

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติ กท๐๓๐๓/๕๕๘ ลงวันที่ ๒๒/๐๑/๒๕๖๓
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ ศ.ศ. กสิระศักดิ์ นามสกุล ใจเพชร
ตำแหน่ง ศึกษานิเทศก์ สำนักงาน กสทศ. สำนักงาน กสทศ. สำนักงาน กสทศ.
กอง วิทยานิเทศก์ สำนักงาน กสทศ. สำนักงาน กสทศ. สำนักงาน กสทศ.
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม)/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร ศึกษานิเทศก์ (IMC)
ระหว่างวันที่ ๒๕ ก.พ. ๒๕๖๓ - ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๓ จัดโดย กศ. กสทศ.
ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๘๗,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น

**พร้อมจัดทำอินโฟกราฟฟิคสิ่งที่ได้จากการอบรม และการนำมาปรับใช้กับหน่วยงาน จำนวน ๑ แผ่น (กระดาษ A๔)
เพื่อเผยแพร่เป็นรายบุคคล**

ลงชื่อ ศ.ศ. กสิระศักดิ์ ใจเพชร ผู้รายงาน
(ก.จ. ศ.ศ. กสิระศักดิ์ ใจเพชร)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศและต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวณัฐสุดา เงินเนย

อายุ ๓๑ ปี การศึกษาปริญญาตรี

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน กายภาพบัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ตรวจสอบ รักษา ฟันฟู ป้องกันและส่งเสริมงานทาง

กายภาพบำบัดในกลุ่มงานเวชกรรมฟันฟู คลินิกกายภาพบำบัด รวมถึงจัดรูปแบบและออกแบบ

โปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยในงานกายภาพบำบัดคลินิกการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) และเก็บ

ตัวชี้วัดเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร อบรมระยะสั้น(๔ เดือน) กายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)

สาขา กายภาพบำบัด

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ งบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๔๗,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ สถานที่ มหาวิทยาลัยรังสิต

คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ใบประกาศนียบัตร

การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ฝึกอบรม / ประชุม สัมมนา ผ่านเว็บไซต์สำนักงานการแพทย์

และกรุงเทพมหานคร

ยินยอม ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแนวทางการวางระบบแบบแผนการดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด

เพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) รวมถึงออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในอยู่ในรูปแบบ

intensive Program เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการได้อย่างทั่วถึงและพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ให้สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

๒.๒ เนื้อหา

ความคิดเชิงระบบกับระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

สามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ประเภทดังนี้

๑. ความคิดเชิงระบบ (systems thinking) คือการคิดหาความสัมพันธ์ เชื่อมโยงแบบองค์รวมเห็น

เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นผลของระบบ โดยคิดเชิงซ้อน ที่เรียกว่า Dynamic thinking โดยที่ระบบมีตัวกำหนดหลายปัจจัย

ไม่ตรงไปตรงมาซึ่งเหตุผลของระบบอาจไม่อยู่ใกล้กัน การแก้ไขปัญหาด้วยการปรับปรุงเชิงระบบ ความคิดเชิงระบบ ประกอบด้วย

๑.๑ พฤติกรรม...

- ๑.๑ พฤติกรรมที่สังเกตเห็น (event) เช่น เบาหวานคุมน้ำตาลไม่ได้
- ๑.๒ พฤติกรรมที่เกิดซ้ำๆ จนเป็นแบบแผน (pattern) เช่น การขาดยา กินยาไม่ครบ ไม่มาตามนัด
- ๑.๓ โครงสร้างความสัมพันธ์ ของแบบแผน (systems structure) รพ แยกขาดจากชุมชน การรักษาแยกขาดจากวิถีชีวิต
- ๑.๔ คุณค่าและกรอบวิธีคิดเป็นรากฐานของปรากฏการณ์ (mental model) ความรู้สุขภาพศึกษาแก้ไข้ปัญหาได้

ข้อจำกัดของการคิดเชิงระบบ แก้ไขปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งแต่เห็นภาพไม่ตรงกันเนื่องจากแต่ละบุคคลมีวิธีคิดและประสบการณ์ต่างกัน

วิธีแก้ไข ให้จัดทำแผนภาพความคิดเชิงระบบ จะทำให้ทุกคนเข้าใจเหมือนกันและนำไปสู่การแก้ไข้ปัญหาความซับซ้อนในเชิงธุรกิจ

๒. คิดเป็นระบบ (Systematic Thinking) คิดให้ครบ ตามลำดับขั้นตอน เห็นเป็นปรากฏการณ์เป็นเหตุการณ์ เรียกว่าคิดเชิงเส้น เป็นขั้นตอน เหตุการณ์มีตัวกำหนดชัดเจนตรงไปตรงมา เหตุและผลสัมพันธ์กันในระยะประชิด วิธีแก้ไข้ปัญหาแก้ไข้รายปัจเจก มีแต่งงานเฉพาะหน้า เน้นทำเป็นโครงการต้องรองรับตัวอย่างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๑. ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยเฉียบพลัน เข้ารับการดูแลระยะฟื้นฟูและจำหน่ายออกไปเป็นผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง

๒. ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีความคิดเชิงระบบ ผู้ป่วยเฉียบพลัน ได้เข้าสู่ระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ได้รับการรักษาเข้ารับการดูแลระยะฟื้นฟูอย่างเข้มข้น วัดประสิทธิผลการรักษาหลังได้รับการฝึก ก่อนจำหน่ายออกดูความพร้อมของผู้ป่วย สถานะการเงิน และส่งกลับเข้าสู่สังคม

ความคิดเชิงนโยบาย

๑. การปรับเปลี่ยนโครงสร้าง นโยบายและกฎหมาย

- สวัสดิการสุขภาพสำหรับคนไทย กองทุนหลักประกันสุขภาพต่างๆ
- พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค
- พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน
- กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

๒. ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

- สภาพแวดล้อมของบุคคล การเกิด เจริญเติบโต ทำงาน และชราภาพ ครอบครัว สังคมวัฒนธรรมถิ่นที่เกิดและอยู่อาศัย

- โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การกระจายทรัพยากรท้องถิ่นระดับชาติและระดับโลก

การฟื้นฟูสุขภาพโดยครอบครัวและชุมชน

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีทั้งโรคเรื้อรัง เสียเจ็บป่วยและพิการ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นไม่มีคนดูแลเมื่อป่วยหรือพิการบุคคลากรสุขภาพไม่เพียงพอต่อการให้บริการแบบมีค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพ

รายบุคคล...

