

Service Profile
บริการงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชป่า

ชื่อหน่วยงาน : งานเวชกรรมฟื้นฟู

ความมุ่งหมาย (Purpose) : ให้บริการด้านกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด กายอุปกรณ์เสริมและเทียม แก่ผู้ป่วย ผู้พิการ โดยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รวดเร็ว ปลอดภัย และผู้รับบริการพึงพอใจ

ขอบเขตบริการ : ให้บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และ กายอุปกรณ์เสริมและเทียม แก่ผู้ป่วย ผู้พิการ ในระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ, ระบบประสาท, ระบบการหายใจและการไหลเวียนโลหิต และเด็ก ในเวลาราชการ เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. คลินิกเวลา วันพุธ เวลา ๑๖.๓๐ – ๒๐.๓๐ น. และทุกวันเสาร์วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา ๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. โดยเฉพาะเน้นการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เช่น Stroke COPD และ DM โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปพัฒนางาน รวมถึงการเป็นศูนย์ดำเนินการจดทะเบียนผู้พิการ ให้การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ในเขตอำเภอป่า โดยการเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม และให้การสนับสนุนด้านวิชาการ การให้คำปรึกษาด้านการฟื้นฟูสภาพ

ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้ป่วย ผู้พิการ และญาติ	๑. ต้องการหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น รวมถึงการปฏิบัติดูแลตนเอง และไม่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา
	๒. การได้รับบริการที่รวดเร็ว จากการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
	๓. ได้รับพฤติกรรมบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่
	๔. ผู้พิการได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
หอผู้ป่วยใน (สามัญชาย สามัญหญิง หอผู้ป่วย ศัลยกรรมและเด็ก และหอผู้ป่วยหนัก)	๑. ต้องการให้นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรค HT Stroke COPD และ DM
	๒. ต้องการทราบข้อมูลการให้บริการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าการรักษา การดูแลต่อเนื่องทางกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบของอำเภอป่า	๑. ได้รับการประสานงาน ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตาม ดูแลผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในชุมชน
	๒. ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงาน เป็นภาคีเครือข่าย
	๓. การทราบข้อมูลการให้บริการ และต้องการให้ออกบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อที่ชุมชนสามารถดูแลรักษาทางกายภาพบำบัดเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง

ผู้รับบริการ	ความต้องการของผู้รับผลงาน
<p>หอผู้ป่วยหลังคลอด หอเด็ก หอผู้ป่วยเด็ก และคลินิก สุขภาพเด็กดี</p>	<p>๑. ให้การดูแลมาตาหลังคลอดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะในส่วนของ Upper Extremities</p>
	<p>๒. ให้การดูแล กระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการในเด็กวัย ๐-๑๒ ปีที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการอย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มพบความบกพร่องเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปพัฒนางานต่อไป</p>

ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

- มีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๕ กลุ่มดังนี้ DM stroke COPD เด็กเสี่ยงพัฒนาการช้า และ End of life care โดยเน้นการดูแลโรค Stroke COPD เด็กเสี่ยงพัฒนาการช้า และ DM โดยนักร่างกายบำบัดมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ในคลินิกเฉพาะโรคของตึกผู้ป่วยนอก และร่วมในการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย DM ที่ตัดขาเพื่อเตรียมความพร้อมในการใส่ขาเทียม รวมถึงออกตรวจเท้าร่วมกับคลินิกเบาหวาน เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย และนัดติดตามในคลินิกเท้าเพื่อป้องกันการถูกตัดเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงมีการตั้งคลินิกดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงพัฒนาการช้าทุกวันพุธที่... ของเดือน เพื่อตรวจประเมิน และติดตามพัฒนาการเด็กที่มีความเสี่ยง
- มีการประสานกับชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้พิการในชุมชน โดยงานเวชกรรมฟื้นฟู โดยมีนักร่างกายบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และช่างกายอุปกรณ์ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลคนพิการ สำรวจความต้องการ และจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาล ได้รับการสอน pulmonary rehabilitation อย่างครอบคลุม
- ผู้ป่วยโรค HT ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น stroke ได้รับการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง
- ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ได้รับอุปกรณ์พยุงข้อไหลเพื่อป้องกันการภาวะข้อไหลหลุด
- ผู้ป่วย DM ที่ตัดขา ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และใส่ขาเทียมอย่างครอบคลุมทุกราย
- เด็กวัย ๐ -๕ ปี ที่บกพร่องทางพัฒนาการ ได้รับการกระตุ้น ส่งเสริม พัฒนาการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีพัฒนาการที่สมวัยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจเท้าอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และสูงมากได้รับรองเท้าที่เหมาะสมกับสภาพเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผลซ้ำซ้อน และการถูกตัดเท้า

ลักษณะสำคัญของงานและปริมาณงาน

ปริมาณงานงานเวชกรรมฟื้นฟู

ข้อมูลการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางเวชกรรมฟื้นฟูปี ๒๕๕๑-๒๕๖๑

ปีงบประมาณ	COPD ที่นอน รพ.	Stroke รายใหม่	ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว	เด็กเสี่ยงด้าน พัฒนาการล่าช้า	ผู้ป่วย เบาหวานที่ผล การตรวจ ทำความเสี่ยง สูงและสูงมาก
๒๕๕๑	๑๘๔	๖๑	๒๕๘	-	-
๒๕๕๒	๑๖๐	๑๒๙	๓๓๑	-	-
๒๕๕๓	๘๕	๑๒๐	๔๑๕	-	-
๒๕๕๔	๒๔๙	๘๕	๕๕๒	-	-
๒๕๕๕	๑๗๒	๘๗	๘๔๐	-	-
๒๕๕๖	๑๕๑	๙๐	๑๑๑๕	-	๑๗
๒๕๕๗	๑๔๘	๑๐๘	๑๒๕๐	๕๗	๖
๒๕๕๘	๑๑๙	๘๔	๑๔๐๖	๖๔	๖
๒๕๕๙	๑๑๘	๙๒	๑๗๗๗	๕๒	๗
๒๕๖๐	๑๖๙	๑๑๓	๒๒๕๖	๓๙	๑๘
๒๕๖๑(มิ.ย)	๑๐๔	๑๖๒	๒๒๕๖	๑๐	๒๓

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

- ผู้ป่วย COPD มีแนวโน้มการ re-admitted ที่สูง ในปี ๒๕๕๔ งานกายภาพบำบัดจึงมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD โดยติดตามวัดผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยโรค HT ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น stroke มีจำนวนมาก (ในปี ๒๕๕๕ มีจำนวน ๘๗ คน ในปี ๒๕๕๖ มีจำนวน ๙๐ คน ปี ๒๕๕๗ มีจำนวน ๑๐๘ คน ในปี ๒๕๕๘ ณ พ.ค. มีจำนวน ๘๔ คน และปี ๕๙ มีจำนวน ๙๒ คน ปี ๒๕๖๐ ๑๑๓ คน) และพบว่าแนวโน้มที่จะเป็นผู้พิการสูง หากไม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด
- ผู้ป่วย DM ที่ตัดขาถึงแม้มีจำนวนไม่มาก แต่การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเพื่อเตรียมตัวในการใส่ขาเทียม เพื่อให้กลับมามีชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติอีกครั้งถือเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตมากและกลายเป็นบุคคลพิการในที่สุด
- ภาวะการ Burn จากแผ่นประคบร้อน เนื่องจากสถิติปีงบประมาณ ๒๕๕๘ พบว่ามีผู้ป่วย Burn จากแผ่นร้อน ๓ ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ
- มีการพัฒนาคุณภาพ แต่ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ และติดตามคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ
- ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่มีอยู่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้การดูแลไม่ครอบคลุม และคาดว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านพัฒนาการจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี ๒๕๕๔ งานกิจกรรมบำบัดจึงมี

