

# แบบประเมินตนเอง

ประจำปี พ.ศ. 2553

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## 1. บริบท (Context)

### ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานแก่ผู้ป่วยพิการในเขตจังหวัดเชียงใหม่ และภาคเหนือ เพื่อให้ผู้ป่วยผู้พิการและญาติสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน อีกทั้งยังเป็นศูนย์การศึกษาและวิจัยด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระดับภูมิภาค (เอเชียตะวันออกเฉียงใต้)

#### วิสัยทัศน์ของภาควิชา

ภาควิชาเป็นศูนย์การศึกษาและวิจัยด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อีกทั้งเป็นศูนย์ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่ทันสมัย และได้มาตรฐาน แก่ประชาชนในเขตภาคเหนือ

#### พันธกิจของภาควิชา

ภาควิชาเป็นหน่วยงานที่ให้การศึกษ วิจัย บริการวิชาการ และการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย/ผู้พิการ ที่ได้มาตรฐาน ทันสมัย และได้รับความศรัทธาจากประชาชน

#### คำขวัญของภาควิชา

วิจัยเสริมวิชาการ ประสานความร่วมมือ ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิต

### ข. ขอบเขตการให้บริการ

ภาควิชามีดำเนินงานครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเรียนการสอน การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ไปในทิศทางเดียวกันกับของแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ทีมงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ และนักสังคมสงเคราะห์ โดยมุ่งให้บริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยพิการอันเนื่องมาจากการได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและบาดเจ็บที่สมอง ผู้ป่วยแขนขาขาด ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย ทุกเพศทุกวัย ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ภาควิชาฯ ยังมีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการบริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เครื่องมือสำหรับผลิตกายอุปกรณ์เสริม/เทียม มีเครื่องตรวจไฟฟ้ากล้ามเนื้อเส้นประสาท เครื่องตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูรูด เครื่องตรวจอัลตราซาวด์เพื่อการวินิจฉัยชนิดตั้งโต๊ะ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยพิการ และสนับสนุนการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษากิจกรรมบำบัด นักศึกษาระดับบัณฑิตวิทยาลัย (ป.บัณฑิตชั้นสูง) และการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีชื่อเสียงและมีความโดดเด่นในเรื่องของการให้บริการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นที่ดูงานของหน่วยงานที่ให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูต่างๆ ซึ่งเคยได้รับคำชมจาก พรพ. นอกจากนี้ยังคิดนวัตกรรมการให้บริการที่เป็นมูลค่าเพิ่มให้แก่กระบวนการของเวชกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้พิการ ได้แก่ คนตรีบำบัด เป็นต้น

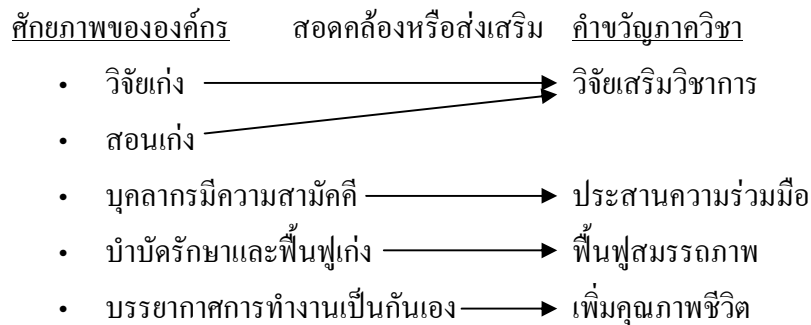
**ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)**

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1. ผู้ป่วยและผู้พิการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว</li> <li>- ได้รับการรักษาและฟื้นฟูที่ได้มาตรฐาน ทันสมัย รวดเร็วและผลการรักษาที่ดีขึ้นหรือตามสมรรถภาพที่เป็นไปได้</li> <li>- ได้รับสุขศึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจ รักษาและฟื้นฟู</li> </ul>
2. ญาติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับความรู้ความเข้าใจและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ปฏิบัติได้จริง</li> <li>- เข้าใจระบบส่งต่อหรือรับบริการในกรณีที่ต้องดูแลระยะยาว</li> <li>- ได้รับพฤติกรรมบริการที่ดี</li> </ul>
3. แพทย์ผู้ส่งปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับผลตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และรวดเร็ว</li> <li>- ได้รับการตอบกลับคำปรึกษาที่รวดเร็ว และเข้าใจง่าย</li> <li>- ได้รับพฤติกรรมบริการที่ดี</li> </ul>
4. แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ใช้ทุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้ฝึกทักษะ ได้รับความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพและประสบการณ์ในการตรวจรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย</li> <li>- มีบรรยากาศการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้</li> <li>- มีเวลาออกกำลังกายและพักผ่อนตามสมควร</li> </ul>
5. ชุมชนผู้พิการหรือด้อยโอกาส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับโอกาสในการเข้าถึงเวชกรรมฟื้นฟูที่ได้มาตรฐานและสม่ำเสมอ</li> <li>- ได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว</li> </ul>
6. ประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับความรู้เบื้องต้นในการฟื้นฟูตนเอง</li> </ul>

## ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยึดหลักการปฏิบัติงานตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล

**“องค์กรเข้มแข็ง บริการมีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย และเป็นโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”** ดังนั้น **เข็มมุ่งที่ 1 องค์กรเข้มแข็ง**



**“วิจัยเก่ง”** ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีโครงการงานวิจัยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของงานประจำ (routine to research) อีกทั้งนำผลงานวิจัยมาใช้พัฒนางานบริการ เช่น การวิจัยเรื่องทักษะการใช้รถนั่งผู้พิการสำหรับผู้พิการอัมพาตครึ่งท่อนเนื่องจากบาดเจ็บไขสันหลัง, การศึกษานำร่องการฝึกผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนเข้าชุมชนและการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ การศึกษาความกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวดและการนอนหลับ ของผู้ป่วยโรคและบาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากนี้ยังมีแนวคิดที่จะสร้างงานวิจัยสหสาขาวิชาชีพหรือสหสถาบัน เช่น การศึกษาผลของสารสกัดจากขมิ้นชันในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม หรือการศึกษาผลของดนตรีบำบัดที่สมรรถภาพทางกายของผู้พิการ โดยการดึงศักยภาพส่วนบุคคลด้านดนตรีเพื่อผลักดันให้เกิดประโยชน์สูงสุด

**“สอนเก่ง”** คณาจารย์มีความตั้งใจถ่ายทอดความรู้และทักษะ มีความเอาใจใส่ในรายละเอียดของการเรียนการสอน สามารถสอนได้อย่างเข้าใจและสร้างบรรยากาศการเรียนการสอนที่เป็นกันเอง มีการบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆ เช่นงานกีฬา มข. เพื่อให้นักศึกษาได้ทดสอบสมรรถภาพทางกาย และมีการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ อาจารย์ทุกท่านได้ผ่านกาเข้าอบรมวิชาการ อบรมเชิงป ปฏิบัติการ ประชุมวิชาการและดูงาน และอบรมวิธีการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประชุมปรับปรุงการเรียนการสอนทุกปีอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังมี การจัดอบรมวิชาการสำหรับบุคลากรภายในทีมและภาควิชาฯ เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

**“บุคลากรมีความสามัคคี”** บุคลากรในภาคทุกคน มีความต้องการอย่างเดียวกันคือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ทุกด้าน อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Humanized care) จึงทำให้ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นสหสาขาวิชาชีพ ทำงานอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน (Interdisciplinary) มีความสามัคคีกัน สื่อสารและติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ

**“บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย”** ทีมให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Holistic) เอาใจใส่ ดูแลให้ผู้ป่วยผู้พิการได้รับความปลอดภัย และตอบสนองต่อความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยผู้พิการและครอบครัว (Patient-centered)

ทีมพยายามใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า คิดค้นนวัตกรรม ร่วมกับผู้ป่วยผู้พิการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการใช้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยผู้พิการ ที่มารับบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล และสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสมตามควรแก่อวัยวะและสภาพร่างกาย นอกจากนี้ทีมเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาลจาก โดยได้จัดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้พิการสามารถดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพการเข้าสู่ชุมชน โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช.

**“บรรยากาศการทำงานเป็นกันเอง”** บุคลากรในภาควิชาทุกคน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและกัน มีความเคารพให้เกียรติและเห็นความสำคัญของทุกหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ ก่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี บรรยากาศที่เป็นมิตร มีความผูกพัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน จนเรียกได้ว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน

## **เข็มมุ่งที่ 2 บริการมีคุณภาพ**

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูพัฒนาการให้บริการอย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและสถานที่ โดยมุ่งเน้นที่กระบวนการสำคัญและบูรณาการขั้นตอนการทำงานของหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ให้ความสำคัญแก่ศักยภาพของบุคลากรเป็นอันดับแรก ดังนั้นความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์และการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรในทีมเป็นสำคัญ

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เช่น ปวดหลัง ปวดคอ ปวดไหล่ ไหล่ติด ปวดแขนและขา รวมทั้งการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
3. ผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองหรือการบาดเจ็บสมอง
4. ผู้ป่วยแขน ขาขาด
5. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต สมองพิการ หรือขา
6. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว ทั้งเด็กและผู้ใหญ่
5. ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยหนักหรือเรื้อรัง
6. ผู้พิการที่ต้องการเอกสารรับรองความพิการหรือต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการเคลื่อนไหว
7. บุคคลทั่วไปที่ต้องการคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูใช้กระบวนการ CQI ในการพัฒนาการให้บริการภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพและกรอบมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยพยายามใช้หลัก Lean and seamless และการนำ Core competency มาพัฒนางานบริการ และเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและสถานที่ จึงต้องสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการบูรณาการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง หรือรับอาสาสมัครช่วยในกิจกรรมบางอย่างของภาควิชา และมีกิจกรรมทบทวนคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

นอกจากนั้น ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังริเริ่มให้บริการแบบ Humanized health care โดยคำนึงถึงมิติด้านจิตใจ อารมณ์ รวมทั้งสุนทรียภาพสำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ผ่าน โครงการดนตรีบำบัดซึ่งเป็นหนึ่งในอีกหลายๆ โครงการที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษา และฟื้นฟูแบบองค์รวม

### **เข็มมุ่งที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัย**

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้ความสำคัญกับเข็มมุ่งที่ 3 นี้ไม่น้อยไปกว่าเข็มมุ่งอื่น โดยกำหนดให้ปฏิบัติตาม CPG ตามมาตรฐานวิชาชีพและที่สังเคราะห์ขึ้นจากองค์ความรู้ที่ทันสมัย ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีชื่อเสียงในด้านการฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในระดับนานาชาติ และเป็นต้นแบบให้กับระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยดังกล่าวแก่ประเทศในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูปลูกฝังให้มีการทำ Root cause analysis เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือ Adverse event ขึ้น โดยมีการประสานงานกับ rapid response team ของโรงพยาบาลในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ และกำหนดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงาน ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังได้อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานให้แก่ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งอบรมการบริหารจัดการความเสี่ยงอื่นๆ เช่น อัคคีภัย หรือการประทุษร้ายที่อาจเกิดขึ้นที่หอผู้ป่วยหรือที่ภาควิชา ให้แก่บุคลากรของภาควิชา นอกจากนี้ยังกำหนดให้แพทย์เวรมาถึงหอฟื้นฟูสภาพในกรณีฉุกเฉินภายในเวลา 5 นาที หลังรับทราบเหตุและให้แจ้งเตือนให้แพทย์เวรทราบล่วงหน้า กรณีมีผู้ป่วยอาการหนัก

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังใช้ Clinical tracer ในการเรียนรู้และพัฒนาระบบการทำงานและการให้บริการผู้ป่วยเพื่อลด Adverse event และนำไปสู่การสังเคราะห์ CPG ในบริบทที่เหมาะสมต่อไป