รายบุคคลเพิ่มสูงขึ้น การผลักดันนโยบายชุมชนจึงมีประโยชน์ เพราะอยู่ใกล้เคียงติดต่อกันจึงมีความไวใจได้ เอื้อต่อกันและยั่งยืน คนพิการมีสุขภาพที่ไม่ดี เพราะสภาวะความพิการ ความยากจน ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็นดังนี้

๑. ไม่มีนโยบายและกฎหมาย หรือมีแต่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์
๒. เศรษฐกิจ ค่ายา ค่ารักษาต่อเนื่องเป็นปัญหาต่อครอบครัวและคนพิการที่มีจ่ายอย่างจำกัด
๓. ภาวะสุขภาพและภูมิศาสตร์ เช่น การคมนาคม การเข้าถึงอาคารสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์
๔. ข้อมูลและการสื่อสาร ข้อมูลด้านสุขภาพมักไม่อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงได้
๕. ทักษะและความรู้ต่อความพิการของบุคลากรการแพทย์ เช่น บุคลากรการแพทย์ไม่มีความเพิกเฉยต่อความพิการ ขาดความตระหนัก ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดทักษะการจัดการปัญหาสุขภาพความพิการ
๖. ผู้พิการไม่รู้สิทธิของตนเอง การเข้าถึงอาชีพ หรือการมีผู้ช่วยเหลือติดตามสำหรับผู้มีความพิการสูง
๗. ทักษะต่อความพิการของคนทั่วไปที่กีดกันและแบ่งแยก

ปัจจุบันสหประชาชาติได้เรียกร้องสิทธิให้คนพิการ ว่าในประเทศสมาชิก ยอมรับว่าคนพิการมีสิทธิที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้โดยไม่มีการแบ่งแยกความพิการ การส่งเสริมสมรรถภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้กำหนดมาตรฐานต่างๆ ให้ผู้พิการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ มุ่งมองต่อสุขภาพและความพิการ

๑. Biomedical model ปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้พิการเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ และพยายามฝึกฝนเปลี่ยนแปลงคนพิการให้ใช้ชีวิตในพื้นที่ สภาพแวดล้อมเหมือนคนปกติ
๒. Social model สุขภาพของแต่ละคนมิใช่เรื่องเฉพาะบุคคลแต่เกี่ยวข้องว่าบุคคลนั้นอยู่ในสังคมและชุมชนแบบใด ผู้พิการ ครอบครัว มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทจัดการและฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง และผลักดันมาตรฐานสังคมให้สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดำรงชีวิต มุ่งมองความพิการเกิดจากความบกพร่องทางกาย จิต สติปัญญา ร่วมกับอุปสรรคทางเศรษฐกิจ พื้นที่กายภาพ การกีดกันทางสังคม ทางด้านความเชื่อ ทักษะต่อความพิการทำให้ไม่เสมอภาค

การเปลี่ยนแปลงกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับคนพิการในประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้พิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดสิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้พิการ ประกอบด้วยสิทธิ ๕ ด้าน ดังนี้ การศึกษา สุขภาพ สังคมและการใช้ชีวิตประจำวัน อาชีพ และสิทธิทั่วไป ซึ่งให้สอดคล้องกับประเด็นด้านสุขภาพของ CBR คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วยผู้พิการ การรักษาทางการแพทย์ โดยอาศัยชุมชนเป็นพื้นฐาน องค์กรชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ คนในสังคม ภาครัฐ และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันมีข้อจำกัดในด้านที่ชุมชนขาดความตระหนักและการมีส่วนร่วม ขาดงบประมาณในการดำเนินการ ขาดทรัพยากรบุคคล

ระบบบริการสุขภาพระยะกลางที่เหมาะสม การเชื่อมต่อบริการสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะพิการและพึ่งพิง

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง หมายถึงการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเวลารอต่อระหว่าง การดูแลเฉียบพลันที่ต้องดูแลในสถานพยาบาลเชื่อมโยงต่อเนื่องจนถึงผู้ป่วยกลับบ้านหรือการดูแลระยะยาว การพัฒนาระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๑ - ๒๕๖๗

- ๒๕๖๑ จัดตั้งระบบบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและในรวมถึงการลงเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย ๓ กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง ผู้บาดเจ็บทางสะสมอง
- ๒๕๖๒ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายในจังหวัด
- ๒๕๖๓ พัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบหอผู้ป่วย ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ๒๕๖๔ ผลักดันให้เปิดการบริการหอผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง
- ๒๕๖๕ พัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยแบบหอผู้ป่วย
- ๒๕๖๖ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพิ่มกลุ่มโรคผู้ป่วยข้อสะโพกหัก
- ๒๕๖๗ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ พัฒนา รพ แม่ข่าย ให้มีบริการหลากหลาย ศูนย์ฟื้นฟูชุมชนคลินิก กายภาพบำบัดเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง

การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นวิกฤตและมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและยังมีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องครบ ๖ เดือน โดยใช้แบบประเมิน Barthel index ในการประเมินความบกพร่อง BI > ๑๕ คะแนน จำหน่ายผู้ป่วยออก แต่ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า ๑๕ หรือมากกว่าเท่ากับ แต่มีความบกพร่องมากกว่าหนึ่งอย่าง BI = ๒๐ สิ้นสุดการรักษา BI = ๑๑ - ๑๙ ติดตามโดยทีม BI < ๑๑ การดูแลระยะยาว

เกณฑ์การรับเข้า

- ระยะเวลาหลังเกิดความบกพร่อง ๒๔ - ๔๘ ชม หลังอาการระบบประสาทคงที่จนถึงไม่เกิน ๖ เดือน
- สามารถทำตามคำสั่งได้ ๑ - ๒ ลำดับ

เกณฑ์การคัดออก

- มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ การติดเชื้อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ สัญญาณชีพไม่คงที่ หลอดเลือดดำอุดตัน
 - มีข้อห้ามของการออกกำลังกาย ได้แก่ ภาวะหัวใจระบบหายใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูงรุนแรง
 - ไม่สามารถร่วมกิจกรรมฟื้นฟูได้ สับสน ไม่ทำตามคำสั่ง ออกซิเจนในเลือดต่ำ
- ภาวะบกพร่องของร่างกายที่มีปัญหาตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว, ด้านการทำการกิจวัตรประจำวัน, ด้านระบบขับถ่าย, ด้านระบบปัสสาวะ, ด้านการสื่อความหมาย, ด้านการกลืน, ด้านการรับรู้

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์

๑. จำนวน IMC bed และ IMC ward ในแต่ละเขตรวมทั้งระบุ อัตราครองเตียง
๒. ร้อยละของการเข้าถึงบริการ IMC ใน ๔ กลุ่มโรค โดยคิดคำนวณจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการ IMC/จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ๔ กลุ่มโรค
๓. แต่ละเขตสุขภาพมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ฟื้นฟูอย่างน้อย ๑ แห่ง
๔. จำนวนศูนย์ฟื้นฟูประจำอำเภอร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ฟื้นฟูประจำอำเภอ

ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการร้อยละของผู้ป่วยระยะกลางได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพทั้งในหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอก ติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือทำการทดสอบแบบประเมิน Barthel index เท่ากับ ๒๐ เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕ ร้อยละของผู้ป่วยระยะกลางได้เข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกได้รับการฟื้นฟูจำนวน

มากกว่า....

