



การจัดการความรู้กระบวนการให้บริการ
ทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า :
กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน

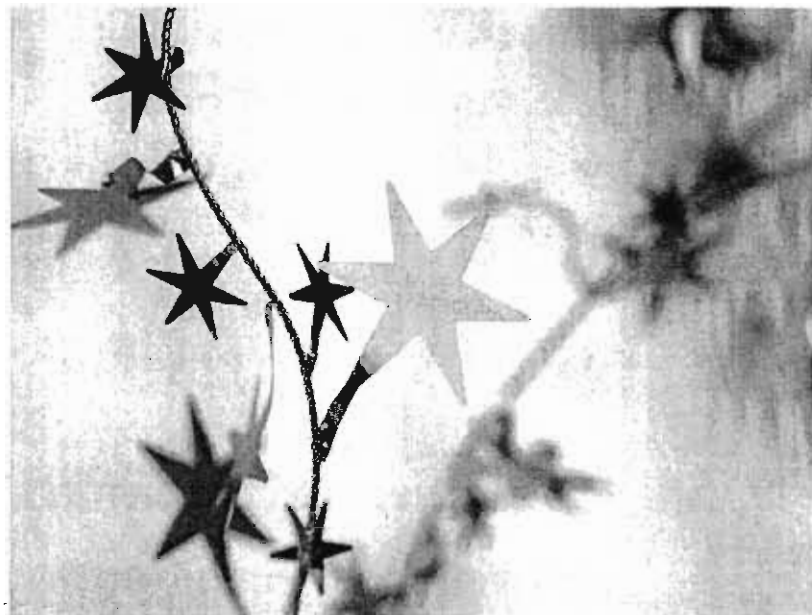


สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
โดยได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)





การจัดการความรู้กระบวนการให้บริการ
ทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า :
กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน



สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โดยได้รับทุนอุดหนุนจาก

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



การจัดการความรู้กระบวนการให้บริการ
ทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า :
กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
โดยได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



บทสรุปผู้บริหาร

การจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหานวัตกรรม และสร้างตัวชี้วัดของกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ดำเนินการโดยวิธีการประชุมกลุ่ม (World Café) การนำเสนอผลงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการดำเนินการสามารถสรุปประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญ ดังนี้ 1) จัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็ว โดยจัดให้มีแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันที่ชัดเจนและใช้สื่อสารในทีม เช่น Care Map , Clinical Management Plan ที่กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วยภายใน 24 - 48 ชั่วโมง 2) การทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการประชุมทีม (team meeting) เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละรายให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 3) การให้ข้อมูลและเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การจัด stroke club , การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ดูแล 4) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านในวันเสาร์ อาทิตย์ เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัว และผู้ดูแล ปรับตัวเข้าหากัน และให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในบ้าน รวมทั้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านจริงๆ และหาทางแก้ไขได้ตั้งแต่ต้น 5) การพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เช่น การจัดให้มีบริการคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) เป็นการให้บริการฟื้นฟูแบบไปกลับ การจัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังการจำหน่ายในทุกหน่วยงาน 6) การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการให้ความรู้กับหน่วยงานปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้ 7) ตัวชี้วัดคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นทั้ง 9 ตัว สามารถสะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการแบบผู้ป่วยในอาจต้องมีการพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะบริการที่หน่วยงานจัด ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี้เป็นโอกาสเริ่มต้นในการพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมพื้นฟูทุกท่านที่สละเวลา
ร่วมดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรด้านเวชกรรมพื้นฟูในสถานบริการ
สุขภาพทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนการดำเนินการในครั้งนี้สำเร็จลุล่วง
ไปเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุน
สนับสนุนตลอดการดำเนินการ



สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	
กิตติกรรมประกาศ	
บทนำ	1
บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
วิธีดำเนินการ	17
ผลการดำเนินการ	20
สรุปและข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	58
ภาคผนวก	60
สรุปข้อมูลการนำเสนอการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ หน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง	61
เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานต่างๆ	72
★ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะจิต สภาอากาศไทย	73
★ ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	94
★ โรงพยาบาลภูมิพล	131
★ โรงพยาบาลราชวิถี	150
★ สถาบันประสาทวิทยา	157
★ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่	177
★ โรงพยาบาลราชบุรี	189
★ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	207
★ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	231
คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน	241
รายชื่อผู้เข้าประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	244
ประมวลภาพการดำเนินการจัดการความรู้	248

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

12

บทนำ

หลักการและเหตุผล

จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก ในปี 2545 ในประชากรไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 3 ในเพศชาย แนวโน้มของโรคนี้ในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่ปี 2546 พบ อัตราป่วยทั่วประเทศ 136.67 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 196.45 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2551 และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในชาย และหญิง โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนนี้ร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างน้อยในระยะ 1 เดือนหลังเกิด อาการ (กรมการแพทย์, 2552) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ราว 1 ใน 3 จะเกิด ความพิการถาวร โดยทั่วไปแล้วหลังป่วย ร้อยละ 20 ต้องพึ่งพาสถานพยาบาล ร้อยละ 15 -30 พิการถาวร (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2546)

ผลการศึกษา เรื่อง ระบาดวิทยาของทะเบียนโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลอดเลือดสมองไทย : การศึกษาสหสถาบัน โดย วิไล คุปต์นิริติชัยกุล และคณะ ในปี 2551 ศึกษาผู้ป่วยจำนวน 327 ราย พบว่า ขณะแรกรับผู้ป่วยร้อยละ 51.8 มีภาวะการรับรู้บกพร่อง และร้อยละ 31.5 มีปัญหาการขยับถ่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู และบางราย ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำเป็นระยะ โดยการศึกษาของสุธาพร ขจรฤทธิ์ เรื่อง ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2547 รายงานอัตราอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่า มีการกลับมารักษาซ้ำรวมทั้งหมด 170 ครั้ง คิดเป็นจำนวน 54,369 วัน

นอกจากนี้ ในการศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกฤษณะ แก้วมุล (2550) พบว่า ผู้ป่วยซึ่งมีความพิการและต้องการบริการฟื้นฟูถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนถึงเป้าหมายของการฟื้นฟูถึงร้อยละ 54 สะท้อนให้เห็นว่าระบบ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการ ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อีกเลยหลังออกจากโรงพยาบาล และตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเองมีความลำบากในการ ไปรับบริการที่โรงพยาบาล (กัญญาลักษณ์ ณ รังษี และคณะ ,2545)

การบริการตติยภูมิ เมื่อเปรียบเทียบกับบริการทางการแพทย์ระดับต่างๆแล้ว นับเป็นบริการที่ถือเป็น “ที่ขาด” ในเรื่องการรักษาถึงยาก และต้นทุนบริการสูง รายงานผลการศึกษา เรื่อง สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย โดย อรทัย เชี่ยวเจริญ และคณะ (2552) พบว่า ปัจจุบันการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทย มีเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพียง 297 เตียง และจำกัดอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ และจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ รวมมี 14 สถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูความพิการในผู้ป่วยระบบประสาท และบริการที่จัดคือ บริการแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งไม่เหมาะกับการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะกึ่งเฉียบพลันหรือไม่เฉียบพลัน รวมทั้งการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยบริการ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

โครงการจัดการความรู้เรื่องกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน ถูกจัดทำขึ้นเพื่อค้นหาวัตรกรรมการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการและวิธีการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า
2. เพื่อค้นหาวัตรกรรมการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า
3. เพื่อสร้างตัวชี้วัดของกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า ที่จะใช้ในการกระตุ้นการพัฒนาต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของหน่วยบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่า 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สวทคณิवास สภาวิชาชีพ ศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาและยกระดับกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า
2. หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการร่วมกันสร้างองค์ความรู้ทั้งที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) และความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและประสบการณ์เพื่อนำไปเผยแพร่ให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆต่อไป



ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้อง

การดำเนินการจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการการให้บริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดการให้บริการทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังตื่นตัวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถ และข้อมูลข่าวสาร เพราะเชื่อว่าคนที่คนในสังคม องค์กร หรือชุมชนมีความรู้ และสามารถใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลงาน สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ให้แก่หน่วยงานและสังคมได้ ปัจจุบันจะพบเอกสาร สิ่งพิมพ์ และข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต จำนวนมาก ที่กล่าวถึงการจัดการความรู้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ความหมายของการจัดการความรู้ (knowledge management definition)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization , 2005) กล่าวว่า การจัดการความรู้ เป็นความท้าทายสองประการ ประการแรก คือ การจัดการข้อมูลข่าวสารและกระบวนการ และประการที่สอง คือ การจัดการบุคคลและสภาพแวดล้อมเพื่อให้ความรู้ถูกสร้าง แบ่งปัน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์ พานิช (2547) กล่าวว่า การจัดการความรู้ คือ เครื่องมือเพื่อใช้ในการบรรลุเป้าหมายอย่างน้อยสามประการไปพร้อมๆกัน ได้แก่ บรรลุเป้าหมายของงาน บรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน และบรรลุเป้าหมายการพัฒนางานองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

บุญดี บุญญาภิจ และคณะ (2549) กล่าวว่า การจัดการความรู้ คือ กระบวนการในการนำความรู้ที่มีอยู่หรือเรียนรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อองค์กร โดยผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การสร้าง รวบรวม แลกเปลี่ยนและใช้ความรู้ เป็นต้น

บุรชัย ศิริมหาสาคร (2552) กล่าวว่า การจัดการความรู้ หมายถึง การบริหารจัดการที่ส่งเสริมให้คนในองค์กรได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อต่อยอดความรู้ที่แต่ละคนมีอยู่ให้สมบูรณ์แล้วนำไปใช้สร้างนวัตกรรมในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางาน

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ (2552) ได้สรุปความหมายของการจัดการความรู้ไว้ว่า การจัดการความรู้ คือ กระบวนการในการสร้าง ประมวล เผยแพร่ และใช้ความรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการดำเนินงาน

สรุป การจัดการความรู้ในที่นี้ หมายถึง การจัดการกับความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ในตัวคน และความรู้ที่เด่นชัด มาแบ่งปันใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มคนที่ต้องการใช้ความรู้นั้น

1.2 กระบวนการของการจัดการความรู้ (knowledge management process)

เทบป์ (Trapp, 1999) ได้นำเสนอองค์ประกอบของการจัดการความรู้ว่ามี 9 ประการ ดังนี้ 1) เป้าหมายความรู้ (knowledge goals) 2) การระบุถึงความรู้ (knowledge identification) 3). การจัดหาความรู้ (knowledge acquisition) 4).การพัฒนาความรู้ (knowledge development) 5).การเคลื่อนย้ายหรือกระจายความรู้ (knowledge transfer / distribution) 6). การใช้ความรู้ (knowledge usage) 7).การเก็บรักษาความรู้ (knowledge preservation) 8).การประเมินหรือทบทวนความรู้ (knowledge evaluation / review) 9).การควบคุมความรู้ (knowledge controlling)

พรอบส์ รอน และ รอนฮาร์ดท์ (Probst ,Raub and Romhardt , 2000) กล่าวว่า องค์ประกอบของการจัดการความรู้ที่สำคัญมี 6 ประการ คือ 1).การระบุถึงความรู้ 2).การจัดหาความรู้ 3).การพัฒนาความรู้ 4).การแบ่งปันหรือกระจายความรู้ 5).การใช้ความรู้ 6).การเก็บรักษาและจดจำความรู้

วิจารณ์ พานิช (2547) กล่าวว่า การจัดการความรู้ต้องประกอบไปด้วยกระบวนการต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย 1).การขุดค้นและรวบรวมความรู้ คัดเลือกเอาเฉพาะความรู้ที่จำเป็นสำหรับการใช้ประโยชน์ ทั้งจากภายในองค์กรและภายนอกองค์กร นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสมกับบริบทของสังคมและขององค์กร ถ้าไม่เหมาะสมก็ดำเนินการปรับปรุง 2). การจัดหมวดหมู่ความรู้ให้เหมาะสมต่อการใช้งาน การจัดเก็บความรู้เพื่อให้ค้นหาได้ง่าย การสื่อสารเพื่อถ่ายทอดความรู้ การจัดกิจกรรมและกระบวนการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3).การวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อยกระดับความรู้ 4).การสร้างความรู้ใหม่ 5).การประยุกต์ใช้ความรู้ 6).การเรียนรู้จากการใช้ความรู้

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร., 2548) ได้นำเสนอขั้นตอนที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1). การบ่งชี้ความรู้ 2). การสร้างและแสวงหาความรู้ 3). การจัดความรู้ให้เป็นระบบ 4). การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5). การเข้าถึงความรู้ 6). การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 7). การเรียนรู้ เกิดระบบการเรียนรู้จากการสร้างความรู้ นำความรู้ไปใช้ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

- 1). การบ่งชี้ความรู้ 2). การดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3). การสังเคราะห์ความรู้ และ 4). การเผยแพร่ความรู้

1.3 วิธีการจัดการความรู้

วิจารณ์ พานิช (2547) ได้แนะนำวิธีการจัดการความรู้ เช่น

- AAR (After Action Review)
- BAR (Before Action Review)
- การเล่าเรื่อง หรือเรื่องเล่าเจ้าพลัง (storytelling)
- การฟังอย่างตั้งใจ (deep listening)
- สนทนาสนทนา หรือการเสวนา (dialogue)
- การซักถามอย่างชื่นชม (appreciative inquiry)
- ชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice)
- การเรียนรู้จากเหตุการณ์สำคัญ (critical incident technique)
- การจัดการเอกสาร (document management)
- การตรวจสอบสารสนเทศ (information auditing)
- การตรวจสอบความรู้ (knowledge auditing)
- การทำแผนที่ความรู้ (knowledge mapping)
- คลังสารสนเทศ (information repository)
- การใคร่ครวญ (reflection)
- ยุทธศาสตร์สนทนา (strategic conversation)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร., 2548) ได้แนะนำวิธีการจัดการความรู้ในหน่วยงาน เช่น

- การจัดตั้งทีมข้ามสายงาน (cross functional team)
- กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม (innovation & quality circles)
- ระบบพี่เลี้ยง (mentoring system)
- การสลับเปลี่ยนงาน (job rotation) และการยืมตัวบุคลากรมาช่วยงาน
- การจัดเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge forum)

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ World Café

World Café ไม่ได้เป็นกิจกรรมใหม่ แต่เกิดมาตั้งแต่ ปี 1995 เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการสัมมนา ที่ได้กลายมาเป็นที่นิยมมากขึ้นเรื่อยๆ เรียกว่าเป็น กระบวนทัศน์ใหม่ของ การสัมมนาก็ว่าได้ ผู้ให้กำเนิดกิจกรรมนี้ คือ Juanita Brown และ David Isaacs

หัวใจของ World Café เป็นกลวิธีการหนึ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ อยู่บนพื้นฐานของมิตรไมตรี ไม่สร้างความขัดแย้ง เรียนรู้ผ่านการสนทนาที่ผ่อนคลาย ไม่ด่วนตัดสินใจ และอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการสนทนาวงเล็กๆ ที่ทุกคนต่างมีอะไรมาเล่าอย่างเท่าเทียมกัน มีบรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร เมื่อทุกคนหมุนเวียนเปลี่ยนกลุ่มไปเรื่อยๆ จะเกิดพลวัต กลียุคการเจอจนเจอแม่ความรัก ความคิดความรู้ให้กันและกันมากขึ้นเรื่อยๆ หัวใจของ World Café ไม่ได้มีเพียง "เราจะรู้อะไรเพิ่ม" หรือที่เนื้อหาสาระอย่างเดียว แต่การเกิดเครือข่ายมนุษย์ผ่านการสนทนาเปิดใจ เป็นอีกหนึ่งประโยชน์ฝังใน tacit use ที่มีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนกว่าตัวเนื้อหาสาระ องค์ประกอบของ World Café มีดังนี้

- 1) ผู้ดำเนินรายการ
 - 2) เจ้าบ้าน (Host) ประจำโต๊ะ แต่ละโต๊ะมีเจ้าบ้านประจำ 1 คน ผู้เข้าร่วมกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-6 คน (ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มาจากหน่วยงานเดียวกันไม่ควรนั่งโต๊ะเดียวกัน)
 - 3) คำถาม หรือประเด็นนำในแต่ละรอบ
 - 4) อุปกรณ์จัดบันทึกประจำโต๊ะ เช่น กระดาษแผ่นใหญ่ ปากกาเมจิก
 - 5) ระยะเวลาในการแลกเปลี่ยน
 - 6) บรรยากาศผ่อนคลาย บรรยากาศแห่งมิตรไมตรีและความเท่าเทียม
- เทคนิคที่ควรใช้ใน World Café มีดังนี้
- 1) เคารพในความเท่าเทียมและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
 - 2) ผู้เข้าร่วมทุกคน คือ เพื่อนที่สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นกันได้

- 3) เปิดใจรับฟัง พร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ
 - 4) สิ่งที่ได้ ไม่ได้มีเพียงความรู้เนื้อหาเท่านั้น แต่ยังมีเรื่องของความสัมพันธ์กับผู้ที่เราสนทนาด้วย
 - 5) ฟังอย่างตั้งใจ ฟังจนจบโดยไร้อคติ ไม่ตัดสินถูกผิด
 - 6) พูดอย่างสร้างสรรค์ใช้วาจาสุภาพ
 - 7) มองข้ามปัญหาเน้นการหาหนทางแก้ไข
 - 8) ผู้เข้าร่วมควรแยกย้ายไปยังโต๊ะอื่นๆ ไม่ควรจับกลุ่มเดียวกันตลอดทุกกรอบ
- (คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2553)

สำหรับการดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ เน้นความรู้แบบ “ทำได้” มากกว่าจะเป็นความรู้แบบ “พูดได้” โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) จากประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหน่วยงานต่างๆ โดยใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบ World Café ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ความรู้และเกิดการสร้างเครือข่ายของกลุ่มคนที่ทำงานในด้านเดียวกันต่อไป

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการการให้บริการทางการแพทย์

ฮอลส์เมอ และ โรลีย์ (Holzemer and Reilly, 1995) กล่าวถึง กระบวนการในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider / process) คือ รูปแบบการปฏิบัติการ ขั้นตอนการดูแล มาตรฐานการวางแผน การดูแล หรือแนวทางการปฏิบัติการ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นกระบวนการการดูแล ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบประสิทธิภาพของการบริการ และยังสามารถเปรียบเทียบภายในองค์กรหรือระหว่างองค์กรได้

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2542) กล่าวว่า กระบวนการ (process) คือ กิจกรรมที่ทำเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกัน ทำให้ได้ผลลัพธ์ซึ่งมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 1). แกรับ (entry) 2). การประเมินสภาพผู้ป่วย (assessment) 3). การวางแผน (planning of care) 4). การดูแลผู้ป่วย (delivery of care) 5). การให้ข้อมูลเพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและญาติ (education & empowerment) 6). การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (continuous care)

สำหรับการดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ กระบวนการการให้บริการทางการแพทย์ที่นำมาจัดการความรู้ได้มาจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมกันกำหนดกระบวนการสำคัญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จะดำเนินการจัดการความรู้ต่อไป

ส่วนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ธรรมชาติของการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง

บุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการหรือความสามารถที่ขึ้นได้จาก 2 กลไก ได้แก่ การฟื้นตัวของระบบประสาท เช่น การยุบตัวของสมอง การไหลเวียนเลือดของสมองที่ดีขึ้น ทำให้ระดับของปัญหาทางระบบประสาทลดลง ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในช่วง 6 เดือนแรก เช่น กำลังของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น พูดได้ดีขึ้น กลไกที่สองคือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นของระดับความสามารถโดยที่ยังคงมีความบกพร่องทางกายอยู่ ความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ สภาพจิตใจ แรงจูงใจ ความช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัวและญาติ ส่วนใหญ่จะมีการฟื้นตัวภายใน 3-6 เดือนแรก โดยฟื้นตัวเร็วในช่วง 1-3 เดือนแรก

3.2 นิยามและเป้าหมาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลนั้นๆ มีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยและยืนยาว เพื่อดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมหลายมิติ ที่สำคัญประกอบด้วย

- 1) การป้องกัน เฝ้าระวัง รักษาความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- 2) การฝึกหัดให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด
- 3) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและปรับตัวทางจิต สังคม
- 4) การส่งเสริมให้บุคคลดังกล่าวกลับเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม รวมทั้งงานอาชีพ
- 5) ส่งเสริมยกระดับคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic approach) ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลรักษาจะต้องเข้าใจบุคคลนั้นๆ ทั้งด้านกาย ใจและสังคมที่แวดล้อม นอกจากนี้ทั้งบุคคลนั้นและสังคมที่แวดล้อมตัวเขาต้องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ มิใช่รอรับบริการเพียงอย่างเดียว

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ซึ่งแบ่งเป็นช่วงๆ โดยมีเป้าหมายและแนวทางดังนี้

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเฉียบพลัน ควรเริ่มต้นที่ที่ทราบการวินิจฉัยและพ้นจากภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต แนะนำให้มีการประเมินด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาตัว เพื่อให้ทราบถึงอาการทางคลินิก สาเหตุ ตำแหน่งและระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะนี้คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะถดถอยของสมรรถภาพจากการนอนนานๆ ต่อจากนั้นจึงเริ่มประเมินปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมเพื่อประกอบการวางแผนรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป แนะนำให้เริ่มกระตุ้นผู้ป่วยให้ขยับตัว (mobilization) เมื่ออาการคงที่แล้ว 24-48 ชั่วโมง ส่วนผู้ที่มีเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น subarachnoid แนะนำให้ชะลอการขยับตัวไป 10-14 วัน เพื่อให้อาการคงที่ก่อน เนื่องจากในระยะแรกมีเลือดออกซ้ำได้บ่อย

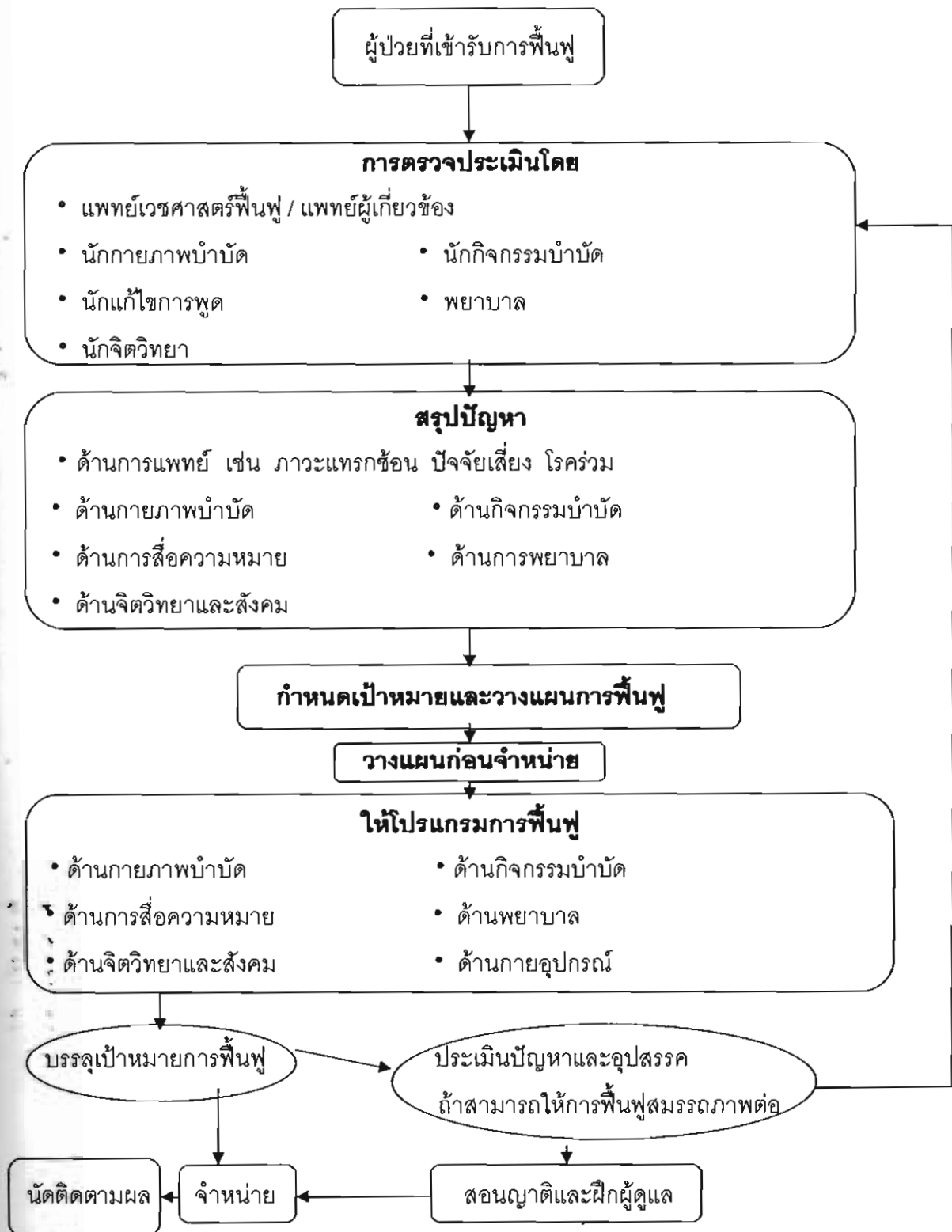
2) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล โดยต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการสื่อความหมาย ความพร้อมในการเรียนรู้และฝึกหัด รวมทั้งแรงจูงใจ เพื่อที่จะได้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลเหล่านั้น และจัดโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะนี้ทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับสภาพของบุคคลนั้นและครอบครัว เช่น ฝึกเองที่บ้าน หรือมาพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำแนะนำเป็นระยะๆ หรือมาฝึกที่สถานบริการแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน สถานบริการอาจเป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพก็ได้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์หลายด้าน ควรได้รับการดูแลและฝึกในโรงพยาบาล

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องตลอดชีวิต การออกจากโรงพยาบาลหรือการหยุดฝึกโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานบริการ มิใช่เป็นเพียงการสิ้นสุดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะเท่านั้น แต่หมายถึงการเริ่มต้นดำเนินชีวิตใหม่ของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเขาเหล่านั้นจะกลับคืนสู่สังคมภายนอก โดยอาจยังคงพบาตเดิมหรือลดพบาตลงอย่างมาก เขาเหล่านั้นต้องปรับตัวอีกครั้ง และอาจค้นพบปัญหาใหม่ๆ ผู้ให้การดูแลรักษาควรนัดบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาตรวจประเมิน และให้คำแนะนำเป็นระยะๆ อย่างน้อยที่สุดในช่วงปีแรก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงระดับความสามารถที่ได้จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นอีก

สรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การประเมินเพื่อค้นหาปัญหาความบกพร่องของระบบประสาท การสูญเสียความสามารถ และความด้อยโอกาสที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนทางการรักษาอย่างเหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่มุ่งป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสามารถกลับเข้าสู่ครอบครัวและสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรการแพทย์ ในการฝึกฝนและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการดำเนินชีวิต (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ , ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ , บรรณานิการ, 2547)

3.3 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เอกสารแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550 ซึ่งจัดทำโดยสถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สภากายภาพบำบัด สมาคมนักกิจกรรมบำบัด / นักอาชีวบำบัด แห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ทหารบก สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา โรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดภาคเอกชน ได้กำหนดกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพดังแผนภูมิ ต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทั้งนี้ได้อธิบายกิจกรรมหลักในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

1) **การกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟู** ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะทำการกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงโดยอาจมีผู้ป่วยและญาติร่วมด้วย

2) **การวางแผนก่อนจำหน่าย** ควรมีการวางแผนล่วงหน้าตั้งแต่เริ่มรับเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีวิธีการ ดังนี้

- (1) ประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยและญาติ เพื่อค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขร่วมกัน เช่น การปรับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย ผลกระทบทางจิตใจและสังคม โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาการสื่อสารหรือความจำ
- (2) ลดการฝึกจากเจ้าหน้าที่ลงตามลำดับ โดยให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้กำกับ และพัฒนาให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำเอง
- (3) ควรเน้นการให้คำปรึกษา รวมทั้งความรู้เรื่องโรค และองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เพื่อให้มีความเข้าใจผู้ป่วยดีขึ้น ลดความเครียดและความซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งจะลดปัญหาการทอดทิ้งและทำร้ายผู้ป่วยได้

3) **การจำหน่ายผู้ป่วยจากโปรแกรมการฟื้นฟู** ควรกระทำเมื่อผลการฟื้นฟูผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเป็นเวลา 2 สัปดาห์

การประเมินก่อนจำหน่าย ควรกระทำเพื่อรวบรวมข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากแผนการฟื้นฟู ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและประกอบกิจวัตรประจำวัน สภาพจิตใจ ลักษณะบ้านและสภาพแวดล้อม การสนับสนุนของครอบครัวและศักยภาพในการประกอบอาชีพ

แพทย์และทีมควรส่งต่อข้อมูลให้กับแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังนี้

- ประวัติทางการแพทย์และความสามารถก่อนเกิดโรค
- การดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล
- ชนิดและระยะเวลาของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ป่วยได้รับ
- ลักษณะการเคลื่อนไหว ความสามารถในการดูแลตนเอง ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ และวิธีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินกิจกรรมนี้ได้ต่อเนื่อง
- การดูแลทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่คาดว่าจะต้องใช้ในอนาคต
- ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และ cognition การรักษาที่ได้รับและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- ข้อเสนอแนะในการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง และระดับความสามารถสูงสุดของผู้ป่วยที่น่าจะเป็นไปได้

- 4) การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ควรมีการติดตามหลังจำหน่ายภายในเวลา 1 เดือน และติดตามต่อเนื่องตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดการให้บริการทางการแพทย์

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการวัดหรือประเมินคุณภาพวิธีหนึ่ง สามารถเป็นเครื่องประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการที่ให้การดูแล และกระบวนการย่อยๆ หรือผลลัพธ์ย่อยๆที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการหลัก อาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการในการประเมินคุณภาพที่จุดใดจุดหนึ่งของ การเชื่อมโยงกระบวนการของการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (process – outcome continuum) มีเป้าหมายที่จะสะท้อนกระบวนการให้บริการในส่วนที่มีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุของผลลัพธ์ที่ต้องการ (Hofer, et al ., 1997)

4.1 การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด

ซานอน (Zanon , 1999) ได้กำหนดขั้นตอนเพื่อสร้างตัวชี้วัดในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ดังนี้

- 1) สร้างทีมพัฒนาที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันที่ชัดเจน
- 2) กำหนดขอบเขตของบริการหรือกระบวนการการดูแลรักษา
- 3) ศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
- 4) ค้นหาแง่มุมสำคัญของการบริการหรือการดูแลที่จะเฝ้าติดตาม
- 5) กำหนดตัวชี้วัด
- 6) ตั้งเป้าหมายสำหรับระดับตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงปัญหาหรือโอกาสพัฒนา
- 7) วางกลไกสำหรับการเก็บข้อมูล
- 8) วางความถี่ที่จะดำเนินการทบทวนผลที่วัดโดยตัวชี้วัด
- 9) ทดสอบตัวชี้วัด
- 10) วางผู้ที่จะใช้ประโยชน์จากผลการประเมินและกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไป ทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดคุณภาพให้ใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 1999)

ได้สรุปประเด็นที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการ คือ

- 1) **Accessibility of care** หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น
- 2) **Timeliness of care** หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ
- 3) **Effectiveness of care** หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทั้งทางด้าน
กิริยามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย
- 4) **Efficacy of care** หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้
บริการ
- 5) **Appropriateness of care** หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มาใช้
บริการ
- 6) **Efficiency of care** หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย
หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
- 7) **Continuity of care** หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีการประสานกันอย่างต่อเนื่อง
ในบุคลากรกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร
- 8) **Privacy of care** หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่
เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว จากแฟ้มข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ
- 9) **Confidentiality of care** หมายถึง การดูแลรักษาความลับเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการ
เปิดเผยให้บุคคลอื่นๆ โดยปราศจากการยินยอม
- 10) **Participation of patient and patient family in care** หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิด
โอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับ
ความเจ็บป่วยของตนเอง
- 11) **Safety of care environment** หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อม
และพร้อมที่จะ ให้บริการการดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

4.2 คุณสมบัติของตัวชี้วัดที่ดี

ฮอฟเฟอร์ และคณะ (Hofer, et al., 1997) กล่าวว่าตัวชี้วัดที่ดี ควรมีคุณลักษณะดังนี้

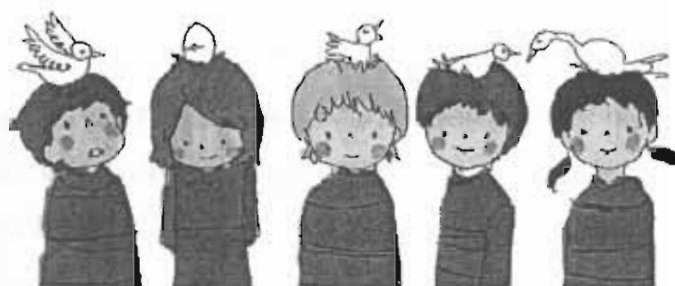
- 1) สามารถค้นหากรณีที่มีปัญหาได้ในระยะปัจจุบัน และย้อนหลัง
- 2) ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือข้อมูลที่สามารถเก็บได้โดยง่ายด้วยค่าใช้จ่ายต่ำ และใช้เวลาของ
บุคลากรน้อยที่สุด
- 3) สามารถค้นหากรณีที่มีความเป็นไปได้สูงที่อาจได้รับการดูแลที่ด้อยมาตรฐาน

4) สามารถระบุปัญหาที่มักเกิดซ้ำๆ และมีกลุ่มสาเหตุที่อยู่ในวิสัยที่จะสามารถป้องกันได้

อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ (2542) กล่าวถึงคุณสมบัติที่ดีของตัวชี้วัดไว้ดังนี้

- 1) ง่าย วัดได้บ่อย ตัวชี้วัดที่ดีควรเก็บข้อมูลได้ง่าย ไม่ทำให้ผู้เก็บข้อมูลรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่ใช้เวลาหรือทรัพยากรมากเกินไป ได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและถูกต้อง
- 2) วัดสิ่งที่มีความสำคัญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจน
- 3) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง สะท้อนผลการปรับปรุงให้เห็นได้ทันที เมื่อมีการปรับปรุง

สำหรับการดำเนินการจัดการความรู้ในครั้งนี้ การกำหนดตัวชี้วัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มาจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดที่มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลในหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ ตามประเด็นคุณภาพการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มีการกำหนดร่วมกัน



วิธีดำเนินการ

การดำเนินการจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน ดำเนินการโดยวิธีการการประชุมกลุ่ม (World Café) และการนำเสนอของหน่วยงาน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จำแนกหมวดหมู่ของข้อมูลตามกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 การดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการค้นหานวัตกรรม กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

ส่วนที่ 2 การพัฒนาตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 การดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการค้นหานวัตกรรม กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

มีวิธีดำเนินการในส่วนนี้ดังนี้

- 1) จัดตั้งคณะทำงานสหวิชาชีพจากหน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास สภาอากาศไทย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา โดยแต่ละแห่งมีองค์ประกอบเป็น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และหรือนักกิจกรรมบำบัด และหรือพยาบาลวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู หน่วยงานละ 3 ท่าน

- 2) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหวิชาชีพจากทุกหน่วยงาน โดย

ขั้นตอนที่ 1 ผู้นำการประชุม (facilitator) แจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุม

กติกาในการประชุม และให้สมาชิกแต่ละท่านแนะนำตัว

ขั้นตอนที่ 2 ผู้แทนแต่ละหน่วยงานนำเสนอการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3 จัดประชุมกลุ่ม โดยกำหนดให้สมาชิกกลุ่มแต่ละกลุ่มมีสมาชิกครบทุกวิชาชีพ

แต่ต่างหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดการผูกขาดการสนทนา (dominate) โดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แบ่งผู้เข้าประชุมเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมี เลขานุการประจำกลุ่ม (จากทีมผู้ดำเนินการ) ทำหน้าที่บันทึกถ้อยคำต่างๆที่ สมาชิกในกลุ่มพูดบนกระดานฟลิปชาร์ต เพื่อให้สมาชิกสามารถตรวจสอบ ความถูกต้องได้ทันที ระหว่างนี้ผู้นำการประชุม (facilitator) จะคอยช่วยเหลือ และกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้พูด

ขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีการประชุมกลุ่มแบบ World Café โดยการตั้งคำถาม 1 กลุ่มต่อ 1

คำถาม สมาชิกใช้เวลาในกลุ่มแต่ละกลุ่มประมาณ 45 – 60 นาที

แล้วเวียนไปกลุ่มอื่นจนครบทุกกลุ่ม คำถามประจำกลุ่มมีดังนี้

กลุ่มที่ 1 กระบวนการที่สำคัญ หรือวิธีการสำคัญ หรือขั้นตอนสำคัญที่

หน่วยงานของท่านใช้ในการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองให้ได้ผลดี คือกระบวนการอะไร แต่ละกระบวนการมีวิธีทำอย่างไร

กลุ่มที่ 2 มีวิธีการประเมินผลและหรือมีตัวชี้วัดสำคัญทางคลินิกอะไร ที่จะทำให้เรารู้ว่าการฟื้นฟูนั้นได้ผลดี

กลุ่มที่ 3 ในหน่วยงานของท่านมีจุดเด่นและหรือนวัตกรรมอะไร ในการ จัดบริการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

ขั้นตอนที่ 5 ทีมเลขานุการนำเสนอผลการบันทึกการประชุมในภาพรวมเป็นเอกสารรายงาน

ต่อผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน เพื่อให้มีการทบทวนผลการประชุมอีกครั้ง

ส่วนที่ 2 การพัฒนาตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีวิธีดำเนินการในส่วนนี้ดังนี้

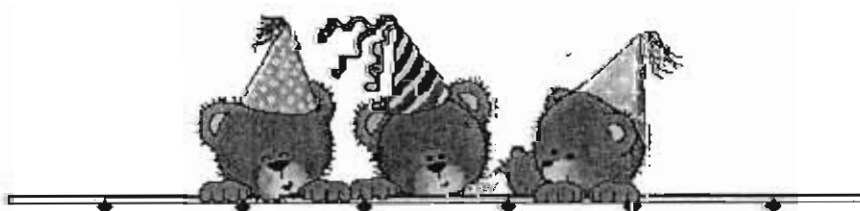
- 1) จัดประชุมคณะทำงานสหวิชาชีพของหน่วยงานเป้าหมาย
- 2) นำข้อมูลจากการดำเนินการในส่วนที่ 1 มาเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการประชุมครั้งนี้
- 3) ที่ประชุมร่วมกันกำหนดประเด็นหลักที่มีความสำคัญในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง การแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ควรจัดทำเป็นตัวชี้วัดสำคัญ
- 4) ผู้นำการประชุม (facilitator) ให้ข้อมูล และวิธีการจัดทำตัวชี้วัด
- 5) ร่วมกันจัดทำบัญชีรายการตัวชี้วัด การให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรายละเอียดวิธีการเก็บข้อมูล โดยเป็นตัวชี้วัดที่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ในหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง

- 6) ให้นำหน่วยงานทั้ง 5 แห่ง นำตัวชี้วัดทั้งหมดที่ถูกจัดทำขึ้นดำเนินการเก็บข้อมูล
- 7) จัดประชุมคณะทำงานสหวิชาชีพของหน่วยงาน 5 แห่ง เพื่อนำเสนอผลการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดในภาพรวมของทุกหน่วยงาน ทบทวนรายละเอียดและร่วมกันกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดแต่ละตัวเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีวิธีดำเนินการในส่วนนี้ดังนี้

- 1) ทีมสหวิชาชีพของหน่วยงาน 5 แห่ง และทีมผู้ดำเนินการ ร่วมกันกำหนดหน่วยงานที่จะนำมาเป็นเครือข่ายในการทดลองใช้ตัวชี้วัด ฯ โดยในเบื้องต้นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณปริมณฑล ซึ่งใกล้กับหน่วยงานเริ่มต้นทั้ง 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท 1 แห่ง ซึ่งได้โรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
- 2) หน่วยงานเริ่มต้น 5 แห่ง และหน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง นำตัวชี้วัด ฯ ไปทดลองเก็บข้อมูล
- 3) ทีมผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับค่าเฉลี่ย และค่าสูงสุด – ต่ำสุดของตัวชี้วัดแต่ละตัว แก่ทุกหน่วยงาน
- 4) หน่วยงานแต่ละแห่งให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ทีมผู้ดำเนินการ เกี่ยวกับข้อคิดเห็นการนำตัวชี้วัด ฯ ไปใช้ในทางปฏิบัติ
- 5) ทีมผู้ดำเนินการ เพิ่มเติมข้อคิดเห็นของหน่วยงานใน measurement template แต่ละตัว
- 6) สรุปรายละเอียดตัวชี้วัด ฯ เพื่อเผยแพร่ต่อไป



ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า : กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการค้นหาวัตกรรม กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการค้นหาวัตกรรม กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ กระบวนการสำคัญขั้นตอนหนึ่งของการจัดการความรู้ โดยนำผู้ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันมาร่วมแลกเปลี่ยน แบ่งปัน เรียนรู้ในเรื่องเดียวกันเพื่อให้ได้มาซึ่งขุมความรู้ในเรื่องนั้นๆ สำหรับให้ผู้ที่ทำงานในด้านเดียวกันนี้ได้นำไปทดลองปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้นั้นๆ ถูกยกระดับขึ้นเรื่อยๆ ผ่านการปฏิบัติ ประยุกต์ และปรับใช้ตามสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่หลากหลาย

สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดำเนินการในครั้งนี้ ได้นำบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ทำหน้าที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหน่วยงานต่างๆ 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงคนิวาส สภากาชาดไทย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา มาร่วมแบ่งปัน เทคนิค วิธีการ การปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดี ซึ่งเราจะได้เห็นความพยายามในการทำงานดีๆ เพื่อประชาชนของกลุ่มคนดังกล่าว ดังนี้

ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภากาชาดไทย

1. ข้อมูลทั่วไป

การจัดบริการด้านการฟื้นฟู มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำนวน 80 เตียง ไม่มีบริการผู้ป่วยนอก รับผู้ป่วยจาก ภาปร.ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว หากต้องพบแพทย์จะนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาปร.ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เช่นกัน

ในปัจจุบันมีบุคลากร ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สังกัดศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภากาชาดไทย 6 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สังกัดคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 8 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 3 ท่าน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู 26 ท่าน นักกายภาพบำบัด 9 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 6 ท่าน นักอรรถบำบัด 2 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน นักดนตรีบำบัด 1 ท่าน และธาราบำบัด 1 ท่าน

2. ลักษณะการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

2.1 การรับผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในความดูแลของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตรวจประเมินผู้ป่วยที่ติด ภาปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน จะแจ้งมายังหน่วยเวชระเบียนของศูนย์เวชศาสตร์ฯ ซึ่งจะจัดผู้ป่วยเข้าตามสายวันของแพทย์ และส่งประวัติไปที่หอผู้ป่วย หอผู้ป่วยจะส่งประวัติผู้ป่วยไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจะมีการตรวจประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (admission round) ของทีมเพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายในการรักษา ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาดังแต่แรกรับเพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2.2 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

ทีมฟื้นฟูจะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบตั้งแต่แรกรับเป็นผู้ป่วยใน (admit) ว่ามีกำหนดวันนอนในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ 60 วัน ต่อการรับเป็นผู้ป่วยใน (admit) 1 ครั้ง หลังจากประเมินสภาพผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยรายที่ทีมฟื้นฟูมีความเห็นว่าสามารถให้การฟื้นฟูอย่างเต็มรูปแบบได้ จะจัดให้มีการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด วันละ 3 - 4 ชั่วโมงต่อวันต่อผู้ป่วย 1 ราย ในช่วงเช้า ส่วนช่วงบ่ายเป็นการฝึกพูด และฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายในโรงยิมด้านการฟื้นฟู ซึ่งจะมีอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยในการฝึก โดยจัดให้มีโปรแกรมเช่นนี้ทุกวัน ขณะที่รับเป็นผู้ป่วยใน (admit) ผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้า (Progress) ในการฝึก เมื่อครบกำหนดสองสัปดาห์ก่อนการจำหน่าย จะนัดญาติมาฝึกทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วย และให้ทดลอง

นำผู้ป่วยไปดูแลที่บ้าน 1 ครั้ง ในวันเสาร์ วันอาทิตย์ ก่อนการจำหน่ายสองสัปดาห์ หลังจากนั้น สอบถามญาติเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแล และสภาพส่วนต่างๆของบ้านที่อาจเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว และส่วนอื่นๆ เมื่อญาติให้ข้อมูลแล้ว หากทีมฟื้นฟูพิจารณาว่าต้องปรับปรุงสภาพบ้านจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายเพื่อให้คำแนะนำในการปรับปรุงสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ทีมฟื้นฟูที่ไปเยี่ยมบ้านประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแล้วหากญาติมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ได้

“ขณะที่คนไข้อยู่กับเรา เราจัดโปรแกรมการฟื้นฟูให้คนไข้เป็นตารางเวลาที่แน่นอนทุกวัน เหมือนจัดการเรียนการสอนให้นักเรียนในโรงเรียนเลย ทำให้เห็นพัฒนาการที่ชัดเจนของคนไข้ รู้สึกภาคภูมิใจในวิชาชีพของตัวเองมาก”

“จะขอเล่ากรณีตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่ง อยู่ในวัยทำงานอายุ 42 ปี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปอยู่บ้าน 1 เดือน ระหว่างที่อยู่บ้าน อยู่กับคุณแม่อายุ 70 ปี และป้าอายุมากอีกท่านหนึ่ง ปกติคนไข้เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทุกอย่างในบ้าน ระหว่างอยู่บ้านนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทานอาหารเป็นโจ๊กโดยใช้หลอดดูดบนเตียงทุกมื้อ เมื่อมาฝึกฟื้นฟูที่เรา 1 เดือนผ่านไป คนไข้สามารถทานอาหารธรรมดาได้เองโดยการป้อนด้วยมือซ้าย สามารถยับยั้งตัวเองจากเตียงมาที่รถเข็นข้างเตียง และเข็นรถเองได้ สามารถเดินในระยะใกล้โดยใช้ไม้เท้า 3 ขา โดยไม่ต้องมีคนช่วยได้ เมื่อกลับจากการฟื้นฟูไปแล้วบริษัทของคนไข้ก็ยินดีให้คนไข้กลับไปทำงานได้ โดยบริษัททำการปรับสภาพห้องน้ำใหม่ จะเห็นได้ว่าหลังจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลทางอายุรกรรมประสาทแล้ว การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อคนไข้เป็นอย่างมาก ทั้งนี้ เพื่อให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ที่ศูนย์เอง เคยมีคนไข้ตอบแบบประเมินว่า อยากให้มีสถานบริการแบบนี้มากๆ ในประเทศไทย”

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความก้าวหน้า(progress) ในการฝึกการฟื้นฟูฯ ขณะที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลแบบผู้ป่วยใน (admit) จะจัดโปรแกรมการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดวันละ 2 ชั่วโมงต่อวันต่อผู้ป่วย 1 รายทุกวัน และสอนญาติเพื่อให้ญาติสามารถทำการฟื้นฟูผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

3.จุดเด่นและหรือนวัตกรรมของการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- จัดให้มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยครบทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด นักดนตรีบำบัด และธาราบำบัด
- จัดให้มี Music Therapy คนไข้ทุกรายจะได้ฟังเพลง ร้องเพลง ผู้ป่วยรายใดที่พูดไม่ได้สามารถส่งเสียง อ้อ อา ใช้เครื่องดนตรีหลายแบบตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น

อังกฤษ กลอง มีทั้งแบบกลุ่มและแบบเฉพาะราย เช่น ร้องเพลงจีนสำหรับผู้ป่วยที่พูดภาษาไทยไม่ได้ เป็นต้น

- นักกิจกรรมบำบัดมีการประดิษฐ์ Hand spin ทำจาก Thermoplastic ช่วยตามมือลดภาวะเกร็งมือของผู้ป่วย
- จัดให้มีห้องผ่อนคลาย (Relaxation) ประกอบด้วยจอแอล ซี ดี (LCD) เปิดเพลง เปิดวิว ให้ผู้ป่วยดู
- จัดให้มีธาราบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยลดปวด ผีกเดิน และสามารถออกกำลังกายในน้ำได้
- จัดให้มีการประเมินและเตรียมความพร้อมในด้านการประกอบอาชีพให้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยดูจากอาชีพก่อนป่วยของผู้ป่วยคืออะไร เช่น ผู้ป่วยที่มีอาชีพขายอาหาร จะฝึกการใช้อุปกรณ์ประกอบอาหาร เช่น การฝึกจับตะหลิว สำหรับรายที่มีอาชีพทำงานในสำนักงานจะฝึกการใช้คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ข้อมูลทั่วไป

ศูนย์สิรินธรมีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ จำนวน 48 เตียง และมีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) และให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic)

ในปัจจุบันมีบุคลากร ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 15 ท่าน นักกายภาพบำบัด 18 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 13 ท่าน นักอรรถบำบัด 3 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน และ นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน

2. ลักษณะการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

2.1 การรับผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในความดูแลของ تیمฟื้นฟูสมรรถภาพ

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ตรวจและประเมินสภาพผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก และพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับบริการแบบ 1).แบบผู้ป่วยนอก (OPD case) 2). แบบผู้ป่วยใน (IPD case) 3).แบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic)

2.2 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก

หลังจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตรวจและประเมินผู้ป่วยแล้ว จะส่งต่อนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด จัดโปรแกรมการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยประมาณ 2-3 วัน ต่อสัปดาห์ ต่อผู้ป่วย 1 ราย จัดทำ team meeting ในรายที่มีปัญหา จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมการฟื้นฟูเมื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2.3 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

