New Health Partnerships: www.newhealthpartnerships.org)

Delivery System Redesign

- * วางแผนและกำหนดรูปแบบการบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเองระหว่างทีม
- * วางแผนการติดตาม
- * การติดตามแบบกลุ่มโรค
- * การติดตามโดยใช้กลุ่มการจัดการตนเอง
- * วางแผนการให้เพื่อนเข้ามามีส่วนร่วม
- * ให้การสนับสนุนและประสานงานตามความต้องการ

การพัฒนากระบวนการให้บริการ SMS

- * ก่อนเข้าพบ
- * ระหว่างเข้าพบ
- * หลังการเข้าพบ



From Russ Glasgow, PhD

การพัฒนากระบวนการให้บริการ SMS

ก่อนการเข้าพบ

การติดต่อประสานก่อนเข้าพบ (โทรศัพท์ จดหมาย
email , line, เจ้าหน้าที่ประสาน

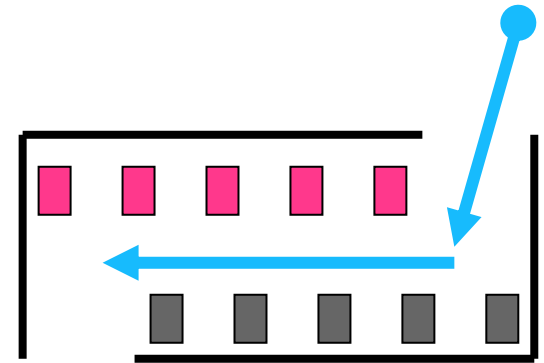
ชี้แจงเกี่ยวกับหน่วยบริการ อธิบายขั้นตอนการพบปะ

พูดคุย พูดคุยปัญหา อาการการเจ็บป่วย

ความก้าวหน้าของโรค ความก้าวหน้าของผลการรักษา

ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

การสร้างความตระหนัก



การเตรียมผู้ป่วย

- * **10 minute** พบ ผู้ให้บริการ (พยาบาล นักวิชาการสุขภาพศึกษา) ในการช่วยผู้ป่วยตั้งคำถาม ที่จะถามแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

(Roter. Health Educ Monographs 1997;5:281)

- * เขียนประเด็นที่อยากพูดคุย ทบทวนเรื่องยาที่ใช้ ปัญหาที่พบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา เพื่อจะสามารถระลึกได้เวลา แพทย์สอบถามข้อมูล เพิ่มเติม ผู้ป่วยสามารถทำได้

(Cegala et al. Arch Fam Med 2000;9:57)

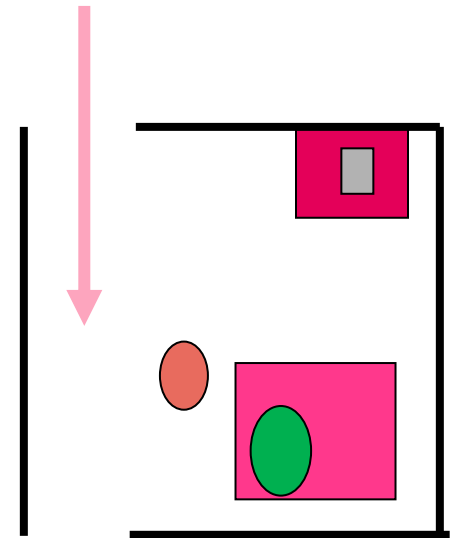
การเตรียมการผู้ป่วย

- * **20-minute** ก่อนเข้าพบแพทย์ เป็นการเตรียมการกับผู้ป่วยเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- * กรณีผู้ป่วยเบาหวาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาล ว่าดีกว่าไม่ควบคุมอย่างไร เน้น *ให้เห็นประโยชน์ และผลกระทบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม* ขั้นตอนนี้อาจใช้วิธีการให้ดู **video** หรือ *เรียนรู้การปรับเปลี่ยนโดยกลุ่ม* ช่วงนี้ ผู้ให้บริการสามารถประเมินปัญหา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วย สอบถามปัญหาอุปสรรค แล้วให้กลุ่มช่วย