ส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นการกระตุ้น ส่งเสริม/ฟื้นฟู เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย โดยติดตาม วัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

๗. ผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้าในปี ๕๖-๕๘ มีจำนวน ๙ ราย ซึ่งทำให้เกิดภาวะความพิการขึ้น ดังนั้นการ ดูแลเท้าและการได้รับรองเท้าที่เหมาะสมจะเป็นการป้องกันการถูกตัดเท้า

ศักยภาพ และ ข้อจำกัดในด้านคน และ เครื่องมือ เทคโนโลยี

ศักยภาพด้านบุคลากร

ข้อเด่น - บุคลากรเป็นคนพื้นเมือง ในพื้นที่จังหวัดน่าน และ ทำงานมานานทำให้เข้าใจบริบทของพื้นที่ ได้ดี สามารถทำงานเชิงรุกได้ดี และเข้าใจวิถีชุมชน

ข้อจำกัด - มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ

ในปัจจุบันทีมงานเวชกรรมฟื้นฟู มีบุคลากรทั้งหมด ๙ คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ๑ คน นักกายภาพบำบัดจำนวน ๔ คน นักกิจกรรมบำบัด ๒ คน และพนักงานกายภาพบำบัด ๒ คน ซึ่งปฏิบัติงานด้านกาย ุอุปกรณ์จำนวน ๒ คน ซึ่งมีไม่เพียงพอที่จะรองรับการให้บริการที่มีเพิ่มมากขึ้น และขัดข้องในการให้บริการกรณีมี การลา หรือติดประชุม/อบรม ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เวลาการรอคอยในการรับบริการของผู้ป่วยนอกมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นทุกปีจากปีงบประมาณ (ปีงบประมาณ ๔๙ เวลารอคอยเฉลี่ย ๔ นาที ปีงบประมาณ ๕๐ เวลารอคอยเฉลี่ย ๑๔ นาที ปีงบประมาณ ๕๑ เวลารอคอยเฉลี่ย ๑๓.๔๗ ปีงบประมาณ ๕๒ เวลารอคอยเฉลี่ย ๓.๙๕ นาที รอ นานที่สุด ๔๙ นาที รอ น้อยที่สุด ๐ นาที)

ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางเวชกรรมฟื้นฟู

๑. ความพร้อมและความหลากหลายของเครื่องมืองานกายภาพบำบัด ซึ่งสามารถรองรับการให้บริการ ผู้ป่วยในระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ แต่อุปกรณ์ทางด้านกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานค่อนข้างนาน โดยมีอายุการใช้งาน ๑๐ ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการชำรุด

๒. งานกายอุปกรณ์ โรงงานทำขาเทียมพระราชทานได้รับความอนุเคราะห์จากมูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระ ยศรินนครีบราชราชมราชนนี

๓. งานกิจกรรมบำบัด ให้บริการในพื้นที่คับแคบและไม่เพียงพอต่อการรองรับบริการ

๔. โครงสร้างและสถานที่ในการให้บริการเป็นตึกเก่า คับแคบ ไม่สะดวกในการให้บริการผู้ป่วย

เทคโนโลยีและสารสนเทศ

มีระบบการเก็บข้อมูลกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโดยใช้ ระบบ HOSxp ซึ่งทำให้สะดวกและง่ายต่อการดูข้อมูล ประวัติการมารับบริการของผู้ป่วยย้อนหลัง

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ผู้รับบริการ

การส่งเสริมในประชากรกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของพื้นที่ คือผู้ป่วยโรคความดัน เบาหวาน ปอดอุด กั้นเรื้อรัง และ ACS โดยจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในคลินิกโรคไม่ติดต่อ ใน ระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์

ผู้ให้บริการ

๑. บุคลากรงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นคณะกรรมการร่วมกับทีมปรับพฤติกรรมสุขภาพเจ้าหน้าที่ รพ. ปัว ในการส่งเสริมสุขภาพของ เจ้าหน้าที่ และตรวจวัดสมรรถภาพร่างกายเจ้าหน้าที่

๒. บุคลากรงานเวชกรรมฟื้นฟูทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย ๑ ครั้ง/ปี และนำผลการตรวจสุขภาพและคำแนะนำจากแพทย์ มาใช้ในการปรับพฤติกรรม

๓. บุคลากรงานเวชกรรมฟื้นฟูได้รับความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจาก การบาดเจ็บจากการทำงาน และ ความเสี่ยงจากการได้รับเชื้อ/ ติดเชื้อจากผู้รับบริการทั้งจากสารคัดหลั่งและเชื้อทางเดินหายใจปีละ ๑ ครั้ง

องค์กร

๑. มีระบบการกำจัดของเสียในหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู
การแยกขยะในหน่วยงาน

- ถังสีแดง สำหรับขยะติดเชื้อ
- ถังสีดำ สำหรับขยะทั่วไป
- ถังสีเขียว สำหรับกระดาษทิชชูที่เช็ดเจลใช้แล้ว

๒. มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษาของผู้ป่วย (healing environment)

ชุมชน

เพิ่มศักยภาพด้านการดูแลคนพิการ และเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการในชุมชน

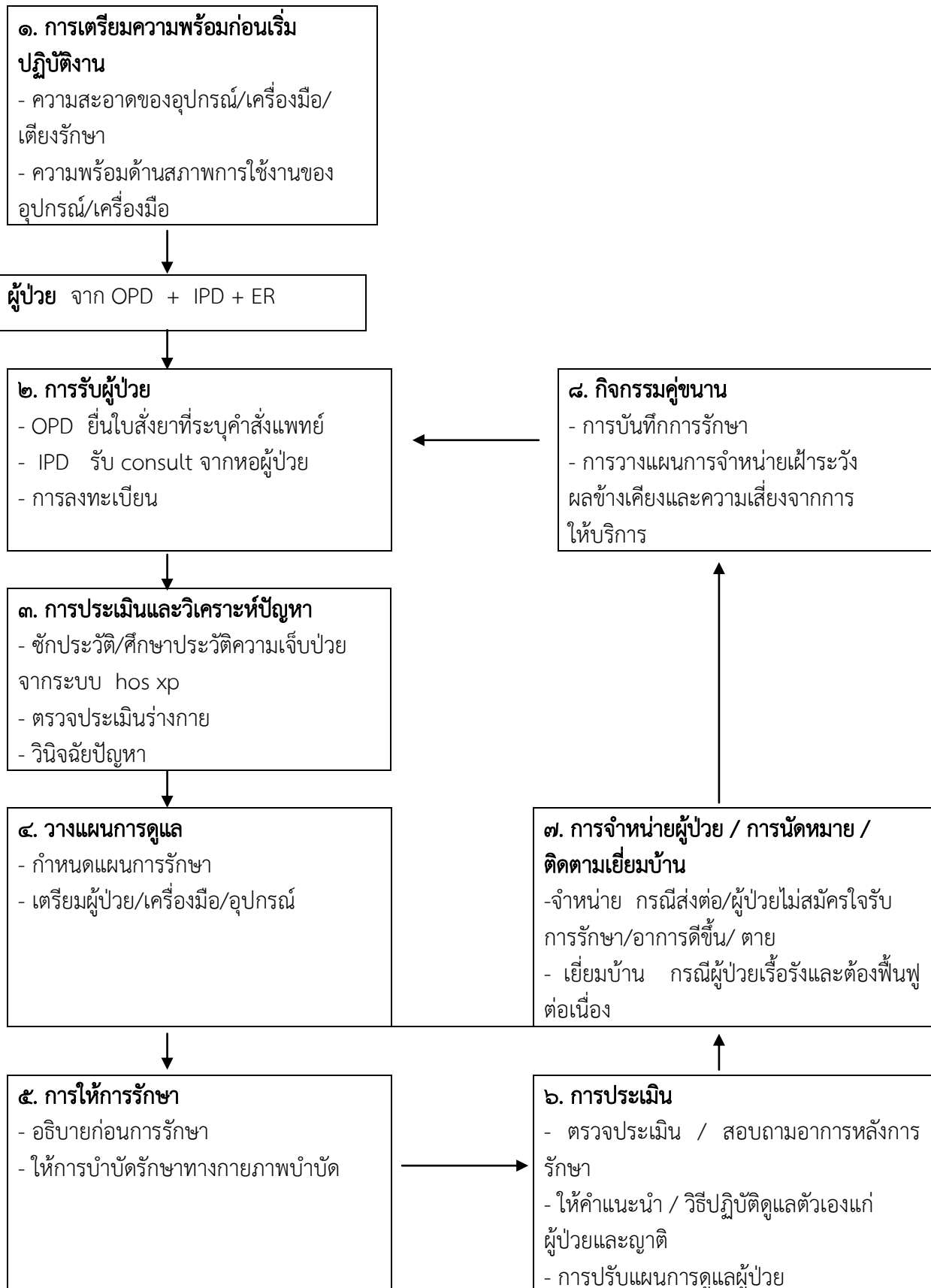
วัตถุประสงค์/ ตัวชี้วัด/ ผลการดำเนินงาน

กระบวนการสำคัญ (key Process)	สิ่งที่คาดหวังจาก กระบวนการ	ตัวชี้วัดสำคัญ	ผลลัพธ์	กิจกรรม พัฒนา
๑. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอดผู้ป่วย COPD ที่นอน รพ. ไม่ครอบคลุม	ผู้ป่วย COPD ที่นอน โรงพยาบาล ได้รับ ข้อมูลในการดูแล ตนเองทางด้านการ ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด อย่างครอบคลุม	ผู้ป่วย COPD ที่ นอนโรงพยาบาล ได้รับการสอนการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอดอย่าง ครอบคลุมร้อยละ ๖๐	ปี ๕๔ ร้อยละ ๖๓.๕ ปี ๕๕ ร้อยละ ๔๖.๘๑ ปี ๕๖ ร้อยละ ๗๖.๔๗ ปี ๕๗ ร้อยละ ๖๖.๑๑ ปี ๕๘ ร้อยละ ๒๔.๒๙ ปี ๕๙ ร้อยละ ๕๘.๖๑ ปี ๖๐ ร้อยละ ๗๕.๔๑ ปี ๖๑ ร้อยละ ๖๖.๗๒ (มี.ย)	
๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรค HT ที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนเป็น stroke	๒.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองรายใหม่ที่ นอน รพ. ได้รับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างครอบคลุม	ผู้ป่วย stroke ได้รับการบริการการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างครอบคลุม ต่อเนื่องร้อยละ ๗๐	ปี ๕๔ ร้อยละ ๖๒ ปี ๕๕ - ปี ๕๖- ปี ๕๗ ร้อยละ ๖๒.๕ ปี ๕๘ ร้อยละ ๘๕.๗๒ ปี ๕๙ ร้อยละ ๗๓.๗๓ ปี ๖๐ ร้อยละ ๘๔.๙๕ ปี ๖๑ (มี.ย) ร้อยละ ๘๖.๓๐	-มีการ round ward / ติดตาม stroke ที่ admit -ติดตามเยี่ยม บ้าน

	๒.๒ ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ไม่มีภาวะข้อไหล่อ่อน	ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ได้รับอุปกรณ์พยุงข้อไหล่อ่อนเพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่อ่อน ร้อยละ ๑๐๐	ปี ๕๔ - ปี ๕๕ - ปี ๕๖- ปี ๕๗ ร้อยละ ๘๖.๕๐ ปี ๕๘ ร้อยละ ๙๐.๔๐ปี ปี ๕๙ ร้อยละ ๕๘.๖๑ ปี ๖๐ ร้อยละ ๗๕.๔๑ ปี ๖๑ ร้อยละ ๘๙.๔	-มีการ round ward / ติดตาม stroke ที่ admit -จัดซื้อ อุปกรณ์พยุงข้อไหล่อ่อน
ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
๔. ผู้ป่วยDM ที่ตัดขาขาดความพร้อมในการใส่ขาเทียม	ผู้ป่วยDM ที่ตัดขามีความพร้อมในการใส่ขาเทียม	ผู้ป่วยDM ที่ตัดขามีความพร้อมในการใส่ขาเทียมทุกราย	ปี ๕๓ ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๕๔ ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๕๙ ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๖๐ ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๖๑ ร้อยละ ๑๐๐	-ประสาน ward แจ้งงานกายภาพบำบัดกรณีที่มีคนไข้ตัดขา - ให้โปรแกรมออกกำลังกาย และติดตามเยี่ยมบ้าน
๕. ภาวะการ Burn จากแผ่นประคบร้อน	ลดการเกิดภาวะ burn จากแผ่นประคบร้อน	เกิดภาวะ burn น้อยกว่าร้อยละ ๒	ปี ๕๘ ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๕ ปี ๕๙ ๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๐.๐๒ ปี ๖๐ ๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๐ ปี๖๑ ๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๐	-ทบทวนและทำแนวทางปฏิบัติการวางแผนประคบร้อน - มีกริ่งประจำเตียงเป็นสัญญาณให้ผู้ป่วย
๖. มีการพัฒนาคุณภาพแต่ไม่มีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ	มีการทบทวนตัวชี้วัดสม่ำเสมอ	ทุก ๓ เดือน	ปีละ ๒ ครั้ง	

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
๗. มีการติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ๐- ๑๒ ปี	๗.๒ เด็กเลี้ยง พัฒนาการช้าตั้งแต่แรกคลอดได้รับการติดตามพัฒนาการ	เด็กเลี้ยง พัฒนาการช้า ตั้งแต่แรกคลอด ได้รับการติดตามพัฒนาการร้อยละ ๘๐	ปี ๕๗ ร้อยละ ๘๑.๕๘ ปี ๕๘ ร้อยละ ๖๒.๙๐ ปี ๕๙ ร้อยละ ๗๗.๑๒ ปี ๖๐ ร้อยละ ๗๐.๙๑ ปี ๖๑ ร้อยละ ๗๕	
๘. มีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจเท้าอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และสูงมาก	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจเท้าอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และสูงมากได้รับรองเท้าที่เหมาะสม	ผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลการตรวจเท้าอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และสูงมากได้รับรองเท้าที่เหมาะสม ร้อยละ ๘๐	ปี ๕๖ ร้อยละ ๔๕ ปี ๕๗ ร้อยละ ๕๒ ปี ๕๘ ร้อยละ ๖๐ ปี ๕๙ ร้อยละ ๗๕ ปี ๖๐ ร้อยละ ๐ ปี ๖๑ ร้อยละ ๐ (มิ.ย)	
		ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจเท้าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	ปี ๕๖ ร้อยละ ๖๘ ปี ๕๗ ร้อยละ ๗๖ ปี ๕๘ ร้อยละ ๘๐ ปี ๕๙ ร้อยละ ๙๐ ปี ๖๐ ร้อยละ ๘๖ ปี ๖๑ ร้อยละ ๗๙	

แผนภูมิกระบวนการของหน่วยงาน (Top down Flow Chart)
กระบวนการหลักบริการงานเวชกรรมฟื้นฟู



