



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตาม

แนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☐ CQI ☒ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☐ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

*หมายเหตุ : 1.กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคล ข้อ 6
2.ผลงานทุกประเภทที่ส่งประกวดเป็นลิขสิทธิ์ของคณะฯ ห้ามมิให้ผู้ใดนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน
เลขที่กลุ่ม.....
วันที่รับข้อมูล.....

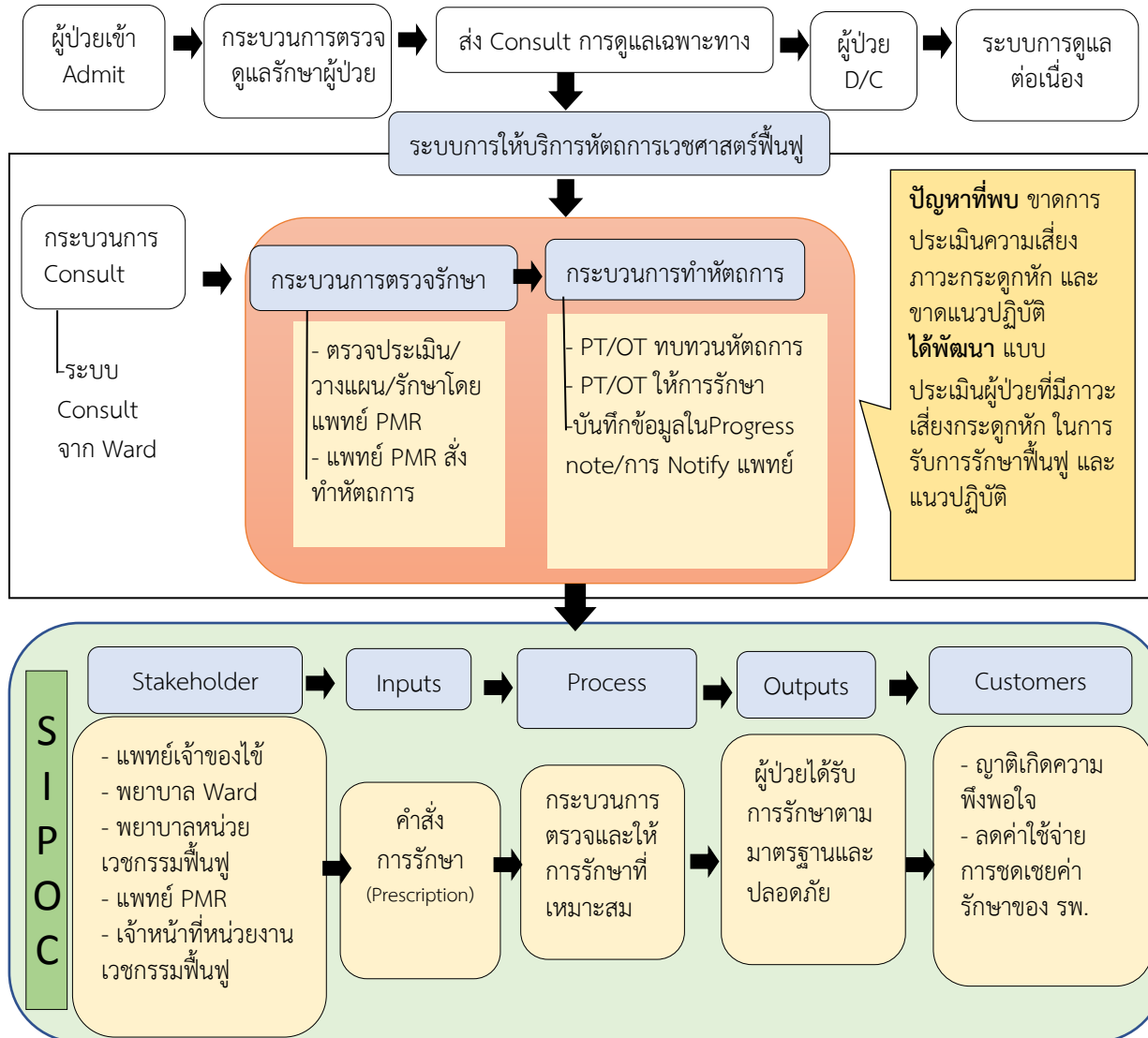
สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด	
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery ☐ Patient Care Process ☐ Infection Control ☐ Line , Tube & Catheter ☐ Medication Safety ☐ Emergency Response ☒ อื่น ๆ (โปรดระบุ) prevention Process
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☐ ความปลอดภัย ☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเสีย [Safety] [Quality (waste)*] ☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า ☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Cost] [Delivery]

