

**ส่วนที่ 4.2 การจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับคนพิการในสถานพยาบาล**

 ประเภท : ความพิการการได้ยินและสื่อความหมาย แผนก/ฝ่าย : โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาล.....

 คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง /ช่องว่าง หรือเติมข้อมูลที่แท้จริง

1. แผนก/ฝ่ายฯ มีการตรวจประเมินก่อน-หลังให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย แบบผู้ป่วยในหรือไม่
- |   | ก่อนให้บริการ                    |                               | หลังให้บริการ                    |                               |
|---|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 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**

	0.ไม่ใช้	1.ใช้
<b>● เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning)</b>		
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.....		
<b>● เครื่องมือประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ(Cognitive function)</b>		
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. แผนก/ฝ่ายฯ ได้รับงบฯและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยการได้ยินและสื่อความหมาย จากช่องทางเหล่านี้หรือไม่**

- |   |                                   |                                |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| 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 ได้รับความสนับสนุนจากมูลนิธิฯหรือหน่วยงานอื่นๆ เช่น กษาดจังหวัด,องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO; Non-Governmental Organization) | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.4 ได้รับความสนับสนุนจากหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น พมจ. อบต. อบจ.   | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |
| 3.5 ได้รับความสนับสนุนจากประชาชน/ภาคเอกชน   | <input type="checkbox"/> 0.ไม่ใช้ | <input type="checkbox"/> 1.ใช้ |

**4. แผนก/ฝ่ายฯ เตรียมความพร้อมให้กับคนพิการหรือผู้ดูแล ก่อนมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ให้กับคนพิการ ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่**

	0.ไม่มี	1.มี
4.1 แนะนำข้อมูล สาธิตและฝึกทักษะต่างๆ เกี่ยวกับการใช้งาน		
4.2 ทดสอบและประเมินการใช้งาน		
4.3 ปรับแก้อุปกรณ์ฯก่อน หากไม่เหมาะสมกับคนพิการ		
4.4 แนะนำวิธีการดูแล ซ่อมแซมอุปกรณ์ฯเบื้องต้น		

5. แผนก/ฝ่ายฯ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
5.1 การฟื้นฟูการได้ยินและสื่อความหมาย			
5.2 การแก้ไขการพูด (อรรถบำบัด)			
5.3 ฝึกทักษะการดำรงชีวิตอิสระสำหรับคนพิการ			
5.4 อื่นๆ ระบุ			
5.4.1.....		.....	.....
5.4.2.....		.....	.....
5.4.3.....		.....	.....
6. แผนก/ฝ่ายฯ มีวิธีติดตามการใช้งานอุปกรณ์ เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	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 กรณีต้องปรับ อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ สำหรับแต่ละบุคคลหรือเมื่อ เกิดความชำรุด อย่างไรบ้าง	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	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 มีปัญหา เกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้ หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี ทุกสิทธิ์	2.มีบางสิทธิ์ ระบุ (ท 74, ข้าราชการ, ประกันสังคม)
8.1 ได้รับงบประมาณสนับสนุนล่าช้า			
8.2 งบประมาณไม่เพียงพอ			
8.3 คนพิการร้องเรียนเนื่องจากความไม่เท่าเทียมกัน ของสิทธิประโยชน์			
8.4 คนพิการร้องเรียนเรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงิน			
8.5 ถูกร้องเรียนจากคนพิการในเรื่องความล่าช้าของ การได้รับกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ			

8. (ต่อ) ในปีงบประมาณ 2556 โรงพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เหล่านี้หรือไม่	0.ไม่มี	1.มี
8.6 ขาดแคลนบุคลากร (ระบุ.....)		
8.7 สถานที่เก็บคับแคบ/ไม่มีที่เก็บ		
8.8 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์		
8.9 ไม่มีบริการซ่อมบำรุงอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ		
8.10 ขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล		
8.11 ระบบบันทึกข้อมูล ยุ่งยาก ซับซ้อน		
8.12 ปัญหาอื่นๆระบุ .....		

9. จำนวนการให้บริการคนพิการประเภทการได้ยินและสื่อความหมาย ปีงบประมาณ 2556

การบริการ	ไม่มี	ครั้ง	คน
9.1 ผู้ป่วยนอก			
9.2 ผู้ป่วยใน			
9.3 บริการในชุมชน			

\*บริการในชุมชน หมายถึง การจัดการเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน เช่น ฟื้นฟูการได้ยินหลังผ่าตัดเปลี่ยนประสาทหูเทียม เป็นต้น โดยบุคลากรหรือทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและ/หรือได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน

10. จำนวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านอื่นๆ สำหรับคนพิการประเภทการได้ยินและสื่อความหมาย ในปีงบประมาณ 2556

	ไม่มี	ครั้ง	คน
10.1 ประเมิน/แก้ไขการพูด			
10.2 ฟื้นฟูการได้ยิน			
10.3 อื่นๆระบุ.....			
10.4 อื่นๆระบุ.....			

11. แผนก/ฝ่ายฯ สามารถสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยการได้ยินและสื่อความหมายประเภทใดบ้าง และมีเพียงพอหรือไม่

รายการอุปกรณ์	การให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
	0.ไม่มีบริการ	1.มีบริการ	
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
1. ชุดประสาทหูเทียม (Cochlear implant)			
2. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี			
3. เครื่องช่วยฟังสำหรับคนหูพิการ สำหรับผู้ใหญ่			
4. ฝาครอบช่วยพูด (Speaking valve)			
5. เครื่องช่วยพูด			
อุปกรณ์อื่นๆ ระบุ (ที่มีให้เบิกได้ใน รพ.)			
1.....			
2.....			
3.....			
4.....			
5.....			

12. คิดว่าควรเพิ่มรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยการได้ยินและสื่อความหมายใดบ้าง และควรมีราคาไม่เกินเท่าไร

1. .... ราคาไม่เกิน ..... บาท
2. .... ราคาไม่เกิน ..... บาท
3. .... ราคาไม่เกิน ..... บาท
4. .... ราคาไม่เกิน ..... บาท
5. .... ราคาไม่เกิน ..... บาท

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

โปรดตรวจสอบความครบถ้วนของคำถามทุกข้ออีกครั้ง