### **เข็มมุ่งที่ 4 โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ**

หน่วยเครื่องช่วยคนพิการเป็นหน่วยงานที่บุคลากรมีความเสี่ยงต่อมลพิษมากที่สุด ทั้งสารเคมี เสียง และแสง ภาควิชาได้กำหนดให้บุคลากรทุกคน โดยเฉพาะในหน่วยเครื่องช่วยคนพิการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อตรวจหาโรคหรือความผิดปกติตามนโยบายของคณะฯ และภาควิชาได้สนับสนุนให้งานอาชีวอนามัยเข้าสำรวจและดำเนินการตรวจสุขภาพเป็นกรณีพิเศษ และได้ให้คำแนะนำและแก้ไขปรับปรุงลดความเสี่ยงผ่านทาง

กิจกรรม 5 ส. ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงสถานที่ทำงานตามคำแนะนำของหน่วยชีวอนามัย มีการซ่อมแซมพื้นและห้องน้ำ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการทำความสะอาดแต่ละโซนของหน่วยเครื่องช่วยคนพิการเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้ความสำคัญกับบรรยากาศและลักษณะการทำงานที่เป็นกันเอง ลดความเครียดที่ไม่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรทำงานอย่างมีความสุขกายและสุขภาพใจที่ดี ส่งเสริมการเล่นดนตรีเป็นกิจกรรมนันทนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ประจำบ้าน และส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย ในแง่ของการป้องกันโรคและการดูแลรูปร่าง รวมทั้งใช้เวลาแพทย์ประจำบ้านในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างเต็มที่เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลตนเองขณะรับบริการฝึกอบรม ในการใช้ชีวิตที่สมดุลย์ และเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยงานอื่น

## จ. ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

เมื่อแยกตามประเด็นคุณภาพของโรงพยาบาล โดยอาศัย Suandok safety goal และ ICT สามารถจำแนกความเสี่ยงที่สำคัญได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงที่สำคัญ

Identification	Control Context Patient care process	Training & Supervision
1. Fracture	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีความพิการเคลื่อนไหวหรือยืนเดินได้น้อย ภาวะดังกล่าวข้างต้นเป็นความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุน</li> <li>- การทำกายภาพบำบัดต้องมีการเคลื่อนไหวแขนหรือขา</li> <li>- ไม่มีแบบประเมินที่เป็นระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนสร้าง แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก</li> <li>- ใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก</li> <li>- แจ้งให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มความระมัดระวัง</li> </ul>
2. Aspiration pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่อัมพาตระดับคอ (Tetraplegia) จากการบาดเจ็บไขสันหลัง มีสมรรถภาพการหายใจและการไอลดลง</li> <li>- ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ บางรายยังคงมีภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) และสำลักน้ำและอาหาร หลังการผ่าตัด ACDF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสื่อสารร่วมกันในทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการกำหนดวิธีการฝึกกลืนให้กับผู้ป่วย</li> <li>- การดูแลที่สอดคล้องกันระหว่างนักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟูในเรื่องการรับสารอาหารและน้ำ</li> <li>- การประสานกับ PCT ออร์โธ เพื่อให้มี</li> </ul>

		<p>การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบากอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้กับพยาบาลออร์โธฯ พยาบาลฟื้นฟูเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบาก</li> </ul>
3. Deep vein thrombosis (DVT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแบบสมบูรณ์ไม่สามารถขยับขาได้หรือไม่มีญาติช่วยขยับขาให้</li> <li>- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิด DVT เช่น มีกระดูกหักที่ขาร่วมด้วย, มีภาวะขาดน้ำ, อ้วน, เป็นมะเร็ง, มีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure), ใ้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน, ตั้งครรภ์ หรือมีประวัติเคยเป็น DVT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิด DVT อย่างเป็นระบบ</li> <li>- มีการเฝ้าระวังอาการเริ่มต้นของ DVT</li> <li>- ให้ความรู้เรื่อง DVT แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- เตรียมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ก่อนกลับบ้าน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ/อาการแสดง และการป้องกัน ไม่ให้กลับเป็นซ้ำ</li> </ul>
4. Epididymo-orchitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมักมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะร่วมด้วย (neurogenic bladder) ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยคือการคาสายสวนปัสสาวะ หรือสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</li> <li>- กระเพาะปัสสาวะที่ทำงานไม่สัมพันธ์กับหูรูด การต้องสวนปัสสาวะบ่อย หรือมี urethrovasal reflux จากการมีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูง จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยง</li> <li>- อาจทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากต่อไปในอนาคต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของอุปกรณ์ที่ใช้ในการสวนปัสสาวะ</li> <li>- อบรมความรู้เกี่ยวกับภาวะ neurogenic bladder, แนวทางการดูแลผู้ป่วย และเทคนิคการสวนปัสสาวะที่ถูกต้องแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีระบบการตรวจเช็คความสมบูรณ์ของการสวนปัสสาวะโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่</li> <li>- มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</li> </ul>
5. การตั้งกายอุปกรณ์เข้าช้อน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูบางรายต้องใช้กายอุปกรณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แจ้งให้แพทย์ทราบว่าต้องเขียนยกเลิกกายอุปกรณ์เดิมลงในใบสั่งกายอุปกรณ์ที่</li> </ul>



	<p>- ผู้ป่วยบางคนอาการดีขึ้นและจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาด้วยกายอุปกรณ์ชนิดอื่น</p> <p>- ช่างกายอุปกรณ์ที่รับผิดชอบกายอุปกรณ์เป็น คนละคน และขาดการสื่อสารระหว่างกัน</p> <p>- แพทย์ไม่ได้เขียนยกเลิกกายอุปกรณ์เดิมลงในใบสั่งกายอุปกรณ์ใหม่ ทำให้เจ้าหน้าที่หน่วย เครื่องช่วยคนพิการจัดทำกายอุปกรณ์ทั้งสอง ชนิดให้ผู้ป่วย ซึ่งเกินความจำเป็น ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรและค่าใช้จ่าย</p>	<p>สั่งใหม่ทุกครั้ง</p>
--	--	-------------------------

## จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ อาคารสถานที่)

### จ.1 ปริมาณงาน

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้บริการวิชาชีพแก่ผู้ป่วยและผู้พิการซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวนดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ปริมาณงานบริการวิชาชีพ

ประเภทของการบริการ	จำนวนผู้ป่วย (คน) ต่อปีงบประมาณ			
	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553
1. ผู้ป่วยในหอฟื้นฟูสภาพ	6872	6363	6332	6624
2. ผู้ป่วยนอก OPD 20	10007	9978	10199	10373
3. ผู้ป่วยตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย	486	429	490	479
4. ผู้ป่วยฉีดยาลดเกร็ง	110	148	139*	139
5. ผู้ป่วยหน่วยเครื่องช่วยคนพิการ	2579	2854	2949	3399
6. ผู้ป่วยปรึกษาต่างแผนก	828	895	766	906
รวม	20882	20667	20875	21920

\*เริ่มแยกเป็นคลินิกลดเกร็ง

นอกจากงานบริการวิชาชีพแล้ว ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังมีงานบริการวิชาการ ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้แก่ชุมชน ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งมีคณาจารย์ร่วมในทีมเวชศาสตร์

ฟื้นฟูรับผิดชอบในงานการเรียนการสอน โดยรับผิดชอบโดยตรง 18 ภาระงานวิชา ได้แก่ ภาระงานวิชาของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต 1 ภาระงานวิชา หลักสูตรคณะเทคนิคการแพทย์ 2 ภาระงานวิชา และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิกชั้นสูง สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู อีก 15 ภาระงานวิชา โดยภาควิชาเปิดรับนักศึกษาหลักสูตร ป.บัณฑิตชั้นสูงครั้งแรกใน พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ควบคู่ไปกับหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูภายใต้การกำกับดูแลของราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยและแพทยสภา ทั้งนี้บุคลากรในทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนในบางหัวข้อ และผู้ป่วยและบุคลากรทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็น Resource ของการเรียนการสอน นอกจากนี้ภาควิชายังร่วมรับผิดชอบภาระงานวิชาในหลักสูตรของคณะอื่นๆ อีก 5 ภาระงานวิชาดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ภาระงานวิชาการระดับปริญญาตรี

ภาระงานวิชาที่รับผิดชอบโดยตรง	หลักสูตร/คณะ	ผู้เรียน	ผู้สอน
ภาระงานวิชา 331407 เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษาแพทย์	แพทยศาสตรบัณฑิต	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4	คณาจารย์
ภาระงานวิชา 328310 เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับนักศึกษากิจกรรมบำบัด	กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์	นักศึกษา กิจกรรมบำบัด ปีที่ 3	อภิชนา, สยาม, เตือนใจ
ภาระงานวิชา 328313 กายอุปกรณ์เทียมเบื้องต้น		นักศึกษา กิจกรรมบำบัด ปีที่ 3	จักรกริช, ปกรณ์, นิตินาถ
ภาระงานวิชาที่ร่วมรับผิดชอบ	หลักสูตร/คณะ	ผู้เรียน	ผู้สอน
ภาระงานวิชา 514317 การรักษาด้วยไฟฟ้าและการวินิจฉัยด้วยไฟฟ้า	กายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์	นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ ปีที่ 3	จักรกริช
ภาระงานวิชา 514450 กายภาพบำบัดเฉพาะโรค		นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ ปีที่ 4	อภิชนา
ภาระงานวิชา 514397 กายภาพบำบัดโรคระบบประสาท		นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ ปีที่ 3	อภิชนา, จักรกริช

ตารางที่ 4 ภาระงานวิชาการระดับปริญญาโทและประกาศนียบัตร

ภาระงานวิชาที่รับผิดชอบโดยตรง	ผู้เรียน	ผู้สอน
ภาระงานวิชา 328731 งานเวชกรรมฟื้นฟูและการบริหาร	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	อภิชนา
ภาระงานวิชา 328732	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	อภิชนา

วิจัย จริยธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานเวชกรรมฟื้นฟู		
กระบวนวิชา 328733 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยระบบประสาทและอาการปวดเรื้อรัง	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	สยาม
กระบวนวิชา 328734 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	จักรกริช
กระบวนวิชา 328735 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยมะเร็ง	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	สยาม
กระบวนวิชา 328736 การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยเด็ก	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	อภิขณา
กระบวนวิชา 328737 กายอุปกรณ์เทียมและกายอุปกรณ์เสริมสำหรับผู้พิการทางกายและการเคลื่อนไหว	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	จักรกริช
กระบวนวิชา 328738 ประสาทสรีรวิทยาทางคลินิกและไฟฟ้าวินิจฉัย	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1	จักรกริช
กระบวนวิชา 328741 การฝึกปฏิบัติงานผู้ป่วยในเวชศาสตร์ฟื้นฟู	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	อภิขณา
กระบวนวิชา 328742 การฝึกปฏิบัติงานคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ฟื้นฟูทั่วไป	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	คณาจารย์
กระบวนวิชา 328743 การฝึกปฏิบัติงานคลินิกกายอุปกรณ์	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	จักรกริช
กระบวนวิชา 328744 การฝึกปฏิบัติงานคลินิกไฟฟ้าวินิจฉัย	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	จักรกริช
กระบวนวิชา 328745 การฝึกปฏิบัติงานคลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้ป่วยเฉพาะโรค	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	อภิขณา
กระบวนวิชา 328746 การฝึกปฏิบัติงานรับปรึกษาเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในต่างแผนก	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	สยาม
กระบวนวิชา 328747 การฝึกปฏิบัติงานคลินิกต่างสาขาที่เกี่ยวข้องกับงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2	สยาม
<b>กระบวนวิชาที่ร่วมรับผิดชอบ</b>	<b>หลักสูตร/คณะ</b>	<b>ผู้สอน</b>
กระบวนวิชา 561713 การฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้ใหญ่ชั้นสูงในภาวะเจ็บป่วย	พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต	อภิขณา
กระบวนวิชา 327301 วิทยาศาสตร์การกีฬา	หลักสูตรร่วมวิทยาศาสตร์การกีฬา	จักรกริช
กระบวนวิชา 327302 เวชศาสตร์การกีฬา		

