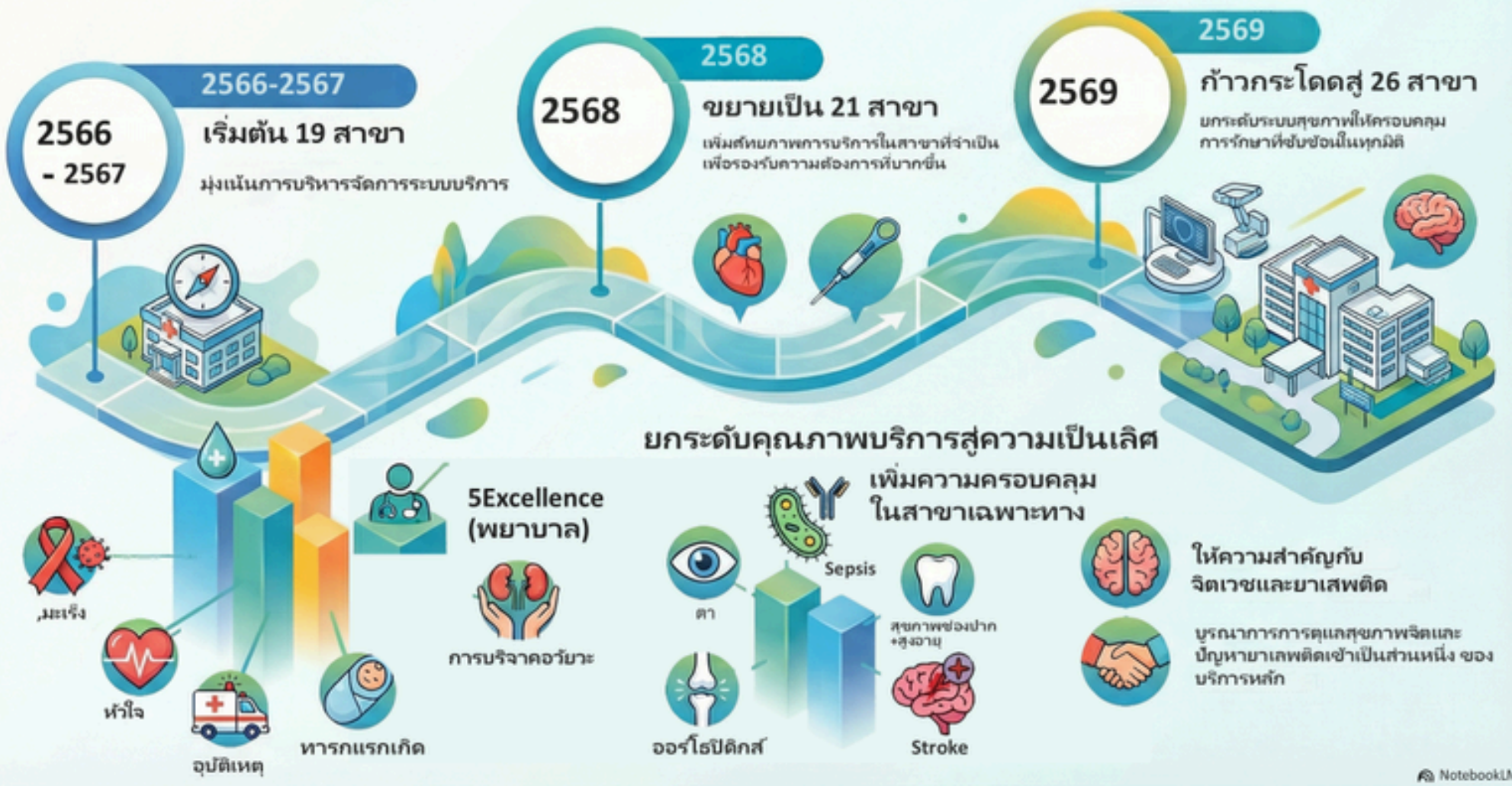


5 Excellence



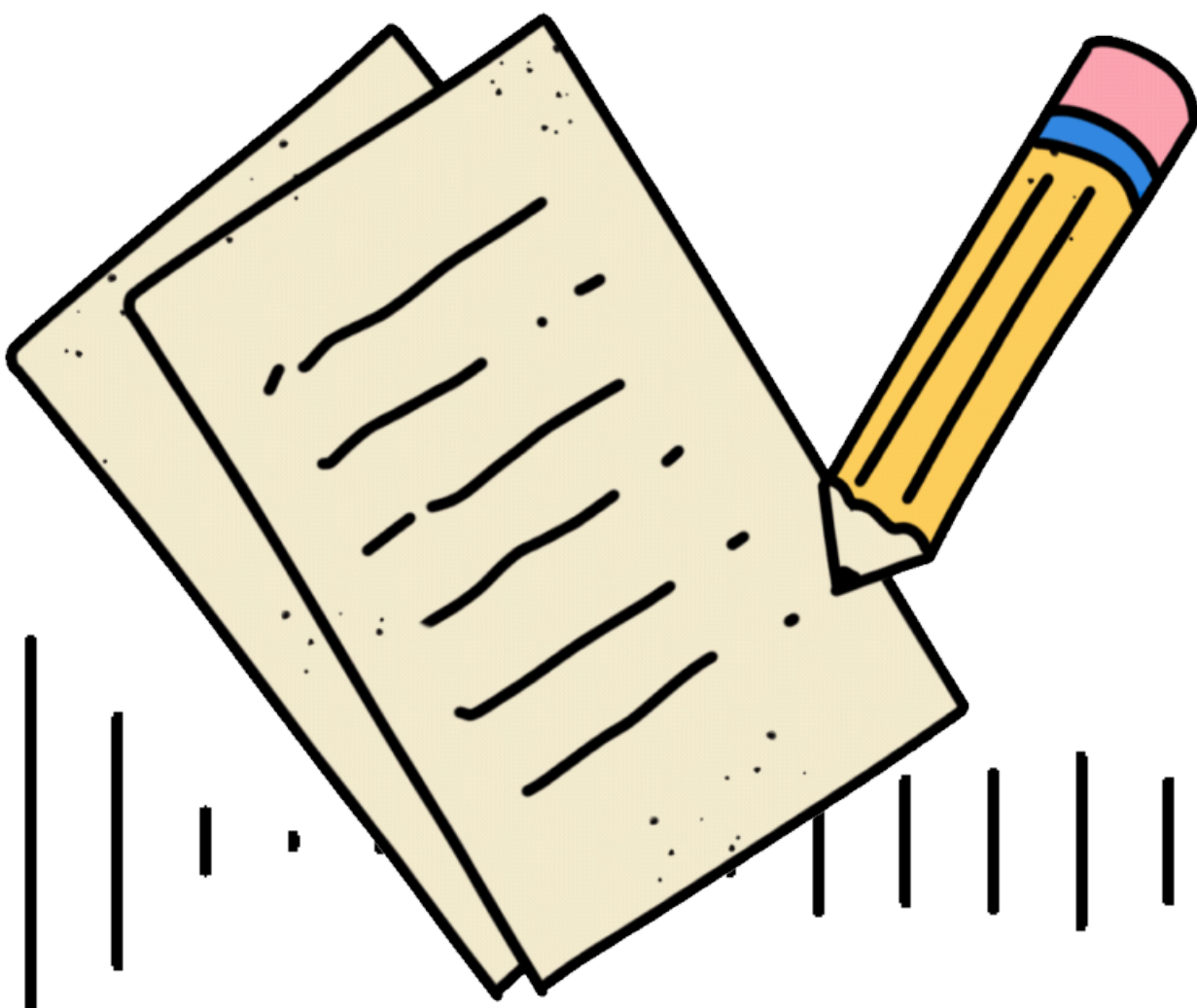
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2566 - 2569



NotebookLM

5 Excellence

- ▶ สาขาหัวใจ
- ▶ สาขาทารกแรกเกิด+นมแม่
- ▶ สาขาบริจาคอวัยวะ
- ▶ สาขามะเร็ง
- ▶ สาขา Trauma



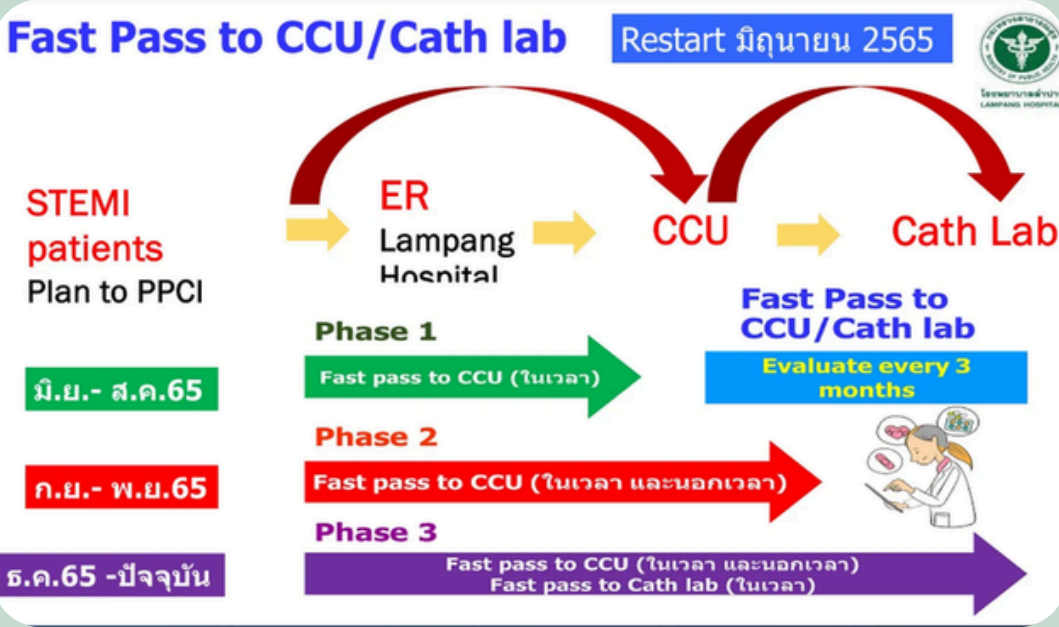
SERVICE PLAN สาขาหัวใจ



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

แผนปฏิบัติการและผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566-2568

วิวัฒนาการ STEMI Fast Pass: เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลา



เครือข่ายไร้รอยต่อ: กระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Pass



“Service Plan สาขาหัวใจที่มีเป้าหมายลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด สาเหตุของการเสียชีวิต พบว่าเกิดจาก Cardiovascular dead, Cardiogenic shock, VF or VT ร้อยละ 80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาที่มีภาวะ cardiogenic shock หรือ arrest ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย STEMI จำเป็นต้องได้รับการรักษา resuscitation ก่อนที่จะได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดจึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้”



CNF 17TH CARDIAC NETWORK FORUM

FUTURE HEART FOR A FUTURE WORLD

"การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI Cardiogenic Shock: ลดระยะเวลา CCU to Cath Lab ด้วยกระบวนการ PDCA" ของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลลำปาง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Service Plan) - โรงพยาบาลลำปาง

เป้าหมาย: บริการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานบริการ ลดอัตราตาย อัตราป่วย ลดระยะเวลารอดชีพ