ศูนย์สิรินธรได้กำหนดหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ดังนี้

- 1) Resting BP < 180/100 หรือ $\geq$ 90/60 mm Hg
- 2) Resting pulse rate > 40 หรือ < 120 bpm
- 3) Resting respiratory rate < 22 bpm
- 4) Temperature < 38 °C
- 5) No uncontrolled infection
- 6) No uncontrolled DM / HT
- 7) No uncontrolled seizure / epilepsy
- 8) No pressure ulcer gr. 3,4 และขนาด > 4 cm.
- 9) Able to follow 2 – step command ยกเว้น admit เพื่อฝึก caregiver หรือมี Aphasia
- 10) ไม่มีอาการอะละอียวายุที่ไม่สามารถควบคุมได้
- 11) ไม่มีภาวะอื่นๆ ที่ต้องเฝ้าระวังสูง
- 12) มีญาติผู้ดูแลหลักร่วมอยู่ในทีมการฟื้นฟู

เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาดูแลแบบผู้ป่วยใน ทีมฟื้นฟูจะแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบตั้งแต่แรกรับเป็นผู้ป่วยใน (admit) ว่ามีการกำหนดวันนอนในโรงพยาบาลไม่เกิน 45 วัน ต่อการดูแลแบบผู้ป่วยใน (admit) 1 ครั้ง พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานกับวิชาชีพต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย โดยจัดระบบบริการแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nurse system) และประสานงานให้มีการประชุมทีม (team meeting) ภายในสองสัปดาห์หลังรับเป็นผู้ป่วยใน (admit) เพื่อดำเนินการในการรักษา ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยในจะได้รับโปรแกรมทางกายภาพบำบัดทุกวัน ทุกคน วันละประมาณ 1 ชั่วโมง โดยก่อนทำกายภาพบำบัดมีการวัดสัญญาณชีพ หากสัญญาณชีพผิดปกติดำเนินการแจ้งไปยังหอผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยไปพักที่หอผู้ป่วย ในการทำกายภาพบำบัดเจ้าหน้าที่จะแจ้ง

ญาติตั้งแต่แรกว่าในระยะแรกของการดูแล สัดส่วนการดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติจะเป็น 80 : 20 และเมื่อผ่านการดูแลไประยะหนึ่ง สัดส่วนการดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติจะเป็น 20 : 80 “ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการเกร็ง หรือปวดข้อหลายๆจุด ที่ศูนย์สิรินธรฯเรามีหมอนึ่งเข็มที่เป็นมืออันดับต้นๆของประเทศ ซึ่งเราก็จะส่งไปฝังเข็มเป็นวิธีการร่วมรักษาทางหนึ่งไปด้วย ก็พบว่าค่อนข้างได้ผลดี”

“สำหรับที่ศูนย์สิรินธรฯ แล้ว เราเน้นเรื่องการทำงานเป็นทีมเป็นอย่างมาก เพราะคิดว่าการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดี ขึ้นอยู่กับทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง คือ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ซึ่งต้องทำงานเป็นทีมร่วมกัน” มีการจัดประชุมทีม (team meeting) เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมการฟื้นฟู หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้วประมาณหนึ่งเดือน ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตปริมณฑลและกรุงเทพมหานคร ทีมฟื้นฟูจะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยเลือกผู้ป่วยจากมติที่ประชุมทีม (team meeting) ทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ การเยี่ยมบ้านจะแนะนำเรื่องการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และให้คำแนะนำด้านการฟื้นฟูแก่ญาติเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

2.4 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic)

ศูนย์สิรินธรฯได้กำหนดหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) ดังนี้

- 1) Onset $\leq$ 1 ปี
- 2) Stable medical conditions
- 3) Able to follow 1- step command
- 4) Able to sit with or without support $\geq$ 30 นาที
- 5) ต้องมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในเวลาราชการ

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) จะจัดโปรแกรมทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด ให้ 1 ชั่วโมงต่อวัน ประมาณ 2 – 5 วัน ต่อสัปดาห์ และจัดให้มีการประชุมทีม (team meeting) ทุกวัน เพื่อดำเนินการฟื้นฟูร่วมกันในทีมและญาติผู้ป่วย

“จากประสบการณ์ การให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) ค่อนข้างได้ผลดี เพราะดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ดูแลเอื้อย และต่อเนื่อง”

“สำหรับตัวเองคิดว่า สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การให้กำลังใจผู้ป่วย เพราะการฟื้นฟู เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา เราจะให้คู่มือการฟื้นฟู ให้ผู้ป่วยไปฝึกที่บ้าน เมื่อนัดครั้งต่อไปจะประเมินดูว่าเขาทำได้ไหม ถ้าทำได้ก็จะชมเชยให้กำลังใจ ”

3.จุดเด่นและหรือนวัตกรรมของการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- จัดให้มีรถออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการเชิงรุก (Mobile Clinic) แก่ผู้ป่วยในต่างจังหวัดที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้
- มีเครื่องมือทันสมัยหลายชนิดสำหรับช่วยในการฟื้นฟูผู้ป่วย เช่น Robotic Gate Analysis เครื่องวิเคราะห์การลงน้ำหนัก เป็นต้น
- ดำเนินการเป็นแม่ข่ายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยในชุมชน (Community Base Rehabilitation : CBR) ในจังหวัดนนทบุรี โดยดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่างๆในจังหวัดนนทบุรี ที่หน่วยงานตั้งอยู่ จัดอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับหน่วยงานปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) เน้นบุคคลทั่วไปและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้
- จัดให้มีการอบรมเฉพาะทางระยะสั้น 4 เดือนร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (หลักสูตรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง)
- จัดให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
- จัดให้มีบ้านจำลองเรียกว่า บ้านวิถีอิสระให้ผู้ป่วยที่เตรียมจำหน่ายทดลองอยู่ 1 สัปดาห์ มีพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลอยู่ด้วย ประเมินหลัง 1 สัปดาห์ ถ้าทีมฟื้นฟูประเมินว่าผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูดี (progress) ก็จะจำหน่ายผู้ป่วย

โรงพยาบาลภูมิพล

1.ข้อมูลทั่วไป

ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะมีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ในปัจจุบันมีบุคลากร ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 14 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 2 ท่าน

2. ลักษณะการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

2.1 การรับผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในความดูแลของทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์อายุรกรรมประสาท เป็นผู้ส่งปรึกษาเพื่อรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ในใบ Acute Ischemic Stroke Clinical Management Plan และมี ward round ของทีมสหวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน (admit) ซึ่งเป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อจัดโปรแกรมการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

2.2 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก

ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในครั้งแรก จะมีการประเมินผู้ป่วย หากประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยควรฝึกกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดต่อ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาล และมีญาติสามารถพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ก็จะนัดให้ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แล้วส่งต่อนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด จัดโปรแกรมที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยจนผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมการฟื้นฟู

2.3 ลักษณะบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลภูมิพลดำเนินการดูแลผู้ป่วยตาม Acute Ischemic Stroke Clinical Management Plan (รายละเอียดในภาคผนวก 3) โดยจะเริ่มโปรแกรมการฟื้นฟูเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ และปลอดภัยแล้ว ประมาณวันที่ 2 หลังเกิด Acute Ischemic Stroke โดยจัดโปรแกรมกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมง หลังจากครบ 7 วันแล้ว หากประเมินว่าผู้ป่วยต้องได้รับโปรแกรมทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดต่อ และอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลจะนัดมารับการฝึกที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อ กรณีที่อยู่นอกพื้นที่ของโรงพยาบาลภูมิพล จะประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลภูมิพลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทีมฟื้นฟูประกอบด้วย พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่กองเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลภูมิพลจะมีการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น เดือนละ 1 ครั้ง

3. จุดเด่นและหรือนวัตกรรมของการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - จัดให้มี Acute Ischemic Stroke Clinical Management Plan เพื่อใช้สื่อสารในทีมอย่างชัดเจนตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน (admit) จนถึงวันที่ 7 ของแผนการดูแล
 - จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง
 - จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับ ญาติ ครอบครัว หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลราชวิถี

1. ข้อมูลทั่วไป

ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะมีการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ในปัจจุบันมีบุคลากร ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 ท่าน นักกายภาพบำบัด 13 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 2 ท่าน ช่างกายอุปกรณ์ 2 ท่าน

2. ลักษณะการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

ผู้ป่วยใน (admit) หรือผู้ป่วยนอก ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่ปรึกษาแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู จะได้รับการประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกราย เพื่อประเมินภาวะโรคที่มีอยู่ และการทำงานของร่างกาย และจิตใจ จากนั้นเป็นการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาในเบื้องต้น และส่งต่อการรักษาไปยังบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป ได้แก่

- 1) นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ประเมิน Barthel Index การยืนเดินของผู้ป่วยอย่างละเอียดยิ่งขึ้น และเป็นผู้ฝึกผู้ป่วยในด้านการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนย้ายตัวและการเดิน ทั้งนี้ นักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลราชวิถีจะมีอยู่ 3 ท่าน
- 2) นักกิจกรรมบำบัด จะเป็นผู้ประเมินเรื่องการกลืน การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน และการใช้มือข้างที่อ่อนแรง พร้อมทั้งฝึกตามปัญหาที่เกิดขึ้น
- 3) นักกายอุปกรณ์ เป็นผู้ช่วยผลิตอุปกรณ์ เพื่อช่วยตามมือ และเท้า ในรายที่มีอาการเกร็ง เพื่อป้องกันข้อยึดติด และทำให้การเดินดีขึ้นในรายที่มีข้อเท้าจิกเกร็ง

จากนั้นจะมีการประเมินเป็นระยะทุก 1 – 3 เดือนในช่วงปีแรก เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและผลจากการฝึก ในรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ได้แก่ ความเข้าใจด้านภาษา หรือมีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาค่าใช้จ่ายหรือผู้ดูแล ทางแผนกจะทำการปรึกษานักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ต่อไป การสื่อสารระหว่างวิชาชีพในทีมการฟื้นฟูจะเป็นการพูดคุยโดยตรง และโดยการบันทึกในแบบฟอร์มการประเมิน และแบบบันทึกการรักษาของแผนกฟื้นฟู โดยจะบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทำการฝึกถึงระดับไหน ยังคงมีการพัฒนาต่อเนื่องหรือไม่ และควรสิ้นสุดการรักษาหรือไม่ โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยมีลักษณะการฟื้นตัวอยู่ในระดับคงที่และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับสูงสุดที่ควรจะเป็น หรือผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย

3. จุดเด่นและหรือนวัตกรรมของการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- กำหนดให้พื้นที่ในเขตดินแดงเป็นพื้นที่เป้าหมายในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยไปเป็นทีมสหวิชาชีพ ทุกวันพุธเดือนละ 2 ครั้ง สอนและให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย
- สอนการปรับปรุงสภาพบ้าน นัดมาตรวจเพิ่มหรือนัดมารับอุปกรณ์เสริม

สถาบันประสาทวิทยา

1. ข้อมูลทั่วไป

จัดให้มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะ จำนวน 30 เตียง (ไม่นับเตียงที่มีไว้สำหรับผู้ป่วย acute stroke) และให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

ในปัจจุบันมีบุคลากร ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 5 ท่าน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู 6 ท่าน นักกายภาพบำบัด 9 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 3 ท่าน โภชนาการ 4 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 6 ท่าน นักจิตวิทยา 5 ท่าน นักกายอุปกรณ์ 1 ท่าน ช่างกายอุปกรณ์ 1 ท่าน

2. ลักษณะการจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน

สถาบันประสาทวิทยา ได้จัดทำ ischemic stroke care map เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นผู้ป่วย acute stroke จะได้รับการประเมินจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ทุกราย เพื่อเตรียมให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อน " สิ่งสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ผลดี คือ 1) มีการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยโดยเร็ว ยิ่งเร็ว ยิ่งดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรอยโรคของผู้ป่วยทางสมองด้วย 2) ทักษะในการฟื้นฟูผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ 3) ความตั้งใจในการทำกิจกรรมด้านการฟื้นฟู ของญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วย จากประสบการณ์คิดว่าองค์ประกอบทั้งสามอย่างนี้คือส่วนสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูประสบความสำเร็จในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง "

ภายหลังที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินผู้ป่วยแล้วพิจารณาว่าผู้ป่วยมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ แต่ผู้ป่วยมีการสูญเสียสมรรถภาพด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การสื่อความหมาย โดยผู้ป่วยยังสามารถทำตามคำสั่งได้ 2 ขั้นตอน และเรียนรู้ได้ แพทย์จะสั่งการรักษาโดย

จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นเวลาอย่างน้อยวันละ 2 ชั่วโมง และสัปดาห์ละ 5 วันขึ้นไป จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ทีมกำหนดไว้จึงจำหน่ายออกจากโปรแกรม ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทดังนี้

- 1) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตรวจประเมินผู้ป่วย ตั้งเป้าหมาย สั่งการรักษาทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 2) นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ตรวจประเมินตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามปัญหาที่พบ และมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ ถ้าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะเรียนปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อจำหน่าย ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้จะเรียนปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนโปรแกรมที่เหมาะสม
- 3) นักกายอุปกรณ์ จัดหาอุปกรณ์ตามใบสั่งแพทย์
- 4) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทุกราย

ที่สถาบันประสาทวิทยาให้การให้บริการ Botulinum toxin A injection สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งมาก และให้บริการฝังเข็ม (Acupuncture) ร่วมกับเวชศาสตร์ฟื้นฟูโปรแกรมปกติด้วย

สำหรับผู้ป่วยที่มี Barthel Index น้อยกว่า 70 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน และผู้ป่วยมีบ้านอยู่ในพื้นที่ของสถาบันประสาทวิทยา จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย หากญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จะนำญาติหรือผู้ดูแลมาสอนที่สถาบันประสาทวิทยาอีกครั้ง

3. จุดเด่นและหรือนวัตกรรมของการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- จัดทำ ischemic stroke care map ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูทุกราย ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- จัดทำแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines For Stroke Rehabilitation) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานแก่แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา และนักกายอุปกรณ์ ของโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ
- จัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน ภายในมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรค สัญญาณอันตรายของโรค การรักษา การป้องกัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก คู่มือฯ จัดพิมพ์เป็นภาพสีสวยงาม ญาติหรือผู้ดูแลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

- จัด stroke club ปีละ 3 ครั้ง นัดผู้ป่วยในและนอก และญาติมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้เล็งเห็นคำแนะนำ
- จัดอบรมผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านระบบประสาทแบบครบวงจรตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute stroke) จนถึงระยะเรื้อรัง (chronic stroke)

นอกจากนี้ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อย สรุปข้อมูลตามกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

กระบวนการ	Practical Point
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)	- ประเมินสภาพผู้ป่วย Acute stroke ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ทุกสาย เพื่อเตรียมให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน 7 หัวข้อ ได้แก่ 1). ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2). ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3). การกลืน 4). ภาษาและการพูด 5). การขับถ่าย 6).สติปัญญา 7).จิตใจ (สถาบันประสาทวิทยา) - ตรวจร่างกายผู้ป่วยตามระบบให้ครอบคลุมและประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย (ทุกหน่วยงาน) - ศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาของผู้ป่วย (ทุกหน่วยงาน) - ให้แต่ละวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยตามวิธีการประเมินที่มีลักษณะเฉพาะของวิชาชีพนั้นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด เป็นต้น แล้วสรุปปัญหาของผู้ป่วยในรูปแบบบันทึกเก็บไว้ในแฟ้มผู้ป่วยเพื่อใช้สื่อสารในทีม (ทุกหน่วยงาน) - ต้องตรวจ Lab พื้นฐาน ได้แก่ electrolyte , BS , BUN , Cr. , Lipid profile และEKG ก่อน admit ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง (ทุกหน่วยงาน) - screen case ที่ฝึกไม่ได้มาก่อน (ทุกหน่วยงาน)

กระบวนการ	Practical Point
2.การวางแผนในการดูแลผู้ป่วย (Plan of care)	- กำหนดเป้าหมาย (Goal) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายโดยทีมสหวิชาชีพ (ศูนย์สิทธิรักษา , ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास) - กำหนด program ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย (ทุกหน่วยงาน) - แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบตั้งแต่ admit ว่ามีการกำหนดวันนอนในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 สัปดาห์ หรือ 60 วัน ต่อการ admit 1 ครั้ง (ศูนย์สิทธิรักษา , ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास , สถาบันประสาทวิทยา) - มีการประชุมทีมและกำหนดบทบาทของผู้ป่วยในแต่ละราย ทั้งการกำหนดเป้าหมายในการฟื้นฟู (Goal) การวางแผนการรักษา ให้การรักษาตาม program ที่กำหนดโดยทีม ประเมิน program การรักษาเป็นระยะ ปรับ program ให้เหมาะสม (ศูนย์สิทธิรักษา , ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास) - การตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูผู้ป่วย (Goal) ต้องพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ (สำคัญมาก) ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพการเจ็บป่วยตามความเป็นจริงของผู้ป่วย (ศูนย์สิทธิรักษา , ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास , สถาบันประสาทวิทยา)
3. การดูแลรักษาผู้ป่วย (Care of patient)	- ทำงานเป็นสหวิชาชีพ 1 ทีม ต่อผู้ป่วย 1 ราย และให้มีญาติที่จะเป็นผู้ดูแลหลักร่วมอยู่ในทีมด้วย (ศูนย์สิทธิรักษา) - มี primary nurse ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย กรณีผู้ป่วย re – admitted อีกครั้งจะได้ทีมเดิมดูแล (ศูนย์สิทธิรักษา) - มีระบบฉุกเฉิน (Code 9) ที่แพทย์ พยาบาล สามารถมาช่วยผู้ป่วยได้ภายใน 4 นาที ระหว่างที่ให้การฟื้นฟูผู้ป่วย (ศูนย์สิทธิรักษา)

กระบวนการ	Practical Point
	- ให้แต่ละวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ ผู้ป่วยตามขอบเขตวิชาชีพของตน โดยมีการประชุมทีมฟื้นฟูเป็นระยะ (ทุกหน่วยงาน) - กรณีพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเฉพาะโรคต้องส่งปรึกษาแพทย์ต่างสาขา (โรงพยาบาลราชวิถี , โรงพยาบาลภูมิพล , สถาบันประสาทวิทยา) - วัดสัญญาณชีพก่อนและหลังทำกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยทุกราย ถ้ามีปัญหาให้ดักกิจกรรมและลงบันทึกในใบ medical record (โรงพยาบาลราชวิถี) - มีการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดยดูความรู้สึกตัว ระวังผู้ป่วยเกิด re-stroke อีกครั้ง (ทุกหน่วยงาน) - มีระบบควบคุมความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม เมื่อผู้ป่วยมีการพลัดตกหกล้ม ให้แจ้งหัวหน้าทราบ รายงานแพทย์และเขียนรายงานความเสี่ยงในแบบบันทึกความเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก (สถาบันประสาทวิทยา) - จัดหาอุปกรณ์ป้องกันความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เช่น ผ้าผูกยึดผู้ป่วย เป็นต้น (โรงพยาบาลราชวิถี) - ระวังการเกิด burn ในผู้ป่วยที่วาง Hot Pack ในบริเวณที่ปวด (สถาบันประสาทวิทยา) - ระวังการสำลักตอนฝึกการกลืน ต้องประเมินการกลืนก่อน (ทุกหน่วยงาน) - ใช้ Apply Technique หลายๆเทคนิค ดูตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ทำกายภาพบำบัด โดย manual เป็นหลัก เพื่อให้สามารถสัมผัสคนไข้ได้โดยตรง (สถาบันประสาทวิทยา)

กระบวนการ	Practical Point
	- กรณีนี้คนไข้ OPD walk in จะแทรกคิวจากคิวของผู้ป่วย admit เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกายภาพบำบัดทุกคน (สถาบันประสาทวิทยา) - จัดระบบการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยเป็นรอบๆ รอบละ 6 คน ต่อ นักกายภาพบำบัด 1 คน เข้า 3 รอบ บ่าย 2 รอบ เพื่อให้ผู้ป่วยในได้ทำกายภาพบำบัดทุกวัน ทุกคน นักกายภาพบำบัดแต่ละคน มี zoning เพื่อทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบโดยเฉพาะ กรณีที่นักกายภาพบำบัดท่านใดลากระทันหัน จะมีตารางผู้รับผิดชอบแทนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์สิรินธรฯ) - การทำกายภาพบำบัด เน้นเริ่มต้นที่ Functional Exercise แตกต่างจากตำราไม่เริ่มจาก Passive Exercise จากประสบการณ์ถ้าตอนเริ่มฟื้นฟูให้ผู้ป่วยฝึกกิจวัตรประจำวันที่มีผลต่อการดำรงชีวิตก่อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การนั่ง การยืน จะมีผลต่อกำลังใจของผู้ป่วย ทำให้การฟื้นฟูได้ผลดี (ศูนย์สิรินธรฯ) - เทคนิคการตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถ off NG tube ได้หรือไม่ ให้ทดสอบด้วยน้ำ 1 ช้อนชา ถ้ากลืนได้ไม่ลำบาก เพิ่มเป็น 10 ml. ถ้าไม่ลำบากอีกเพิ่มเป็น 30 ml. ถ้าไม่ลำบากอีกเพิ่มเป็น 90 ml. ถ้าผู้ป่วยกลืนติดต่อกันได้ภายใน 3 วินาที จะเรียนปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อ off NG tube (สถาบันประสาทวิทยา) - การตั้งเป้าหมายทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย จะดำเนินการร่วมกันโดยนักกายภาพบำบัด 2 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย (ศูนย์สิรินธรฯ)

กระบวนการ	Practical Point
4. การสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ (Communication)	- มีการประชุมทีมสหวิชาชีพ (Team meeting) เพื่อวางแผนเป้าหมายผู้ป่วยร่วมกัน ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ หลังผู้ป่วย admit และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ศูนย์สิรินธรฯ) - มีการบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในประวัติของผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ (Progress ' s note) (ทุกหน่วยงาน) - กรณีผู้ป่วย admit มี ward round ของทีมสหวิชาชีพ (โรงพยาบาลภูมิพล) - มีการพูดคุยสอบถามถึงวิธีการในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วยแบบไม่เป็นทางการของวิชาชีพอื่นกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อหาวิธีในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา) - เมื่อค้นพบปัญหาของผู้ป่วยในวิชาชีพใดก็ตามรีบแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที (สถาบันประสาทวิทยา) - เมื่อใดก็ตามที่ทีมพบว่า Goal ที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ ให้แจ้งแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยน Goal ให้เหมาะสม (ศูนย์สิรินธรฯ)
5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)	- มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนการวางแผนจำหน่าย เฉพาะรายที่มีปัญหา แนะนำเรื่องห้องน้ำ ทางเดิน เตียงนอน และโต๊ะทานอาหาร (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สววงคนิवास , โรงพยาบาลภูมิพล) - รวบรวมตัวอย่างของบ้านผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนบ้านบางรายที่ทำแล้วได้ผลดี มาให้ญาติผู้ป่วยดู เพื่อเกิด idea ในการปรับเปลี่ยนบ้าน (ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สววงคนิवास) - ให้ญาติมีส่วนร่วมในการฝึกผู้ป่วย สอน ward program ให้ญาติของผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ญาติทำให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม (สถาบันประสาทวิทยา) - ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย สอน Home Program ให้แก่ญาติและผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา)

กระบวนการ	Practical Point
6. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ (Information and empowerment)	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นแนวทางการรักษา การดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยและญาติ (ทุกหน่วยงาน) - แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ฟื้นฟูผู้พิการ เช่น รถเข็น เป็นต้น (ทุกหน่วยงาน) - สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย การฝึกผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ (ทุกหน่วยงาน) - จัดอบรมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา , โรงพยาบาลภูมิพล)
7. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care)	- มีโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่มี Barthel Index น้อยกว่า 70 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 เดือน ให้ Home program ที่เหมาะสม หลังจากนั้นอีก 1 เดือนไปเยี่ยมอีกครั้งเพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายแล้ว แต่ไม่สามารถฝึกเองได้ ประเมินผู้ป่วยซ้ำแล้วนำญาติมาสอน (สถาบันประสาทวิทยา) - มีการติดตามผู้ป่วยทุกรายหลังจำหน่ายแล้ว เป็นเวลา 1 เดือน สำหรับผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร และ ปริมณฑล (ศูนย์สิรินธรฯ)

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการประชุมคณะทำงานสหวิชาชีพของหน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง ได้กำหนดประเด็นสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้แก่ Effectiveness of care , Accessibility of care , Continuity of care , Participation of patient and patient family in care จากประเด็นดังกล่าวคณะทำงานสหวิชาชีพได้ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด
1. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะที่เข้ารับการฟื้นฟู
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูแล้วมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน
9. จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน

ตัวชี้วัดแต่ละตัวมีรายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1

ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้
2.ความหมายของตัวชี้วัด	เป้าหมายที่กำหนดไว้ หมายถึง เป้าหมายหลัก (short term goal) ในการฟื้นฟูที่ถูกกำหนดขึ้นร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง (ไม่เกิน 60 วัน) หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะที่เป็นปัญหาและอุปสรรคจนไม่สามารถรับการฟื้นฟูจนครบ Program ที่กำหนดไว้ไม่นำมาคำนวณในตัวชี้วัดนี้ โดยปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของทีมสหวิชาชีพของแต่ละหน่วยงาน
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยในได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ได้สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามศักยภาพของผู้ป่วย
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่ได้รับการฟื้นฟู}} \times 100$
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก 3 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	สุ่มจากเวชระเบียนผู้ป่วยในอย่างน้อย 20 ราย ทุก 3 เดือน
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	4 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 2

**ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิม
หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2.ความหมายของตัวชี้วัด	BI เพิ่มขึ้น = คะแนน Barthel Index ก่อนจำหน่ายเพิ่มจากคะแนน Barthel Index ตอนแรกรับ อย่างน้อย 5 คะแนน
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟู}}$
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สัปดาห์ 20 ราย ทุก 3 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วยและหรือแบบบันทึกของหน่วยงานแรกรับและก่อนจำหน่าย
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	4 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 3

ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม
ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2.ความหมายของตัวชี้วัด	มีส่วนร่วม = การร่วมทำกิจกรรมการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพ = การทำกายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด/ อรรถบำบัด/ การพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ญาติและหรือผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟู}} \times 100$
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สุ่ม 20 ราย ทุก 3 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	แบบบันทึกของแต่ละวิชาชีพ สุ่ม 20 ราย ทุก 3 เดือน
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	4 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 4

จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ
ในขณะที่เข้ารับการฟื้นฟู

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะที่เข้ารับการฟื้นฟู
2.ความหมายของตัวชี้วัด	ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลัก แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน หมายเหตุ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตัวชี้วัดต้องเป็นภาวะที่มีผลต่อการฟื้นฟู หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟู
4.สูตรในการคำนวณ	ไม่มี
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	เดือนละ 1 ครั้ง
7.แหล่งข้อมูล	ใบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและหรือเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	ทุกเดือน
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ครั้ง

ตัวชี้วัดที่ 5

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain
2.ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain หมายถึง อาการปวดไหล่ในข้างที่อ่อนแรงซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาหรือความผิดปกติที่ข้อไหล่ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่นำมาคำนวณ
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นและเฝ้าระวังอาการที่จะเกิดใหม่หรือเกิดซ้ำ
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟู}} \times 100$ ในช่วงเวลาเดียวกัน
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สัปดาห์ 20 ราย ทุก 3 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	สัปดาห์จากเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างน้อย 20 ราย ทุก 3 เดือน
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	4 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 6

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูแล้ว
มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูแล้ว มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง
2.ความหมายของตัวชี้วัด	การติดตามดูแลต่อเนื่อง = มีการติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหลัง การจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหรือสถานพยาบาลที่ได้รับ การส่งต่อ
3.วัตถุประสงค์ของ ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟูและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว}} \times 100$
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บ ข้อมูล	สุ่ม 20 ราย ทุก 3 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วยและหรือโทรศัพท์ติดตามญาติหรือผู้ดูแล
8.รอบระยะเวลาในการ นำเสนอตัวชี้วัด	4 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 7

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2.ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหวิชาชีพอย่างน้อยได้รับการทำกายภาพบำบัด
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4.สูตรในการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่รับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100$
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สุ่ม 30 ราย ทุก 6 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	ทะเบียนประวัติผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ไม่นับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยสาเหตุอื่น หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น)
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	2 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 8

ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตน
ก่อนกลับบ้าน

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน
2.ความหมายของตัวชี้วัด	คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน หมายถึง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลับไปปฏิบัติตนตามคำแนะนำที่ได้รับจากสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
4.สูตรในการคำนวณ	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน $\times 100$
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาเดียวกัน
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	สัปดาห์ 30 ราย ทุก 6 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วย
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	2 ครั้ง/ปี
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ร้อยละ

ตัวชี้วัดที่ 9

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้
ภายใน 28 วัน

ประเด็น	รายละเอียด
1.ชื่อของตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน
2.ความหมายของตัวชี้วัด	การ Re-admitted หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และกลับมาเป็นผู้ป่วยในจากปัญหาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้าภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่าย
3.วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการวางแผนจำหน่ายและจำหน่ายอย่างเหมาะสม
4.สูตรในการคำนวณ	ไม่มี
5.เป้าหมาย	
6.ความถี่ในการเก็บข้อมูล	ทุก 1 เดือน
7.แหล่งข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
8.รอบระยะเวลาในการนำเสนอตัวชี้วัด	ทุกเดือน
9.หน่วยที่ใช้ในการวัด	ราย

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ผลการทดลองใช้ตัวชี้วัดในหน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง

หลังจากได้กำหนดรายละเอียดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว หน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงคนิवास
สภากาชาดไทย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพล
โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา ได้ทดลองนำตัวชี้วัดดังกล่าวไปเก็บข้อมูลซึ่งได้ผล
ดังนี้

ตัวชี้วัด	Max	Min	average
1. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟู จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	100 %	50%	76.66 %
2. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มี คะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพ	100 %	60%	80%
3. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติ และหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	100 %	90 %	93.33 %
4. จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะเข้ารับการฟื้นฟู	10 ครั้ง	0 ครั้ง	2 ครั้ง
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain	40 %	0 %	12 %
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ ฟื้นฟูแล้วมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง	100 %	20%	60 %
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถ เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	100 %	60%	92%
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	100 %	70%	94%

ตัวชี้วัด	Max	Min	Average
9. จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน	0 ราย	0 ราย	0 ราย

หลังจากได้ผลการทดลองเก็บข้อมูลตามรายละเอียดของตัวชี้วัดที่กำหนดแล้ว ได้ประชุมคณะทำงานสหวิชาชีพเพื่อพิจารณาบททวนรายละเอียดของตัวชี้วัด และกำหนดค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อให้เกิดความท้าทายในการพัฒนา ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	$\geq 70\%$
2. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	$\geq 80\%$
3. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	100%
4. จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะเข้ารับการฟื้นฟู	0 ครั้ง
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain	$\leq 10\%$
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูแล้วมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง	$\geq 70\%$
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	$\geq 80\%$
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	100%
9. จำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน	0 ราย

จากผลการทดลองเก็บข้อมูลตัวชี้วัด โดยหน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง อธิบายผลตามเป้าหมายที่กำหนดของตัวชี้วัดแต่ละตัว ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Average (เก็บข้อมูลจริง จากหน่วยงาน 5 แห่ง)	การแปลผล
1. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	$\geq 70\%$	76.66 %	ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
2. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	$\geq 80\%$	80%	ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
3. ร้อยละของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองที่ญาติและหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	100%	93.33 %	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้
4. จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะเข้ารับการฟื้นฟู	0 ครั้ง	2 ครั้ง	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain	$\leq 10\%$	12 %	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้
6. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูแล้วมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง	$\geq 70\%$	60 %	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	Average (เก็บข้อมูลจริง จากหน่วยงาน 5 แห่ง)	การแปลผล
7. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	$\geq 80\%$	92%	ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน	100%	94%	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้
9. จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน	0 ราย	0 ราย	ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดที่แสดงประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 ตัวชี้วัดที่ 2 และตัวชี้วัดประเด็นการเข้าถึงบริการ และการกลับเข้ารับการรักษาใหม่ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่มีผลการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 5 ใน 9 ตัว ที่แสดงให้เห็นโอกาสในการทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ กระบวนการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะที่เข้ารับการฟื้นฟู ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบที่เกิดจากการสำลัก แผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน โดยอาจนำไปหาสาเหตุเพื่อหาทางป้องกันเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่มี shoulder pain ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเมื่อเกิดแล้วมีผลต่อการฟื้นฟู ดังนั้นควรประเมินผู้ป่วยในเรื่องนี้เพิ่มขึ้นเพื่อแก้ไขตั้งแต่ในระยะแรกไม่ให้เรื้อรัง การให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟู การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน และการติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

3.2 ผลการทดลองใช้ตัวชี้วัดฯ ในหน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง

ทีมสหวิชาชีพของหน่วยงานเป้าหมาย 5 แห่ง และทีมผู้ดำเนินการร่วมกันกำหนดหน่วยงานที่จะนำมาเป็นเครือข่ายในการทดลองใช้ตัวชี้วัดฯ โดยในเบื้องต้นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณปริมณฑล ซึ่งใกล้กับหน่วยงานเริ่มต้นทั้ง 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะ

ทางด้านระบบประสาท 1 แห่ง ซึ่งได้โรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาล
 ประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลชลบุรี
 โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
 โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ
 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งได้ทดลองนำตัวชี้วัดฯ ไปเก็บข้อมูลได้ผลดังนี้

ตัวชี้วัด	Max	Min	Average (เก็บข้อมูลจริง จากหน่วยงาน เครือข่าย 12 แห่ง)	เป้าหมาย	การแปลผล
1. ร้อยละของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมองที่ ฟื้นฟูจนสามารถบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดไว้	95 %	40%	71.26 %	$\geq 70\%$	ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย
2. ร้อยละของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมองที่มี คะแนน BI เพิ่มขึ้นจาก เดิมหลังจากได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ	100 %	16.25 %	69.30 %	$\geq 80\%$	ทบทวนและหา โอกาสพัฒนา กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องใน ประเด็นนี้
3. ร้อยละของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมองที่ ญาติและ/หรือผู้ดูแลมีส่วน ร่วมในการฟื้นฟู สมรรถภาพ	100 %	35 %	87.37 %	100%	ทบทวนและหา โอกาสพัฒนา กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องใน ประเด็นนี้
4.จำนวนครั้งของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ สำคัญในขณะที่เข้ารับการ ฟื้นฟู	22 ครั้ง	0 ครั้ง	2.08 ครั้ง	0 ครั้ง	ทบทวนและหา โอกาสพัฒนา กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องใน ประเด็นนี้

ตัวชี้วัด	Max	Min	Average (เก็บข้อมูลจริง จากหน่วยงาน เครือข่าย 12 แห่ง)	เป้าหมาย	การแปลผล
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่มี Shoulder pain	15 %	0 %	5.34 %	$\leq 10 \%$	ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย
6.ร้อยละของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่เข้ารับ การฟื้นฟูแล้วมีการ ติดตามดูแลต่อเนื่อง	90 %	0 %	57.04 %	$\geq 70\%$	ทบทวนและหา โอกาสพัฒนา กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องใน ประเด็นนี้
7.ร้อยละของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ สามารถเข้าถึงบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ	100 %	26.66 %	81.95 %	$\geq 80\%$	ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย
8. ร้อยละของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ได้รับ คำแนะนำในการปฏิบัติ ตนก่อนกลับบ้าน	100 %	26.66 %	87.12 %	100%	ทบทวนและหา โอกาสพัฒนา กระบวนการ ดูแลผู้ป่วยที่ เกี่ยวข้องใน ประเด็นนี้

ตัวชี้วัด	Max	Min	Average (เก็บข้อมูลจริง จากหน่วยงาน เครือข่าย 12 แห่ง)	เป้าหมาย	การแปลผล
9. จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ Re-admitted โดยไม่ได้วางแผนไว้ภายใน 28 วัน	2 ราย	0 ราย	0.25 ราย	0 ราย	ทบทวนและหาโอกาสพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าตัวชี้วัดที่แสดงประสิทธิผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1 และตัวชี้วัดประเด็นการเข้าถึงบริการ อยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่มีผลการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 6 ใน 9 ตัว ที่แสดงให้เห็นโอกาสในการทบทวนและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โรคหลอดเลือดสมองให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ กระบวนการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในขณะเข้ารับการฟื้นฟู การให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการฟื้นฟู ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจากเดิมหลังจากได้รับการฟื้นฟู การติดตามดูแลต่อเนื่อง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ด้วยปัญหาทางการฟื้นฟูโดยไม่ได้วางแผนไว้

3.3 ข้อคิดเห็นของหน่วยงานต่อการนำตัวชี้วัดไปทดลองเก็บข้อมูล

ข้อคิดเห็นของหน่วยงานเริ่มต้น 5 แห่ง และหน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง ข้อมูลป้อนกลับที่ได้รับจากหน่วยงาน คือ ตัวชี้วัดที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 9 ตัวนี้ สามารถสะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงานได้ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการแบบผู้ป่วยใน การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ 1, 2 และ 3 อาจต้องมีการพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะบริการที่หน่วยงานจัด ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี้เป็นโอกาสเริ่มต้นในการพัฒนาต่อไป



สรุปและข้อเสนอแนะ

การดำเนินการจัดการความรู้กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

: กรณีศึกษา 5 หน่วยงาน ดำเนินการโดยวิธีการประชุมกลุ่ม (World Café) และการนำเสนอของหน่วยงาน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) มีหน่วยงานที่จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน 3 แห่ง โดยเป็นหน่วยงานที่ให้บริการเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูโดยตรง 2 แห่ง หน่วยงานที่ให้บริการโรคทางระบบประสาท 1 แห่ง ส่วนหน่วยงานอีก 2 แห่ง จัดบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก สรุปประเด็นการเรียนรู้ที่สำคัญ ดังนี้

1. การจัดให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเร็ว เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การฟื้นฟูได้ดี ซึ่งในทีมที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบประสาท แพทย์อายุรกรรมประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู ควรจัดให้มีแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกันที่ชัดเจนและใช้สื่อสารในทีม เช่น Ischemic Stroke Care Map ของสถาบันประสาทวิทยา ที่กำหนดให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วยภายใน 24 - 48 ชั่วโมงทุกราย การจัดทำ Acute Ischemic Stroke Clinical Management Plan ของโรงพยาบาลภูมิพล ที่กำหนดให้เริ่มโปรแกรมการฟื้นฟูเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ ประมาณวันที่ 2 หลังเกิด Acute Ischemic Stroke เป็นต้น โดยเมื่อมีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน และเป็นข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเร็วและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย

2.การทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่อาศัยการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขา ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีวิธีการประเมินสภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการสื่อสาร การประชุมร่วมกันของทีม เพื่อให้การดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น มี admission round และ team meeting ในศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงคันนิวาส สภาอากาศไทย การจัดทำ team meeting โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อดึงเป้าหมายการฟื้นฟู และวางแผนการฟื้นฟูร่วมกัน หลังจากผู้ป่วย admit 2 สัปดาห์ และก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ของศูนย์สิรินธรฯ

3. การให้ข้อมูลและเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ เพราะเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในครอบครัว จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาทันทีหลังเกิดโรค มีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นหลายอย่าง ญาติอาจกังวลว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต หรือถ้ารอดชีวิตจะหลงเหลือความพิการมากน้อยเพียงใด จาก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ 5 หน่วยงาน ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญ เช่น มีการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางการรักษา การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติ (ทุกหน่วยงาน) มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิต่างๆที่ผู้ป่วยจะได้รับ เช่น การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ฟื้นฟูผู้พิการ เช่น รถเข็น เป็นต้น (ทุกหน่วยงาน) มีการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การกำหนดเป้าหมาย การฝึกผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ (ทุกหน่วยงาน) มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยโรงพยาบาลภูมิพล มีการจัด stroke club ให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีบุคลากรทาง การแพทย์สหวิชาชีพให้คำแนะนำ และตอบข้อซักถาม มีการจัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต , อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน ภายในมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรค สัญญาณอันตรายของโรค การรักษา การป้องกัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้าน การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาหารทางสายให้อาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก คู่มือฯจัดพิมพ์เป็นภาพสี สวยงาม ญาติหรือผู้ดูแลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ จัดทำโดยสถาบัน ประสาทวิทยา

4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ด้วยข้อจำกัดของวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในประเทศไทย จำนวนเตียง และจำนวนบุคลากร ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพถูก จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟู และเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็น กระบวนการที่ต้องใช้เวลา การออกจากโรงพยาบาลหรือการหยุดฝึกโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่หน่วย บริการมิใช่เป็นการสิ้นสุดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วต้องเผชิญกับการ ปรับตัวครั้งสำคัญเนื่องจากมีความบกพร่องทางกายเกิดขึ้น ดังนั้นต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ สามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งหน่วยงานกรณีศึกษาทั้ง 5 หน่วยงานให้ความสำคัญ ในประเด็นนี้ ตัวอย่างเช่น การอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านในวันเสาร์ อาทิตย์ เพื่อกระตุ้นให้ ครอบครัว และผู้ดูแล ปรับตัวเข้าหากัน และให้ผู้ป่วยมีโอกาสปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในบ้าน รวมทั้งให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านจริงๆ และหาทางแก้ไขได้ ตั้งแต่ต้น โดยศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภาภาษาไทย มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนการวางแผน จำหน่าย เฉพาะรายที่มีปัญหา แนะนำเรื่องห้องน้ำ ทางเดิน เตียงนอน และโต๊ะทานอาหาร โดยศูนย์

เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास และโรงพยาบาลภูมิพล มีการรวบรวมตัวอย่างของบ้านผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนบ้านบางรายที่ทำแล้วได้ผลดีมาให้ญาติผู้ป่วยดู เพื่อเกิดแนวคิด (idea) ในการปรับเปลี่ยนบ้าน โดยศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สว่างคนิवास ให้ญาติมีส่วนร่วมในการฝึกผู้ป่วย สอน ward program ให้ญาติของผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้ญาติทำให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม โดยสถาบันประสาทวิทยา

5.การพัฒนาารูปแบบบริการที่หลากหลายและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการที่ใช้เวลาที่จะทำให้บุคคลนั้นๆมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ของบุคคลนั้นเอื้ออำนวย สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างปลอดภัย และดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว หน่วยงานกรณีศึกษาได้มีการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เช่น การจัดทำมีบริการคลินิกเฉพาะโรค (stroke clinic) เป็นการให้บริการฟื้นฟูแบบไปกลับ ของศูนย์สิรินธร และแม้ว่าหน่วยงานกรณีศึกษาทั้ง 5 แห่ง จะเป็นหน่วยบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า แต่ก็จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังการจำหน่ายในทุกหน่วยงาน

6.การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น ศูนย์สิรินธรดำเนินการเป็นแม่ข่ายด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยในชุมชน (Community Base Rehabilitation : CBR) ในจังหวัดนนทบุรี ที่หน่วยงานตั้งอยู่ โดยดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ต่างๆในจังหวัดนนทบุรี จัดอบรมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับหน่วยงานปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) เน้นบุคคลทั่วไปและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้

7.ตัวชี้วัดคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นทั้ง 9 ตัว สามารถสะท้อนคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน ส่วนหน่วยงานที่ไม่มีการจัดบริการแบบผู้ป่วยในอาจต้องมีการพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะบริการที่หน่วยงานจัด ซึ่งการดำเนินการในครั้งนี้เป็นโอกาสเริ่มต้นในการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริม สนับสนุน ให้มีเวที หรือสร้างโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยลักษณะเดียวกันได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของกันและกัน เพื่อการพัฒนางาน ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยการสนับสนุนทรัพยากร สนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ นำผลที่ได้จากการเรียนรู้ขยายวงให้กว้างออกไป เพื่อยกระดับความรู้ขึ้นเรื่อยๆ ผ่านการปฏิบัติ ประยุกต์ และปรับใช้ตามสภาพแวดล้อม และสถานการณ์ที่หลากหลาย และกลุ่มผู้ปฏิบัติควรรวมตัวกันเป็นชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices : CoP) ไม่เฉพาะในหน่วยงานของตนเองเท่านั้น แต่สามารถรวมตัวกันต่างหน่วยงานได้ โดยอาจใช้ web portal ของ Thailand Knowledge Center ที่ URL <http://gotoknow.org> เป็นช่องทางในการแลกเปลี่ยนก็ได้

2.กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เหมาะสมกับประเทศไทย เพื่อให้โอกาสผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูได้สูงสุดตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา แต่มีข้อจำกัดด้านการจ่ายเงินในบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวนเตียง และบุคลากรทางการแพทย์

3.กรมการแพทย์ ควรรวมตัวชี้วัดด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นกลุ่มเดียวกัน (package) เพื่อผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และมีอัตราตายลดลง และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่มีขนาดใหญ่ที่สุดด้วย



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ ในกึ่งแก้ว ปาจรีย์, บรรณาธิการ, 2547. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แอล.ที. เฟลส จำกัด
- กรมการแพทย์ โดยสถาบันประสาทวิทยาและสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2552). รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. มปท.
- กัญญาลักษณ์ ณ รังษี และคณะ. (2545). การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- กฤษณะ แก้วมูล. (2550) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พุทธชินราชเวชสาร ปีที่ 24 ฉบับที่ 1. มกราคม - เมษายน 2550
- คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, สำนักงาน. (2548). คำอธิบายวิธีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ
- คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2553) World Café พุดคุยประสาสมาคมแพ ร่วมลดความเหลื่อมล้ำทางความรู้. ชุดโครงการระบบออนไลน์เพื่อการจัดการความรู้สู่สาธารณะ
- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. (2546). สโตรค 2003 . นิตยสารใกล้หมอ .ปีที่ 27 .ฉบับที่ 9. ตุลาคม 2546
- บุญดี บุญญากิจ และคณะ.(2549).การจัดการความรู้ จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน)
- บุรชัย ศิริมหาสาร และผศ.พัชรา กวางทอง.(2552). สรรพวิธีการจัดการความรู้สู่องค์กร. อัจฉริยะ.พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร :บริษัท สำนักพิมพ์แสงดาว จำกัด
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. (2552). องค์การแห่งความรู้: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รัตนไตร
- วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้คืออะไร. [Online]. Available from :
URL : <http://www.kmi.or.th/kmi-articles/prof-vicharn-panich/28-0001-intro-to-km.html> (Accessed December 13, 2010)

- วิไล คุปต์นิรติชัยกุล. (2551). ระบาดวิทยาของทะเบียนโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพหลอดเลือดสมองไทย : กรณีศึกษาสหสถาบัน. Journal of The Medical Association of Thailand .ปีที่ 91 ฉบับที่ 2 ปี 2551
- สถาบันประสาทวิทยา . (2550). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1
- สุธาทพร ขจรฤทธิ์. (2547) . ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ. (2542). ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ . กรุงเทพมหานคร :บริษัท ดีไซน์ จำกัด
- อรรถัย เขียวเจริญ และคณะ. (2552) . สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย . วารสารวิชาการสาธารณสุข .ปีที่ 18 .ฉบับที่ 4 . กรกฎาคม – สิงหาคม 2552

ภาษาอังกฤษ

- Hofer, T.P.,Bernstein , S.J., Hayward ,R.A.,et al (1997) Validating quality indicators for hospital care
- Holzemer,W.L.,Reilly ,C.A. (1995) Variables , variability and variations research : implications for medical informatics
- JCAHO .(1999) National Library of Health Indicators.
- Probst ,G.,Raub,S and Romhardt ,K. (2000) Managing Knowledge :Building Blocks for Success. Chichester : John Wiley & Sons
- Trapp , Holger.1999. Benefits of an intranet –based knowledge management system – Measuring the effects
- WHO . World Health Organization Knowledge Management Strategy [Online] . URL : http://www.who.int/kms/about/strategy/kms_strategy.pdf .(Accessed December 13, 2010)
- Zanon ,p. (1999) Recognizing Quality .เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ . สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ภาคผนวก

สรุปข้อมูลการนำเสนอการจั้ดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ หน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงาน 5 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงคนิवास สภาอากาศไทย ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา ในขั้นตอนของการทดลองนำตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไปทดลองเก็บข้อมูลในหน่วยงานเครือข่าย 12 แห่ง ทีมสหวิชาชีพของหน่วยงาน 5 แห่ง และทีมผู้ดำเนินการ ร่วมกันกำหนดหน่วยงานที่จะนำมาเป็นเครือข่ายในการทดลองใช้ตัวชี้วัดฯ โดยในเบื้องต้นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลที่อยู่บริเวณปริมณฑล ซึ่งใกล้กับหน่วยงานเริ่มต้นทั้ง 5 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท 1 แห่ง ซึ่งมีโรงพยาบาลเข้าร่วมดังนี้ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยได้ให้แต่ละหน่วยงานนำเสนอวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสามารถนำเสนอได้ ดังนี้

โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา

โรงพยาบาลฉะเชิงเทราไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 4 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 2 ท่าน นักอรรถบำบัด 1 ท่าน และช่างกายอุปกรณ์ 1 ท่าน

การจัดบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา เริ่มจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูรับปรึกษาจากหอผู้ป่วย หลังจากที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว หลังจากนั้นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะประเมินผู้ป่วยและสั่งการรักษาทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และอรรถบำบัด และประเมินผลของโปรแกรมการฟื้นฟูโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูแล้วจึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรม หากผู้ป่วยยังไม่บรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมืองฉะเชิงเทราจะนัดให้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD case) ต่อ กรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วและไม่สามารถมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ ทางหน่วยเวชกรรมฟื้นฟูจะประสานงานกับหน่วยเวชกรรมสังคมให้นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด ออกไปเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตเมืองจะส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ดูแล ซึ่งบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลจะเชิงเทราจะจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูแก่บุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนเป็นระยะ ตามความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน

▪ ที่โรงพยาบาลจะเชิงเทรา การประสานงานระหว่างหน่วยเวชกรรมฟื้นฟูกับหน่วยเวชกรรมสังคมค่อนข้างดี หน่วยเวชกรรมสังคมทำงานเชิงรุกในพื้นที่และดูแลผู้ป่วยที่อยู่ตามบ้าน เราให้นักกายภาพบำบัดร่วมไปในทีมด้วยเพื่อแนะนำเรื่องการฟื้นฟู ส่วนนักกิจกรรมบำบัดดูแลเรื่องการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่สามารถมารับบริการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลได้ ก็จะนัดมาเป็น OPD case ต่อ "

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ หลังจากผู้ป่วยมีสถานะทางการแพทย์คงที่แล้ว และแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ ผู้ป่วยจะถูกย้ายไปที่ศูนย์บริการผู้ป่วยระยะยาว (long term care) ซึ่งจัดบริการแบบผู้ป่วยสามัญ และห้องพิเศษ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 5 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 3 ท่าน นักโภชนาการ 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน และนักจิตวิทยา 2 ท่าน

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มี case conference ภายในกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการฟื้นฟูที่ให้แก่ผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้ง เมื่อผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ก็จะพิจารณาจำหน่าย จัดให้มี stroke ward round โดยแพทย์อายุรกรรมประสาท นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา ร่วมประชุมปรึกษาหารือความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง

▪ เนื่องจากตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีวันนอนในโรงพยาบาลประมาณ 7 วัน ผู้ป่วยบางรายที่ต้องการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ เช่น อยู่ในระหว่างการฝึกเดิน เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เราจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยไปอยู่บ้านอย่างมาก ทางทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะนัดญาติให้มาเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมไปกับเราด้วยขณะที่เราฝึกผู้ป่วย และจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล ประมาณเดือนละ 1-2 ครั้ง จัดทำดีวีดีและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แจกให้ญาติผู้ป่วยทุกราย "

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

โรงพยาบาลสมุทรปราการ จัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งแบบผู้ป่วยใน และแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการของผู้ป่วยในจะจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆ ที่พอจะมีเตียงว่างให้ผู้ป่วยพักได้ เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยสูตินารีเวช เป็นต้น และให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) สำหรับผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้ว และประเมินญาติว่ามีความสามารถพาผู้ป่วยมาฝึกต่อเนื่องที่โรงพยาบาลได้ ส่วนรายที่ไม่สามารถมาฝึกต่อเนื่องที่โรงพยาบาลได้ จะจัดให้เข้าโปรแกรม Home Health Care ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 5 ท่าน

“ สิ่งที่สำคัญที่สุด เราต้องพบญาติทุกราย นี่คือเป้าหมายของเรา สำหรับตัวเองเนื่องจากบ้านใกล้โรงพยาบาล ญาตินัดหมอมองเห็น ทุ่มหนึ่งก็รอ เพื่อสอนญาติ เพราะคิดว่าสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ญาติมีส่วนสำคัญมาก ๆ เมื่อสอนญาติไปแล้ว อีก 3 วันต่อมาจะนัดญาติสอบ เพื่อประเมินผลว่าทำได้หรือไม่ ถ้าญาติดูมีศักยภาพก็จะแจ้งแพทย์เพื่อจำหน่ายผู้ป่วย และอีกเรื่องหนึ่งก็คือนักกายภาพบำบัดกับอายุรแพทย์ต้องคุยกันบ่อยๆ เพื่อบอกความก้าวหน้าในการฝึกทางกายภาพแก่แพทย์ เช่น ขณะนี้คนไข้กำลังฝึกเดินแล้วนะ ขอเวลาอีกหน่อย ขอสักสองสามวันนะ ค่อยจำหน่าย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าพัฒนาการฝึกเขาดีขึ้น ชีวิตเขาเปลี่ยน ”

โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลราชบุรี จัดให้มีหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู ที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ปวดแหว่ ปวดคอ รุนแรง จำนวน 28 เตียง (สามัญ 20 เตียง พิเศษ 8 ห้อง) และให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู 10 ท่าน นักกายภาพบำบัด 8 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 5 ท่าน นักอรรถบำบัด 1 ท่าน ช่างกายอุปกรณ์ 5 ท่าน

“ การจัดการบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลราชบุรีจะเหมือนกับทุกที่ แต่สิ่งที่อยากจะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ คือ ”

“ จัดให้บริการแบบพยายาลเจ้าของไข้ โดยมีหลักการว่า เจ้าของไข้ต้องรู้เรื่องทุกอย่างของคนไข้ จัดให้มีการเยี่ยมบ้านก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย และเจ้าของไข้ต้องไปกับทีมเยี่ยมบ้านด้วย ก่อนจำหน่าย จะแจกนามบัตรของหอผู้ป่วยและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ญาติไปด้วย เรามีบริการให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงทางโทรศัพท์ ถ้าคนไข้มีปัญหามาถามโทรมาถามได้ตลอด ที่หอผู้ป่วยของเราค่อนข้างเน้นกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยค่อนข้างมาก เช่น จัดให้มีการสวนมนต์ก่อนนอน การใส่บาตรข้างเตียง การทำสมาธิบำบัด การออกกำลังกายในหอผู้ป่วย

เป็นต้น "

" ในพื้นที่ของเรามีโรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งอยู่ใกล้วัดพระศรีอากี เจ้าอาวาสท่านเคยอาพาธเป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ที่โรงพยาบาลราชบุรี ก่อนจำหน่ายทางทีมงานของเราได้ไปปรับภูมิให้ท่าน และส่งต่อให้โรงพยาบาลโพธารามดูแลต่อ หลังจากท่านดีขึ้น ท่านได้จัดตั้ง ศูนย์การเรียนรู้ผู้พิการขึ้นที่วัด โดยใช้ตัวเองเป็นตัวอย่าง และจัดกิจกรรมให้มีการพูดคุยกันทุกวันศุกร์ปลายเดือนก็ค่อนข้างได้ผลดี เนื่องจากท่านเป็นพระนักพัฒนาและพระนักเทศน์ "

" สำหรับคนไข้ที่มี shoulder pain จากประสบการณ์ ถ้าตรวจพบ แล้วให้ยากลุ่ม NSAID เร็ว คนไข้เกือบร้อยละเก้าจะไม่เรื้อรัง "

โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลชลบุรี ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ประมาณ 5 วัน จะจำหน่ายผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยทุกรายร้อยละเก้าจะได้รับคำแนะนำจาก นักกายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนจำหน่ายทุกราย ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 ท่าน นักกายภาพบำบัด 7 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 3 ท่าน

" สำหรับที่โรงพยาบาลชลบุรี เนื่องจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายเร็ว สิ่งที่เราให้ความสำคัญ คือ การสอน Home program และการจัดบริการ Home Health Care โดยนักกายภาพบำบัดไปสอนผู้ป่วยและญาติที่บ้านร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม นอกจากนี้เราได้จัดทำโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ชุมชน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานเอนามัย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านรายละ 2-3 ครั้ง ซึ่งพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ ยังคงต้องมีการพัฒนาอีก เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ จึงขอเสนอแนะว่าควรมีผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชนโดยเฉพาะ รวมทั้งดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆในชุมชนด้วย "

โรงพยาบาลนครปฐม

โรงพยาบาลนครปฐม ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 8 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน

" ที่โรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วยมีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูค่อนข้างน้อย เราจึงให้ความสำคัญกับการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยการนัดมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD case) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนน้อยที่มาตรวจตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการ

เดินทาง และมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ญาติหรือผู้ดูแลไม่มีเวลาพามาโรงพยาบาล เราจึงร่วมมือกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคมในการจัดโปรแกรม Home health Care ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ และกำลังจะดำเนินการเชิงรุก โดยการจัดอบรมผู้ให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง เดือนละครั้ง กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฐมภูมิ เป็นต้น "

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรึกษาโดยตรงกับนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เมื่อภาวะผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้ว จัดให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่ข้างเตียง หรือลงมาที่โรงยิมตามสภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยนอกมีทั้งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อน หรือไปพบนักกายภาพบำบัดโดยตรง

ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 4 ท่าน นักกายภาพบำบัดสำหรับแผนกผู้ป่วยนอก 6 ท่าน นักกายภาพบำบัดสำหรับแผนกผู้ป่วยใน 2 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน โภชนากร 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน

"สำหรับที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีคณะสหเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นคณะที่ผลิตนักกายภาพบำบัด จึงมีอาจารย์ทางกายภาพบำบัด นำนักศึกษามาฝึกด้านกายภาพบำบัดที่หอผู้ป่วยด้วย และมีโครงการสอนผู้ดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วยโดยอาจารย์จากคณะสหเวชศาสตร์ และพยาบาล ทางทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูค่อนข้างมีเจ้าหน้าที่น้อย เราจึงเน้นการให้ความรู้แก่พยาบาลด้านการฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลสามารถช่วยในส่วนนี้ได้ค่อนข้างมาก ที่โรงพยาบาลจะมี stroke conference ประกอบด้วย อายุรแพทย์ประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ประชุมร่วมกันสัปดาห์ละครั้ง เพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยส่วนตัวคิดว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องคุยกับแผนกอื่นๆ ให้เห็นประโยชน์ของการฟื้นฟู เพราะเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์อายุรกรรมที่แผนกผู้ป่วยนอกก็จะส่งผู้ป่วยให้มารับบริการที่แผนกฟื้นฟูต่อด้วย สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) และมีระดับคะแนนของ Modified Rankin Scale (MRS) มากกว่าเท่ากับ 4 ทางทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะโทรศัพท์ให้คำแนะนำการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะหนึ่งสัปดาห์ หนึ่งเดือน และสองเดือน "

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 5 ท่าน นักกายภาพบำบัด 11 ท่าน

สำหรับที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จัดให้มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) 5 เตียง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะตรวจและวางแผนการรักษา และส่งต่อนักกายภาพบำบัด เราให้ความสำคัญกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปกติจะมีโรคหัวใจร่วมด้วย ก่อนจะให้โปรแกรมทางกายภาพบำบัด อายุรแพทย์จะเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยก่อนทุกรายว่าผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดได้หรือไม่ในแต่ละวัน ก่อนการทำกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจะวัดสัญญาณชีพผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยทุกรายก่อนกลับบ้านจะได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตัวเองที่บ้าน กรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้วหากเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการกายภาพบำบัดต่อ ก็จะนัดผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดต่อ โดยผู้ป่วยยังคงได้รับการตรวจจากอายุรแพทย์ แผนกพัฒนางานในอนาคต คาดว่าจะจัดให้มีนักกายภาพบำบัดประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เพื่ออายุรแพทย์จะได้ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพถึงระดับใดแล้ว จะได้วางแผนร่วมกันดูแลผู้ป่วยต่อไป สำหรับการไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรายที่ไม่สามารถมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลได้ก็จะประสานงานกับหน่วยเวชกรรมสังคมเพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมไปในทีมเยี่ยมบ้านด้วย ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรีจะประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนในเขตนั้นๆ ให้ดูแลผู้ป่วยต่อไป "

โรงพยาบาลปทุมธานี

โรงพยาบาลปทุมธานี ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 2 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 2 ท่าน นักโภชนาการ 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู 3 ท่าน ไม่มีอายุรแพทย์ประสาท มีศัลยแพทย์ประสาท 3 ท่าน

สำหรับที่โรงพยาบาลปทุมธานี ถ้ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เราจะส่งไปที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้วทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์จะส่งคืนมาให้เราฟื้นฟูต่อ และเราดูแลผู้ป่วยของศัลยกรรมด้วย ที่เรา จะเน้นการทำงานเป็นเครือข่ายเป็นอย่างมาก เพราะบุคลากรเราน้อย ในการทำกายภาพบำบัดเป็นมาตรฐานสำหรับที่เราเลยว่าผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการฝึกเอดีแอล (Activities Daily Living : ADL) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าตัวเองมีศักยภาพในการฟื้นฟูในระดับใด จะได้มีกำลังใจในการฝึกต่อไป หากรายใดประเมินแล้วผู้ป่วยมีศักยภาพในการ

ฟื้นฟูในระดับสูง แต่ผู้ป่วยไม่มีกำลังใจจะฝึกก็จะจัดให้คนพิการ จากองค์กรคนพิการในจังหวัด หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพมาเป็นตัวอย่างสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยต้องโทรแจ้งหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อสอน Home Program ให้แก่ญาติและผู้ป่วย ส่วนผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านแล้ว และมีบ้านอยู่ในเขตอำเภอเมืองจะนัดผู้ป่วยหลายๆรายมาฝึกพร้อมกัน (self help group) และส่งต่อให้หน่วยเวชกรรมสังคมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองจะประสานไปยังโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้เราได้ประสานงานไปยังหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม ฝึกอาชีพ ที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย และจัดโครงการให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วทั้งจังหวัด ทุกเดือน เดือนละ 1 อำเภอ เนื่องจากในจังหวัดของเรามีนักกายภาพบำบัดน้อย กลุ่มเป้าหมายคืออาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่นั้น โดยหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ระดับจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณ ส่วนเรารับผิดชอบด้านวิชาการ โดยสอนและฝึกปฏิบัติ และสาธิตการทำอุปกรณ์เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่ทำจากวัสดุในท้องถิ่น การพัฒนางานในอนาคต ขณะนี้กำลังเริ่มดำเนินการจัดตั้ง stroke care team และจัดทำโปรแกรมการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (e - learning) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขชุมชนและญาติผู้ป่วยใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ได้ต่อไป "

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 6 ท่าน และนักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน

• ที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เราจัดให้มี stroke unit จำนวน 5 เตียง หลังจากผู้ป่วยอาการคงที่ อายุรแพทย์จะปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประเมินผู้ป่วยแล้ว จะให้นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจัดโปรแกรมการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ข้างเตียง จนเมื่ออาการดีขึ้นจึงนำผู้ป่วยมาฝึกที่หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านให้ home programe กรณีที่ผู้ป่วยยังต้องได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูต่อ จะนัดมาเป็น OPD case ที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรมการฟื้นฟูแล้ว จะส่งต่อให้หน่วยเวชกรรมสังคมติดตามผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านต่อไป "

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 3 ท่าน นักกายภาพบำบัด 6 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 1 ท่าน นักโภชนาการ 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู 2 ท่าน เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 1 ท่าน ผู้ช่วยงานนักกายภาพบำบัด 3 ท่าน

“ สำหรับที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากแพทยายุทธกรรมและศัลยกรรมระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ตรวจประเมินผู้ป่วย สรุปปัญหา กำหนดเป้าหมายของการรักษาฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติในบางราย ผู้ป่วยรายที่มีปัญหาของการรักษาฟื้นฟูจะมีการจัดทำ team meeting ของทีมการรักษา มีการประชุมทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 1 ครั้งต่อเดือน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมระบบประสาท แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตบำบัด นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์แผนไทย ทีม Home Health Care ซึ่งในทีม Home Health Care มีพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เรเป็นทีมค่อนข้างใหญ่ เราจึงจัดทำแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และจัดทำ care map การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะการฟื้นตัวของโรคทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด เพื่อให้สื่อสารในทีมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่เรามี stroke unit 4 เตียง ตามแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่ออาการคงที่จะจำหน่ายใน 7 วัน แต่ถ้าทีมฟื้นฟูเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูต่อ ซึ่งประเมินผลการฟื้นฟูเป็น 3 ระดับ คือ S = satisfy , H = high satisfy , U = unsatisfy ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลครบ 7 วันแล้ว แต่ผลการฟื้นฟูได้ระดับ U ทางทีมเวชกรรมฟื้นฟูจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ ให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อแต่ไม่เกิน 14 วัน หลังจากนั้นจะให้ home program และส่งต่อผู้ป่วยให้ทีม home health care ดูแลต่อ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล เราได้จัดกิจกรรมหลายอย่างที่ให้น่าสนใจมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูฯ ด้วย เช่น โครงการกิจกรรมบำบัดกลุ่มเพื่อชีวิตที่มีคุณค่า เช่น การฝึกทำอาหารอย่างง่าย การพับผ้า กิจกรรมดนตรีบำบัด ทั้งนี้เพื่อ 1) ฝึก hand function 2) ดึงญาติให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูฯผู้ป่วย 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นว่ามีกิจกรรมหลายอย่างที่ตนเองสามารถทำได้ ในผู้ป่วยบางรายแพทย์เจ้าของไข้นัดมาตรวจต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก หากเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูก็จะส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูต่อด้วย สำหรับผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองปราจีนบุรีจะประสานงานให้ นักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อเพราะโรงพยาบาล

ชุมชนในจังหวัดปราจีนบุรีมีนักกายภาพบำบัดทุกแห่ง นอกจากนี้เราได้จัดทำโครงการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยนักกายภาพบำบัดจะโทรศัพท์ไปสอบถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลถึงผลการฝึกการฟื้นฟูที่สอนและแนะนำให้ทำหลังจำหน่ายกลับบ้านในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 2 โดยประเมินตาม Barthel Index และให้คำแนะนำตามสภาวะผู้ป่วยที่ควรฝึกในแต่ละขั้นตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่แจกให้ญาติผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งแบ่งระยะการฟื้นฟูของผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก 2) ระยะกล้ามเนื้อเริ่มตึงตัวหรือเริ่มมีกำลังเล็กน้อย 3) ระยะที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดี 4) ระยะที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง โดยก่อนจำหน่ายกลับบ้านได้อธิบายให้ญาติทราบแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ระดับใด หากจะฟื้นฟูผู้ป่วยให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นต้องฝึกผู้ป่วยอย่างไร นอกจากนี้เรายังได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ญาติผู้ป่วยเรื่องการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบองค์รวม จัดทำโครงการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวในชุมชน โครงการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการพัฒนาเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน โครงการพัฒนาความรู้และทักษะเครือข่ายอาสาสมัครในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เราพยายามทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกันทั้งจังหวัด บางตำบลเราให้ข้อมูลกับอบต. ว่าเรามาดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของเขา ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง เขาก็ร่วมกันบริจาคผู้ป่วยก็ได้รับความช่วยเหลือ บางแห่งมีชมรมผู้สูงอายุ มีสมาชิก 800 คน เขาร่วมกันบริจาคคนละ 10 บาท ได้ 8,000 บาท สามารถนำเงินส่วนนี้ไปช่วยเหลือคนในพื้นที่ของเขาได้ คิดว่าวิธีการแบบนี้เป็นสิ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนได้ จึงอยากเอามาแชร์ "

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ไม่มีหอผู้ป่วยที่จัดไว้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ ในปัจจุบันมีบุคลากรด้านการฟื้นฟู ดังนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 10 ท่าน นักกิจกรรมบำบัด 4 ท่าน

* สำหรับที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูรับปรึกษาจากแพทย์อายุรกรรมและศัลยกรรมระบบประสาท หลังจากนั้นจะส่งต่อนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดดูแลผู้ป่วยต่อ ทีมของเราค่อนข้างสนิทกันมาก คุยกันทุกเรื่อง แพทย์ตรวจเสร็จสามารถเดินไปดูผู้ป่วยขณะฝึกกายภาพและฝึกกิจกรรมบำบัดต่อได้เลย เรากำหนดตัวชี้วัดไว้ว่าผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกจากทีมต้องมีคะแนน ADL (The Barthel index of activities of daily living) เพิ่มขึ้น 1 ระดับ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ที่เราผู้ป่วยอายุรกรรมประสาทถูกจำหน่ายค่อนข้างเร็ว เนื่องจากจำเป็นต้องใช้เตียงต่อ ทางทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจึงนัดผู้ป่วยมาดูแลต่อ (follow up) หลังจำหน่าย 1 เดือนทุกราย

ส่วนผู้ป่วยคัดสรรระบบประสาทให้ทีมเวชเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นผู้จำหน่ายผู้ป่วยเอง เราพยายามสร้างระบบการติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมารักษาไม่ต่อเนื่อง (lost follow up) เนื่องจากไม่มีค่ารถมาโรงพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทำได้ลำบาก เป็นต้น เราก็ให้พยาบาลโทรศัพท์ติดตามผลการฟื้นฟูที่บ้าน และสำหรับในปี 2553 นี้ เราได้ขอรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำโครงการจัดจ้างนักกายภาพบำบัด และซื้ออุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดไว้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้ที่นี่เป็นต้นแบบของศูนย์การรักษา ศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และศูนย์สอนสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย ถ้าได้ผลดีก็จะขยายไปยังตำบลอื่นๆ ขณะเดียวกันเราก็พยายามขายแนวคิดนี้ให้แก่อบต.ด้วย เพราะภาระงานเชิงรับของเรามากแล้ว ให้อบต.ช่วยเราในการทำงานเชิงรุก อบต.ลงทุนส่วนเราก็จะนิเทศติดตามให้ เพื่อให้อบต.สามารถดูแลคนในชุมชนได้ ญาติและผู้ป่วยจะได้มีที่พึ่งที่ใกล้บ้านใกล้ใจต่อไป "



เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากหน่วยงานต่างๆ



เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 จากหน่วยงาน : ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสรวงนิवास สภากาชาดไทย



Clinical Pathway For Stroke

แนบบันทึกทางการพยาบาล (อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง)

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เพศ.....HN.....Ward.....เตียง..... Dx.....

วันที่รับ.....วันที่จำหน่าย.....LOS.....Goal.....

แพทย์ผู้ดูแล..... พยาบาลผู้รับผิดชอบ.....

Spectrum of care	ระยะเริ่มแรก		ระยะกลาง	ระยะก่อนกลับบ้าน
	วันที่1-2	สัปดาห์ที่1	สัปดาห์ที่ 2-3-4.....	สัปดาห์สุดท้าย
1. ผลที่คาดหวัง Expected outcome	# ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ความเข้าใจของกระบวนการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูของทีมงาน -สิทธิผู้ป่วย	# ผู้ป่วยหรือญาติได้รับโปรแกรมฟื้นฟูตามที่วางไว้	# ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลด้านผิวหนัง การจัดทำ การพลิกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลด้านการขับถ่าย การรับประทานยาที่ถูกต้อง # ผู้ป่วยหรือญาติมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะด้านต่างๆที่แนะนำ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	# ผู้ป่วย/ครอบครัวมีข้อมูลในการวางแผนการดำเนินชีวิตและเตรียมที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีทักษะด้านการดูแลตนเอง เมื่อกลับบ้านได้ถูกต้องในด้าน -การดูแลผิวหนัง -การรับประทานยา -การดูแลการขับถ่าย -การบริโภคอาหารตามโรค -การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น -การมาตรวจตามนัด
2. ประวัติการเจ็บป่วย (รายละเอียดอย่างย่อ) History				

3.การประเมิน Assessment	# ประเมินสภาพและความสามารถในการฟื้นฟูของผู้ป่วย -ประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ สิ่งแวดล้อม -ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อคุณภาพชีวิต -ประเมินผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ พยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น :ประเมินผู้ป่วยด้านการเคลื่อนไหว : ประเมินกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย(ใบแรกรับ)	# ประเมินผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจของกระบวนการรักษาแผนการรักษา ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูของทีมงาน # ประเมินผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และวางแผนการพยาบาล	# ประเมินผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลด้านผิวหนัง การจัดทำ การพลิกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันอุบัติเหตุ การฝึกการขับถ่าย # ประเมินความก้าวหน้าของกระบวนการฟื้นฟู -ประเมินศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อการรับการฟื้นฟูต่อ -หาปัจจัยเสี่ยงของโรค -ระวังภาวะแทรกซ้อน # ประเมินความก้าวหน้า ,ทักษะด้านต่างๆและสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น # ประเมิน Barthel ADL Index ผู้ป่วยทุก 2 สัปดาห์ (บันทึกใน Progress note พยาบาล)	# ประเมินทักษะและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่อง ที่บ้านได้อย่างถูกต้องในด้าน -การดูแลผิวหนัง -การรับประทานยา -การบริโภคอาหารตามโรค -การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน -การมาตรวจตามนัด # ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยต่อครอบครัวเมื่อกลับไปบ้านและเข้าสู่สังคม # ประเมินความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ สังคม ก่อนจำหน่าย
--------------------------------	--	---	---	---

of care	วันที่ 1-2	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2-3-4.....	สัปดาห์สุดท้าย
4. ยา Medication	# วางแผนการได้รับยาตามแผนการรักษาให้เหมาะสมและสังเกตการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นเพื่อประเมินอาการและวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ - ตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยในการเบิกจ่ายยาให้เหมาะสม	# ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาตลอดถึงการบันทึกที่ถูกต้อง # สังเกตอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น # อธิบายอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานเพื่อประเมินอาการและวางแผนการพยาบาลต่อไป	# ปรับยาตามความเหมาะสมในการดูแลของแพทย์..... # สังเกตอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น # อธิบายอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานเพื่อประเมินอาการและวางแผนการพยาบาลต่อไป # ทบทวนการได้รับยาตามแผนการรักษา ตลอดถึงการบันทึกที่ถูกต้อง # จัดเตรียมยาให้ถูกต้องและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา # ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการในรายที่ได้รับยาเพื่อการรักษาโรคที่เป็น	# จัดเตรียมยาให้ถูกต้องและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา # แนะนำผู้ป่วยและญาติในการรักษา การจัดการรับประทานด้วยตนเอง ได้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน
5. การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ Investigation and Lab	# ส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา -Blood -Urine -EKG -Investigation อื่นๆ	# ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รายละเอียด)..... # นำผลทางห้องปฏิบัติการมาทบทวนวางแผนการพยาบาล	# ทบทวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย # รายงานผลที่ผิดปกติให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อการรักษาต่อไป	# อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลทางห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ # อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการส่ง Lab และติดตามผลก่อนพบแพทย์
6. โภชนาการ Nutrition	# เบิกอาหารตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและเหมาะสมกับโรค	# ประเมินสภาพการกลืนเพื่อผู้ป่วยได้รับอาหารตามความเหมาะสม..... # ดูแลเรื่องการแจกอาหาร	# ประเมินภาวะโภชนาการกับผู้ป่วยและญาติ ดูแลการรับประทานอาหารให้ได้ตามแผน # ปรับอาหารตามความเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย	# ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสถานะโรคของผู้ป่วยเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคก่อนกลับบ้าน

		ให้อุบัติการณ์กับผู้ป่วยแต่ละราย # อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รู้จักวิธีการป้องกันสารคัดหลั่ง ขณะรับประทานอาหาร	# ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้อุบัติการณ์กับผู้ป่วยแต่ละราย # ส่งขออาหารผู้ป่วยทุกสัปดาห์ให้นักโภชนาการจัดอาหารตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย # เบิก-งด อาหารผู้ป่วยในรายที่กลับเข้านอนในวันหยุด	
7.กระบวนการ Procedure	# ซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้นและรวบรวมข้อมูลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล - อธิบายการปฏิบัติตัวสถานที่ กฎระเบียบของศูนย์ ฯ ขณะพักรักษาตัว - ตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของใบคำมั่นสัญญาสิทธิของผู้ป่วย อธิบาย&เปิดโอกาสให้ผู้ญาติและผู้ป่วยซักถามเรื่องการรักษาพยาบาลและการ	# แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลด้านผิวหนัง การจัดทำ การพลิกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันอุบัติเหตุ การขับถ่าย การรับประทานยาที่ถูกต้องตามแผนการพยาบาล # ประเมินสภาพความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ # ประเมินสภาวะการขับถ่ายเพื่อวางแผนร่วมกับแพทย์ # บันทึกใน..... Nurse note	# ส่งปรึกษาแพทย์สาขาอื่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมตามการฟื้นฟูของแพทย์ # ส่งผู้ป่วยตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล.....กับแพทย์สาขาอื่น # ประเมินสภาพความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ # ส่งผู้ป่วยลงฝึกตามแผนการฟื้นฟู # ตั้งเป้าหมายของการฟื้นฟูร่วมกับทีม # Team metting ร่วมกับทีมเพื่อวางแผนการพยาบาลและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน # ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมทีมทุกสัปดาห์เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการฟื้นฟู # ประเมินระบบขับถ่ายอุจจาระ – ปัสสาวะเพื่อให้เป็นปกติตามสภาพของผู้ป่วย	# แนะนำผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจด้านการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้อย่างถูกต้องในด้าน - การดูแลผิวหนัง - การรับประทานยา - การดูแลการขับถ่าย - การบริโภคอาหารตามโรค - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - การมาตรวจตามนัด # ส่งผู้ป่วยและญาติพบนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัดเพื่อให้คำแนะนำขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บ้าน # บันทึกใน Nursing Discharge Planing

Spectrum of care	ระยะเริ่มแรก		ระยะกลาง สัปดาห์ที่ 2-3-4.....	ระยะก่อนกลับบ้าน สัปดาห์สุดท้าย
	วันที่ 1-2	สัปดาห์ที่ 1		
	- พื้นที่กำลังจะได้รับ - บันทึกอาการในแบบฟอร์มแรกของผู้ป่วยและแจกประวัติผู้ป่วยตามแผนกต่าง ๆ ตามการฟื้นฟูของแพทย์ - ประเมินสภาพความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ หาปัจจัยเสี่ยงในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย		# สวนดูจรรยาและปัสสาวะตามสภาพของผู้ป่วย # แจ้งผลความก้าวหน้าของกระบวนการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อเกิดกำลังใจ # บันทึกใน Nurse note	
8. การให้ความรู้	# ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นก่อนให้ความรู้ # ให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	# ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่โรงพยาบาลและกระบวนการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูของทีมงาน	# ให้ความรู้ในการดูแลด้านผิวหนัง การจัดทำ การพลิกตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้องกันอุบัติเหตุ การขับถ่าย การรับประทานยา การบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง # ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในด้านต่างๆ ที่ยังไม่ผ่านการประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย - การซักถามผู้ป่วยและญาติ - สังเกตการณ์ปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย # สอนสุขศึกษาทุกเดือน	# แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองตอนเองเมื่อกลับไปบ้านได้อย่างถูกต้องในด้าน - การดูแลผิวหนัง - การรับประทานยา - การดูแลการขับถ่าย - การบริโภคอาหารตามโรค - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น - การมาตรวจตามนัด # ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อที่บ้าน

Spectrum of care	ระยะที่ 1-2		ระยะที่ 3-4	ระยะที่ 5-6
	วันที่ 1-2	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2-3-4	สัปดาห์ที่ 5-6
9.การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ สภาพความเป็นอยู่ Psychosocial	# รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในด้านต่างๆ(จิตใจ อารมณ์ สังคม) - เศรษฐกิจ(แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน เวลาเจ็บป่วย)..... - สภาพความเป็นอยู่ - สัมพันธภาพในครอบครัว.....	# ประเมินสภาวะทางอารมณ์ สังคมจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ นำมาวางแผนการพยาบาล - สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านต่างๆ	# วางแผนร่วมกับแพทย์ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหา - ส่งผู้ป่วยและญาติพบนักจิตวิทยาหรือแพทย์จิตเวช - ส่งผู้ป่วยและญาติพบนักสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสิทธิประโยชน์ต่างๆ - เสริมสร้างพลังชีวิต	# ผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมของที่อยู่และปรับบ้านตามความเหมาะสม..... # ผู้ป่วยและญาติเตรียมผู้ดูแลให้กับผู้ป่วย.....
10.วางแผนการจำหน่าย Discharge planning	ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย	# สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ	# ดำเนินการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาจากการประชุมร่วมกัน # ร่วมกับทีมสหสาขาฯปรับสภาพบ้านและให้คำแนะนำกับครอบครัวผู้ป่วย..... # บันทึกการเยี่ยมบ้านลงในสมุด..... # ประเมินความก้าวหน้าของการรักษา..... # ประเมินปัญหาและสภาพผู้ป่วยเพื่อการวางแผนการจำหน่าย.....	# ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในเรื่องต่างๆ ที่ได้รับการแนะนำไป # ทำนัดพบแพทย์เมื่อทราบวันกลับของผู้ป่วย # เตรียมมารับประทานค๋ที่บ้านให้พร้อมจนถึงวันนัดพบแพทย์ในแต่ละระบบ # บันทึกใน Nursing Discharge Planing
11. Complication ระหว่าง Admit	# Yes แนวทางการรักษา/การป้องกัน # Shoulder Subluxation # RSD<Reflex Sympathetic	# Yes แนวทางการรักษา/การป้องกัน # Shoulder Subluxation # RSD<Reflex Sympathetic	# Yes แนวทางการรักษา/การป้องกัน # Shoulder Subluxation # RSD<Reflex Sympathetic Dystrophy> # Musculoskeletal Pain -Shoulder pain	# ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น # แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที # แนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้าน

	Dystrophy> #Musculoskeletal Pain -Shoulder pain -Knee pain -Back pain # Neuropathic pain # Spasticity Mas - Knee - Elbow # Pressure Sore # Infection - Neumonia - UTI # DVT # Neurogenic bladder -ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น -ประเมินสภาพผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ -สังเกตอาการต่างๆ # No.....	Dystrophy> #Musculoskeletal Pain -Shoulder pain -Knee pain -Back pain # Neuropathic pain # Spasticity Mas - Knee - Elbow # Pressure Sore # Infection - Neumonia - UTI # DVT # Neurogenic bladder -ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น -ประเมินสภาพผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ -สังเกตอาการต่างๆ # No.....	-Knee pain -Back pain # Neuropathic pain # Spasticity Mas - Knee - Elbow # Pressure Sore # Infection - Neumonia - UTI # DVT # Neurogenic bladder -ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น -ประเมินสภาพผิวหนังเพื่อป้องกันแผลกดทับ -สังเกตอาการต่างๆ..... -ประเมินสัญญาณชีพ..... #No.....	
--	--	--	--	--

Department of Care	วันที่ 1-2	ผู้ป่วยที่ 1	ผู้ป่วยที่ 2-3-4	ผู้ป่วยที่ 5-6-7
12.ระบบขับถ่าย	# ประเมินแบบแผนการขับถ่าย อุจจาระ-ปัสสาวะของผู้ป่วย... -กลั้นปัสสาวะไม่ได้ บอกไม่ทัน ร้องไม่ทัน -ปัสสาวะรด(ความถี่) -ปัสสาวะรดที่นอน -ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะในรายที่คาสาขสวนปัสสาวะ รวมถึงการดูแล/ป้องกันการติดเชื้อ เปลี่ยนครั้งสุดท้าย.. (ทุก 2 wk) -ถ่ายอุจจาระ....ครั้ง/วัน -ไม่ถ่ายอุจจาระมาที่วัน	# ประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะของผู้ป่วย... -กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ บอกไม่ทัน ร้องไม่ทัน -ปัสสาวะรด(ความถี่) -ปัสสาวะรดที่นอน -ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะในรายที่คาสาขสวนปัสสาวะ รวมถึงการดูแล/ป้องกันการติดเชื้อ เปลี่ยนครั้งสุดท้าย.. (ทุก 2 wk) -ถ่ายอุจจาระ....ครั้ง/วัน -ไม่ถ่ายอุจจาระมาที่วัน	# จัดโปรแกรมการฟื้นฟูในการขับถ่ายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย # สวนปัสสาวะตามเวลาและจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยที่ต้องฝึกการทำงานของระบบปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้า - ออกในแต่ละวัน # ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นในการฝึกการขับถ่าย -สวนอุจจาระทุก 2-3 วันในผู้ป่วยที่ท้องผูกพร้อมกับการฝึก Train bowel - จัดอาหารที่มีกากมาก (ผัก ผลไม้) ให้เหมาะสมกับโรค - ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ บอกไม่ทัน ร้องไม่ทัน ฝึก Train bladder ทุก 2-4 ชั่วโมง - ผู้ป่วยปัสสาวะรดบ่อย กระปริดกระปรอย สอนการใช้Condom รวมถึงการดูแลรักษาและการทำความสะอาด	# ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลระบบขับถ่ายได้ ถูกต้องตามสภาพของผู้ป่วย
13.อื่น ๆ	# ตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของเวชระเบียน # แจ้งผู้ป่วยจำหน่ายเพื่อสรุป Summary ติดตามเพื่อนำไปติดใน OPD card ของผู้ป่วย # ตรวจเช็คอุปกรณ์ รดw/c ที่ผู้ป่วยคืน # ให้ผู้ป่วยชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดก่อนกลับบ้านรวมทั้งคืนเงินฝากของผู้ป่วยระหว่าง Admit			

Item	Score : Weeks																		
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	13 th	14 th	15 th	16 th	17 th	18 th	19 th
1. Turning over *Please turn from your unaffected side on to your back*																			
2. Lying to Sitting *Please sit up on the edge of the bed from your unaffected side*																			
3. Sitting balance *Please sit on the edge of the bed for 10 seconds*																			
4. Sitting to Standing *Please stand up from your chair* (should take less than 15 seconds)																			
5. Standing *Please remain standing for 10 seconds*																			
6. Transfers *Please go from bed to the chair and back again towards your unaffected side*																			
7. Walking Indoors *Walk 10metres in your usual way*																			
8. Stairs *Please climb up one flight of stairs in your usual way*																			
Total score = 40																			

Scoring 0 = unable to perform 3 = requires supervision or verbal instruction

1 = assistance of two people 4 = requires an aid or an appliance

2 = assistance of one person 5 = independent

Comments:.....
.....
.....

Pain
assessment

Pain ☐ YES ☐ NO

Pain area:

Pain level (Visual Graphic Rating Scale; VGRS)

1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	13 th	14 th	15 th	16 th	17 th	18 th	19 th	20 th

83

Date: Admission..... Doctor.....

OT.....PT.....

Age.....Status.....

Occupation.....

.....

Precaution.....

Muscle Tone.....

, dysmetria, tremor, rigidity, etc.)

OT Activities

Long Term Goals

โดยแพทย์และเมื่อสิ้นสุดการรักษา งานกิจกรรมบำบัด ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลไทย

PHYSICAL THERAPY EVALUATION AND DISCHARGE SUMMARY

Dx. OT. No. นักกิจกรรมบำบัด.....

ation :

Total Assistance, 2 = Maximal Assistance, 3 = Moderate Assistance, 4 = Minimal Assistance,

Supervision, 6 = Modified Independence [device] 7 = Complete Independence

DATE ; at admission ; at D/C.....

	Grad	Comment	Grad	Comment
2.1 Brushing teeth				
2.2 Wash face / hands				
2.3 Shaving / Make-up				
2.4 Combing hair				
Washes UE				
Washes LE / back				
washes hair				
1 Upper				
2 Lower				
Socks / shoes				
1 Performs toilet hygiene				
2 Adjusts clothing				
1 W/C - Bed				
2 W/C - Chair				
3 W/C - Toilet				
4 W/C - Floor				
7.1 Rolling				
7.2 Lying to sitting				
7.3 Sitting to lying				
[w/c] ;				
ability on level				
ability on incline				
gement ;				
s clothing care				
s housecleaning				
s survival cooking				
communication ;				
ges telephone				
remote control				
g				

ประเมินผู้ป่วยแรกรับและเมื่อสิ้นสุดการรักษา งานกิจกรรมบำบัด ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย

OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION AND DISCHARGE SUMMARY

ผู้ป่วย.....Dx..... OT. No.นักกิจกรรมบำบัด.....

and Function Evaluation

Grading 1= unable, 2= incomplete, 3= complete with maximal difficulty, 4= complete with moderate difficulty, 5= complete with minimal difficulty, 6= normal

DATE ; at admission ; at D/C.....

and Function	Grad		Comment	Grad		Comment
	Lt.	Rt.		Lt.	Rt.	
Prehension Component						
Grasping – Bilateral Palmar	...	...		...	...	
- Cylindrical	...	...		...	...	
- Spherical	...	...		...	...	
- Fingers Hook	...	...		...	...	
Pinch – Tip	...	...		...	...	
- Palmar	...	...		...	...	
- Lateral	...	...		...	...	
Reach	...	...		...	...	
Placement	...	...		...	...	
Release	...	...		...	...	
Movement Combinations						
Arm – Pronation	...	...		...	...	
- Supination	...	...		...	...	
- Elevation	...	...		...	...	
Hand – Deviation	...	...		...	...	
- Wrist extension	...	...		...	...	
- Wrist flexion	...	...		...	...	
- Opposition	...	...		...	...	

FUNCTIONAL THERAPY EVALUATION AND DISCHARGE SUMMARY

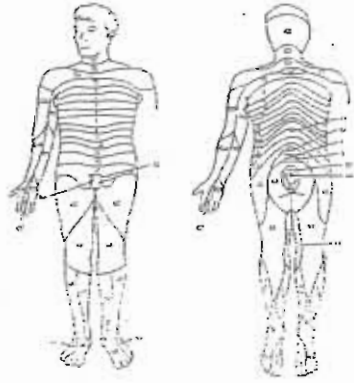
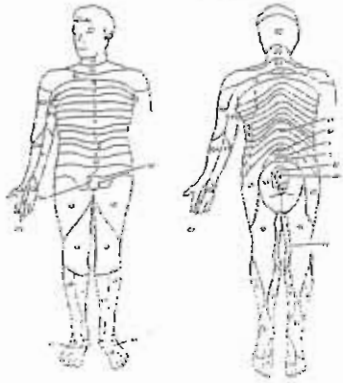
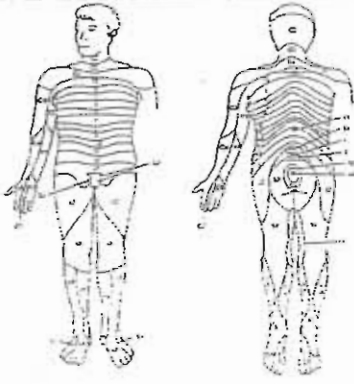
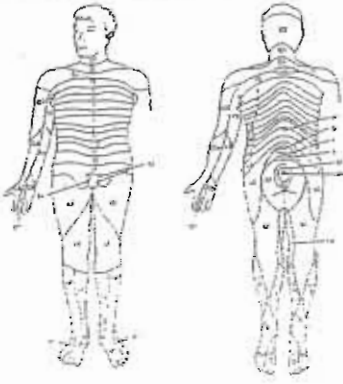
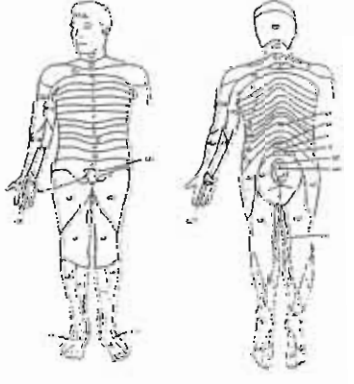
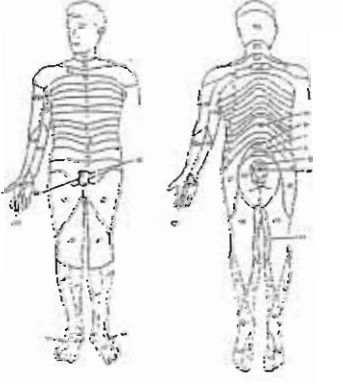
.....DX.....OT. No.นักกิจกรรมบำบัด.....

Evaluation

☐ = Intact,
 ☒ = Impaired,
 ☐ = Absent

DATE ; at admission

; at D/C.....

	Grad		Grad
Touch ;			
			
			
Sense: UE ;Fingers Wrist Elbow LE ;Fingers Ankle Knee is: Lt. Hand Rt. Hand	Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Grad ☐ Comment..... Grad ☐ Comment.....	Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Lt. ☐ Rt. ☐ Comment..... Grad ☐ Comment..... Grad ☐ Comment.....	

ประเมินผู้ป่วยแรกรับและเมื่อสิ้นสุดการรักษา หน่วยกิจกรรมบำบัด ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย

OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION AND DISCHARGE SUMMARY

ผู้ป่วย.....Dx.....OT. No..... นักกิจกรรมบำบัด.....

Reptual Evaluation

1 = Severely Impaired, 2 = Impaired, 3 = Intact

DATE ; at admission..... ; at D/C.....

ception	Grad	Comment	Grad	Comment
Body Image and Body Scheme				
Orders :				
1.1 Somatognosia				
1.2 Unilateral neglect				
1.3 Anosognosia				
1.4 Right / Left Discrimination				
1.5 Finger Agnosia				
patial Relation Syndrome :				
1 Figure Ground				
2 Form Constancy				
3 Position in Space				
Spatial Relation				
e Apraxias				
1 Constructional Apraxia				
2 Dressing Apraxia				
3 Motor Apraxia				
4 Ideomotor Apraxia				
5 Ideational Apraxia				
6 Verbal Apraxia				
e Agnosia :				
1 Visual Object Agnosia :				
4.1.1 Simultanagnosia				
4.1.2 Prosopagnosia				
4.1.3 Color Agnosia				
4.1.4 Metamorphopsia				
2 Visual Spatial Agnosia :				
4.2.1 Topographical				
Disorientation				
4.2.2 Depth and Distance				
Discrimination				
Tactile Agnosia				
Auditory Agnosia				

แบบบันทึกผลการประเมินโดยใช้แบบทดสอบมาตรฐาน ในงานกิจกรรมบำบัด

ชื่อ..... OT.No..... การวินิจฉัยโรค.....
 อายุ..... วันที่ แรกรับ..... วันที่สิ้นสุดการรักษา.....

Barthel ADL INDEX				
ADL	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1. Feeding	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
2. Grooming	0 5	0 5	0 5	0 5
3. Transfer	0 5 10 15	0 5 10 15	0 5 10 15	0 5 10 15
4. Toilet use	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
5. Mobility	0 5 10 15	0 5 10 15	0 5 10 15	0 5 10 15
6. Dressing	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
7. Stairs	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
8. Bathing	0 5	0 5	0 5	0 5
9. Bowels	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
10. Bladder	0 5 10	0 5 10	0 5 10	0 5 10
รวม 20 คะแนน				
ประเมิน				

TMSE	Thai Mental State Examination			
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1. Orientation (6 คะแนน)				
2. Registration (3 คะแนน)				
3. Attention (5 คะแนน)				
4. Calculation (3 คะแนน)				
5. Language (10 คะแนน)				
6. Recall (3 คะแนน)				
รวมเต็ม 30 ภาพสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23 รวมคะแนน				
ประเมิน				

Test ☐ Rt.Hand ☐ Lt.Hand	Modified action research arm test			
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
asp (18 คะแนน)				
ip (12 คะแนน)				
ach (18 คะแนน)				
rossmt (9 คะแนน)				
Total (57 คะแนน)				
ประเมิน				

Test ☐ Rt.Hand ☐ Lt.Hand	Motor Assessment Scale ในส่วนแขนและมือ			
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
Upper arm function (ระดับคะแนน 0-6)				
Hand movements (ระดับคะแนน 0-6)				
Advance hand function (ระดับคะแนน 0-6)				
ผู้ประเมิน				

Test	Standardized Test of Hand Function							
	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	Lt.hand	Rt.hand	Lt.hand	Rt.hand	Lt.hand	Rt.hand	Lt.hand	Rt.hand
grasping								
releasing								
manipulating small objects								
simulated feeding								
checking								
grasping light objects								
grasping heavy objects								
รวมเวลา								
ผู้ประเมิน								

อาการทางคลินิก	Dysphagia Screening Test								
	วันที่.....			วันที่.....			วันที่.....		
	P	A	NT	P	A	NT	P	A	NT
ลิ้นแข็งหรือริมฝีปากและลิ้นลำบาก (poor lip and tongue movement)									
น้ำลายไหล (drooling)									
gag reflex ลดลง หรือนายไป (diminished or absent gag reflex)									
ไอแห้งๆ (weak cough)									
เสียงแหบ (hoarseness) หรือออกเสียงลำบาก (dysphonia)									
กลืนลำบาก (dysarthria)									
สำลักน้ำลายตนเอง (cough/aspirated saliva)									
กลืนอาหารกลืนน้ำลายช้าลง (delayed swallowing reflex)									
ขณะกลืนน้ำจากแก้ว 90 ซีซี อย่างต่อเนื่อง									
เสียงท้วม (wet voice, gurgling) หลังจากกลืนน้ำ 1 นาที									
รวมคะแนน									

= present, A = absent, NT = not tested

คะแนน : present = 1, absent = 0

- คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 1 แสดงว่ามีความผิดปกติของการกลืน ควรได้รับการดูแลโดยนักวิชาชีพฟื้นฟู
- คะแนนรวม = 0 แสดงว่าไม่มีปัญหาการกลืน ควรดูแลให้ดื่มน้ำหรือกินอาหารให้พอเพียง

แบบบันทึกก่อนสิ้นสุดการรักษาของงานกิจกรรมบำบัด

ชื่อผู้ป่วย.....OT.NO.
วันที่.....