วิเคราะห์กระบวนการทำงาน

กระบวนการ	ความเสี่ยง	โอกาสพัฒนา
๑. การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงาน	๑. เครื่องมืออุปกรณ์ทางเวชกรรมพื้นฟูไม่พร้อมใช้งาน ๒. สำลี แอลกอฮอล์ เจลอัลตราซาวด์ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน	๑. มีแบบฟอร์มตรวจเช็คความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกวันก่อนให้บริการ ๒. ตรวจเช็คสำลี แอลกอฮอล์ และเจลอัลตราซาวด์ ๒ ครั้ง/เดือน ตามตารางทำงานคลังเวชภัณฑ์กำหนด / ทำการเบิกฉุกเฉินทันทีกรณีของหมด
๒. การรับผู้ป่วย - OPD - IPD -ER	๑. ผู้ป่วยหาห้องเวชกรรมพื้นฟูไม่เจอ ๒. หอผู้ป่วยส่งผู้ป่วยมาโดยทางหน่วยงานยังไม่พร้อมให้บริการ เช่น เตียงเต็ม ๓. ลงข้อมูลไม่ครบถ้วน	๑. มีป้ายชื่อหน่วยงานติดบริเวณด้านหน้าของตึกเวชกรรมพื้นฟู ๒. กำหนดแนวทางการให้บริการผู้ป่วยใน และแจ้งให้หอผู้ป่วยรับทราบ ๓. สร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความสำคัญกับ ข้อมูลการลงทะเบียนแรกรับ
๓. การประเมิน/วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแล	๑. วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม ๒. ไม่มีการบันทึกประวัติความเจ็บป่วยหรือบันทึกไม่สมบูรณ์ ๓. ไม่มีการบันทึกการตรวจร่างกายหรือบันทึกไม่สมบูรณ์	๑. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่พบมาก ๕ อันดับแรกของหน่วยงาน ๒. ส่งบุคลากรในหน่วยงานไปอบรมศึกษาดูงาน อย่างน้อย ๒ ครั้ง/คน/ปี เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๓. ประสานงานกับศูนย์ข้อมูลในการทำโปรแกรมงานเวชกรรมพื้นฟูในระบบ Hosxp ให้สมบูรณ์เพื่อใช้ในการเก็บประวัติการมารับบริการของผู้ป่วย ๔. มีระบบเก็บข้อมูลแรกรับของผู้ป่วยที่หน่วยงานไว้ในกรณีระบบ Hosxp ของ รพ. ชำรุด
๔. การให้การรักษา	๔.๑. ภาวะ Burn จาก Hot pack	๑. ให้ความรู้/อบรมเจ้าหน้าที่เรื่องหลักการห่อแผ่นร้อน ๒. การคัดกรองภาวะ / โรคที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Burn ๓. ติดตามผลหลังวางแผ่นร้อนทุก ๕ นาที

กระบวนการ	ความเสี่ยง	โอกาสพัฒนา
๔. การให้การรักษา (ต่อ)	๔.๒.ภาวะ Electric shock จากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า	๑. มีแบบฟอร์มตรวจเช็คความพร้อมของเครื่องมือ/อุปกรณ์ไฟฟ้าทุกวันก่อนให้บริการ ๒. บำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอโดยบริษัทผู้ขายและเจ้าหน้าที่
	๔.๓.ผู้รับบริการทล้มนขณะฝึกเดิน	๑. ฝ้าระวังผู้ป่วยขณะฝึกเดิน ๒. คาดเข็มขัด/ผ้ารัดเอวเพื่อสะดวกต่อการจับพยุง
	๔.๔ ผู้รับบริการตกเตียงให้บริการ	๑. ฝ้าระวังขณะให้โปรแกรมการฝึกบนเตียงรักษา ๒. ไม่ปล่อยให้ผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเตียงอยู่ตามลำพัง
	๔.๕ ขณะให้บริการได้รับการแพร่เชื้อจากผู้รับบริการทั้งจากสารคัดหลั่ง และเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ	๑. ศึกษาประวัติจากแฟ้มประวัติ /OPD Card อย่างละเอียด ๒. ชักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันให้ครอบคลุม ๓. สวมใส่เครื่องป้องกันตนเองตามหลักการ IC ๔. มีอุปกรณ์ ที่ล้างหลังสัมผัสสารคัดหลั่ง
	๔.๖ ช่างกายอุปกรณ์เสี่ยงต่อการสัมผัสถูกสารเคมี	๑. ขณะปฏิบัติงานมีการป้องกันโดยสวมแว่นตา ผ้าปิดจมูก เสื้อคลุม และ ถุงมือทุกครั้ง
	๔.๗ ช่างกายอุปกรณ์เสี่ยงต่อการมีปัญหาการได้ยิน และได้รับฝุ่นละอองขณะปฏิบัติ	๑. มีผ้าปิดจมูกทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ๒. มีแผนตรวจการได้ยินและวัดสมรรถภาพปอดตามหลักของอาชีวอนามัยเป็นประจำทุกปี
	๔.๘ ข้อร้องเรียนเรื่องการ Expose ส่วนของร่างกายขณะทำการตรวจประเมินและให้การรักษา	๑. จัดห้อง/ม่านกันขณะให้บริการ ๒. ขออนุญาต/บอกผู้รับบริการก่อนเปิดส่วนที่จะรักษา
	๔.๙ การขยับ ดัด ดึงข้อต่อ ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Osteoporosis/Spondylolisthesis	๑. คัดกรองจากประวัติการวินิจฉัยทางการแพทย์ ๒. ชักประวัติ/ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ๓. จัดทำวิธีปฏิบัติเรื่องการขยับ ดัด ดึงข้อต่อ

กระบวนการ	ความเสี่ยง	โอกาสพัฒนา
๔. การให้การรักษา (ต่อ)	๔.๑๐ ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรม / ระบบบริการของเจ้าหน้าที่	๑. กำหนดวิธีปฏิบัติเรื่องพฤติกรรม การบริการให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน / ประเมินผลการปฏิบัติ
๕. การประเมินหลังการรักษา	นักกายภาพบำบัดเจ้าของไข้ไม่ติดตาม และไม่บันทึกผลการรักษา	๑. ประสานกับศูนย์ข้อมูลให้ปรับปรุงระบบงานเวชกรรมฟื้นฟูในระบบ LAN ของ รพ. เพื่อให้ง่ายต่อบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ๒. แจ้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานให้บันทึก progress note ทุกวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ
๖. การนัดหมาย / การจำหน่ายผู้ป่วย / การติดตามเยี่ยมบ้าน	๑. ผู้ป่วยไม่ได้รับการนัดเพื่อรักษา บำบัดต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษา ๒. ผู้ป่วยไม่มาตามนัด/ บ้านไกลทำให้ยากต่อการนัดเพื่อรักษาต่อเนื่อง ๓. ไม่มีการบันทึกสาเหตุการจำหน่าย ๔. ผู้ป่วยเรื้อรัง และอัมพาตไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	๑. มีระบบการนัดหมายผู้ป่วยในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ๒. กำหนดแนวทางให้มีการบันทึกสาเหตุการจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย ในสมุดลงทะเบียนแรกรับผู้ป่วยของหน่วยงาน ๓. จัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านงานกายภาพบำบัด

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

LCDIP Clinic คลินิกติดตามเด็กที่เสี่ยงต่อพัฒนาการช้า

“เด็กพัฒนาการช้า ไม่ชั้้นคอ ไม่คว่ำระบบประสาทพัฒนาไม่สมวัย ขอส่งกระตุ้นพัฒนาการ.”