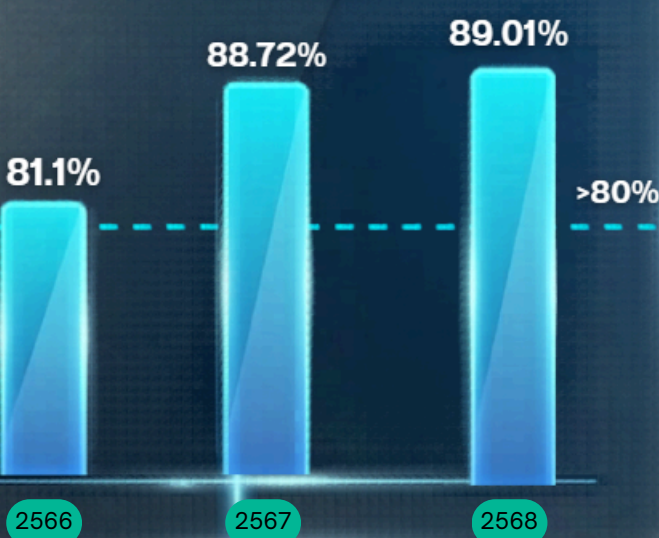
24-27 มีนาคม 2569

Care Map STEMI

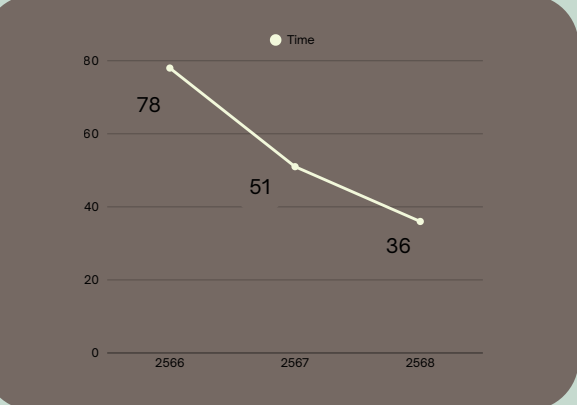
CareMap Acute STEMI

อาการ	สัญญาณ	การแทรกแซง
1. 1.1 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.1 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.1 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.2 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.2 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.2 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.3 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.3 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.3 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.4 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.4 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.4 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.5 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.5 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.5 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.6 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.6 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.6 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.7 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.7 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.7 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.8 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.8 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.8 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.9 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.9 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.9 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.10 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.10 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.10 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.11 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.11 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.11 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.12 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.12 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.12 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.13 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.13 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.13 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.14 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.14 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.14 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.15 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.15 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.15 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.16 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.16 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.16 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.17 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.17 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.17 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.18 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.18 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.18 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.19 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.19 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.19 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)
1. 1.20 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.20 มีอาการเจ็บหน้าอก	1.1.20 ให้ยาแอสไพริน 150-300 มก. (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

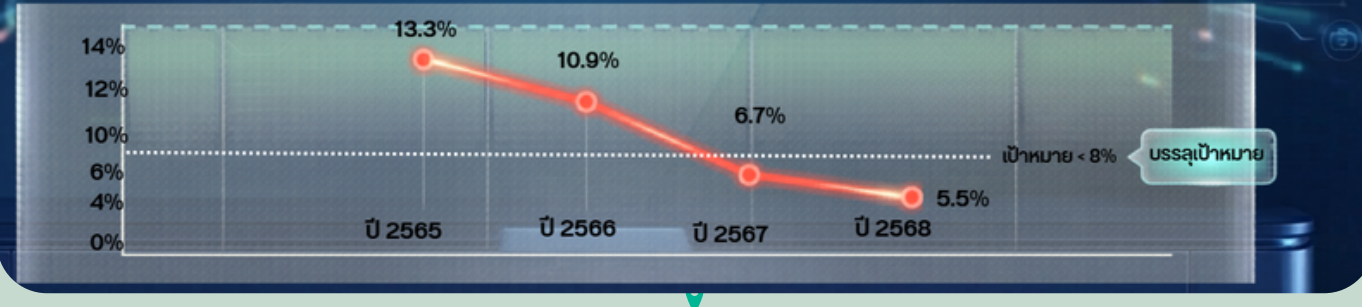
เตรียมความพร้อมจาก CCU to Cath lab ภายใน 30 นาที



"ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยจาก CCU to Cath Lab"



เส้นตายที่ถูกขยับ: อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างก้าวกระโดด



ทิศทางอนาคตและการขยายเครือข่าย

Challenge: ความยั่งยืนของโรคของผู้อยู่สูงวัยและแนวโน้ม Admission เพิ่มขึ้น

Early Detection
-ขยายให้ทุก รพ.สต. มีเครื่อง EKG -คัดกรอง ACS ในผู้ป่วย CVD risk

Continuous Feedback
-โครงการ "พี่เข้มน้อง" ติดตามและแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วย ทุก รพ.สต. ลำปาง

Global Standard
มุ่งเป้าต่อมาตรฐานการรักษามะเร็งหัวใจด้วยวิธีผสมผสาน (DSC-STEMI)

Local Empowerment
-โครงการสนับสนุน Basic Echocardiogram ให้แพทย์ รพ.สต. ร่วมกับ สสจ. ให้ครอบคลุมถึงหน้าประตูบ้านผู้ป่วยทุกคน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบ

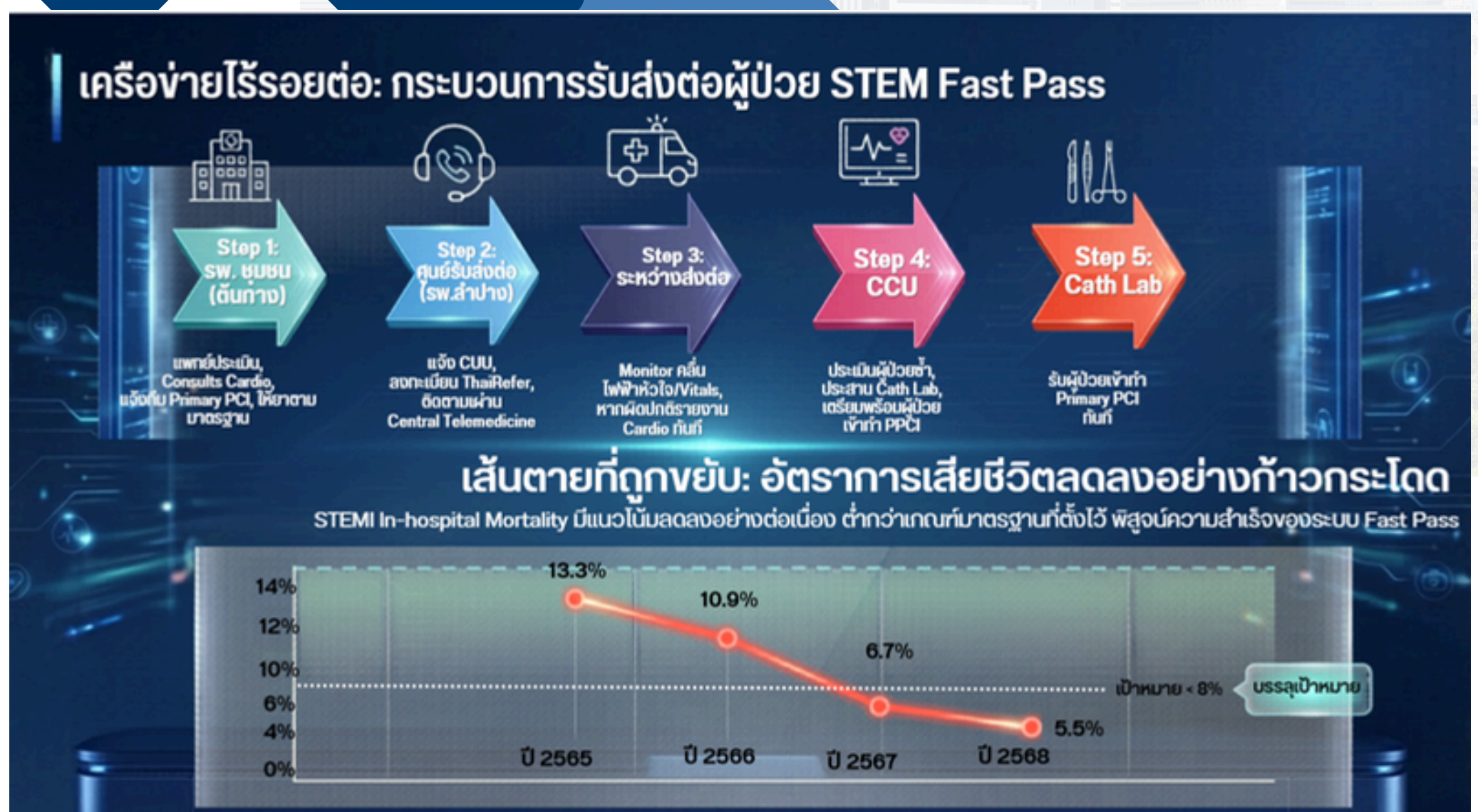
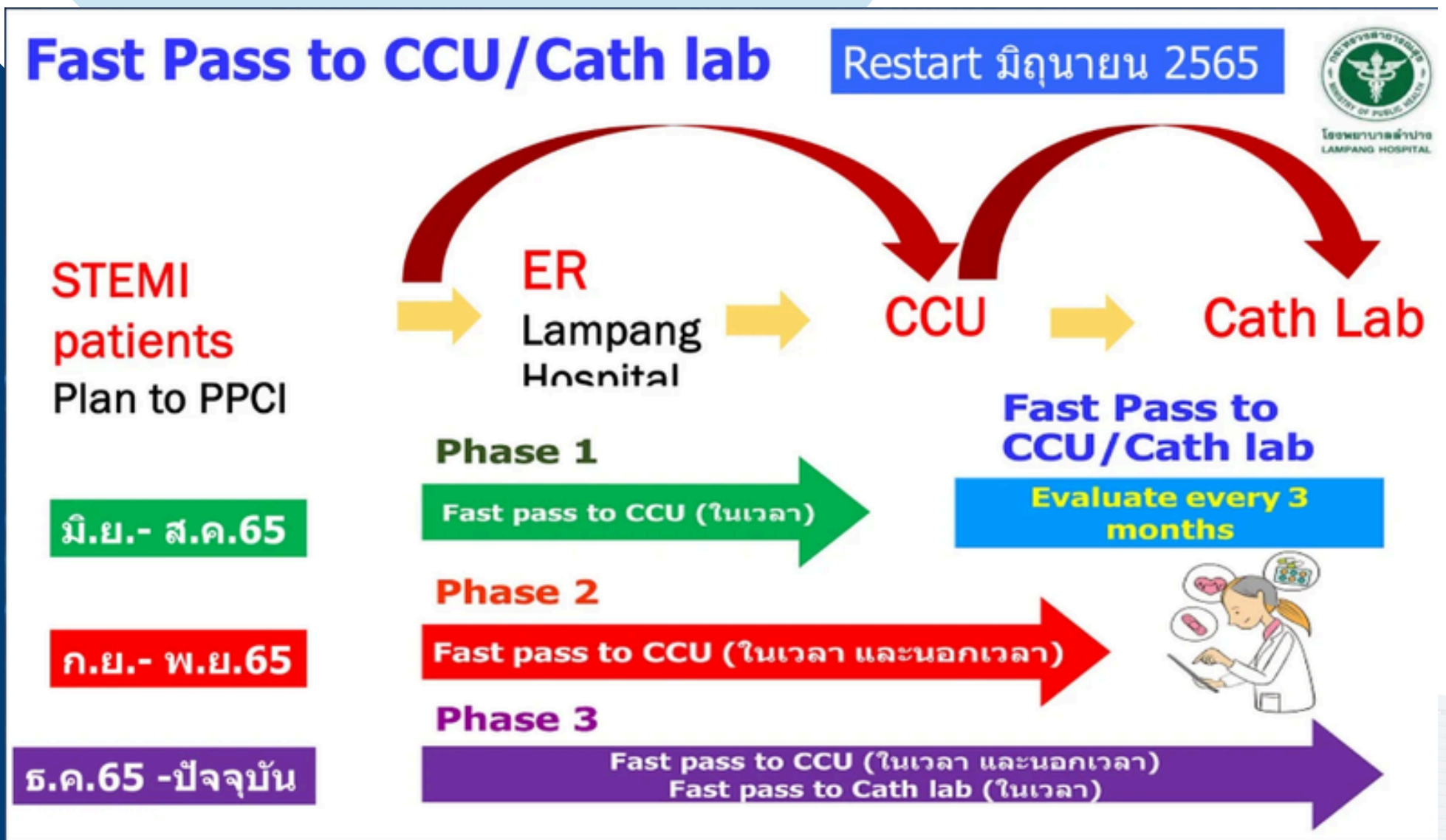
3-Pillar Capability Matrix

- Technology & Tele-nursing**
High Technology Surgery: 3D printing, 3D printing, 3D printing
การขยายบริการ: เครื่อง OPD cardio lab: CVD ผ่าน LINE OA
ใช้งานห้อง Line STEMI LPH ซึ่งได้รับการดูแลโดย case manager: swg.
โครงการอบรม ACS day
- Clinical Excellence**
อบรมเชิงปฏิบัติการ: ACLS, การใช้อุปกรณ์ IABP, การอ่าน EKG
ระบบ Preceptor: ถ่ายทอดความรู้ โดยพยาบาลเฉพาะทาง
หลักสูตร CVN อบรมเชิงปฏิบัติการ
- Continuity of Care**
ระบบ Case Manager (CM) ติดตามดูแลเป็นรายกรณี
ส่งต่อข้อมูล COC ทางกล้องโทรทรรศน์
โครงการ "พี่เข้มน้อง" เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาที่พบใน รพ.สต.