รายการ	การปฏิบัติ
โปรแกรมฝึกที่บ้านแก่ ญาติ ผู้ป่วย	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ สอนการฝึกทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ☐ Bathing, showering ☐ Bowel and bladder management ☐ Dressing ☐ Eating ☐ Feeding ☐ Functional mobility ☐ Personal device care ☐ Personal hygiene and grooming ☐ Toilet hygiene ☐ อื่น ๆ ☐ สอนการฝึกทำกิจวัตรขั้นสูง ☐ Care of others ☐ Care of pets ☐ Child rearing ☐ Communication device use ☐ Community mobility ☐ Financial management ☐ Health management and maintenance ☐ Home establishment and management ☐ Meal preparation and clean up ☐ Safety procedures and emergency response ☐ Shopping ☐ สอนการฝึกทักษะการใช้งานของแขนและมือ ☐ สอนการฝึกการทรงตัวในการทำกิจกรรม ☐ ทำนั่ง ☐ ทำยืน ☒ สอนการฝึกการรับรู้/การคิด ของสมอง

	☐ สอนการฝึกแยกแยะระบบประสาทรับรู้ลึก ☐ อื่นๆ
นำอุปกรณ์จำเป็นในการฝึกบ้าน	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ แนะนำอุปกรณ์ฝึกทักษะการทำงานของแขนและมือ ☐ แนะนำอุปกรณ์ฝึกทักษะการทรงตัว ☐ แนะนำอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ☐ แนะนำอุปกรณ์อื่น ๆ
แนะนำการปรับสภาพบ้าน	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ แนะนำการปรับห้องน้ำ ☐ แนะนำการปรับห้องนอน ☐ แนะนำการปรับห้องครัว ☐ แนะนำการปรับห้องนั่งเล่น ☐ แนะนำการปรับบริเวณรอบบ้าน ☐ แนะนำการปรับบริเวณอื่น ๆ
แนะนำการปรับสภาพที่ทำงาน	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ แนะนำการปรับห้องทำงาน ☐ แนะนำการปรับห้องน้ำ ☐ แนะนำการปรับบริเวณรอบ ๆ และการเข้าถึงที่ทำงาน ☐ แนะนำการปรับอื่น ๆ
บ้านผู้ป่วย	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ ทำ
สถานที่ทำงาน	☐ ไม่จำเป็นต้องทำ ☐ ทำ

กิจกรรมนำบัด.....วันที่ประเมิน.....

นางของท้าวอภัย.....

Date ; at D/C

[illegible]

.....

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากหน่วยงาน : ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



[illegible]

[illegible]

PT. NO.....

HN.....

Neurological Physical Therapy Assessment (Stroke and TBI)

Therapy Unit/ Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center

Age..... Sex ☐ M ☐ F / ☐ IPD ☐ OPD

PT.....

Occupation

.....

.....

Disease Medication.....

and Contra Indication.....

Examination (Date

Sign; BP..... mmHg , HR beats/min , RR.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Investigation.....

giver.....

Examination

and Inspection ;

Mult..... Facial Palsy..... Consciousness.....

ation..... Communication Orientation

ty..... Visual..... Hearing.....

e ET tube..... Foley Catheter.....

nal tone Shoulder Problems..... Joint Deformities.....

.....

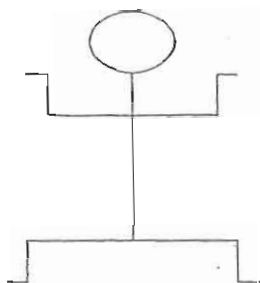
.....

Senses	Rt.	Lt.
pick		
ght Touch		
oprioception		
thers		

gn Clonus.....

Rt.

Lt.



ne.....

ngth.....

ontrol (Quality of Movement)

tion Problems;

ne / Ataxia / Dysdiadokokinesia / Dysmetria / Intension Tremor / Resting Tremor

al Assessment (SNMRC Score *)

ed Mobility ; Move up Move down

Move to Rt. side..... Move to Lt. Side.....

pine to Sound Side Lying (.....).....

pine to Affected Side Lying (.....).....

ing to Sitting (from Affected Side) (.....).....

ing to Sitting (from Sound Side) (.....).....

ting Posture and Balance (.....).....

t to Stand (.....).....

anding Posture and Balance (.....).....

ansfer from W/C to Bed (.....).....

ansfer from Bed to W/C (.....).....

mbulation (Walking or W/C)

Walking (.....).....

Walking (Slope) (.....).....

Step Up and Down (.....).....

Move W/C on Smooth Surface (.....).....

Move W/C Up and Down Slope (.....).....

al Activities.....

etting up and Down from Floor

alysis.....

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกต้อง 1 คะแนน)	คะแนน
1.1 วันเดือนปีใด	☐
1.2 วันี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
1.3 เดือนี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
1.4 ปีี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
1.5 ฤดูี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)	
ตอบถูกต้อง 1 คะแนน	
2.1 การณี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.1.1 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.1.2 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.1.3 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.1.4 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.1.5 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2 การณี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2.1 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2.2 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2.3 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2.4 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐
2.2.5 สถานที่ี่ี่ี่ี่ี่ี่ี่	☐

3. Registration (3 คะแนน)

ข้อนี้เป็นกาทดสอบการจำ (มโนทัศน์) จะออกข้อของ 3 อย่าง คุณ(ตา.ยาย...) จังใจฟังให้ละเอียด เพราะจะออกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ มโนทัศน์พูดจบ ให้ คุณ(ตา.ยาย...) พูดทบทวนทันทีได้อีก 3 ข้อ แล้วพยายามจำไว้ให้ได้ด้วยวิธีใดก็ตาม
- การออกข้อแต่ละข้อให้ฟังกับประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเริ่มกันใหม่

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในการนี้ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ได้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นกาทดสอบใจเรื่องทดสอบสมาธิ คุณ (ตา.ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม?
ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือทำไม่ได้ให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 หักลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรออกมา"

☐

บันทึกคำตอบด้วยตัวเลขให้ทุกตัว (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) หักทิ้งเลข 5 ครั้ง
ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดเลขแทนที่หักได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "นม (ดีดัม) จะสะอาดกว่า มะม่วง ให้คุณ(ตา.ยาย...) พึงแล้วใช้คุณ (ตา.ยาย...) สกตเคยพั้งจากปัญญะตัวพั้งไปตัวแรก คำว่ามะม่วงสกตกว่า มอม่่า-สระอะ นอกญะ-สระอะ-วอ-แวน โหลคุณ(ตา.ยาย...) สกตเคยพั้ง ให้พั้งจิ"

☐

5. Recall (3 คะแนน)

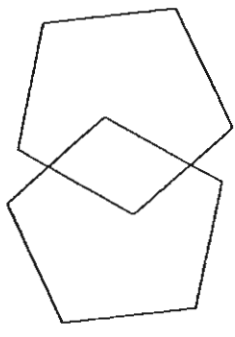
เมื่อสักครู่นี้ให้ฟังของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในการนี้ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ได้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

ข้อนี้เป็นคำสั่ง - จงวาดภาพให้เหมือนกับตัวอย่าง
(ในที่ว่าด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
คะแนนรวม.....

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่ส่งสัญญาณสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เดิม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ตัดหักข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ห้ลปตา

7. Repetition (1 คะแนน)
(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)
"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้
แล้วให้คุณ (ตา.ยาย...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีเดียว"
"ใครใคร่ย้ายไปใช้" ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)
"ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา.ยาย...) อ่าน
กับตัวมือขวา กับครั้ง แล้ววางไว้ที่ " (หัน, โตะ, เติง)
ผู้ทดสอบแสดงการตามคำสั่งขนาดประมาณ ๑๐-4
ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ
☐ ๐ กับตัวมือขวา ๐ กับครั้ง ๐ วางไว้ที่ (หัน, โตะ, เติง) ☐

9. Written command (1 คะแนน)
ต่อไปนี้เป็นการสั่งให้เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา.ยาย...) อ่าน
แล้วทำตาม คุณ (ตา.ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
ผู้ทดสอบแสดงการตามคำสั่งเขียนว่า "หลับตา" ๐ หลับตาได้ ☐

10. Writing (1 คะแนน)
ข้อนี้เป็นคำสั่ง ให้คุณ (ตา.ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค
☐ ๐ ประโยคมีความหมาย ☐

PT progression form (neuro)

ชื่อ..... อายุ.....ปี PT no. HN.....
 การวินิจฉัย..... เป้าหมายการฝึก.....

(...../...../.....)

ประเมินครั้งที่ 2 (...../...../.....)

ประเมินครั้งที่ 3 (...../...../.....)

การทำกิจกรรมด้านการเคลื่อนไหว

ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านการเคลื่อนไหว

ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านการเคลื่อนไหว

เดิน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- พลิกตัวบนเตียง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- พลิกตัวบนเตียง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ยืน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ดูก้นขึ้นนั่ง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ดูก้นขึ้นนั่ง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

นั่งและถ่ายทางในการนั่ง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ทรงตัวในท่านั่งและท่าทางในการนั่ง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ทรงตัวในท่านั่งและท่าทางในการนั่ง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

นอน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ดูก้นขึ้นยืน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ดูก้นขึ้นยืน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ลุกขึ้น
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ทรงตัวในท่านอน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ทรงตัวในท่านอน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ตัว
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เคลื่อนย้ายตัว
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เคลื่อนย้ายตัว
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

การทำให้กิจกรรมด้านการเดิน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ความสามารถในการทำให้กิจกรรมด้านการเดิน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ความสามารถในการทำให้กิจกรรมด้านการเดิน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

เดิน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เดินบนทางราบ
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เดินบนทางราบ
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

เดินขึ้น
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เดินบนทางลาดเอียง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- เดินบนทางลาดเอียง
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ยืน
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 12-14 ขั้น
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

- ขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 12-14 ขั้น
☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

แบบประเมิน Delirium Rating Scale ฉบับภาษาไทย

(Thai Delirium Rating Scale)

ชื่อ-สกุล _____ HN _____ อายุ _____ ปี เพศ/ห้อง _____ ตึก ☐ ชาย ☐ หญิง

การวินิจฉัยโรค.....

คำถาม	ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้
1. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ		
ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในช่วงเวลาหนึ่งๆ ชัดเจน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรังที่กำลังกำเริบได้	0	
อาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ภายในไม่เกิน 6 เดือน	1	
มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพอย่างรวดเร็วในช่วง 1 เดือน	2	
มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอย่างฉับพลัน ภายใน 1-3 วัน	3	
2. ความผิดปกติด้านการรับรู้		
ไม่มีประวัติหรือไม่พบจากการสังเกต	0	
มีอาการ Depersonalization หรือ Derealization	1	
มีอาการแปลสิ่งเร้าหรือการรับรู้สิ่งเร้าผิด ทางทรงมองเห็น รวมทั้งมี Macropsia, Micropsia เช่น อาจมีพฤติกรรมปัสสาวะใส่ถังขยะหรือเข้าใจว่าผ้าปูเตียงเป็นสิ่งอื่น	2	
มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยสับสนเกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงรอบๆ ตัวอย่างรุนแรง เช่น ไม่สามารถแยกแยะความฝันจากความเป็นจริง	3	
3. ชนิดของอาการประสาทหลอน		
ไม่มีอาการประสาทหลอน	0	
มีเฉพาะอาการหูแว่ว	1	
มีประวัติ หรือ ทราบจากการสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการเห็นภาพหลอน อาจมีอาการหูแว่วร่วมด้วย	2	
มีอาการประสาทหลอนทางผัสสัมผัส การรับกลิ่น หรือ การรับรส อาจมีหรือไม่มีการเห็นภาพหลอนหรือหูแว่วร่วมด้วย	3	

คำถาม	ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้
4. อาการหลงผิด		
ไม่มีอาการหลงผิด	0	
มีอาการหลงผิดที่เป็นระบบและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง	1	
มีอาการหลงผิดเกิดขึ้นใหม่ ซึ่งไม่ได้เป็นจากอาการเดิมที่เกิดจากโรคจิตเวชเก่า	2	
มีอาการหลงผิดที่ไม่เป็นระบบ ไม่มีเหตุผลที่อธิบายชัดเจน คงอยู่เพียงระยะเวลาหนึ่ง โดยมากเป็นจากการรับรู้สิ่งเร้าที่ผิดไป เช่น หวาดระแวงคนที่ดูแล ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	3	
5. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว		
ไม่มีพฤติกรรมที่เชื่องช้า หรือวุ่นวายอย่างชัดเจน	0	
มีอาการกระสับกระส่าย ตัวสั่น วิตกกังวลเพียงเล็กน้อย ซึ่งสังเกตได้จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย หรือการพูดและการเคลื่อนไหวลดลงเพียงเล็กน้อย แต่ยังสามารถตอบได้ปกติถ้ากระตุ้นด้วยการถาม	1	
มีอาการวุ่นวาย เดินไปมา ค้างสายน้ำเกลือ หรือพฤติกรรมอื่นๆ หรือการพูดและการเคลื่อนไหวลดลงอย่างมาก ต้องกระตุ้นด้วย Superficial Pain จึงได้ตอบได้	2	
มีอาการวุ่นวายอย่างมากจนจำเป็นต้องมัดผู้ป่วย ทำที่กำร้าว หรือแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน ไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวด้วยตนเองต้องกระตุ้นด้วย Deep Pain ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ชนิด Catatonia	3	
6. Cognitive Status ขณะประเมิน		
ไม่มี Cognitive Deficits (คะแนน TMMSE เกิน 21 และไม่มีส่วนใดได้น้อยกว่า หรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มในส่วนนั้น) หรือมีเนื่องจากขาดการศึกษาหรือมีภาวะปัญญาอ่อนอยู่เดิม	0	
มี Cognitive Deficits (คะแนน TMMSE ได้ระหว่าง 15 - 21 และไม่มีส่วนใดได้น้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มในส่วนนั้น) จากขาดความสนใจ เพราะอาการปวด อ่อนเพลีย อารมณ์เศร้าหรือวิตกกังวลจากโรคทางกาย	1	
มี Cognitive Deficits แค่นิดเพียงส่วนเดียว (คะแนนส่วนใดส่วนหนึ่งใน TMMSE ซึ่งไม่ใช่ส่วนของ Orientation ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มในส่วนนั้น) ในขณะที่ส่วนอื่นปกติ เช่น ผิดปกติเฉพาะด้าน Recall ไม่เกิน 1 คะแนน)	2	

คำถาม	ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้
มี Cognitive Deficits หลายส่วนชัดเจนและ/หรือร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ เวลา สถานที่ (คะแนนด้าน Orientation น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน) อย่างน้อยหนึ่งช่วง ในระยะเวลา 24 ชั่วโมง Registration และ Recall ผิดปกติ สมารถลดลง	3	
มี Cognitive Deficits อย่างมาก เช่น Motor หรือ Vocal Perseveration, Confabulation ความผิดปกติของการรับรู้บุคคลความผิดปกติด้านความจำทั้ง Recent และ Remote และไม่สามารถร่วมมือในการตรวจสภาพจิต	4	
7. โรคทางกาย		
ไม่มีภาวะผิดปกติทางกายหรือมีแต่อาการคงที่	0	
มีภาวะผิดปกติทางกายที่อาจมีผลต่อสภาพจิตได้	1	
มีภาวะผิดปกติทางกาย เช่น ยา การติดเชื้อ ความผิดปกติด้านเมตาบอลิซึม โรคทางสมอง หรือ สาเหตุอื่นซึ่งในส่วเวลานั้นอาจเกี่ยวข้อง ในแง่การเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และสภาพจิต	2	
8. ความผิดปกติของวงจรการหลับคืน		
ไม่มีความผิดปกติ ผู้ป่วยสามารถตื่นและรู้ตัวในช่วงเวลากลางวันและหลับปกติในช่วงกลางคืน	0	
บางครั้งมีอาการง่วงซึมในช่วงกลางวันและหลับๆ ตื่นๆ ในช่วงกลางคืนเพียงเล็กน้อย อาจมีการฝันร้าย แต่สามารถแยกจากความเป็นจริงได้	1	
มีการง่วงซึมในช่วงกลางวันบ่อยๆ และไม่หลับในช่วงกลางคืน ซึ่งแสดงว่ามีผลหลับ ของวงจรการหลับคืนอย่างชัดเจน	2	
ง่วงซึมเป็นส่วนใหญ่และไม่สามารถตื่นตัวขณะสัมภาษณ์ ไม่สามารถควบคุมให้ตื่นตัวได้	3	
อยู่ในภาวะ Stupor หรือ Coma	4	
9. ความแปรปรวนของอารมณ์		
อารมณ์คงที่	0	
อารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงในเวลาเป็นชั่วโมง	1	
อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น กลัว โกรธ ร้องไห้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็วภายในไม่กี่นาที	2	
ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์อย่างมาก โดยการแสดงออกเป็นพฤติกรรมรุนแรง ขว้างปาของ หรือ หัวเราะ ร้องไห้โดยควบคุมไม่ได้	3	

คำถาม	ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้
10. การเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ		
อาการคงที่และมีในช่วงกลางวันเป็นส่วนใหญ่	0	
อาการแย่ลงในช่วงกลางคืน	2	
ความรุนแรงของอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ใน 24 ชั่วโมง	4	
รวมคะแนน	0 - 32	
ผู้ประเมิน		

การประเมินผล

ค่าคะแนน 0 – 32 โดยจะวินิจฉัยว่ามีภาวะ Acute Confusion I State เมื่อมีค่าคะแนน 10 ขึ้นไป

แบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
(Geriatric Nutritional Assessment Tool)

ชื่อ-สกุล HN อายุ ปี เพศ ตี๊ก ☐ ชาย ☐ หญิง

การวินิจฉัยโรค

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เป็นแบบทดสอบที่เรียก Mini Nutritional Assessment: MNA. ให้ประเมินโดยการเติมตัวเลขที่ตรงกับสภาพของผู้สูงอายุลงในช่อง ของแบบคัดกรองเบื้องต้น และบวกคะแนนที่ได้ ถ้าหากค่าคะแนนเท่ากับ 11 หรือต่ำกว่า ให้ใช้แบบประเมินหลักประเมินต่อ โดยการเติมตัวเลขที่ตรงกับสภาพของผู้สูงอายุ ลงในช่อง เช่นกัน และบวกคะแนนที่ได้จากนั้นรวมคะแนนที่ได้จากทั้ง 2 แบบประเมิน เทียบกับเกณฑ์ภาวะโภชนาการ

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
2. ค่าดัชนีมวลกายkgm²
3. ระดับอัลบูมินในเลือด.....ก./ดล. ระดับ โกลสเตอรอลในเลือด.....มก./ดล.
ระดับน้ำตาลในเลือด.....มก./ดล.

การคัดกรองเบื้องต้น (Screening)

1.	ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกอย่างไรกับความอยากรับประทานอาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหาร = 0 คะแนน ความรู้สึกอยากอาหารลดลง = 1 คะแนน ความรู้สึกอยากอาหารลดลง = 2 คะแนน	
2.	น้ำหนักตัวคุณลดลงหรือไม่ ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา ลดมากกว่า 3 กก. = 0 คะแนน ไม่ทราบ = 1 คะแนน น้ำหนักลดลง 1-3 กก. = 2 คะแนน น้ำหนักเท่าเดิม = 3 คะแนน	
3.	การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นอย่างไร นอนบนเตียงหรือใช้รถเข็นตลอดเวลา = 0 คะแนน ลุกจากเตียงหรือใช้รถเข็นได้เอง = 1 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามเตียง = 2 คะแนน	
4.	ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะเครียดด้านจิตใจหรือมีโรคเฉียบพลันบ้างหรือไม่ ไม่ = 0 คะแนน ไม่มี = 1 คะแนน	

5.	มีปัญหาเกี่ยวกับจิตประสาทบ้างหรือไม่ ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง หรือมีความซึมเศร้า = 0 คะแนน ความจำเสื่อมระดับอ่อน = 1 คะแนน ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท = 2 คะแนน	
6.	ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index: BMI) คำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม(kg.) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (m^2) ลดมากกว่า 3 กก. = 0 คะแนน ไม่ทราบ = 1 คะแนน น้ำหนักลดลง 1-3 กก. = 2 คะแนน น้ำหนักเท่าเดิม = 3 คะแนน	
รวมคะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (คะแนนส่วนนี้สูงสุด 14 คะแนน)		
คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ		
ไม่จำเป็นต้องตอบแบบประเมินหลักต่อ		
คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ		
ให้ทำแบบประเมินหลักต่อ		

แบบประเมินหลัก

7.	คุณอาศัยอยู่ลำพัง (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล) ใช่หรือไม่ ไม่ใช่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน	
8.	คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่ ไม่ใช่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน	
9.	คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่ ใช่ = 0 คะแนน ไม่ใช่ = 1 คะแนน	
10.	คุณรับประทานอาหารก็มือต่อวัน 1 มือ = 0 คะแนน 2 มือ = 1 คะแนน 3 มือ = 2 คะแนน	
11.	ในแต่ละวันคุณรับประทานอาหารที่มีโปรตีนบ้างหรือไม่ (ตอบใช่หรือไม่ใช่) - รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน - รับประทานถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ - รับประทานเนื้อสัตว์, ปลา, สัตว์ปีกทุกวัน ตอบไม่ใช่ทุกข้อ หรือใช่เพียงข้อเดียว = 0 คะแนน ตอบใช่ 2 ข้อ = 0.5 คะแนน ตอบใช่ 3 ข้อ = 1 คะแนน	
12.	คุณรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน (ประมาณวันละ 15 คำต่อวัน หรือมากกว่า) ใช่หรือไม่ ไม่ใช่ = 0 คะแนน ใช่ = 1 คะแนน	
13.	คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ ชา กาแฟ นม ประมาณวันละเท่าไร น้อยกว่า 3 แก้ว = 0 คะแนน 3-5 แก้ว = 0.5 คะแนน มากกว่า 5 แก้ว = 1 คะแนน	

14.	ในการรับประทานอาหารคุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่	
	ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง	= 0 คะแนน
	รับประทานอาหารได้เอง แต่ค่อนข้างลำบาก	= 1 คะแนน
	รับประทานอาหารได้เอง ไม่มีปัญหา	= 2 คะแนน
15.	คุณคิดว่าคุณมีภาวะโภชนาการอย่างไร	
	ทุพโภชนาการ	= 0 คะแนน
	ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ	= 1 คะแนน
	ไม่มีปัญหา	= 2 คะแนน
16.	เปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน คุณคิดว่าภาวะโภชนาการของคุณเป็นอย่างไร	
	ด้อยกว่า	= 0 คะแนน
	ไม่ทราบ	= 0.5 คะแนน
	เท่ากัน	= 1 คะแนน
	ดีกว่า	= 2 คะแนน
17.	เส้นรอบวงแขน (Mid-Arm Circumference: MAC) ของคุณมีขนาดกี่เซนติเมตร	
	น้อยกว่า 21 ซม.	= 0 คะแนน
	มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ซม. แต่ไม่เกิน 22 ซม.	= 0.5 คะแนน
	มากกว่าหรือเท่ากับ 22 ซม.	= 1 คะแนน
18.	เส้นรอบวงขา (Calf Circumference: CC) ของคุณมีขนาดเท่ากับกี่เซนติเมตร	
	น้อยกว่า 31 ซม.	= 0 คะแนน
	มากกว่าหรือเท่ากับ 31 ซม.	= 1 คะแนน
รวมคะแนนในแบบประเมินหลักที่ได้ทั้งหมด (คะแนนสูงสุด 16 คะแนน)		
+		+
คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น(คะแนนสูงสุด 14 คะแนน)		
รวมคะแนนทั้งหมด (คะแนนสูงสุด 30 คะแนน)		

แบบประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ (Continence Assessment Form)

ชื่อ-สกุล อายุ ปี H.N. AN. เดียว/ห้อง ตึก ○ ชาย ○ หญิง

โรค ผู้ประเมิน วันที่ ครั้งที่

1. Medical History

Medical Conditions

- ☐ Diabetes ☐ CVA ☐ Arthritis ☐ Multiple Sclerosis ☐ Parkinson's Disease
☐ Dementia ☐ Alzheimer ☐ Fractured Hip ☐ UTI ☐ Other.....

Previous Surgery

- ☐ Vaginal Hysterectomy ☐ Bladder Repair ☐ Trans Urethral Prostatectomy (TURP)
 วันที่ทำผ่าตัด ผลการผ่าตัด

Childbirth and menstruation (ถ้าเป็นผู้ป่วยชาย ให้ข้ามไปข้อ 2)

- การมีบุตร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุจำนวน คน
 วิธีการคลอด การผ่าตัดคลอด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 การคลอดทางช่องคลอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

2. ยาที่ใช้เป็นประจำ (ระบุ) 1. 2.
 3. 4. 5.

3. การขับถ่ายปัสสาวะและปัญหาที่พบ

3.1 อาการผิดปกติชนิด Urge incontinence

- รู้สึกปวดปัสสาวะมาก รอไม่ได้ก่อนมีการเล็ด/ราด (Hesitancy) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะบ่อย (Frequency) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะเวลากลางคืน มากกว่า 2 ครั้ง (Nocturia) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ มีปัสสาวะเล็ด/ราด ก่อนมีการถ่ายปัสสาวะอย่างเหมาะสม ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะเล็ด/ราด จำนวนปานกลางถึงมาก ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะเล็ด/ราด โดยไม่รู้สึกรู้ตัว (Enuresis) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

3.2 อาการผิดปกติชนิด Overflow incontinence

- เบ่งถ่าย / กดเวลาถ่าย (Straining/manual expression) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะไม่ค่อยออกเมื่อเริ่มถ่ายปัสสาวะ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ปัสสาวะไหลไม่คล่อง หรือ ไหลบ้างหยุดบ้าง (Poor stream) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ใช้เวลานานในการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง (Prolonged voiding) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ มีปัสสาวะไหลเป็นหยดๆ หลังปัสสาวะแล้ว (Post-void dribbling) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ รู้สึกเหมือนยังมีปัสสาวะอยู่ หลังจากถ่ายปัสสาวะแล้ว ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ถ่ายปัสสาวะออกน้อยและบ่อย ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ Postvoid residual urine > 150 ml. (พบอย่างน้อย 2 ครั้ง) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

3.3 อาการผิดปกติชนิด Functional incontinence

- ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว / การช่วยเหลือตนเอง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ผู้ป่วยมีอาการปวดเวลาเคลื่อนไหว ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
 ➢ ได้รับยากลุ่ม Sedatives, hypnotic, CNS depressant, diuretic, ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

Anticholinergic, alpha-adrenergic antagonist etc.

3.4 อาการผิดปกติชนิด Stress incontinence

- มีปัสสาวะเล็ดราดเวลาไอ จามหรือมีกิจกรรมต่างๆ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
- ปัสสาวะเล็ดราดต่อครั้งมีจำนวนน้อย (เป็นหยดๆ / รู้สึกชื้นๆ) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
- ไม่มีปัสสาวะบ่อย/เล็ดราดเวลากลางคืน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
- ไม่รู้สึกว่า มีปัสสาวะเล็ด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

3.5 ประเมินความสามารถ

- รู้สึกตัวว่า ต้องการปัสสาวะ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- สามารถบอกทางไปห้องน้ำได้ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- เข้าใจการกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- สามารถขอความช่วยเหลือในการถ่ายปัสสาวะ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- สามารถถอดเสื้อผ้าเพื่อถ่ายปัสสาวะ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- สามารถนั่งถ่ายปัสสาวะบนโถส้วม / ใช้กระบอกปัสสาวะ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- มีแรงจูงใจไม่ให้มีปัสสาวะเล็ดราด ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- มีความตระหนักในการถ่ายปัสสาวะอย่างเหมาะสม ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ บางครั้ง ☐ ตอบไม่ได้
- การช่วยเหลือตนเองในการขับถ่ายและทำความสะอาดหลังขับถ่าย (ประเมินโดยใช้ SNMRC score) คะแนน

4. ข้อมูลการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

- มีอาการปวด / แสบ / ขัด เวลาปัสสาวะ (Dysuria) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
- ปัสสาวะมีกลิ่นผิดปกติ / มีตะกอน / ปนเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

Urine examination วันที่ ผล

Urine culture & sensitivity วันที่

5. การรับประทานอาหารและปริมาณน้ำดื่ม

5.1 การดื่มน้ำ ☐ ปกติ (1.5-2 ลิตร/วัน) ☐ มาก (> 2 ลิตร/วัน) ☐ น้อย (< 1 ลิตร/วัน) ☐ จำกัด ลิตร/วัน

5.2 ชารดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน (ชา กาแฟ น้ำอัดลมบางชนิด)

☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่บบ้างครั้ง ☐ ดื่มเป็นประจำ ปริมาณที่ดื่มต่อวัน แก้ว

5.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่บบ้างครั้ง ☐ ดื่มเป็นประจำ ปริมาณที่ดื่มต่อวัน แก้ว5.4 ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ☐ ตรงเวลา ☐ ไม่ตรงเวลา ☐ ชอบรับประทานอาหารจุกจิก

ปกติรับประทานอาหารวันละ มื้อ

5.5 รส / ชนิดอาหารที่ชอบรับประทาน ☐ รสจัด ☐ รสจืด ☐ รสเผ็ด ☐ รสเปรี้ยว

5.6 การรับประทานอาหารผัก (โปรตีนปริมาณต่อวัน: 1 ถ้วย = 100 กรัม)

5.7 การรับประทานผลไม้ ☐ เกือบทุกมื้อ ☐ อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ ☐ สัปดาห์ละ ครั้ง

6. ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.1 ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ☐ ไม่มี ☐ Constipation ☐ Fecal incontinence6.2 โรค / อาการรบกวนอื่นๆ ☐ Irritable bowel syndrome ☐ อื่นๆ 1

2

6.3 ลักษณะของผิวหนังทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิวแห้ง ☐ มีผื่น / รอยแดง บริเวณ

6.4 มีแผลกดทับ บริเวณ ขนาด ระดับที่ ลักษณะแผล

6.5 ลักษณะผิวหนังบริเวณขาหนีบและฝีเย็บ ☐ ปกติ ☐ ผิดแห้ง ☐ มีผื่น / รอยแดง (ระบุ) _____

6.6 การใช้ผลิตภัณฑ์รองรับปัสสาวะ ☐ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ☐ แผ่นรองกันเปื้อน

☐ Condom & Urine bag ☐ _____

7. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

☐ Stress ☐ Urge/Impaired awareness ☐ Mixed (Urge & Stress) ☐ Overflow ☐ Functional

8. แผนปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)

8.1 การฝึก / ปรับพฤติกรรมขับถ่ายปัสสาวะ

☐ Prompted voiding ☐ Bladder retraining ☐ Timed voiding/Scheduled toileting

☐ Doubled voiding ☐ _____

☐ ไม่สามารถฝึกขับถ่ายปัสสาวะได้ เหตุผล _____

8.2 การให้ความรู้

☐ การฝึกขับถ่ายปัสสาวะแบบ _____

☐ การดูแลผิวหนัง

☐ การรับประทานอาหารและการดื่ม

☐ การใช้อุปกรณ์เสริม/ช่วยในการขับถ่าย

☐ การใช้ผลิตภัณฑ์รองรับปัสสาวะ

☐ การสังเกตอาการผิดปกติ / อาการแทรกซ้อน

☐ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์/

☐ การสอน/ฝึกทักษะญาติและผู้ดูแล

☐ _____

8.3 แผนการดูแลต่อเนื่อง

☐ การวางแผนจำหน่าย

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

☐ การส่งต่อ _____

แบบประเมินการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Assessment Form)

สกุล อายุ ปี H.N. ผู้ประเมิน วันที่ประเมิน

การปัจจุบัน ☐ Constipation ☐ Fecal Incontinence ☐ Diarrhea

Medical History

☐ Diabetes ☐ CVA ☐ SCI ☐ Multiple Sclerosis ☐ Parkinson's Disease

☐ Dementia ☐ Alzheimer ☐ โรคจิตเวชทางจิต ☐ Other

Surgical History

☐ Hysterectomy ☐ Bladder surgery ☐ Bowel surgery (ระบุ)

วันที่ทำผ่าตัด ผลการผ่าตัด

ที่ใช้เป็นประจำ (ระบุ) 1. 2.

3. 4. 5.

การขับถ่ายอุจจาระและปัญหาที่พบ

นิสัยการขับถ่าย ☐ ถ่ายทุกวัน วันละ ครั้ง ☐ ไม่ถ่ายทุกวัน (ระบุจำนวนวัน)

วิธีช่วยการขับถ่าย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ สวนอุจจาระ (ระบุ) ☐ ช่วยล้างอุจจาระ

☐ รับประทานยาระบาย (ระบุ) ☐ ใช้ยาเหน็บ (ระบุ)

☐ นวดหน้าท้อง/ กระตุ้นรอบทวารหนัก ☐ ผีกขับถ่ายเป็นเวลา (ระบุ)

ความถี่ในการใช้ ☐ ยาระบาย ☐ ยาเหน็บ ☐ สวนอุจจาระ (ระบุความถี่)

ระยะเวลาที่มีปัญหาการขับถ่าย (Onset of bowel symptoms) โดยประมาณ

☐ สัปดาห์ ☐ เดือน ☐ ปี

การรบกวนขณะถ่ายอุจจาระ ☐ ไม่พบ ☐ กลั้นไม่ได้ ☐ เบ่งถ่าย ☐ ไม่รู้สึกเวลาถ่าย ☐ รู้สึกถ่ายไม่สุด

ขณะมีอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☐ ผายลม ☐ มีถ่ายเล็ดราดเล็กน้อย ☐ ถ่ายเหลว ☐ ถ่ายเป็นก้อน

พบบ่อยเวลา ☐ เวลากลางวัน ☐ เวลากลางคืน ☐ ทั้ง 2 เวลา

ความถี่ของอาการที่พบ ☐ ครั้ง/วัน ☐ ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ครั้ง/เดือน

ลักษณะของอุจจาระตามปกติของผู้ป่วย (ประเมินโดยใช้ BRISTOL STOOL FORM SCALE)

☐ ชนิดที่ 1 ☐ ชนิดที่ 2 ☐ ชนิดที่ 3 ☐ ชนิดที่ 4 ☐ ชนิดที่ 5 ☐ ชนิดที่ 6 ☐ ชนิดที่ 7

การใช้ผลิตภัณฑ์หรืออุปกรณ์อื่น ☐ ใช้ ☐ ไม่ใช้ จำนวนที่ใช้ต่อวัน (ระบุ) ชิ้น

การใช้ห้องน้ำ

เคลื่อนไหว ☐ ปกติ ☐ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ใช้รถเข็น ☐ เคลื่อนไหวเองไม่ได้เลย

วิธีการขับถ่าย ☐ ใช้ชักโครก ☐ ใช้เก้าอี้นั่งถ่าย ☐ ใช้หมอนอน ☐ ช่วยขับถ่ายบนเตียง

ระดับการช่วยเหลือตนเองในการขับถ่ายและทำความสะอาดหลังขับถ่าย (ประเมินโดยใช้ SNMRC score)

ระดับ

การรับประทานอาหารและปริมาณน้ำดื่ม

การดื่มน้ำ ☐ ปกติ (1.5-2 ลิตร/วัน) ☐ มาก (> 2 ลิตร/วัน) ☐ น้อย (< 1 ลิตร/วัน) ☐ จำกัดปริมาณ ลิตร/วัน

นิสัยการรับประทานอาหาร ☐ ตรงเวลา ☐ ไม่ตรงเวลา ☐ ชอบรับประทานอาหารจืด ปกติรับประทานอาหารวันละ มื้อ

รส/ชนิดอาหารที่ชอบรับประทาน ☐ รสจืด ☐ รสจืด ☐ รสเผ็ด ☐ รสเปรี้ยว

การรับประทานผัก (โปรตีนระบุปริมาณต่อวัน: 1 ถ้วย = 100 กรัม)

การรับประทานผลไม้ ☐ เกือบทุกมื้อ ☐ อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ ☐ สัปดาห์ละ ครั้ง ☐

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- โรค/อาการรบกวนอื่นๆ ☐ Irritable bowel syndrome ☐ อื่นๆ 1 2
- ลักษณะของผิวหนังทั่วไป ☐ ปกติ ☐ ผิวแห้ง ☐ มีผื่น/รอยแดง บริเวณ
- ☐ มีผดผื่นคัน บริเวณ ขนาด ระดับที่ ลักษณะแผล
- ☐ มีผดผื่นคัน บริเวณ ขนาด ระดับที่ ลักษณะแผล
- ลักษณะผิวหนังบริเวณขานิ้วและฝ่าเท้า ☐ ปกติ ☐ ผิวแห้ง ☐ มีผื่น/รอยแดง (ระบุ)

การตรวจทางทวารหนัก (Digital anal examination)

- Ability to contract anus ☐ Normal ☐ Diminished
- Ability to relax anus ☐ Normal ☐ Diminished
- Sphincter tone ☐ Normal ☐ Diminished ☐
- Sphincter status at rest ☐ Closed ☐ Relaxed ☐ Gaping
- Rectum empty ☐ ใช่ ☐ (ระบุปริมาณและลักษณะของอุจจาระ)

ผลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

1. Abdominal palpation findings: ☐ Soft/no palpable stool ☐ Palpable stool left colon
2. ผลการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (SNMRC score) ระดับที่
3. Plain X-ray
4. Proctoscopy
5. อื่นๆ

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

- ☐ Fecal incontinence ☐ Constipation ☐ Fecal impaction ☐ Normal

แผนปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)

1. การฝึก/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระ

- ☐ Bowel training program เริ่ม
- ☐ ไม่สามารถฝึกขับถ่ายอุจจาระได้ เหตุผล (โปรดระบุ)

2. การให้ความรู้

- | | |
|--|--|
| ☐ การฝึกขับถ่ายอุจจาระ | ☐ การดูแลผิวหนัง |
| ☐ การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ | ☐ การใช้อุปกรณ์เสริม/ช่วยในการขับถ่าย |
| ☐ การใช้ผลิตภัณฑ์รื้อถอนเบื้องต้น | ☐ การสังเกตอาการผิดปกติ/อาการแทรกซ้อน |
| ☐ | ☐ |

3. แผนการดูแลต่อเนื่อง

☐ การวางแผนจำหน่าย

1.

2.

3.

4.

☐ การส่งต่อ

.....

.....

.....

.....

.....



ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี H.N.	A.N.	Diagnosis	Bed/Room																											
Braden scale แบ่งเป็น 6 หมวด																																
3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้บางส่วนและบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการ ความช่วยเหลือเล็กน้อยที่ระบุได้	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
4 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนท่าได้ แต่ต้องการ ความช่วยเหลือเล็กน้อยถึงปานกลาง																																
หมวดที่ 5 การเคลื่อนไหว (Nutrition)																																
1 คะแนน รับประทานอาหารได้น้อยกว่า 1/3 ถาด หรือ NPO หรือได้รับ Clear liquid diet หรือ IV > 5 วัน (สารนี้ไม่ใช่ TPN/PPN)																																
2 คะแนน รับประทานอาหารได้ประมาณ 1/4 ถาด หรือได้รับ liquid diet หรืออาหารทางสายยางน้อยกว่าที่กำหนด																																
3 คะแนน รับประทานอาหารได้ > 1/4 ถาด หรือได้รับอาหารทางสายยาง หรือ TPN ตามที่กำหนด																																
4 คะแนน รับประทานอาหารทุกวัน > 1/4 ถาด หรือหมดถาด																																
หมวดที่ 6 แรงเสียดสี และแรงเฉือน (Friction and Shear)																																
1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือในการยก หรือเลื่อนตัว เมื่ออยู่ใน ท่านั่งหรือนอนจะมีแรงเสียดสี แฉก หรือ มีลักษณะเกร็ง ข้อติด หรืออู้ง่าย (Aglutination) ซึ่งทำให้การเคลื่อนที่ของตัวเกิดข้อขัดข้อง																																
2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือในการยก หรือเลื่อนตัว เล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือในการพลิกตัวได้บ้างเมื่อมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย ในท่าศีรษะสูง																																
3 คะแนน ยก หรือเลื่อนตัวเองได้ ไม่ต้องการความช่วยเหลือ และไม่มีการเคลื่อนที่เกิดขึ้นขณะเลื่อนตัว																																
คะแนนรวม																																
อายุเฉลี่ย																																

(16 คะแนน ถึงเล็กน้อย, 15 คะแนน ถึงปานกลาง, 12-14 คะแนน ถึงมาก, < 12 คะแนน ถึงมากที่สุด)

Pressure Ulcer Stage

ระดับที่ 1 อุณหภูมิของผิวหนังต่ำลง เมื่อเนื้อเยื่อไม่เปลี่ยนแปลงบริเวณที่ถูกกดทับจะมีรอยแดง สีคล้ำกว่าปกติ หรือลักษณะเป็นรอยจ้ำ ไม่หายไปเป็นเวลา 30 นาที จะรู้สึกเจ็บหรือคัน แต่ผิวหนังที่ปกคลุมยังไม่มีย่อยถลอก

ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก (หนังแท้และหรือหนังกำพร้า) แผลมีลักษณะเป็นแผลตื้นๆและมีรอยถลอก ลมพิษหรือเป็นหลุมตุ่มๆ

ระดับที่ 3 ผิวหนังถูกทำลายอย่างชัดเจน หรือเกิดเนื้อตายของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แผลมีลักษณะเป็นหลุมลึกอาจมีการทำลายไปถึงเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง

ระดับที่ 4 ผิวหนังถูกทำลายอย่างมาก มีเนื้อตาย หรือถูกทำลายถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก หรือ เอ็น ข้อต่อต่างๆเป็นต้น

Braden Pressure Ulcer Risk Assessment

กรุณาประเมินผู้ป่วยทุกคนให้ครบถ้วนทุกปัจจัยข้อใดได้เครื่องหมาย / ลงในช่องสี่เหลี่ยมตามความเหมาะสมในแต่ละแถว

การรับรู้สติ ความสามารถในการแสดงอาการ ตอบสนองต่อความไม่สุขสบาย จากแรงกดทับ	☐ 1. ไม่สามารถแสดงอาการเจ็บปวด เมื่อถูกกระตุ้นซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสีย การรับรู้หรือได้รับบาดเจ็บประสาทหรือ พื้นที่ของร่างกายส่วนใหญ่ไม่สามารถรับ ความรู้สึกได้	☐ 2. เมื่อสารช่วยทำทาง สามารถรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดได้เพียงพอ อย่างเคืองตาไม่สามารถพูดสื่อสารได้ นอกจากแสดงอาการกระสับกระส่ายร้อง ครางหรือพื้นที่ร่างกายมากกว่าครึ่งหนึ่ง สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก	☐ 3. เมื่อสารช่วยทำทาง ทำตามสั่งได้แต่ไม่สามารถบอกถึงความ ไม่สุขสบายหรือความต้องการในการ เปลี่ยนท่าได้ หรือมีการสูญเสียการรับรู้ ความรู้สึกของแขนหรือขา 1 หรือ 2 ข้าง	☐ 4. รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามสั่งได้ มีการรับรู้และบอกได้ถึง ความรู้สึกเจ็บหรือไม่สุขสบาย
ความเคลื่อนไหวของผิวหนัง ความมากน้อยของการที่ผิวหนัง สัมผัสกับความเปียกชื้น	☐ 1. เกือบไม่สามารถเคลื่อนไหว ผิวหนังมีความเปียกชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระตลอดเวลา	☐ 2. ปัสสาวะรดบ่อยครั้งหรือออกมา ผิวหนังมีความเปียกชื้นเกือบตลอดเวลา มักต้องเปลี่ยนผ้าทุกครั้งที่มีการพลิก ตัวอย่างน้อยทุก 2 ชม.	☐ 3. ปัสสาวะรดเป็นบางครั้ง มีความจำเป็นในการเปลี่ยนผ้าห่มจาก ปกติวันละครั้ง	☐ 4. ปัสสาวะได้เองหรือออกไม่มาก สภาพผิวหนังปกติ เปลี่ยนผ้าตามปกติ
การมีกิจกรรม ระดับของการมีกิจกรรม	☐ 1. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกจำกัดให้อยู่บนเตียง	☐ 2. การทรงตัวไม่ดี เติบโตไม่ได้ ความสามารถในการเดินได้น้อยมาก ไม่สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่และ / หรือ ต้องใช้รถนั่ง	☐ 3. ย่อมเหลือช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเป็นครั้งคราวในระหว่างวัน เดินใน ระยะสั้นๆอาจมีหรือไม่มีผู้ช่วยพยุง ใช้ เวลาส่วนใหญ่นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้	☐ 4. แขนขาเคลื่อนไหวไหวได้ดี เดินนอกห้องอย่างน้อย 2 ครั้ง / วัน เดิน ในห้องทุก 2 ชม. ในช่วงเวลากลางวัน

ถามเรื่องใหม่ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมท่าทาง	☐ 1. ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ไม่สามารถจับส่วนใดของร่างกายได้เอง แม้ต้องเลืกนิ้ว ต้องมีคนช่วย	☐ 2. แขนขา ระดับข้อเปลี่ยนท่าเองไม่ได้ สามารถเปลี่ยนท่าหรือขยับแขนขาได้บ้างเล็กน้อยแต่ต้องมีคนช่วย	☐ 3. ย่อมเหยียด มือช่วยเหยียดตัวเองได้ เเคเป็นครั้งคราวในระหว่างวัน เเคในระหว่างวัน เเคไม่มีผู้ช่วยพยุง ให้ เวลาส่วนใหญ่ นั่งบนเตียงหรือเก้าอี้	☐ 4. แขนขาค่อยๆให้ดีขึ้น ขยับเปลี่ยนท่าได้ เเคที่ไม่ต้องมีคนช่วย
ถามเรื่องใหม่ แบบแผนการรับประทานอาหาร	☐ 1. ได้รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่ได้รับประทานครบทุกมื้อ รับประทานได้น้อยกว่า 1 ใน 3 ของอาหารที่ควรได้ในแต่ละวัน อาหารโปรตีน เ่น เนื้อวันละ 2 มื้อที่จัดให้หรือน้อยกว่า หรือ น้อยกว่าคั้นน้ำไม่ยอมรับประทานอาหารเหลวที่จัดให้	☐ 2. ได้รับประทานอาหารค่อนข้างน้อย รับประทานอาหารแทบจะไม่ครบทุกมื้อ และรับประทานได้เพียง 1/2 ของที่จัดให้ ได้โปรตีน เ่น เนื้อเพียง 3 มื้อที่จัดให้ในแต่ละวัน ได้รับอาหารเสริมบ้างเป็นครั้งคราวหรือได้รับอาหารทางสายยางน้อยกว่าปริมาณที่ควรได้รับ	☐ 3. ได้รับตามอาหารเพียงพอ รับประทานได้มากกว่าครึ่งทุกมื้อ ได้อาหารโปรตีนทั้ง 4 มื้อในแต่ละวัน อาจปฏิเสธอาหารบางมื้อแต่ได้อาหารเสริมหรืออาจได้รับอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนความต้องการร่างกาย	☐ 4. ได้รับตามอาหารในปริมาณที่เชื่อมต่อ รับประทานได้ครบและเหมาะสมได้ โปรตีนทั้ง 4 มื้อ หรือมากกว่า บางครั้งรับประทานระหว่างมื้อ ไม่ต้องการอาหารเสริมทดแทน
ถามเรื่องใหม่ การมีแรงเสียดทานและแรงเฉือน	☐ 1. ต้องช่วยเหลือมากในการเคลื่อนไหว การยกตัวโดยที่ไม่ให้เกิดการถูไถเป็นไปได้อย่างมากและมีการสั่นไหวตลอดเหมือนนอนนิ่งๆ บ่อยครั้งที่ต้องใช้การช่วยเหลืออย่างมากในการเปลี่ยนท่า มีการเกร็ง ยึดเกร็งหรือมีอาการสั่นไหวทำให้มีการเสียดทานตลอด	☐ 2. ต้องช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวต้องมีการช่วยเหลือ ขณะมีการเคลื่อนไหวด้วยมืออาจมีการถูไถกับผ้า เเคอี้ เเคเตียงหรืออุปกรณ์ต่างๆได้ เมื่อจัดให้นอนหรือนั่งสามารถอยู่ในท่านั้นได้เป็นเวลานานอาจมีการสั่นไหวได้บ้างเป็นบางครั้ง	☐ 3. ไม่พบปัญหา สามารถเคลื่อนไหวได้ดี ทั้งขณะอยู่บนเตียงหรือนั่งอยู่ในท่าที่ถูกต้องได้ตลอดเวลา	รวมคะแนน..... ระดับความเสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง ☐ เสี่ยง (≤ 16)

[illegible]

หมายเหตุ : บันทึกทุกครั้งที่เริ่มเกิดแผล

เป็นแผนที่เกิดขึ้นมาจากภูมิปัญญาที่แตกต่างกัน



ชื่อ-สกุล อายุ ปี H.N. A.N. ตึก ชาย / หญิง เดิม

ครั้งที่ วันที่ ผู้ปฏิบัติ

ครั้งที่ วันที่ ผู้ปฏิบัติ

ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ

ครั้งที่ วันที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
ขนาด(cm²) (กว้างxยาว)																				
0. 0 cm²																				
1. <0.3cm²																				
2. 0.3-0.6cm²																				
3. 0.7-1.0cm²																				
4. 1.1-2.0cm²																				
5. 2.1-3.0cm²																				
6. 3.1-4.0cm²																				
7. 4.1-8.0cm²																				
8. 8.1-12.0cm²																				
9. 12.1-24.0cm²																				
10. >24.0cm²																				
จำนวนสารคัดหลั่ง(Exudate Amount)																				
0. None																				
1. Light																				
2. Moderate																				
3. Heavy																				
ชนิดของเนื้อเยื่อ(Tissue Type)																				
0. Closed																				
1. Epithelial Tissue																				
2. Granulation Tissue																				
3. Slough																				
4. Necrotic Tissue																				
คะแนนรวม																				

แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับเรื่องการป้องกัน และการดูแลแผลกดทับ
 คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าถูก และทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ท่านเห็นว่าผิด

- _____ 1. แผลกดทับหมายถึง บริเวณที่มีการตายของเซลล์ และเนื้อเยื่อจากการขาดเลือดอันเป็นผลจากการถูกกดทับเป็นเวลานาน ๆ
- _____ 2. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมีหลายปัจจัยเช่น แรงกดทับ แรงเสียดสี แรงถูไถ และความเปื่อยชื้น เป็นต้น
- _____ 3. ผู้ป่วยสามารถนอนบนที่นอนลมได้โดยไม่ต้องพลิกตะแคงตัว จะสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้
- _____ 4. แผลกดทับส่วนใหญ่มักเกิดตามปุ่มกระดูก เช่นบริเวณก้นกบ สะโพก และตาตุ่ม เป็นต้น
- _____ 5. รอยแดงที่เกิดตามปุ่มกระดูก เมื่อพลิกตะแคงตัวแล้วรอยไม่จางหาย แสดงว่าเป็นแผลกดทับระดับที่ 1 ไม่จำเป็นต้องทำอะไร แผลสามารถหายไปเองได้
- _____ 6. ผิวหนังของผู้ป่วยสูงอายุจะบางกว่าผิวหนังของคนวัยหนุ่มสาว เนื่องจากความตึงตัวของผิวหนังลดลง และชั้นไขมันใต้ผิวหนังบางลง
- _____ 7. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรรับประทานอาหาร โปรตีนสูง วิตามินซี และวิตามินอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล และควรงดสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- _____ 8. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับไม่ควรที่จะรับประทานไข่ เนื่องจากเมื่อแผลหายจะทำให้กลายเป็นแผลเป็นนูนขึ้น
- _____ 9. ในการทำแผลกดทับนั้น น้ำยาที่ใช้ในการล้างแผล สามารถใช้แอลกอฮอล์ได้ ถ้าแผลมีเนื้อตายสามารถใช้ไฮโดรเจน เพอร์ร็อกไซด์ ในการฟอกแผลเพื่อกำจัดเนื้อตายได้
- _____ 10. หากผู้ป่วยไม่สามารถกลั้นปัสสาวะ หรืออุจจาระได้ สามารถใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ได้ แต่ควรพาโลชั่นหรือวาสลีนที่ก้นก่อนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และควรตรวจดูปัสสาวะ หรืออุจจาระทุก 2 - 4 ชั่วโมง
- _____ 11. น้ำยาที่ใช้ในการล้างแผลที่เหมาะสม และไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อเจริญ คือน้ำเกลือนอร์มอล (0.9% NSS)
- _____ 12. ผู้ป่วยที่อ้วนไม่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ แต่ผู้ป่วยที่ผอมมาก ๆ และขาดสารอาหาร มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย
- _____ 13. ในการนั่งควรให้ผู้ปวยนั่งบนห่วงยาง เพื่อลดแรงกดทับ และป้องกันไม่ให้เป็นแผลกดทับ
- _____ 14. การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยควรให้ผู้ปวยนอนตะแคงกึ่งคว่ำ หรือกึ่งหงาย โดยให้สะโพกทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อลดแรงกดทับ
- _____ 15. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ ควรใช้กระจกส่องดูก้น หรือบริเวณผิวหนัง หรือปุ่มกระดูกที่มองไม่เห็น เพื่อประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แบบประเมินผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม
(Fall Risk Assessment Tool)

ชื่อ-สกุล _____ HN _____ อายุ _____ ปี เพศ/ห้อง _____ ตึก ☐ ชาย ☐ หญิง

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม		
ปัจจัยเสี่ยง	ค่าคะแนน	คะแนนที่ได้
1. อายุ 65-79 ปี	0.5	
2. อายุ 80 ปี	1	
3. มีภาวะสับสน (ไม่อยู่บนเตียงตามคำแนะนำ)	2	
4. พยายามจะลงจากเตียง/ไม่สงบ	5	
5. มีประวัติการหกล้ม	1	
6. มีการเคลื่อนไหว การทรงตัวและการเดินที่ผิดปกติ	1	
7. มีอาการอ่อนเพลียโดยทั่วไป	1	
8. การขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง เช่น ปัสสาวะบ่อย ถ่ายทันทีเมื่อรู้สึกปวด ปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการให้ยา Lasix ทาง หลอดเลือดดำ	1	
9. ได้รับยาต่อไปนี้ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาสงบ	1	
10. ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้	-5	
	คะแนนรวม	
	ผู้ประเมิน	

เกณฑ์การตัดสินความเสี่ยง

ค่าคะแนน	ระดับความเสี่ยง
0.5-2	ระดับ 1
2.5-4	ระดับ 2
มากกว่าหรือเท่ากับ 4.5	ระดับ 3



แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

130

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล

เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง 3. อายุ ปี

สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วย () 3. คู่แยกกันอยู่ () 4. หม้าย () 5. หย่า/ร้าง

ในช่วง 1 เดือนนี้หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)

() 1. ไม่มี () 2. มี (ถ้ามีถามข้อ 6 ด้วย)

โรคที่ท่านมีปัญหาตอบได้มากกว่า 1 ข้อ () 1. ความดันโลหิตสูง () 2. โรคปอดหรือหลอดลม

() 3. โรคหัวใจ () 4. โรคกระดูกและข้อ () 5. เนื้องอก () 6. เบาหวาน

() 7. อัมพาต () 8. โรคทางจิตเวช () 9. โรคกระเพาะ () 10. อื่นๆ ระบุ

ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า

.....