ภาควิชาฯยังมีการดำเนินงานวิจัย งานสิ่งประดิษฐ์และวิจัยสิ่งประดิษฐ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาและการให้บริการวิชาการ ราชวิทยาลัยฯ กำหนดให้การทำวิจัยเป็น Prerequisite สำหรับการสอบเพื่อวุฒิบัตรหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ภาควิชาเริ่มงานวิจัยแบบสหสถาบันทั้งกับองค์กรอื่นในประเทศและต่างประเทศ และได้รับทุนวิจัยสนับสนุนจากหน่วยงานนอกมหาวิทยาลัยฯ งานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์แล้วได้ถูกนำเสนอในการประชุมวิชาการและตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง

## ฉ.2 ทรัพยากรบุคคล

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีบุคลากรรวมทั้งสิ้น 48 คน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนบุคลากรแยกตามสายงาน และวุฒิการศึกษา

สายงาน	บริการ	จำนวน	วุฒิการศึกษา	หมายเหตุ
คณาจารย์ประจำ	สอน วิชา บริการ บริหาร	6	วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	เป็นข้าราชการ 1 คน
หน่วยตรวจ รักษาและตรวจ พิเศษ	ช่วยวิชาการ วิจัย และ บริการผู้ป่วย	3+(1*)	ป.ตรี กศ.บ., ป.พยาบาลผดุงครรภ์อนามัย ชั้น 1	* ยืมตัวมาช่วยงาน 1 คน เป็นข้าราชการ 1 คน
		2	มศ.3 และ ม.6	พ. ช่วยการพยาบาล, คนงาน
หน่วย กายภาพบำบัด	ช่วยวิชาการ วิจัย และ บริการผู้ป่วย	6	วท.บ. กายภาพบำบัด	เป็นข้าราชการ 1 คน
		4	ป.พยาบาลผดุงครรภ์อนามัยชั้น 1 (1 คน), ป. ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน	ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วย นักกายภาพบำบัด
		4	ม.6 (2 คน) และ ม.3 (2 คน)	คนงาน
หน่วย กิจกรรมบำบัด	ช่วยวิชาการ วิจัย และ บริการผู้ป่วย	4	วท.บ. กิจกรรมบำบัด	
		2	วท.บ. กิจกรรมบำบัด และ วท.ม.จิตวิทยา การปรึกษา	เป็นข้าราชการ 2 คน
		1	ม. 5	คนงาน
หน่วยเครื่องช่วย คนพิการ	ช่วยวิชาการ และบริการ	4	ป.โท ส่งเสริมสุขภาพ 1 คน, ป.ตรี (3 คน)	
		3	ป.วิชาชีพชั้นสูง (1 คน), ป.วิชาชีพ (2 คน)	

	ผู้ป่วย	5	ม.6 (3 คน) และ ม.3 (2 คน)	
	บุคลากร	1	ป.ตรี สาขาบริหารจัดการ	
สำนักงาน	บุคลากร	2	ป.ตรี ศศ.บ. และ ป.วิชาชีพ	เป็นข้าราชการ 1 คน
	คนงาน	1	ป. 7	

เนื่องจากคณาจารย์ประจำมีจำนวนเพียง 6 คน ทำให้ไม่สามารถแยก Subspecialty ในการให้บริการผู้ป่วยได้เต็มรูปแบบ แต่ได้มีการกำหนดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับอาจารย์แต่ละท่านเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการฝึกอบรมเพิ่มเติมและการแยก Subspecialty ในอนาคต ภาควิชาฯ ได้แต่งตั้งอาจารย์พิเศษอีกหลายท่านเพื่อช่วยในการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน จากการคำนวณหาอัตราของอาจารย์ที่เหมาะสม (FTES) ในปี 2550-2552 เท่ากับ 8 จึงมีความจำเป็นที่ภาควิชาฯ ต้องได้อัตรารายอาจารย์เพิ่มอีกอย่างน้อย 2 ตำแหน่ง

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีบุคลากรประมาณ 1 ใน 3 อยู่ในช่วงใกล้เกษียณอายุราชการ จึงต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการขอตำแหน่งเพื่อทดแทนหรืออาจต้องเปลี่ยนตำแหน่งสำหรับตำแหน่งเดิมที่ไม่สอดคล้องกับงานบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ และภาควิชาฯ ได้ขยับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นเพื่อฝึกทักษะงานก่อนการโยกย้ายตำแหน่งในอนาคต หัวหน้าภาควิชาฯ ยังมีแนวคิดในการรับอาสาสมัครเพื่อทำงานช่วยโครงการต่างๆ เช่น โครงการดนตรีบำบัด เพื่อให้สามารถดำเนินการโครงการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและลดภาระงานเพิ่มเติมแก่บุคลากรที่มีอยู่จำกัด

### ฉ.3 เครื่องมือและเทคโนโลยี

ภาควิชาฯ มีคอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษาที่เชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของคณะฯ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และมีโฮสต์ศูนย์อุปกรณ์พอเพียงสำหรับการศึกษา การทำวิจัย และการบริการวิชาการซึ่งรวมถึงบริการผู้ป่วยผู้พิการ โดยสัดส่วนคอมพิวเตอร์ต่ออาจารย์เท่ากับ 1:1.25 ได้ตามเกณฑ์ของคณะฯ ส่วนสัดส่วนคอมพิวเตอร์ต่อศ.แพทยเท่ากับ 1:10 และ สัดส่วนคอมพิวเตอร์ต่อศ.ป.บัณฑิตเท่ากับ 1:5 ภาควิชาฯ มีระบบ WIFI ที่ครอบคลุมพื้นที่ชั้น 2 ของภาควิชาฯ ทั้งหมด

นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการให้บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด เครื่องมือสำหรับผลิตกายอุปกรณ์เสริม-เทียม อีกทั้งมีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อเส้นประสาท เครื่องตรวจอัลตราซาวด์เพื่อการวินิจฉัยชนิดตั้งโต๊ะ เครื่องตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและหูรูด เครื่องตรวจไฟฟ้าหัวใจ เครื่อง Wii-Hab เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดถือว่าสูงกว่าเกณฑ์ของหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยกำหนด นอกจากนี้ จากการที่ภาควิชาฯ ได้ดำเนินการ โครงการดนตรี

บำบัด ภาควิชาจึงต้องมีสถานที่เพิ่มเติม โดยได้ทำการปรับปรุงชั้นล่างของหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพบางส่วนเป็นห้อง  
 คนตรีบำบัด เพื่อการซ่อมของกลุ่มคนตรีบำบัดและการฝึกผู้ป่วย และเป็นสถานที่เก็บเครื่องดนตรี

#### ฉ.4 อาคารสถานที่

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูตั้งอยู่ที่ ชั้น 1 และ 2 อาคารตะวัน-กังวานพงส์ โดยชั้นที่ 2 เป็นที่ตั้งของสำนักงาน  
 ภาควิชา ห้องสมุดภาควิชา ห้องเรียน ห้องประชุม ห้องพักอาจารย์ ห้องพักแพทย์ประจำบ้าน (นศ.บัณฑิต  
 ชั้นสูง) ส่วนชั้นที่ 1 เป็นที่ตั้งของหน่วยบริการต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยกายภาพบำบัด หน่วยกิจกรรมบำบัด ห้อง  
 ตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจพิเศษไฟฟ้าวินิจฉัย ส่วนหน่วยเครื่องช่วยคนพิการตั้งอยู่ที่อาคารเครื่องช่วยคนพิการ  
 อยู่ติดกับประตูทางออกจิตเวช (ห่างจากสำนักงานประมาณ 200 เมตร) และสำหรับหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพซึ่ง  
 ขึ้นกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยผู้พิการรวม 25 เตียง และยังเป็นที่ตั้งของห้อง  
 คนตรีบำบัด หน่วยต่าง ๆ รวมทั้งหอผู้ป่วยนั้นเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร  
 บัณฑิต และแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรป.บัณฑิตชั้นสูง

ในปัจจุบัน หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพมีความชำรุดทรุดโทรมเนื่องจากอายุการใช้งานมานาน และพื้นที่ให้บริการ  
 ที่ชั้น 1 อาคารตะวัน-กังวานพงส์ ก็มีความคับแคบและมีปัญหาด้านกายภาพ ภาควิชาจึงทำแผนปรับปรุงชั้น 1  
 อาคารตะวัน-กังวานพงส์ และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจแก่  
 ผู้ป่วยผู้พิการที่มารับบริการของภาควิชา ในอนาคต การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูจะสามารถให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูที่  
 รวดเร็ว ทันสมัยและเบ็ดเสร็จ

## 2. กระบวนการสำคัญ(Key process)

ตารางที่ 6 กระบวนการสำคัญตาม 3P

ลำดับ	เป้าหมาย	กระบวนการสำคัญกำหนด	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.	การรับบริการที่รวดเร็ว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับตารางการทำงานและตารางการเรียนการสอน ทำให้การออกตรวจเริ่มเร็วขึ้น จาก 9.00 น. เป็น 8.30 น. และการให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูเริ่มตั้งแต่เวลา 8.00 น. (จากเดิม 9.00 น.)</li> <li>- นัดหมายเวลาการรับบริการให้เป็นระบบมากขึ้น เช่น นัดให้ผู้ป่วยนอกมาฝึกช่วงเช้า และให้ผู้ป่วยที่ส่งจากห้องตรวจมารับบริการช่วงบ่าย</li> <li>- ใช้ระบบการโทรนัดล่วงหน้าก่อนวันตรวจ</li> </ul>	1.1 ร้อยละของผู้ป่วยนัดล่วงหน้าที่มีระยะเวลารอตรวจน้อยกว่า 12 นาที 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดล่วงหน้าที่มีระยะเวลารอตรวจน้อยกว่า 30 นาที
2.	ผู้ป่วยและญาติได้รับการฟื้นฟูคำแนะนำที่เพียงพอและเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สำหรับผู้ป่วยใน มีการทำ Need assessment/ Goal setting โดยมีผู้ป่วยและญาติ ประชุมร่วมกับทีมผู้ให้การรักษา เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน</li> <li>- สำหรับผู้ป่วยนอก ใช้แผ่นพับในการให้สุขศึกษา เช่น ทำออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวหลังฉีดขาดเกร็ง ฯลฯ</li> <li>- ฝึกการใช้ชีวิตประจำวันในห้องวิถีอิสระเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับสู่ชุมชน</li> </ul>	2.1 อัตราการบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วย 2.2 สถิติความพึงพอใจต่อการรับบริการ 2.3 อัตราผู้ป่วยร้องเรียน
3.	แพทย์ผู้ปรึกษาได้รับผลตรวจรวดเร็ว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สำหรับผู้ป่วยตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย กำหนดให้สรุปผลตรวจภายใน 24 ชั่วโมงหลังตรวจ</li> <li>- สำหรับผู้ป่วยรับปรึกษาต่างแผนก กำหนดให้ส่งใบตอบคำปรึกษาภายใน 48 ชั่วโมง</li> </ul>	3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลตรวจไฟฟ้าวินิจฉัยออกภายใน 24 ชั่วโมง 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีใบ Consult ออกภายใน 48 ชั่วโมง
4.	มีนวัตกรรมที่ส่งเสริมสุนทรียภาพของการให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดให้ดนตรีบำบัดเป็นกิจกรรมเลือกสำหรับผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ของคณะฯ ในการจัดโครงการดนตรีจิตอาสา ที่โรงผู้ป่วยนอก อาคาร</li> </ul>	4.1 จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัดที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ 4.2 จำนวนครั้งของการ

		เฉลิมพระบารมี	ร่วมแสดงดนตรีจิตอาสา
5.	ผู้ป่วยได้รับการ อย่างปลอดภัย ปราศจาก ภาวะแทรกซ้อน	- ให้การรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐาน โรงพยาบาล - ดำเนินการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	5. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ UTI, Bladder overdistension, Respiratory complication, การ เสียชีวิต และการแพ้ยาซ้ำ
6.	บุคลากรมีสุขภาพ ดี และทำงานอย่าง ปลอดภัย	- สนับสนุนให้มีการตรวจร่างกายประจำปีตามนโยบาย ของคณะฯ - บุคลากรในกลุ่มเสี่ยงเช่น หน่วยเครื่องช่วยคนพิการ ได้กำหนดให้งานอาชีวอนามัยดูแลเป็นพิเศษ	6.1 อัตราการขาดหรือลา งาน 6.2 จำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
7.	ผู้ป่วยได้รับย้าย เพื่อฟื้นฟูสภาพ อย่างเหมาะสม	- ปฏิบัติตามเกณฑ์การรับย้ายสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	7. อัตราการย้ายกลับหรือ ย้ายไป ward อื่นเพื่อ รักษาภาวะร่วมหรือ แทรกซ้อน