การพัฒนากระบวนการให้บริการ SMS

ระหว่างการประชุม

- ประเมินเป้าหมายของผู้ป่วย
- ประเมินผู้ป่วยว่าผู้ป่วยอยากพูดคุยเรื่องแผนปฏิบัติการหรือไม่
- การให้ข้อมูลด้วยวิธีการ ถาม ตอบ ถามตอบ
- ปิดการสนทนา **confirm** ว่าผู้ป่วยทำได้
- แนะนำแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ ทั้งที่ในชุมชน หรือหน่วยงานของรัฐ เอกชน



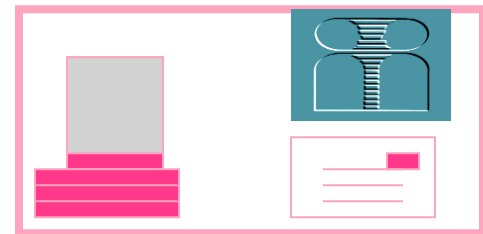
การนัดติดตามผู้ป่วย

- * การนัดติดตามผู้ป่วยเบาหวาน นำโดย พยาบาล วิชาชีพ พบว่า **significantly lower HbA1c levels and lower hospital use compared with controls** (Adur et 1999)
- * การติดตามผู้ป่วยเบาหวาน และแพทย์ พบว่าอัตราการตายลดลง และลดอัตราการเกิดการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วย และ ลดการเกิดอันตรายเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย **MI** (So et al. 2003)
- * การนัดติดตาม กลุ่มเล็ก ที่คลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาตามนัดประจำ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี (Wagner et al. 2001)
- * การนัดติดตามสามารถทำได้ทั้งรายกลุ่ม รายเดี่ยว
- * การนัดติดตาม สามารถมาพบ บุคลากรทางการแพทย์ หรือ แคนนำสุขภาพ

การพัฒนากระบวนการให้บริการ SMS

หลังการพบ

- ระบบส่งต่อ ให้บุคลากรในชุมชน ช่วยดูแล
- ติดตามสอบถามโดย **Phone, e-mail, line website**
- จัดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน
- เข้า อบรม **Chronic disease self-management course**
- ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุน
- เน้นการมารับการติดตามอย่างต่อเนื่อง



Clinical Information Systems

- * จัดเตรียมช่องทางการเข้าถึง สื่อ ความรู้ หรือเครื่องมือ
- * สร้างช่องทาง การติดต่อสื่อสาร เช่น สร้างกลุ่ม **line** เฉพาะกลุ่ม เพื่อเป็นการ **contact** โดยตรง
- * พัฒนาสื่อ เพื่อใช้ในการสื่อสาร
- * ติดตาม และเผยแพร่ ข้อมูลใหม่ เกี่ยวกับการสนับสนุนจัดการตนเอง

สรุป

* SMS: Key Components

- สมรรถนะหลัก เครื่องมือ และ แหล่งสนับสนุน สำหรับ ผู้ป่วย ญาติ และ ทีม
- การปรับปรุงระบบการบริการเพื่อให้ เกิดประสิทธิภาพที่ดีจากการสนับสนุนจัดการตนเอง โดยการจัดช่องทางบริการ
- สนับสนุนแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ ที่มีอยู่ในชุมชน โปรแกรมพัฒนาทักษะ หรือ campaigns

SMS: Core Clinical Competencies

- Relationship Building
- Exploring patients' needs, expectations and values
- Information Sharing
- Collaborative Goal Setting
- Action Planning
- Skill Building & Problem Solving
- Follow-up on progress

ของฝากก่อนกลับบ้าน

- การสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วย
 - การให้ข้อมูล
 - การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
 - การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติการ
 - การแก้ไขปัญหายุ่งยาก
- การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำก่อน ระหว่าง หรือ หลัง การเข้ามาพบแพทย์
- การสนับสนุนการจัดการตนเอง ไม่สามารถทำคนเดียวได้ ต้องมีทีมทำงาน

kanchanap@buu.ac.th



Q&A