ชื่อเรื่อง / โครงการ แนวปฏิบัติการให้การรักษ่าฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก

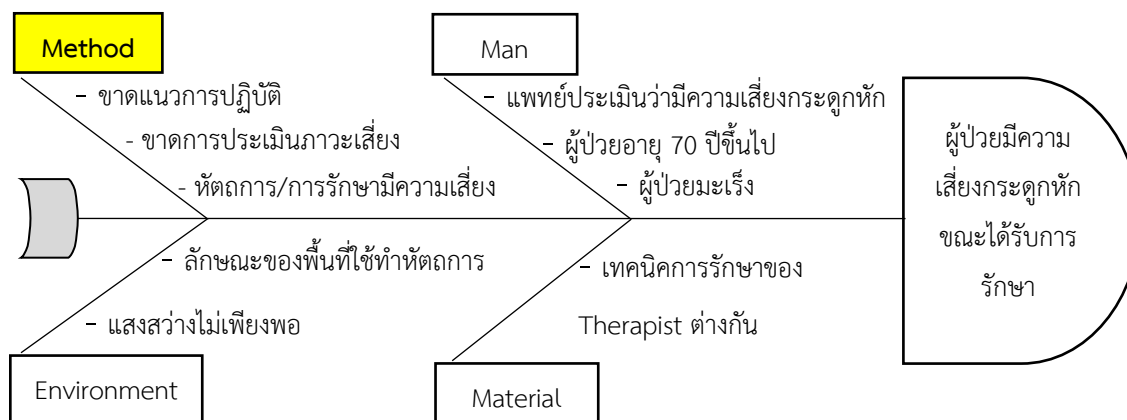
1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

ในระหว่างปี 2560-2564 จำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน (IPD) ที่ได้รับการรักษาจากหน่วยเวชกรรมฟื้นฟู SDMC มีจำนวนกว่า 2,686 ราย ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและอาจมีปัจจัยเสี่ยงเกิดภาวะกระดูกหักได้ง่าย หากไม่ได้รับการวินิจฉัย ตลอดจนได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและจิตใจลดลง หรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักอันดับที่ 1 ของประเทศไทย พบการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่จังหวัดน่านปี พ.ศ.2560 ในอัตราประมาณ 238.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานความเสี่ยงในหน่วยงาน (IOR Fracture) ในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2560-2564) พบจำนวน 4 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่พึงพอใจ เป็นเหตุให้เกิดการร้องเรียน และทางโรงพยาบาลต้องดูแลเรื่องค่ารักษาพยาบาล จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะมวลกระดูกบาง และยังขาดแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก ทางหน่วยเวชกรรมฟื้นฟูเล็งเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการให้การรักษ่าฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหักจากการทำหัตถการขึ้น

2. กรอบแนวคิดแสดงภาพรวมระบบ Work System และ SIPOC Diagram



3. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย



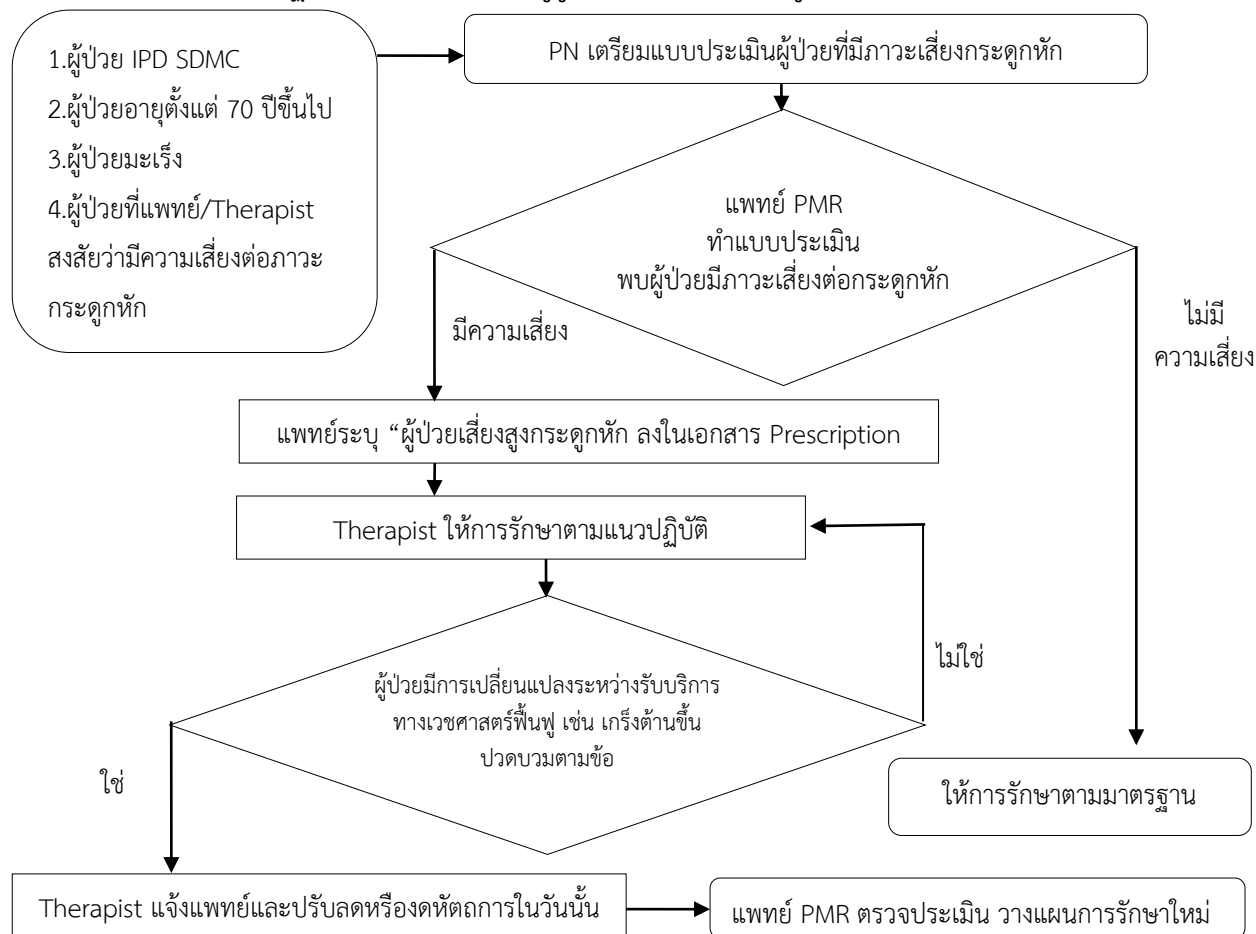
จากการทำ RCA พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงกระตุกหัดขณะได้รับการรักษา เกิดจากการขาดแนวปฏิบัติและการประเมินภาวะเสี่ยงกระตุกหัด จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัด และจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัดในการรับการรักษาฟื้นฟู

วัตถุประสงค์	เป้าหมายและตัวชี้วัด
1. เพื่อลดอัตราความเสี่ยงภาวะกระตุกหัดระหว่างให้การรักษา	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะกระตุกหัดระหว่างให้การรักษา
2. เพื่อพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัดในการรับการรักษาฟื้นฟูให้มีความสะดวกในการใช้ เข้าใจง่าย ลดระยะเวลาได้	อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ด้านการใช้แบบประเมิน สามารถใช้แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัดในการรับการรักษาฟื้นฟูได้ด้วยความสะดวก เข้าใจง่าย
3. เพื่อให้แนวปฏิบัติการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัดสามารถใช้ได้จริง	อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ในการสามารถนำแนวปฏิบัติการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระตุกหัดมาใช้ เพื่อพัฒนาการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

1. ทบทวนงานวิจัย สถิติที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกระตุกหัด รวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กระตุกหัด
2. จัดทำโครงร่างแบบประเมินโดยอิงจากเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระตุกหัด (FRAX)
3. ประชุมทีมในเวชศาสตร์ฟื้นฟูจัดทำแนวปฏิบัติ (รายละเอียดดังแสดงในข้อ 4.1) และปรับปรุงแบบประเมินก่อนนำไปใช้ประเมินผู้ป่วย (รายละเอียดดังแสดงในข้อ 4.2)
4. ทดลองใช้ รวบรวมผลข้อมูล บันทึกผล และรวบรวมปัญหาที่เกิดจากการทำแบบประเมิน
5. ประชุมทีมนำข้อมูลที่ได้มาสู่กระบวนการวิเคราะห์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินและแนวทางการปฏิบัติ

4.1 การจัดทำแนวปฏิบัติการให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก

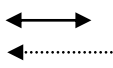
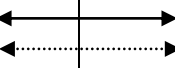
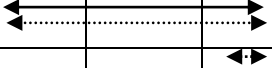


4.2 การจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหักในการรับการรักษาฟื้นฟู

ครั้งที่	ตัวอย่างแบบประเมินตามเอกสารแนบ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไข/ปรับปรุง
1		1. การรวมผลคะแนนมีความซับซ้อน 2. ขาดการให้ระบุผลสรุปความเสี่ยงที่ชัดเจน	1. เรียบเรียงหัวข้อใหม่ จัดเป็น Major test และ Minor test 2. กำหนดช่องสรุประดับความเสี่ยง
2		1. ใช้เวลาในการทำแบบประเมินนาน 2. เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในคำจำกัดความของแต่ละหัวข้อ 3. มีความซ้ำซ้อนในการประเมินซ้ำทุกเดือน 4. ในข้อประวัติพลัดตกหกล้มและประวัติเคยกระดูกหักไม่ได้ระบุเวลาภายในกี่ปี 5. ผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกพรุน อาจทำให้ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง 6. จำนวนผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงมีจำนวนมาก	1. ปรับลดจำนวนข้อ 2. แก้คำจำกัดความให้เข้าใจง่ายและชัดเจน 3. ระบุให้ประเมินเพียงครั้งแรกโดยแพทย์ PMR 4. กำหนดระยะเวลาภายใน 1 ปี 5. ปรับหัวข้อให้มีความครอบคลุมภาวะกระดูกพรุน กระดูกบาง 6. ปรับขอบเขตผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การประเมิน

ครั้งที่	ตัวอย่างแบบประเมิน ตามเอกสารแนบ	ปัญหาที่พบ	การแก้ไข/ปรับปรุง
3		1. หัวข้อในแบบประเมินกว้าง ทำให้ประเมินพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงกระดูกหักได้มาก 2. แนวปฏิบัติทำได้ยาก	1. ปรับหัวข้อแบบประเมินให้เจาะจง ปรับคำกระชับขึ้น 2. ปรับแนวปฏิบัติให้กระชับคำ เข้าใจง่าย ทำได้จริง