### 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินการ (Performance indicators)

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านการดูแลทางคลินิกของหอผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. เวลารอดเฉลี่ยของผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บที่ไขสันหลัง (วัน)	<28	20.5	20.5	20.7	24.1
2. เวลารอดเฉลี่ยของผู้ป่วย/บาดเจ็บ/โรคหลอดเลือดสมอง (วัน)	<21	19.44	20.58	21.58	21.29
3. อัตราผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บที่ไขสันหลังที่บรรลุเป้าหมาย (%)	>80%	87.65	83.04	69.51 <sup>C</sup>	62.84 <sup>C</sup>
<sup>C</sup> มีการเปลี่ยนแปลงค่าประเมิน					
4. อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บ/โรคหลอดเลือดสมองที่บรรลุเป้าหมาย (%)	>80%	85.25	88.73	67.35 <sup>C</sup>	52.81 <sup>C</sup>
5. จำนวนผู้ป่วยที่มี aspirated pneumonia (ราย)		0	0	0	0
6. อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะติดเชื้อ UTI			-	-	-
6.1 ผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลัง (%)	<5%	8.57 (รวม)			
6.1.1 ผู้ป่วยทำ Intermittent catheterization (%)			0.74	0.92	2.56
6.1.2 ผู้ป่วยที่ Indwelling catheter (%)			1.94	0.04	0.11
6.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/บาดเจ็บที่สมอง (%)	0	0.83	2.59	0	0
7. อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะครากขณะฟื้นฟู					
7.1 ผู้ป่วยโรค/บาดเจ็บไขสันหลัง (%)	0	2.01	1.12	1.35	2.09
7.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/บาดเจ็บที่สมอง (%)	0	1.57	5.56	0.39	3.02
8. จำนวนผู้ป่วยที่มี recurrent Stroke (ราย)	0	0	0	0	0
9. จำนวนผู้ป่วยตกเตียง / ล้อเข็น (ราย)	0	1	0	0	0
10. จำนวนผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ (%)	0	0	0.4	0	0
11. จำนวนผู้ป่วยที่เกิด DVT (%)	0	0	0	0	0.53

ตารางที่ 8 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านการบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. อัตราผู้ป่วยนัดที่รอตตรวจน้อยกว่า 15 นาที (%)	>50%	76.83	55.91	60.75	62.2 <sup>#</sup>
2. อัตราผู้ป่วยไม่ได้นัดที่รอตตรวจน้อยกว่า 30 นาที (%)	>50%	70.81	53.29	63.5	71.6
3. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเฉลี่ย (คน/วัน)	NA	41.85	42.20	42.43	42.53
4. อัตราผลการตรวจพิเศษที่ออกภายใน 24 ชม. (%)	90%	95.03	93.18	85.92	76.22
5. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (%)	100	100	100	100	74
6. จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมดนตรีบำบัด (ครั้ง)	>24/ปี	-	-	6 <sup>+</sup>	42
7. จำนวนครั้งของการเข้าร่วม โครงการดนตรีจิตอาสา (ครั้ง)	NA	-	-	-	7
8. จำนวนผู้ป่วยร้องเรียน (ราย)	0	0	0	0	0

#เปลี่ยนเป้าหมายจาก น้อยกว่า 15 นาที เป็น น้อยกว่า 12 นาที

+เริ่มกิจกรรมเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2552

ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดคุณภาพด้านการจัดการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. อัตราการครองเตียงของผู้ป่วย (%)	>85%	75.35	69.50	68.56	72.47
2. อัตราผู้ป่วยขาดนัดตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (%)	≤5%	5.08	2.93	4.07	3.56
3. อัตราผู้ป่วยทดแทนผู้ป่วยที่ขาดนัดตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย (%)	>80%	71.00	88.15	80.43	81.23

#### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

##### 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีม โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและเพิ่มคุณค่า คำนึงถึงมิติด้านจิตใจและอารมณ์ทั้งของผู้รับบริการและบุคลากรในทีม มีการสร้างเครือข่ายและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างชาญฉลาด ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูยัง ร่วมสร้างสรรค่นวัตกรรมต่างๆ จากงานวิจัย สร้างองค์ความรู้ใหม่ที่แตกต่างและโดดเด่นเพื่อประชาสัมพันธ์ภาควิชา และมีการทบทวนกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว รายงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 10 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา <sup>1</sup>
<b>(1) การเข้าถึงบริการ</b>	
การตอบสนองความต้องการสุขภาพของผู้รับบริการและชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประสานงานกับโรงเรียนสอนคนตาบอด เพื่อให้การดูแลเด็กพิการทางสายตา และมีความพิการทางด้านร่างกายร่วมด้วย</li> <li>มีการประสานงานกับโรงเรียนศรีสังวาลย์ เชียงใหม่ ในการให้โปรแกรมดนตรีบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพทางกายและจิตใจ</li> </ul>
การจัดอุปสรรคด้านกายภาพ ภาษาวัฒนธรรม และอื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วย/ผู้พิการไม่มีที่จอดรถรับส่งผู้ป่วยที่เพียงพอ เนื่องจากที่จอดรถคนพิการถูกใช้โดยบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ป่วย/ผู้พิการ สำหรับแนวทางในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ การประสานงานกับทางโรงพยาบาลเพื่อให้มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลบริเวณที่จอดรถสำหรับผู้พิการ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย/ผู้พิการ</li> </ul>
ความรวดเร็วและระยะเวลารอคอย	<ul style="list-style-type: none"> <li>จากการปรับตารางการทำงานและตารางการเรียนการสอน ทำให้การออกตรวจเริ่มเร็วขึ้น จาก 9.00 น. เป็น 8.30 น. และการให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูเริ่มตั้งแต่เวลา 8.00 น. (จากเดิม 9.00น.)</li> <li>มีการนัดเวลารับบริการให้เป็นระบบมากขึ้น เช่น นัดให้ผู้ป่วยนอกมาฝึกช่วงเช้า และให้ผู้ป่วยที่ส่งจากห้องตรวจมารับบริการช่วงบ่าย</li> <li>ระยะเวลารอตรวจเฉลี่ยลดลงจากเดิม 19.68 นาที (ปี 52) เป็น 16.18 (ปี 53)</li> </ul>
<b>(2) การดูแลฉุกเฉิน / เร่งด่วน</b>	
กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินและเร่งด่วน <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดให้ผู้พิการ หรือผู้ที่ดูแลอาการหนักได้ตรวจก่อน</li> </ul>

<sup>1</sup> เขียนอย่างกระชับ ใช้ bullet ได้ ให้คำอธิบายเฉพาะในหัวข้อที่เห็นว่ามีความสำคัญหรือมีความจำเป็นต้องอธิบาย

<sup>2</sup> เช่น stroke, multiple injuries, acute MI, febrile convulsion, poisoning ฯลฯ

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา <sup>1</sup>
(3) การรับไว้และส่งต่อ กลุ่มผู้ป่วยที่ รพ.ไม่สามารถให้การดูแลได้	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีที่เตียงผู้ป่วยเต็ม จะสอนการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ญาติ และส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน และนัดหมายการเข้านอนโรงพยาบาลอีกครั้งโดยให้เบอร์โทรติดต่อเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพ</li> </ul>
(4) การรับเข้าหน่วยบริการวิกฤติ หน่วยบริการพิเศษ	
หน่วยบริการวิกฤติ (ICU)	NA
หน่วยบริการพิเศษ	NA
(5) การให้ข้อมูลและขอความ ยินยอม	
การให้ข้อมูล, การขอความยินยอม ทั่วไป, การขอความยินยอมสำหรับ หัตถการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>แยกใบยินยอมรับการรักษา สำหรับหัตถการแต่ละประเภท เช่น การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย, Phenol block, botulinum toxin injection</li> <li><u>กำลังจัดทำใบยินยอมรับการรักษาสำหรับการทำ <i>cystometry, trigger point injection</i> และ <i>local steroid injection</i> และได้ <i>update</i> ใบยินยอมรับการรักษาสำหรับการตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย, <i>phenol block</i> และ <i>botulinum toxin injection</i></u></li> </ul>

#### ตารางที่ 11 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
ก(1) การประสานและเชื่อมโยง	
การประสานเพื่อลดความซ้ำซ้อน, การเชื่อมโยงผลการประเมิน	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการใช้ข้อมูลจากการประเมินร่วมกันระหว่างทีมการรักษา เช่น interdisciplinary care plan</li> </ul>
กลุ่มโรคที่ต้องประสานและเชื่อมโยง <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Spinal cord lesion and stroke patient</li> </ul>
การระบุปัญหาที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุปัญหาทุก ๆ ด้านของผู้ป่วยในแต่ละรายในใบ problem list รวมทั้งระบุระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ</li> </ul>
ก(2) ความครอบคลุม	
ประวัติสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Add comment ในใบ problem list ใน new admission conference (รวมถึงข้อมูลจากสังคมสงเคราะห์)</li> <li>ระบุเรื่อง psychosocial and economic ลงใน problem list ของผู้ป่วยทุกราย</li> <li><u>กำลังปรับปรุง <i>admission note</i> ให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนตาม</u></li> </ul>
การตรวจร่างกาย	
การรับรู้ของผู้ป่วย	
ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ	

<sup>3</sup> เช่น โรคที่ซับซ้อน โรคที่ต้องดูแลร่วมกันหลายสาขา ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจาก รพ.อื่น

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
	<b>เกณฑ์ และเพิ่มการประเมินสภาวะโภชนาการด้วย</b>
<b>ก(3) วิธีการประเมิน</b>	
การประเมินที่ต้องใช้เครื่องมือหรือ invasive procedure	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีที่จะรับย้ายผู้ป่วย               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าผู้ป่วยสามารถลงมาที่ OPD ได้ ให้รับผู้ป่วยลงมาเพื่อประเมินร่วมกันระหว่าง อาจารย์ แพทย์ประจำบ้านและทีม PT,OT</li> <li>- ถ้าไม่สามารถรับผู้ป่วยลงมาที่ OPD ได้ ให้แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ไปประเมินร่วมกันที่หอผู้ป่วย</li> </ul> </li> </ul>
การตรวจที่ต้องใช้ทักษะหรือความเชี่ยวชาญพิเศษ	
การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย	
การประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย <sup>4</sup>	
<b>ก(4) การบันทึกผลการประเมิน</b>	
การบันทึกภายในกำหนดเวลา	<p>มีการบันทึกความเห็น/ข้อเสนอแนะจากทีมในระหว่างการประชุม New admission และ grand round ผ่านระบบสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>กำลังทำแบบฟอร์มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติกับทีมดูแลเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสาร</u></li> </ul>
การบันทึกโดยแพทย์	
การบันทึกโดยพยาบาล	
การบันทึกโดยวิชาชีพอื่น	
การใช้ประโยชน์จากบันทึก	
<b>ก(5) การประเมินซ้ำ</b>	
ผู้ป่วยระดับ 3-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการประเมินผู้ป่วยระดับ 3-4 กรณี incomplete spinal cord lesion อย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง, กรณี complete spinal cord lesion และ stroke อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</li> </ul>
กลุ่มโรคที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spinal cord lesion และ stroke</li> </ul>
<b>ก(6) การอธิบายผลการประเมิน</b>	
ในผู้ป่วยทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการทำ need assessment/ goal setting โดยมีผู้ป่วยญาติ และทีมผู้ให้การรักษาเข้าร่วม (กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน )</li> </ul>
ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้	
กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spinal cord lesion และ stroke patient</li> </ul>
<b>ค(1) การวินิจฉัยโรค</b>	
ข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>• การซักประวัติและตรวจร่างกายตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
การบันทึกภายในเวลาที่กำหนด	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ภายใน 48 ชั่วโมงหลัง admission (ผู้ป่วยใน)</li> </ul>
การวินิจฉัยโรคที่ต้องมีการจัดระดับความรุนแรงหรือระยะการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการวางแผนการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>