ร้อยละ ๘๐ ของเด็กที่มีภาวะเสี่ยงพัฒนาการช้าตั้งแต่แรกคลอด
มีปัญหาเด็กพัฒนาการช้า

เด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการช้าคือ ทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง คลอดก่อนกำหนด (Pre-term) คลอด น้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight) มีปัญหาขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) หรือมีความเจ็บป่วย หลังคลอด การดูแล ติดตามเพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อให้เกิดการดูแลเด็ก พัฒนาการช้าอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

ความเป็นมาของ LCDIP Clinic โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ให้ความสำคัญกับเรื่องของพัฒนาการเด็ก เพราะวัยแรกเกิด-๕ปี เป็น วัยของการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งทาง ร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา โดยกำหนดให้มีการประเมินพัฒนาการ เด็กร่วมกับการฉีดวัคซีนตามวัยของ Well Baby clinic ในโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีพบว่าเด็กที่มีภาวะเด็กเสี่ยง พัฒนาการช้าตั้งแต่แรกคลอดมักจะมีปัญหาพัฒนาการช้าถึงร้อยละ ๘๐ แต่การคัดกรองพัฒนาการเด็กก็ยังสามารถทำได้ ไม่ครอบคลุมในเด็กเสี่ยงพัฒนาการช้าทั้งหมด เนื่องจากเด็กบางส่วนถูกส่งต่อไปยังรพ.สต. ต่างๆในพื้นที่ ทำให้ เด็กเหล่านั้นไม่ได้รับการติดตามพัฒนาการหรือในบางรายที่มีพัฒนาการช้าก็ถูกตรวจพบและส่งต่อเพื่อรับการ กระตุ้นพัฒนาการได้ช้า

งานกิจกรรมบำบัด หน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการช้า ขึ้น ในปี ๒๕๕๗ จัดคลินิกตรวจติดตามพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงพัฒนาการช้า ในด้านของ

- การทำงานของระบบประสาทขั้นพื้นฐาน
- ตรวจประเมินพัฒนาการ ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่การเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและ สติปัญญา ด้านการเข้าใจรับรู้ภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ตาม แบบประเมินพัฒนาการ DENVER ๒

ให้บริการแก่เด็กแรกเกิดถึง ๑ ในเขตอำเภอปัว โดยแพทย์เวชกรรมฟื้นฟู และนักกิจกรรมบำบัด กระบวนการ เริ่มตั้งแต่การค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่แรกเกิด การขึ้นทะเบียน การติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง ถ้าพัฒนาการ ล่าช้าให้โปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ เน้นการสอนให้ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน ถ้าพัฒนาการปกติส่ง ดูแลต่อในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยเปิดให้บริการ ๑ครั้ง/เดือน ในวันพุธที่ ๓ ของเดือน มีการคัดกรองหา ความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early Detection) เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที (Early Intervention) ทำให้เด็กกลุ่มเสี่ยงมีพัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ	เด็กเสี่ยง พัฒนาการช้า (ราย)	เด็กที่ได้รับ การตรวจ พัฒนาการ LCDIP Clinic	เด็กที่มีปัญหา พัฒนาการช้า (ราย)	เด็กที่ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ มีพัฒนาการสมวัย
๒๕๕๗	๕๗	๔๙	๓๒	๒๘
๒๕๕๘	๖๔	๕๓	๓๙	๓๕
๒๕๕๙	๕๒	๔๑	๘	๓
๒๕๖๐	๕๕	๓๙	๑๑	๘
๒๕๖๑(มิ.ย)	๕๒	๓๙	๑๐	๖

สถิติการให้บริการ

การให้บริการ LCDIP Clinic มุ่งเน้นให้เด็กทารกที่มีความเสี่ยงพัฒนาการช้า ได้รับการติดตามพัฒนาการ แต่ที่ผ่านมามีการติดตามพัฒนาการก็ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากเด็กบางรายอาศัยอยู่ในพื้นที่สูง การเดินทางมายังโรงพยาบาลยากลำบาก บางเด็กบางรายมีการย้ายที่อยู่อาศัยไปต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถติดตามพัฒนาการเด็กได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการทำ LCDIP Clinic

- ทีมงานร่วมแรงร่วมใจ ผู้บริหารตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาพัฒนาการเด็กเป็นอย่างดี จึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดีเยี่ยม
- ความร่วมมือจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้รูปแบบโรงเรียนพ่อแม่ แลกเปลี่ยนความรู้และวิธีการกระตุ้นพัฒนาการระหว่างครอบครัว เมื่อครอบครัวหนึ่งประสบความสำเร็จก็เป็นแบบอย่างให้ครอบครัวอื่นมีแรงจูงใจในการทำตาม

แผนพัฒนา LCDIP Clinic ที่สำคัญคือ

- การพัฒนาระบบการให้บริการมีการทำงานให้เป็นทีมสหวิชาชีพมากขึ้น โดยในปีต่อไปอาจมีการทำงานร่วมกับพยาบาลจาก Well baby clinic เพื่อให้ความรู้แก่พ่อแม่ ในเรื่องของน้ำหนักส่วนสูงและเรื่องของโภชนาการต่างๆ เนื่องจากเด็กที่คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย มักมีปัญหาเรื่องน้ำหนักและส่วนสูงที่ต่ำกว่าเกณฑ์
- นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตวิทยาเด็ก ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการเลี้ยงลูกที่มีปัญหาพัฒนาการช้าและค่อนข้างเป็นเด็กเลี้ยงยาก เพราะพ่อแม่ของเด็กกลุ่มนี้มักมีความเครียดและกังวลค่อนข้างมาก
- วางแผน
- นัดเด็กช่วงอายุใกล้เคียงกันมาตรวจในวันเดียวกัน เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ปกครองได้พร้อมๆ กันได้
- พัฒนาเรื่องของระบบส่งต่อ ติดตามพัฒนาการเด็ก ในเขตโรงพยาบาลสายเหนือ ในเด็กที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัวแล้วเป็นทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้เด็กได้รับการติดตามพัฒนาการ

การพัฒนาศักยภาพการให้บริการผู้พิการ เป้าหมาย “เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของผู้พิการ”

ผู้พิการซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สถิติประเทศไทยมีผู้พิการกว่า ๑.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๒.๒ ของประชากรไทย ในอำเภอบัวนั้นจากฐานข้อมูลพบว่าจำนวนผู้พิการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๘ มีผู้พิการทั้งหมด ๔,๕๕๕ คน เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ๑,๔๐๖ คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘๗ ของผู้พิการทั้งหมด ทั้งนี้จากจำนวนผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจากอุบัติเหตุต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง สภาพความพิการเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ และการเข้าถึงสังคม ดังนั้นคนพิการสมควรได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีโอกาสในการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การแก้ไขปัญหาอันเนื่องจากความพิการนั้นๆ ทั้งทางร่างกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากสภาพปัญหาปัจจุบันในอำเภอบัว จะพบว่าผู้พิการยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงการขึ้นทะเบียนผู้พิการ ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสิทธิประโยชน์ตามพ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐

ที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี ได้รับการประเมินการมองเห็น ประเมินภาวะต่อกระดูกตามโครงการของงานจักษุของโรงพยาบาลน่านปีละหนึ่งครั้ง เพื่อเข้ารับการรักษา ส่วนผู้พิการประเภทอื่นๆ ในเขตอำเภอบัวยังไม่เคยได้รับการประเมินทางร่างกายหรือทางจิตใจ หรือการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตลอดจนถึงไม่มีการรวมกลุ่มของผู้พิการที่เป็นรูปธรรม ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โดยคณะทำงานด้านคนพิการประเภทต่างๆ ได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการให้บริการแก่ผู้พิการขึ้นเพื่อเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้พิการมีโอกาสในฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เข้าถึงบริการทั้งทางด้านกายภาพและ บริการทางสังคมตามสิทธิประโยชน์อันพึงได้ และ สนับสนุนการสร้างพลังกลุ่มของผู้พิการในอำเภอบัวเพื่อความยั่งยืนของการขับเคลื่อนงานด้านผู้พิการในอนาคต และสามารถเติมเต็มมิติการให้บริการผู้พิการของอำเภอบัวได้อย่างครบถ้วนยิ่งขึ้น ทางงานเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกับงานผู้ป่วยนอกและงานจิตเวช รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง ๑๒ แห่ง จึงได้พัฒนาระบบบริการเพื่อให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ขึ้น โดยเป็นการบริการเชิงรุกออกหน่วยเคลื่อนที่แบบบูรณาการ โดยมากิจกรรมดังต่อไปนี้