สาขาหัวใจ

แผนปฏิบัติการและผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566-2568

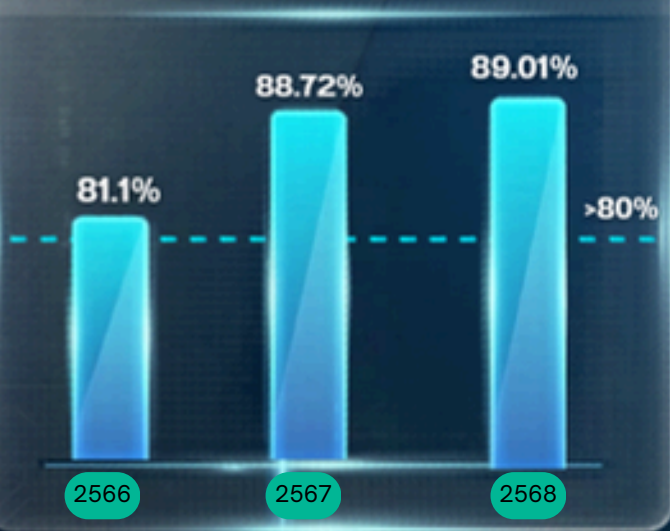
วิวัฒนาการ STEMI Fast Pass: เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลา



สาขาหัวใจ

ประสิทธิภาพและความปลอดภัย (Procedure & Safety)

เตรียมความพร้อมจาก CCU to Cath lab ภายใน 30 นาที



ผู้ป่วย STEMI ที่ภาวะ shock, ETT, หรือ post-cardiac arrest จำเป็นต้องได้รับการ Resuscitation ก่อน ส่งผลให้การเตรียมหรือบอกใช้เวลานานขึ้น แต่ระบบยังสามารถรักษาเวลาเฉลี่ยโดยรวมได้ตามเป้าหมาย จึงได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้



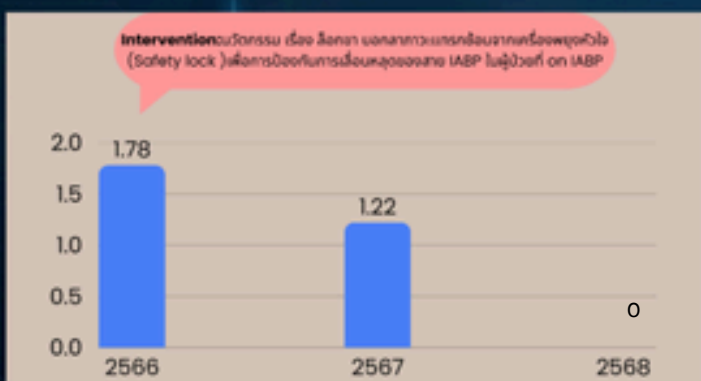
ชื่อ	รายละเอียด	ชื่อ	รายละเอียด
1	...	1	...
2	...	2	...
3	...	3	...
4	...	4	...
5	...	5	...
6	...	6	...
7	...	7	...
8	...	8	...
9	...	9	...
10	...	10	...

ประสิทธิภาพและความปลอดภัย (Procedure & Safety)

ร้อยละการเกิดภาวะทางหลอดเลือดที่รุนแรงจากการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (Cath lab)

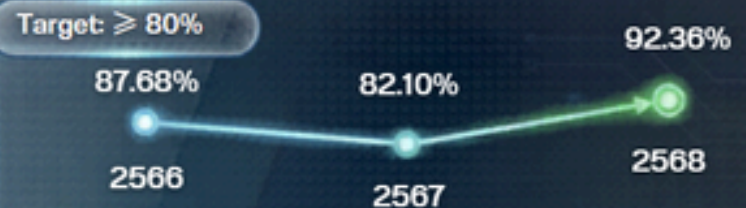


อัตราร้อยละผู้ป่วยหัวใจที่ on IABP มีภาวะแทรกซ้อนจากการพยาบาลที่สามารถป้องกันได้



ความเร็วและการเข้าถึง (Speed & Access)

Door to EKG ภายใน 10 นาที



EKG Diagnosis ถึง CCU/Cath lab ภายใน 30 นาที



สาขาหัวใจ

การฟื้นฟูร่างกายและการกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย
จนมีระดับความสามารถทำกิจกรรมได้ > 4 METs



ผู้ป่วย ACS ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ > 4 METs



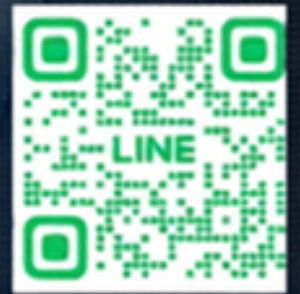
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน



(แนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 0.92% ในปี 66 แต่ยังคงอยู่ในปี < 3%)

“เป็นเพื่อนกับเรา”
LINE OA

คลินิกอายุรกรรม หลอดเลือดหัวใจ
ผ่าน LINE OA เพื่อดูแลและ
ให้คำปรึกษาต่อเนื่องก่อนกลับบ้าน



คลินิกอายุรกรรม หลอดเลือดหัวใจกลุ่มLine-ใกล้ใจ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบ



3-Pillar Capability Matrix



Clinical Excellence

Continuity of Care

Technology & Tele-nursing

High Technology Surgery: อินเทอร์เน็ตผู้ป่วยร่วมกับทุกแผนก

การพยาบาลทางไกล: เชื่อมต่อ OPD cardio และ CVT ผ่าน LINE OA

ใช้งานเครือข่าย Line STEMI LPH เพื่อประสานงานระหว่าง case managerแต่ละ swx.

โครงการ อบรมวิชาการ ACS day

อบรมทักษะเชิงลึก: ACLS, การใช้เครื่อง IABP, การอ่าน EKG

ระบบ Preceptor: ถ่ายทอดความรู้โดยพยาบาลเฉพาะทาง

หลักสูตร CVN ยกระดับทักษะทางคลินิก

ระบบ Case Manager (CM) ติดตามดูแลเป็นรายกรณี

ส่งต่อข้อมูล COC ทางไกลถึงโรงพยาบาลตั้งสังกัด

โครงการ “พี่เชิมน้อง” เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาที่พบในแต่ละ swx.

สาขาหัวใจ

นวัตกรรม ชื่อผลงาน ICD alarm alert งาน Cardiac Network Forum 2026 : Future Heart for A Future World หัวใจแห่งอนาคต เพื่อโลกอนาคต รองชนะเลิศอันดับ 1



ปี 2568 ICD alarm alert Innovation

น.ส. สนิสา นันทวงค์
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ICU CVT โรงพยาบาลลำปาง



ในการเฝ้าระวังแบบเดิมโดยการสังเกตด้วยสายตาและบันทึกด้วยบุคคลทุก 30 นาทีในผู้ป่วยเมื่อมีเลือดออกมาก หรือทุก 1 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ แต่ด้วยอัตราค่าจ้าง ภาระงานในการรับผู้ป่วยรายใหม่หรือมีผู้ป่วยวิกฤติ ทำให้บุคลากรไม่สามารถสังเกตและบันทึกเลือดออกจกสายระบายได้ตามระยะเวลา ทำให้บางครั้งไม่สามารถดูได้ทันทีเมื่อมีเลือดออกมากหรืออาจทำให้การรายงานแพทย์ล่าช้า ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดจัดทำ ICD alarm alert ขึ้นเพื่อใช้เตือนทันทีที่มีเลือดออกมากหรือถึงปริมาณที่กำหนดอย่างทันทีทันใด

วัตถุประสงค์

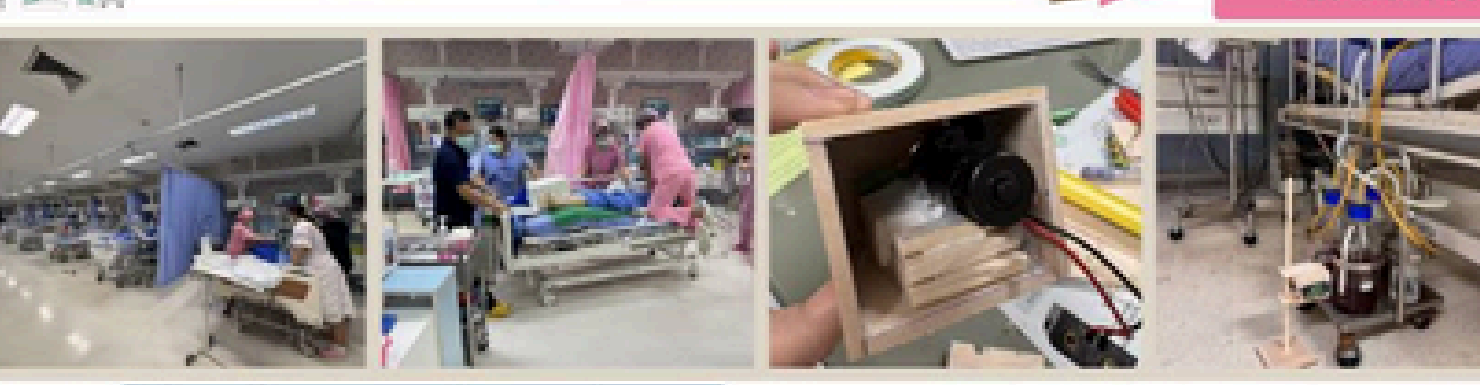
- ใช้นแจ้งเตือนเมื่อผู้ป่วยมีอาการเลือดออกมากได้ทันที
- ลดภาระงานจากการประเมินเลือดออกจกสายระบายตามรอบเวลาแบบเดิม
- สามารถแจ้งเตือน หรือรายงานแพทย์ได้ทันที่ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Nursing-sensitive outcomes)

- ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเกิดอุบัติเหตุ
- ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดลดลงและโรงพยาบาลไม่เสียค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยไม่จำเป็น
- นพผลลดจนพยาบาลได้รับความพึงพอใจจากการแจ้งเตือนเลือดออกจกสายระบาย ลดภาระงานและเพิ่มการรายงานได้อย่างทันที่

เกณฑ์การเลือกใช้นวัตกรรม

- ปลอดภัย (Safety) Risk score
- ครอบคลุม (Coverage) (5-6 month)
- ไร้การเปลี่ยนแปลงระหว่างการใช้งาน (Stability) (EM, ทนได้ทั้งใน ICU, CCU)
- Death ของผู้ป่วย < 100 ml ใน 1 hr.