<sup>4</sup> ในด้าน อายุ ปัญหาสุขภาพ ความเร่งด่วน ระดับการศึกษา / ภาษา / วัฒนธรรมของผู้ป่วย การ investigation ที่เคยทำ บริการหรือการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล</li> </ul>
การทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล</li> </ul>

ตารางที่ 12 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
<b>(1) การประสานและเชื่อมโยง</b>	
รูปแบบของแผนการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการประชุม new admission conference โดยมี team PCT เข้าร่วม และเพิ่มจากเดิมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง เพื่อให้ทีมมีเป้าหมายการฟื้นฟูร่วมกันรวดเร็วขึ้น</li> </ul>
รูปแบบที่เอื้อต่อการเชื่อมโยงและประสานกัน	
<b>(2) แผนตรงและครอบคลุมปัญหา</b>	
ความครอบคลุมปัญหาที่ระบุไว้	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
พิจารณาการดูแลที่เป็นองค์รวม	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
<b>(3) การใช้หลักฐานวิชาการ</b>	
ผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
<b>(4) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ</b>	
กรณีมีทางเลือกของการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการทำ goal setting</li> </ul>
กรณีมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง	
กรณีผลลัพธ์ของการรักษาไม่แน่นอน	
กรณีเป็นวิธีการรักษาใหม่	
กรณีมีค่าใช้จ่ายสูง	
กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient
<b>(5) เป้าหมายและวิธีการดูแลรักษา</b>	
ความชัดเจนของเป้าหมายในแผนการดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการระบุในใบ problem list ได้แก่ วิธีการรักษาฟื้นฟู, เป้าหมายการรักษา, ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และผลของการรักษา</li> </ul>
ความชัดเจนและสอดคล้องของการดูแลรักษาเพื่อบรรลุเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการปรับเป้าหมายตามผลของการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม จากการประชุม grand round ของทีมPCT</li> </ul>
<b>(6) การสื่อสาร นำแผนไปปฏิบัติ</b>	
การสื่อสารแผนการดูแลระหว่างแพทย์กับพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้วิธีพูดคุย และการเขียน progress note ร่วมกัน</li> <li>● ส่ง e-mail ไปรับ consult ผู้ป่วยในให้แก่ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด</li> </ul>
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การส่งไป consult</li> </ul>

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
เพื่อปฏิบัติตามแผนการดูแล	
ความครบถ้วนในการปฏิบัติตามแผน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบแผนการรักษาตอนประชุม grand round และก่อน discharge ผู้ป่วย</li> </ul>
ความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุบทบาทหน้าที่ของทีม ในการวางแผนการรักษา และระบุในใบ problem list</li> </ul>
กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient
<b>(7) การทบทวนและปรับแผน</b>	
ความเหมาะสมในการปรับแผน	มีการปรับแผนตามผลของการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม จากการประชุม grand round ของทีม PCT
กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient

ตารางที่ 13 การวางแผนจำหน่าย (PLN2)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
<b>(1) แนวทางทั่วไป</b>	
แนวทางและข้อบ่งชี้ในการวางแผนจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนดวันจำหน่ายผู้ป่วยล่วงหน้าในการประชุม new admission conference และผู้ป่วยฝึกฟื้นฟูสภาพบรรลุตามเป้าหมาย</li> </ul>
กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่มีแผนล่วงหน้า	Spinal cord lesion and stroke patient
<b>(2)/(4) การประเมิน</b>	
ประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายแต่เริ่มแรก	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการกลับสู่สังคม</li> </ul>
ระบุปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความพร้อมของสภาพแวดล้อม และสภาพจิตใจ และสังคมของผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>
ประเมินซ้ำเป็นระยะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำ grand round จาก 1 ครั้ง/2 สัปดาห์ เป็น ทุกสัปดาห์ เพื่อประเมิน และ ทบทวนผลการรักษาฟื้นฟู</li> </ul>
<b>(3) ผู้มีส่วนร่วมในการวางแผน</b>	
ผู้ป่วยและครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทุกคนมีส่วนร่วม และให้ความเห็นในที่ประชุม</li> </ul>
แพทย์ และพยาบาล	
วิชาชีพอื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และช่างกายอุปกรณ์</li> </ul>
<b>(5) การปฏิบัติตามแผนจำหน่าย</b>	
คุณภาพของการปฏิบัติตามแผน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประเมินจาก percent of goal achievement and length of stay, การเปลี่ยนแปลงของ Barthel index / SCIM</li> </ul>
ผลต่อศักยภาพและความมั่นใจในการแก้ปัญหาและดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ให้หนังสือคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพื่อสร้างความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม</li> </ul>

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient
<b>(6) การประเมินผล</b>	
จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการโทรศัพท์สอบถามปัญหา และอุปสรรค หลังจากกลับไปอยู่บ้าน และการต้องการความช่วยเหลือจากทีม</li> </ul>
จากการสุ่มตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	
จากการสัมภาษณ์ทีมผู้ปฏิบัติงาน	
ระบบการติดตามผลการดูแลผู้ป่วย หลังออกจาก รพ.	
การปรับปรุงกระบวนการวางแผน จำหน่าย	

ตารางที่ 14 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
<b>(1) แนวทางทั่วไป</b>	
การดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์และเครื่องช่วยคนพิการตามความเหมาะสม</li> <li>มีการจัดโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
คุณสมบัติของผู้ให้การดูแล	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ดูแลสามารถให้การบำบัดฟื้นฟูตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
การใช้หลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> </ul>
<b>(2) สิ่งแวดล้อม</b>	
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>ห้องมีสภาพชำรุดทรุดโทรม และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อยู่ในระหว่างคณะพิจารณาซ่อมบำรุง</u></li> <li>ภายในอาคารอากาศร้อน แต่ยังไม่มีการปรับอากาศ (เนื่องจากห้องฝึกเป็นห้องขนาดใหญ่) ผู้ป่วยไม่สามารถรับการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค multiple sclerosis, tetraplegia ที่มี impaired thermoregulation</li> <li>มีกลิ่นเหม็นจากบ่อบำบัดน้ำเสียของมหาวิทยาลัยไชยมาที่ห้องฝึกตลอด</li> </ul>
การคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็น ส่วนตัวของผู้ป่วย	
ความสะดวกสบาย	
ความสะอาด	
สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	
การลดสิ่งรบกวนต่างๆ	
<b>(3) ความปลอดภัย</b>	
การป้องกันอุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และขณะฝึก</li> </ul>
การป้องกันการบาดเจ็บ	
การป้องกันการติดเชื้อ	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ตามมาตรฐานของ infectious control</li> </ul>
<b>(4) ภาวะแทรกซ้อน วิกฤติ จุกเงิน</b>	
การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีปฏิบัติตาม CPG</li> <li>ทำ RCA เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น</li> </ul>

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
การจัดการกับภาวะวิกฤติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ได้มีการประสานงานกับ rapid response team ของโรงพยาบาล ในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ประสาน</li> <li>มีการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานให้แก่ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด</li> <li>กำหนดให้แพทย์เวรมาถึงหอฟื้นฟูสภาพในกรณีฉุกเฉินภายในเวลา 5 นาที</li> <li>แจ้งเตือนให้แพทย์เวรทราบล่วงหน้า กรณีมีผู้ป่วยอาการหนัก</li> <li>จัดให้มีแพทย์เฝ้าในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับยานอนหลับก่อนทำกายอุปกรณ์</li> </ul>
การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน	
กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke
<b>(5) การตอบสนองของปัญหาในลักษณะองค์รวม</b>	
กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke
<b>(6) ความต่อเนื่องในการดูแล</b>	
การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประชุม new case admission และประชุม grand round</li> <li>นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดเข้าร่วมรับส่งเวรกับพยาบาลทุกเช้า</li> <li>มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และดูความคืบหน้าขณะผู้ป่วยบำบัดฟื้นฟู ขณะแพทย์ไป round ward ทุกครั้ง</li> </ul>
การประสานการดูแลภายในทีม	
กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke

ตารางที่ 15 การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด (PCD.2)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
(1) การประเมินอาการเจ็บปวด	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>กำลังพิจารณานำแนวทางการประเมินความเจ็บปวดฉบับภาษาไทยมาใช้ (thai-DN4)</u></li> </ul>
(2) การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวด	<ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้เครื่องมือทางกายภาพในการบำบัดรักษาเพิ่มเติมจากยา</li> </ul>
กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient

ตารางที่ 16 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
(1) การประเมินและวางแผน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำ goal setting / need assessment ให้แก่ผู้ป่วยใน และญาติ</li> </ul>
(2) การให้ข้อมูล	
(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำ peer counseling โดยผู้พิการอาสาสมัคร หรือผู้ป่วยพิการด้วยตนเอง</li> <li>โครงการดนตรีบำบัด</li> </ul>



เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผลของการทำงานฝีมือต่อความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความเจ็บปวดของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล (Happy handmade )</li> <li>การใช้สื่ออารมณ์ขันเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>
(4) การกำหนดแผนการดูแลตนเองร่วมกัน และการติดตามปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> <li>ทำ goal setting / need assessment ให้แก่ผู้ป่วยใน และญาติ</li> </ul>
(5)การจัดกิจกรรมเสริมทักษะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการสอน wheelchair community skill ให้กับผู้ป่วย spinal cord lesion เพื่อให้สามารถเข้าสู่ชุมชนได้</li> <li>มี Wheely project</li> </ul>
(6) การประเมินและปรับปรุง	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการประเมิน wheelchair ที่ได้จาก wheely project หลังจากผู้ป่วยนำไปใช้พบว่า wheelchair เกิดการชำรุดง่าย และไม่มีอุปกรณ์/อะไหล่ เปลี่ยน</li> <li>การได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์จากองค์กรภาครัฐ (สปสช) ไม่เพียงพอ</li> <li>มีการประสานให้ผู้ป่วยไปขอรับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่โรงพยาบาลต้นสังกัด หรือติดต่อขอรับที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์</li> </ul>
กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke patient

ตารางที่ 17 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

เกณฑ์พิจารณา	สิ่งที่สะท้อนคุณภาพ การปรับปรุง ผลลัพธ์ โอกาสและแผนพัฒนา
(1) ระบบนัดหมาย ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>สำเนาเอกสารสรุปการจำหน่ายให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาลต้นสังกัด</li> <li>จัดทำรายชื่อผู้ประสานงานของโรงพยาบาลต่างๆ</li> </ul>
(2) การติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับองค์กรอื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดการประชุมสร้างเครือข่ายเพื่อดูแลผู้พิการในจังหวัดเชียงใหม่ โดยได้รับบสนับสนุนจาก สปสช</li> </ul>
(3) การสื่อสารข้อมูลให้หน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในอนาคตจะส่งกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัดก่อนที่จะกลับบ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลโดยโรงพยาบาลต้นสังกัดและชุมชน</li> </ul>
(4) การทบทวนเวชระเบียน	
(5) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยหลังจำหน่าย และผู้ป่วยสามารถโทรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลได้</li> <li>ปัจจุบันนี้ผู้ดูแลผู้พิการสามารถใช้สิทธิเพื่อลดหย่อนภาษีได้ แต่โดยมากยังไม่ทราบสิทธิ จึงได้มีการแนะนำในสิทธินี้เพื่อใส่ชื่อผู้ที่มีรายได้เป็นผู้ดูแลผู้พิการ</li> </ul>
กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรคสำคัญ	Spinal cord lesion and stroke