- ประเมินทางด้านร่างกายโดยแพทย์เวชศาสตร์ นกกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด โดยประเมิน ๒ ส่วนคือ ประเมินการเคลื่อนที่ และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) มีการให้การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเดินในรายที่แพทย์ประเมินแล้วเห็นสมควรต้องมี

- ประเมินทางด้านจิตใจ โดยนักจิตวิทยา โดยใช้แบบประเมิน ๒Q/๙Q

ผลการดำเนินงาน

๑. ผู้พิการที่ได้รับการประเมินด้านร่างกาย อยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม) จำนวน ๑๒๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑

๒. ผู้พิการที่ได้รับการประเมินด้านร่างกาย อยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้(กลุ่มติดเตียง) จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๓ ได้รับการส่งต่อศูนย์เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๐๐

๓. ผู้พิการที่ได้รับการประเมินทางด้านจิตใจ ที่มีผล ๒Q/๙Q positive จำนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๓

๔. ผู้พิการที่มีการประเมินด้านจิตใจโดยใช้แบบประเมิน ๒Q,๙Q ได้รับการดูแล และส่งต่ออย่างเหมาะสมจะนวน ๕๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕. ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการอย่างเหมาะสมร้อยละ ๗๙.๑๖

ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ทำให้มีผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้งทางด้านจิตใจ และร่างกายเพิ่มขึ้น รวมถึงได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ ได้มาก ๗๙.๑๖

Essential care

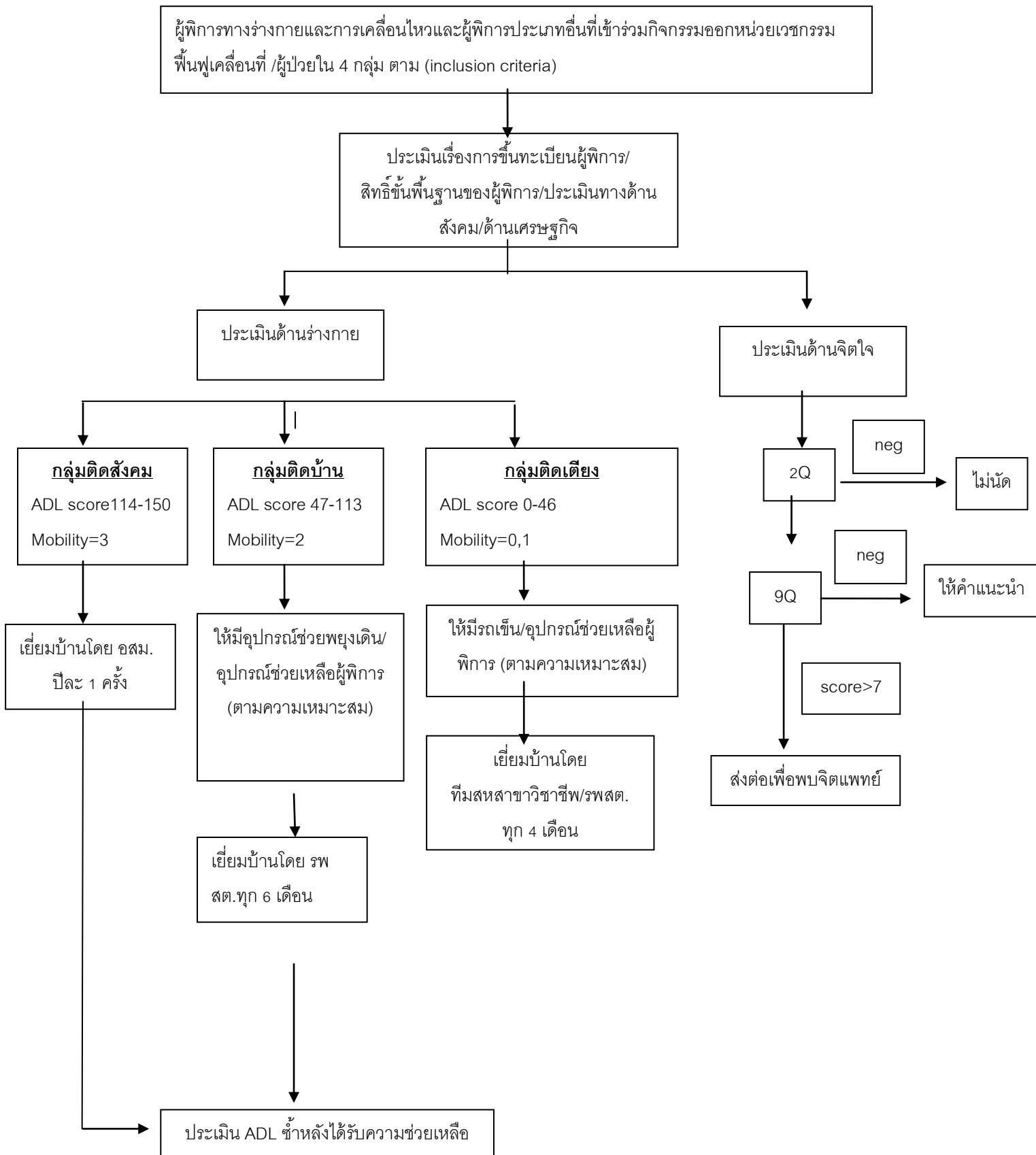
แนวทางการดูแลผู้พิการ งานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลด้วยทีมเวชกรรมฟื้นฟู หมายถึง ผู้พิการที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่ง

หรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลบางส่วนหรือทั้งหมด โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยดังต่อไปนี้ (inclusion criteria)

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) รายใหม่ทุกราย หรือรายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อน
๒. ผู้ป่วยที่มีภาวะขาหัก จำเป็นต้อง on skin traction ต่อที่บ้าน และผู้ป่วยภาวะ multiple fracture ที่มีภาวะติดเตียง
๓. ผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury)
๔. ผู้พิการเด็กทางการเคลื่อนไหว/ผู้พิการที่ประเมิน ADL คะแนน mobility = ๐,๑

flow การดำเนินงานคนพิการ รพร. ปีว



แบบประเมินคัดกรอง ADL

แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้พิการตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)

คำจำกัดความ

การจำแนกกลุ่มผู้พิการเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้พิการระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ **งานเวชกรรมฟื้นฟูจึงได้ ได้ประยุกต์**จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้พิการที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป หรือคะแนนหัวข้อ mobility=๓

กลุ่มที่ ๒ ผู้พิการที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน ไป หรือคะแนนหัวข้อ mobility=๒

กลุ่มที่ ๓ ผู้พิการกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ -๔ คะแนน ไป หรือคะแนนหัวข้อ mobility=๐, ๑

เกณฑ์การเยี่ยมบ้านผู้พิการ

ประเภทตามคะแนน Barthel index	กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้/ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) (คะแนน mobility =๐,๑)	เดิน/เคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม (คะแนน mobility =๒)	เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (คะแนน mobility =๓)
ทีมเยี่ยม	ทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.+ รพสต.	รพสต.	อสม.
ระยะเวลาการเยี่ยม	ภายใน ๑ สัปดาห์	ภายใน ๒ สัปดาห์	ภายใน ๑ เดือน
ความถี่ในการเยี่ยม / ประเมิน	ทุก ๔ เดือน	ทุก ๖ เดือน	ปีละ ๑ ครั้ง

การพัฒนาคุณภาพบริการคลินิกโรคหัวใจเบาหวาน

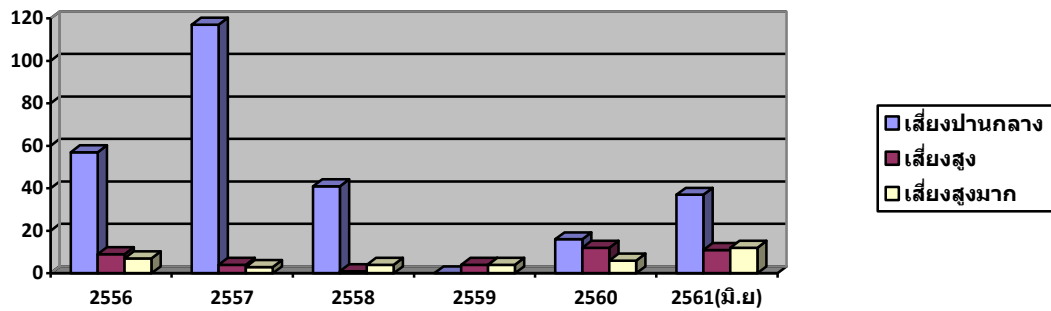
โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกับอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายเช่น หัวใจ ปัน ตา ไต หัวใจ และระบบประสาทหลอดเลือดแดง ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานเรื้อรังนั้นมักมีหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) ทำให้เลือดไปเลี้ยงเท้าไม่พอจนอาจทำให้เท้าเย็น เป็นตะคริว ทำให้ความรู้สึกร่วมสัมผัสบริเวณเท้า ลดลงหรือเกิดอาการปวดขณะเดินมากๆ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงเป็นแผลที่เท้าได้ง่าย แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดขึ้นจากรูปเท้าที่ผิดปกติ ร่วมกับโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบหรือตัน ซึ่งพบมากกว่าคนปกติถึง ๕ เท่า อีกทั้งอาจมีอาการชาของปลายเท้า เนื่องจากเส้นประสาทเสื่อมจากโรคเบาหวาน ดังนั้นเมื่อเกิดแผลที่เท้าก็จะหายยากมากและอาจลุกลามมากขึ้น และถ้าโดนซ้ำเติมด้วยโรคติดเชื้อก็อาจจะเป็นอันตรายถึงขั้นสูญเสียเท้า สูญเสียขา หรือ สูญเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเรื้อรังนานกว่า ๒๕ ปี ขึ้นไปมีโอกาสต้องถูกตัดเท้าสูงถึงร้อยละ ๑๑ จากการเกิดแผลที่เท้า การตรวจพบแผลเท้าเบาหวานในระยะเริ่มต้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะอันตรายดังกล่าว

ในปี ๒๕๕๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลเท้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานครอบคลุม ลดปัญหาเรื่องแผล และการตัดเท้า จึงได้มีแนวคิด เพื่อเป็นการป้องกันการถูกตัดเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เริ่มจากส่งทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ไปศึกษาดูงานทางด้านคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลแพร์ ได้ไปศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเท้า การตรวจเท้า และการทำรองเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้นำเอาความรู้ แนวคิด มาปรับปรุง และพัฒนามาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว หน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู จึงได้เปิดคลินิกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้กำกับดูแล และมีนักกายภาพบำบัด ช่างกายอุปกรณ์ เป็นผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการตรวจประเมินเท้า และทำรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเท้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

สถิติการให้บริการ

ระดับความเสี่ยง	ผลการดำเนินงาน ปี ๕๖	ผลการดำเนินงาน ปี ๕๗	ผลการดำเนินงาน ปี ๕๘	ผลการดำเนินงาน ปี ๕๙	ผลการดำเนินงาน ปี ๖๐	ผลการดำเนินงาน ปี ๖๑(มิ.ย)
จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจเท้า	๑๑๔๓	๑๓๒๘	๑๓๕๔	๑๒๖๕	๑๕๓๕	๑๔๙๔
ความเสี่ยงปานกลาง	๕๗	๑๑๗	๔๑	๐	๑๖	๓๗
ความเสี่ยงสูง	๙	๔	๑	๔	๑๒	๑๑
ความเสี่ยงสูงมาก	๗	๓	๔	๔	๖	๑๒

แผนภูมิแสดงภาพและเปรียบเทียบสถิติการ



ระดับความเสี่ยงปานกลาง คือ ประสาทการรับรู้ของเท้าผิดปกติ

ระดับความเสี่ยงสูง คือประสาทการรับรู้ของเท้าผิดปกติและมีแผลที่เท้า

ระดับความเสี่ยงสูงมาก คือประสาทการรับรู้ของเท้าผิดปกติ มีแผลเท้า หรือถูกตัดเท้าบางส่วน

จากสถิติการให้บริการ ในการตรวจประเมินเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ระดับความเสี่ยงสูง และระดับความเสี่ยงสูงมาก มีจำนวนลดลงจากปีแรก ที่เริ่มดำเนินการ

แผนพัฒนา

- เพิ่มทักษะ ความรู้ทางด้านการตรวจประเมินเท้า และการทำรองเท้า
- จัดทำแผนการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดี
- การพัฒนาระบบการให้บริการมีการทำงานให้เป็นทีมสหวิชาชีพมากขึ้น
- ดำเนินการโดยการออกหน่วยเชิงรุก โดยการออกไปทำการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่างๆ ในเขตอำเภอป่า

การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็น ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก ตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใด เดินเซ ทรงตัวลำบาก และเป็นโรคที่มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะความพิการสูง ซึ่งข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย stroke (IPD case)
๒๕๕๔	๘๕
๒๕๕๕	๘๗
๒๕๕๖	๙๐
๒๕๕๗	๑๐๘
๒๕๕๘	๘๔
๒๕๕๙	๙๒
๒๕๖๐	๑๑๓
๒๕๖๑	๑๖๒

ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัวจึงได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยทางการแพทย์ถือว่าเป็นโอกาสทอง (golden period) ของการฟื้นฟู ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัวจึงได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย โดย งานเวชกรรมฟื้นฟูร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านได้กำหนดกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการวางแผนจำหน่าย และอยู่ในแผนที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน และทางทีมงานได้พัฒนาแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index เพื่อใช้ในการกำกับติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละราย และเริ่มมีระบบลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และมีแผนติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความก้าวหน้าและติดตามโปรแกรมฟื้นฟูสภาพในทุกปายวันพุธ และวันพฤหัสบดี ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลซึ่งผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า

๑. มีกลุ่มสีเขียว ๔๐ คน
๒. มีกลุ่มสีเหลือง ๑๔คน หลังได้รับการฟื้นฟู เปลี่ยนเป็นกลุ่มสีเขียว ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๐
๓. มีกลุ่มสีแดง ๒๓ คน หลังได้รับการฟื้นฟู เปลี่ยนเป็นกลุ่มสีเหลือง ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๖ เปลี่ยนเป็นกลุ่มสีเขียว ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗๘
๔. ผู้ป่วยเสียชีวิต ๖ คน ไปรักษาต่อจังหวัดอื่น ๕ คน

