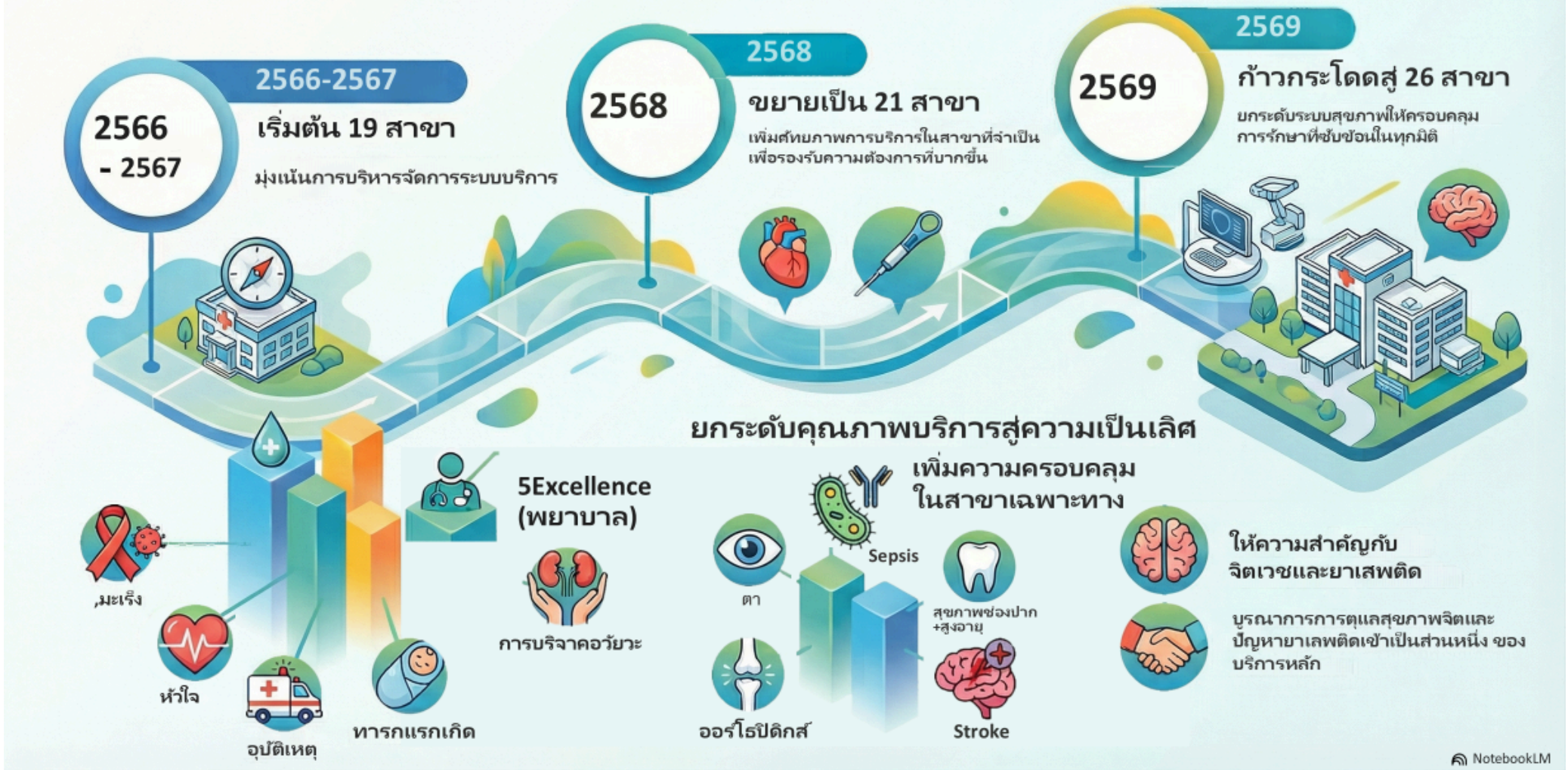




6 Service Plan



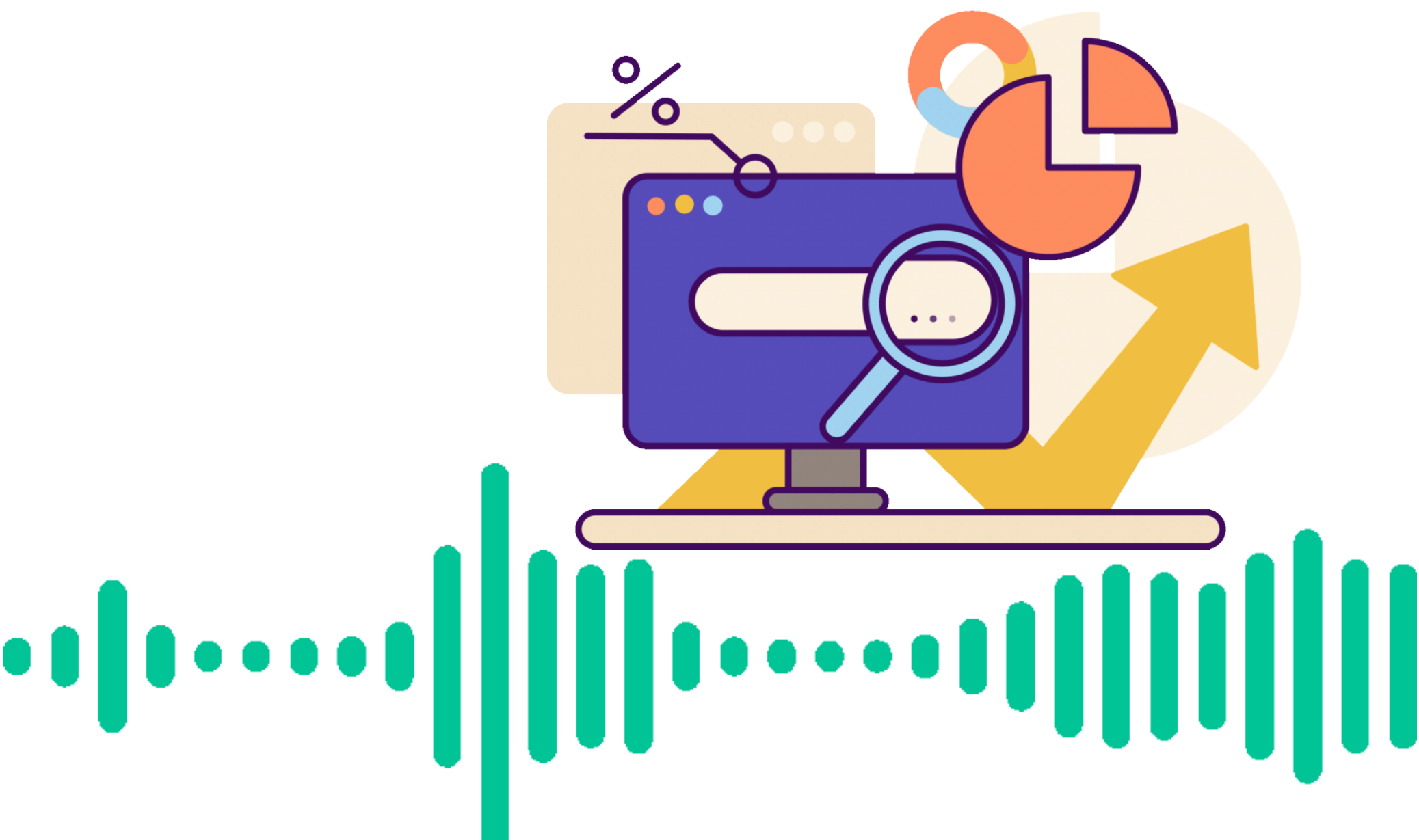
การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2566 - 2569



NotebookLM

6 Service plan

- ▶ สาขาออร์โธปิดิกส์
- ▶ สาขาตา
- ▶ สาขา Stroke
- ▶ สาขาสุขภาพช่องปากและสูงอายุ
- ▶ สาขา Sepsis
- ▶ สาขาจิตเวชและยาเสพติด



การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

1. การประเมินแรกเริ่ม (Initial Assessment)

ประเมินสภาพผู้ป่วย
ชีพจร, ไข้, ตรวจร่างกาย, ประเมินอาการปวด

ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา
Lab group around hip, CT emergency

รายงานแพทย์และเตรียมการ
Line FAST track กรณีหาค่าและทำการผ่าตัด เอกสารยินยอม

2. การดูแลเตรียมผ่าตัด (Pre-Operative Care)

จัดการความเจ็บปวดและป้องกันความเสี่ยง
Pain control, PE /DVT prophylaxis

เตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจ
Pre op program

3. การดูแลหลังผ่าตัดและต่อเนื่อง (Post-Operative & Continuing Care)