หมายเหตุ ตัวหนังสือขีดเส้นใต้และหนา = อยู่ในระหว่างดำเนินการ

เมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น โดยอิงบริบทตาม Clinical tracer และคำนึงถึงตัวชี้วัดตาม ICT monitor เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและวางแผนป้องกันในอนาคต สรุปได้ดังนี้

### ตารางที่ 18 การดูแลผู้ป่วย การป้องกันภาวะกระดูกหักขณะทำการฟื้นฟู

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:						
ข้อมูลตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2549	2550	2551	2552	2553
การเกิดภาวะกระดูกหักจากการฟื้นฟู	ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยไม่เกิดไม่เกิดกระดูกหักจากการฟื้นฟู	0	0	0	0	1
<p><b>บริบท</b></p> <p>ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหน้าที่หลักในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทั้งจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก ภายในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ และการรับปรึกษาจากต่างแผนก โดยทำงานร่วมกันเป็น PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด (อาชีพบำบัด) นักสังคมสงเคราะห์ และช่างกายอุปกรณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีความพิการ เคลื่อนไหวหรือยืนเดินได้น้อย ภาวะดังกล่าวข้างต้นเป็นความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก ที่ผ่านมามีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังกระดูกต้นขาหักจากการฝีกการใส่กางเกง ซึ่งทาง PCT ได้ทำการวิเคราะห์และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อติดและต้องฝีกใส่กางเกง รวมถึงได้ตีพิมพ์ผลงานเผยแพร่ไปแล้ว ในเดือนตุลาคม 2553 ได้เกิดอุบัติการณ์กระดูกต้นแขนซ้ายหักขณะแพทย์ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคกระดูกพรุน โดยผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ระดับความรู้สึกตัวมาดี</p> <p><b>ประเด็นสำคัญ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเกิดภาวะกระดูกหักจากการฟื้นฟูสภาพ</li> <li>2. ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น</li> </ol> <p><b>กระบวนการ</b></p> <p><b>กระบวนการพัฒนา</b></p> <p>PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้มีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก เนื่องจากการบำบัดรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูต้องมีการขยับเคลื่อนไหวข้อ รวมถึงการยืดกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดกระดูกหักเกิดขึ้นได้ ถ้าประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะได้เพิ่มความระวังมากขึ้นเป็นพิเศษ</p>						

### กระบวนการดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทำการประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักในผู้ป่วยสูงอายุ โดยประเมินจาก

1. กรณีผู้ป่วยเคยตรวจมวลกระดูก (Bone Mineral Density: BMD) ถ้าค่า T score < -2.5 แสดงว่ามีภาวะกระดูกพรุน แสดงว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกหัก

2. กรณีที่ไม่เคยตรวจมวลกระดูก ให้ดูว่ามีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก (clinical risk factors) ต่อไปนี้หรือไม่

- ประวัติกระดูกหักในช่วงที่เป็นผู้ใหญ่
- ประวัติกระดูกสะโพกหักในบิดาหรือมารดา
- รับประทานในกลุ่ม steroid (prednisolone ขนาดตั้งแต่ 5 มิลลิกรัมต่อวันหรือเทียบเท่า) เป็นเวลานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป
- สูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน
- ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ
- ใช้อักเสบรามาคอยด์
- เป็นโรคกระดูกพรุนชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศม ถ้าใช้อักเสบเรื้อรัง malabsorption syndrome, โรคตับเรื้อรัง, ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน, ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ, โรคเบาหวานชนิดที่ 1, โรค osteogenesis imperfecta ในผู้ใหญ่, hyperthyroidism ที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับฮอร์โมนไทรอยด์เกินในผู้ป่วย hypothyroidism

ทำการประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย ถ้ามีความเสี่ยงมากให้บันทึก precaution เพื่อให้ทีมผู้บำบัดรักษาตระหนักและระมัดระวังถึงความเสี่ยงดังกล่าว

### ผลการพัฒนาที่สำคัญ

ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักจากการทำกายภาพบำบัดรักษาฟื้นฟู

### การวางแผนเพื่อพัฒนาต่อ

ทดลองใช้การประเมินดังกล่าว เพื่อดูความเหมาะสมของแบบประเมิน และปรับรูปแบบให้เหมาะสม

**ตารางที่ 19 การดูแลผู้ป่วย การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ**

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2549	2550	2551	2552	2553
ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอ	ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำและกินอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย.	100	100	100	100	100
การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก ของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง	ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยไม่เกิดปอดอักเสบจากการสำลัก และเกิดการอุดตันของทางหายใจ	0	0	0	0	1
ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง	ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลตามกำหนด	100	100	100	100	99

**บริบท**

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีหน้าที่หลักในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ผู้พิการจากการบาดเจ็บ/โรคไขสันหลังโดยทำงานร่วมกันเป็น PCTเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด (อาชีพบำบัด) นักสังคมสงเคราะห์ และช่างกายอุปกรณ์ ซึ่งให้การดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในเขตความรับผิดชอบและผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลต่างๆทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน ปัญหาที่พบได้บ่อยกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ หลังจากผ่าตัดที่ก่อด้วยวิธี ACD คือ ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) และสำลักน้ำและอาหาร นำไปสู่การเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจและการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา หลังจากรับย้ายผู้ป่วยไปที่ ตึกฟื้นฟู พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากร้อยละ 5.6 แต่ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก และในเดือนมิถุนายน 2553 พบอุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบจากการสำลักกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ 1 ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอจากอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ล้ม เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2553 มี Distraction extension fracture C4-C6 และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี ACDF with Atlantis plate C3-C6 เมื่อ 20 เมษายน 2553 และเคยมีประวัติ Hospital Acquired Pneumonia ผู้ป่วย on Shiley tube และเมื่ออาการดีขึ้นจึงรับย้ายมาที่ตึกฟื้นฟูเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2553 เพื่อการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม และสอนญาติดูแล

**ประเด็นสำคัญ**

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ
2. เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจและเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ
3. ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

## กระบวนการ

### กระบวนการพัฒนา

PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้มีการพัฒนา Dysphagia Screening Test เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 และได้ทำ Care Map เพื่อการดูแลผู้ป่วยจากนั้นได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองให้สามารถคัดกรองปัญหาการกลืนลำบากกับผู้ป่วยโรคอื่นๆให้ครอบคลุม และนำมาใช้คัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอหลังผ่าตัด ACDF จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ทีม PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟู สามารถดูแลและบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถกลืนได้ปลอดภัยและได้รับสารอาหารเพียงพอ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ก. การดูแลผู้ป่วยก่อนการรับย้าย

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอทุกรายจะได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก OPD 20 ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยทุกรายและญาติจะได้รับข้อมูลด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนการรับย้ายมาที่ตึกฟื้นฟู การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการรับย้าย, ข้อควรระวังและโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

#### ข. การดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยรับย้ายมาที่ตึกฟื้นฟู

ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถด้านร่างกายและการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน ด้านการกลืนและการกิน ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคเมื่อเกิดความพิการ และความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อมีความพิการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติต้องเซ็นลงนามยินยอมรับการรักษาและบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิธีการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆจากทีม PCT รวมถึงวิธีการบำบัดฟื้นฟูการกลืน การหายใจ การไอ และวิธีปฏิบัติที่ป้องกันการเกิดการสำลัก การอุดตันของทางเดินหายใจ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจ รวมถึงการได้รับสารอาหารในช่วงที่บำบัดฟื้นฟูการกลืน

การบำบัดฟื้นฟูการกลืนปฏิบัติโดยนักกิจกรรมบำบัด(อาชีพบำบัด) ที่มีความชำนาญและผ่านการฝึกหัดด้านบำบัดฟื้นฟูการกลืน เทคนิคการบำบัดฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยแต่ละรายจะขึ้นอยู่กับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ หรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการกลืนเช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการหายใจ การไอและมีปัญหาการ

กลืน ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกหายใจเพื่อให้เกิดประสานสัมพันธ์กับการกลืน และฝึกการไอควบคู่กัน ไปด้วยกับการฝึกทางกายภาพบำบัด หรือกรณีที่ผู้ป่วยกลืนอาหารหนักได้ แต่มีปัญหาคลื่นน้ำลำบากและลำคอง่าย นักกิจกรรมบำบัดต้องสอนเทคนิคหรือดัดแปลงท่าทางเพื่อชดเชยการกลืนและให้ผู้ป่วยกลืน ได้ดีขึ้น และกรณีที่ผู้ป่วยใส่ tracheostomy tube อยู่เพื่อช่วยหายใจและระบายเสมหะการบำบัดฟื้นฟูการกลืนต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจาก tracheostomy tube จะไปขัดขวางการยกขึ้นของคอหอย (larynx) ขณะที่กลืน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นที่ยังมีอยู่บ้าง เช่น ปัญหาจากตัวของผู้ป่วยที่มีอัมพาตของคอระดับสูง ทำให้มีปัญหาการหายใจ การไอและการขจัดเสมหะ และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกขึ้นมาอยู่ในท่านั่งหัวสูงได้ เนื่องจากมี postural hypotension รวมถึงการมีภาวะกลืนเจ็บ (odynophagia) และเกิดการไหลย้อนของอาหาร (reflux) ดังนั้นบางครั้งการดูแล บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนจากทีม PCT จึงทำได้ลำบากเนื่องจากมีความรู้และความชำนาญที่ต่างกันในการประเมินปัญหาและวางแผนการรักษา บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

เนื่องจากการบำบัดฟื้นฟูการกลืนเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องทำด้วยความระมัดระวัง ดังนั้นทีม PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟู จึงได้ตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอหลังผ่าตัด ACDF ในการเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยขาดน้ำและสารอาหาร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานและไม่ต้องกลับมา re-admission อีก

ค. การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วย

PCT มีการสอนเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การดื่มน้ำ การดูแลระบบทางเดินปัสสาวะและการขับถ่าย การดูแลให้มีการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้ข้อติดและการป้องกันการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอทุกรายและญาติผู้ดูแล รวมถึงสอนวิธีการดัดแปลงอาหาร การจัดทำช่วยกลืนและการชดเชยการกลืนด้วยวิธีการต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อและประสานไปยังทีมเวชกรรมฟื้นฟูที่โรงพยาบาลใกล้บ้านให้ทีมเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีก

#### ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง

ก. ทีม PCT ควรมีการตรวจประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอหลังผ่าตัด ACDFทุกรายที่รับย้ายมาบำบัดฟื้นฟูที่ตึกฟื้นฟู

ข. การดูแลผู้ป่วยของทีม PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีการกำหนดเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ชัดเจน และได้มีการซักถามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยเป็นอย่างเป็นระบบ และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะกลืนเจ็บ (odynophagia) มีปัญหาสำลักน้ำและอาหารออกมทาง tracheostomy tube จึงได้ส่งผู้ป่วยไปตรวจที่แผนก ENT พบว่าผู้ป่วยมีพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการสำลักสูง จึงได้หยุดฝึกการกลืน ทีม PCT ได้มีการ

ประเมินผู้ป่วยซ้ำ และพบว่าผู้ป่วยมีเสมหะข้นเหนียว มีอาการหอบเหนื่อยและมีไข้สูง จึงส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมและ admit ที่หออายุรกรรมชาย 1 เมื่อ 22 มิถุนายน 2553 ด้วยเรื่อง aspiration pneumonia

ค. ความปลอดภัยในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนลำบากทีม PCT จะมีการสื่อสารร่วมกันในการกำหนดวิธีการฝึกกลืนให้กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งเรื่องการรับสารอาหารและน้ำจากพยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารและขาดน้ำ และหากผู้ป่วยมีเสมหะและไม่สามารถไอได้เองก็จะได้รับการดูแลด้านการระบายเสมหะจากพยาบาลและนักกายภาพบำบัด ก่อนที่จะมาฝึกกลืนกับนักกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วยและญาติจะได้รับข้อมูลจากนักกิจกรรมบำบัดเกี่ยวกับขั้นตอนการฝึกกลืน ข้อควรระวังต่างๆ เพื่อป้องกันการสำลักและการอุดตันของทางเดินหายใจ และนักกิจกรรมบำบัดจะสอนญาติให้รู้จักวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลืนได้ปลอดภัย