วิธีการศึกษาและพัฒนานวัตกรรม

เมื่อการเฝ้าระวังสร้างนวัตกรรมที่สามารถแจ้งเตือนระดับของเลือดในสายระบายได้ ประกอบด้วยไฟแจ้งเตือน และไฟในถาดทำโครงการ ชิ้นส่วนภายในนวัตกรรม ประกอบด้วยถาดใส่สายระบาย, การประกอบวงจรไฟแจ้งเตือนแบบอัตโนมัติ, การประกอบวงจรแจ้งเตือนแสง ประกอบชิ้นงานร่วมกับกรูทำงานของคณะฯ และใช้ไม้ทิวฐานของชิ้นงาน จนประมาณที่ใช้ 300 ต่อชิ้น

Test-Retest Reliability
ทดสอบทั้งหมด: 30 ครั้ง

- ถูกต้อง: 28 ครั้ง
- ผิด: 1 ครั้ง
- ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Index): 0.97 (หรือร้อยละ 96.67)

การใช้นวัตกรรม

- วางระบบของไฟแจ้งเตือน และเครื่องเตือนแสง อยู่ในระดับของเลือดที่ต้องการให้ดูแจ้งเตือน
- เมื่อเลือดถึงระดับที่กำหนด เครื่องเตือนจะร้องให้ทราบว่ามีเลือดออกถึงระดับที่ต้องการ
- แอลกอฮอล์ล้างมือก่อนเข้าห้องผู้ป่วย
- เมื่อใช้แล้วถอดสายระบายผู้ป่วยทิ้ง (Diffuse standard spot) ทำให้น้ำไปปิดหลอดไฟและ เครื่องเตือนแล้ว และทำให้ทราบว่า มีเลือดออกถึงระดับที่ต้องการ



สาขาหัวใจ

Gallery of Excellence: ผลงานเด่นและนวัตกรรม



นวัตกรรม (Innovation)

'ล็อกกา บอกลากาจะแทรกซ้อน' (Safety Lock)
นวัตกรรมป้องกันการเลื่อนหลุดของสาย IABP



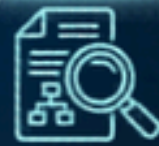
แนวปฏิบัติ (EBP & Cqi)

แนวปฏิบัติการพยาบาล STEMi ในช่องทางด่วน
& การให้ความรู้ยาต้านเกล็ดเลือดหลังใส่ขดลวด



การจัดการความรู้ (KM)

การพัฒนา Cardiac Rehabilitation
Phase I in post cardiac surgery



งานวิจัย (Research)

วิจัยรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
(Case Management) เพื่อลดอัตราการ Readmission

ทิศทางอนาคตและการขยายเครือข่าย

Challenge:
ความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วย
สูงวัยและแนวโน้ม Admission
เพิ่มขึ้น



Early Detection

-ขยายให้ทุก sw.สจ. มีเครื่อง EKG
-คัดกรอง ACS ในผู้ป่วย CVD risk



Continuous Feedback

โครงการ "พี่เลี้ยงน้อง"
ติดตามและแก้ไขปัญหาคาการดูแลผู้ป่วย
ทุก sw. จ.ลำปาง"



Global Standard

มุ่งเปิดต่ออายุการรับรองมาตรฐาน
การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน (DSC STEMI)



Local Empowerment

โครงการสอน Basic Echocardiogram
ให้แพทย์ sw. ร่วมกับ สจ.

ขยายเครือข่ายหัวใจ

ให้ครอบคลุมถึงหน้าประตูบ้านผู้ป่วยทุกคน

สาขาทารกแรกเกิด + นมแม่



NICU: พื้นที่ที่ชีวิตเริ่มต้น... ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดที่สุด

NICU (Neonatal Intensive Care Unit) คือห้องดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงหรือป่วย (Premie), ให้น้ำน้อย (Low Birth Weight), ภาวะโลหิตจาง (RDS), ภาวะตัวเหลือง

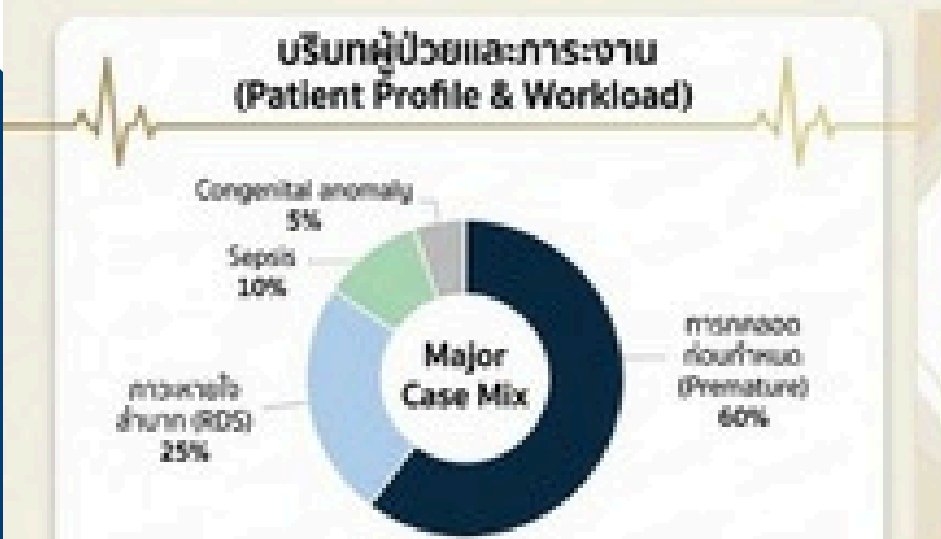
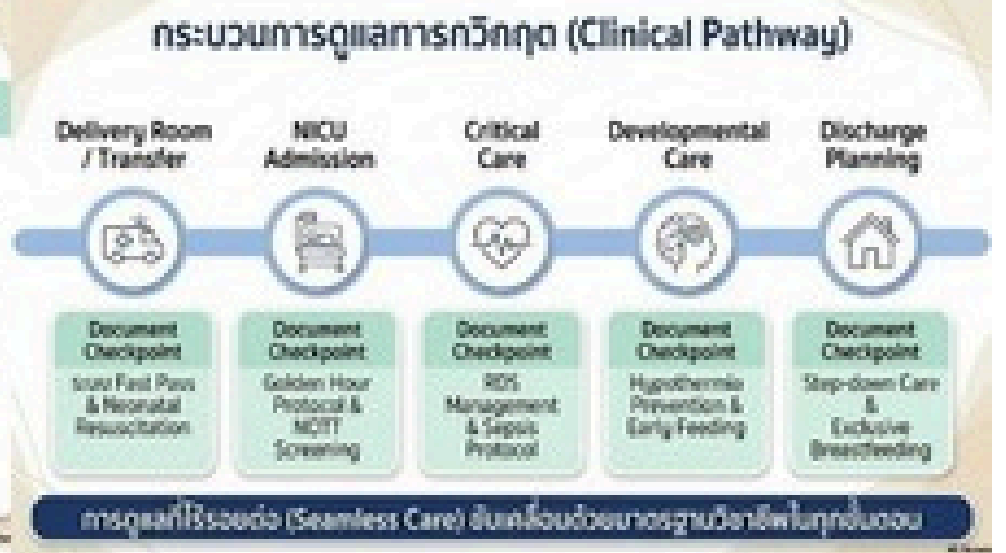
มีเตียงดูแลทารกแรกเกิด 24 เตียง และทีมพยาบาลวิชาชีพ 24 คน

มีนางพยาบาลวิชาชีพดูแลทารกแรกเกิด 12 คน

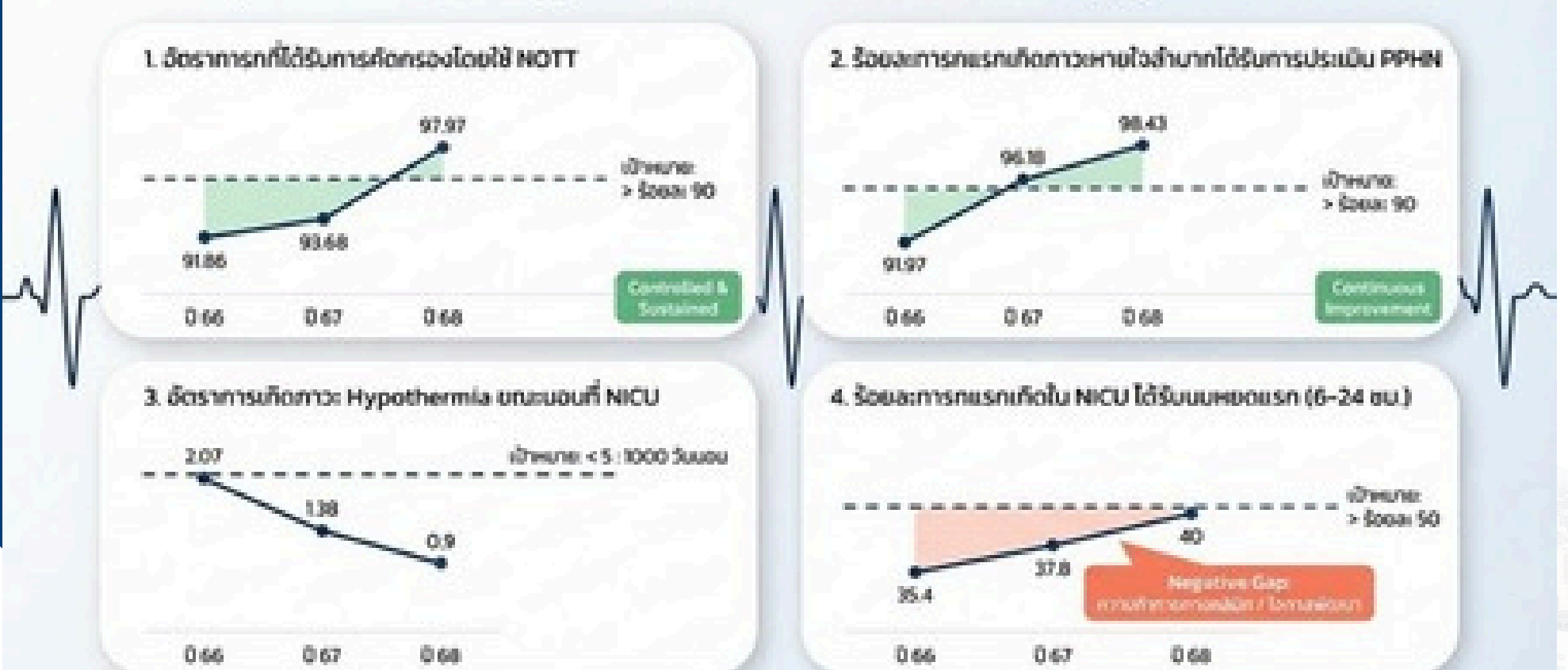


พัฒนาการบริการ - Level III Care

- 1. ทารกน้ำหนัก < 1,800 กรัม สามารถวินิจฉัยได้เร็วด้วยเทคโนโลยี (HFOV/CMV)
- 2. มีระบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบตัวต่อตัว (1:1) ตลอด 24 ชั่วโมง
- 3. มีระบบ HIIE และ Body Cooling with aEEG Monitor
- 4. มีระบบ PPHN ด้วยเทคโนโลยี Inhaled PFO2



ตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญ (Strategic KPIs) - แสดงแนวโน้มและการควบคุมคุณภาพ ปี 2566-2568



SERVICE PLAN


Organ Donation & Transplantation

โรงพยาบาลลำปาง

STRATEGIC SHIFT


จากระบบเดิม "รอ" สู่อะบบใหม่ "เชิงรุก"

Passive System (ระบบเดิม)



wait
(Missed Opportunities, High Refusal)

Proactive System (ระบบใหม่)



Case Management, Patient-Centered, Evidence-Based Practice

พยาบาล Case Manager = แขนงกลางของระบบ



บทบาทเปลี่ยนจากผู้ดูแล (Caregiver) ผู้ผู้เชื่อมต่อการไหลเวียนของอวัยวะ (Facilitator)

LAMPANG Model

กลยุทธ์ขับเคลื่อนสู่ความยั่งยืน

L-A-M-P-A-N-G



THE CENTERPIECE

ผลงานแห่งความสำเร็จ



อันดับ 1
ของเทศสุขภาพที่ 1

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ด้านการรับบริจาคอวัยวะ



ของประเทศไทย
ของประเทศไทย

ความสำเร็จในการจัดเก็บอวัยวะเพื่อส่งต่อโลกาในการรอคอย

"ความสำเร็จเกิดจากพยาบาลผู้ทำให้ระบบขับเคลื่อนและมีชีวิต"

KEY DRIVING FORCE

SYSTEM BREAKTHROUGH & INNOVATION

นวัตกรรมและผลลัพธ์เชิงระบบ

9X Growth
ในการค้นหาเชิงรุก

10 ราย

ปีงบประมาณ 2566 - 2567

167 ราย

ปีงบประมาณ 2568

Innovation Box

เชื่อมโยงเครือข่ายโรงพยาบาลลำปาง เครื่องจ่ายพระสงฆ์และสังคม เจ้าชีวิต



Risk Mitigation Strategy

Zero Missed Donor ด้วย Real-time 2T Alert 100% และ Spiritual Communication

SUSTAINABILITY & RECOGNITION

(ความยั่งยืนและรางวัลเกียรติยศ)



= Leader + Link + Life

พยาบาล = Leader + Link + Life

สร้างระบบที่เข้มแข็ง Service Plan และเป็นต้นแบบ (Best Practice)