การดูแล 24 ชั่วโมงแรก
จัดการอาการงอแง Early ambulation

เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลัก
ป้องกันการติดเชื้อ (HAP CAUTI แผลผ่าตัด) และข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

วางแผนจำหน่ายและฟื้นฟู
การเตรียมบ้าน / care giver, ส่ง COC Refracture prevention clinic

พัฒนาการติดตามอาการทางไกล

1. ผู้ป่วยสามารถปรึกษาได้รวดเร็ว และช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับญาติ กรณีเกิดความไม่มั่นใจ

2. ผู้ญาติระบายนความรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ

Tele nursing

ผู้ป่วยและญาติที่สมัครสมาชิกพยาบาลควรมีการโทรศัพท์เพื่อเตือนผู้ป่วย หรือมีระบบ Line OA ในการแจ้งเตือนผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยไม่ชัดเจน เสียงขาดหายเป็นบางครั้ง

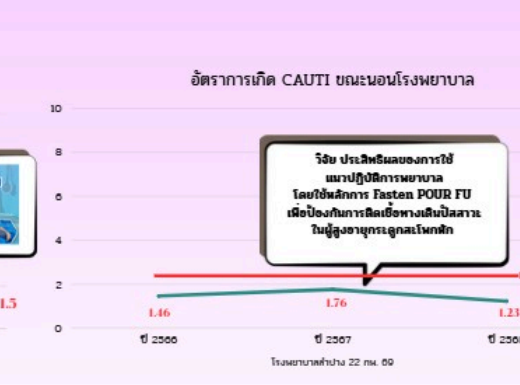
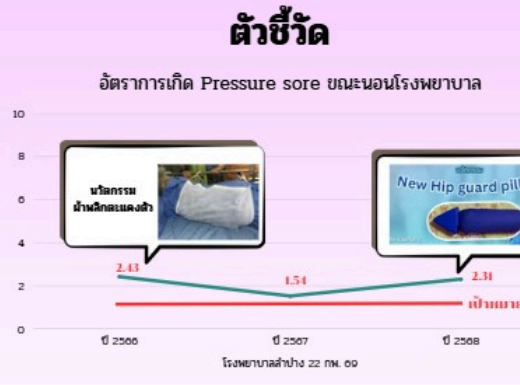
2. การเข้าระบบเพื่อติดต่อค่อนข้างยาก

3. การเยี่ยมผู้ป่วยไม่สามารถบันทึกการสนทนาได้

ข้อเสนอแนะจากญาติ

1. อยากให้ระบบใช้ง่ายกว่านี้ หรือติดต่อผ่านทางไลน์

2. ผู้ญาติระบายนความรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับหน่วยงานในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้



แผนพัฒนา

โครงการ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS Plus)

การประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan Sharing) ระหว่างวันที่ 14-15 สิงหาคม 2568 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี



ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภท Poster presentation สาขาออร์โธปิดิกส์



" 48 ชั่วโมง "

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักผ่าตัดปลอดภัย

พว. อรอินทร์ เวียงแปด และพว. กัลยาณี เครือใหม่
 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำปาง เขตสุขภาพที่ 1

ที่มาและปัญหา

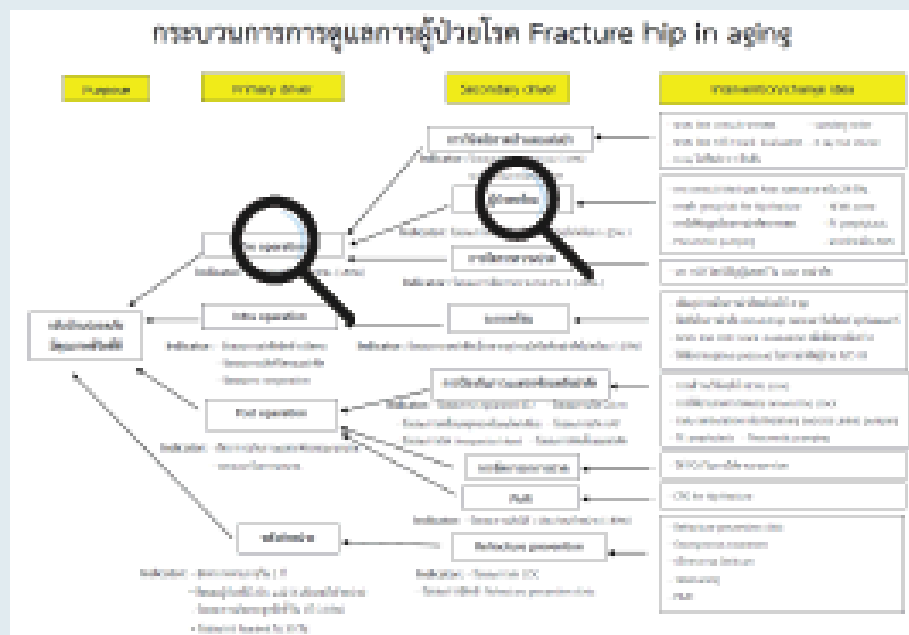
จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 พบว่าผู้สูงอายุ 100,000 ราย มีอุบัติการณ์กระดูกหัก 280 ราย สถิติจังหวัดลำปาง ในปี 2564-2566 พบจำนวนผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 596, 603 และ 595 ราย ตามลำดับ