ง. ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีม PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้มีการบันทึกความก้าวหน้าด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะส่งสรุปผลการรักษา บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและมอบให้ผู้ป่วยและญาติไว้เพื่อให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และประสานโดยเจ้าหน้าที่ PCU หรือ สอ. เพื่อลงไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

#### ผลการพัฒนาที่สำคัญ

1. ประสานกับ PCT ออร์โธ เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบากอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรก
2. ให้ความรู้กับพยาบาล ออร์โธ พยาบาลฟื้นฟูเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบาก

#### การวางแผนเพื่อพัฒนาต่อ

1. ทำ peer review และศึกษา evidence base ของการเกิดภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ
2. พัฒนาแบบคัดกรองและแนวทางปฏิบัติเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบากอย่างเป็นระบบ
3. ให้ความรู้กับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ PCU หรือ สอ. ด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีปัญหาการกลืนลำบาก

**ตารางที่ 20 การดูแลผู้ป่วย การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำของขา  
(Deep vein thrombosis-DVT) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง**

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: การเกิด DVT ในผู้ป่วย SCI ระหว่าง admit หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ											
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2551	2552	2553							
อัตราการเกิด DVT	0%	0%	0%	0.53%*							
อัตราการเกิด fatal PE หลังจากมี DVT	0%	0%	0%	0%							
<p>* 1 รายจากผู้ป่วย 186 ราย</p> <p><b>บริบท</b></p> <p>หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ รพ. มหาราชนครเชียงใหม่ให้การดูแล รักษา และบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความพิการทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหรือมีรอยโรคที่ไขสันหลังทั้งผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบและที่ส่งต่อมาจากจังหวัดต่างๆทั่วภาคเหนือตอนบน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเข้ารับบริการถึงปีละ 200 กว่าคน นอกจากนี้ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ยังเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และมักได้รับเลือกให้เป็นแหล่งศึกษาดูงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีกด้วย</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนสำคัญอย่างหนึ่งที่พบได้เป็นระยะๆสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำของขา ซึ่งพบได้มากถึง 47%ของผู้ป่วย โดยอุบัติการณ์ของภาวะลิ่มเลือดอุดตันไปยังปอดที่รุนแรงจนถึงแก่ชีวิต (fatal pulmonary embolism- fatal PE) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ตามหลัง DVT มีสูงถึง 2% เห็นได้ว่าเมื่อเกิด DVT ผู้ป่วยก็มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้สูงขึ้น และยังทำให้ต้องงดการบำบัดชั่วคราว ส่งผลเพิ่มระยะเวลาอนโรงพยาบาล (length of stay) นานขึ้นอีกด้วย</p> <p><b>ประเด็นสำคัญ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การเกิด DVT ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ไขสันหลัง (SCI) ระหว่างรับการบำบัด ณ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ</li> </ul> <p><b>วัตถุประสงค์/เครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>วัตถุประสงค์</th> <th>เครื่องชี้วัด</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- ผู้ป่วย SCI เกิด DVT ระหว่าง admit น้อยที่สุด</td> <td>อัตราการเกิด DVT ระหว่าง admit ในแต่ละปี</td> </tr> <tr> <td>- ไม่พบ fatal PE หลังเกิด DVT</td> <td>อัตราการเกิด fatal PE ในผู้ป่วย SCI ที่เป็น DVT</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กระบวนการพัฒนา</li> </ul> <p>เนื่องจากเริ่มมีกรณีผู้ป่วยเป็น DVT ระหว่างการให้การฟื้นฟูในหอผู้ป่วย ทำให้ทีมเกิดความตระหนักว่า</p>						วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด	- ผู้ป่วย SCI เกิด DVT ระหว่าง admit น้อยที่สุด	อัตราการเกิด DVT ระหว่าง admit ในแต่ละปี	- ไม่พบ fatal PE หลังเกิด DVT	อัตราการเกิด fatal PE ในผู้ป่วย SCI ที่เป็น DVT
วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด										
- ผู้ป่วย SCI เกิด DVT ระหว่าง admit น้อยที่สุด	อัตราการเกิด DVT ระหว่าง admit ในแต่ละปี										
- ไม่พบ fatal PE หลังเกิด DVT	อัตราการเกิด fatal PE ในผู้ป่วย SCI ที่เป็น DVT										



ควรจะสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อช่วยกันระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, ตรวจพบแต่เนิ่นๆและ ให้การรักษาได้ทันเวลาที่เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

- **กระบวนการดูแลผู้ป่วย**

- **ก่อนรับย้าย/เข้าอนรพ.**

แพทย์ผู้รับผิดชอบประเมินความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิด DVT เช่น มีกระดูกหักที่ขา, มีภาวะขาดน้ำ, อ้วน, เป็นมะเร็ง, มีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure), ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน, ตั้งครรภ์ และมีประวัติเคยเป็น DVT มาก่อน พร้อมบันทึกลงในเอกสารตอบการปรึกษาหรือเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อให้ทีมทราบโดยทั่วกัน

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง,ญาติ และผู้ดูแลควรได้รับการให้ข้อมูลจากแพทย์ ถึงอาการแสดงที่สำคัญเพื่อช่วยให้ตรวจพบได้ทันเวลาที่ และทราบข้อควรระวัง/ปฏิบัติเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะ DVT

- **ระหว่างนอนในหอผู้ป่วย**

แพทย์เจ้าของไข้ประสานงานกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

ผู้ป่วย SCI ทุกคนควรได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะ DVT โดยให้ทำการบริหารข้อของทั้ง 4 ระวังค์ ทั้งแบบ active และ passive อย่างน้อยวันละ 2 รอบ พร้อมไปกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และ ดำรงดูขาทั้งสองข้างเป็นประจำอย่างน้อยวันละครั้ง

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงควรได้รับการป้องกันเบื้องต้น ได้แก่ การวัดเส้นผ่านศูนย์กลางขาทั้งสองข้างทุกวัน และ พันผ้ายืด (elastic bandage)

ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าภาวะ DVT ส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงให้เห็น คือ ขาบวม อุ่น แดง และปวด แต่ผู้ป่วยที่ อัมพาตสิ้นเชิงจะรู้สึกปวด ซึ่งกรณีที่เพิ่งเริ่มเป็นไม่นาน อาจถูกมองข้ามไปได้ นอกจากนี้ อาการอื่น ๆ ที่อาจชวนให้สงสัยว่ามีภาวะ DVT ได้แก่ มีไข้ต่ำๆ โดยไม่สามารถหาสาเหตุชัดเจนได้ หรือกรณีที่มี ภาวะ PE สามารถพบอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด ได้ เป็นต้น

กรณีที่สงสัยว่ามีภาวะ DVT ให้บุคลากรในทีมที่เป็นผู้ตรวจพบรายงานแพทย์โดยเร็วที่สุด แพทย์ ผู้รับผิดชอบควรทำการยืนยันการวินิจฉัยโดยขอทำ venous ultrasound ให้เร็วที่สุด เมื่อได้รับการยืนยัน การวินิจฉัยแล้วจึงรีบทำการปรึกษาอายุรแพทย์ต่อไป นอกจากนี้ ให้แจ้งให้บุคลากรในทีมทุกคน

### รับทราบทั่วกันด้วย

#### ■ ก่อนจำหน่าย

เตรียมผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ก่อนกลับบ้าน โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค อาการ/อาการแสดง และการป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

ตรวจสอบยาละลายลิ่มเลือดให้มีเพียงพอจนถึงวันนัดและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ โดยไม่ขาดหรือหยุดยาไปเอง และให้มาตรวจค่าการแข็งตัวของเลือดตามนัดด้วย

กรณีผู้ป่วยบ้านไกล เดินทางลำบาก แพทย์จะเตรียมรายละเอียดข้อมูลที่จำเป็นไว้ให้ผู้ป่วยไปติดตามการรักษาที่รพ.ใกล้บ้านได้

#### การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

หารือกับทีมเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปฏิบัติตามได้ง่าย

สร้างเอกสารหรือสื่อให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ

### ตารางที่ 21 การดูแลผู้ป่วย การป้องกันการเกิด epididymo-orchitis

#### บริบท

ผู้ป่วยในที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้บริการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ และมักมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะร่วมด้วย (neurogenic bladder) ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยคือการคาสายสวนปัสสาวะ หรือสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

epididymo orchitis ก็เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่พบได้ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง อั้นทะบวม ปวด และร้อน ปัจจุบันพยาธิกำเนิดของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด จากงานวิจัยคาดว่าอาจเกิดจาก urethrovasal reflux จากการมีแรงดันในกระเพาะปัสสาวะสูงขณะปัสสาวะ (high voiding pressure) และพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงคือ ผู้ที่กระเพาะปัสสาวะทำงานไม่สัมพันธ์กับหูรูด, ต้องสวนปัสสาวะเป็นครั้ง ๆ, มีการตีบแคบของท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงเกิด azoospermia และเกิดภาวะมีบุตรยากต่อไปในอนาคต

#### ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

- ผู้ป่วย spinal cord lesion with neurogenic bladder ที่มาฟื้นฟูสมรรถภาพเกิด epididymo-orchitis ภายหลังการ

ทำ intermittent catheterization หรือ หลังการเปลี่ยน Foley catheter

### วัตถุประสงค์ / เครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์

วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด
1. มีผู้ติดเชื้อภายหลังการสวนน้อยที่สุด	อัตราการเกิด epididymo-orchitis ขณะนอนฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล

เป้าหมายและผลลัพธ์ (ตั้งแต่ กันยายน 2553 ถึง ธันวาคม 2553)

	เป้าหมาย	กย 53	ตค 53	พย 53	ธค 53
1. อัตราการเกิด epididymo-orchitis ขณะนอนฝึกฟื้นฟูสภาพ	0	1	0	2	0

### กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดติดเชื้อภายหลังการสวนปัสสาวะดังนี้

1. ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
  - 1.1. เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยแรกรับ หากเปลี่ยนครั้งสุดท้ายมานานกว่า 2 วัน
  - 1.2. ให้ดื่มน้ำประมาณวันละ 3 ลิตร
  - 1.3. ส่งตรวจ urinalysis และ urine culture ทุกรายแรกรับ
  - 1.4. หากผล urinalysis พบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 30/HPF และไม่มีอาการที่บ่งชี้ว่าติดเชื้อ (UTI) ให้ตรวจปัสสาวะซ้ำในวันถัดมา
    - 1.4.1. หากพบเม็ดเลือดขาวมาก (many) แสดงว่าติดเชื้อ (UTI)
    - 1.4.2. หากพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 30-100/HPF ให้เปลี่ยนสายสวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 1.5. หากผล urinalysis พบ เม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 30/HPF ให้เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะทุก ๆ 7 วัน
2. ผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะเป็นครั้ง ๆ
  - 2.1. ใช้สาย red rubber cath สวนปัสสาวะ (ยกเว้นในกรณีที่มีปัญหา cath ยาก จะใช้ Silicone cath ของผู้ป่วย โดยแช่น้ำยา Savlon 1:100)
  - 2.2. เจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ ประมาณ 2000 cc ต่อวัน และอาจปรับเพิ่มโดยดูจากปริมาณปัสสาวะ

ที่ออกใน 1 วัน

2.3. ส่งตรวจ urinalysis และ urine culture ทุกรายแรกจับ และเจ้าหน้าที่คอยสังเกตลักษณะปัสสาวะ  
ทุกๆ ครั้งที่สวน

2.3.1. หากปัสสาวะเข้ม เจ้าหน้าที่จะให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพิ่มจากเดิม

2.3.2. หากปัสสาวะขุ่น จะส่งตรวจปัสสาวะ (urinalysis) จะรายงานแพทย์หากผลพบว่ามีจำนวนเม็ด  
เลือดขาว มากกว่า 30/HPF

- ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง

1. การบำรุงรักษาเครื่องมือที่ใช้

มีระบบการตรวจสอบความสมบูรณ์ของอุปกรณ์ที่ใช้ในการสวน

2. การฝึกฝนทักษะการสวนของพยาบาล/เจ้าหน้าที่

2.1. ได้จัดให้มีอบรมเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะ neurogenic bladder, แนวทางการดูแลผู้ป่วย และเทคนิค  
การสวนปัสสาวะที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2. ตรวจสอบ Competency

#### แผนการพัฒนาต่อไป / ปัญหาอุปสรรค

1. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักและตื่นตัวเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ

2. มีการสุ่มตรวจเทคนิคการสวนของเจ้าหน้าที่

เฝ้าระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น urethral stricture

#### ตารางที่ 22 การลดความซ้ำซ้อนในการสั่งกายอุปกรณ์ (Orthosis) ให้แก่ผู้ป่วย

##### บริบท

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีกำลังกล้ามเนื้อเพียงพอจะได้รับการฝึกเดิน บางรายต้องใช้กายอุปกรณ์  
(Orthosis) ช่วยในการเดิน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้สั่งให้เจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องช่วยคนพิการทำ

##### ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

ความเสี่ยงในการสั่งกายอุปกรณ์ (Orthosis) ซ้ำซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อฟื้นตัวเพิ่มขึ้น แพทย์จึง  
สั่งกายอุปกรณ์ให้ใหม่โดยไม่ได้ยกเลิกกายอุปกรณ์เก่าที่เคยสั่งไว้ นอกจากนี้ช่างกายอุปกรณ์ต้องใช้เวลาทำ และ  
ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างช่างกายอุปกรณ์ ทำให้ผู้ป่วยได้กายอุปกรณ์ทั้งเก่าและใหม่ ต้องเสียเงินเพิ่มและ  
สิ้นเปลืองทรัพยากร

### วัตถุประสงค์ / เครื่องชี้วัดและการใช้ประโยชน์

วัตถุประสงค์	เครื่องชี้วัด
ลดความซ้ำซ้อนในการสั่งกายอุปกรณ์	อัตราการสั่งกายอุปกรณ์ผิดพลาด= 0

เป้าหมายและผลลัพธ์ (ตั้งแต่ มกราคม 2549 ถึง ธันวาคม 2553)

	เป้าหมาย	2549	2550	2551	2552	2553
I. อัตราการสั่งกายอุปกรณ์ (Orthosis) ผิดพลาด	0	0	0	0	0	1

### กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

#### กระบวนการพัฒนา

PCT เวชศาสตร์ฟื้นฟู มีการทำ RCA เพื่อหาสาเหตุการสั่งกายอุปกรณ์ (Orthosis) ผิดพลาด

#### กระบวนการดูแลผู้ป่วย

เมื่อนักกายภาพบำบัดฝึกผู้ป่วยเดินได้ระยะหนึ่ง เห็นว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน ก็จะพิจารณา ร่วมกับแพทย์ แพทย์เป็นผู้เขียนใบสั่ง Orthosis จากนั้นพยาบาลจะส่งผู้ป่วยไปตัด Orthosis ที่ หน่วยเครื่องช่วยคนพิการ ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงเปลี่ยน Orthosis โดยเขียนใบสั่ง Orthosis ชนิดใหม่ ในผู้ป่วยรายที่เกิดปัญหานี้ พบว่าเมื่อสั่ง Orthosis ชนิดใหม่ แพทย์ไม่ได้เขียนยกเลิก Orthosis เดิม ลงในใบสั่ง Orthosis ชนิดใหม่ ทำให้เจ้าหน้าที่หน่วยเครื่องช่วยคนพิการจัดทำ Orthosis ทั้งสอง ชนิด ซึ่งผู้ป่วยใช้จริงๆ เพียงชนิดเดียว และ Orthosis ชนิดแรกนั้นผู้ป่วยต้องจ่ายค่าส่วนเกินเป็นเงิน 1000 บาท

จากการสอบถามวิธีรับคำสั่งของหน่วยเครื่องช่วยคนพิการ พบว่าลงบันทึกเป็นรายวัน ทำให้ตรวจสอบได้ยากว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับ Orthosis 2 ชนิด โดยแต่ละชนิดมีผู้รับผิดชอบแยกกัน จึงไม่ทราบว่ามีการสั่ง Orthosis 2 ชนิด

#### แผนการพัฒนาต่อไป / ปัญหาอุปสรรค

1. แจ้งให้แพทย์ทราบว่าต้องเขียนยกเลิก Orthosis เดิมลงในใบสั่ง Orthosis ชนิดใหม่ทุกครั้ง
2. แนะนำให้มีการบันทึกการสั่ง Orthosis สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและอาจใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วย

## 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

### 4.2.1 การจัดทำแบบประเมินภาวะทุโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ

**ปัญหา** ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือพิการมีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการได้บ่อย

**วิธีการ**

1. วิเคราะห์หาตัวแปรที่ช่วยบ่งชี้ถึงภาวะทุโภชนาการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู
2. สร้างแบบประเมินภาวะทุโภชนาการ

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. มีแบบประเมินภาวะทุโภชนาการ
2. มีการประเมินตามแบบประเมิน โดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู

**ผลลัพธ์** 1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟู โดยคำนึงถึงบริบทด้านภาวะโภชนาการ

**แนวทางพัฒนา** มีการอบรมความรู้เกี่ยวกับภาวะทุโภชนาการและการใช้แบบประเมินภาวะทุโภชนาการ และอาจขยายผลในการนำไปใช้ที่ ward อื่นๆ ต่อไป

### 4.2.2 การจัดทำ Admission form เฉพาะสำหรับผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินเวชระเบียนและบริบทของข้อมูลทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

**ปัญหา** จากการประเมินเวชระเบียนโดยใช้มาตรฐานใหม่ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินรวมลดลง เนื่องจากไม่มีข้อมูลบางอย่างในเวชระเบียนแบบเดิมและทำให้ขาดความสมบูรณ์ นอกจากนั้นข้อมูลผู้ป่วยและญาติที่จำเป็นต่อการวางแผนการรักษาฟื้นฟูยังไม่เป็นระบบที่ดี

**วิธีการ**

1. ร่างแบบ Admission form โดยกำหนดให้มีข้อมูลตามมาตรฐานการประเมินแบบใหม่
2. ขอความเห็นจากคณาจารย์และแพทย์ประจำบ้านเกี่ยวกับข้อมูลที่น่าจะแก้ไขเพิ่มเติมหรือตัดออก

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ภาควิชามี Admission form ใหม่
2. อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 95%

**ผลลัพธ์**

1. ข้อมูลที่ได้เพียงพอต่อการวางแผนการรักษาฟื้นฟู
2. มีความคล่องตัวในการกรอกแบบ Admission form

**แนวทางพัฒนา** สามารถพัฒนาต่อขอเป็นข้อมูลสำหรับงานวิจัยในอนาคต

**4.2.3 การจัดทำใบยินยอมรับการตรวจหรือรักษา ได้แก่ การตรวจ Urodynamic study, local steroid injection, trigger point injection และปรับปรุงใบยินยอมการตรวจ electrodiagnosis, การฉีดยา phenol และ botulinum toxin injection ให้เข้ากับเกณฑ์เวชระเบียน**

**ปัญหา** ปัจจุบันการตรวจ การทำหัตถการหรือการใช้ยาซึ่งมีความเสี่ยง มีโอกาสเกิดการฟ้องร้องได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยและ/หรือญาติ มีความคาดหวังสูง ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจยินยอมรับการตรวจหรือรักษาจึงมีส่วนสำคัญ

**วิธีการ**

1. จัดทำแบบ Informed consent
2. ทดลองใช้เพื่อดูความสมบูรณ์

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ** ภาควิชามีแบบ Informed consent สำหรับการตรวจหรือหัตถการที่มีความเสี่ยง  
**ผลลัพธ์** ความพึงพอใจต่อการให้บริการมากกว่า 80%

**แนวทางพัฒนา** เผยแพร่ให้มีการใช้อย่างทั่วถึงใน โรงพยาบาลที่มีเวชกรรมฟื้นฟูในลักษณะเดียวกัน

#### **4.2.4 การปรับปรุงหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ**

**ปัญหา** หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพมีสภาพชำรุดทรุดโทรม และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

**วิธีการ**

1. คณะฯ ได้มีมติให้ซ่อมแซมหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ
2. คณะฯ ได้มีมติให้ย้ายหอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพไปอยู่ที่ชั้น 2 ตึกสงฆ์ เป็นการชั่วคราวในระหว่างการซ่อมแซม

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ** ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูสามารถให้บริการการตรวจ รักษาและฟื้นฟูได้ต่อเนื่อง

**ผลลัพธ์** หอผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพมีความปลอดภัย และน่าอาศัย

#### **4.2.5 การขยายผลโครงการดนตรีบำบัด**

**บริบท** ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูได้ให้บริการดนตรีบำบัดแก่ผู้ป่วยหอฟื้นฟูสภาพมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยการริเริ่มจากกลุ่มดนตรีบำบัด คณะแพทยศาสตร์ โดยในขณะนี้ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยดนตรีบำบัดจนเป็นลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งทำให้ได้รับรางวัลนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนจาก กพร.

**วิธีการ**

1. ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับกลุ่มคนตรีบำบัด พัฒนาแนวทางและวิธีการบำบัดที่ปฏิบัติได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยคนไทย
  2. ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับกลุ่มคนตรีบำบัด ร่วมกันให้องค์ความรู้และวิธีการบำบัดแก่โรงพยาบาลต่างๆ ที่ต้องการใช้คนตรีบำบัดเป็นเครื่องมือฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ** แนวทางการบำบัดด้วยคนตรีบำบัดได้รับการตอบรับจากโรงพยาบาลต่างๆ
- ผลลัพธ์** ผู้ป่วยมีทางเลือกในการบำบัดและฟื้นฟูด้วยคนตรีบำบัด

## 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

จากหน้าที่ เป้าหมาย และประเด็นคุณภาพที่สำคัญของทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อเนื่องได้แก่

1. การเพิ่มทักษะการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้พิการดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขปราศจากภาวะแทรกซ้อน
2. การจัดหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและอุปกรณ์ช่วยในชีวิตประจำวันให้พอเพียงกับความต้องการ
3. การประเมินความต้องการผู้ป่วยและครอบครัวทุกคนที่เข้ารับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในอย่างทั่วถึง
4. การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดที่มีราคาสูงให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยผู้พิการสูงสุด
5. การจัดหาแหล่งสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์และกายภาพบำบัดที่ทันสมัย
6. การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อความก้าวหน้าด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ
7. การสร้างนวัตกรรมเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่เวชกรรมฟื้นฟู
8. การมองหาโอกาสและแนวทางพัฒนาสู่การเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการระดับภูมิภาค

โดยสรุป จากผลงานที่ผ่านมาเชื่อว่า ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจดูจากรางวัลต่างๆ ที่บุคลากรได้รับจากอดีตสู่ปัจจุบัน อาทิเช่น รศ.พญ.อภิชนา โขวินทะ ได้รับรางวัล Society medal ซึ่งเป็นรางวัลระดับนานาชาติสำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปี ทั้งกายและใจในการพัฒนาการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลัง นอกจากนี้ยังได้รับรางวัลช่างทองคำ และอาจารย์ดีเด่นแห่งชาติ ประจำปี 2550 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งนับเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ท่านแรกที่ได้รับรางวัลในสาขานี้ รศ.นพ.เทอดชัย ชีวะเกตุ ได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2551 คุณเตือนใจ อัฐวงศ์ นักกิจกรรมบำบัด ได้รับรางวัลช่างทองคำ ผู้ปฏิบัติงานดีเด่นสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และล่าสุด ผศ.นพ.จักรกริช กล้าผจญ หัวหน้าภาควิชา



คนปัจจุบันได้รับรางวัลนวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนจาก กพร. ประจำปี พ.ศ. 2553 ในโครงการคนตรีบำบัดเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยและผู้พิการ รางวัลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะสร้างสรรค์และพัฒนาให้เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีความโดดเด่น และสร้างความมั่นใจให้กับคณะแพทยศาสตร์ได้ว่า ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีความแข็งแกร่งเพียงพอที่จะผลักดันให้เป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูในอนาคต