

ส่วนที่ 4.1 การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการในสถานพยาบาล

 ประเภท : ความพิการทางการเคลื่อนไหว แขนก/ฝ่าย : เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาล.....

 คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง /ช่องว่าง หรือเติมข้อมูลที่แท้จริง

- | | ก่อนให้บริการ | | หลังให้บริการ | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. แขนก/ฝ่ายฯ มีการตรวจประเมินก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวแบบผู้ป่วยในหรือไม่ | | | | |
| 1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี |
| 1.2 ความสามารถในการเคลื่อนไหว | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี |
| 1.3 ความสามารถในการขับถ่าย | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี |
| 1.4 ประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ความเข้าใจ | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี | <input type="checkbox"/> 0.ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1.มี |

2. การตรวจประเมินก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในข้อ 1 ใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือไม่

• เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning)	0.ไม่ใช้	1.ใช้
2.1 Bathel Index (BI)		
2.2 Function Independent Measure (FIM)		
2.3 Short Form 36 (SF -36)		
2.4 The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)		
2.5 เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง		
2.6 เครื่องมืออื่นๆ ระบุ.....		
• เครื่องมือประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ(Cognitive function)	0.ไม่ใช้	1.ใช้
2.7 Mini-Mental State Examination (MMSE)		
2.8 Chula Mental Test		
2.9 Short Form 36 (SF -36)		
2.10 The Sirinthorn National Medical Rehabilitation Center Assessment (SNMRC)		
2.11 เครื่องมือที่ปรับปรุงหรือพัฒนาเอง		
2.12 เครื่องมืออื่นๆ ระบุ.....		

3. แขนก/ฝ่ายฯ ได้รับบฯ และจัดหากายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวจากช่องทางเหล่านี้หรือไม่

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| 3.1 เบิกจากกองทุนประกันสุขภาพ (สปสช., สวัสดิการข้าราชการฯ, ประกันสังคม) | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.2 เป็นหน่วยผลิตกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ บางประเภท | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.3 รับสนับสนุนจากมูลนิธิฯ เทียม หรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น กษาดจังหวัด,องค์กรพัฒนาเอกชน(NGO; Non-Governmental Organization) | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.4 รับสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ. | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.5 รับสนับสนุนจากประชาชน/ภาคเอกชน | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |

4. แขนก/ฝ่ายฯ เตรียมความพร้อมให้กับคนพิการหรือผู้ดูแล ก่อนมอบกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวให้กับคนพิการ ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่

	0.ไม่มี	1.มี
4.1 แนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน		
4.2 ทดสอบและประเมินการใช้งาน		
4.3 ปรับแก้อุปกรณ์ฯ ก่อน หากไม่เหมาะสมกับคนพิการ		
4.4 แนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯ เบื้องต้น		

5. แผนก/ฝ่ายฯ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มีทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
5.1 การทำกายภาพบำบัด			
5.2 การทำกิจกรรมบำบัด			
5.3 พฤติกรรมบำบัด			
5.4 ฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ			
5.5 อื่นๆ ระบุ			
5.5.1.....	
5.5.2.....	
5.5.3.....	
6. แผนก/ฝ่ายฯ มีวิธีติดตามการใช้งานกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มีทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
6.1 เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหรือตัวแทน เช่น อสม./อผส.ติดตามการใช้งานที่บ้านคนพิการ			
6.2 ส่งจดหมาย/โทรศัพท์สอบถาม			
6.3 นัดหมายมาที่โรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นๆ			
6.4 ติดตามผ่าน กล้องรับเรื่องร้องเรียน/facebook /line/e-mail			
7. แผนก/ฝ่ายฯ มีการแก้ไขปัญหา กรณีต้องปรับกายอุปกรณ์และอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ สำหรับแต่ละบุคคลหรือเมื่อเกิดความชำรุด อย่างไรบ้าง	0.ไม่มี	1.มีทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
7.1 เบิกให้ใหม่			
7.2 โรงพยาบาลจัดซ่อม/ปรับแก้เอง			
7.3 ส่งให้สถานพยาบาลอื่น ซ่อม/ปรับแก้			
7.4 ส่งให้เอกชน หรือสถาบันการศึกษาเป็นผู้ซ่อม/ปรับแก้			
7.5 คนพิการเป็นผู้จัดหาสถานที่และซ่อมบำรุงเอง			
7.6 อื่นๆระบุ.....			
8. ในปีงบประมาณ 2556 แผนก/ฝ่ายฯ มีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มีทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
8.1 ได้รับงบประมาณล่าช้า			
8.2 งบประมาณไม่เพียงพอ			
8.3 คนพิการร้องเรียนเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันของสิทธิประโยชน์			
8.4 คนพิการร้องเรียนเรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน			
8.5 ถูกร้องเรียนจากคนพิการในเรื่องความล่าช้าของการได้รับกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ			

8. (ต่อ) ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี
8.6 ขาดแคลนบุคลากร เช่น ช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัด		
8.7 สถานที่เก็บค้ำแคบ/ไม่มีที่เก็บ		
8.8 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์		
8.9 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
8.10 ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล		
8.11 ระบบบันทึกข้อมูล ยุ่งยาก ซับซ้อน		
8.12 ปัญหาอื่นๆระบุ		

9. จำนวนการให้บริการคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวปีงบประมาณ 2556 (หากไม่มีบริการ ให้ทำเครื่องหมาย -)