.....

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ท่านเคยรับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ไม่ครบข้อ

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
รู้สึกจิตใจหม่นหมอง (เกือบตลอดทั้งวัน)		
รู้สึกเบื่อทุกสิ่งทุกอย่าง		
รู้สึกหมดกำลังใจอยาก		
รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ		
รู้สึกหงุดหงิดในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น		
รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง		
รู้สึกอยากอยู่คนเดียวไม่อยากยุ่งกับใคร		
รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า		
คิดอะไรไม่ออก		
คิดสิ่งง่าย		
คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ		
ทำอะไรรู้สึกอืด เชื่องช้ากว่าปกติ		
รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง		
รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม		
นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท		

การแปลผล

รวม (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการบริการปรึกษา หรือส่งพบแพทย์

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลภูมิพล



โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____

ชื่อ _____

sign/Day 1, _____

onset _____

เวลามาถึง รพ. _____

เวลา admission _____

☐ Large infarct _____

☐ Lacunar infarct _____

ระดับ _____

☐ Brain herniation (ใน large infarct)

☐ Pressure sore

☐ Aspiration

☐ ปื่นๆ _____

☐ Falls

☐ CXR ☐ ECG ☐ CBC ☐ BS ☐ Electrolyte ☐
☐ Holter monitor ☐ Carotid Doppler ☐ ; ☐ Clotting ☐ ESR ☐ lipid ☐ MRI/MRA brain ☐
☐ _____

☐ Clopidogrel ☐ Warfarin ☐ LMWH ☐ tPA ☐

วง Y or N	เข้า	ป่วย	คัด	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แต้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ neuro ทุก ½, 1, 2, 4 ชม.	Y N	Y N	Y N	
นอนหัวสูง 30 องศา	Y N	Y N	Y N	
ไม่ใช้	Y N	Y N	Y N	
ระวังอาการ neuro ยาลง**				
PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
BP อยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	
ECG monitored ใน 24 ชม. แรก	Y N	Y N	Y N	
งเส้น I.V. site				
SatO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	
ET tube เบอร์ # _____, ผู้กักหมายเลข _____				
ต้องให้ O ₂ therapy _____ โดยให้เป็นชนิด _____, O ₂ _____ l/m				
ต้องช่วย Suction ป้อนหรือไม่ _____ เพราะเหตุใด _____				

ควบคุม Blood sugar ใกล้เคียง (60 - 130)	Y N	Y N	Y N	
หลีกเลี่ยง I.V. dextrose ถ้าไม่จำเป็น	Y N	Y N	Y N	
Urinary output ปกติ > 30 ml/ชม	Y N	Y N	Y N	
การขับปัสสาวะ : ปัสสาวะเอง ☐ Foley's cath ☐ Condom drainage ☐				
ป้องกันการสำลัก มาก หรือ น้อย _____ จะให้ กินเอง ☐ ใส่ NG tube ☐ NPO ☐				
เกี่ยวข้องกับอาหาร & น้ำ _____				
จัดทำให้เหมาะสมกับ neuro deficits	Y N	Y N	Y N	
ระวังแผลกดทับ พลิกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	
ประเมิน Falls risk	Y N	Y N	Y N	
แจ้งให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค และ แผนการรักษา โดย _____				
นัดญาติพบนักกายภาพ จันทน์ / ศุภร ปาย _____				

เวลา	หน่วยที่รักษา*	ชื่อ	ชื่อแผน
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		

ตรวจดูแลให้อาการผู้ป่วยปลอดภัยก่อน ค่อยปรึกษาหน่วยงานอื่น แต่ควรวางแผนแต่เนิ่นๆ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____

ชื่อ _____

วันที่ _____
Locations _____
 Vital signs: ☐ ET Tube ☐ UTI ☐ Pneumonia ☐ Bleeding
☐ Sepsis ☐ Heart Failure ☐ DVT/PE

วง Y or N	เข้า	ป่วย	ดึก	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แต้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ Neuro ทุก 4 ชม	Y N	Y N	Y N	
นอนหัวสูง 30 องศา	Y N	Y N	Y N	
ไม่ไอ	Y N	Y N	Y N	
รังสมองบวม (large infarct) หรือ แผลลง (both large or small infarct)				
PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
BP อยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	
เส้น I.V. site				
แผล แผล ร้อน เจ็บ				
SatO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	
O ₂ Sat on room air (อย่างน้อยทุกแวน)				
Section เมื่อจำเป็น				
ต้องให้ O ₂ therapy		โดยให้เป็นชนิด	, O ₂	l/m

Fluid balance ปกติ	Y N	Y N	Y N	
ควบคุม Blood sugar ได้ (60 - 130)	Y N	Y N	Y N	
หลีกเลี่ยง IV Dextrose ยกเว้นมี hypoglycemia	Y N	Y N	Y N	
Nutrition ให้ทาง IV/NG/oral	Y N	Y N	Y N	
ปริมาณ urinary output ปกติ > 30 มล/ชม	Y N	Y N	Y N	
การขับถ่าย ปกติ	Y N	Y N	Y N	
พยายามฝึกให้ขับปัสสาวะเอง	Y N	Y N	Y N	
การขับปัสสาวะ: ปัสสาวะเอง ☐ Cath ☐ Condom drainage ☐				

ประเมิน Falls risk	Y N	Y N	Y N	
Positioned ให้เหมาะกับ deficits	Y N	Y N	Y N	
ระวังแผลกดทับ พลิกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	
เน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติม เรื่อง prognosis และการเตรียมตัวดูแลที่บ้าน				
นัดญาติพบนักกายภาพ จันทน์ / ศุภร ปาย				

PROM ☐	Chest PT ☐	Home Programme ☐		
RIB side to side only ☐	SOOB stroke chair alone ☐	Transfer 1x assist ☐	Independent transfer ☐	Ambulate 1x Assist ☐
RIB side to side & supine ☐	SOOB stroke chair & table ☐	Transfer 2x assist ☐	Not to ambulate ☐	Amb Sup. ☐ Indep. ☐
Not to SOOB ☐	Transfer with hoist only ☐	Supervise transfer ☐	Ambulate, 2x assist ☐	Aids ☐

เวลา	หน่วยที่ปรึกษา	ชื่อ	ข้อเสนอแนะ
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____

ชื่อ _____

วันที่ _____

ations _____

Contraindications: ☐ ET Tube☐ UTI☐ Pneumonia☐ Bleeding☐ Sepsis☐ Heart Failure☐ DVT/PEพิจารณาแผนดูแลผู้ป่วย D/C plan และการดูแล ☐ ดูแลแล้ว ☐ ยัง

วง Y or N	เข้า	ป่วย	ดี	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แต้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ Neuro ทุก 4 ชม	Y N	Y N	Y N	
อุณหภูมิสูง 30°	Y N	Y N	Y N	
ไม่มีไข้	Y N	Y N	Y N	

ประเมินสมรรถภาพ หรือ แปลง

PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
BP อยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	
เปลี่ยนเส้น V. หรือ เอาออก	Y N	Y N	Y N	

พเส้น I.V. site

แขน แล่ง ร้อน เจ็บ ☐ ไม่มี ☐ มี

SatO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	

SatO₂ on room air (อย่างน้อยทุกเวร)ต้องให้ O₂ therapy โดยให้เป็นชนิด _____ , O₂ _____ l/min

ระดับน้ำตาลปกติ (60-130)	Y N	Y N	Y N	
Nutrition ให้ทาง IV/NG/Oral	Y N	Y N	Y N	

ระวังสำลัก

Urinary output ปกติ > 30 มล/ชม	Y N	Y N	Y N	
ใส่ cath ออก ให้ประเมินการปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	
พยายามให้ปัสสาวะเอง	Y N	Y N	Y N	

การขับปัสสาวะ: ปัสสาวะเอง ☐ Cath ☐ Condom drainage ☐ bladder retraining ทุก 2 ชม. และ incontinence chart ☐

ประเมิน Falls risk	Y N	Y N	Y N	
Positioned ให้เหมาะสมกับ deficits	Y N	Y N	Y N	
ระวังผลกดทับพลิกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	

เน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ

นัดพบแพทย์กายภาพ จันทน์ / ศุภร ปาย

PROM ☐	Ches' PT ☐	Home Programme ☐	
RIP side to side only ☐	SOOB stroke chair alone ☐	Supervise transfer ☐	Ambulate, 1x assist ☐
RIP side to side & supine ☐	Transfer with hoist only ☐	Independent transfer ☐	Ambulate with supervision ☐
Support UL with pillow ☐	transfer 2x assist ☐	Not to ambulate ☐	Ambulate independently ☐
SOOB stroke chair & table ☐	Transfer 1x assist ☐	Ambulate, 2x assist ☐	Aids: _____

เวลา	หน่วยที่ปรึกษา	ชื่อ	ข้อเสนอแนะ
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		
	จิตวิทยา*		

หมายเหตุ: aphasia ที่อาการปลอดภัยแล้ว

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____

ชื่อ _____

วันที่ _____
ations _____

Contraindications: ☐ ET Tube ☐ UTI ☐ Pneumonia ☐ Bleeding
☐ Sepsis ☐ Heart Failure ☐ DVT/PE

วง Y or N	เข้า	ย้าย	ตก	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แด้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ Neuro ทุก 6 ชม	Y N	Y N	Y N	
นอนหัวสูง 30°	Y N	Y N	Y N	
ไม่ไอ	Y N	Y N	Y N	
ระงับเสมหะหรือ แผลลง				
PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
BP อยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	

SpO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	
SpO ₂ on room air (t.d.s.)				
Suction เมื่อจำเป็น				
ต้องให้ O ₂ therapy	โดยให้เป็นชนิด	,O2	l/m	

ควบคุม Blood sugar ใกล้เคียง (60 - 130)	Y N	Y N	Y N	
Nutrition ให้ทาง IV/NG/Oral	Y N	Y N	Y N	
Urinary output ปกติ > 30 มล/ชม	Y N	Y N	Y N	
ถ่ายปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	
พยายามให้ปัสสาวะเอง	Y N	Y N	Y N	
การขับปัสสาวะ: ปัสสาวะเอง ☐ Cath ☐ Condom drainage ☐ bladder retraining ทุก 2 ชม.				

ประเมิน Falls risk	Y N	Y N	Y N	
Positioned ให้เหมาะสมกับ deficits	Y N	Y N	Y N	
ระวังผลกดด้วย หลีกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	
เน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ				
สังเกตพบปัญหาภาพ จันทร / ศูกร์ ปาย				

PROM ☐	Chest PT ☐	Home Programme ☐	
RIB side to side only ☐	SOOB stroke chair alone ☐	Supervise transfer ☐	Independent transfer ☐
RIB side to side & supine ☐	Transfer with hoist only ☐	Not to ambulate ☐	Ambulate with supervision ☐
Support UL with pillow ☐	transfer 2x assist ☐	Ambulate, 1x assist ☐	Ambulate independently ☐
SOOB stroke chair & table ☐	Transfer 1x assist ☐	Ambulate, 2x assist ☐	Aids: ☐

เวลา	หน่วยที่ปรึกษา	ชื่อ	ข้อเสนอแนะ
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		
	ฝึกพูด		

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____
ชื่อ _____

5 วันที่ _____
ications

Contraindications: ☐ ET Tube ☐ UTI ☐ Pneumonia ☐ Bleeding
☐ Sepsis ☐ Heart Failure ☐ DVT/PE

วง Y or N	เข้า	ป่วย	ตก	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แต้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ Neuro ทุก 6 ชม	Y N	Y N	Y N	
นอนหัวสูง 30°	Y N	Y N	Y N	
ปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	

PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
BP อยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	

SatO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	
ให้ออกซิเจน therapy	โดยให้เป็นชนิด		O ₂	l/m
SatO ₂ on room air (t.d.s.)				
Suction เมื่อจำเป็น				

Fluid balance ปกติ	Y N	Y N	Y N	
ควบคุม Blood sugar ได้ดี (60 - 130)	Y N	Y N	Y N	
Nutrition ให้ทาง IV/NG/Oral	Y N	Y N	Y N	
Urine output ปกติ > 30 มล/ชม	Y N	Y N	Y N	
ถ้าถ่ายอุจจาระ ออก ให้ประเมินการปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	
ถ่ายปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	
การขับปัสสาวะ: ปัสสาวะเอง ☐ Cath ☐ Condom drainage ☐ bladder retraining ทุก 2 ชม. ☐				

Fall risk assessed	Y N	Y N	Y N	
Positioned ให้เหมาะกับ deficits	Y N	Y N	Y N	
ระวังผลกดทับ พลิกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	
ให้ความรู้ Yes ☐ No ☐ โดย _____				
ปฏิกิริยาตอบสนองภาพ จินตภาพ / ตุ๊กตา				

ROM ☐	Chest PT ☐	Home Programme ☐	
HB side to side only ☐	SOOB stroke chair alone ☐	Supervise transfer ☐	Ambulate, 1x assist ☐
HB side to side & supine ☐	Transfer with hoist only ☐	Independent transfer ☐	Ambulate with supervision ☐
Support UL with pillow ☐	transfer 2x assist ☐	Not to ambulate ☐	Ambulate independently ☐
SOOB stroke chair & table ☐	Transfer 1x assist ☐	Ambulate, 2x assist ☐	Aids: _____

เวลา	หน่วยที่ปรึกษา	ชื่อ	ข้อเสนอแนะ
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		
	ฝึกพูด		

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____

ชื่อ _____

วันที่ _____

Locations _____

Abilities: ☐ ET Tube ☐ UTI ☐ Pneumonia ☐ Bleeding
☐ Sepsis ☐ Heart Failure ☐ DVT/PE

วง Y or N	เข้า	ป่วย	ตก	หมายเหตุ
GCS score ลดลง > 1 แต้ม	Y N	Y N	Y N	
สังเกตอาการ Neuro ทุก 6 ชม	Y N	Y N	Y N	
นอนหัวสูง 30°	Y N	Y N	Y N	
ไม่ไข้	Y N	Y N	Y N	

PR 60 - 110 / นาที	Y N	Y N	Y N	
ความดันอยู่ระหว่าง 120/70 - 220/110	Y N	Y N	Y N	

SpO ₂ ≥ 95%	Y N	Y N	Y N	
Chest clear จากการฟังปอด	Y N	Y N	Y N	

SatO ₂ on room air (t.d.s.)	
Suction เมื่อจำเป็น	
ห้องให้อ ₂ therapy	โดยให้เป็นชนิด _____ , O ₂ _____ l/m

ควบคุม Blood sugar ใกล้เคียง (60 - 130)	Y N	Y N	Y N	
Nutrition promoted IV/NG/Diet	Y N	Y N	Y N	
Urinary output ปกติ > 30 มล/ชม	Y N	Y N	Y N	
ถ่ายปัสสาวะ	Y N	Y N	Y N	
การขับปัสสาวะ: มีสวาทเอง ☐ Cath ☐ Condom drainage ☐ bladder retraining ทุก 2 ชม. และ incontinence chart ☐				

Falls risk assessed	Y N	Y N	Y N	
ระวังแผลกดทับ พลิกตัวทุก ชั่วโมง	Y N	Y N	Y N	

ให้ความรู้ Yes ☐ No ☐ โดย _____
 บันทึกผลพบปัญหาสุขภาพ จันทน์ / ศุภร ป้าย

PROM ☐	Chest PT ☐	Home Programme ☐	
RIB side to side only ☐	SOOB stroke chair alone ☐	Supervise transfer ☐	Ambulate, 1x assist ☐
RIB side to side & supine ☐	Transfer with hoist only ☐	Independent transfer ☐	Ambulate with supervision ☐
Support UL with pillow ☐	transfer 2x assist ☐	Not to ambulate ☐	Ambulate independently ☐
SOOB stroke chair & table ☐	Transfer 1x assist ☐	Ambulate, 2x assist ☐	Aids:

เวลา	หน่วยที่ปรึกษา	ชื่อ	ข้อเสนอแนะ
	กายภาพบำบัด		
	กิจกรรมบำบัด		
	โภชนาการ		
	ฝึกพูด		

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
Acute Ischaemic Stroke Clinical Management Plan

HN. _____
ชื่อ _____

วันที่ _____ or Discharge summary (สำหรับพยานาถ)

Acute stroke
Contraindications

Tracheostomy

☐ Bed sore

NG Tube / Gastrostomy

☐ อื่นๆ

Foley's cath

ผู้ป่วยที่นอน _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

neurologist _____ ที่ ☐ OPD med ชั้น 2 เข้า _____ วันที่ _____
หรือ ☐ neuroclinic ชั้น 3 อังคารบ่าย _____ วันที่ _____

ผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว

ผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาล เรียบร้อยแล้ว ☐ วันที่ _____
การพยาบาล เรียบร้อยแล้ว ☐ วันที่ _____
การพยาบาล เรียบร้อยแล้ว ☐ วันที่ _____
การพยาบาล เรียบร้อยแล้ว ☐ วันที่ _____
ผู้ป่วยศึกษา หรือ ส่งต่อ หน่วยปฐมภูมิ เรียบร้อยแล้ว ☐
ผู้ป่วยศึกษา หรือ ส่งต่อ หน่วยปฐมภูมิ รับทราบเรียบร้อยแล้ว ☐

ให้เอกสาร คู่มือ Stroke
ให้เอกสารเรื่อง Warfarin
ให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับโรค
ให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดซ้ำ
เน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง DM, Hypertension, งดบุหรี่ และ ต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต
เน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด
สอนการดูแล NG tube/ Foley's cath/ Tracheostomy/ Suction

แนะนำอาหารประเภท _____

ผ่านทางปาก

NG feed/ Gastrostomy*

ปัสสาวะ

ปัสสาวะเอง

☐ เข้าห้องน้ำ หรือ ☐ ใส่ pampers

Foley's catheter *

Condom drainage*

ใส่ถุงยางอนามัย

เดินเองได้

ถูกงัดขึ้นได้

ยกตัวเองได้

ต้องช่วยเหลือบ้าง

Bed ridden

ช่วยเหลือตนเอง บรรยาย

รู้ชื่อโรค

สื่อสารได้บ้าง

สื่อสารไม่ได้

อื่นๆ

คำแนะนำและการดูแล

HN.....

VN.....

ชื่อ - นามสกุล.....อายุ..... Dx.....

ประวัติความเจ็บป่วย.....

การตื่นตัวและการตอบสนองต่อการกระตุ้น

☐ ปกติ ☐ ต่ำกว่าปกติ

วันที่ประเมินแรกรับ.....ผู้ประเมิน.....

Condition	☐ Off NG	☐ On NG
Head Control	☐ normal	☐ abnormal.....
Sitting Balance	☐ normal	☐ abnormal.....
Lip Control	☐ normal	☐ abnormal.....
Jaw Control	☐ normal	☐ abnormal.....
Tongue Control	☐ normal	☐ abnormal.....
Oral Reflex	☐ normal	☐ abnormal.....
กลืนน้ำลายตัวเอง	☐ Yes	☐ No
ไอบะทดสอบ	☐ Yes	☐ No
เสียงพรวดหลังการกลืน	☐ Yes	☐ No
Swallow Test	☐ ผ่าน	☐ ไม่ผ่าน.....
Functional Oral Intake Scale	☐ 1	☐ 2
	☐ 3	☐ 4
	☐ 5	☐ 6
	☐ 7	

การรักษาที่ให้.....

.....

.....

.....

Progression Note

.....

.....

VN.....

ประวัติความเจ็บป่วย.....

การตรวจร่างกาย.....

แผนการรักษา.....

การรักษาท่าให้.....

[illegible]



1/07/53

บันทึกการดูแลต่อเนื่อง / การวางแผนการจำหน่าย โดยสหวิชาชีพ

[illegible]



ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ในระยะอ่อนแรง



หน่วยงานกายภาพบำบัด

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สนับสนุนการจัดทำโดย :

บริษัท ยูเฟม คลินิก จำกัด

1296/69-70 ถนนประชาราษฎร์ (กท.-นนท์) บางซื่อ กทม. 10800

โทร. 0-2911-2801-5

142

5. การกระดกข้อมือขึ้น - ลง



3. กางขาออกและหุบขาเข้า



6. การกำนิ้วมือเข้า - เขยิบออก



4. การกระดกข้อเท้าขึ้นและลง



❖ การเคลื่อนไหวข้อส่วนขา

1.งอ- เขยิบข้อเข้าข้อสะโพก



ข้อควรปฏิบัติ

1. ควรทำอย่างช้าๆ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ
2. ควรถามอาการเจ็บปวดหรือดูสีหน้า เพราะความเจ็บปวดจะทำให้เกร็งตัวได้
3. ควรทำให้สุดช่วง ของการเคลื่อนไหวในแต่ละท่า

การอ่อนแรงจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง หรือเสียง
มองไม่เพียงพอ จากการแตก ดับ ดัน ของหลอดเลือดใน
สมองหรืออุบัติเหตุที่กระทบกระเทือนทางสมอง

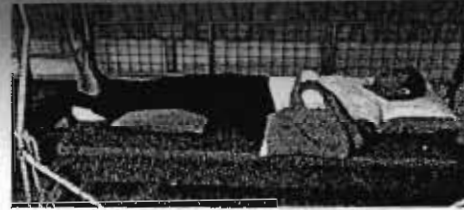
2. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะ
การอ่อนแรงของขาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ซึ่งมีสาเหตุมา
จากอาการบาดเจ็บของไขสันหลังตั้งแต่ ระดับอกลงมา จาก
การตกจากที่สูง อุบัติเหตุบนท้องถนน หรือการถูกยิง แขน
หรือมีเนื้องอกที่ไขสันหลัง เป็นต้น

3. ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการ
อ่อนแรงของแขนขาทั้ง 2 ข้าง สาเหตุเช่นเดียวกับอัมพาตครึ่ง
ตัว แต่จะระดับสูงกว่าคือ มีการบาดเจ็บที่ระดับคอลงมา

การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในระยะอ่อนแรง

ปัญหาที่พบในระยะแรกของผู้ป่วย คือ การอ่อน
แรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะไม่สามารถขยับแขน ขา หรือ
ช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง
ตามมา คือ

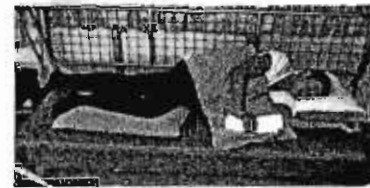
1. การเกิดแผลกดทับจากการนอนในท่าเดิมนาน ๆ
2. การเกิดการยึดติดของข้อและการหดรั้งของ
กล้ามเนื้อนานเข้าจะทำให้เกิดการฝิดรูปของข้อจนแก้ไข
ไม่ได้ และการฟื้นฟูทำได้ยากขึ้น
3. การเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ฝิดปกติ โดย
ในระยะแรกผู้ป่วยมีความตึงตัวน้อย แต่เมื่อผ่านไประยะหนึ่ง
จะเกิดความตึงตัวมาก และเกิดเป็นภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง
ตามมา



ท่านอนหงาย



การจัดแขนและมือข้างที่เป็นอัมพาต (ซ้าย)



ท่านอนตะแคงทับข้างดี (ขวา)



ท่านอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต (ซ้าย)

1.การยกแขนขึ้นอง



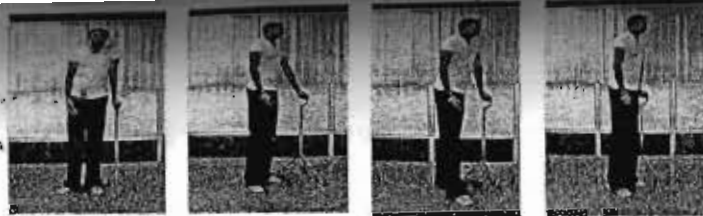
2.การกางแขนออก



3. การหมุนแขนเข้า – ออก



1. นำรถเข็นตั้งท่ามุม 45 องศากับขอบเตียง รถเข็นจะตั้งอยู่ทางด้านที่ปกติของผู้ป่วย ใส่ห้ามล้อรถเข็น และพับที่วางเท้าของรถเข็นขึ้น



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

1. ใช้มือข้างที่ปกติจับไม้เท้า
2. ยกไม้เท้าไปข้างหน้าก่อน
3. ก้าวเท้าข้างที่อ่อนแรงก่อน
4. ก้าวเท้าข้างที่ปกติตามมา

วิธีการเดินขึ้น-ลงบันได

1



2.



1. ก้าวขาข้างที่ปกติขึ้นก่อน(ซ้าย)
2. ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงก่อน(ขวา)

สนับสนุนการจัดทำโดย :

บริษัท ยูแฟม คลินิก จำกัด

1296/69-70 ถนนประชาราษฎร์ (กท.-นนท์) บางซื่อ กทม. 10800

ผู้ป่วยเคลื่อนย้าย

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก



จัดทำโดย

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง

การเคลื่อนตัวไปด้านข้างเตียงในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

- นอนหงาย ใช้มือข้างดีจับแขนข้างอ่อนแรงวางบนลำตัว เลื่อนศีรษะและไหล่ไปข้างที่ต้องการ ใช้ขาข้างดีชันออกแรงกด พร้อมกับมือข้างดี ยกตะโปกเคลื่อนไป จัดลำตัวให้ตรง

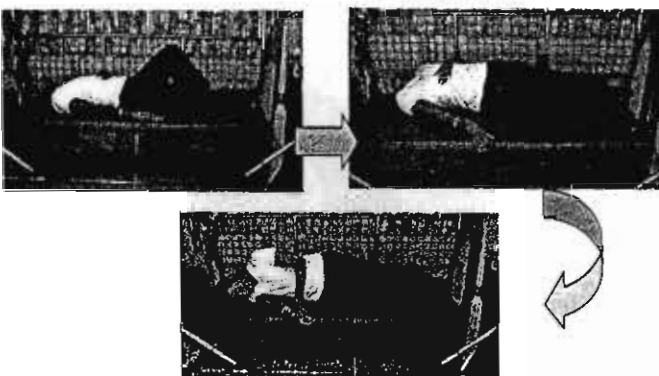
การเคลื่อนตัวขึ้นทางด้านบนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

- นอนหงาย จับแขนข้างที่ไม่มีแรงไว้บนอก ชันเข่าข้างที่ไม่มีแรงขึ้น ส่วนมือข้างที่ติดคัพื้นเตียงไว้ เลื่อนฝ่าเท้าให้เข้ามาชิดตะโปก ให้ออกแรงกดที่ส้นเท้าและมือข้างที่ติดตัวขึ้นทางด้านบน

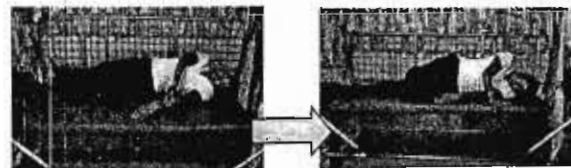
การพลิกตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

พลิกตัวไปทับข้างดี

- ใช้มือข้างที่ดีจับแขนที่อ่อนแรงวางบนลำตัวหรืออก ใช้ขาข้างที่ดีชันออกแรงกดที่ข้อเท้าที่อ่อนแรง ใช้มือข้างที่ดีดึงขอบเตียงหรือเหล็กข้างเตียง ให้ตัวพลิกไป จัดวางแขนข้างที่อ่อนแรงให้มือวางบนเตียง

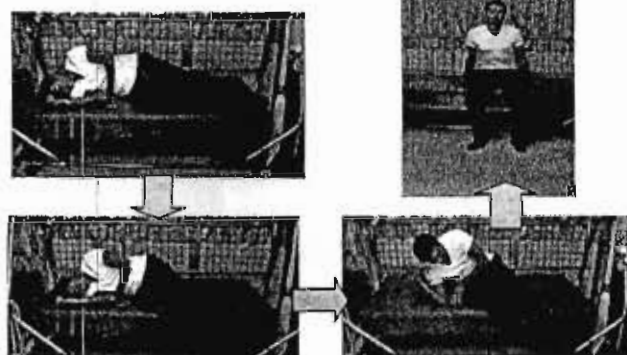


ใช้มือข้างดีจับแขนที่อ่อนแรงวางบนลำตัว เลื่อนศีรษะและไหล่ไปข้างที่ต้องการ ใช้ขาข้างดีชันออกแรงกด พร้อมกับมือข้างดี ยกตะโปกเคลื่อนไป จัดลำตัวให้ตรง



การเคลื่อนตัวจากท่านอนไปสู่นั่ง

- ให้ผู้ป่วยขยับตัวมาข้างเตียงที่จะลง โดยให้มีพื้นที่เหลือพอที่จะพลิกตะแคงตัวเองได้
- ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากท่านอนหงายมาสู่ท่านอนตะแคงทับแขนข้างที่มีแรง ในลักษณะที่งอศอก
- ใช้ขาข้างที่มีแรงเกี่ยวขาข้างที่อ่อนแรงลงข้างเตียง พร้อมกับใช้ศอกข้างที่มีแรงดันตัวลุกขึ้นมานั่ง
- จัดท่านั่งโดยให้เท้าวางบนพื้น ขาทั้งสองข้างอยู่ในแนวตรง จัดแขนข้างที่อ่อนแรงโดยให้ฝ่ามือยันกับเตียง ข้อศอกเหยียดตรง



แนวตรง โดยช่วงแรกที่ทำขึ้นให้ผู้ดูแลคอยระวังอยู่ข้างที่อ่อนแรง

- จัดสันเท้าของผู้ป่วยทั้งสองข้างอยู่หลังต่อเข้าแต่ละข้าง จากนั้นให้ผู้ป่วยโน้มลำตัวมาข้างหน้าเพื่อเตรียมยืน (ถ้าผู้ป่วยสามารถเกร็งลำตัวโดยไม่เซถลาหรือโน้มตัวไปในทิศทางของขาข้างดี แสดงว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะยืนค่อนข้างดี)



เคล็ดลับการดูว่าผู้ป่วยยืนเดินได้หรือไม่

- ดูว่าผู้ป่วยสามารถนอนแล้วยกกันขึ้นได้ดีมั้ย
- ดูว่าในขณะที่นั่งผู้ป่วยสามารถนั่งได้นิ่งหรือเปล่า
- ดูแรงขาว่าสามารถนั่งบนเก้าอี้แล้วเหยียดเข้าได้หรือไม่
- ให้ผู้ป่วยออกแรงกดขาไปกับพื้นในขณะที่นั่ง แล้วให้ผู้ดูแลออกแรงโยกขาไปมาโดยให้ผู้ป่วยเกร็งขาอยู่นิ่งๆ ถ้าออกแรงต้านได้แสดงว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการยืน



1. อ้าปาก ออกเสียง “อา”



5. เม้มปาก



2. ยิ้มยิงฟัน ออกเสียง “อี”



6. พองแก้มป่อง



3. ห่อปากจู๋ ออกเสียง “อุ”



7. แลบลิ้นแตะมุมปาก (ซ้าย-ขวา)



4. ห่อปาก ออกเสียง “โอ”



8. แลบลิ้นแตะมุมปาก (บน-ล่าง)

ภาวะกลืนลำบาก



หน่วยงาน กิจกรรมบำบัด

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช





ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 28-45 จะมีภาวะกลืนลำบากร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นภาระของญาติในการจัดหาอาหารพิเศษ ผู้ป่วยเองขาดโอกาสในการรับรสชาติของอาหาร นอกจากนั้นในบางรายที่ไม่ต้องใช้ยา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะขาดอาหาร ภาวะขาดน้ำ ภาวะการสำลักอาหารเข้าปอด แล้วทำให้เกิดการติดเชื้อ ถ้าให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการกลืน ปัญหาและภาระทั้งตัวผู้ป่วยและ ครอบครัวก็จะลดลง

การกลืนลำบาก คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วง ใด ๆ ของการรับประทานอาหาร ซึ่งมีผลลดความสามารถของผู้ป่วยในการกลืนอย่างปลอดภัย ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งที่เป็นจากระบบประสาทและไม่ใช่ว่าจากระบบประสาท อาการแสดงคือ

- กลืนยาก
- กลืนแล้วสำลัก
- ไอขณะกลืน

1. ความบกพร่องของระบบประสาท เช่น โรคอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเรื้อรัง, เนื้องอกที่ก้านสมอง
2. อุบัติเหตุของเส้นเลือดในสมอง เช่น เส้นเลือดในสมองอุดตัน, เส้นเลือดในสมองแตก ผลทำให้บริเวณสมองหรือเส้นประสาทที่ควบคุมอวัยวะในการกลืนขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก
3. ผลจากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเอากล่องเสียงออก การใส่ท่อหายใจนานๆ ทำให้กลไกการกลืนผิดปกติไป
4. ภาวะโรคต่างๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง, มะเร็งของหลอดอาหาร

ผลเสียจากการมีภาวะกลืนลำบาก

1. โรคขาดอาหาร
2. สำลักอาหาร
3. หายใจขัด
4. ไอ
5. หายใจไม่ออก
6. ปอดบวมจากการสำลักอาหาร และน้ำเข้าปอด
7. ต้องให้อาหารทางสายยาง ซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินอาหาร และขาดความสุขในการรับประทานอาหาร

- สามารถรับรู้และทำตามคำสั่งได้ทุกครั้ง
- สามารถทรงตัวในท่านั่งได้นาน 30 นาทีขึ้นไป
- สถานะทางการแพทย์คงที่แล้ว

การป้องกันผลแทรกซ้อนที่ตามมา

- ไม่แนะนำให้รับประทานอาหารและน้ำดื่มเอง จนกว่าจะได้รับอนุญาต
- ไม่ดึงสายยางให้อาหารออกเอง

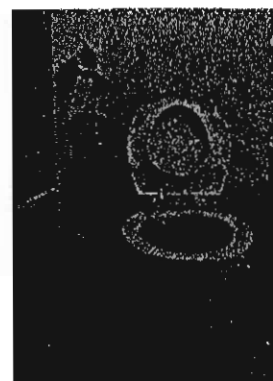
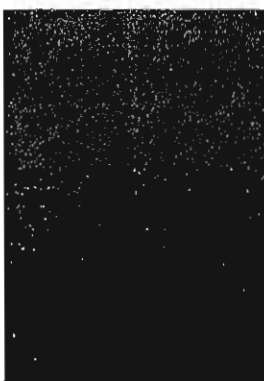
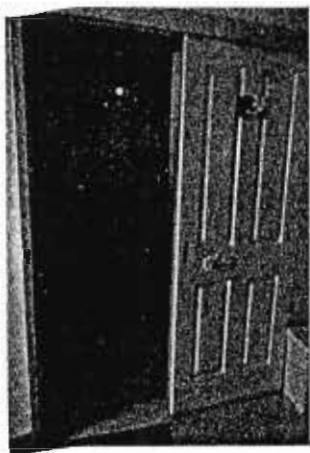
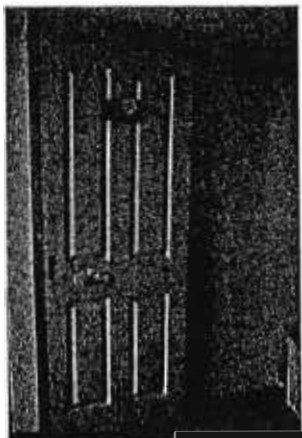
ลำดับขั้นการเลือกอาหารในการฝึกกลืน

1. อาหารชิ้นเป็นเนื้อเดียวกัน เป็นอาหารที่ใช้ในการเริ่มต้น เนื่องจากมีความบกพร่องของระบบประสาท ผู้ป่วยที่ไอและสำลัก เมื่อรับประทานอาหารเหลว อาหารในระดับนี้ยกตัวอย่าง เช่น ฝักทองนึ่ง สับขยา
2. อาหารชิ้นมาก เริ่มเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารระดับ 1 ได้ดี เช่น โจ๊กข้นๆ ไข่ลวก โยเกิร์ต
3. อาหารอ่อนมีน้ำเล็กน้อย เช่น ข้าวต้ม เนื้อปลา
4. อาหารอ่อนปกติเท่าที่ผู้ป่วยรับได้ เป็นอาหารธรรมดาที่เคี้ยวง่าย เช่น ก๋วยเตี๋ยว ข้าวต้มเครื่อง



- ไม่ควรมีธรณีประตู
- กรณีมีธรณีประตูขอบทั้งสองด้านควรลาดเอียง
- กว้างมากกว่าความกว้างของรถเข็น
- ควรเป็นแบบเลื่อนปิด-เปิด

- ประตูบานเลื่อนหรือบานพับ ไม่มีธรณีประตู
- มีราวจับแนวนอนจากประตูทางไปยังโถส้วม
- พื้นที่กว้างพอที่รถเข็นเข้าไปและเลี้ยวกลับได้ (มากกว่า 1.5 * 1.5 ตารางเมตร)
- มีราวเกาะติดผนัง ราวเกาะสูง 80-90 ซม.
- โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกหรือเก้าอี้นั่งถ่าย
- อ่างล้างหน้า อ่างล้างมือ สูง 80 ซม. และมีที่วางด้านล่างให้ล้อเข็นสอดเท้าเข้าไปได้



การปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อม



หน่วยงานกิจกรรมบำบัด

กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



การประเมินสภาพบ้าน

เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประเมินถึงปัญหา

ความต้องการจำเป็นก่อนที่จะปรับสภาพบ้าน

ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะของความพิการ สภาพจิตใจ ลักษณะ

นิสัยส่วนตัว อาชีพ การศึกษาสภาพทางเศรษฐกิจ

2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว หรือญาติ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่ต้อง

อาศัยอยู่ร่วมกันภายในบ้าน และบริเวณใกล้เคียง

ทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย หรือโอกาส ความจำเป็นใน

การทำกิจกรรมต่างๆ ของคนผู้ป่วย

3. ลักษณะของบ้าน

- บ้านไม้ชั้นเดียว ใต้ถุนยกสูงที่พื้นเป็น

ดินขรุขระ ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อผู้ใช้รถเข็น จะ

ขึ้นลงจากบ้านต้องอาศัยคนช่วยอุ้ม

- บ้านตึกสองชั้นหรือชั้นเดียว แต่มีบันไดตรงทาง

ขึ้นบ้าน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใช้รถเข็น



- ควรเป็นพื้นผิวเรียบเสมอกัน หากเป็นพื้นต่าง

ระดับ ควรมีทางลาด

- ความกว้างของทางลาดควรมากกว่า 1.20 เมตร

สำหรับเดินทางเดียวและ 1.80 เมตร สำหรับเดิน
สวนทาง (รถเข็น)

- ทางลาดมีความสูงเกิน 15 ซม. ต้องทำราวเกาะทั้ง
2 ข้าง

- ทางลาดยาวเกิน 10 เมตร หรือมีทางลงสู่ถนน

โดยตรง ต้องออกแบบให้มีที่พักหรือทำแบบหัก
มุม มีพื้นที่อย่างน้อย 1.5 * 1.5 ตารางเมตร



- สูง 14 ซม. และกว้าง 32 ซม. มีราวบันไดทั้ง
2 ข้าง ความสูงของราวเกาะคือ 90 ซม. จาก
พื้น

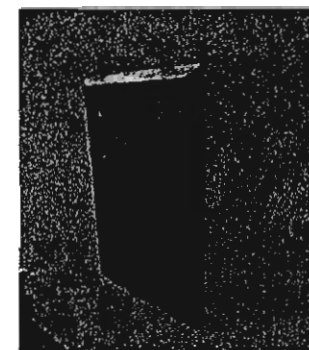
- ราวบันไดควรมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.25 ซม.
ถึง 5 ซม. และผิวเรียบไม่ลื่น

3. อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน

- เตียงควรมีความสูงเท่ากับที่นั่งรถเข็น

- โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ควรสูงกว่าที่พักแขน
ของรถเข็น

- ชั้นวางของ สวิตช์ไฟ โทรศัพท์ สูงพอที่
ผู้ใช้รถเข็นเอื้อมถึง



เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลราชวิถี



Rajavithi Hospital

The Barthel Index of Activities of Daily Living

Name.....Age.....yr sex F / M HN..... Staff.....
Resident.....PT.....OT.....

ADL/SCORE	/ /	/ /	/ /
Feeding			
= Unable			
= Need help cutting, Spreading butter			
= Independent			
Transfers			
= Completely bed ridden, Use of chair not possible			
= Able to sit need major help (1-2 people) to transfer			
= Minor help (verbal or physical) transfer			
= Independent, including locking Wheelchair and lifting footrests			
Grooming			
= Need help with personal care.			
= Washes face, combshair , brusheteeth.			
Toilet Use			
= Dependent			
= Need help, but can do something alone			
= Independent (On and off, wiping, dressing)			
Bathing			
= Need help			
= Independent (Or in shower)			
Locomobility			
= Sit on wheelchair, but cannot propel it.			
= Independent in wheelchair, including corners, etc, for 50 yards			
= Walk with help of one person (Verbal or physical) for 50 yards			
= Independent (walk, may use gait aid)			
Stairs			
= Unable			
= Need help (Verbal , physical)			
= Independent			
Dressing			
= Dependent			
= Need help , but can do about half unaided			
= Independent including buttons , Zippers and laces.			
Bowel			
= Incontinent			
= Occasional accident (<1/week), or needs help with enema or suppository.			
= Continent, able to use enema or suppository if need			
Bladder			
= Incontinent, or catheterized and unable to manage.			
= Occasional accident (Maximum 1/24 hr)			
= Continent (>7days), or able to manage collecting device if used.			
รวม			

DEPARTMENT OF REHABILITATION MEDICINE
PROGRESS NOTE

FM-REH-002

..... HN..... Page

...../...../.....

cm / Plan แผน	PT	OT	PO
	☐ PAIN ☐ LIMITED ROM ☐ DECREASE FUNCTION / ADL ☐ OTHERES ☐ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ		

Action	Right					Left					Right					Left					
	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Shoulder Flexion	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Shoulder Abduction	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Elbow Flexion	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Elbow Extension	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Forearm Pronation	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Forearm Supination	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Wrist Flexion	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Wrist Extension	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Wrist Ulnar Deviation	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Wrist Radial Deviation	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Thumb Flexion	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Thumb Extension	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Thumb Opposition	no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				
index	middle	no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.			
	ring	no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.			
	little	no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.				no mvt.	cm.			
Finger Abduction	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Finger Adduction	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Mass Finger Flexion	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Mass Finger Extension	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	no mvt.	1/4	1/2	3/4	full	
Strength	grip	Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.						
	pinch	Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.			Rt.....kg.	Lt.....kg.						

Note.....

Physical Status	Normal	NG tube	O tube	J tube	Intravenous
consciousness	coma	semicoma	stupor	drowsiness	alert
Control	loss	poor	fair	good	
ing Balance	loss	poor	fair	good	
al Structure	normal	abnormal			
Control	loss	poor	fair	good	
ing (oo)	loss	poor	fair	good	
raction (ee)	loss	poor	fair	good	
sure during (swallow)	loss	poor	fair	good	
dochokinesis /pa,pa,pa/	loss	poor	fair	good	
ooling	none	right	left		
y Control	loss	poor	fair	good	
en	loss	poor	fair	good	
se	loss	poor	fair	good	
terialization	loss	poor	fair	good	
ague Control	loss	poor	fair	good	
trusion	loss	poor	fair	good	
raction	loss	poor	fair	good	
vation	loss	poor	fair	good	
eralization	loss	poor	fair	good	
dochokinesis /ta,ka/	loss	poor	fair	good	
ague Thrust	none	yes			
al Reflexes	normal	loss	hypo. Gag	hyper. Gag	
Reflex	normal	loss	hypo. Cough	hyper. Cough	
ough Reflex	normal	loss	hypo. Bite	hyper. Bite	
e Reflex	normal	loss	hypo. Suck.	hyper. Suck.	
ck-swallowing Reflex	normal	loss	hypo. Sense.	hyper. Sense.	
o-facial Sensitivity	none	yes			
ักน้ำลายตนเองขณะอมหนัก	none	yes			
ขณะทดสอบคัมภ์	none	yes			
งพร้าหลังจากกลืนน้ำ 1 นาที	none	yes			
ctional Oral Intake Scale	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5

Normal	NG tube	O tube	J tube	Intravenous
coma	semicoma	stupor	drowsiness	alert
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
normal	abnormal			
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
none	right	left		
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
none	yes			
normal	loss	hypo. Gag	hyper. Gag	
normal	loss	hypo. Cough	hyper. Cough	
normal	loss	hypo. Bite	hyper. Bite	
normal	loss	hypo. Suck.	hyper. Suck.	
normal	loss	hypo. Sense.	hyper. Sense.	
none	yes			
none	yes			
none	yes			
Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5

Normal	NG tube	O tube	J tube	Intravenous
coma	semicoma	stupor	drowsiness	alert
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
normal	abnormal			
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
none	right	left		
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
loss	poor	fair	good	
none	yes			
normal	loss	hypo. Gag	hyper. Gag	
normal	loss	hypo. Cough	hyper. Cough	
normal	loss	hypo. Bite	hyper. Bite	
normal	loss	hypo. Suck.	hyper. Suck.	
normal	loss	hypo. Sense.	hyper. Sense.	
none	yes			
none	yes			
none	yes			
Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	Level 6	Level 7
---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

ชื่อ.....

Dx..... HN.....

แบบประเมินสภาพบ้าน

1. ลักษณะบ้าน.....
2. จำนวนชั้น..... จำนวนห้อง..... ตำแหน่งห้องที่ผู้ป่วยพัก.....
3. สถานที่ตั้ง.....
4. สภาพบริเวณรอบตัวบ้าน.....
5. สภาพบริเวณที่ติดประตูทางเข้า
 - เป็นพื้นราบ / ทางลาด / ยกพื้น (ให้ระบุความกว้าง ความชันและความสูง).....
 - พื้นบันไดหน้าบ้าน (ถ้ามี ให้ระบุจำนวนขั้น ความกว้าง ความสูง และตำแหน่งของราวบันได).....
 - พื้นที่สามารถรับเปิด / ปิด ประตู.....
 - ลักษณะและความสูงของลูกบิดหรือกลอนประตู.....
 - ออร์นประตู (ถ้ามี ให้ระบุความกว้าง ความสูง).....
6. ลักษณะพื้นภายในบ้าน (เช่น วัสดุที่ใช้ทำพื้น ความต่างระดับ ความชื้น ฯลฯ).....
7. ทางติดต่อกับภายในบ้าน (ความกว้าง สิ่งกีดขวาง ฯลฯ).....
8. เครื่องเรือน (ลักษณะ ขนาด ความสูง ฯลฯ)
 - เตียง.....
 - โต๊ะ.....
 - เก้าอี้.....
9. ห้องน้ำ / ห้องส้วม

☐ อยู่ในห้องเดียวกัน
 ☐ แยกกันคนละห้อง

 - ประตูกว้าง..... ขนาดพื้นที่..... ลักษณะพื้น.....
 - อุปกรณ์ที่มี (รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะ ความสูง ตำแหน่ง ฯลฯ)
 - ☐ ผักบัว.....
 - ☐ ชูม โซน.....
 - ☐ ช่างอาบน้ำ.....
 - ☐ ช่างล้างหน้า.....
 - ☐ ก๊อก.....
 - ☐ คันรีม / รั้วโคร.....
 - ☐ ราวแขวนผ้า.....
 - ☐ ราวจับ.....

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : สถาบันประสาทวิทยา



แนวทางการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

Clinical Practice Guidelines For Stroke Rehabilitation



ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550

ISBN 978-974-422-396-8

สามารถ Download เอกสารฉบับเต็ม

ได้ที่ [http : // pni. go. th](http://pni.go.th)

คู่มือ

โรคหลอดเลือดสมอง

(อัมพาต อัมพฤกษ์)

สำหรับประชาชน



สถาบันประสาทวิทยา
PRASAT NEUROLOGICAL INSTITUTE

สถาบันประสาทวิทยา
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

สามารถขอรับเอกสารฉบับสมบูรณ์ได้ที่
สถาบันประสาทวิทยา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

PRASAT NEUROLOGICAL INSTITUTE

DEPARTMENT OF REHABILITATION MEDICINE

REQUISITION FORM

AGE _____ SEX _____ WARD / OPD. _____

HN. AN. DN.

 ORDERING PHYSICIAN _____ DATE _____

CLINICAL SUMMARY

DIAGNOSIS

CONSULTATION FOR ☐ BEDSIDE TREATMENT ☐ REHABILITATION ☐ HOME PROGRAMS
☐ ORTHOSIS _____ ☐ OTHER _____

PSYCHIATRIST _____ DATE _____

... EVALUATION

PRESSION

[illegible]

ส่วนที่ตรวจประเมิน	วันที่.....เดือน.....ปี.....	BP..... mm.Hg. PR...../min. T..... c	วันที่.....เดือน.....ปี.....	BP..... mm.Hg. PR...../min. T..... c
□ สัญญาณชีพ		RR...../min.		RR...../min. T..... c
□ รูปแบบการหายใจ		☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ		☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
□ เสียงการหายใจ		☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ		☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
□ สภาวะทั่วไป		การรู้สึก ☐ ปกติ		การรู้สึก ☐ ปกติ
		☐ ระดับ E (Eye opening respond) 1 2 3 4		☐ ระดับ E (Eye opening respond) 1 2 3 4
		M (Motor respond) 1 2 3 4 5 6		M (Motor respond) 1 2 3 4 5 6
		V (Verbal respond) 1 2 3 4 5		V (Verbal respond) 1 2 3 4 5
		การสื่อสาร ☐ ได้ ☐ พอฟังเรื่องบ้าง ☐ ไม่ได้เลย		การสื่อสาร ☐ ได้ ☐ พอฟังเรื่องบ้าง ☐ ไม่ได้เลย
		Mental status ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ		Mental status ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
		สภาพผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ		สภาพผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
		การบวม ☐ ไม่บวม ☐ บวม (ใช้สายวัดเป็นเครื่องมือ)		การบวม ☐ ไม่บวม ☐ บวม (ใช้สายวัดเป็นเครื่องมือ)
□ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ		☐ ใช้วิธีทำ Muscle Test (0-5) (มีแบบบันทึกเฉพาะไว้แนบท้าย)		☐ ใช้วิธีทำ Muscle Test (0-5) (มีแบบบันทึกเฉพาะไว้แนบท้าย)
		☐ ใช้วิธีทำ Motor Function Test (" ")		☐ ใช้วิธีทำ Motor Function Test (" ")
□ สภาวะของข้อต่อ		☐ Full ROM ☐ Limitation ☐ Contracture :		☐ Full ROM ☐ Limitation ☐ Contracture :
		☐ ไม่มี ☐ มี :		☐ ไม่มี ☐ มี :
		☐ ไม่มี ☐ มี :		☐ ไม่มี ☐ มี :
□ การรับความรู้สึก		☐ ปกติ ☐ ลดลง ☐ มากขึ้น ☐ ไม่รู้สึก		☐ ปกติ ☐ ลดลง ☐ มากขึ้น ☐ ไม่รู้สึก
		☐ ปกติ ☐ ลดลง ☐ มากขึ้น ☐ ไม่รู้สึก		☐ ปกติ ☐ ลดลง ☐ มากขึ้น ☐ ไม่รู้สึก
		☐ รับรู้ได้ ☐ พอฟังเรื่องได้ ☐ รับรู้ไม่ได้ ☐ มีอาการชา		☐ รับรู้ได้ ☐ พอฟังเรื่องได้ ☐ รับรู้ไม่ได้ ☐ มีอาการชา
		☐ บอกทิศทางและการเคลื่อนไหวได้ ☐ บอกได้บ้าง ☐ บอกไม่ได้เลย		☐ บอกทิศทางและการเคลื่อนไหวได้ ☐ บอกได้บ้าง ☐ บอกไม่ได้เลย
		☐ บอกรูปทรงวัตถุได้ดี ☐ บอกได้บ้าง ☐ บอกไม่ได้เลย		☐ บอกรูปทรงวัตถุได้ดี ☐ บอกได้บ้าง ☐ บอกไม่ได้เลย
□ ระบบทางเดินหายใจ		☐ ไม่มี ☐ มี		☐ ไม่มี ☐ มี
		☐ ปกติ ☐ ลดลง		☐ ปกติ ☐ ลดลง

Motor control □ แขน □ มือ □ ขา □ ศีรษะ □ ลำตัว	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
Bed mobility □ Move up / down □ Move sideways	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้		□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	
Gross motor activities □ Supine to side lying □ Side lying to sitting □ Stand to floor □ Floor to stand	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
Transfer (bed <-> w/c) Postural adjustment in sitting	Static : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	Dynamic : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	Static : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	Dynamic : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	แขน : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
Coordination เดินบนพื้นราบ	ขา : □ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
Speed การเดิน Endurance การเดิน เดินขึ้น - ลงบันได Walking aid	เดินเป็นระยะทาง 3 เมตร ใช้เวลา.....วินาที	เดินเป็นระยะทาง 3 เมตร ใช้เวลา.....วินาที		เดินเป็นระยะทาง 3 เมตร ใช้เวลา.....วินาที		
	ภายในเวลา 6 นาที เดินได้ระยะทาง.....เมตร	ภายในเวลา 6 นาที เดินได้ระยะทาง.....เมตร		ภายในเวลา 6 นาที เดินได้ระยะทาง.....เมตร		
	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4	□ ทำไม่ได้	□ ทำได้	ระดับ 1 2 3 4
	□ ไม่ค่อยใช้	□ ค่อยใช้		□ ไม่ค่อยใช้	□ ค่อยใช้	

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา

[illegible]

Ability Date.....

Prehension	Reach	Grasp	Hold/ Carry	Release	Prehension	Reach	Grasp	Hold/ Carry	Release
Palmar					Cylindrical grasp				
Grasp					* 1 1/2 " diam.				
Grasp objects					* 3/4 " diam.				
Grasp					Lateral pinch				
					Pad-to-pad pinch				

Patterns Independent of Synergy Date.....

Movement Patterns	Unable	Can maintain position	Can assume position		Unable	Can maintain position	Can assume position
Flex. with elbow ext.				Touch Shoulder of same side			
Abd. with elbow ext.				Supinate forearm with elbow extended			
Rotation of Shoulder with flexed, Shoulder adducted				Hold wrist stable during finger flexion/ extension			
Scrum							

Involved Extremity R/L Date.....

1. ROM, Muscles strength, Tone, Grip, Pinch.....
2. Coordination: (Gross/ Fine motor).....
3. Sensation.....

Endurance.....

Facial/ Oral Assessment

Open wide, Raise eyebrows, Frown, Close eyes tightly, Open mouth wide, Pucker lips, Suck on straw, Blow into straw,
Tongue protrusion, Tongue side-to-side)

Dysphagia evaluation

Activities of Daily Living.....

Psychological adjustment to physical and mental limitation

ent.....

แบบบันทึกการติดต่อสื่อสารและรายงานผลการรักษาทางกายภาพบำบัด
งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู สถาบันประสาทวิทยา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....ปี
 ๐๐ผู้ป่วย..... H.N..... A.N..... D.N.....

เดือน/ปี	รายงานผลการรักษา / เรื่องที่ต้องการติดต่อสื่อสาร	หมายเหตุ

ชื่อนักกายภาพบำบัด.....

การทบทวนการบำบัด (Assessment & Evaluation of Occupational Therapy)

General Appearance

Position () not present () present.....
 Reception () not present () present.....
 on () not present () present.....

Extremity Evaluation key: (0) = Absent (1) = Impaired (2) = Intact

	Sharp/ Dull	Hot/ Cold	Deep/ Pressure	Light Touch	Date:	Date:
Discrimination	R/L	R/L	R/L	R/L	Position Sense	Stereognosis
dorsal surface					Shoulder :	
dorsal					Elbow :	
dorsal					Forearm :	
volar surface					Wrist :	
lar					Fingers :	
lar					Thumb :	

ne:	Normal		Flaccid		Spasticity			Rigidity		
	R	L	R	L	Mild	Moderate	Severe	R	L	
ators										Associated Reaction?
adductor										
rs										
rsors										Shoulder Subluxation?
rs										
rs										Hand Edema?
rs										
rs										Pain?
rs										
ar flexors										PROM?
oordination										

แบบบันทึกรายงานความก้าวหน้าการรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Progression Note)

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

สถาบันประสาธวิทยา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....ปี

ชื่อผู้ขาย.....H.N.....A.N.....D.N.....

[illegible]

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่



นักกายภาพบำบัด..... ผู้รักษา..... วันที่รับปรึกษา..... วันที่จำหน่ายออก.....

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....

Diagnosis.....Onset.....Ward.....

☒ ภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบก่อนการรักษา

☐ ไม่มี

- ☐ กล้ามเนื้อหดสั้น.....
- ☐ ข้อติด.....
- ☐ บวม.....
- ☐ ปัญหาข้อไหล่
- ☐ Subluxation.....
- ☐ Pain
- ☐ Shoulder hand syndrome.....
- ☐ อื่น ๆ

☒ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างรักษา

☐ ไม่มี

- ☐ กล้ามเนื้อหดสั้น.....
- ☐ ข้อติด.....
- ☐ บวม.....
- ☒ ปัญหาข้อไหล่
- ☐ Subluxation.....
- ☐ Pain
- ☐ Shoulder hand syndrome.....
- ☐ Burn.....
- ☐ อื่น ๆ

สรุป จำนวนการรักษาทั้งหมด.....ครั้ง

- ☐ ค้าง.....
- ☐ คงเดิม.....
- ☐ แย่ลง.....

หมายเหตุ.....

1. ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกครั้งแรกซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Ischemic stroke, Intracerebral hemorrhage หรือ Brain lesion
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจคำสั่งได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีปัญหาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งส่งผลกระทบต่อการเดิน เช่น ข้อสะโพกหรือข้อเข่าอักเสบ กล้ามเนื้อขาหดสั้น เป็นต้น
2. มีพยาธิสภาพที่ Cerebella หรือ Brain stem ซึ่งส่งผลกระทบต่อทรงตัวของผู้ป่วย

Motor assessment Scale for strokes (MAS)

1. Supine to side lying onto intact side

re-test	ระดับ คะแนน	ลักษณะการเคลื่อนไหว	Post - test Date
	0	ผู้ป่วยไม่แสดงการเคลื่อนไหวในระดับที่ 1	
	1	ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นนอนตะแคง โดยใช้แขนและขาข้างแข็งแรงช่วยในการพลิกตัว เช่น ใช้มือดึงขอบเตียงและใช้ขาข้างที่แข็งแรงกว่าเคลื่อนขาข้างอ่อนแรง	
	2	จากท่านอนหงาย ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงโดยหมุนลำตัวท่อนล่างให้พลิกตะแคงด้วยตนเอง แต่ส่วนของไหล่แขนและลำตัวท่อนบนไม่ได้พลิกตามไปด้วย	
	3	จากท่านอนหงาย ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัว โดยการหมุนลำตัวส่วนบนและล่างไปพร้อม ๆ กัน (block rolling) โดยสามารถเคลื่อนขาข้างอ่อนแรงได้เอง แต่ใช้แขนข้างแข็งแรงกว่า ขกแขนข้างอ่อนแรงให้เคลื่อนข้ามลำตัว	
	4	จากท่านอนหงาย ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวโดยเคลื่อนแขนข้างอ่อนแรงได้เอง และส่วนของลำตัวเคลื่อนตามไปด้วยพร้อม ๆ กัน (block rolling)	
	5	จากท่านอนหงาย ผู้ป่วยสามารถทำ protrusion และ flexion ของข้อไหล่ในขณะที่หมุนลำตัวพลิกตะแคงไปด้วยตนเอง แต่การทรงตัวในท่าตะแคงยังไม่ได้	
	6	ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวด้วยตนเอง โดยไม่ใช้แขนช่วยภายใน 3 วินาที	

2. *Supine to sitting over side of bed*

Pre-test Date.....	ระดับ คะแนน	ลักษณะการเคลื่อนไหว	Post-test Date.....
	0	ผู้ป่วยไม่แสดงการเคลื่อนไหวในระดับที่ 1	
	1	จากท่าตะแคง ผู้ป่วยสามารถยกศีรษะขึ้นแต่ไม่สามารถลุกขึ้นนั่ง (นักกายภาพบำบัดช่วยจับผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง)	
	2	จากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งข้างเดียว โดยนักกายภาพบำบัดให้แรง ช่วย แต่ผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะได้ด้วยตนเอง	
	3	จากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นนั่งข้างเดียว โดยนักกายภาพบำบัด อยู่ใกล้กับผู้ป่วย (stand by) ระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และช่วยเคลื่อนไหว และทำให้เคลื่อนไหวพ้นขอบเตียง	
	4	จากท่านอนตะแคง ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นนั่งห้อยขาข้างเดียวได้ด้วยตนเอง โดยนักกายภาพบำบัด ไม่ต้องคอยระวังอุบัติเหตุหรือให้แรงช่วย	
	5	ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นท่านั่งห้อยขาข้างเดียว โดยนักกายภาพบำบัด ไม่ต้องคอยระวังอุบัติเหตุหรือให้แรงช่วย	
	6	ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นท่านั่งห้อยขาข้างเดียว ภายใน 10 วินาที โดยนักกายภาพบำบัด ไม่ต้องคอยระวังอุบัติเหตุหรือให้แรงช่วย	

Pre-test Date.....	ระดับ คะแนน	ลักษณะการเคลื่อนไหว	Post-test Date.....
	0	ผู้ป่วยไม่แสดงการเคลื่อนไหวในระดับที่ 1	
	1	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เองโดย มีแรงช่วย (นักกายภาพบำบัดช่วยจับผู้ป่วยให้ลุกขึ้นนั่ง)	
	2	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เองโดยไม่มีแรงช่วยเป็นเวลา 10 วินาที (ผู้ป่วยต้องไม่ใช้มือช่วยพยุงตัว, หัวเข่าและข้อเท้าอยู่ชิดกัน โดยเท้าอาจวางกับพื้นก็ได้)	
	3	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เองโดยไม่มีแรงช่วยและมีการลงน้ำหนักบนร่างกาย ซีกซ้ายและขวา และขาทั้งสองข้างอย่างสมดุล (ผู้ป่วยควรนั่งโดยมีการงอข้อสะโพกหลังและศีรษะตั้งตรง น้ำหนักของ ร่างกายควรตกด้านหน้าและกระจายเท่ากันทั้งสองซีกของร่างกาย)	
	4	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เองโดยไม่มีแรงช่วยและสามารถหมุนศีรษะและลำตัว ไปทางด้านหลังทางด้านซ้ายและขวา (จัดให้ผู้ป่วยนั่งเท้าวางราบบนพื้น ให้มือวางบนต้นขา ขณะผู้ป่วยหมุน ลำตัวไปด้านหลังไม่ควรให้ขาออกและเท้าเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม และ ไม่ให้ใช้แขนยันบนพื้นเตียง)	
	5	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เอง โดยไม่มีแรงช่วยเท้าวางราบบนพื้น และเอื้อมแขนไปแตะ พื้นทางด้านหน้าห่างจากปลายเท้าประมาณ 10 ซม. (4 นิ้ว) แล้วกลับมานั่งในท่าเดิม ในขณะที่เคลื่อนไหวไม่ให้ผู้ป่วยใช้มือยึดหรือดึงเพื่อพยุงตัว และไม่การให้ขา และเท้าเคลื่อนจากตำแหน่งเริ่มต้น ให้กระทำโดยใช้แขนทั้งสองข้างสลับกัน (นัก กายภาพบำบัดอาจช่วยประคองแขนข้างอ่อนแรงหากจำเป็น)	
	6	ผู้ป่วยสามารถนั่งได้เองบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง โดยไม่มีแรงช่วยเท้าวางราบ กับพื้น และเอื้อมแขนไปแตะพื้นทางด้านข้างห่าง แล้วกลับมานั่งในท่าเดิม ในขณะที่เคลื่อนไหวไม่ให้ผู้ป่วยใช้มือยึดหรือดึงเพื่อพยุงตัว และไม่ควรรให้ ขาและเท้าเคลื่อนจากตำแหน่งเริ่มต้น ให้กระทำโดยใช้แขนทั้งสองข้างเอื้อม แขนไปด้านข้างสลับกัน (นักกายภาพบำบัดอาจช่วยประคองแขนข้างอ่อน แรงหากจำเป็น)	

Pre-test Date.....	ระดับคะแนน	ลักษณะการเคลื่อนไหว	Post - test Date.....
	0	ผู้ป่วยไม่แสดงการเคลื่อนไหวในระดับที่ 1	
	1	ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนเมื่อได้รับแรงช่วยจากนักกายภาพบำบัด (ด้วยวิธีการใด ๆ)	..
	2	ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนโดยมีนักกายภาพบำบัดคอยระวังอยู่อย่าง ใกล้ชิด (stand by) โดยผู้ป่วยมีการกระจายของน้ำหนักบนขาไม่ เท่ากัน และ ใช้มือและแขนช่วยพยุง	
	3	ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนด้วยตนเองโดยมีการกระจายน้ำหนักที่ขาเท่ากัน และไม่ได้ใช้แขนในการพยุงตัว	
	4	ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนด้วยตนเองและยืนทรงตัวได้นาน 5 วินาที โดย มีการกระจายน้ำหนักที่ขาเท่ากัน และข้อสะโพกและข้อเข่าอยู่ในท่า เหยียด	
	5	ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนและกลับลงนั่งได้ด้วยตนเอง โดยไม่มีนักกายภาพบำบัดคอยระวังอยู่ใกล้ โดยผู้ป่วยมีการกระจาย น้ำหนักที่ขาเท่ากัน และข้อสะโพกและข้อเข่าอยู่ในท่าเหยียด	
	6	เหมือนข้อ 5 แต่สามารถลุกขึ้นยืนและลงนั่งได้ 3 รอบ ภายใน 10 วินาที	

Test	ระดับคะแนน	ลักษณะการเคลื่อนไหว	Post-test Date.....
	0	ผู้ป่วยไม่แสดงการเคลื่อนไหวในระดับที่ 1	
	1	ผู้ป่วยสามารถยืนและก้าวขาข้างที่แข็งแรงไปด้านหน้าและก้าวกลับได้ด้วยตนเอง โดยมีนักกายภาพบำบัดคอยระวังอันตรายอย่างใกล้ชิด (stand by) ข้อสะโพกของขาข้างอ่อนแรงต้องอยู่ในท่าเหยียดตรงขณะรับน้ำหนัก	
	2	ผู้ป่วยสามารถเดินโดยมีผู้คอยดูแลอย่างใกล้ชิด (stand by)	
	3	ผู้ป่วยสามารถเดินเป็นระยะ 3 เมตร ด้วยตนเองอาจใช้เครื่องช่วยเดินแต่ไม่มีผู้คอยดูแล	
	4	ผู้ป่วยสามารถเดินเป็นระยะ 5 เมตร ภายใน 15 วินาที ด้วยตนเอง โดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน และไม่มีผู้คอยดูแลอย่างใกล้ชิด (stand by)	
	5	ผู้ป่วยสามารถเดินเป็นระยะ 10 เมตร ด้วยตนเอง ก้มเก็บวัตถุ (sandbag) บนพื้นและหมุนตัวเดินกลับมาตำแหน่งเดิม ภายใน 25 วินาที เดินโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดินและไม่มีผู้คอยดูแล การหยิบวัตถุอาจทำได้โดยใช้มือก็ได้	
	6	ผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นลงบันได 4 ขั้น 3 รอบ ภายใน 35 วินาที โดยอาจใช้เครื่องช่วยหรือไม่ก็ได้แต่ไม่ใช้การดึงราวบันได	

หมายเหตุ

Motor assessment Scale for stroke

Amended version 1994. By J. Carr, R. Shepherd

Dysphagia Screening Test

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.ประสาทเชียงใหม่

ส่วนที่ 1

ชื่อ..... HN..... อายุ..... ปี

วันที่ป่วย..... วันที่ประเมิน.....

การวินิจฉัย.....

ผลตรวจจาก CT หรือ MRI.....

การเคี้ยวและการตอบสนองต่อการกระตุ้น ☐ ปกติ ☐ ต่ำกว่าปกติปัญหาการหายใจ ☐ ไม่มี ☐ มี..... การกั๊กค้างของเสมหะในช่องปากและคอ ☐ ไม่มี☐ มี.....การนำสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย ☐ Oral ☐ NG ☐ PEG ☐ อื่นๆ.....ประวัติปอดอักเสบจากการสำลัก ☐ ไม่มี ☐ มี (☐ ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว☐ กำลังรักษาอยู่)

ส่วนที่ 2

อาการทางคลินิก	ครั้งที่.....วันที่.....			ครั้งที่.....วันที่.....		
	P	A	NT	P	A	NT
เคลื่อนไหวริมฝีปากลำบาก (poor lips movement) น้ำลายไหล (drooling)						
เคลื่อนไหวลิ้นลำบาก (poor tongue movement)						
Gag reflex ลดลง หรือหายไป (diminished or absent gag reflex)						
เสียงไออ่อนลง (weak cough)						
เสียงแหบ (hoarseness) หรือออกเสียงลำบาก (dysphonia)						
พูดไม่ชัด (dysarthria)						
ปฏิกิริยาการกลืนน้ำลายช้าลง (delayed swallow)						
ไอขณะทดสอบดื่มน้ำ 5 ซีซี และ 10 ซีซี						
ไอขณะทดสอบดื่มน้ำจากแก้ว 90 ซีซี อย่างต่อเนื่อง						
เสียงพรว (wet voice, gurgling) หลังจากกลืนน้ำ 1 นาที						

* P = present, A = absent, NT = not tested

คะแนน : present = 1, absent = 0

คะแนนรวม 7 แสดงว่ามีความผิดปกติของการกลืน ควรได้รับการดูแลใกล้ชิดระดับหนัก

คะแนนรวม = 0 แสดงว่าไม่มีปัญหาการกลืน ควรดูแลให้ดื่มน้ำและกินอาหารให้พอเพียง

แบบบันทึกปัญหา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาคลื่นไส้
งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงใหม่

ปัญหา	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		แนวทางการดูแลผู้ป่วย	ผลสัมฤทธิ์	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี		ว/ด/ป	หมายเหตุ
ระดับการตื่นตัว							○ งดการกินอาหารและน้ำทางปาก แนะนำให้สารอาหารด้วยวิธีการที่เหมาะสม ○ จัดทำให้ศีรษะตั้งขึ้น ○ ทำความสะอาดในช่องปากและกระดูกลิ้นและริมฝีปากและลิ้น ○ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น และขากรรไกร ○ บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด ○ เช็ดทำความสะอาดช่องปากด้วยผ้าลิ้นก้น หากบ้วนไม่ได้ ○ จัดทำให้ศีรษะตั้งขึ้นและก้มมาข้างหน้าเล็กน้อย ○ ห่อไหล่มาข้างหน้าเล็กน้อย ○ ซ้อนอกและแขนวางบนหมอนหรือโต๊ะ ○ นั่งงอสะโพก 90°		
นำลายหน้าผกเสมหะมาก									
ท่าทางขณะฝึกกลืน ไม่เหมาะสม									
เคลื่อนไหวริมฝีปากลำบาก น้ำลายไหล							○ กระตุ้นให้ฝึกริมฝีปาก โดยการทำนวดรอบริมฝีปาก ○ หัดแปะเศษกระดาษชิ้นเล็กๆ ให้ปลิ้ว ○ หัดดูด เช่น ดูน้้ำแข็งแท่ง, ไอศกรีมแท่ง เป็นต้น ○ หัดพูดคำว่า “อู.....” ยาวๆ หลายๆ ครั้ง และ พูดคำว่า “ปา/ปา/ปา” ซ้ำหลายๆ ครั้ง ○ หัดแปะปากเข้าหากันให้แน่น ○ ใช้ verbal feedback กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายตนเอง		185

ปัญหา	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		แนวทาง การดูแลผู้ป่วย	ผลสัมฤทธิ์	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี		ว/ด/ป	หมายเหตุ
เคลื่อนไหวศีรษะลำบาก							○ กระตุ้นให้เคลื่อนไหวศีรษะ และการประสานสัมพันธ์ของลิ้น โดยเตะริมฝีปากด้านข้าง และริมฝีปากด้านบนและล่าง กระตุ้นทั้ง 2 ข้าง และเตะเพดานปาก ○ หักพูดคำว่า "ตา/ตา" "ตา/ตา" "ตา/ตา" ทำให้เร็วที่สุด ○ กระตุ้นการเคลื่อนไหวโคนลิ้นไปข้างหลัง ○ ให้ผู้ป่วยเลบลิ้นมาข้างหน้าด้าน ไม่กดลิ้น ○ ปรับและเลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ Swallowing maneuvers ร่วมกับการจัดทำ		
ปฏิบัติกริยาการกลืนลดลง							○ กระตุ้นปฏิบัติกริยาการกลืนโดยใช้ thermal stimulation ○ กระตุ้นให้มีการยกของกล่องเสียงขณะกลืน ○ หักกลืนกลืนน้ำแข็ง ○ ปรับและเลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ Swallowing maneuvers ร่วมกับการจัดทำ		
Gag reflex ลดลง							○ ใช้ไม้กดลิ้น และโคนลิ้นด้านในครั้งละ 10-20 วินาที 8-10 ครั้ง ○ นวดเพดานอ่อน และลิ้นไก่ ด้วยสำลีพันก้นครั้งละ 10-20 วินาที 8-10 ครั้ง		
ไอไม่แรงเสียงไอค่อยลง							○ หักหายใจเข้าลึกๆ แล้วปล่อยออกมาช้าๆ ○ หักพูดคำว่า "อา....." ยาวๆ ○ ให้นับเลข หรือร้องเพลงต่อเนื่อง		
พูดไม่ชัด							○ ออกก้างกลืนเนื้อริมฝีปากและลิ้น ○ ฝึกการประสานสัมพันธ์ของลิ้น ○ ปรับและเลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ Swallowing maneuvers ร่วมกับการจัดทำ		186

ปัญหา	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....		แนวทางการดูแลผู้ป่วย	ผลสัมฤทธิ์	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี		ว/ค/ป	หมายเหตุ
สำลักอาหารเหลวและน้ำ							☐ พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับน้ำทางท่ออาหาร เพื่อป้องกันการขาดน้ำ ☐ ปรับและเลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ Swallowing maneuvers ร่วมกับการจัดทำ ☐ ใช้ช้อนดักน้ำกินทีละช้อน แทนการใช้หลอดดูดหรือดื่มจากแก้ว ☐ หัดดื่มน้ำจากแก้วโดยใช้แก้วเว้ามุม		
มีความผิดปกติของคุณภาพของเสียง							☐ ออกกำลังเพื่อให้มีการหนีบเข้ามาของสายเสียง โดยออกแรงดันกับผู้ป่วย หรือใช้มีดกดแก้มขึ้นตัวขึ้น เป็นจังหวะ 8-10 ครั้ง ครึ่งละ 5 วินาที ☐ ปรับและเลือกอาหารที่เหมาะสม และใช้ Swallowing maneuvers ร่วมกับการจัดทำ		

* อ้างอิงจาก Dysphagia screening test หน่วยกิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เป้าหมายระยะสั้น

(ระยะเวลา 1 เดือน หรือ การรักษา 20 ครั้ง)

สรุปผลการรักษา

บรรลุ

ไม่บรรลุ

- ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยมีผู้ช่วยเหลือระดับมาก
- ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยมีผู้ช่วยเหลือระดับปานกลาง
- ☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง
- ☐ รับรู้ วัน เวลา สถานที่ และคำสั่งง่ายๆ ได้
- ☐ กลืนน้ำ อาหารเหลวได้โดยไม่สำลัก
- ☐ กลืนอาหารหนืด ชับได้ โดยไม่สำลัก
- ☐ สามารถสื่อสารโดยใช้ Communication board ได้
- ☐ กำวัตถุที่มีขนาด 3x4 นิ้วได้
- ☐ ปลดปล่อยวัตถุที่มีขนาด 3x4 นิ้วได้

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลราชบุรี



1. นโยบาย

ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีมาตรฐาน จนบรรลุเป้าหมาย

2. วัตถุประสงค์

บุคลากรทุกระดับที่ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพในแนวทางเดียวกัน

3. ขอบข่าย

ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองทุกราย

4. คำนิยามศัพท์

5. ความรับผิดชอบ

5.1 แพทย์ มีหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายและวางแผนการรักษาเบื้องต้น

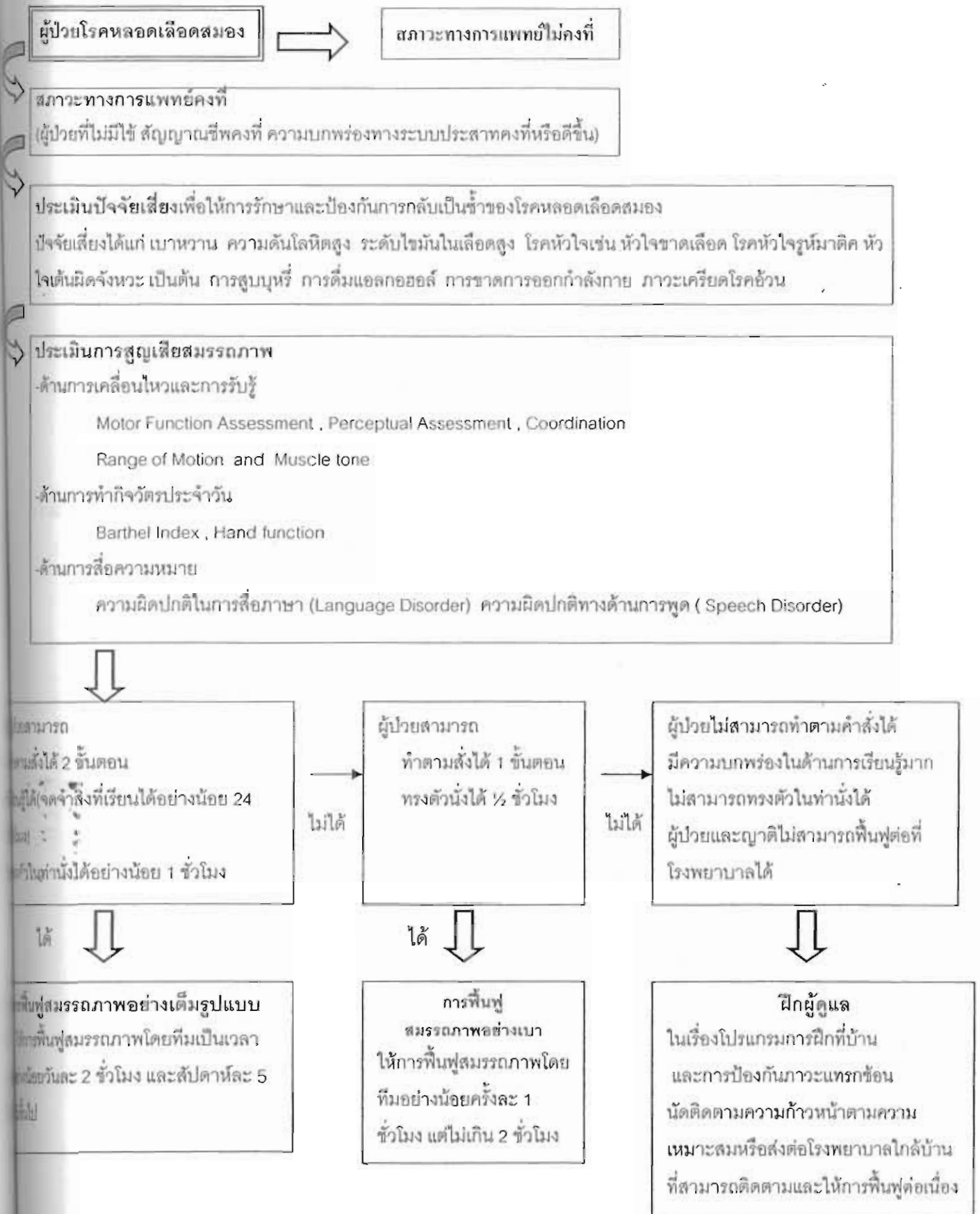
5.2 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและให้กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม

5.3 นักกายภาพบำบัดและนักอาชีพบำบัด และบุคลากรในสายงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการประเมินผู้ป่วย และให้กิจกรรมการฝึกที่เหมาะสม

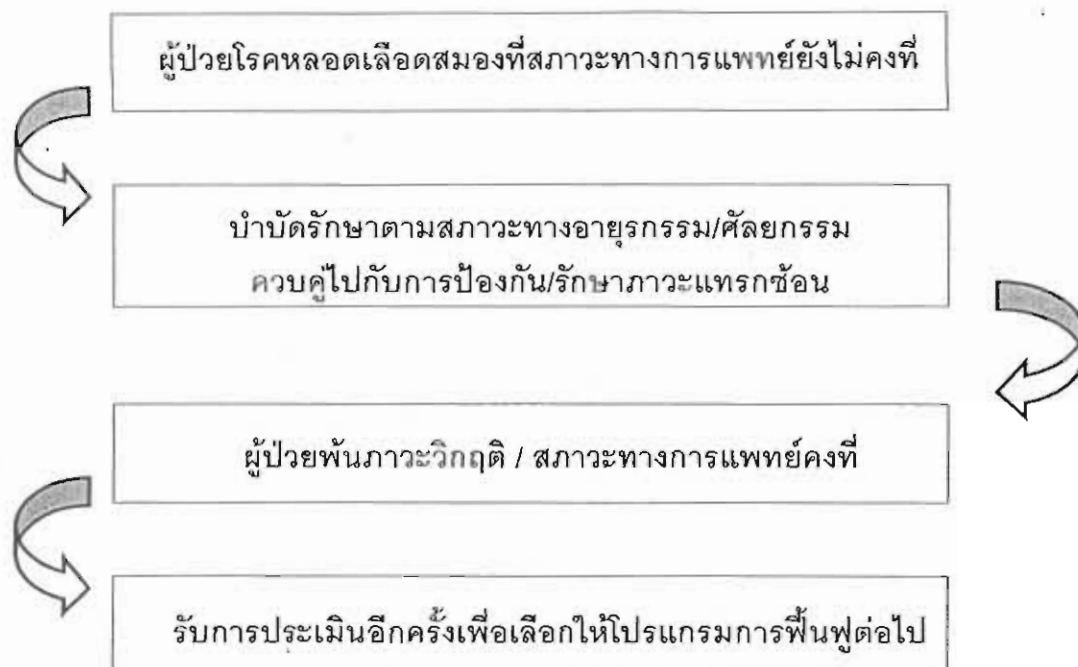
6. ขั้นตอนการปฏิบัติ

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตรวจประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูโดยถ้ามีสภาวะทางการแพทย์คงที่ให้ปฏิบัติตามแผนภูมิที่ 1 ถ้าสภาวะทางการแพทย์ไม่คงที่ให้ปฏิบัติตามแผนภูมิที่ 2 ในส่วนกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ปฏิบัติตามแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะทางการแพทย์คงที่



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสภาวะทางการแพทย์ไม่คงที่

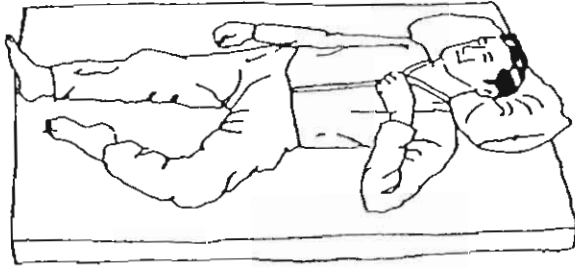


ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในระยะแรก

1. การเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการอ่อนแรง ชีมี และมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดแผลกดทับ ดังนั้นจึงต้องมีมาตรการป้องกันตั้งแต่การปกป้องไม่ให้ผิวหนังมีความชื้นแฉะ การลดการกดทับโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การจัดท่านอนให้เหมาะสมเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ และการตรวจดูแลทำความสะอาดผิวหนังอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวัง
2. ปัญหาเรื่องการสำลัก (aspiration) และปอดอักเสบ (pneumonia) ในระยะแรกหลังเกิดโรคผู้ป่วยอาจมีปัญหาในเรื่องการกลืน (dysphagia) จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดการสำลักและเกิดปอดอักเสบติดเชื้อตามมา โดยส่วนใหญ่มักแสดงอาการสำลักโดยการไอ แต่ก็มีถึง 40 % ของผู้ป่วยที่สำลักโดยไม่แสดงอาการใดๆ (silent aspiration) ก่อนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทานอาหารทางปาก จึงควรทำการประเมินเบื้องต้นในเรื่องของการกลืนว่าปลอดภัยก่อน ถ้าแพทย์ประเมินแล้วเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสำลักอาหารอาจจำเป็นต้องใส่ท่อให้อาหารทางจมูกในระยะแรกก่อน
3. ปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ พบได้บ่อยโดยในช่วงแรกจะมีปัญหา hypotonic bladder with overflow incontinence และโดยส่วนใหญ่จะมี reflex voiding กลับมาในระยะเวลาไม่นาน ในช่วงแรกผู้ป่วยมักได้รับการใส่ indwelling catheter ไว้เพื่อ monitor fluid balance แต่เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วและไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใส่สายสวนปัสสาวะไว้ก็ควรเอาออกให้เร็วที่สุดเพื่อลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะด้วย
4. ปัญหาข้อยึดติด (joint contracture)

- a. การจัดท่านอนให้เหมาะสม ตามปกติผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงแรงมักมีท่านอนดังรูป i. ทำให้เกิดปัญหาข้อยึดติดที่พบบ่อยคือ ข้อสะโพกและบิดออกด้านนอก (flexion & external rotation) ข้อเข่างอ (flexion) ข้อเท้าลง (plantar flexion) ต้นแขนบิดเข้าใน (adduct & internal rotation) ข้อศอกและข้อมืองอ (flexion)

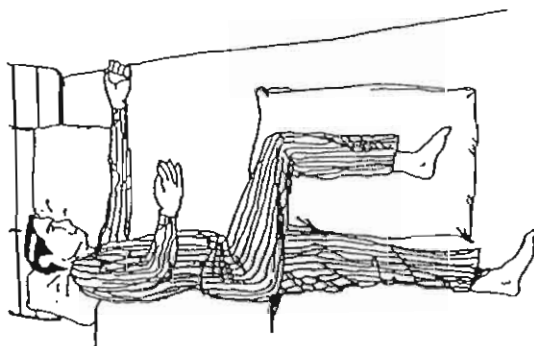
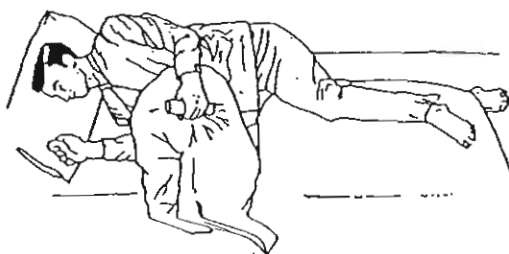
- i. ท่านอนในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงแรงด้านซ้าย



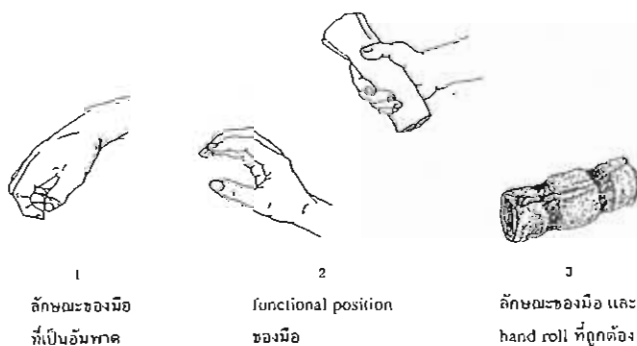
- ii. การจัดท่านอนหงาย



- iii. การจัดท่านอนตะแคงไปทางแขนขาด้านปกติและด้านที่อ่อนแรงแรงตามลำดับ



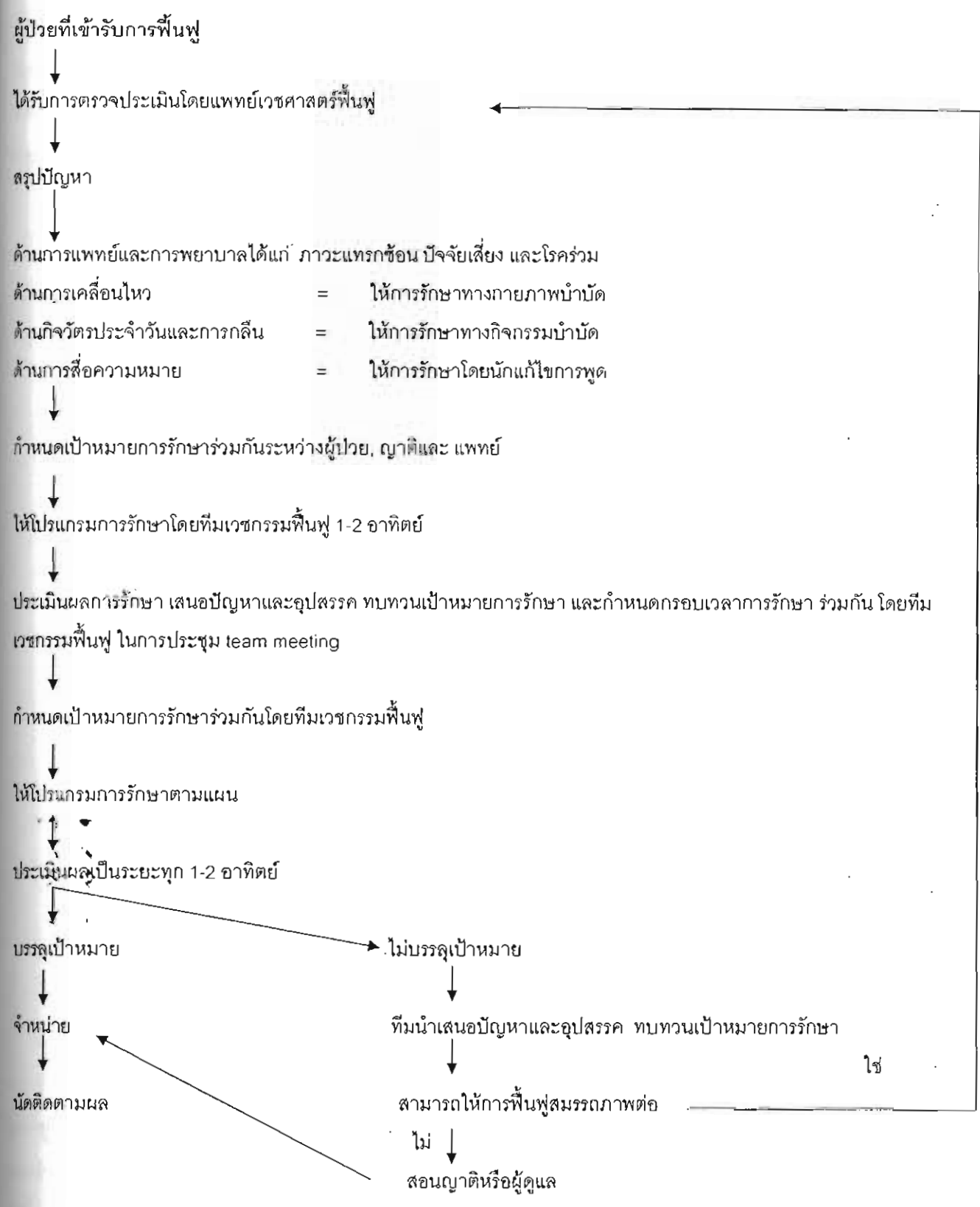
- iv. การจัดท่านอนคว่ำ จะช่วยเหยียดข้อสะโพกและเข้าได้ดีอีกทั้งตำแหน่งในการเกิดแผลกดทับก็น้อยกว่าการนอนหงาย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ชินกับการนอนคว่ำจึงควรเริ่มจากเวลาน้อยแล้วค่อยปรับเปลี่ยนเวลาจนได้ 20-30 นาที
- v. การจัดท่าของมือด้านที่อ่อนแรง/ เกร็ง ควรจัดให้ข้อมือและมืออยู่ในท่า functional hand position ซึ่งเป็นท่าที่เส้นเอ็นที่ทำหน้าที่กระดกข้อมือลงและงอนิ้วสมดุลกับเส้นเอ็นที่ทำหน้าที่กระดกข้อมือขึ้นและเหยียดนิ้ว



- vi. การบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติด ควรช่วยบริหารแขนขาข้างที่อ่อนแรงให้สุดมุมพิสัยการเคลื่อนไหวของข้ออย่างน้อยวันละ 2 รอบ ข้อละ 3-5 ครั้ง โดยเฉพาะข้อที่พบปัญหายึดติดได้บ่อยได้แก่ ข้อไหล่ ข้อนิ้วมือ ข้อเท้า เป็นต้น

5. ความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ผู้ป่วยที่นอนติดต่อกันหลายวัน เวลาลุกขึ้นอย่างรวดเร็วจะมีการตอบสนองของระบบประสาท sympathetic vasopressive ลดลง ทำให้การหดตัวของหลอดเลือดไม่เพียงพอ ร่วมกับมี beta-adrenergic activity เพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้เลือดกลับสู่หัวใจน้อยลง และหัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้เลือดไหลเข้าหัวใจห้องล่างน้อยลง stroke volume ลดลง ความดัน systolic ลดลงจนอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ผู้ป่วยจึงมีอาการวิงเวียน มึนศีรษะ เป็นลม หน้ามืด ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงควรป้องกันโดยให้ผู้ป่วยมีการขยับตัวและลุกนั่งโดยเร็วที่สุดจัดให้ผู้ป่วยได้นั่งบ่อยๆ อย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที 3-4 รอบต่อวัน
6. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (deep vein thrombosis) พบบ่อยในสัปดาห์แรกหลังจากเป็นอัมพาต ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือหลอดเลือดดำบริเวณน่อง การป้องกันควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วที่สุด ถ้าผู้ป่วยพอมีแรงในการกระดกข้อเท้าได้ ให้กระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ

แผนภูมิที่ 3 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



การประเมินสภาพก่อนเริ่มการฟื้นฟู

ต้องทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรค ตำแหน่งพยาธิสภาพ ลักษณะอาการที่เกิด ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพทางด้านระบบประสาท (neurological) และ ด้านการทำงาน (functional) ซึ่งแพทย์ต้องนำมาประเมินรวมกันเพื่อทราบถึงการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค วางแผนขั้นตอนการฟื้นฟู และคาดการณ์ผลของการฟื้นฟูของผู้ป่วย

การประเมิน

1. consciousness, attention, cognitive, memory, perception, behavior
2. การประเมิน motor control : muscle tone, muscle power, coordination
3. communication:
 - a. language disorder ปัญหาที่สำคัญคือ aphasia
 - b. speech disorder ที่พบได้บ่อยคือ dysarthria
4. swallowing disorder
 - a. ประเมินสถานะโดยรวมของผู้ป่วยก่อน ได้แก่ level of consciousness, position
 - b. ความสามารถในการกลืน
 - i. Oral phase: oral structure, oral muscular function, oral sensation
 - ii. Reflexes: gag reflex, swallowing reflex, cough reflex
 - iii. Pharyngeal phase: ดูการกลืนน้ำลายสังเกตเวลาในการเคลื่อนขึ้นลงของกล่องเสียง, ทดสอบการกลืนน้ำเริ่มจากปริมาณ 5 ซีซี ระหว่างนั้นสังเกตการณ์สำลัก และเสียงพ่นาหรือเสียงแหบหลังกลืน ถ้าไม่มีปัญหาจึงเพิ่มปริมาณน้ำเป็น 30 ซีซี ถ้าไม่ผ่านไม่ควรให้ทานอาหารทางปากเองเพราะเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักและเกิด aspiration pneumonia
5. ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่น shoulder hand syndrome, joint contracture, pressure sore, pneumonia, depression
6. functional assessment

การกำหนดเป้าหมาย กำหนดโดยแพทย์ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมกำหนดเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

การจำหน่ายผู้ป่วย ควรกระทำเมื่อผลการฟื้นฟูผู้ป่วยได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเป็นเวลา 2 สัปดาห์

การวางแผนการจำหน่าย มีวิธีการดังนี้

1. ประชุมปรึกษากันระหว่างทีมเวชกรรมฟื้นฟู ผู้ป่วย และญาติ เพื่อค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขร่วมกัน
2. ค่อยๆ ลดการฝึกจากเจ้าหน้าที่ และพัฒนาให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำเองโดยเจ้าหน้าที่ช่วยกำกับดูแล
3. เน้นการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องโรคเพื่อให้มีความเข้าใจและลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแล
4. ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้กับแพทย์ที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป

การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย ควรมีการติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ในช่วง 3-6 เดือนแรก ภาวะที่ควรงดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพชั่วคราว หรือภาวะทางการแพทย์ยังไม่คงที่

1. ไข้
2. ชีพจร > 100 ครั้ง/นาที
3. หัวใจเต้นผิดปกติแบบเฉียบพลัน
4. เจ็บแน่นหน้าอก
5. ความดันโลหิต > 160/100 หรือ < 90/60 mmHg
6. หอบเหนื่อย
7. ซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
8. ชัก
9. แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
10. ข้ออักเสบเฉียบพลัน หรือเกิดอาการปวดที่ตำแหน่งใดๆ ขึ้นใหม่

ควรแจ้งปัญหาแก่แพทย์ เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การรักษาทันที เมื่อภาวะทางการแพทย์คงที่

7. เครื่องชี้วัด

อัตราผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนบรรลุเป้าหมาย

8. การเก็บเอกสาร

9. เอกสารอ้างอิง

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2545

10. ภาคผนวก

11. เอกสารท้ายบท

แบบประเมินการกลืน
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลราชบุรี

199

การวินิจฉัย

CT brain

การนำสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย

Onset

วันที่					
การประเมิน					
Consciousness					
Orientation					
Head and trunk control					
Hand function					
Eye - hand coordination					
Lips control					
Jaw control					
Tongue control					
Gag reflex					
Bite reflex					
Suck* swallowing reflex					
Sensation (normal, hypo, hyper)					
ทดสอบการกลืนน้ำลาย					
ทดสอบการกลืนน้ำ					
ผู้ประเมิน					

แนวทางการกระตุ้นกลืน

ชื่อ-นามสกุล

อายุ

ปี

HN.