มากกว่าหรือเท่ากับ ๖ ครั้ง ภายใน ๖ เดือน เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ และสุดท้ายร้อยละ การส่งกลับผู้ป่วยโดยคิดสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ส่งเข้าสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทั้ง ๔ กลุ่มโรค

ตัวชี้วัดเชิงประสิทธิผลระดับความสามารถผู้ป่วยดีขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง มีคะแนนการทดสอบ Barthel index ดีขึ้นไม่น้อยกว่า ๒ คะแนน เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ และโรงพยาบาลที่ให้บริการมีคุณภาพของงานบริการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามมาตรฐานที่ ความสัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงการควบคุมการทรงท่าร่างกายกับอายุที่เพิ่มขึ้น

การหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการสะดุดล้มร้อยละ ๖๗.๔ การก้าวพลาดหกล้ม ร้อยละ ๒๕-๗๕ ส่งผลให้มีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบผู้ป่วยก้นการหกล้มร้อยละ ๓๐ - ๗๓ ทำให้การภาวะพึ่งพา ซึ่งปัจจัยที่ที่เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มเป็น ๒ เท่าสามารถแยกออกเป็น ๒ ส่วนดังนี้ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพแวดล้อมในบ้านที่มีสิ่งกีดขวาง ไม่เป็นระเบียบ พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ รวมถึงสัตว์เลี้ยงในบ้าน

ปัจจัยภายใน ได้แก่ การควบคุมการทรงท่าของร่างกาย รูปแบบการใช้ชีวิต การการเสื่อมของวัย การบกพร่องรูปแบบการเดินรวมถึงการทรงตัวที่เสียไป แรงโน้มถ่วงโลกที่มากกว่าแรงของกล้ามเนื้อทำให้หกล้มได้

การเคลื่อนไหวและการควบคุมการทรงท่าของร่างกาย

การเคลื่อนไหวเกิดขึ้นในขณะเดียวกันร่างกายจะมีการควบคุมการทรงตัวแบบคู่ขนานกันไป หรือ อาจจะทำมาก่อน เช่นในขณะที่จะยกขา ๑ ข้างสมองจะไปกระตุ้นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานควบคุม การทรงตัวว่าขนาดฐานที่รองรับน้ำหนัก (base of support) ที่มั่นคงกว้างจะเหลือแค่ขาข้างเดียวถ้าจุดศูนย์ถ่วง อยู่ที่เดิมจะยกขาอีกข้างเพื่อก้าวเดินไม่ได้ดังนั้นต้องมีการถ่ายน้ำหนักเพื่อเอาจุดศูนย์ถ่วงมาอยู่ที่ขนาด ของฐานรองรับน้ำหนัก ดังนั้นถ้าเจอคนที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวสิ่งต้องตรวจลำดับแรกๆ คือการควบคุมการ ทรงท่า และการทรงตัวว่าเป็นอย่างไร

การควบคุมการทรงท่าของร่างกายสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ ประเภทที่หนึ่งท่าทาง ของร่างกาย (Postural orientation: Posture) โดยดูจากแนวตรงของร่างกายในแต่ละพื้นผิว แรงโน้มถ่วง และสิ่งแวดล้อม ประเภทที่สองการทรงตัว (Postural stability: Balance) การควบคุมจุดศูนย์ถ่วงร่างกาย ให้อยู่ในขนาดของฐานรองรับน้ำหนัก

รูปแบบการทำงานของารควบคุมทรงท่าของร่างกายแบ่งได้ ๒ แบบ

๑. Proactive Balance Control (Anticipatory postural adjustment) การคาดการณ์ไว้ก่อนแบบอัตโนมัติ เกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดการเคลื่อนไหว เช่นการที่สามารถเดินก้าวข้ามสิ่งกีดขวางได้ คาดการณ์ได้ว่าต้องยกเท้า เพิ่มขึ้นถึงจะไม่สะดุด โดยมาจากประสบการณ์เดิม เรียกว่า Feed Forward Control

๒. Reactive Balance Control การกระตุ้นของสิ่งเร้าในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งกระแสประสาทไปที่สมอง สมองแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเกิดการปรับตัวจะทำงานเมื่อร่างกายเสียการทรงตัว เรียกว่า Feed Back Control

ระบบที่ช่วยในการควบคุมการทรงท่าของร่างกายมีทั้งหมด ๗ ระบบดังนี้

๑. Musculoskeletal component พบในกลุ่มแนวของร่างกายผิดปกติ แนวไม่ดีหรือขนาดของ ฐานรองรับ น้ำหนักแคบ

๒. Internal representations/verticality พบในผู้ป่วยที่มีปัญหา neglect syndrome หรือ pusher syndrome

มากกว่า...

มากกว่า sensory system ประกอบด้วย somatosensory system, vestibular system และ visual system

๔. Sensory strategies/Organization สิ่งกระตุ้นที่ร่างกายรับจะส่งไปที่สมอง สมองจะเลือกแต่ระบบที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้นมาใช้จะไม่เลือกมาใช้ทุกระบบเพราะข้อมูลที่ออกมาจะขัดแย้งกัน หากสมองไม่เลือกใช้จะมีอาการคลื่นไส้เวียนหัว (Dizziness) ส่วยมากมักพบกับระบบ vestibular กับ visual ตัวอย่างเช่น ในขณะที่ยืนนิ่งสมองจะเลือกใช้ somatosensory ร้อยละ ๗๐ Vestibular ร้อยละ ๒๐ และ ระบบ visual ร้อยละ ๑๐ แต่ถ้ายืนบนพื้นไม่มั่นคง จะมีการเพิ่มสัดส่วนการใช้ Visual และ Vestibular ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

๕. Neuromuscular synergies

๖. Anticipatory mechanisms (Proactive control) จะทำการฝึกผู้ป่วยต้องสามารถเคลื่อนไหวที่เราควบคุมเองได้ภายใต้อำนาจจิตใจ

๗. Adaptive mechanisms (Reactive control) ถ้าจะทำการฝึกผู้ป่วยต้องทำให้สูญเสียการทรงตัวเมื่อร่างกายถูกรบกวนจนศูนย์ถ่วงร่างกายหลุดออกนอกฐานรองรับน้ำหนัก เช่นการถูกผลักร่างกายจะก้าวขาออกไปเพื่อสร้างขนาดฐานรองรับน้ำหนักร่างกายใหม่เพื่อครอบให้จุดศูนย์ถ่วงร่างกายโยกอัตโนมัติผ่านกระบวนการตอบสนองของข้อเท้า ข้อสะโพก และการยกขาตามลำดับ

ดังนั้นเวลาตรวจประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวให้ตรวจดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาคือ Proactive control หรือ Reactive control หรือทั้งสองอย่างและมาจากสาเหตุระบบไหน

ความสัมพันธ์ของอายุที่เพิ่มขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงระบบการควบคุมท่าทางร่างกาย

๑. Neuromuscular synergies การควบคุม motor control เปลี่ยนแปลงมากเนื่องจากเซลล์สมองลดลง เนื้อสมองลดลง มีการเสื่อมของ motor unit ความแข็งแรงและความเร็วลดลงทำให้เกิด cognitive impairment

๒. Musculoskeletal component มวลกล้ามเนื้อลดลง มีการกระตุ้นการทำงาน antagonist ควบคู่กับ agonist ในทุกๆการเคลื่อนไหว มีมวลกระดูกที่ลดลง osteoblast ลดลง osteoclast เพิ่มขึ้น cartilage มีความหนาแน่นและความแข็งแรงลดลง

๓. Individual sensory systems มีการลดลง visual acuity ความสามารถในการปรับตัวในกรณีที่มีแสงจ้าหรือที่มีแสงน้อยลดลง ลดลงของ proprioceptive sense , vestibular hypofunction, หลุดของตะกอนหินปูน

๔. Sensory strategies/Organization ผู้สูงอายุมักหกล้มในที่มืด หรือมีคนพลุกพล่าน มีแสงสลัวเนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกต่างๆที่น้อยลง

๕. Anticipatory mechanisms (Proactive control) ทำงานช้าลง เกิดอาการเซแม้จะทำการเคลื่อนไหวภายใต้อำนาจจิตใจ เช่น การลุกขึ้นยืนเซ การยกแขนเซ แสดงว่าการทำ Anticipatory ไม่ได้

๖. Adaptive mechanisms (Reactive control) พบว่าผู้สูงอายุมีก้าวเดินที่สั้นถี่มากขึ้นไม่มั่นคง ถึงแม้ว่าการเคลื่อนไหวของข้อเท้าและสะโพกก็เพียงพอ

ดังนั้นการคัดกรองผู้สูงอายุควรประเมินแบบองค์รวมไม่ว่าจะเป็น คัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ คัดกรองภาวะหกล้ม โดยใช้แบบประเมิน TUG, Gait speed คัดกรองการรับรู้สติ แต่หากมีเวลาที่จำกัด ควรคัดกรองภาวะเสี่ยงการหกล้มก่อน

การจัดการ...

การจัดการโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในส่วนขอรยางค์บน (Management of Upper extremity following stroke: Recommendations)

โดยโปรแกรมการฝึกที่เหมาะสมกับการฟื้นฟู อ้างอิงจาก Canadian Stroke Best Practice Recommendations โดยแบ่งระดับ ดังนี้

A มีความน่าเชื่อถือสูงสุด ทำแล้วได้ผล

B มีความน่าเชื่อถือรองลงมา

C มีความน่าเชื่อถือต่ำสุด

A. General principles

Task-Specific Training ฝึกเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่ามีความหมายกับผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต้องกระตุ้นให้เกิดประสบการณ์ หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวด้านปกติและกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวข้างที่มีพยาธิสภาพขณะฝึกและขณะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จัดอยู่ในระดับ A

B. Specific therapies

๑. ROM exercise Passive & Active assisted จัดอยู่ในระดับ C
๒. Mental imagery เช่น อัดคลิปให้ญาติเป็นผู้ป่วยฟังแล้วให้จินตนาการตาม สมองจะถูกกระตุ้น จัดอยู่ในระดับ Early-A และ Late-B
๓. FES โดยติดที่ ตำแหน่งกล้ามเนื้อและแขนส่วนปลายเนื่องจากภาวะกระดูกข้อมือเป็นกล้ามเนื้อสำคัญในการทำกิจกรรมอื่นๆได้ไป จัดอยู่ในระดับ Early-A และ Late-A
๔. Traditional or modified constraint-induced movement therapy จำกัดการเคลื่อนไหวแขนข้างที่แข็งแรงไว้แต่ผู้ป่วยจะต้องทำท่ากระดูกข้อมือได้อย่างน้อย ๒๐ องศา และเหยียดนิ้วได้อย่างน้อย ๑๐ องศา ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Flaccid จะไม่เหมาะกับเทคนิคนี้อาจจะทำให้เกิดอันตรายได้ จัดอยู่ในระดับ Early - A และ Late - A
๕. Mirror therapy สามารถใช้กระจกตัดแปลงกับอุปกรณ์ที่มีได้ เช่น กล้องกระดาด จัดอยู่ในระดับ Early - A และ Late - A
๖. Sensory stimulation จัดอยู่ในระดับ Level-B
๗. Virtual reality มีราคาสูงเพราะต้องใช้อุปกรณ์ เทคโนโลยี Early-A และ Late-A
๘. Supplementary training programs เช่น ให้ฝึกทำกิจกรรมที่ ๑๐ กิจกรรม แล้วให้การบ้านกลับไปบ้านให้ใช้แขนข้างที่อ่อนแรงทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จัดอยู่ในระดับ Early - B และ Late - C
๙. Strength training ต้องควบคุมการจัดท่าของร่างกายและการลงน้ำหนักให้ถูกต้องโดยไม่ให้เกิดแรงเกร็งมากขึ้นกว่าเดิมรวมถึงไม่ให้มีอาการปวดจัดอยู่ในระดับ A
๑๐. Bilateral arm training ไม่แนะนำ เช่น ดึงรอก เพราะแขนข้างปกติจะเกิดการเคลื่อนไหวขดเขย่งทั้งหมด
๑๑. Non-invasive brain stimulation การกระตุ้นสมองด้วย rTMS จัดอยู่ในระดับ A
๑๒. Compensatory technique ถ้าสอนแล้วจะแก้ไขยาก ยกเว้นจะใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้จริงๆ หรืออยู่คนเดียว จัดอยู่ในระดับ B
๑๓. Trunk control จัดอยู่ในระดับ C

C. Adaptive...

C. Adaptive device ใช้เพื่อให้สามารถฝึก tasks training ได้เมื่อใช้วิธีอื่นๆไม่ได้ผล หรือ ใช้เพื่อให้ function ได้ เช่น เพื่อทำให้เกิดการยึดเหยียดค้างไหว

การจัดการโปรแกรมการฝึกในส่วนองศาการเคลื่อนไหว การลดอาการเกร็งในข้อไหล่ แขน และมือ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑. Spasticity & contractures การจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในลักษณะ antispastic การทำ range of motion exercise หรือการยึดเหยียดกล้ามเนื้อค้างไหวจัดอยู่ในระดับ C โดยไม่แนะนำให้ใส่ สไล์ splint ตลอดเวลา การใช้ splint ต้องมีวัตถุประสงค์ในการใส่ จัดอยู่ในระดับ Late-B และ Level-C ตามลำดับ