การบริการ	ไม่มี	ครั้ง	คน
9.1 ผู้ป่วยนอก			
9.2 ผู้ป่วยใน			
9.3 บริการในชุมชน*			

*บริการในชุมชน หมายถึง การจัดการบริการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เช่น ทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด โดยบุคลากรหรือทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน

10. จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านอื่นๆ สำหรับคนพิการประเภทการเคลื่อนไหวในปีงบประมาณ 2556 (หากไม่มีบริการ ให้ทำเครื่องหมาย -)

	ไม่มี	ครั้ง	คน
10.1 กายภาพบำบัด			
10.2 กิจกรรมบำบัด			
10.3 พฤติกรรมบำบัด			
10.4 Phenol block			
10.5 อื่นๆระบุ.....			
10.6 อื่นๆระบุ.....			

11. แผนก/ฝ่ายฯ สามารถสนับสนุนกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวประเภทใดบ้าง และมีเพียงพอหรือไม่

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
	0.ไม่มีบริการ	1.มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
1. สายสวนปัสสาวะแบบสวนด้วยตนเอง			
2. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว มีระบบการใช้งาน			
3. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ไม่มีระบบการใช้งาน			
4. แขนเทียมต่ำกว่าระดับศอก ส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ			
5. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลาย ชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
6. แขนเทียมเหนือศอกส่วนปลายชนิดตะขอโลหะ ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
7. แขนเทียมชนิดไหลหรือแนบไหล่ ส่วนปลายชนิดห้านิ้ว ข้อศอกล็อกได้ด้วยมือ			
8. แขนเทียมระดับเหนือศอก แบบ 5 นิ้ว เหมือนของจริง ระบบใช้งานได้			

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
	0.ไม่มี บริการ	1.มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
9. เบ้าแขนเทียมไม้ดัดคอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
10.เบ้าแขนเทียมระดับคอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
11.เบ้าแขนเทียมระดับเหนือศอก (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า)			
12.เบ้าแขนเทียมระดับไหล่ (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะเบ้า) หรือค่าซ่อม			
13.สายบังคับแขนเทียม (สำหรับการเปลี่ยนเฉพาะสาย) หรือค่าซ่อม			
14.ขาเทียมระดับข้อเท้า (Syms)			
15.ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนนอก			
16.ขาเทียมระดับใต้เข่า แขนใน			
17.ขาเทียมระดับข้อเข่า			
18.ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนนอก			
19.ขาเทียมระดับเหนือเข่า แขนใน			
20.ขาเทียมระดับสะโพก แขนนอก			
21.ขาเทียมระดับสะโพก แขนใน			
22.เท้าเทียมที่ต้องใส่กับขาเทียมแบบต่างๆ			
23.เบ้าขาเทียมไม้ดัดเข่า			
24.เบ้าขาเทียมระดับเข่า			
25.เบ้าขาเทียมระดับเหนือเข่า			
26.เบ้าขาเทียมระดับสะโพก			
27.สายเข็มขัดเทียม			
28.แป้นสายเข็มขัด			
29.โลหะตามขาภายนอก - เด็กเล็ก ตามข้อเข่า (Knee-orthosis)			
30.โลหะตามขาภายนอก - ขาเด็ก ขนาดกลางตามข้อเท้า (Knee-orthosis)			
31.โลหะตามขาภายนอก - ขาขนาดใหญ่ ตามข้อเข่า (Knee-orthosis)			
32.PTB brace			
33.ที่คลุมเข่า Knee pad			
34.ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม			
35.ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา			
36.ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้ด้วยสายยืดหยุ่นชนิดมีด้าม			
37.ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดกลาง (Anterior wheel walker)			
38.ที่ช่วยฝึกเดินแบบมีล้อขนาดเล็ก (Anterior wheel walker)			
39.รองเท้าคนพิการขนาดเล็ก			
40.รองเท้าคนพิการขนาดกลาง			
41.รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่			
42.รองเท้าคนพิการขนาดใหญ่พิเศษ			
43.รองเท้าเสริมฝ่าเท้าและสันเท้า			
44.ค่าตัดแปลงรองเท้าคนพิการ			

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
	0.ไม่มีบริการ	1.มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
45.รองเท้าเสริมส่วนหน้า			
46.รองเท้าดัดแปลงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีการชาที่เท้าหรือเท้าผิดปกติ			
47.แผ่นเสริมภายในขนาดใหญ่			
48.แผ่นเสริมภายในขนาดเล็ก			
49.เสริมฝ่าเท้าส่วนหน้า			
50.T-strap			
51.รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้			
52.รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะ แบบปรับไม่ได้			
53.เบาะรองนั่งสำหรับผู้พิการ			
54.ฟองน้ำรองตัวสำหรับผู้ป่วยหนัก หรือผู้ป่วยอัมพาต			
อุปกรณ์อื่นๆ ระบุ			
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			

12. คิดว่าควรเพิ่มรายการกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวใดบ้าง และควรมีราคาไม่เกินเท่าไร

1.ราคาไม่เกินบาท
2.ราคาไม่เกินบาท
3.ราคาไม่เกินบาท
4.ราคาไม่เกินบาท
5.ราคาไม่เกินบาท

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

“โปรดตรวจสอบความครบถ้วนของคำถามทุกข้ออีกครั้ง”