เดือน	จำนวน			ได้ทำrehab ขณะ admit โรงพยาบาล	คิดเป็นร้อยละ
		ปัว	ต่างอำเภอ		
ต.ค.59	12	10	ฉก.1 ตจว. 1	11	ร้อยละ 91.66
พ.ย 59	9	8	ชก.1	8	ร้อยละ 88.88
ธ.ค 59	10	5	ล.1 ทช.1 บก.2 ชก.1	10	ร้อยละ 100
ม.ค 60	20	16	ชก.2 ฉก.2	15	ร้อยละ 75
ก.พ 60	10	8	ชก.2	9	ร้อยละ 90
มี.ค 60	9	7	ตจว.1 ทช.1	7	ร้อยละ 77
สรุป 6 เดือน	รวม 70	54	16	60	เฉลี่ย 87.09 %
เม.ย 60	6	5	ทช.1	4	ร้อยละ 66.7
พ.ค 60	10	8	ชก.2	10	ร้อยละ 100
มิ.ย 60	3	2	บก. 1	3	ร้อยละ 100
ก.ค 60	7	5	ทช.1 บก.1	6	ร้อยละ 85.71
ส.ค 60	9	7	ตจว.1 ชก 1	7	ร้อยละ 77.8
ก.ย 60	8	7	ทช.1	6	ร้อยละ 75
สรุปรวม	113	88	25	96	ร้อยละ 84.95

หมายเหตุ ในระยะเวลา ต.ค๕๘-ม.ค ๕๙ มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ๑ ราย

เดือน	จำนวน			ได้ทำrehab ขณะ admit โรงพยาบาล	คิดเป็นร้อยละ
		ปัว	ต่างอำเภอ		
ต.ค.60	9	6	ชก.2 ทช.1	7	77.77
พ.ย 60	9	8	ทวผ.1	8	88.88
ธ.ค 60	6	3	ทช.1 ลาว 2	5	83.33
ม.ค 61	5	6	-	4	80

ก.พ 61	11	11	-	7	63.63
มี.ค 61	8	8	-	6	75
สรุป 6 เดือน	127	79	7	37	78.10
เม.ย 61	15	14	ลาว	12	80
พ.ค 61	12	7	ทช.2 ชก.2	9	75
มิ.ย 61	8	6	ทวผ. 1	6	75
ก.ค 61					
ส.ค 61					
ก.ย 61					
สรุปรวม					

แผนพัฒนา

- การพัฒนาการใช้โปรแกรม การเก็บข้อมูลในการติดตามการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (sub-acute rehabilitation)
- กำหนดให้มี stroke manager ประจำหอผู้ป่วย

การพัฒนาระบบบริการให้บริการผู้ป่วย COPD งานกายภาพบำบัด

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) หมายถึงกลุ่มของโรคที่เกิดอาการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมหรือเนื้อปอดจนเกิดอาการหลอดลมตีบแคบหรือตันลง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดเป็นปัญหาหลักในด้านการสาธารณสุข ซึ่งพบว่าความชุกของการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตของโรคมียังเพิ่มขึ้นในทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคนี้จะเพิ่มจำนวนขึ้นในทศวรรษข้างหน้า โดยในปี 2020 จะเป็นโรคอันดับที่ 5 ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั่วโลกรวมทั้งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกเป็นอันดับ ที่ 3 ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ถือเป็นบทบาทสำคัญหนึ่งในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation) เป็นการให้วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยหลักข้อมูล พื้นฐานทางวิชาการที่มีความหลากหลายรูปแบบด้วยความเข้าใจสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังคงมีอาการและมี การทำกิจวัตรประจำวันลดลง โดยจะเป็นรูปแบบแนวผสมผสานและมีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดนั้นจะเน้นการจัดการเพื่อลดอาการ เพิ่มความสามารถในการท างานของ

ร่างกายให้ได้ระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้ เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ด้วยการคงสภาพหรือฟื้นคืนสภาพของ ลักษณะที่ปรากฏจากโรคในระบบต่างๆ ของร่างกาย

โดยบทบาทของนักกายภาพบำบัดสำหรับการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้น จัดเป็นส่วนสำคัญหลักที่ทำหน้าที่ในการกำหนดรูปแบบ วิธีการและแนะนำ การฝึกออกกำลังภายในผู้ป่วย ประเมินโครงสร้างกระดูก และกล้ามเนื้อพร้อมให้การรักษาและคำแนะนำ การให้ ความรู้และการดูแลเกี่ยวกับการระบายเสมหะใน แขนงทางเดินหายใจ การจัดการควบคุมภาวะหอบเหนื่อยในผู้ป่วย การฝึกกล้ามเนื้อหายใจเข้ารวมทั้งประเมินการใช้อุปกรณ์ออกซิเจนขณะเดินสำหรับผู้ป่วย

แนวทางการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วย COPD ที่นอนรพ.

ขั้นตอนการให้บริการ

ผู้ป่วยCOPD admit ด้วยอาการ acute exacerbation



พยาบาลประจำตึกโทรแจ้งนักกายภาพบำบัด



นักกายภาพบำบัดให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด(Pulmonary Rehabilitation) แก่ผู้ป่วย

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วยCOPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ร้อยละ 70

ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

- พยาบาลประจำตึกไม่โทรแจ้งนักกายภาพบำบัดเมื่อมีคนไข้ COPD มานอนที่รพ. ทำให้ขาดการให้บริการผู้ป่วยบนตึก
- จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอกับภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้บางครั้งไม่สามารถขึ้นให้บริการได้ในผู้ป่วยทุกคน

แผนการพัฒนา

- นักกายภาพบำบัดขึ้นroundward ในช่วงเช้าหรือบ่าย เมื่อมีcase COPD admit โดยได้รับการแจ้งจากพยาบาลประจำตึก และการตรวจเช็ครายชื่อผู้ป่วยCOPD ที่admit ตามตึกในHOSXP
- ประสานพยาบาลประจำตึกผู้รับผิดชอบกลุ่มโรคCOPDให้โทรแจ้งนักกายภาพบำบัดเมื่อมีผู้ป่วยCOPD with AE มาadmitที่ตึก
- ให้บริการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation)

ประกอบด้วย

1. Relax technique
2. Breathing technique

3. Active chest mobilization
4. Coughing training
5. Exercise (walking)

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ผลที่ได้
ปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ร้อยละ 54
ปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ร้อยละ 32.4
ปีงบประมาณ 2559 (ต.ค.58-ส.ค.59) ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ร้อยละ 58.62
ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.59- ก.ย.59) ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ร้อยละ 75.41
ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.60- มิ.ย.61) ผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลได้รับการสอนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ร้อยละ 66.72

ผลการดำเนินงานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD with AE ที่นอนรพ.ปีงบประมาณ 2559
(ต.ค.58-ก.ค.59)

เดือน	ร้อยละที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD with AE ที่นอนรพ.
ต.ค.2560	ร้อยละที่ให้บริการฟื้นฟู
พ.ย.2560	สมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD
ธ.ค.2560	with AE ² ที่นอนรพ.
ม.ค.2558	73.33
ก.พ.2561	58
พ.ย.2558	47.61
มี.ค.2561	60
ธ.ค.2558	27
เม.ย.2561	50
ม.ค.2559	31
พ.ค.2561	47
ก.พ.2559	37.5
มี.ย.2561	62.5
มี.ค.2559	78.26
รวม	ร้อยละ 66.72
เม.ย.2559	40
พ.ค.2559	80
มี.ย.2559	77.78
ก.ค.2559	75

ผลการดำเนินงานการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD with AE ที่นอนรพ.

ปีงบประมาณ 2560 -61

เดือน	ร้อยละที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย COPD with AE ที่นอนรพ.
ต.ค.2559	86.67
พ.ย.2559	70.81
ธ.ค.2559	76.92
ม.ค.2560	77
ก.พ.2560	88
มี.ค.2560	90
เม.ย.2560	69
พ.ค.2560	100
มี.ย.2560	53.85
ก.ค.2560	67
ส.ค.2560	100
ก.ย 2560	16.67
รวม	75.41