๒. Botulinum toxin แนะนำให้ใช้ในกรณีที่มีความรุนแรงมากๆ ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่มีการหดเกร็งตลอดเวลาไม่ได้ จัดอยู่ในระดับ Level-A

๓. Oral medications ไม่ค่อยแนะนำการกินยา เพราะจะทำให้ fatigue ทั้งตัว

การจัดการโปรแกรมการฝึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดข้อไหล่

๑. การป้องกันอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลุดของข้อไหล่

๑.๑. การป้องกันข้อต่อให้การป้องกันตั้งแต่ช่วงแรกในการจัดทำ การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุง ทั้งในขณะที่อยู่เฉยๆหรือทำกิจกรรม ในท่านั่ง ท่านอน หรือขณะใช้รถเข็น การใส่ sling แนะนำใส่ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ระยะ flaccid

๑.๒. การกระตุ้นกระแสไฟฟ้าให้กระตุ้นกล้ามเนื้อ post deltoid กับ supraspinatus จัดอยู่ในระดับ B

๑.๓. การใช้รอกดึงที่อยู่เหนือระดับศีรษะ จัดอยู่ในระดับ A

๑.๔. ถ้าสะบักติดห้าม Passive มุม ๙๐ องศาในท่าอและกางข้อไหล่ให้คลายสะบักและกล้ามเนื้อสะบักก่อน จัดอยู่ในระดับ Level-A-B

๑.๕. การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติสำคัญ จัดอยู่ในระดับ A

๒. การตรวจประเมินอาการปวดของกล้ามเนื้อข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรงให้ทำการตรวจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่ผู้ป่วยทำเอง ความยาวของกล้ามเนื้อ แนวของข้อต่อ การทรงท่าของลำตัว ระดับที่ทำให้มีมีอาการปวด

๓. การจัดการอาการปวดข้อไหล่ ให้ทำการยืดเบา หรือใช้เทคนิคยับยั้งตึง ร่วมกับ taping เพื่อลดอาการปวด สามารถใช้ยาแก้ปวดถ้าไม่มีข้อห้าม หรือใช้การฉีดยา Botox ในกรณีที่มีกล้ามเนื้อ subscapularis และ กล้ามเนื้อ pectoralis หดเกร็งมากๆ หรือการฉีดยาคorticosteroid เข้าไปตำแหน่ง Subacromial

เรียนรู้ระบบงานการจั้ดบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ใน รพ.ต้นแบบหลักสูตร IMC ๔เดือน/RSU โรงพยาบาลน้ำพอง อัตรากำลังนักกายภาพบำบัด ๖ คน ไม่มีนักกิจกรรมบำบัดและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีระบบบริการดูแลผู้ป่วยนอกฟื้นฟูผู้ป่วย สัปดาห์ละ ๒ วัน ทุกวันอังคารและ พฤหัสบดี ผู้ป่วยในไม่มี IMC bed แต่ให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้หอพักผู้ป่วยเพื่อรับ Intensive rehab ๑๔ วันต่อการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยในหนึ่งครั้ง โดยทำการฟื้นฟู ๕ วันต่อสัปดาห์ มีประชุมทีมทำงานและผู้เกี่ยวข้องทุกวันอังคาร และเยี่ยมบ้านทุกวัน ทุกวัน พุธและพฤหัสบดี มีศูนย์บริการฟื้นฟู ๓ แห่ง ร่วมกับ รพสต ๑ แห่งและ อ.ป.ท. ๒ แห่ง โยใช้แหล่งงบประมาณเงินกองทุน JICA สถานทูตญี่ปุ่น และกองทุน LTC ของ อบต เงินกองทุนหมู่บ้าน ผ้าป่า มีนักกายภาพบำบัดให้บริการเฉพาะวันที่กำหนด Key success: ผู้นำทุกระดับมีวิสัยทัศน์ ให้ความสำคัญกับการบริการ

โรงพยาบาล...

โรงพยาบาลสินทราย อัตราากำลังมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๑ คน นักกายภาพบำบัด ๑๐ คน แบ่งเป็น นักกายภาพบำบัดกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ๖ คน (ดูแลผู้ป่วยนอก ๔ คน และผู้ป่วยใน ๒ คน) นักกายภาพบำบัดดูแลกลุ่มโรคทางระบบประสาท ๔ คน นักกิจกรรมบำบัด ๕ คน (ดูแลผู้ป่วยเด็ก ๒ คน และผู้ป่วยทางระบบประสาท ๓คน) โดยจัดระบบบริการผู้ป่วยในเป็น IMC bed ๒๔ เตียง รับผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบโปรแกรม Thai COC, CM HIS, CM IMC เมื่อเราผู้ป่วยเข้าหอพักผู้ป่วย จะมี standing doctor order, IMC grand round, IMC care plan and D/C plan, Family meeting โดย Intensive Rehab Program จะทำการฟื้นฟูผู้ป่วย ๗- ๑๔ วัน เมื่อทำการจำหน่ายผู้ป่วยออก จะนัดมาเป็นผู้ป่วยนอก ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ โดยทำการฝึกกายภาพบำบัดกิจกรรมบำบัด และทำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ให้ได้ ๒-๓ ชั่วโมงต่อวันที่แผนก เยี่ยมบ้านที่สินทราย นัดติดตามผลทุก ๑-๒ เดือนจนครบ ๖ เดือน มีการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ ๓ วัน อัง พุธ และ พฤหัสบดี มีการออกหน่วยที่ศูนย์ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสนนนา เมือง (อปท) PCU หนองหารมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการพัฒนาสื่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยพัฒนาร่วมกับ คณะสื่อสารมวลชน มข. และจัดอบรมหลักสูตรการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ E-learning

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสนนนาเมือง มีแพทย์ออกตรวจประจำ อังคารและศุกร์ มีคลินิก กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด ๓คน นักกิจกรรมบำบัด ๑คน ให้บริการผู้ป่วยนอกวัน จันทร์-วันศุกร์ เวลา ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ เสาร์ เวลา ๘.๓๐-๑๒.๐๐น. Grand round ผ่าน telemedicine ร่วมกับ รพ.สินทราย วันพฤหัสบดีมีรถบริการรับส่งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

Key success ผู้นำมีวิสัยทัศน์ต่อ การบริการ IMC ทำให้พัฒนาต่อเนื่องมีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ อย่างเต็ม ศักยภาพมีการทำ grand round ๑ ครั้ง/สัปดาห์มี D/C plan นัดติดตามโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และทีมเยี่ยมบ้าน อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖เดือน

Intensive rehab อย่างต่อเนื่องทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

แผนพัฒนา ขยายขอบเขตการบริการให้เป็นรูปแบบเดียวกันเปลี่ยน IMC Bed เป็น IMC ward สนับสนุน พยาบาลเรียน IMC Nurse ปีละ ๒ คน เชื่อมโยงการดูแลร่วมกับการพัฒนาโปรแกรม IHIM และจัดทำ โครงการวิจัย และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย IMC อย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลคูเมือง อัตรากำลังนักกายภาพบำบัด ๔ คน ให้บริการ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผน จีน โรงงานชาเขียวพระราชทาน ศูนย์ยืมคืน โดยมีระบบบริการผู้ป่วยในแพทย์ตรวจประเมินผู้ป่วยเข้าระบบ Intensive rehab โดยได้รับการฟื้นฟู ๕วันต่อสัปดาห์มีการประเมิน BI แรกรับ ระหว่างฟื้นฟู และก่อน จำหน่าย ประชุม Team meeting ทุกเคสมีเครือข่ายในการดูแลประชาชน เครือข่ายบูรณาการในชุมชน ท้องถิ่น มีโรงงานน้ำตาลจ้างงานผู้พิการโดยนำ แหล่งงบประมาณกองทุนฟื้นฟู พมจ งบบริจาค ภาคเอกชน การคีย์ข้อมูล disability portal ใช้การส่งต่อข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันบนสุข ใช้ในการสื่อสารข้อมูล ระหว่าง

บุคลากร...

บุคลากรใน รพ. กับ ในชุมชนทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง เก็บข้อมูลได้ครอบคลุม เพิ่มการเข้าถึงบริการ การดูแลผู้ป่วยนอก Intensive rehab โดยได้รับการฟื้นฟู ๑ วันต่อสัปดาห์ จุดเด่นมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพภาคีเครือข่ายทุกส่วนให้มีส่วนร่วมในการดูแลประชาชน

โรงพยาบาลพูนพิณ อัตรากำลังนักร่างกายภาพ ๔ คน ผู้ช่วย ๒ คน ไม่มี แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำแต่มีแพทย์มาช่วยตรวจจาก รพ.สุราษฎร์ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด ระบบบริการรักษาร่างกายบำบัดแพทย์แผนจีน แพทย์แผนไทย หอผู้ป่วยใน IMC ward ๑๒ เตียงนักร่างกายภาพบำบัดให้การฟื้นฟูอย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการนักร่างกายภาพบำบัดเป็นผู้กำหนดการจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก IMC Ward การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกอย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง ๑-๓ ครั้ง/สัปดาห์ การเยี่ยมบ้านนักร่างกายภาพบำบัดไปเยี่ยมทุกวัน อังคาร ศุกร์ (ครึ่งวันโดยเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง/เดือน ใน ๒ เดือนแรก ระบบงานภายในโรงพยาบาลมีการประเมิน BI และ Impairment ทุกเดือนมีศูนย์บริการยืมคืนกายอุปกรณ์ มีห้องฝึกวิถีชีวิตอิสระ IL (Independent living room) นักร่างกายภาพบำบัดเบิกจ่ายอุปกรณ์เอง จากงบ อบจ. สุราษฎร์มีรถรับส่งในเขต (ใช้รถ รพ.) มาทำกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก เริ่มใช้ PRM referral network ระบบจองคิวออนไลน์ ๑-stop service ITC policy ใช้ระบบ paperless ใช้ Tele rehab ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ IMC case มากกว่า ๔ เคสขึ้นไป สามารถขอเบิก OT ได้เต็มวันมีงาน CQI อย่างน้อย ๑ คน/เรื่อง/ปี

โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๑ คน นักร่างกายภาพบำบัด ๕ คน ผู้ช่วย ๔ คน นักกิจกรรมบำบัด ๑ คน ระบบบริการหอผู้ป่วยในกายภาพบำบัด ๑๐ ครั้ง ๒ ชั่วโมง/วัน ทุกวัน กิจกรรมบำบัด ๓ วัน/สัปดาห์ แพทย์แผนจีนฝังเข็ม ๒ วัน/สัปดาห์ แพทย์แผนไทย ๑ - ๒ วัน/สัปดาห์ มี standing order, Problem list & plan for IMC, Care map, Protocol activity, Team meeting มีตึกมีชมรมตึกพิเศษ พักค้างคืนรายวัน พร้อมอาหาร ๘๐๐ บาท ต่อคืนผู้ป่วยและญาติ รับผิดชอบลงมามีกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเอง ฝึกที่ตึกกายภาพ ๓ วันต่อสัปดาห์ ๒ ชั่วโมง ต่อวันฝึกกิจกรรมอื่นๆตามตารางเวลาการให้บริการผู้ป่วยนอก ทำกายภาพบำบัด ๒-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ๒ ชั่วโมง ต่อวัน กิจกรรมบำบัด ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ๔๕ นาทีต่อครั้งฝังเข็ม ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ๔๕ นาที ต่อครั้ง นอกจากนี้ยังมี NPCU นราภิรมย์เปิดให้บริการทุกวันศุกร์กายภาพบำบัด ๑ ครั้งต่อสัปดาห์การการเยี่ยมบ้านนักร่างกายภาพบำบัด ๑ คน รับผิดชอบพื้นที่ ๒ ตำบล เยี่ยมบ้าน ๑ - ๒ ครั้งต่อเดือน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพมีศูนย์ยืมและซ่อมบำรุงอุปกรณ์ทางการแพทย์เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงมีบ้านฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระศูนย์ประเมินคนพิการหลวงพ่อบึง สามารถตรวจประเมิน ส่งเอกสารให้พมจ และรับใบรับรองผู้พิการได้

แผนพัฒนาผู้นำทุกระดับมีวิสัยทัศน์มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเริ่มใช้โปรแกรม PRM referral network เข้ามาร่วมในการเก็บข้อมูลมีทีม สหวิชาชีพค่อนข้างครอบคลุมทุกสาขาแหล่งงบประมาณ สปสช กองทุนฟื้นฟู งบบริจาคจากวัดหลวงพ่อบึงเป็น One stop service ในแผนกกายภาพบำบัดเข้าร่วมเครือข่าย รพช แม่ข่ายกับสถาบันสิรินธร เตรียมขยาย FTE PT ไป ๑๑ คนพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกวิชาชีพ ขยาย IMC ward เพิ่มเป็น ๒๐ เตียง

โรงพยาบาล...

โรงพยาบาลบางกล้าอัตรากำลังแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๑ คน นักกายภาพบำบัด ๖ คน ผู้ช่วย ๔ คน นักกิจกรรมบำบัด ๑ คนระบบบริการหอผู้ป่วยในแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นคนประมาณแรกรับและคัดเข้าหอผู้ป่วยหรือรับส่งต่อจากรพ.แม่ข่ายที่หาดใหญ่ โดยมี IPD Ward ๑๒ เตียง ๕ ห้องพิเศษ นักกายภาพบำบัดทำการฟื้นฟู ๒ ชั่วโมง นักกิจกรรมบำบัด ๑ ชั่วโมง ลงมาทำที่แผนก ช่วงเช้า แพทย์แผนไทย กิจกรรมกลุ่มช่วงบ่าย ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วย ๑๐-๑๒ วัน มีการ Re-admit ได้ตามความเห็นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอกฟื้นฟู ๑ ชั่วโมงต่อวัน ๒วันต่อสัปดาห์ ในช่วงปลายจุดเด่นผู้นำมีวิสัยทัศน์ ปฏิบัติเป็นแบบอย่างมีทีมสหวิชาชีพที่ค่อนข้างครบทุกสาขาสารภาพทำ Intensive program ได้เต็มรูปแบบมีเครื่องมือเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย

สถาบันสิรินธร อัตรากำลังนักกายภาพบำบัด ๔๕ คน แบ่งเป็น งานกายภาพบำบัด ๓๓ คน ดูแลผู้ป่วยเด็ก ๕คน งานดนตรี๑คน งาน Day care๒คน ศูนย์สาธิต๓คน งานวิจัย ๑คนระบบบริการผู้ป่วยนอกเข้าระบบนัด พยาบาลคัดกรองส่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูส่งปรึกษาสหวิชาชีพ intensive program ๕ วัน /สัปดาห์ ระบบงานหอผู้ป่วยในนัดคิวเพื่อพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เข้าระบบคิว เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตัวเองได้ มีญาติ๑คน อาการคงที่ เตรียมยาโรคประจำตัวให้เพียงพอ ๑ เดือน ระยะเวลาเข้าหอผู้ป่วย ๑ เดือน Intensive program ๖วัน/สัปดาห์ การลงชุมชนส่วนใหญ่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมิน เป็นบางเคส บริการคลินิกขาเทียมเคลื่อนที่

การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๑. งานกายภาพบำบัด มี Intensive floor แยกฝึกจากเคสทั่วไป High Technology & Innovation zone
๒. งานกิจกรรมบำบัด Intensive training, Perception & Cognitive training, ADL training, Swallowing training, UE training (Robot), Driving training
๓. งานแก้ไขการพูด Intensive program ๒วัน/สัปดาห์ มีให้บริการแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม
๔. งานกายอุปกรณ์แพทย์ประจำคลินิกตรวจประเมินทุกวันจันทร์ มีนักกายภาพบำบัดประจำที่เรียนเพิ่มเติมจากเยอรมัน
๕. ศูนย์สาธิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์มูลค่าสูงการฝึกการใช้รถเข็น
๖. งานฝึกทักษะคนพิการบ้านวิถีชีวิตอิสระจำลองบ้าน ทำกิจกรรมกลุ่ม
๗. มีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่ครอบคลุมทุกสหสาขา
- ๘.

นอกจากนี้ยังมีการประชุมทีมสหวิชาชีพทุกวันจันทร์บ่าย ผ่านโปรแกรม zoom ในเคสที่ เข้าพักที่หอผู้ป่วยในมาแล้ว ๑ สัปดาห์เพื่อตั้งเป้าหมายการรักษาและรับทราบปัญหาาร่วมกันบริการเพิ่มเติม คลินิกฝังเข็ม คลินิกฟื้นฟูสมรรถภาพเด็ก ธาราบำบัด ดนตรีบำบัด Day careมีรูปแบบให้บริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในรูปแบบ Intensive program เฉพาะตามกลุ่มโรค และแบ่งเป็นระยะเวลาการเกิดโรค ที่ชัดเจนมีการเบิกกายอุปกรณ์ที่มีมูลค่าสูง เฉพาะสิทธิ์ผู้พิการ

การเก็บ...

การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บทางสมอง ทำแบบประเมิน STREAM, BBS, TUG, ๖MWT โดยประเมินแรกรับ ๖ เดือน เป้าหมาย ดีขึ้น > ๘๐%
๒. การฝึกโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง Mini-Best test ประเมินความก้าวหน้าจากเครื่อง Modified reaching test ประเมินเพื่อพบแพทย์และจบคอร์ส ๑๐-๑๒ ครั้ง/คอร์ส
๓. ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง ใช้แบบประเมิน ASIA, SCIM III, WISCI II ประเมินตอนแรกรับ ๑ ครั้ง

แผนพัฒนาพัฒนาระบบ PRM referral network ให้มีความเสถียรมากขึ้น สามารถเชื่อมต่อกับระบบ HIS ของสถาบันขยายพื้นที่บริการ (สร้างตึกใหม่) พัฒนาหลักสูตร PT, NR, นักฟื้นฟูชุมชนพัฒนาห้องฝึกเทคโนโลยีขั้นสูงให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น อุตสาหกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ อัตรากำลังนักกายภาพ ๑๑ คน ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แต่มีแพทย์จากรพ.สปส มาช่วยออกตรวจ ๒ ครั้งต่อเดือนระบบบริการ นักกายภาพ ๑๐ คน แบ่งเป็น นักกายภาพที่ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ๒ คน ให้บริการดูแลผู้ป่วยนอกทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ และ นอกหน่วยบริการวันอังคาร และพฤหัสบดี จำนวน ๕ รายต่อนักกายภาพหนึ่งคนต่อวัน นักกายภาพฟื้นฟู(อื่นๆ) ๔ คน และนักกายภาพงานโรคกระดูกและกล้ามเนื้อลดปวด ๔ คน นอกเวลานักกายภาพทั้ง ๑๐ คน ต้องออกให้บริการผู้ป่วยในชุมชน ตามพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละคน ๒ ครั้งต่อเดือน

ผลงานเด่น จำนวนครั้งของการทำการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยระยะกลางเฉลี่ย ๒๑ ครั้งภายใน ๖ เดือน ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราการจัดเก็บรายได้ สูงเป็นลำดับต้นๆ ของเขต Key success นักกายภาพออกเยี่ยมบ้านเอง ไม่ได้ไปร่วมกับสหวิชาชีพ ทำให้บริหารจัดการได้ นักกายภาพเป็นคนคัดผู้ป่วยเข้าระบบมีการตรวจสอบตามรอยเรียกเก็บกับงานประกัน ก่อให้เกิดรายได้มีคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งมีนักกายภาพจาก รพ. ทำนอกเวลา ทำให้จำนวนครั้งของการได้รับการทำกายภาพบำบัดเฉลี่ย ๒๑ ครั้ง ต่อ ๖ เดือน ซึ่งเป็นไปตามที่ สบสข กำหนดทำให้จัดเก็บรายได้ ได้เต็มจำนวนเงิน

แผนพัฒนา แยกห้องสำหรับฝึกผู้ป่วย Intensive IMC ออกจาก ห้องฝึกผู้ป่วยฟื้นฟูทั่วไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในจังหวัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ เยี่ยมเครือข่าย ๓ สหาย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาร่วมกัน

โรงพยาบาลสระบุรี มีศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยมีนักกายภาพบำบัดเป็นคนดำเนินการระบบบริการการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในใช้ระบบการส่งปรึกษาอัตโนมัติผ่านระบบ Intranet โดยให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียนเป็นคนบันทึกรายชื่อให้นักกายภาพบำบัด ที่ Stroke Unit พยาบาลคัดเข้า จะติดสัญญาณ IMC ไว้ศูนย์ประสานงานดูแลผู้ป่วยระยะกลางทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ระบบการดูแลผู้ป่วยนอก ขณะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลในหอผู้ป่วยทำหน้าที่ออกไปนัดถ้าผู้ป่วยพร้อมมาฟื้นฟูที่แผนก ก็จะออกไปนัดให้ ๑ - ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ขึ้นกับ ผู้ป่วยและญาติและมาตามนัดแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๒ สัปดาห์หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

Key..

Key success - ผู้นำทุกระดับมีวิสัยทัศน์ในการทำงานด้านการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีระบบ และ นักกายภาพที่เข้มแข็ง และมีส่วนร่วม มีศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีนักกายภาพ เป็นผู้ดำเนินการ มีศูนย์ร่วมสุขกระจายอยู่ทุกอำเภอ มีนักฟื้นฟูชุมชนที่ผ่านการอบรมของหลักสูตรที่ สาระบุรี จัดร่วมกับสถาบันสิรินธรฯ

ผลการดำเนินงานจำนวนครั้งเฉลี่ยในการได้รับการฟื้นฟูผู้ป่วย ทุกสิทธิ์ เฉลี่ย ๕.๙ ครั้ง (เป้าหมาย ๖ ครั้ง) อาจเนื่องจาก คลินิกชุมชน สามารถให้บริการได้เฉพาะสิทธิ์ UC

แผนพัฒนาพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยนอกเตรียมขยายพื้นที่ จัดตั้ง คลินิกการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูออกตรวจและให้บริการสำหรับผู้ป่วยระยะกลางมีการจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัย เพื่อรองรับการบริการ

โรงพยาบาลแก่งคอย อัตรากำลังนักกายภาพบำบัด ๘ คน โดยแบ่งออกเป็น รพ.๗ คน จ้างโดย อปท ๑ คนยัง ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด ระบบบริการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน IMC Bed ๒ เตียง ระยะเวลาการพักฟื้น ๓ - ๕ วันทำการ มีการจัดทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำแผนรายงานเฉพาะบุคคลเพิ่มแผนที่บ้านเข้าการลงเยี่ยมบ้านแบ่งออกเป็น การลงเยี่ยมกับทีมสหวิชาชีพ และเยี่ยมเฉพาะ นักกายภาพบำบัด มีศูนย์ร่วมสุข ๔ ศูนย์ PCC ๓ แห่ง มีนักกายภาพจาก รพ.แก่งคอย ช่วยให้บริการตามวันที่ กำหนดมีโรงงานทำขาเทียมพระราชทาน ศูนย์การเรียนรู้เกษตรกรอินทรีย์ โดยคนพิการ รพ.แก่งคอย เพื่อช่วยคน พิการในการจัดการรายได้

Key success - ผู้นำทุกระดับมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาดูแลระบบการฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง นักกายภาพมีส่วนร่วมทำให้การเข้าถึง สามารถจัดให้บริการได้หลายรูปแบบ ได้แก่ IMC bed, ผู้ป่วยนอก, ศูนย์ร่วมสุข, PCCและการลงเยี่ยมบ้านได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน กองทุนฟื้นฟู ภาคเอกชน เงินบริจาคอปทในพื้นที่ อ.แก่งคอย มีโรงงานจำนวนมาก จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนเฝ้าระวังสุขภาพ ทำให้มีอุปกรณ์ที่ทันสมัย มีสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่งบประมาณ กองทุนโอสถสภา ในการสนับสนุน การหารายได้ ในผู้พิการมีนักบริหารชุมชน

แผนพัฒนา/โอกาสพัฒนา จัดทำข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ครบทุกกลุ่มโรค และสามารถเข้าถึงได้หลายช่องทาง เสนอแนะให้มีการตรวจสอบรายได้จากการบันทึกเหตุการณ์ในโปรแกรม disability portal และทำข้อมูลจัดเก็บ รายได้ให้เป็นระบบการที่มีเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่มาก ทำให้ อัตรากาดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะกลางทำให้ต้องมาลำดับความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าการจัดตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน อาจจะต้องมีการดำเนินการจัดตั้งในรูปแบบของคณะกรรมการ และให้ ท้องถิ่นมีส่วนร่วม และนำเสนอผลงานให้ออกมาในรูปแบบของข้อมูลทางสถิติโดยอาจเชื่อมข้อมูล เช่น มีการรับส่งโดยรถ อปท ก็รายแล้วส่งผลให้ BI หรือตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นจากผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน

๒.๓ ประโยชน์...

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง เพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพ คุณภาพการบริการผู้ป่วยให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สามารถออกแบบโปรแกรมการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะรายบุคคลให้เป็น intensive program ได้

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน สามารถออกแบบรูปแบบการจัดบริการในสถานพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึง สามารถติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่องไม่หลุดหายออกจากระบบบริการ มีแนวทางการขจัดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานรูปแบบบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ) ไม่มี

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง ปัญหาที่พบในการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตของสถานพยาบาล เครือข่ายในกรุงเทพมหานครที่มีความเข้าใจไม่ตรงกัน รวมถึงประชากรแฝงที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลส่งผลให้การติดตามผลหรือการประสานงานร่วมกันมีความล่าช้า ข้อมูลไม่ตรงกัน

๓.๒ การพัฒนา มีการสนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะการมีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ง่ายต่อการดำเนินการการส่งต่อข้อมูลประสานงานผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในระบบบริการ จนเกิดเป็นเครือข่ายกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากอบรมมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบรูปแบบบริการ การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ให้ผู้ป่วยเข้าถึงรูปแบบบริการอย่างทั่วถึงทุกสิทธิ สามารถติดตามผู้ป่วยให้อยู่ในระบบบริการไม่หลุดหายออกจากระบบ แนวทางขจัดปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในรูปแบบบริการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานขององค์กร รวมถึงเพิ่มผู้ความรู้ทักษะการรักษาผู้ป่วย การออกแบบโปรแกรมเฉพาะรายบุคคลให้เป็น Intensive Program เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ลงชื่อ..... *กัญญา โคนใจ*ผู้รายงาน

(นางสาวณัฐสุดา เงินเนย)

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ..... *สุรินทร์ นัมคณิสร์*หัวหน้าส่วนราชการ

(นายสุรินทร์ นัมคณิสร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