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)							ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของ ผู้รับผิดชอบ
	เริ่ม โครงการ	ประชุม RCA ครั้งที่ 1	ประชุม CLT ครั้งที่ 1	ประชุม RCA ครั้งที่ 2	ประชุม RCAครั้งที่ ที่ 3	ประชุม CLT ครั้งที่ 2	ประชุม RCA ครั้งที่ 4	
	14 ก.ค. 2564	9 ส.ค. 2564	18 ส.ค. 2564	20 ม.ค. 2565	31 ม.ค. 2566	16 ก.พ. 2566	21 มี.ค. 2566	
1.ทบทวนปัญหา/จัดทำ โครงร่าง								กัญญาพัชร ราชีวงศ์ พิชิตพล แม่นวงศ์
2.ปรับปรุงแบบประเมิน ครั้งแรก (RCA)								*ทีม RCA
3.ทดลองใช้แบบ ประเมิน								ทีม RCA, เจ้าหน้าที่ เวชศาสตร์ฟื้นฟู
4.รวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูล								*ทีม RCA
5.ปรับปรุงครั้งที่ 2								*ทีม RCA
6.ปรับปรุงครั้งที่ 3								*ทีม RCA

 วางแผน
  ปฏิบัติจริง

* ทีม RCA ประกอบด้วย แพทย์ (PMR) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์

6. ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน/โครงการ

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			ก่อน ดำเนินการ	ผลดำเนินการ			
	1	2	3		เป้าหมาย	หลังดำเนินการ		
						ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหักระหว่างให้การรักษา	✓			4 คน (ปี 60-64)	0 คน	0 คน	0 คน	0 คน
อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่*ด้านการใช้แบบ ประเมินว่ามีความสะดวกในการใช้ เข้าใจง่าย ลด ระยะเวลาในการประเมินได้		✓		-	≥ 80 %	30 %	83.3 %	100 %

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ (ข้อที่)			ก่อน ดำเนินการ	ผลดำเนินการ			
	1	2	3		เป้าหมาย	หลังดำเนินการ		
						ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
อัตราความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่*ต่อแนวปฏิบัติ สามารถทำได้จริง			✓	-	≥80 %	41.7%	91.7%	100 %

* เจ้าหน้าที่ได้แก่ แพทย์ (PMR) นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หน่วยเวชกรรมฟื้นฟู SDMC จำนวน 20 คน

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติที่มีความปลอดภัยทุกราย (Safety)
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุและข้อร้องเรียน ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบ (Reduce Cost of Poor Quality)
3. มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยก่อนทำการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด (Effectiveness)
4. เกิดการพัฒนาแบบประเมินและแนวปฏิบัติให้การรักษานักกายภาพบำบัดที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก ให้สามารถใช้งานได้จริง (Effectiveness)
5. เกิดโอกาสพัฒนาคุณภาพงานบริการการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center)

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

แพทย์ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอยู่ในหอพักผู้ป่วย นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจะส่งปรึกษาแพทย์ หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงถึงภาวะเสี่ยงกระดูกหัก จะมีการจัดประชุมทีม (RCA) เพื่อประมวลผล ปรับปรุงแบบประเมิน และแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดไว้ในวาระการประชุมของภาควิชา (CLT)

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดจากการที่สหวิชาชีพได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมมือกันสร้างแนวปฏิบัติจนเกิดเป็นองค์ความรู้ด้านการจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงกระดูกหัก ซึ่งปัญหาและอุปสรรคที่พบ 1. การเก็บข้อมูลต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้ข้อมูลประวัติในอดีตได้ ทำให้การประเมินผลภาวะเสี่ยงกระดูกหัก อาจเกิดการคลาดเคลื่อนได้ จึงจำเป็นต้องประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อทบทวนและพัฒนาแบบประเมินสม่ำเสมอ 2. ในการหาข้อมูลสถิติเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นมีจำกัด ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเกิดกระดูกหักในโรงพยาบาลอื่น จึงต้องใช้ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบัน

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

แนวปฏิบัติการให้การรักษานักกายภาพบำบัดที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหักสามารถนำไปใช้กับภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูอาคาร 1 และ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ได้ และได้เก็บข้อมูลเพื่อไปพัฒนาต่อยอดทำงานวิจัย R2R โดยจะเริ่มดำเนินการวิจัย R2R ในปี 2567

แบบประเมินการให้การรักษานผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก

เอกสารแนบ การปรับปรุงครั้งที่ 1

คำชี้แจง: ให้ทำแบบประเมิน Major Test หากไม่เข้าเกณฑ์ Major Test จึงทำแบบประเมิน Minor Testตามลำดับ (ประเมินซ้ำทุก 1 เดือน) Major Test (มี ≥ 1 ข้อขึ้นไปถือว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกระดูกหัก”)

หัวข้อ	ครั้งที่1		ครั้งที่2		ครั้งที่3		ครั้งที่4		ครั้งที่5		ครั้งที่6	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. มีประวัติการเกิดกระดูกหักในอดีต (Previous fracture) หรือพลัดตกหกล้ม (Falling)												
2. เคยได้รับยาสเตียรอยด์ (2.5 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไป เป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน หรือเทียบเท่า)												
3. มีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)												
4. เป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer) หรือมะเร็งกระดูก (bone cancer)												
5. มีภาวะ Muscle tone MAS 3 – 4 หรือเกร็งด้านเพิ่มขึ้น												
6. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Bedridden status)												
รวม												
ลงชื่อผู้ประเมิน												
วัน/เดือน/ปี												

เกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงและแนวทางปฏิบัติ

☐ 0 – 3 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ	- ประเมินอาการหลังให้การรักษา - ให้การรักษาอย่างระมัดระวัง	☐ 4 – 8 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง	- ประเมินก่อนและหลังให้การรักษา - ให้ระดับมุมการเคลื่อนไหว - เคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ละข้าง - เคลื่อนไหวข้อต่อเพียงทิศทางเดียว	- จัดให้ออกกำลังกายที่ใช้น้ำหนัก - จัดจัดตั้งข้อต่อ - ปรับลดจำนวนครั้งในการออกกำลังกาย - รักษาโดยนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัดเท่านั้น
---	---	---	---	---

Minor Test (มีคะแนน ≥ 4 คะแนนขึ้นไปถือว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกระดูกหัก”)

หัวข้อ	ครั้งที่1		ครั้งที่2		ครั้งที่3		ครั้งที่4		ครั้งที่5		ครั้งที่6	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. เป็นเพศชายอายุ ≥ 65 ปี หรือ เพศหญิงอายุ ≥ 50 ปี	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
2. มีน้ำหนัก ≤ 45 กิโลกรัม	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
3. มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ (Alcohol or cigarettes dependent)	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
4. เป็นผู้ป่วยกลุ่มภาวะโรคข้ออักเสบ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเบาหวาน	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
5. มีภาวะข้อต่อยึดติด (Joint stiffness) ได้แก่ ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อสะโพก และข้อเข่า	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
6. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
รวม												
ลงชื่อผู้ประเมิน												
วัน/เดือน/ปี												

เอกสารแนบ การปรับปรุงครั้งที่ 2

แบบประเมินการให้การรักษาร่วมผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก

คำชี้แจง: ให้ระบุเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง กรณีที่เลือก ✓ ในช่อง “ ใช่ ”

มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ หมายถึงเป็นผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะกระดูกหัก

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. มีประวัติการเกิดกระดูกหัก (Previous fracture) ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา		
2. มีประวัติได้รับยาสเตียรอยด์ มากกว่า 3 เดือน หรือเทียบเท่า		
3. มีภาวะมวลกระดูกลดลง หรือมีความเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยที่ค่า BMD น้อยกว่า -2 หรือผู้ป่วยที่อายุ 80 ปีขึ้นไป		
4. เป็นโรคมะเร็งซึ่งมีการแพร่กระจายไปที่กระดูก (Bone Metastatic Cancer)		
5. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Totally dependent) เป็นระยะเวลา ≥ 1 ปี		
6. มีภาวะ Muscle tone MAS 3 - 4 หรือเกร็งด้านเพิ่มขึ้น		
7. ไม่ให้ความร่วมมือ หรือต่อต้าน ในการให้การรักษาทาเวชศาสตร์ฟื้นฟู		
เป็นผู้มีความเสี่ยงกระดูกหัก		
ลงชื่อผู้ประเมิน		
วัน/เดือน/ปี		

แนวทางปฏิบัติการให้การรักษาร่วมผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก

- ประเมินก่อนและหลังการให้การรักษาทาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- ให้เคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ละข้อต่อ ในข้อไหล่ ข้อสะโพก หรือข้อต่อที่มีปัญหาอื่น
- ให้เคลื่อนไหวข้อต่อเพียงทิศทางเดียว (Non-combined movement)
- งดจัดดัดข้อต่อ (Maintain ROM)
- งดให้ออกกำลังกายที่ใช้น้ำหนักหรือใช้แรงต้าน
- พิจารณาปรับจำนวนครั้งในการออกกำลังกาย ปรับความหนักตามศักยภาพของผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยตาม (Splint) ปรับรูปแบบอุปกรณ์ให้เข้ากับข้อจำกัดของผู้ป่วย และแจ้งข้อควรระวังก่อนนัดทำอุปกรณ์ตามกับนักกิจกรรมบำบัด
- หากผู้ป่วยมีอาการเกร็งด้านเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ต่อต้านการรักษา หรือข้อบ่งชี้อื่นที่แสดงถึงภาวะเสี่ยงกระดูกหัก พิจารณาปรับลดหรืองดหัตถการ และแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที พร้อมทั้งบันทึกในใบ Rehab treatment/Progress note

เอกสารแนบ การปรับปรุงครั้งที่ 3

แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหักในการรับการรักษาฟื้นฟู

คำชี้แจง: ให้ระบุเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง กรณีที่เลือก ✓ ในช่อง “ ใช่ ”

มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ หมายถึงเป็นผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะกระดูกหัก

หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1. อายุ ≥ 80 ปีขึ้นไป		
2. มีประวัติกระดูกหัก จากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรงในระยะเวลา 1 ปี		
3. เป็นโรคมะเร็งซึ่งมีการแพร่กระจายไปที่กระดูก (Bone Metastatic Cancer)		
4. มีประวัติได้รับยาสเตียรอยด์มากกว่า 3 เดือน หรือเทียบเท่า		
5. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Totally dependent) เป็นระยะเวลา ≥ 1 ปี		
6. มีภาวะเกร็ง (Spasticity) MAS 3 - 4		
7. ไม่ให้ความร่วมมือ มีปัญหาการสื่อสาร หรือต่อต้าน ในการให้การรักษาร่วม		
8. มีภาวะมวลกระดูกลดลง หรือ ผู้ป่วยมีค่า BMD < -2 (กรณีที่มีการตรวจ)		
เป็นผู้มีความเสี่ยงกระดูกหัก		
ลงชื่อผู้ประเมิน		
วัน/เดือน/ปี		

แนวปฏิบัติการให้การรักษาร่วมผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงกระดูกหัก

- ประเมินก่อนและหลังการให้การรักษาทาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
- ให้พิจารณาเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่ละข้อ โดยเฉพาะ ข้อไหล่ และข้อสะโพก
- ให้เคลื่อนไหวข้อต่อเพียงทิศทางเดียว (Non-combined movement)
- งดจัดดัดข้อต่อ
- งด Resistive exercise
- พิจารณาปรับความหนัก และลดจำนวนครั้งในการออกกำลังกาย ตามศักยภาพของผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยตาม (Splint) ปรับรูปแบบอุปกรณ์ให้เข้ากับข้อจำกัดของผู้ป่วย