OTN.

แบบประเมินแรกเริ่มผู้ป่วยขาชีวบำบัด (ผู้ป่วยผู้ใหญ่)

.....สกุล..... HN..... OTN.....
เกิด.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สถานภาพ.....
การศึกษา.....มีหลักฐาน.....
อยู่.....โทร.....
วันที่รับ.....วันจำหน่าย.....
แพทย์ผู้ส่ง.....วันนัด.....
ขอความเห็น.....
การสำคัญ.....
ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

การประเมินทางอาชีวบำบัด

หัวข้อที่ประเมิน	ผลการประเมิน
I. Motor function	
muscle tone	
muscle strength	
ROM	
- endurance	
- Balance	
- co-ordination	
- involuntary movement	
Fine motor(hand function)	
Sensory evaluation	
Perception evaluation	
ADL	
- bed activity	

แบบบันทึกกิจกรรมการรักษาทางอาชีวบำบัด

.....สกุล.....HN.....

ว.ค.ป.	กิจกรรมที่ให้	ลงชื่อ ผู้ฝึก/ผู้ช่วย

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....HN.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....

การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....โทร.....

วันที่เยี่ยม.....เวลา.....

ผู้เยี่ยม	1.ตำแหน่ง.....
	2.ตำแหน่ง.....
	3.ตำแหน่ง.....
	4.ตำแหน่ง.....
	5.ตำแหน่ง.....
	6.ตำแหน่ง.....

ประวัติความเจ็บป่วยและประวัติครอบครัวโดยย่อ

ประวัติความเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

สภาพผู้ป่วยและความสามารถของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

.....

.....

.....

.....

.....

อาการปัจจุบันที่พบเมื่อเยี่ยมบ้าน(ร่างกาย จิตใจ).....

ปัญหาที่พบ.....

สภาพบ้าน.....

สภาพห้องน้ำ.....

สภาพห้องนอน.....

สภาพทางเดินในบ้าน.....

บริเวณรอบบ้าน.....

ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน.....

เศรษฐกิจ.....

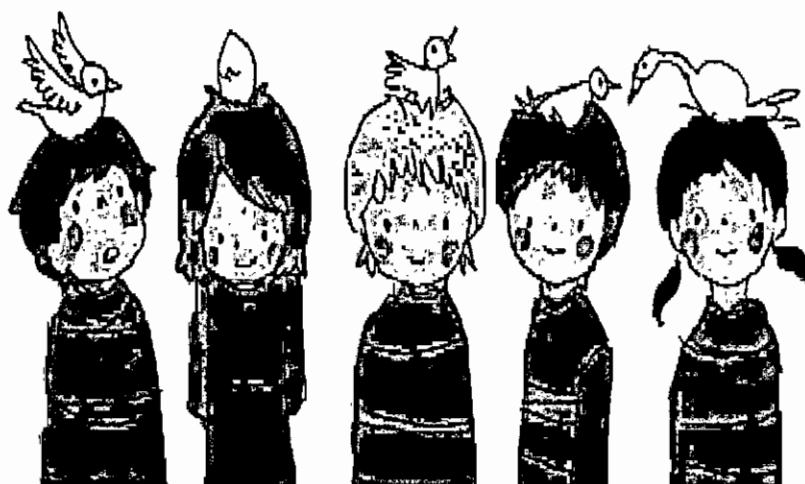
แผนที่บ้าน.....

คำแนะนำที่ให้

ข้อตกลงร่วมกันระหว่างทีมผู้เยี่ยมบ้านและญาติผู้ป่วย.

..ผู้บันทึก

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร



แผนการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก แผนกกายภาพบำบัด (Care map)

สำคัญ.....

ปัจจุบัน.....

อดีต.....

ตรวจร่างกายมารับ

.....นิทรมิตรปรอท, Pulse rate.....ครั้ง/นาที

consciousness : ☐ Alert ☐ Confuse ☐ Unconsciousness

muscle tone : ☐ Hypotone ☐ Normal tone ☐ Hypertone

sensation : ☐ Normal sensation ☐ Abnormal Sensation

Range of Motion : ☐ Normal ROM ☐ Limited ROM of

muscle Power :



Motor Control/Motor Function Activity :

Upper extremity : ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Lower extremity : ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Hand Activity : ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Balance (Static / Dynamic) :

Sitting balance : ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Standing balance : ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Transfer : ☐ Independent ☐ Dependent c Minimum Assisted ☐ Dependent c Moderate Assisted

☐ Dependent c Maximum Assisted

Barthel index แกร็บ..... คะแนน

อื่นๆ.....

แผน/ข้อควรระวัง.....

วันนัดทางการแพทย์.....

แผนการรักษา.....

ผลการรักษา.....

.....

.....

พิจารณาและฟื้นฟูผู้ป่วย

วันที่ / ครั้งที่	ความก้าวหน้าของการรักษา	การรักษาและแผนการรักษา
	Bp.....mmHg	☐ Positioning (การตัดท่าทางการนอนที่ถูกต้อง)
	HR.....ครั้ง / นาที	
	S:.....	☐ Passive movement (UEs / LEs).....
	O:.....	☐ Passive Stretching (UEs / LEs).....
		☐ Ward / Home program
	A:.....	☐ อื่นๆ.....
		ผู้ประเมิน.....

วัน / ครั้งที่	ความก้าวหน้าของการรักษา	การรักษาและแผนการรักษา
	Bp.....mmHg HR.....ครั้ง/นาที S:..... O:..... A:.....	209 ☐ Postural training (tilt tale 30° / 45°)..... ☐ Bed mobility training (move up, move down, move to Rt, Lt side)..... ☐ Gross motor training function (supine to side lying. Side lying to sitting, sitting to standing)..... ☐ Sitting training (with / without support)..... ☐ Specific techniques (fasilitation / inhibition / relaxation technique)..... ☐ Ward / Home program..... ☐ อื่น ๆ..... ผู้ประเมิน.....
	Bp.....mmHg HR.....ครั้ง/นาที S:..... O:..... A:.....	☐ Active movement ☐ Sitting balance training (static/dynamic) ☐ Standing balance training (static/dynamic)..... ☐ Coordination Training ☐ Transfer Training (bed ↔ wheelchair) ☐ Ward / Home program..... ☐ อื่น ๆ..... ผู้ประเมิน.....
	Bp.....mmHg HR.....ครั้ง/นาที S:..... O:..... A:.....	☐ Active movement ☐ Sitting balance training (static/dynamic) ☐ Standing balance training (static/dynamic)..... ☐ Coordination Training ☐ Transfer Training (bed ↔ wheelchair) ☐ Ward / Home program..... ☐ อื่น ๆ..... ผู้ประเมิน.....
	Bp.....mmHg HR.....ครั้ง/นาที S:..... O:..... A:.....	☐ Coordination Training ☐ Strengthening Exs ☐ Endurance Exs..... ☐ Gait training (with/without gait aid) ☐ ADL training เวน เดินทางราบ, ขาขระ, ทางลาด, วัณ ปีนคัน..... ☐ Ward / Home program ☐ อื่น ๆ..... ผู้ประเมิน.....
	Bp.....mmHg HR.....ครั้ง/นาที S:..... O:..... A:.....	☐ ทบทวนการวางแผนการจ้กน้าอผู้ป้วทางภาอภพบัค..... ☐ ส่งค้อท้ม HHC, ส่งค้อโรงคหน้ากอ้่น ๆ ☐ อ้่น ๆ..... ผู้ประเมิน.....

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

HN.....

1.1 ชื่อ..... 1.2 เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี OT No.....

1.3 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

1.4 วันที่รับปรึกษา.....จากกลุ่มงาน.....แพทย์ผู้ส่ง.....

() ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน..... สิทธิการรักษา.....

1.5 อาชีพ () เกษตรกร () ข้าราชการ () รับจ้าง () ค้าขาย () สมณเพศ () อื่นๆ.....

2.1 การวินิจฉัยโรค.....	2.2 กลุ่มโรค.....
2.3 อาการสำคัญ.....	2.4 ข้อควรระวัง.....
2.5 ประวัติครอบครัว.....	
2.6 ประวัติผู้ป่วย.....	

3 การประเมินทางกิจกรรมบำบัด		Hand dominant Rt. Lt.				
• Cognition & Perceptual abilities ;						
• Communication () Normal () Aphasia () Dysarthria () Aphasia of Speech	• Swallowing () Normal () Dysphagia () Drooling ()	• Ambulation () Walk () W/C () With aids..... () Stretcher	• Hand function ; <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Rt.</td> <td>Lt.</td> </tr> </table> ➤ Reach ➤ Grasp >Cylindrical >Spherical >Lateral pinch >Palmar pinch >Tip pinch ➤ Hold ➤ Release		Rt.	Lt.
	Rt.	Lt.				
• ADL () Independent ()assistance () Dependent • Barthel index;.....	• Muscle Tone () Normal () Spasticity () Flacidity () Rigidity	• Balance *Sitting *Standing () Normal () Normal () Good () Good () Fair () Fair () Poor () Poor				
ผู้ป่วยมารับบริการ.....วัน/wks วันนัด.....เวลานัด..... ลงชื่อผู้ประเมิน.....วันที่.....						

Dysphagia Screening Test

212

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ส่วนที่ 1

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี () OPD () IPD..... HN.....

วันที่ป่วย..... วันที่ประเมิน.....

การวินิจฉัย.....

ผลตรวจจาก CT หรือ MRI.....

การตื่นตัวและการตอบสนองต่อการกระตุ้น (Consciousness) () ปกติ () ต่ำกว่าปกติ.....

การทรงตัวในท่านั่งและการควบคุมศีรษะ () Good () Fair () Poor

ปัญหาการหายใจ () ไม่มี () มี..... การคั่งค้างของเสมหะในช่องปากและคอ () ไม่มี () มี.....

การนำสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย () Oral () NG tube () PEG () อื่น ๆ.....

ประวัติปอดอักเสบจากการสำลัก () ไม่มี () มี ...{ () ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว () กำลังรักษาอยู่ }

ส่วนที่ 2

อาการทางคลินิก	ครั้งที่.....วันที่.....			ครั้งที่.....วันที่.....		
	P	A	NT	P	A	NT
1. เคลื่อนไหวริมฝีปากลำบาก (poor lips and tongue movement)						
2. น้ำลายไหล (drooling)						
3. Gag reflex ลดลง หรือหายไป (diminished or absent gag reflex)						
4. เสียงไอค่อนแรง (weak cough)						
5. เสียงแหบ (hoarseness) หรือออกเสียงลำบาก (dysphonia)						
6. พูดไม่ชัด (dysarthria)						
7. ไอ / สำลักน้ำลายตนเอง (cough/aspirated saliva)						
8. ปฏิกริยาการกลืนน้ำลายช้าลง (delayed swallowing reflex)						
9. ไอขณะทดสอบดื่มน้ำจากแก้ว 30 ซีซี อย่างต่อเนื่อง						
10. เสียงพรว่ำ (wet voice, gurgling) หลังจากกลืนน้ำ 1 นาที						

* P = present, A = absent, NT = not tested

OT note :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

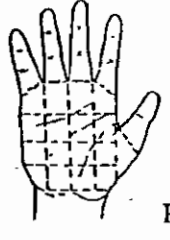
.....

คะแนน : present = 1, absent = 0

คะแนนรวม ≥ 1 แสดงว่ามีความผิดปกติของการกลืน ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด/บำบัดฟื้นฟู

คะแนนรวม = 0 แสดงว่าไม่มีปัญหาการกลืน ควรดูแลให้ดื่มน้ำและกินอาหารให้พอเพียง

ผู้ประเมิน.....

Action	● ROM		● Muscle Power		● Strength	● Sensation 218
	Rt.	Lt.	Rt.	Lt.		
➤ Sh. Fx/Ex :					Grip > Rt kgs. > Lt kgs.	Areas :..... () Intact..... () Impair..... () Absent.....
Ab/Ad :						
Horizontal Ab/Ad :					● Hand dexterity ;.....	* Monofilament 
➤ Elbow Fx/Ex :						
➤ Pro/Sup :						
➤ Wrist Fx/Ex :						

● Composite finger flexion		● Thumb Opponens to;	
Rt.	Lt.	Rt.	Lt.
>T A:.....cm. P:.....cm.	>T A:.....cm. P:.....cm.	() Index	() Index
>I A:.....cm. P:.....cm.	>I A:.....cm. P:.....cm.	() Middle	() Middle
>M A:.....cm. P:.....cm.	>M A:.....cm. P:.....cm.	() Ring	() Ring
>R A:.....cm. P:.....cm.	>R A:.....cm. P:.....cm.	() Little	() Little
>L A:.....cm. P:.....cm.	>L A:.....cm. P:.....cm.		

● **Complication ;** () Sh. Subluxation () Sh.-Hand Syn. () Stiffness () Pain
 ● **Others ;**

4.1 Problems ;	4.3 Plans	4.4 Treatments
.....	☐ ↑ ADL	☐ ADL Training
.....	☐ ↑ Hand function	☐ Hand function Training
.....	☐ ↑ Swallowing	☐ Swallowing Training
.....	☐ ↑ Speech	☐ Pre-speech Training
4.2 Goals	☐ ↑ ROM	☐ ROM Exercise
➤ Short term goal;.....	☐ ↑ Strength	☐ Strengthening Exercise
.....	☐	☐ Home program
.....	☐	☐
➤ Long term goal;.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐

วัน เดือน ปี	ผลการรักษา	ปัญหา	แผนการต่อไป

สรุปผลการรักษาทางกิจกรรมบำบัด / อาชีวนำบัด

ระยะเวลาการรักษา เริ่ม...../...../.....ถึง/...../.....

- สรุปผลการรักษา * ADL () Independent ()assistance () Dependent * Barthel index ;.....	* Hand function - Rt. Lt. () Normal () Normal () Good () Good () Fair () Fair () Poor () Poor () Non () Non	* Others ;.....
- สาเหตุการจำหน่ายผู้ป่วย () หาย หรือ อาการดีขึ้นจนเป็นที่น่าพอใจ () ขาดการรักษาต่อเนื่อง () แพทย์ให้หยุดการรักษา () ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น () อื่นๆ		

อาการสำคัญ

ประวัติปัจจุบัน

ประวัติชีวิต.....

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม

BP :mmHg PR :ครั้ง/นาที

1. **Consciousness :** ☐ Alert ☐ Drowsiness ☐ Stupor
2. **Head Control :** ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor
3. **Feeding :** ☐ Oral ☐ NG tube ☐ PEG
4. **Swallowing :** ☐ Normal ☐ Dysphagia ☐ Drooling
5. **Communication :** ☐ Normal ☐ Aphasia..... ☐ Dysarthria ☐ Apraxia of speech
6. **Sensation :** ☐ Intact ☐ Impaired ☐ Absent
7. **Muscle tone :** ☐ Normal ☐ Hypotone ☐ Hypertone

8. Muscle Power (UEs): Rt : Gr. Lt : Gr.

9. **Pand function:** Rt: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Non

Lt. : ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Non

10. Coordination : Gr.

11. **Sitting Balance :** Static : ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Dynamic : ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

12. ADL :

- Feeding : ☐ Independent ☐ with assistance ☐ Dependent
 • Grooming: ☐ Independent ☐ with assistance ☐ Dependent
 • Dressing : ☐ Independent ☐ with assistance ☐ Dependent
 • Toileting : ☐ Independent ☐ with assistance ☐ Dependent
 • Bathing : ☐ Independent ☐ with assistance ☐ Dependent

13. Barthel index :

14. อื่นๆ

ข้อห้าม/ข้อควรระวัง.....

การวินิจฉัยทางการแพทย์.....

เป้าหมายการรักษา.....

แผนการรักษา.....

ผู้ประเมิน.....

วันเดือนปี.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... หอผู้ป่วย.....

ครั้งที่/วันที่	ความก้าวหน้าของการรักษา	การรักษาและแผนการรักษา
1	BP:.....mmHg PR:.....ครั้ง/นาที่ S : O : A :	☐ Positioning (Sitting balance training)..... ☐ Oro-facial Stimulation..... ☐ ROM training..... ☐ Strengthening Exs. (UEs)..... ☐ Ward /Home program..... ☐ อื่นๆ..... ผู้ประเมิน.....
	BP:.....mmHg PR:.....ครั้ง/นาที่ S : O : A :	☐ Cognition & Perceptual training..... ☐ Swallowing training..... ☐ Pre-Speech training..... ☐ Muscle re-education training..... ☐ Normalized muscle tone..... ☐ ADL training..... ☐ Ward /Home program..... ☐ อื่นๆ..... ผู้ประเมิน.....
	BP:.....mmHg PR:.....ครั้ง/นาที่ S : O : A :	☐ Swallowing training..... ☐ Pre-Speech training..... ☐ Sensory re-education training..... ☐ Hand function training..... ☐ ADL training..... ☐ Ward /Home program..... ☐ อื่นๆ..... ผู้ประเมิน.....
	BP:.....mmHg PR:.....ครั้ง/นาที่ S : O : A :	☐ Communication training..... ☐ Coordination training (UEs)..... ☐ Hand function training..... ☐ ADL training..... ☐ Ward /Home program..... ☐ อื่นๆ..... ผู้ประเมิน.....
	BP:.....mmHg PR:.....ครั้ง/นาที่ สรุปผลการรักษา.....	☐ จำหน่ายผู้ป่วยทางกิจกรรมบำบัด..... ☐ ส่งต่อทีม HHC, ส่งต่อโรงพยาบาลอื่นๆ..... ☐ อื่นๆ..... ผู้ประเมิน.....

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี HN..... หอผู้ป่วย.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ♦ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... PT.N.....
- ♦ ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม (กรณีเป็นบุคคลเดียวกับผู้ป่วยไม่ต้องตอบ)

ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้ความเข้าใจต่อโรคหลอดเลือดสมอง

จงทำเครื่องหมาย x หน้าข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. อาการของอัมพาตครึ่งซีกคือข้อใด.
 - ข. ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง
 - ข. แขนและขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง
 - ค. แขนทั้งสองข้างและขาทั้งสองข้างอ่อนแรง
 - ง. แขนทั้งสองข้างอ่อนแรง
2. สาเหตุของการเป็นอัมพาตครึ่งซีกคือข้อใด
 - ก. เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก
 - ข. มีเนื้องอกในสมอง
 - ค. มีพยาธิตัวจิ๋วในสมอง
 - ง. ถูกทุกข้อ
3. เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตกพบในบุคคลประเภทใด
 - ก. อายุมาก ความดันโลหิตสูง
 - ข. เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง โรคหัวใจ
 - ค. อ้วน สูบบุหรี่
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. เมื่อเส้นเลือดสมองแตกหรืออุดตันนอกจากการรักษาทางการแพทย์แล้ว จำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูหรือรักษาทางอื่นอีกหรือไม่
 - ก. ไม่จำเป็นเพราะสามารถหายได้เอง
 - ข. ไม่จำเป็นเพราะไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้ดีขึ้นได้
 - ค. จำเป็นเพราะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง
 - ง. ไม่จำเป็นเพราะรักษากับแพทย์เบื้องต้นและทานยาก็เพียงพอแล้ว
5. ข้อใดต่อไปนี้คือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
 - ก. นักกายภาพบำบัด
 - ข. หมอน้ำนมด/พระภิกษุ
 - ค. แพทย์
 - ง. ถูกทั้งข้อ ก. และข้อ ค.

6. การจัดทำนอนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จะต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- นอนหงายทำเดีวนานๆ
 - นอนตะแคงทำเดีวนานๆ
 - พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
 - ถูกทั้งข้อ ก. และข้อ ข.
7. ข้อใดต่อไปนี้เป็นประโยชน์ของการบริหารข้อต่อต่างๆ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- ป้องกันข้อติดแข็ง
 - ลดหรือป้องกันการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
 - ช่วยให้เลือดไหลเวียนได้สะดวก
 - ถูกหมดทุกข้อ
8. การฝึกนั่ง ขึ้น เดิน ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ระยะแรก ควรปฏิบัติดังนี้คือ
- ต้องมีผู้ช่วย
 - ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติเองได้
 - ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย
 - ไม่มีข้อถูก
9. การบริหารในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ควรหยุดทำเมื่อ
- มีไข้ตัวร้อน
 - อาเจียน ปวดศีรษะ
 - ถูกทั้งข้อ ก. และข้อ ข.
 - ไม่มีข้อใดถูก
10. การบริหารข้อต่างๆ ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จะให้ได้ผลดีนั้นจะต้องปฏิบัติดังนี้
- เริ่มบริหารทันที เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น
 - ต้องได้รับการฝึกหัดที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ
 - จะต้องมีความอดทนในการฝึกปฏิบัติ
 - ถูกทุกข้อ

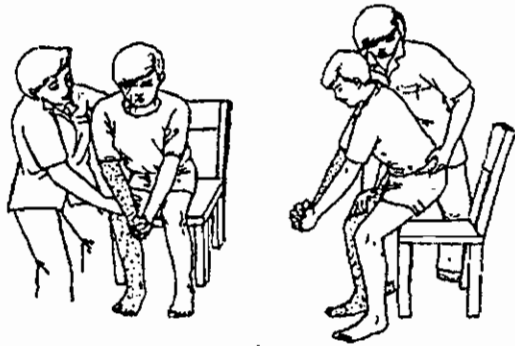
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่จัดขึ้น

- ♦ ท่านคิดว่าการให้ศึกษาคำครั้งนี้มีประโยชน์ต่อท่านระดับใด
() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยมาก
- ♦ ท่านมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมในครั้งนี้หรือไม่อยู่ในระดับใด
() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยมาก
- ♦ ข้อเสนอแนะและถึงที่ควรปรับปรุง

1.
2.
3.
4.

การเคลื่อนย้ายตัว

7. การลุกขึ้นยืนจากท่านั่ง



ผู้ป่วยประสานมือทั้งสองข้าง ยื่นแขนมาด้านหน้า นมัส
ตัวให้น้ำหนักตกที่เท้าทั้งสองแล้ว ค่อยๆเหยียด
สะโพก เหยียดเข่า ลุกขึ้นยืนในลักษณะตัวตรงผู้
ช่วยเหลือให้ความช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น โดยอยู่
ทางด้านอัมพาต

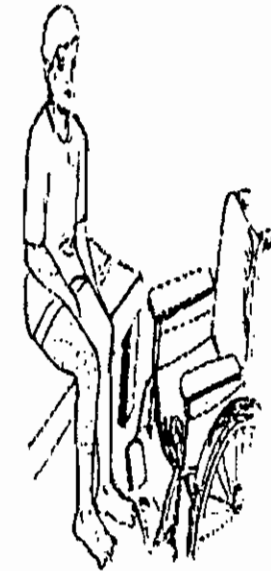
8.2 การเดินในทางราบ



1 ทำเตรียม

2 นำไม้เท้าวางด้านหน้า
ของขาเอียงไปด้านข้าง
อย่าขวางเท้าขณะเดิน3 ก้าวขาข้างอัมพาตมา
ด้านหน้าก่อน

4 ก้าวขาดีตามมา

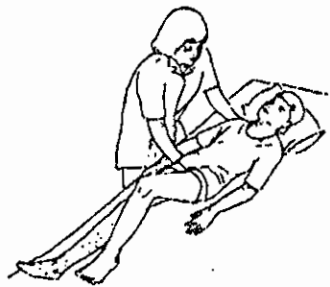


แผนกกายภาพบำบัดโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดปราจีนบุรี (037) 211088 ต่อ 3162

อ้างอิง: คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โดย วิยะดา ศักดิ์ศรี และ สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล

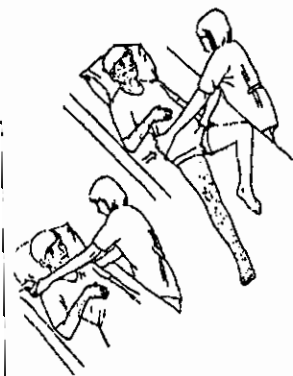
การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง

การเคลื่อนย้ายไปยังหัวเตียง และท้ายเตียง



ผู้ป่วยชันเข่าข้างปกติขึ้นแล้วใช้ศอกและเท้ายัน ตัว
เคลื่อนไปยังหัวเตียง ผู้ช่วยเหลืออยู่ข้างอัมพาตประคอง
บริเวณสะบักและสะโพกช่วยออกแรงส่งตัวผู้ป่วยเลื่อน
ขึ้น-ลง บนเตียง

การเคลื่อนย้ายไปยังข้างเตียง



ชันเข่าข้างปกติยกสะโพก
แขนข้างปกติกดพื้นช่วย
ยันตัวไปด้านข้างเตียง
ผู้ช่วยเหลือคอยยกสะโพก
และขยับหมอนและศีรษะ
ผู้ป่วยตาม

3. การพลิกตะแคงตัวจากท่านอนหงายไปด้านขวา

และไปด้านซ้าย



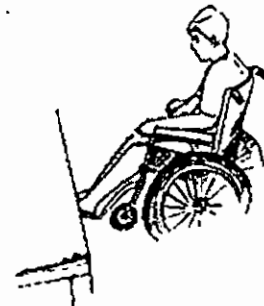
ผู้ป่วยประสาน
มือ งอเข่าทั้ง 2
ข้างแล้วเอื้อม
แขนและบิดตัว
ไปด้านที่ต้องการ
ตะแคงไป

4. การถูกนึ่งจากข้างเตียง



เอาขาข้างปกติสอดใต้ขาข้าง
อัมพาต แล้วยกขาทั้งสองลง
ข้างเตียง ใช้มือข้างปกติยัน
พื้น ยกศีรษะขึ้นพร้อมกับดัน
ตัวลุกขึ้นนั่ง (ควรให้ใช้ข้าง
อัมพาตช่วยด้วย)

5. การย้ายตัวจากรถเข็นหรือเก้าอี้ไปยังเตียง



ให้นำร่างกายด้านปกติเข้าหาเตียงเตียงทำมุมประมาณ
45 องศา ผู้ช่วยช่วยเหลือให้มากที่สุดตามการให้จังหวะ
ของผู้ช่วยเหลือ มือข้างปกติจับและกดบนเตียง ผู้ช่วย
เหลือมือจับเข็มขัดทั้งสองข้าง พยุงผู้ป่วยลุกขึ้นยืน
พร้อมกับหมุนตัวนั่งบนเตียง

6. การย้ายตัวจากเตียงไปยังรถเข็น



นำรถเข็นเข้าหาด้านปกติของผู้ป่วยเป็นมุม 45 องศา ให้
ผู้ป่วยใช้แขนข้างปกติกดที่วางแขนช่วยยกตัว ผู้ช่วยเหลือ
พยุงผู้ป่วยลุกขึ้นและหมุนตัวด้านปกติของผู้ป่วยลงนั่งที่
รถเข็น

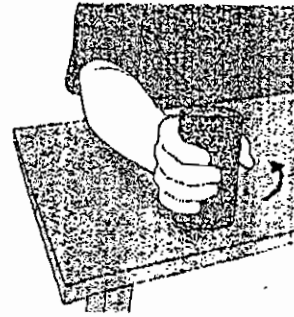
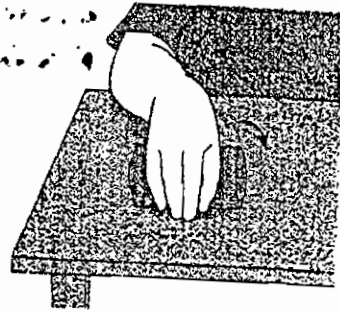
ระสานกันแล้วออกแรงยกแขนขึ้นไปด้านหลังและยกกลับมา
ง บริเวณขอบโต๊ะด้านใกล้กับลำตัวผู้ป่วย



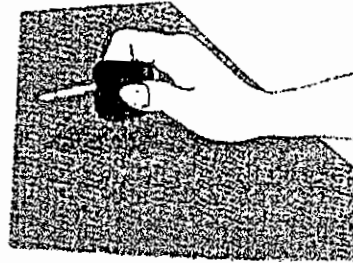
๗. การฝึกแบมือออกแล้วจับกระป๋อง



กระป๋องตะแคงดังรูป



11. ฝึกหยิบจับกุญแจ



การออกกำลังกายช่วงที่เป็นอัมพาตแรกๆ ผู้ป่วยยังไม่
ค่อยมีแรง ต้องอาศัยร่างกายข้างปกติช่วยหรือญาติคอย
ช่วยหรือประคอง แต่เมื่อสมองฟื้นตัวดีขึ้นผู้ป่วยจะ
สามารถออกกำลังกายเองได้มากขึ้น

อ้างอิง: คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โดยอาจารย์วิระดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ชนานุภาพไพศาล

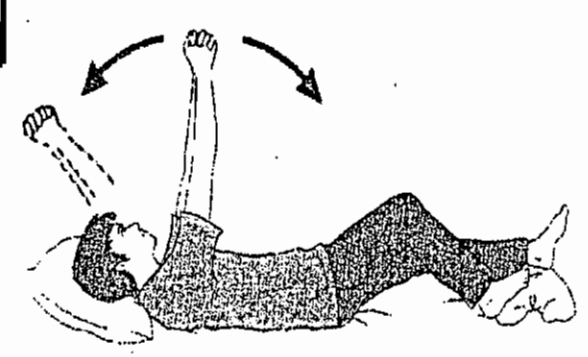
การบริหารเพื่อฟื้นฟูการทำงานของ
แขนขาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก



โดยกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปรารัง,
037 - 211088 ต่อ 3162

การออกกำลังกายในแต่ละท่าให้ทำอย่างต่อเนื่อง 60 ครั้ง
วัน เพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัวที่ดี การออกกำลังกายในแต่ละ
เช้าๆ และบ่อยๆ ทำให้สมองปรับตัวได้ดีและเร็วขึ้น ผู้ป่วยจะ
ปรับแขนขาได้ดีขึ้นและช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ในการ
ออกกำลังกายอาจทยอยทำ เช่น ตอนเช้ายกกัน 20 ครั้ง
กลางวัน 20 ครั้งและตอนเย็นอีก 20 ครั้ง เป็นต้น จะได้ไม่
เหนื่อยมากเกินไป

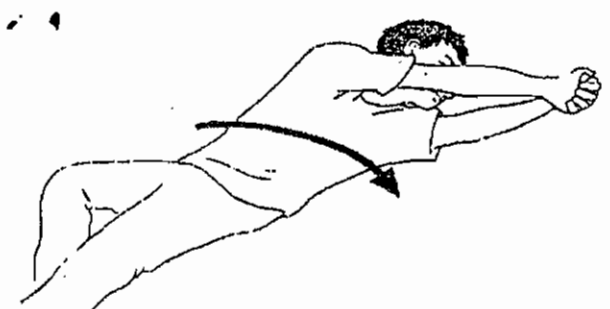
นอนหงายยกแขนขึ้นลง



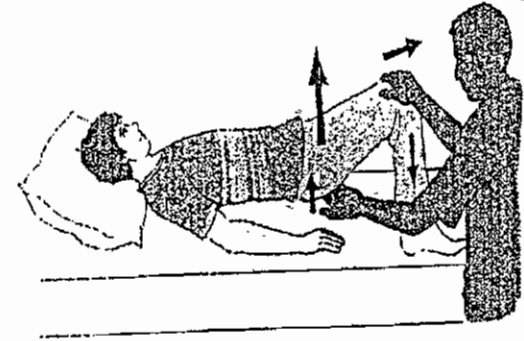
2. การพลิกท่อนแขนคว่ำ-หงาย โดยใช้สองมือ
ประสานกัน



3. การบริหารในท่านอนหงายและพลิกตะแคงซ้าย-ขวา โดย
หัวที่เบาะด้าน (พลิกตะแคงขวา-ซ้าย)



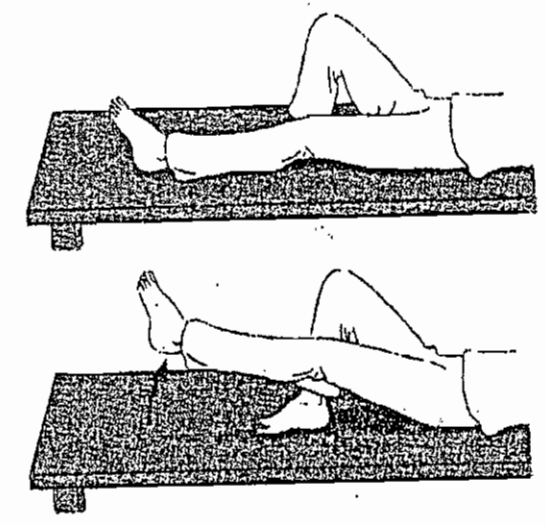
4. การฝึกยกสะโพกขึ้น-ลง เพื่อให้กล้ามเนื้อขาและสะโพก
แข็งแรง ทำให้ขึ้นและเดินได้ดีขึ้นไม่ล้าเมื่อย



5. การฝึกการบิดลำตัวท่อนล่างและบิดสะโพก โดยบิดไป
ด้านขวาและด้านซ้ายสลับกัน นับเป็น 1 ครั้ง เพื่อช่วยให้พลิก
ตะแคงตัวได้ดีขึ้นและนั่งทรงตัวได้ดีขึ้น



6. นอนหงายยกขา สลับกันทั้งข้างอ่อนแรงและข้างปกติเพื่อ
เพิ่มความมั่นคงในการนั่ง การขึ้น และการเดิน ไม่ให้ล้าเมื่อย
และช่วยให้กล้ามเนื้อขาข้างอ่อนแรงได้ดีขึ้น



7. การฝึกพลิกแขนคว่ำ-หงายในท่านั่ง



2. ช้าง โน้มตัวไปด้านหลัง ออกแรงเหยียดเข้า 2 ข้าง
และยืดตัวลุกขึ้นยืนจนตัวตรง

1. ทำเตรียม โน้มตัวไปด้านหลัง ลงน้ำหนักที่เท้า
ทั้ง 2 ข้าง ผู้ช่วยเหลือช่วยประคองกันค้มมา
และใช้มือดันบริเวณหลังเพื่อให้ผู้ป่วยก้มตัวไป
ด้านหลัง



2. ลุกขึ้นยืนโดย ออกแรงเหยียดเข้า 2 ข้าง ค่อยๆ
เหยียดตัวลุกขึ้นยืน



การออกกำลังกายช่วงแรกต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง
เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกบ่อยๆ จะทำให้สมองเรียนรู้การ
เคลื่อนไหว และสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวแขนขา
ได้มากขึ้น ผู้ป่วยก็จะสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น
และสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ใน
ที่สุด

เอกสารหมายเลข 3

การฝึกการทรงตัวทำนั้งในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก



งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราณบุรี
037-211088 ต่อ 3162

อ้างอิง: คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก



ที่ 4.2 เอื้อมหยิบของจากกล่องเล็กไปวางไว้ในกล่องใหญ่ แล้วก็
จากการหยิบของจากกล่องใหญ่ไปวางที่กล่องเล็ก เป็นการฝึกถ่าย
น้ำหนักที่ขาขวาและขาซ้าย ร่วมกับการบิดลำตัวซ้าย-ขวา

5. ฝึกก้าวขาขึ้น-ลง ด้านข้าง โดยให้ขาข้างปกติอยู่บน
ตึกแล้วก้าวขาข้างอ่อนแรงขึ้น-ลงด้านข้าง สลับกับให้
ขาข้างอ่อนแรงอยู่บนตึกแล้วก้าวขาข้างปกติขึ้น-ลง
ด้านข้าง



ปกติอยู่ข้างบนตึก แล้วก้าวขาข้างอ่อนแรงก้าวเดินหน้า-
ถอยหลัง 10 ครั้ง สลับกับให้ข้างอ่อนแรงอยู่ข้างบนตึกแล้ว
ก้าวขาข้างปกติขึ้น-ลงตึกในลักษณะเดินหน้า-ถอยหลัง 10
ครั้ง

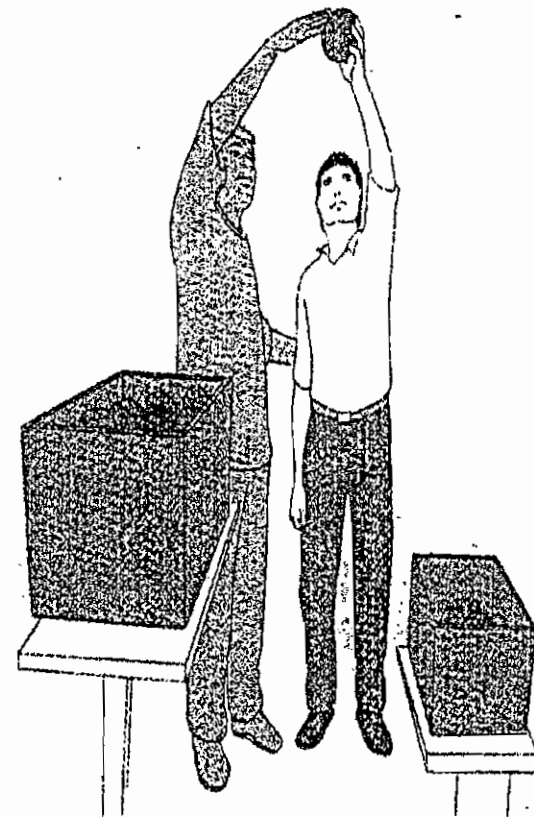


การฝึกออกกำลังกายให้ทำซ้ำๆ บ่อยๆ แต่ให้มีช่วงพักบ้างไม่ให้
ผู้ป่วยเหนื่อยหรือล้ามากเกินไป

อ้างอิง: คู่มือกายภาพบำบัดผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
โดยอาจารย์วิยะดา ศักดิ์ศรี และสุรัตน์ ชนานุภาพไพศาล

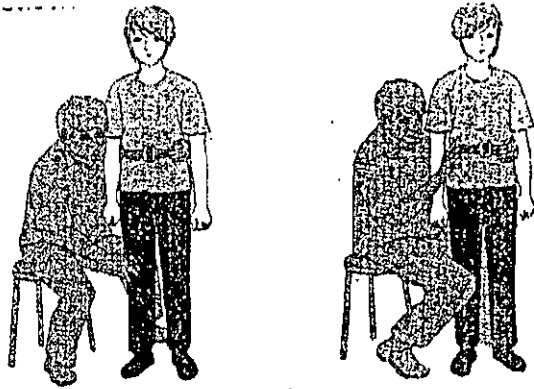
เอกสารหมายเลข 4

การฝึกการทรงตัวในทำยืน

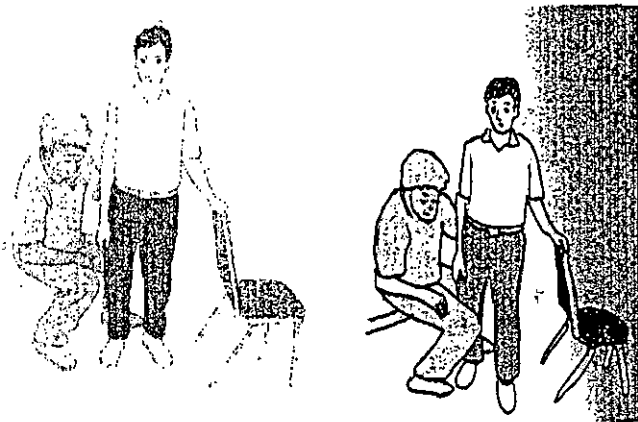


งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราณบุรี
037-211088 ต่อ 3162

1. ฝึกถ่ายน้ำหนักในท่ายืน โดยผู้ช่วยเหลืออยู่ด้าน
ร่างกายอ่อนแรง ประคองที่เข่าและสะโพกเพื่อกัน
ผู้ป่วยหกล้ม ให้ผู้ป่วยฝึกถ่ายน้ำหนัก หรือโยกตัวลง
น้ำหนักที่ขาข้างปกติติดกับลงน้ำหนักขาข้างอ่อน
แรงเพื่อเรียนรู้การลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง (ภาพที่
1.1) และเพิ่มความยากมากขึ้นและเป็นการบังคับ
ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักขาข้างอ่อนแรงขณะที่ก้าวขาข้าง
ปกติ ให้ผู้ป่วยก้าวขาข้างดีไปด้านหน้า และด้านหลัง
ตรงๆ ซ้ำ (ภาพที่ 1.2)

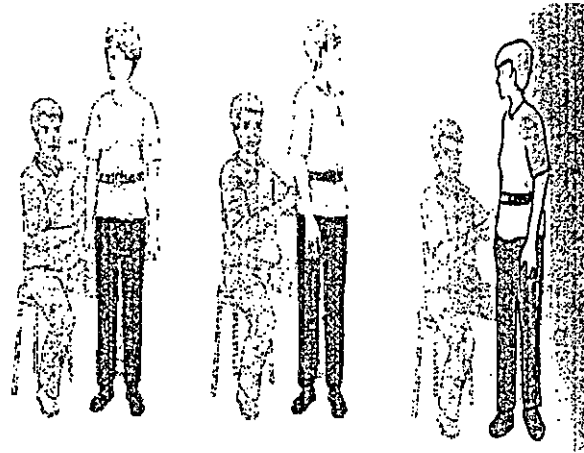


ภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.2

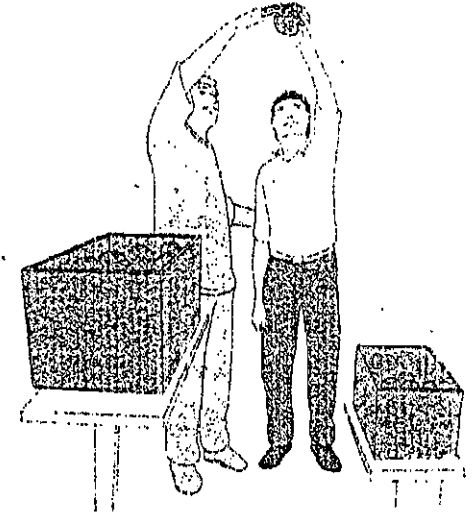
2. เมื่อผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักที่ขาทั้ง 2 ข้างได้ดีขึ้น ก็
ให้ผู้ป่วยลองหมุนลำตัวท่อนบนและหมุนเอวไป
ด้านขวา และซ้าย สลับกัน



3. ฝึกก้าวขา ข้างอ่อนแรง สลับกับขาข้างปกติ ขึ้น – ลง
ขึ้นต่างระดับ เพื่อเพิ่มความยากในการลงน้ำหนักที่ขา
ข้างอ่อนแรง และเป็นการฝึกการก้าวเดิน



4. ให้ผู้ป่วยฝึกเอื้อมมือหยิบลูกบอลแล้วนำไปใส่ยังกล่อง
เอาไว้ ที่ระดับสูงและต่ำ ไม่เท่ากัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหว
มากขึ้นในท่ายืน และต้องพยายามทรงตัวไม่ให้ล้ม



ภาพที่ 4.1 เอื้อมหยิบของด้านบนศีรษะแล้วนำไปใส่กล่องที่อยู่
ระดับสูงสลับกับกล่องที่อยู่ระดับต่ำ

11. เข้ม - เข้ม - เข้ม - เข้ม
12. ก้ม - เงยศีรษะ ช้าๆ
13. เอียงศีรษะ ช้าย - ขวา
14. หันหน้าซ้าย - ขวา

หมายเหตุ

1. ฝึกท่าละ 10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น
2. ฝึกท่าบริหารเหล่านี้ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน
3. ฝึกเมื่อรู้สึกสบาย ยกเว้นช่วงเหนื่อย ไม่สบาย หงุดหงิด หรือ ซึมเศร้า

การฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น

1. ญาติ / ผู้ดูแล กระตุ้นการพูดคุยเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (บอกชื่อ สถานที่ เวลา บุคคล)
2. ฝึกชี้ทำตามคำสั่งอย่างง่าย เช่น ยกมือขวาขึ้น
3. ฝึกบอกชื่อ สิ่งของ สัตว์ ผลไม้ โดยใช้รูปหรือของจริง
4. พูดคุย ถาม/ ตอบ เรื่องง่ายๆ และฝึกให้พูดตาม
5. ให้นับเลข นับเดือน นับวันในหนึ่งสัปดาห์
6. ฝึกร้องเพลงที่ผู้ป่วยคุ้นเคย

1. ควรทำความเข้าใจกับอารมณ์จิตใจ ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย
2. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวนานๆ
3. อย่าปฏิบัติตนเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก
4. ให้โอกาสผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองมากที่สุด
5. พยายามให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากพูด โดยเลือกเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ
6. พูดกับผู้ป่วยช้าๆ ชัดๆ ค้างๆ ประโยคสั้น ได้ใจความ
7. ไม่ควรตำหนิเมื่อผู้ป่วยใช้คำผิด
8. ควรให้ผู้ป่วยได้พักบ่อยๆ
9. หลีกเลี่ยงการให้ความหวังในสิ่งที่ท่านยังไม่ทราบผล ถ้าต้องการให้กำลังใจ ควรเน้นถึงความก้าวหน้าในการฝึก



ผู้ป่วยทรมานทุกข์

ทางด้านการสื่อสาร



เผยแพร่โดย

แผนกกิจกรรมบำบัด / อาชีวบำบัด
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีปัญหาการสื่อสาร
แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

- ด้านภาษาผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจภาษาที่เราพูด
- ด้านการเปล่งเสียงออกเป็นคำพูดซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเปล่งเสียงออกมาตามที่ตั้งใจได้ ทั้งที่กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเปล่งเสียงไม่มีการอ่อนแรง
- ด้านการพูดไม่ชัด จากการอ่อนแรง/อัมพาตของกล้ามเนื้อ กลุ่มนี้จะมีปัญหาการเคี้ยว, การกลืน, น้ำลายไหล



การบริหารกล้ามเนื้อ ริมฝีปาก แก้ม ลิ้น กราม
ขากรรไกร และคอ:



4. อ้าปากค้างไว้
5 วินาที พร้อม
กับออกเสียง



3. ยึดยิ่งฟันค้างไว้ 5
วินาที พร้อมกับ
ออกเสียง "อี"



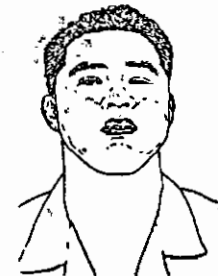
2. ห่อปากค้างไว้
พร้อมกับออกเสียง
"อุ"

1. เม้มปากติดกัน
แน่นค้างไว้ 5
วินาที แล้วคลาย



5. ดูดให้แก้มบวม
2 ข้าง

6. พองแก้มให้ป่องทั้ง
2 ข้าง แล้วเป่าลม
ออกทางปาก



7. แลบลิ้นแตะมุมปาก
ซ้าย - ขวา



8. แลบลิ้นเลียรอบๆ
ริมฝีปาก

9. ม้วนห่อลิ้นค้างไว้
5 วินาที



10. กระดกปลายลิ้น
แตะหลังฟันบน แล้ว
ลากเข้าไปตามเพดาน

1. มือข้างดีจับคอเสื้อแล้วช่วยโยกให้ชายเสื้อขึ้น ถอดออกจากศีรษะ
2. ถอดแขนข้างดีออกจากแขนเสื้อ แล้วตามด้วย ถอดเสื้อออกจากแขนข้างที่เสีย / อ่อนแรง

3. วางขาข้างที่อ่อนแรงลงยกเท้าข้างดี สวมขาข้างเก่งข้างดี ใช้มือสิ่งของ กางเกงขึ้นให้สูง



เทคนิคและวิธีการสวมกางเกง



1. จัดกางเกงในท่าพร้อมที่จะสวม ผู้ป่วยนั่งบนเตียง / เก้าอี้ ใช้มือข้างดียกขาข้างอ่อนแรงให้วางทับขาข้างดีในลักษณะนั่งไขว่ห้าง จัดขากางเกงสวมขาข้างอ่อนแรง



4. ให้ลูกขึ้นยืน จากท่านั่งสวมขาเรียบร้อยแล้วยืนพิจิเตียง จากนั้นใช้มือข้างดีดึงกางเกงขึ้น และจัดให้เรียบร้อย

2. ดึงกางเกงขึ้นให้พ้นข้อเท้า จัดขากางเกงให้เรียบร้อย



5. ถ้ายืนทรงตัวไม่ได้ แนะนำให้นอนหงายบนเตียง งอเข่าข้างดีใช้เท้าดันตัวขึ้น วิธีนี้จะทำให้สะโพกยกขึ้น ขณะเดียวกันใช้มือข้างดีดึงและจัดกางเกงติดตะขอ / รูดซิปให้เรียบร้อย



การแต่งกาย

ในผู้ป่วย

อัมพาตครึ่งซีก



เผยแพร่โดย

แผนกกิจกรรมบำบัด / อาชีวบำบัด
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