Best Practice Innovation

Organ donation case management Flow



In consent Benchmark



แบบฟอร์มขอ Donor เชิงรุก

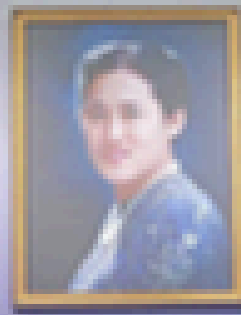


Standing Order & One-Page Checklist

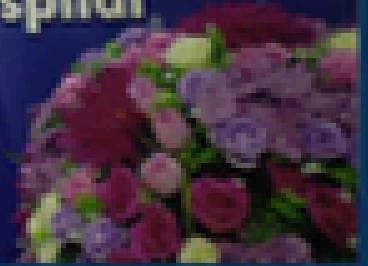


รางวัลยอดเยี่ยม ประจำปี 2568
ผลการดำเนินงาน บริหารงานระดับโรงพยาบาล
รางวัล SHA CQI ระดับประเทศระดับนานาชาติ





ศูนย์บริจาคอวัยวะโรงพยาบาลลำปาง
Transplantation Center Lampang Hospital



SERVICE PLAN: Organ Donation & Transplantation โรงพยาบาลลำปาง

พัฒนาระบบบริหารจัดการเคสบริจาคอวัยวะโดยพยาบาล
เพื่อเพิ่มโอกาสการให้ชีวิตอย่างเป็นระบบและยั่งยืน



จาก การรอคอย สู่ การค้นหาเชิงรุก

SECTION 1

ระบบเดิม: รอเคส



ความต้องการสูง
แต่ Donor จำกัด



พลาดโอกาสสำคัญ



อัตราปฏิเสธสูง

↓ เปลี่ยนผ่านระบบ

SECTION 2

ระบบใหม่: Organ Donation Case Management System



1. Patient-Centered
Care



2. Multidisciplinary
Care



3. Evidence-Based
Practice

Sustainability & Future

สู่บรรทัดแห่งการให้ที่ยั่งยืน

Step 1:
พัฒนาพยาบาล
เฉพาะทาง

Step 2:
ยกระดับเทคโนโลยี

Step 3:
ขยายเครือข่าย


Step 4:
สร้างต้นแบบ


ความสำเร็จไม่ได้เกิดจาก 'ทรัพยากร'
แต่เกิดจาก 'ระบบ + ทีม + หัวใจ'
เปลี่ยน 'โอกาส' → 'คุณค่า'
ใกล้เคียง 'การให้ชีวิตอย่างยั่งยืน'

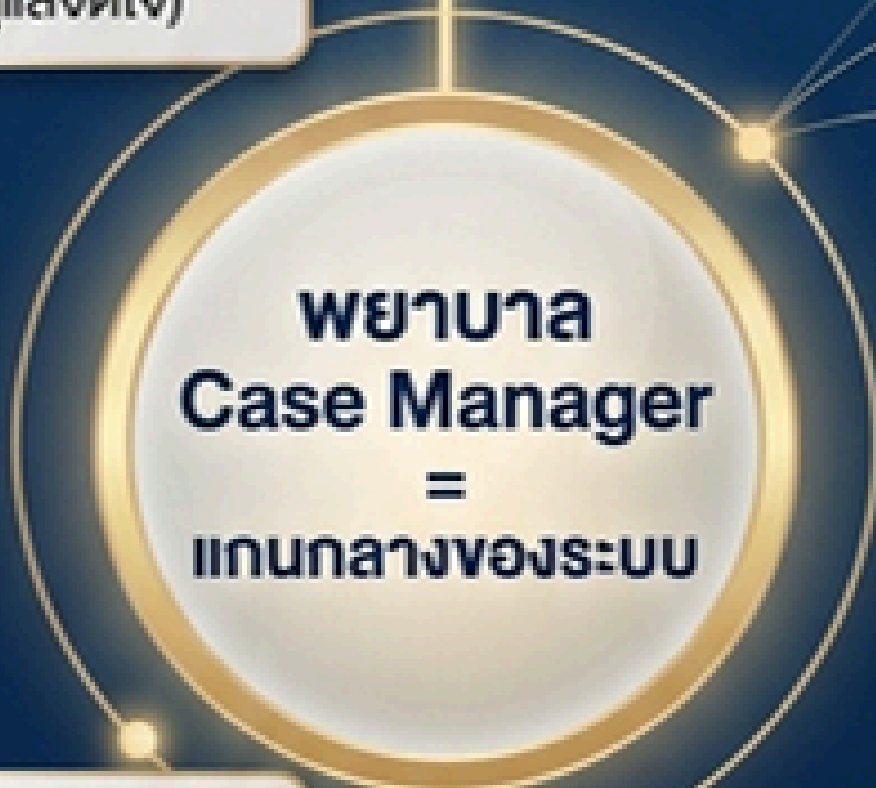
จาก Passive → Proactive System


โครงสร้างระบบบริหารจัดการ (Organ Donation Case Management Flow)


1. Identify donor 
(ค้นหาชิงรุกใน ICU/ER)


2. Brain death diagnosis 
(ประเมินสมองตาย)

3. Family counseling 
(สื่อสารและดูแลจิตใจ)



4. Donor management 
(ดูแลรักษาสภาพอวัยวะ)

5. Organ procurement 
(ประสานกับจัดเก็บอวัยวะ)

6. Transplant coordination 
(ประสานงานปลูกถ่าย)

7. Follow-up 
(ติดตามผลต่อเนื่อง)

เปลี่ยนการทำงานแบบแยกส่วน
สู่เครือข่ายที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ

Proactive Network: สร้างวัฒนธรรมแห่งการให้



Innovation Box

นวัตกรรมการจัดการเคส:
เชื่อมโยงรพ. สู่ สังคม
(360° Management)



LAMPANG Model: กลยุทธ์ขับเคลื่อนระบบสู่ความยั่งยืน

Linked Network & Policy:

เชื่อมโยงกับ ICU / ER / Neurosurgery / TCN ภายใต้นโยบายเดียวกัน



Alert & Early Identification:

เทคโนโลยี Line 2T Alert
แจ้งเตือน GCS ค่าแบบ Real-time



Management Standard:

ปฏิรูปมาตรฐานช่วย
Smart Donor Care Kits



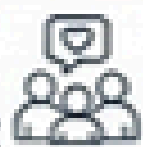
Potential to Actual

Success: โปรโตคอลจัดการดูแล
อวัยวะใน ICU ให้สมบูรณ์ที่สุด



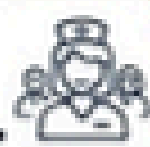
Advanced Spiritual Communication:

ใช้พุทธจิตวิทยาช่วยครอบครัวตัดสินใจ



Nurse & Team Empowerment:

พัฒนาสมรรถนะพยาบาลทีมงาน
เป็น Mini TCN



Goal-Oriented & PDCA:

Case review รายสัปดาห์เพื่อ
วิเคราะห์และพัฒนาคอเบียง



นวัตกรรมและเครื่องมือมาตรฐาน (Best Practice Innovations)

Organ Donation
Case Management Flow
(กระบวนการไร้รอยต่อ)



แบบคัดกรอง
Donor เชิงรุก
(Active Screening)



ใบ Consent
Benchmark

ปรับปรุงและนำไปเผยแพร่เป็นต้นแบบ
ให้กับหลายโรงพยาบาล



One-page Checklist
& Standing Order

(ลดความแปรปรวน เพิ่มความมั่นใจ)



งานไม่ขึ้นกับคน แต่ขึ้นกับระบบ

บทบาทพยาบาล: Key Driving Force ของระบบ



พยาบาลผู้จัดการรายกรณี:
จากผู้ดูแล สู่ผู้เชื่อมโยงโอกาสแห่งชีวิต



System Breakthrough:

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ (ปี 2566 - 2568)

เจรจาขอบริจาคสำเร็จ

(Donor Identification & Outreach)



ผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาที่ได้ใช้งานจริง

(Actual Donors)

อวัยวะ 0 → 0 → **8** ราย

3x Growth
(การจัดการนิปลูกถ่าย)

ดวงตา 10 → 6 → **32** ดวง

ผู้แสดงความจำนง และการปลูกถ่าย

(Future Intent & Impact)

อวัยวะ
538
ราย

ดวงตา
562
ราย

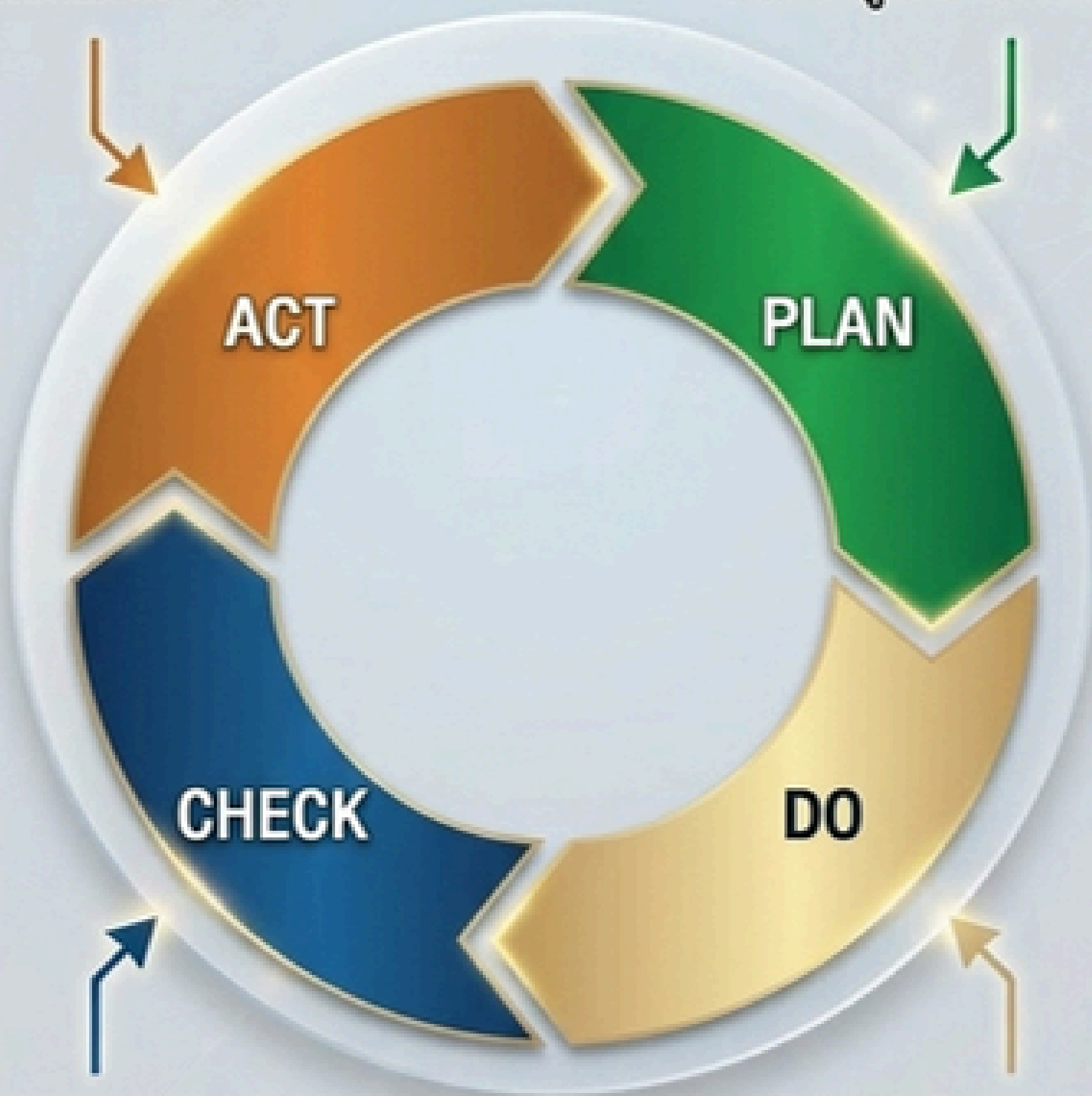
เปลี่ยนกระจกตา
สำเร็จ
2
ราย

รางวัลยอดเยี่ยมโรงพยาบาลผลการดำเนินงาน
การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา ประจำปี 2568

CQI: การพัฒนาระบบ ค้นหาผู้ป่วยสมองตายเชิงรุก

ACT: ขยายผลระบบ
แจ้งเตือนเชิงรุก
สู่ทุกหน่วยงาน
ในโรงพยาบาล

PLAN:
ออกแบบนวัตกรรมระบบ
แจ้งเตือน Line 2T Alert
สำหรับผู้ป่วย GCS ต่ำ






CHECK: ทบทวนรายสัปดาห์
(Case Review)
พบว่าจำนวนการระบุ
Potential Donor
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

DO: นำร่องใช้งานใน
หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)
พร้อมชุด Smart
Donor Care Kits

เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ตัว
'A' และ 'G'
ใน LAMPANG Model

การบริหารความเสี่ยงเชิงระบบ (Risk Mitigation Strategy)

 ความเสี่ยง (Risk)	 กลไกป้องกัน (Protocol)	 ผลลัพธ์ (Result)
Missed Donor (พลาดโอกาส การคัดกรอง)	Alert System (Line 2T Alert)	ตรวจพบเคสแบบ Real-time 100%
ญาติปฏิเสธ (Family Refusal due to grief)	Advanced Spiritual Communication (พุทธจิตวิทยา)	ครอบครัวเข้าใจ คุณค่าของ การทานบำรมี สูงสุด
Donor Unstable (อวัยวะเสื่อมสภาพ ก่อนจัดเก็บ)	Management Standard (Standing Order + Protocol)	คงสภาพอวัยวะ ได้สมบูรณ์ นำไปปลูกถ่าย ได้จริง

**ผลลัพธ์เชิงประจักษ์
(Key Outcomes)**

อันดับ 1

ของเขตสุขภาพที่ 1

อันดับ 16

ของประเทศ

จากเดิมที่ “ไม่อยู่ในลำดับ” ของเขตสุขภาพ

สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบที่พัฒนา
และศักยภาพในการยกระดับคุณภาพบริการอย่างเป็นรูปธรรม

**“ความสำเร็จไม่ได้เกิดจากระบบ...
แต่เกิดจากพยาบาลที่ทำให้ระบบมีชีวิต”**

Sustainability: พยาบาล = Leader + Link + Life

- ✓ เปลี่ยน “การสูญเสีย” → “การให้ชีวิต”
- ✓ สร้างระบบที่ยั่งยืนระดับ Service Plan

Best Practice & Knowledge Transfer

ต้นแบบที่ถูกนำไปใช้จริงในเครือข่าย

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลลำปาง ได้พัฒนา “ใบสำคัญแสดงความยินยอมบริจาคอวัยวะ” อย่างเป็นระบบ และได้รับการยอมรับให้นำไปใช้ในเครือข่าย:

- ✓ โรงพยาบาลเกาะคา
- ✓ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สะท้อนถึงการเป็น “ต้นแบบ (Best Practice)”
ที่ขยายผลสู่ระบบบริการสุขภาพได้จริง

“พยาบาล...ไม่ใช่เพียงผู้ดูแล
แต่คือผู้นำที่เชื่อมทุกชีวิตเข้าด้วยกัน”

บทพิสูจน์แห่งความสำเร็จ: รางวัลและเกียรติยศแห่งความภาคภูมิใจ ประจำปีงบประมาณ 2568



รางวัลยอดเยี่ยม
โรงพยาบาลผลการดำเนินงาน
การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา

ผลงานยอดเยี่ยมของเขตสุขภาพที่ 1
ประจำปีงบประมาณ 2568



รางวัลอันดับ ๒
โรงพยาบาลผลการดำเนินงาน
แสดงความจำนงค์การรับ
บริจาคอวัยวะและดวงตา

รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1
ประจำปีงบประมาณ 2568

การนำเสนอผลงานวิชาการและนวัตกรรมการดูแล



เกียรติบัตรการนำเสนอ Poster Presentation
“ดูแลด้วยหัวใจเพื่อส่งต่อบุญอันยิ่งใหญ่จากผู้ให้ชีวิต”

นำเสนอในงาน HA REGIONAL FORUM CHIANG MAI 2025 (HACC CMU)
ประจำปี ๒๕๖๘



เกียรติบัตรการนำเสนอผลงานวิชาการประเภท SHA CQI
“ดูแลด้วยหัวใจฯ”

งานประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑
Healthy Longevity Transforming Healthcare Systems ประจำปี ๒๕๖๘



เกียรติบัตรการนำเสนอวิชาการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาล

นำเสนอผลงานเรื่อง “ดูแลด้วยหัวใจเพื่อส่งต่อบุญอันยิ่งใหญ่จากผู้ให้ชีวิต”
ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๘

รางวัลการพัฒนาคูณภาพภายในองค์กร (Lampang Hospital Quality)



รางวัลที่ ๓ ประเภทผลงาน SHA CQI
“ดูแลด้วยหัวใจเพื่อส่งต่อบุญอันยิ่งใหญ่จากผู้ให้ชีวิต”

รางวัลจากการบริหารคุณภาพโรงพยาบาลลำปาง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘



รางวัลชมเชย ประเภทผลงาน SHA CQI
“จากวิกฤตสู่โอกาสด้วยการพัฒนาระบบดูแลเคสบริจาคอวัยวะฯ”

รางวัลจากการพัฒนาระบบดูแลเคสบริจาคอวัยวะให้ครบถ้วนและรวดเร็ว
ในบริหารคุณภาพโรงพยาบาลลำปาง



เกียรติบัตรการนำเสนอ
“การพัฒนาระบบดูแลเคสบริจาคอวัยวะให้ครบถ้วนและรวดเร็ว”

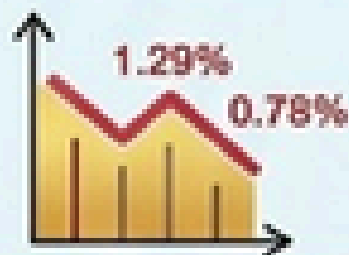
ในการประชุมวิชาการ Lampang Service Plan Sharing ประจำปี ๒๕๖๘



สาขามะเร็งลำไส้

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (CRC) โรงพยาบาลลำปาง: มุ่งสู่ความเป็นเลิศตามมาตรฐานวิชาชีพ

1 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด (KPIs 2566-2568)



อัตราการแทรกซ้อน
ผิวหนังรอบทวารเทียม
ต่ำกว่า 1%

ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก
1.29% ในปี 2566 เหลือ
เพียง 0.78% ในปี 2568



ทักษะการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยและญาติสูงถึง
95.38%

สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้
(ร้อยละ 90) สะท้อนถึง
คุณภาพสอนสุขศึกษา



การวางแผนจำหน่ายและ
การดูแลต่อเนื่องครบ
100%

ผู้ป่วยทวารเทียมได้รับการ
ดูแลต่อเนื่องและติดตามผล
อย่างเป็นระบบทุกคน

	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
การทำ Stoma sitting	95.67%	96.79%	97.38%
ภาวะแทรกซ้อนผิวหนัง	1.29%	1.10%	0.78%
คะแนนคุณภาพชีวิตนี้ศ	83.87%	89.01%	88.19%

2 นวัตกรรมและกระบวนการดูแลที่เป็นเลิศ (Care Innovations)



ระบบดูแล Ostomy Care แบบ
ครบวงจร (Full Cycle)
ครอบคลุมตั้งแต่ stoma sitting
โดย ET nurse การเตรียมลำไส้
จนถึงการติดตามหลังผ่าตัด



การพยาบาลทางไกล
(Tele-nursing) และ Line OA
ใช้เทคโนโลยีติดตามความเสถียร
ในการดูแลและแจ้งเตือนนัดหมาย
ผ่านแอป "หมอพร้อม"



ระวังเชิงรุกป้องกันลำไส้รั่ว
(AL surveillance)
มีคู่มือเฝ้าระวัง Anastomosis
Leakage สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

การนำไปปฏิบัติ: การเข้าถึงบริการ

3 จัดตั้ง Ostomy clinic



3 QR code ใช้ค้นหา



4 QR code ใช้ค้นหา



การสร้างเครือข่าย



กระบวนการที่เป็นเลิศ ผลลัพธ์ที่พิสุจน์ได้ ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม

CQI: การพัฒนาการป้องกันและการจัดการภาวะข้อไหล่ติดใหม่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาการป้องกันและการจัดการภาวะข้อไหล่ติดใหม่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาการป้องกันและการจัดการภาวะข้อไหล่ติดใหม่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาการป้องกันและการจัดการภาวะข้อไหล่ติดใหม่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

พบปัญหาผู้ป่วยเกิดข้อไหล่ติดระดับรุนแรง 2 ราย มา FU ที่ OPD sx.

เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ให้กลับบ้านหลัง PO.day 1 พร้อม vac drain

ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้รับการสอน/คำแนะนำบริหารไหล่ก่อนกลับบ้าน

การรักษาใช้เวลานานขึ้น ต้อง consult กายภาพ เพื่อเข้า program frozen shoulder ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ

กิจกรรมการพัฒนา

แนวปฏิบัติเดิม

- แจกคู่มือการปฏิบัติหรือคำใบ้สำหรับ
- ใช้คำแนะนำการปฏิบัติตามก่อนและหลังผ่าตัด
- ส่งสารให้ทราบและสอนข้อไหล่

Drive 1

- แจกคู่มือการปฏิบัติพร้อมคำใบ้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย
- เพิ่มการให้คำแนะนำการปฏิบัติตามก่อนและหลังผ่าตัด
- เพิ่มการให้คำแนะนำการปฏิบัติตามก่อนและหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพัฒนา

Drive 2

- เพิ่มการให้คำแนะนำการปฏิบัติตามก่อนและหลังผ่าตัด
- เพิ่ม QR Code มาตรฐานและคำใบ้ และ QR Code มาตรฐานและคำใบ้
- เพิ่ม QR Code มาตรฐานและคำใบ้
- เพิ่ม QR Code มาตรฐานและคำใบ้
- เพิ่ม QR Code มาตรฐานและคำใบ้

นำเสนอผลงาน CQI

นำเสนอผลงาน CQI

นำเสนอ Best Practice Service Plan สาขาโรคมะเร็ง "ระดับชุมชน" ประจำปีงบประมาณ 2566 ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ "สรุปผลการดำเนินงานตาม Service Plan สาขาโรคมะเร็ง"

นำเสนอผลงาน CQI

นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ HA Regional forum Chiang Mai 2024

นำเสนอผลงาน CQI

นำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี โรงพยาบาลแม่สอด การรักษาและการพยาบาลโรคมะเร็ง

การนำผลงาน CQI ไปใช้

การนำผลงาน CQI ไปใช้

นำเสนอผลงาน นวัตกรรม เรื่อง Radivac drain Care in Breast Cancer

Giftset RD care

รางวัลดีเด่น

นวัตกรรม Radivac drain Care in Breast Cancer

นวัตกรรมทางการพยาบาล Breast Support Version 2



- ช่วยระบายเลือด และซีรัมที่อยู่ใต้แผลผ่าตัด
- ช่วยลดระยะเวลาในการคาสายระบายเลือดและซีรัม
- ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล
- ลดอาการปวดแผลผ่าตัด

การใช้ Tele-nursing ให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของห้องตรวจคัดกรอง

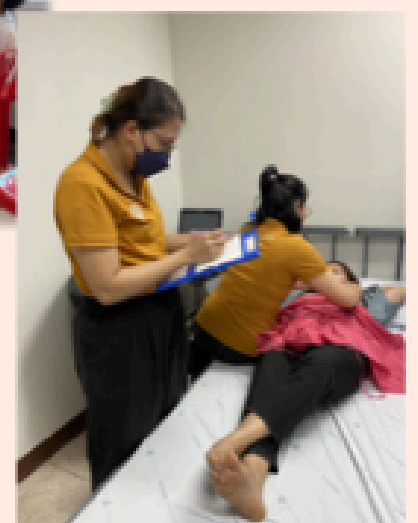


การบริการเชิงรุกสู่ชุมชน

ร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammogram) ร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารม



ร่วมโครงการพหุพบประชาชน ณ โรงพยาบาลเกษ



‘การตรวจพันธุกรรม BRCA: กุญแจสำคัญสู่การป้องกันและรักษามะเร็งเต้านม’

ข้อมูลสรุปจากแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม BRCA1/BRCA2 (สิงหาคม 2567) โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เน้นย้ำความสำคัญของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม และการวางแผนรักษาแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อลดอุบัติการณ์การตายจากมะเร็ง

ใครคือกลุ่มเสี่ยงที่ควรเข้ารับการตรวจ?

- ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุน้อย หรือชนิดจำเพาะ:**
ผู้ที่ตรวจพบมะเร็งก่อนอายุ 50 ปี หรือเป็นมะเร็งชนิด Triple Negative (TNBC)
- มีประวัติครอบครัวชัดเจนหรือเป็นมะเร็งหลายอวัยวะ:**
มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม/รังไข่หลายคน หรือผู้ป่วยเป็นมะเร็งมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง
- มะเร็งเต้านมในผู้ชายหรือมะเร็งรังไข่:**
ผู้ชายที่เป็นมะเร็งเต้านม หรือผู้หญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ชนิด Epithelial ทุกรายควรได้รับการตรวจ

เมื่อทราบผลตรวจ...แนวทางการดูแลคืออะไร?

- ผลเป็นบวก (ตรวจพบการกลายพันธุ์):**
พิจารณาผ่าตัดลดความเสี่ยง (RRS) หรือใช้ยาในกลุ่ม PARP Inhibitor ในการรักษา
ความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต (Lifetime Risk):
มะเร็งเต้านม (สตรี) ร้อยละ 40 - 80
มะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 39
มะเร็งรังไข่ ร้อยละ 11 - 40
- ผลเป็นลบ (ไม่พบการกลายพันธุ์):**
แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งตามเกณฑ์ปกติของประชากรทั่วไป
- ผลคลุมเครือ (VUS):**
ไม่ใช่อัจฉริยะในการผ่าตัดลดความเสี่ยง ให้ติดตามตามประวัติครอบครัวหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ



สรุปผลงานเด่นและความสำเร็จด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

นำเสนอความสำเร็จในการพัฒนาวิชาการ นวัตกรรมการรักษา และการบริการเชิงรุกด้านมะเร็งเต้านม รวบรวมความสำเร็จและบทบาทความเป็นผู้นำด้านโรคมะเร็งเต้านม ทั้งในด้านรางวัลวิชาการระดับภูมิภาค นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

รางวัลและความสำเร็จทางวิชาการ

- รางวัลเชิดชูเกียรติ ระดับภูมิภาคและจังหวัด:**
ได้รับรางวัลชมเชยจากงานมหกรรมคุณภาพ sw.ลำปาง และรางวัล Best Practice Service Plan สาขามะเร็ง
- การยอมรับในเวทีระดับชาติ (HoRNets 2024):**
นำเสนอวิทยานิพนธ์ “Radivac drain care” ในการประชุมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลครั้งที่ 16
- ผลงานวิชาการในวาระครบรอบ 25 ปี sw.มะเร็ง:**
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อการรักษาและการพยาบาล โรคมะเร็งเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแล

นวัตกรรมและการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน

- นวัตกรรมคัดกรองและดูแลผู้ป่วย (ปี 2568):**
พัฒนาโปรแกรมตรวจเต้านมเคลื่อนที่และระบบทำนาย BI-RADS ด้วยอัลตราซาวด์เพื่อจัดคิวแบบโมบาย
- บริการเชิงรุก “พาหมอพบประชาชน”:**
ลงพื้นที่คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมเคลื่อนที่ร่วมกับมูลนิธิกาญจนบารมี
- การพัฒนาาระบบเครือข่าย Service Plan:**
นิเทศติดตามงานพยาบาลใน sw. เครือข่ายเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลมะเร็งที่เชื่อมโยงกัน

๙ มะเร็ง

สาขามะเร็งตับ

ผลงาน CQI เรื่องการพัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี แบบไร้รอยต่อ



การพัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี แบบไร้รอยต่อ

การดูแล สว่างเดือน, ชุณทรัพย์ จันทร์ทิพย์, พรทิศา พักนิ่ม, พว., ศิวประภา หล่อทอง, นวก., พญ.บุญยธร ชาติวังสวรรค์
 ห้องตรวจอายุรกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก รพ.ลำปาง 280 อ.ป่าซาม ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000 โทร 086-910-7995

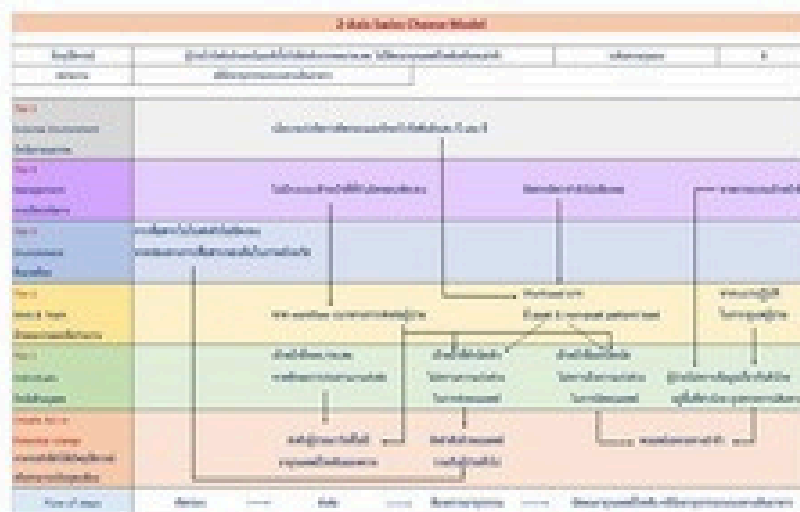
สรุปผลงานโดยย่อ

การพัฒนาระบบคัดกรองและการส่งต่อรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นปัญหาของการพยาบาลและการบริการ

ไวรัสตับอักเสบบีและซีเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายการกำจัดไวรัสตับอักเสบบีและซีภายในปี พ.ศ.2573 กรมควบคุมโรคและกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย จึงมีนโยบายเร่งรัดคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ป่วยและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2566

ข้อมูลสถิติอายุรกรรมระบบทางเดินอาหาร รพ.ลำปาง ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี 120 ราย (ร้อยละ 39) ไวรัสตับอักเสบบีซี 77 ราย (ร้อยละ 55) ซึ่งมีอัตราการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ภายหลังจากดำเนินการตามนโยบาย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในกระบวนการส่งต่อรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและเกิดความไม่พึงพอใจ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องใช้ 2-Axis Swiss Cheese Model ได้นำไปสู่การกำหนดแนวทางพัฒนาระบบการดูแลรักษา ดังแสดงในรูป



วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซี ได้รับการรักษาและพบแพทย์เฉพาะทางเร็วขึ้น เพิ่มอัตราการได้รับการรักษา และ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย

ตัวชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์ที่ยอมรับได้

1. ผู้ป่วยที่ส่งต่อให้พบแพทย์เฉพาะทางเร็วทันภายใน visit แรก > ร้อยละ 85
2. อัตราการได้รับการรักษาของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี > ร้อยละ 50 และ ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีซี > ร้อยละ 80
3. ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีที่เข้าเกณฑ์รักษาได้รับยาภายใน 3 เดือน > ร้อยละ 80
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแลรักษา > ร้อยละ 90

การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

- จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี
- จัดตั้ง Application line group ของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด

- กำหนดวันรับปรึกษาผู้ป่วยส่งต่อร่วมกับอายุรแพทย์โรคตับ
- ระงับในส่งตัวผู้ป่วยโรครักษาต่อที่ รพ.ตับอักเสบบี

- ปัญหาที่ยังพบหลังการดำเนินงานรอบที่ 2
- ผู้ป่วยบางรายที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดบัตรไม่มารับรักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อการได้ทันยาและอัตราการเข้ารับการรักษา



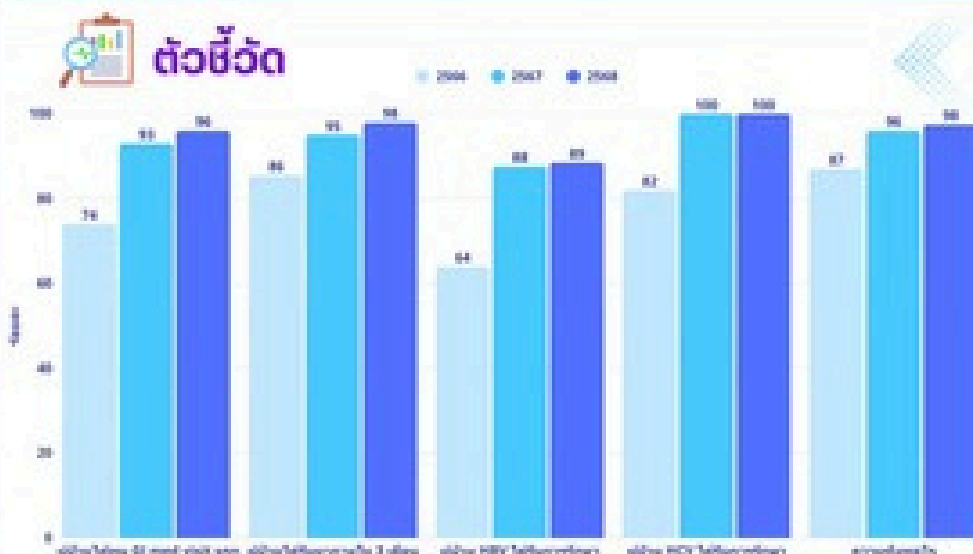
ปัญหาที่ยังพบหลังการดำเนินงานรอบที่ 1

- ระบบการส่งต่อ
- ไม่ได้กำหนดวันส่งต่อผู้ป่วยจากพช. ทำให้จำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้นไปในแต่ละวัน รวมทั้งไม่มีทีมอายุรแพทย์โรคตับ ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ

เพิ่มศักยภาพรักษาไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ที่พช

- แพลตฟอร์มการอบรมออนไลน์ DOC academy การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซี
- จัดทำแนวทางการรักษาระดับจังหวัด
- มีตารางรับปรึกษาของอายุรแพทย์โรคตับ
- ตั้ง case manager พชพช
- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน



สรุปผลการดำเนินงาน

การพัฒนาระบบคัดกรองและส่งต่อรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยใช้แนวทางการหาปัจจัยเชิงระบบโดย 2-Axis Swiss Cheese Model และปรับปรุงคุณภาพตามวงจร PDCA สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษามากขึ้นได้ พบแพทย์เฉพาะทางตั้งแต่ visit แรก และได้รับยารักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจต่อระบบการรักษาก็ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บทเรียนที่ได้รับ

ปัจจัยทางด้านการสื่อสารและการพัฒนาระบบการทำงานเป็นทีมในแต่ละสหสาขาวิชาชีพ มีความสำคัญต่อการเข้ารับการปรึกษาบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาระบบการสื่อสารและสร้างระบบการส่งต่อรักษาอย่างต่อเนื่อง

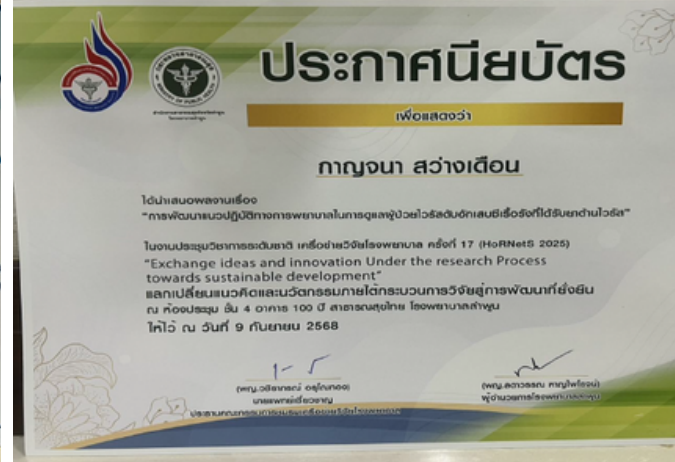


สร้างระบบใหม่ ศูนย์ผู้รับบริการ
 ทุกชั้นคอน คือความห่วงใย ทุกการส่งต่อ คือหัวใจเดียวกัน
 "นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ
 สร้างมิติใหม่แห่งการดูแล"



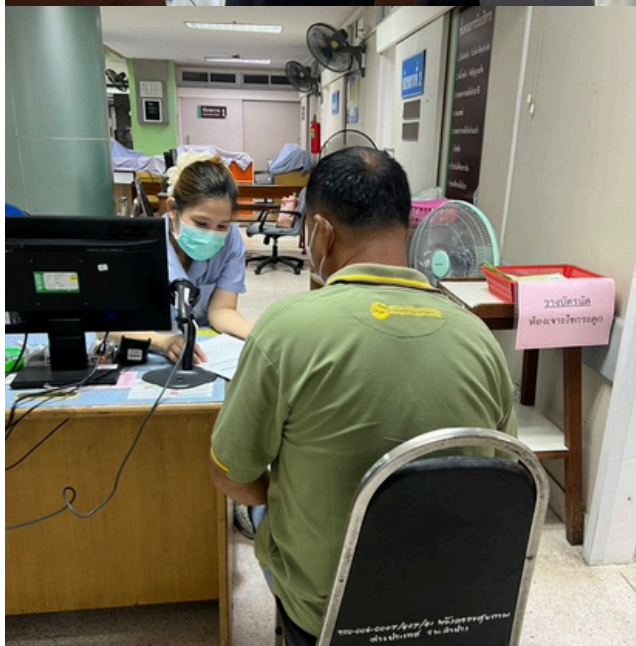
๙ มະเร็ง สาขามะเร็งตับ

กิจกรรมวันตับอักเสบคลินิกอายุกรรมระบบทางเดินอาหาร
โรงพยาบาลลำปางร่วมกับมูลนิธิโรคตับแห่งประเทศไทย
วันที่ 22 มกราคม 2569
กิจกรรมการให้ความรู้ภาคประชาชนและการตรวจคัดกรอง
มะเร็งตับและไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี



๙ มະเร็ง สาขามะเร็งตับ

ผลงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรังที่ได้รับยาต้านไวรัส ผ่านการคัดเลือก ระดับประเทศ นำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2568



ประเภทผลงานวิจัย นำเสนอในสาขาการพยาบาลระดับตติยภูมิและศูนย์ความเป็นเลิศ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่ได้รับยาด้านไวรัส

Development of Nursing Care Practice Guidelines of
chronic viral hepatitis C patients treated with Direct Acting Antivirus

กาญจนา สว่างเดือน พรทิศา ทักซิณ และสุนทรวิทย์ จันทร์ทิพย์
กลุ่มงานการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ไวรัสตับอักเสบซีเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส Direct Acting Antivirus สามารถรักษาให้หายขาดได้มากกว่าร้อยละ 95 โดยความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งของการรักษาให้หายขาด คลินิกทางเดินอาหารโรงพยาบาลลำปาง มีผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 77, 141 และ 118 ตามลำดับ พบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65) จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษาผลการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อคะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่ได้รับยาด้านไวรัส และความพึงพอใจของผู้ป่วย ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงมีเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน วิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่ได้รับยาด้านไวรัส 2) ออกแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 3) นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์หลังการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ independent t-test การศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.96±2.49 เทียบกับ 14.1±1.83 และ 24.11±2.2 เทียบกับ 20.04±2.38 ตามลำดับ, p<0.001) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมในด้าน health literacy ของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เสนอแนะควรเผยแพร่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังต่อไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังได้รับการรักษามากกว่าร้อยละ 80 ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขและกรมควบคุมโรค

คำสำคัญ: Chronic Viral hepatitis C, Nursing Care Practice Guidelines, Health literacy

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ใบรับรอง 075/68 วันที่รับรอง 26 มี.ค.2568

Service Plan Trauma & Emergency

ก้าวสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

ขอบเขตบริการและศักยภาพ



ตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

The Critical Fast-Track Matrix: การจัดการโรคสำคัญแข่งกับเวลา	
Stroke Target: rt-PA ภายใน 60 นาที ผลลัพธ์ 2568: 87.50% Intervention: เป็น Protocol มาตรฐาน CT Brain - หากมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ CTA เป็น 10 นาที ไม่จำเป็นต้องใช้ Non-contrast scan rt-PA ให้ ER รับผิดชอบ	Sepsis Target: ยานปฏิชีวนะ ภายใน 60 นาที ผลลัพธ์ 2568: 99.06% Intervention: SSIU Dashboard Countdown แจ้งเตือนเวลา Smart ER ssi: Activate 30 NEWS >= 4
STEMI Target: Door to Ward / Cath lab < 30 นาที ผลลัพธ์ 2568: 68.66% Intervention: ปรับปรุงการบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วย Intervention PCI ฉุกเฉิน / เสนอแผนกแพทย์ Resident 24 ชั่วโมง EKG 12-lead	Trauma Target: Level 1 ผ่าตัดภายใน 60 นาที ผลลัพธ์ 2568: 75% Intervention: อบรม MM Conference ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ ฝึกอบรมผู้ดูแล Update แนวปฏิบัติ Triage Level 1 24 ชั่วโมง

ความปลอดภัยและคุณภาพ (Safety & Quality)

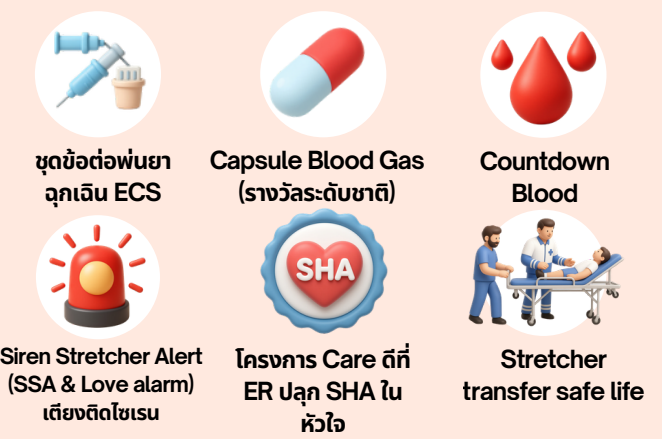
91.01%	ความแม่นยำในการคัดแยก (Triage Accuracy) เป้าหมาย > 90%
97.03%	คะแนน Nursing audit จากการตรวจสอบความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์
94.44%	ผ่านเกณฑ์ Simple risk เป้าหมาย > 80 %
100 %	คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

เทคโนโลยีการขับเคลื่อนการบริการ (Smart ER)



พัฒนาระบบ IT Smart ER, Smart Triage, Smart Refer, Smart Observe, Smart EMS เพื่อความถูกต้อง รวดเร็ว ลดแออัด และช่วยพัฒนาการบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูล เช่น ED target time

ผลงานคุณภาพและนวัตกรรม



การพัฒนาบุคลากร



โครงการ Graduate Nurse Transition จัดระบบพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาล Novice

Nursing conference ทุกเดือน บุคลากรทางการแพทย์ผ่านการประเมิน specific competency 100%

มีพยาบาลเฉพาะทางด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ENP) และดำเนินการพยาบาลรวม **31 คน**



หอผู้ป่วยหนัก (ICU Trauma) ความเป็นเลิศด้านการดูแลวิกฤต



Trauma Excellence

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุในภาวะวิกฤตให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และเป็นองค์รวม ตอบสนองต่ออาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างทันที่ ลดความพิการภายหลังการได้รับอุบัติเหตุ

ตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

ความปลอดภัยเป็นเลิศ (Safety First)	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการเกิด phlebitis 0.46 (เป้าหมาย < 0.7 ครั้ง/1000 วันนอน) อัตราท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (UEE) 3.16 (เป้าหมาย < 6 ครั้ง : 1000 วันคาท่อ) ไม่เกิด CABS ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C-1
ประสิทธิภาพการรักษา (Clinical Effectiveness)	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย Fast Track ได้รับการผ่าตัด ภายใน 60 นาที มากกว่า 50% ตรวจพบภาวะ IICP ล่วงหน้า (Early detection) ได้แม่นยำ 100%

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	98.97 %	เป้าหมายมากกว่า 90%
คะแนน Nursing Audit	95.22 %	เป้าหมายมากกว่า 94%

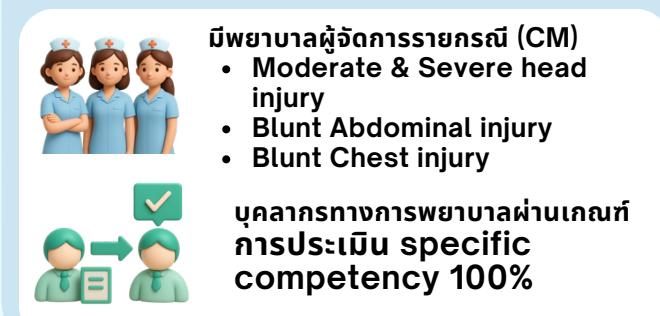
การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง



ผลงานคุณภาพและนวัตกรรม

- นวัตกรรม Aculevel Laser System เพื่อความแม่นยำในการติดตามความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง
- นวัตกรรม Magic Tag Safe HAD
- รางวัลที่ 1 SHA CQI : การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ แบบของพร้อมด้วยแนวทาง SHA ร่วมกับ WHAPO Bundle เพื่อป้องกัน VAP
- รางวัลยอดเยี่ยม CQI : การป้องกันและดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
- รางวัลยอดเยี่ยม วิจัย : เรื่อง "ผลการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to Severe Head Injury) ภายหลังการได้รับการผ่าตัดสมองใน 24 ชั่วโมงแรก"

การพัฒนาบุคลากร



มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (CM)

- Moderate & Severe head injury
- Blunt Abdominal injury
- Blunt Chest injury

บุคลากรทางการแพทย์ผ่านการประเมิน specific competency 100%



หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บให้ได้รับความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ

Trauma Excellence

ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพผู้รับบริการ ปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้



อุบัติการณ์สำคัญ "เป็น 0"

- อัตราการเกิด ME ระดับ C ขึ้นไป
- จำนวนครั้งของการให้เลือดผิด
- ผ่าตัด ผ่าผิดข้าง ผิดคน
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน
- การพลัดตกหกล้ม
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหนักไม่เหมาะสม
- การเกิดสาย/ท่อระบายเลื่อนหลุด
- อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
- อัตราการเกิด CA-UTI, VAP

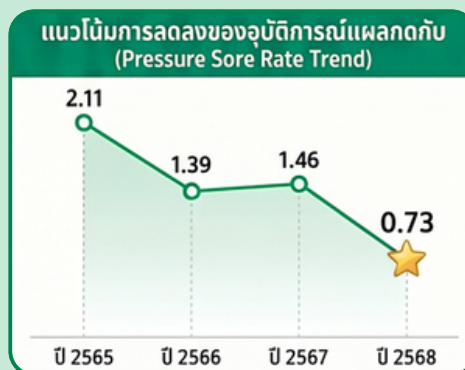
คุณภาพและความปลอดภัย "เต็มร้อย"

- ผู้ป่วยรับใหม่ที่ได้รับการประเมิน โดยพยาบาลวิชาชีพทันทีที่ถึงหอผู้ป่วย
- การใช้ NEWS ในการประเมินผู้ป่วย
- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
- ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
- ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์

อัตราการความพึงพอใจของผู้รับบริการ **96.24%**

ผลงานคุณภาพและนวัตกรรม

- นวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ที่ใส่ท่อระบายทรวงอก นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับชาติ (HorNetS 2024)
- นวัตกรรมการป้องกันท่อระบายทรวงอกเลื่อนหลุด เสนอผลงานวิชาการในการประชุม HA forum เชียงใหม่
- พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแบบไม่รุนแรงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP)
- รางวัลนำเสนอ EBP ดีเด่น ปี 2568 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Nursing Practice guidelines) เพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง



การพัฒนาบุคลากร

- บุคลากรได้รับเชิญเป็นวิทยากรในการอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (ATCN)
- มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (CM) ดูแลผู้ป่วยครบทุกระบบ
- ปริญญาโทสาขานิติเวช 2 คน เฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ 4 คน
- บุคลากรทางการแพทย์ผ่านการประเมิน specific competency 100%

การส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน ผ่านระบบ COC (continuity of care) สามารถดำเนินการได้ 100 %

ช่วยกันคิด ร่วมกันทำ ความสำเร็จเพื่อประชาชน