1. การใส่เสื้อและกางเกงให้ใส่แขนข้างอ่อนแรงก่อน
2. การถอดเสื้อและกางเกงให้ถอดข้างดีก่อน
3. ผู้ป่วยที่ยังทรงตัวไม่ได้ดี ต้องคอยระมัดระวังป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยล้ม โดยอาจจัดให้มีที่พิงหรือช่วยพยุงขณะทำกิจกรรม

จนถึงไหล่ / ด้านคอ-จัดเสื้อ
ส่วนที่เหลือพาไป
ด้านหลัง



1. ใส่แขนข้างอ่อนแรงเข้าไปในแขนเสื้อโดยใช้แขนข้างดีช่วย



การจัดท่าเริ่มต้น

ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง หรือนั่งบนเก้าอี้

เทคนิคและวิธีการใส่เสื้อผ้าหน้า



1. จัดและวางเสื้อบนดัก ให้ส่วนคออยู่ไกลจากตัวผู้ป่วย



4. ใช้มือข้างดียื่นออกไปด้านหลัง จับที่คอเสื้อดึงขึ้น เพื่อให้แขนสอดเข้าไปในแขนเสื้อที่เหลือ แล้วจัดเสื้อให้เข้ารูปพร้อมติดกระดุม

เทคนิคและวิธีการถอดเสื้อแบบผ่าหน้า

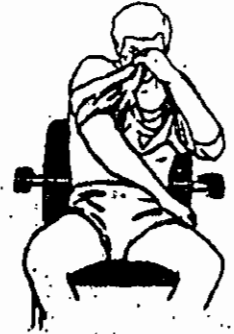
1. ใช้มือข้างดีจับคอเสื้อข้างเสีย / อ่อนแรง ถอดออกจากไหล่ข้างเสียมาไว้ที่ข้อศอก
2. ใช้มือข้างดีจับตรงกลางขอบเสื้อดึงเสื้อให้หลุดออกจากไหล่ข้างดี
3. ถอดแขนข้างดีออกจากเสื้อก่อน
4. ใช้มือข้างดีจับคอเสื้อถอดออกจากแขนข้างเสีย / อ่อนแรง

2. ใส่แขนข้างอ่อนแรงก่อน โดยใช้มือข้างดีจับคอเสื้อไปที่ปลายแขนข้างอ่อนแรง ใส่แขนก่อน



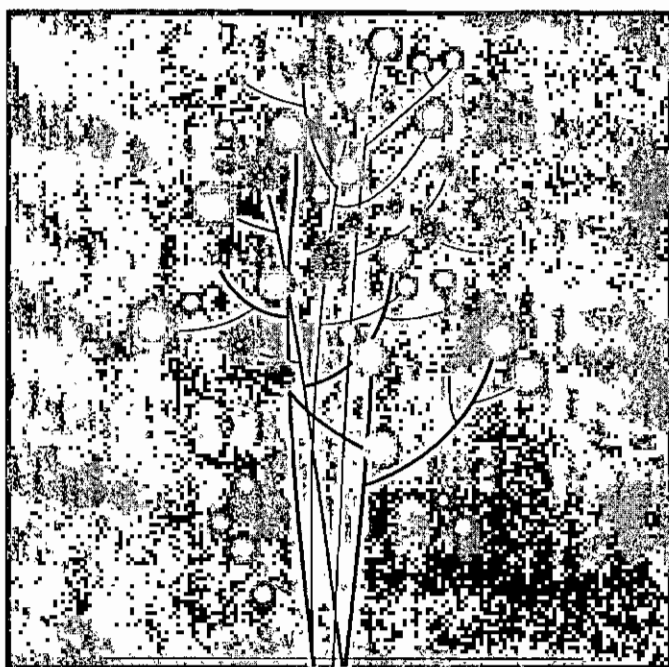
2. ใส่แขนข้างดีเข้าไปในแขนเสื้อ

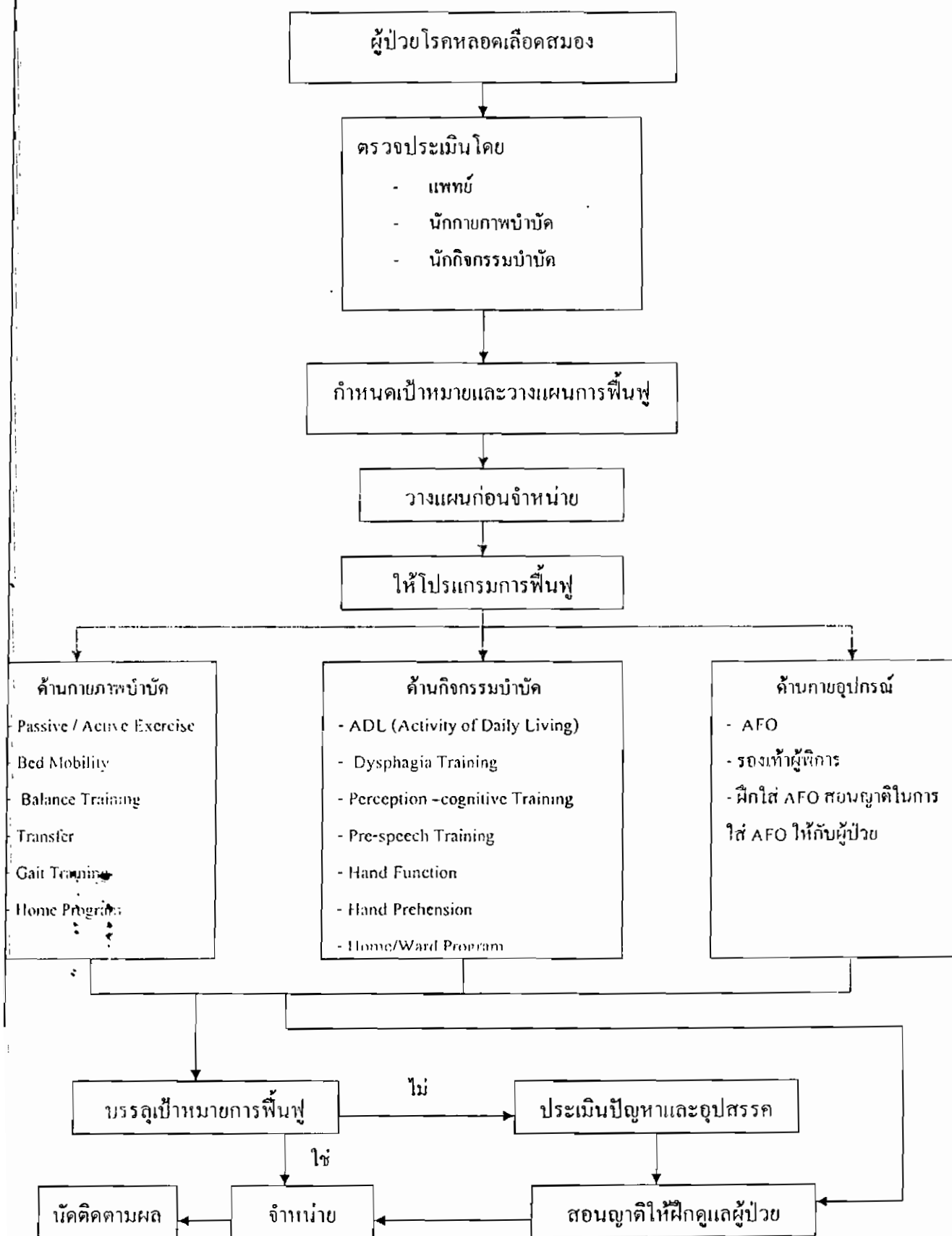
3. มือข้างดีจับคอเสื้อมาที่คอแล้วสวมหัว



4. ใช้มือข้างดีจัดเสื้อให้เรียบร้อย

เอกสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
จากหน่วยงาน : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช





ทำนองตะแคงทับข้างอ่อนแรง ขยับให้หัวไหล่ขึ้นไปข้างหน้า

ให้มากที่สุด โดยการดึงเบาๆที่ต้นแขน ห้ามดึงที่ข้อมือ



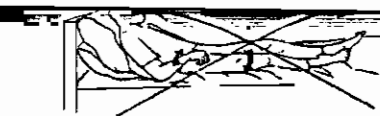
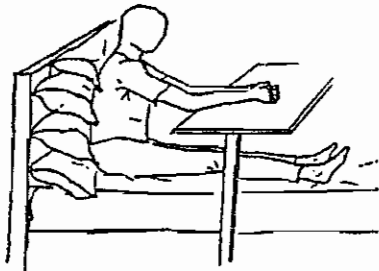
ทำนองตะแคงทับข้างดี

ขยับให้หัวไหล่ขึ้นไปข้างหน้าให้มากที่สุด โดยการดึงเบาๆที่กระดูกสะบัก ห้ามดึงที่ข้อมือ

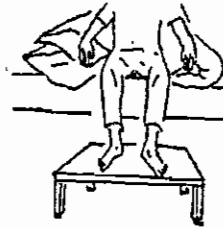
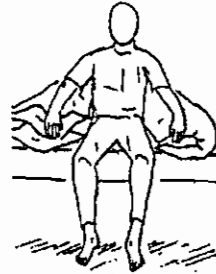


ทำนองบนเตียง

นั่งตัวตรง หมอนสอดด้านหลัง มือวางบนโต๊ะข้างเตียง

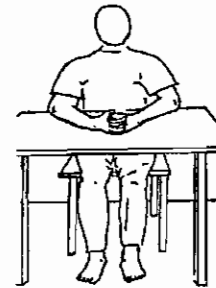
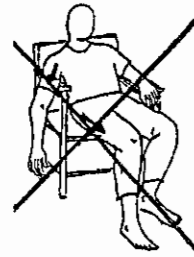


ทำนองบนเตียง ห้อยขา เพื่อฝึกการทรงตัว ผู้ป่วยอาจเอียงตัวไปข้างที่อ่อนแรง ให้ช่วยประคองด้วยหมอนให้ตัวตรง น้าหนักอยู่บนสะโพกทั้งสองข้าง เท้าวางราบพื้น

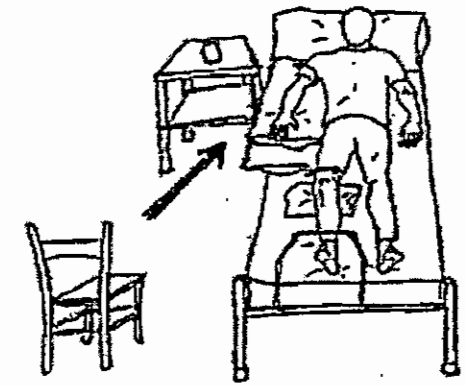


ทำนองบนเก้าอี้

นั่งตัวตรง เลื่อนสะโพกไปให้ชิดพนักเก้าอี้ หากตัวเอียง ให้ใช้หมอนคั่นด้านหลังให้ตัวตรง แขนวางอยู่บนหมอน หรือบนโต๊ะ



การดูแลผู้ป่วยอัมพาต ในระยะแรก



ด้วยความปรารถนาดีจาก

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โทรศัพท์ 035-502784-8 ต่อ 4442

อนุเคราะห์ข้อมูลโดย

T&S PHYSICAL THERAPY

36-40 ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม Tel. 02-694-3685

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตในระยะแรก

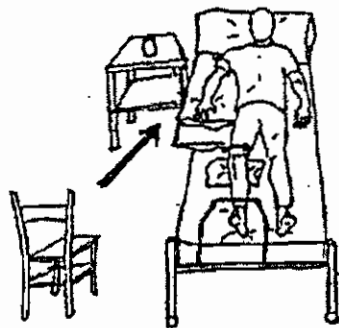
การจัดทำนอน ทำนั้ง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

การจัดทำนอน ทำนั้ง ที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตระยะแรก เพราะจะช่วยทำให้

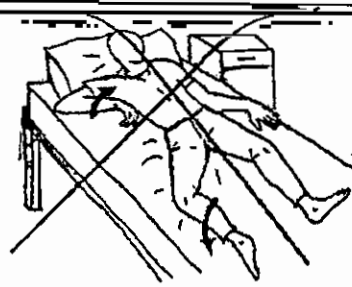
1. ป้องกันความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เช่น การหดสั้นของกล้ามเนื้อ ข้อติด อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
2. ป้องกันแผลกดทับ
3. ป้องกันปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือด และระบบน้ำเหลือง เช่น อาการบวมของแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต
4. ช่วยส่งตัวกระดูกสันหลังที่ถูกต้องไปที่สมอง
5. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะดูแลร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต

การนอนอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานหลายชั่วโมงนั้น ไม่เป็นผลดีกับผู้ป่วยอัมพาต ควรเปลี่ยนท่าทางทุก 2-3 ชั่วโมง จากนั้นนอนหงาย เป็น นอนตะแคง และควรรอนตะแคงทับทั้งสองข้าง

ตำแหน่งของสะโพกและไหล่มีความสำคัญมาก ขาจะหมุนเข้าด้านในเล็กน้อย แขนหมุนออกด้านนอก ฝ่ามือหงายขึ้น ข้อศอกเหยียดตรง



ท่าที่ถูก



ท่าที่ผิด

ในระยะแรกจะต้องมีคนช่วยจัดทำนั้ง ทำนอนให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องสอนให้ผู้ป่วยสามารถจัดทำทางตัวเองได้โดยไม่มีคนช่วย อย่าดึงแขนข้างที่เป็นอัมพาต ให้จับเหนือข้อศอก และที่มือ ดังรูป

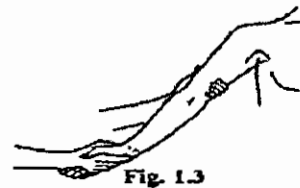
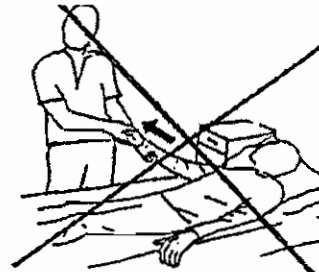
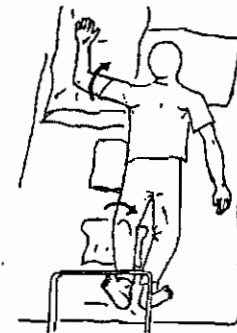


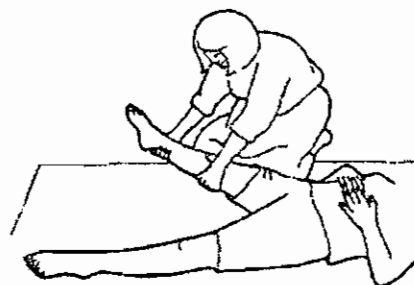
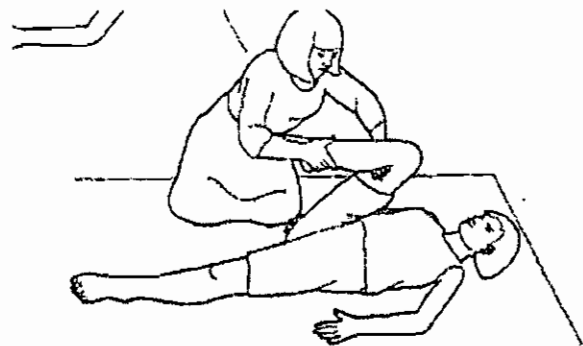
Fig. 1.3

- ศรีษะหัน ไปด้านที่เป็นอัมพาต และระวังอย่าให้หมอนสูงเกินไป
- สอดหมอนไว้ใต้หัวไหล่เพื่อให้ไหล่ยกมาข้างหน้าเล็กน้อย
- แขนวางบนหมอน หงายฝ่ามือขึ้น ข้อศอกเหยียดตรง หากไม่สามารถหงายฝ่ามือได้ ให้ตั้งหัวแม่มือขึ้น และใช้ถุงน้ำหนักเบาๆ ทับไว้
- ใส่หมอนเล็กๆ ไว้ใต้สะโพก เพื่อบังคับให้ขาอยู่ในท่าตรง สอดหมอนเล็กๆ อยู่ใต้เข่า
- ห้ามใช้หมอนแข็งหรือกระดานดันปลายเท้า เพราะจะกระตุ้นอาการเกร็ง

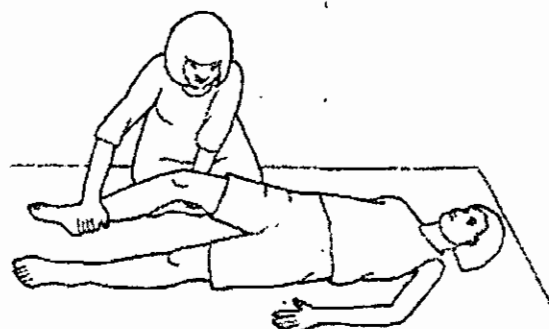


ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อไหลืดหรือเจ็บให้จัดแขนในท่าหมุนแขนออกสลับกับท่าข้างบน

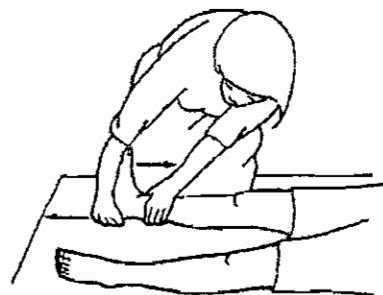
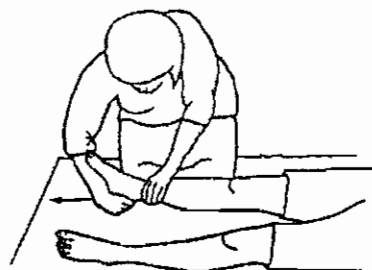




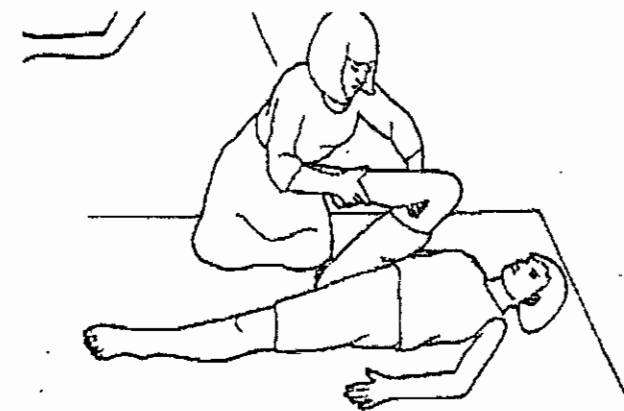
ท่าที่ 11 จับส้นเท้า ดันปลายเท้าขึ้น ให้ข้อเท้ากระดกขึ้น
ไปให้ไกลที่สุด ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ



ท่าที่ 9 ยกขาขึ้น ให้เข่าเหยียดตรง ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ



ในผู้ป่วยอัมพาต



ด้วยความปรารถนาดีจาก

งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

โทรศัพท์ 035-502784-8 ต่อ 4442

อนุเคราะห์ข้อมูลโดย

T&S PHYSICAL THERAPY

36-40 ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม Tel. 02-694-3685

การป้องกันอาการข้อติด

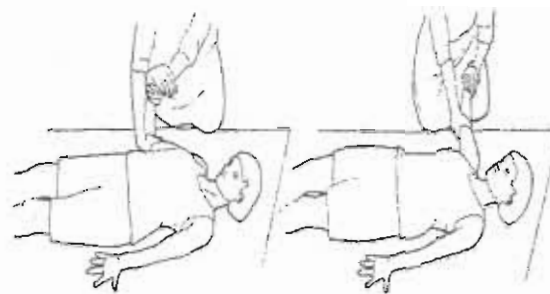
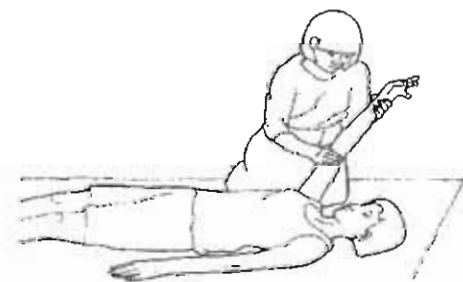
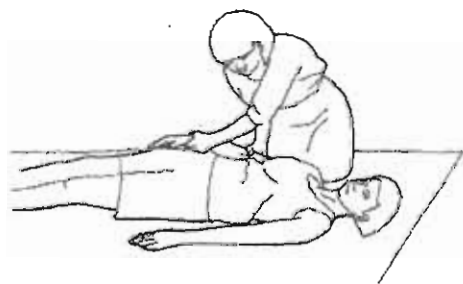
ท่าที่ 2 กางแขนออก แล้วยกกลับมาที่เดิม ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ

ท่าที่ 1 รอบ

การช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อให้แก่ผู้ป่วยอัมพาต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ จะช่วยป้องกันข้อติด เพิ่มการไหลเวียนเลือดของแขนขาที่เป็นอัมพาต

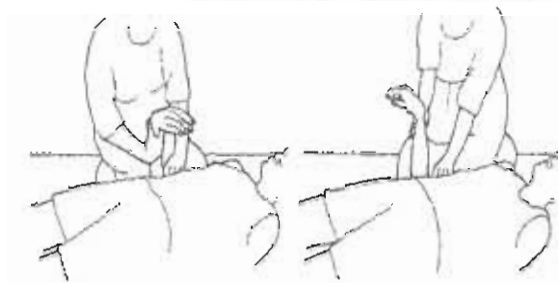
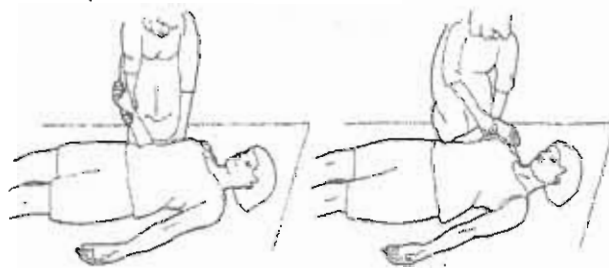
- การเคลื่อนไหวผู้ป่วย ควรทำทุกวัน
- ทำอย่างนุ่มนวล
- เคลื่อนไหวข้อต่อให้ได้ช่วงการเคลื่อนไหวมากที่สุด โดยไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บเล็กน้อยเมื่อเริ่มทำการเคลื่อนไหว หากอาการเจ็บตุน้อยลงเมื่อทำการเคลื่อนไหวต่อไป ให้ทำต่อ แต่ถ้าหากอาการเจ็บเพิ่มขึ้น ให้หยุด และติดต่อกันภายหลังบำบัด

ท่าที่ 1 ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ และยกกลับมาที่เดิม ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ

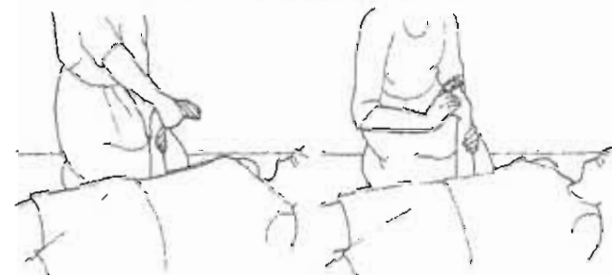


ท่าที่ 3 กางแขนออก 90 องศา งอศอก 90 องศา หมุนแขนลง และหมุนแขนขึ้น ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ

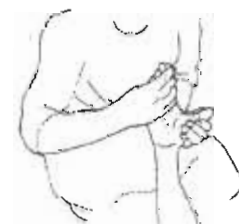
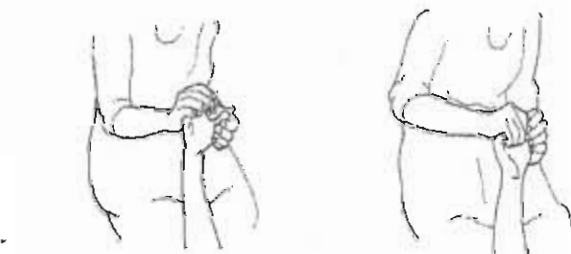
ท่าที่ 4 งอ เขยียดข้อศอก ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ



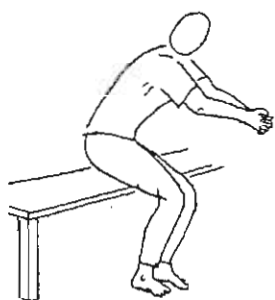
ท่าที่ 6 กระจกข้อมือขึ้น ลง ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ



ท่าที่ 7 กำนิ้วมือ เขยียดนิ้วมือ ทำ 10 ครั้ง วันละ 1 รอบ



- เลื่อนตัวไปข้างหน้าให้ต้นขาอยู่เลยเท้าอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง
- เลื่อนเท้าไปข้างหลังให้หัวเข่าอยู่เลยปลายเท้า
- โน้มตัวไปข้างหน้า โดยให้หลังตรง ยกสะโพกขึ้นจากเก้าอี้ ให้เท้าทั้งสองรับน้ำหนัก
- เขย่งเข่าตรง (ห้ามแอ่นเข้าไปข้างหลัง) ยึดตัวขึ้น
- การนั่งลง ให้โน้มตัวไปข้างหน้า โดยให้หลังตรง
- งอเข่า หย่อนสะโพกลงจนแตะเก้าอี้ ยึดตัวขึ้น
- ทำ 10 ครั้ง



ทางด้านข้าง ทำ 10 ครั้ง 3 รอบ



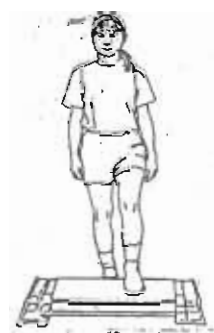
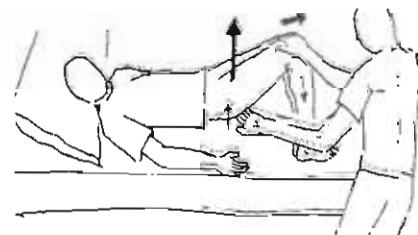
- ขาข้างที่อ่อนแรง วางบนแท่นไม้ ก้าวขาขึ้น/ลง แท่นไม้ทางด้านหน้า ก้าวขาขึ้น/ลงที่เดิม ทำ 10 ครั้ง 3 รอบ



- ยืนตัวตรง ยกขาข้างที่อ่อนแรงขึ้นวางบนแท่นไม้ ยกขาข้างที่อ่อนแรงลงด้วยการงอข้อสะโพกและเข่า วางลงที่เดิม ทำ 10 ครั้ง 3 รอบ



การออกกำลังกาย ในผู้ป่วยอัมพาต



ผู้ป่วยต้องสวมรองเท้า ขณะออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ด้วยการก้าวขึ้น/ลงบนไม้ โดยการ โน้มตัวไปข้างหน้า ถ่าน้ำหนักลงบนขาข้างที่อ่อนแรง คืบตัวขึ้น เข่างอเล็กน้อย ห้ามแอ่นเข่า อาจใช้มือข้างดีจับพนักเก้าอี้หรือโต๊ะเพื่อช่วยการทรงตัว

- ขาข้างที่อ่อนแรง วางบนแท่นไม้ ก้าวขาขึ้น/ลงทางด้านหน้า ทำ 10 ครั้ง 3 รอบ



ด้วยความปรารถนาดีจาก
งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชการรีฟิรเม้นท์

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

โทรศัพท์ 035-502784-8 ต่อ 4442

อนุเคราะห์ข้อมูลโดย

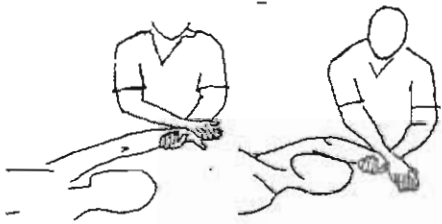
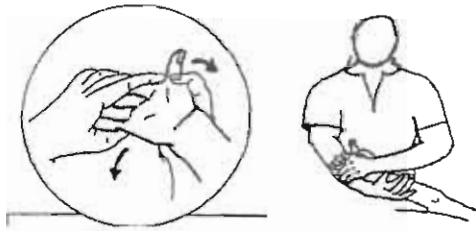
T&S PHYSICAL THERAPY

36-40 ถนนสุริยารัตนวิมล ห้วยขวาง กรุงเทพฯ Tel. 02-694-1685

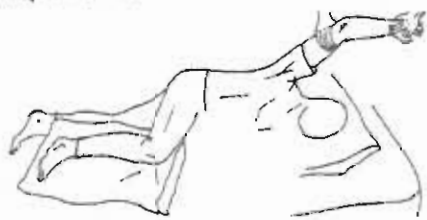
กำลังกายเท่าที่ไม่มีอาการเจ็บ

1. นอนหงาย เข่าข้างที่อ่อนแรงเล็กน้อย ผ่าชนหูร่องได้เข้า ยกแขนขึ้นเหนือ ศรีษะพร้อมกับหมุนแขนออก ค้างรูป เหยียดนิ้วมือและนิ้วหัวแม่มือออก

วิธีจับมือข้างที่อ่อนแรง: กางนิ้วหัวแม่มือออกจากนิ้วชี้ ข้อมือกระดกไปด้านหลัง ข้อศอกเหยียดตรง แขนหมุนออกด้านนอก

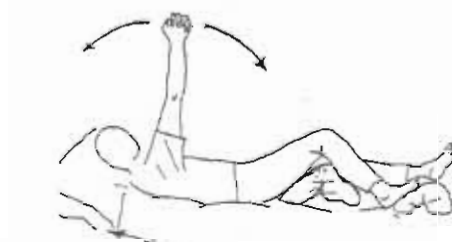


1. นอนตะแคงทับข้างดี ผู้ช่วยยืนอยู่ด้านหน้าของผู้ป่วย ยกแขนขึ้นพร้อมกับหมุนแขนออก

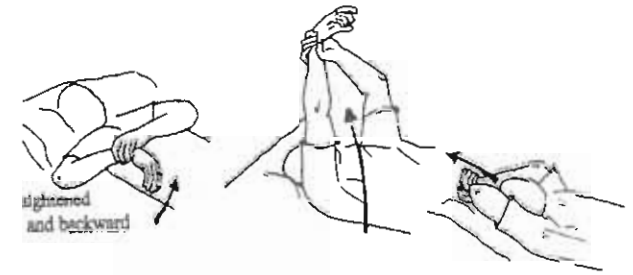


2. นอนตะแคงทับข้างดี ผู้ช่วยประคองแขนผู้ป่วย อีกมือวางที่ขอบกระดูกสะบัก ดึงยึดกล้ามเนื้อกระดูกสะบัก มาด้านหน้า หรือทำในท่านอนหงาย

3. ประสานมือ ให้นิ้วหัวแม่มือข้างที่อ่อนแรงอยู่ด้านบน ถัดมืออยู่ชิดกันตลอดเวลา ข้อศอกเหยียดตรง มือข้างที่อ่อนแรงหงายขึ้นเล็กน้อย ยกแขนขึ้นเหนือ ศรีษะ ทำในท่านอน หรือทำนั่ง หากมีอาการเกร็งที่ขา มาก ให้ย่อเข่าโดยสอดหมอนใต้เข่า

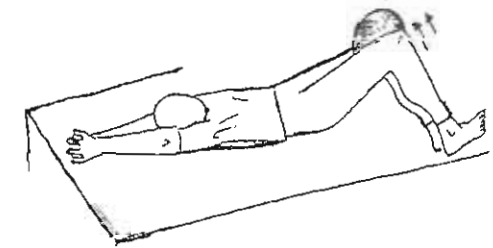
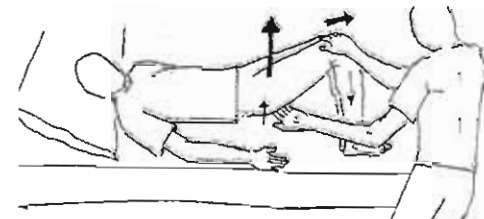


วางมือบนหมอน หรือวางมือเหนือศรีษะ

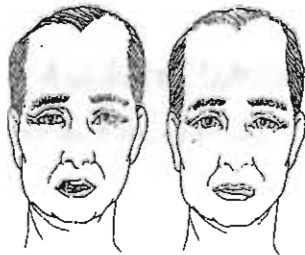


การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก

นอนหงาย งอเข่าทั้งสองข้าง ยกสะโพกขึ้นช้าๆ โดยเริ่มยกจากสะโพกขึ้นก่อน เกร็งค้างไว้ 3-5 วินาที ลดสะโพกลงช้าๆ ผู้ช่วยอาจช่วยกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อด้วยการเคาะกล้ามเนื้อสะโพกด้านหลัง หากมีอาการเกร็งของแขน ให้ประสานมือหรือกับเหยียดข้อศอกตรง เห็นการทำงานของกล้ามเนื้อด้วยการให้ผู้ป่วยหนีบลูกบอล พร้อมกับยกสะโพกขึ้น



8. ขยับลิ้นไปตามริมฝีปากบนและล่าง (เลียรอบปาก) ทำ 10 ครั้ง



9. เตะลิ้นทำ 10 ครั้ง



การฝึกการออกเสียง

10. พูดคำว่า “มามามามา” ทำ 10 ครั้ง
 11. พูดคำว่า “ลาลาลาลา” ทำ 10 ครั้ง
 12. พูดคำว่า “คาคาคาคา” ทำ 10 ครั้ง
 13. พูดคำว่า “คาลาคาลาคาลา” ทำ 10 ครั้ง



ได้รับความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลจาก

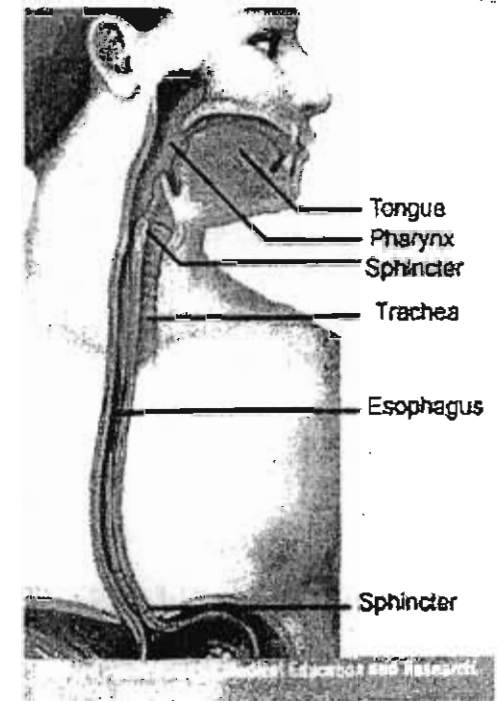
อ.วิษดา ศักดิ์ศรี

อ.สุรัตน์ ธนานุภาพไพศาล

36 - 40 ถนนสุทธิสารวินิจฉัย ห้วยขวาง กทม.

โทร. 02-694-3685

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปากและลิ้น
 เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลืน



งานกิจกรรมบำบัด

ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

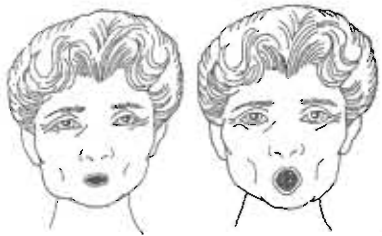
โทร. 035-502784-8 ต่อ 4432

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปากและลิ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปาก, ริมฝีปาก, ใบหน้า, และลิ้น การออกกำลังกายนี้จะช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาการพูดไม่ชัด ปัญหาการกลืนอาหาร กล้ามเนื้อหน้าอ่อนแรง

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อปาก

1. ห่อปาก แล้วทำปากเป็นรูปวงกลม อ้าปากให้กว้าง พร้อมกับพูดคำว่า “อา อุ” ทำสลับกัน 10 ครั้ง



2. ทำท่าห่อปาก สลับกับยิงฟัน พร้อมกับพูดคำว่า “อุ อี” ทำสลับกัน 10 ครั้ง



3. ทำท่าปิดริมฝีปากให้แน่น เป่าลมเก็บไว้ในปาก (แก้มพอง) และทำดูดปากให้แก้มยุบเข้าไป ทำสลับกัน 10 ครั้ง



4. ชัมให้เห็นฟัน และค้างไว้ 5 วินาที บังคับให้กล้ามเนื้อทั้งสองข้างทำงานเท่าๆกัน ทำ 10 ครั้ง



การออกกำลังกายกล้ามเนื้อลิ้น

5. แลบลิ้นออกมาให้ยาวที่สุด ทำ 10 ครั้ง



6. ขยับลิ้นไปแตะมุมปากซ้ายและขวา สลับกัน 10 ครั้ง



7. ขยับลิ้นไปดันกระพุ้งแก้มข้างซ้ายและขวา ข้างละ 10 ครั้ง



(สำเนา)

คำสั่งกรรมการแพทย์

ที่ 233 / 2553

**เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้เรื่องกระบวนการให้บริการทางการแพทย์
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease , Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยผู้ที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคนี้น่าขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่มีขนาดใหญ่ที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลเหล่านี้ให้มีระดับความสามารถสูงขึ้นจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในมุมมองด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายถือเป็นภารกิจโดยตรงของกรรมการแพทย์

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการยกระดับกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงเห็นสมควรแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้เรื่องกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า ดังรายนามต่อไปนี้

- | | |
|--|-----------|
| 1.อธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษา |
| 2.รองอธิบดีกรมการแพทย์ | ที่ปรึกษา |
| (นต. นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์) | |
| 3.ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา | ที่ปรึกษา |
| 4.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ | ที่ปรึกษา |
| 5.ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | ที่ปรึกษา |
| 6.ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ | ที่ปรึกษา |

7. ผู้อำนวยการ...

- | | |
|---|----------------------------|
| 7.ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ | ประธาน |
| 8.แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรรณ
สถาบันประสาทวิทยา | รองประธาน |
| 9.แพทย์หญิงขวัญฤพา สุนทรมาน
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพภาษาไทย | คณะกรรมการ |
| 10.นางมยุรี ศุภวัฒนสรณ์
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพภาษาไทย | คณะกรรมการ |
| 11.นางมัทนิมาภรณ์ พรหมศรีแก้ว
ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพภาษาไทย | คณะกรรมการ |
| 12.นายแพทย์คณิต ออดยะกุล
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| 13.นายธรรมบุญ ปรีชาเวชกุล
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| 14.นางจิตตาภา ขวัญยืน
โรงพยาบาลราชวิถี | คณะกรรมการ |
| 15.นท.นายแพทย์อิศรพงษ์ ยรรยง
โรงพยาบาลภูมิพล | คณะกรรมการ |
| 16.นายอรรถพันธ์ หาญสุข
โรงพยาบาลภูมิพล | คณะกรรมการ |
| 17.นางสาวนันท์ภัทร ศรีนวล
โรงพยาบาลภูมิพล | คณะกรรมการ |
| 18.นางสาวภาคอร สายพันธ์
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | คณะกรรมการ |
| 19.นางสาวขวัญจิตร รังสฤษฏีวัระโชติ
ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ | คณะกรรมการ |
| 20.แพทย์หญิงทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล
สถาบันประสาทวิทยา | คณะกรรมการ |
| 21.นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม
สถาบันประสาทวิทยา | คณะกรรมการ |
| 22.นายแพทย์ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ
สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ | คณะกรรมการและ
เลขานุการ |
| 23. แพทย์หญิง... | |

23.แพทย์หญิงพิมพ์ โปธิอาสน์	คณะทำงานและ ศูนย์สิทธิมนุษยชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ	ผู้ช่วยเลขานุการ
24.นางสาวลาวัลย์ พานิชเจริญ	สถาบันประสาทวิทยา	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
25.นางดลวรรณ อุนนะนันท์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
26.นางสาวนฤกร ธรรมเกษม	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
27.นางสุรรัตน์ เชื้อผู้ดี	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานชุดนี้มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

1.วางแผนดำเนินการ กำหนดแนวทาง กรอบแนวคิด และดำเนินการ
การจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหานวัตกรรม และสร้างตัวชี้วัดของกระบวนการ
ให้บริการทางการแพทย์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ
สถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า

2.อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ลง ณ วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2553

(ลงชื่อ) เรวดี วิศรุตเวช

(นายเรวดี วิศรุตเวช)

อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

(ลงชื่อ) สุรรัตน์ เชื้อผู้ดี

นางสุรรัตน์ เชื้อผู้ดี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สุรรัตน์ / คัด

ขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วันที่ 22 พฤศจิกายน 2553
ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 4
ตึกกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1. แพทย์หญิงพรพิมล มาศสกุลพรรณ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	สถาบันประสาทวิทยา
2. แพทย์หญิงนิภาภรณ์ คนเจน	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย
3. นางมยุรี ศุภวัฒนสรณ์	พยาบาลวิชาชีพ ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย
4. นางมัชฌิมาภรณ์ พรหมศรีแก้ว	นักกายภาพบำบัด	ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู สภากาชาดไทย
5. นายแพทย์ชญาณิน เวชภูติ	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชวิถี
6. นายธรรมบุญ ปรีชาเวชกุล	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ	โรงพยาบาลราชวิถี
7. นางจิตาภา ขวัญเย็น	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลราชวิถี
8. นท.นายแพทย์อิศรพงษ์ ยรรยง	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลภูมิพล
9. นายอรุณพนธ์ หาญสุข	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลภูมิพล
10. นางสาวนันทภัทร ศรีนวล	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลภูมิพล
11. พญ.พิม โพธิ์อาสน์	นายแพทย์ชำนาญการ	ศูนย์สิรินธรฯ
12. นางสาวกคอร สายพันธ์	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการพิเศษ	ศูนย์สิรินธรฯ
13. นางสาวขวัญจิตร รังสฤษฏีระโชติ	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ศูนย์สิรินธรฯ
14. แพทย์หญิงทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	สถาบันประสาทวิทยา

15. นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม	นักกิจกรรมบำบัด ชำนาญการ	สถาบันประสาทวิทยา
16. นส.ลาวัลย์ พานิชเจริญ	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการพิเศษ	สถาบันประสาทวิทยา
17. แพทย์หญิงโสภา โกศลสัมพันธ์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
18. นางสาวนฤมล เกตุขาว	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
19. นายแพทย์อองอาจ ศิริกุลพิรุทธิ์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา
20. นายนพพร ยอดกล้า	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา
21. นายสามารถ สุขเจริญ	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลเมือง ฉะเชิงเทรา
22. แพทย์หญิงบุญรักษ์ ณ ลำพูน	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลปทุมธานี
23. นางสาววราภรณ์ ลำสมบุญชัย	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลปทุมธานี
24. แพทย์หญิงอุบล ศิริวรากุล	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
25. นางเรวดี วังศิริพรภรณ์	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
26. นางสาวโสมวรรณ พุ่มประกอบศรี	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
27. แพทย์หญิงปิยนุช เสมอวงษ์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลชลบุรี
28. นางสาวศศิธร เปี่ยมทอง	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลชลบุรี
29. นางสาวจิตรา เจริญศรีพรพงศ์	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลชลบุรี
30. แพทย์หญิงอลิสรา เตชะไพฑูริย์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลนครปฐม
31. นางสาวสุธิดา พวงสมบัติ	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลนครปฐม
32. นางนิตยา ศิริเลิศพานิช	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลนครปฐม
33. แพทย์หญิงเนาวรัตน์ ลีโทขวลิต	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลอยุธยา
34. นางสาวสุพินดา สงวนสัตย์	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลอยุธยา
35. นางสาวยอดดาว หิ่วงครุฑ	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลอยุธยา
36. แพทย์หญิงรัชฎา สหะวรกุลศักดิ์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร
37. นายเสน่ห์ ประกอบเที่ยง	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร

38. นางสาวสมลักษณ์ แต่ไม้ตรี	พยาบาลทีม Home health care for stroke	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร
39. แพทย์หญิงปราณี ลักษณะภิชนชา	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชบุรี
40. นางสาวเสมอแะ โสมพันธ์	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลราชบุรี
41. นางสาวจุลิก รัตนบำรุง	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลราชบุรี
42. นางวรรณิ์ ลัดนาโชค	พยาบาลวิชาชีพ ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชบุรี
43. แพทย์หญิงสุมาลี วรรณปิยรัตน์	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช
44. นางสาวเพ็ญ เกียรติสุกุล	นักกายภาพบำบัด ชำนาญการ	โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช
45. นางสาวน้ำผึ้ง กอเปี่ยม	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช
46. นางมนลดา ลู่คว	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่
47. แพทย์หญิงชื่นชม ชื้อลือชา	แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
48. นางสาวพิชามญช์ คำแพร่ดี	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
49. นางสาวอัคราพรรณ ไสยอาฬ	นักกายภาพบำบัด	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
50. นางสาวนิศาชล ชมเชย	นักกิจกรรมบำบัด	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
51. นางสาวกมลวัลย์ ชื่นชม	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ
52. นายแพทย์ชูษณะ มะกรสาร	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนา วิชาการแพทย์	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
53. นพ.ชำนาญ จิตตรีประเสริฐ	นายแพทย์ชำนาญการ พิเศษ	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
54. นางชลธวรรณ อุณนะนันท์	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
55. นส.นฤกร ธรรมเกษม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
56. นางสาววรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ	สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

57. นางสาวรัตนี เชื้อผู้ดี

นักวิชาการสาธารณสุข

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

ชำนาญการ

58. นางพรรณรา เจริญยศ

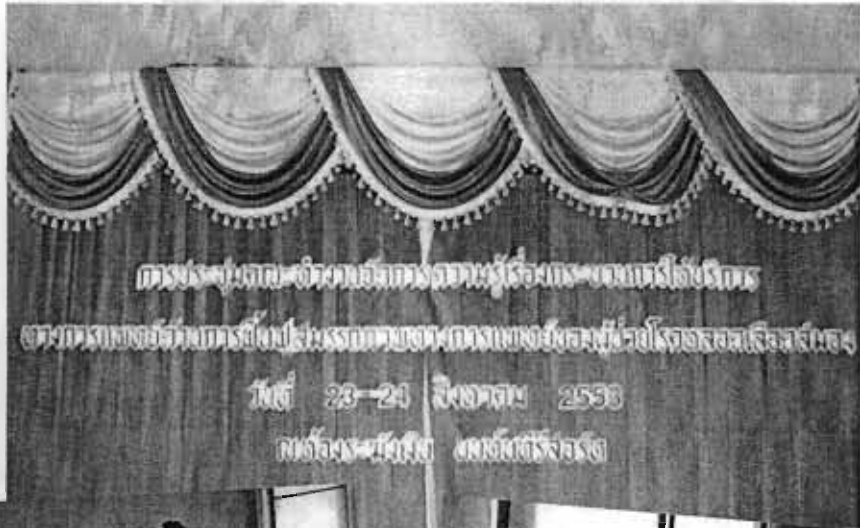
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์

ชำนาญการ

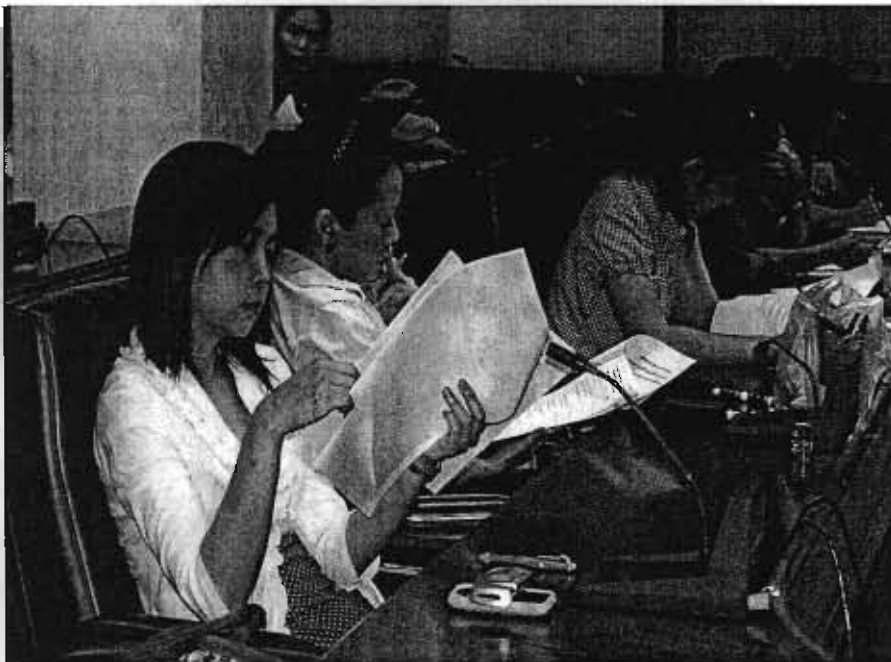
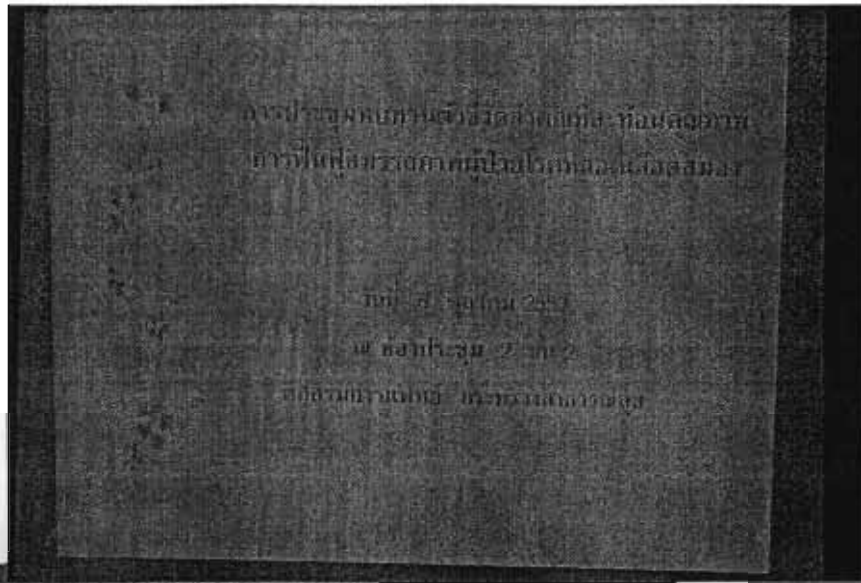


ประมวลภาพการดำเนินการจัดการความรู^๒_๑









การประชุมสมัชชาปณิธาน
 คณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 พงศเทพวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

วันที่ 22 พฤศจิกายน 2553

พ. รังสรรค์ 4 ชั้น 4

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