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้รับผ่าตัดเร็วทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Smith J, Lee A, Kumar R, 2022) และมีการศึกษาร่วมผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับผ่าตัดเสียชีวิตภายใน 1 ปี เพิ่มขึ้น 17-25% (Andree Dimet-Wiley, 2022) นโยบาย Service plan สาขาออร์โธปิดิกส์ กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการดูแล คือ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักผ่าตัดภายใน 72 ชม.

คณะทำงาน service plan สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งเห็นความสำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว และปลอดภัย ทุกระยะของการดูแล ตั้งแต่ในโรงพยาบาลถึงที่บ้าน

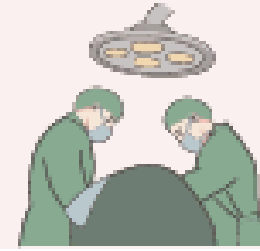
วิธีการพัฒนา

พัฒนาจากด้วย Patient Care Team : PCT, Nurse case manager, วางแผนปรับปรุงคุณภาพด้วย Driver diagram และกระบวนการ CQI โดยใช้วงล้อ 3C-DALI ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

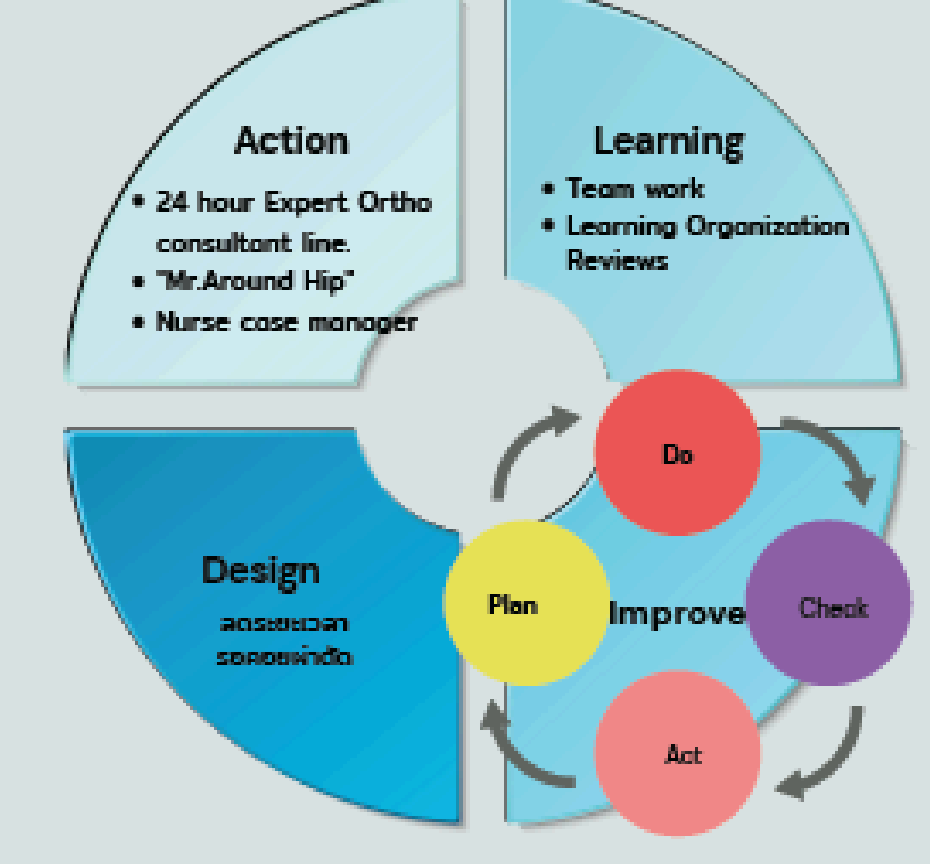


วัตถุประสงค์

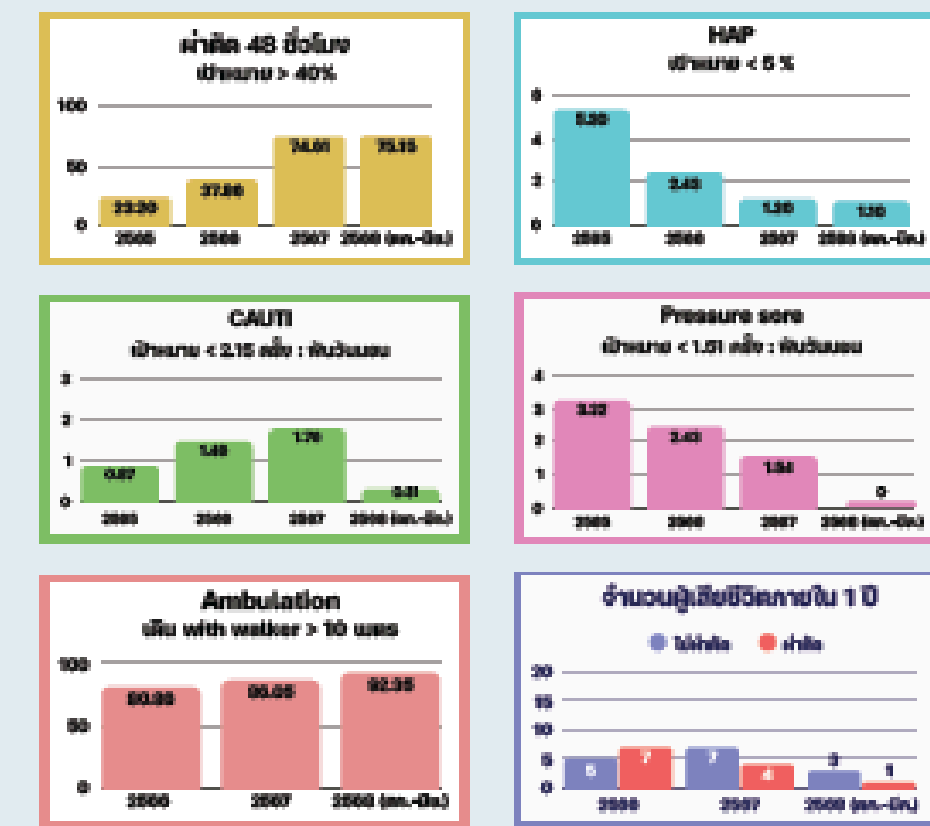
1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วที่สุด ภายใน 48 ชั่วโมง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการฟื้นฟูสภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงปกติ



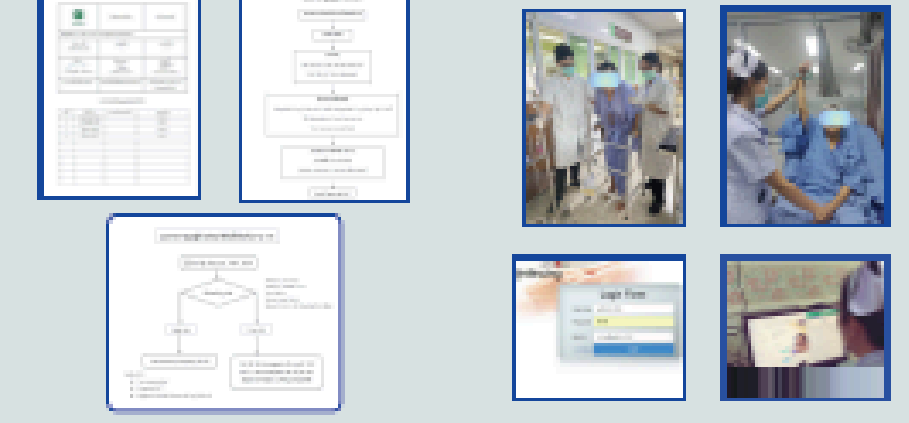
กิจกรรมการพัฒนา



ผลการศึกษา



กิจกรรมในโครงการ



อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้ได้ผลการผ่าตัดรวดเร็ว และปลอดภัย พบว่ามีผู้สูงอายุได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น จาก 23 % เป็น 75.15 % ของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่รับการผ่าตัดทั้งหมด และพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่ชองกันได้มีคะแนนของโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวน แผลกดทับ ผ่าตัดอีกแสม มีแนวโน้มลดลง การฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร็ว มีความสามารถฝึกเดินด้วย walker ได้ > 10 เมตร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเสียชีวิตลดลง

โอกาสพัฒนา

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการ สาขาออร์โธปิดิกส์ควรเชื่อมโยงงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักกับงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และบ้านพักฟื้นฟูผู้สูงอายุ ต่อไป

SERVICE PLAN สาขาตา



พัฒนางานวิจัย IDEAL D/C Planning เน้นญาติ/ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม



โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา หรือผู้ป่วยโสต ตอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลลำปาง

I: Include ค้นหาผู้ดูแลหลักโดยระบุชื่อ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยให้ชัดเจน

D: Discuss เชิญอุปกรณ์สนับสนุน ประยุกต์ อาการผิดปกติ เมื่อกลับบ้าน วางแผน F/U

E: Educate การให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักด้วยภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับโรค

A: Assess ทบทวนคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคอาการ และอาการแสดง ขั้นตอนในการดูแลรักษา เป็นท่านอบตามแผนการรักษา

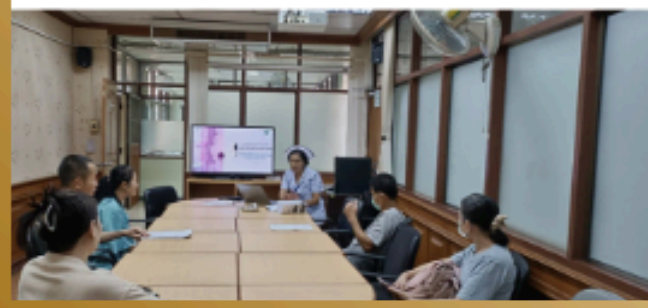
L: Listen รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากเพิ่มเติม รวมทั้งประเมินความพร้อมในการจำหน่าย และสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชัน เปิดช่องทางติดต่อฉุกเฉินหรือให้คำแนะนำตลอด 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ
- 2. เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
- 3. เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย
- 4. เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการดูแลรักษา

เป้าหมาย

- 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับโรค
- 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา
- 3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้
- 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา



ข้อมูล	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	t	p-value
ความถี่	Mean 7.3 ± 2.05	Mean 14.7 ± 0.67	-18.7	<0.001
ทักษะ	Mean 4.9 ± 0.49	Mean 13.8 ± 0.61	-20.8	<0.001

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ค้นหาผู้ดูแลหลัก
2. ประเมินความพร้อม
3. ให้ความรู้และฝึกทักษะ
4. ติดตามผล



เข็มนุ่ม Service Plan สาขาตา

ข้อมูลรวม พ.ศ. 2566

- เป้าหมาย 3 ปี**
 - ลดความรุนแรงของโรคได้กว่า 5.00 %
 - ผู้ป่วยภาพการฟื้นฟูชีวิตและครอบครัวในการรอคอย
- พันธกิจ 2566**
 1. จัดตั้ง center ฝึกอบรมบุคลากรใน 30 วัน
 2. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยใน 30 วัน
 3. พัฒนาระบบ Referral center
 4. จัดตั้งศูนย์ปรึกษาครอบครัวและดูแลผู้ป่วยใน 30 วัน

โครงการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลเกาะคา

ONE PROVINCE ONE HOSPITAL

ภายใต้มาตรฐานการพยาบาลเดียวกัน

รวมผ่าตัดทั้งสิ้น 141 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ชื่อ	ตำแหน่ง	ชื่อ	ตำแหน่ง
นางสาว...	...	นางสาว...	...



กิจกรรมพัฒนาบริการปลูกถ่ายกระจกตา

โรงพยาบาลลำปาง

ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

โรงพยาบาลลำปางสามารถดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplantation) ได้สำเร็จ โดยทีมจักษุแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยและการดูแลรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน

โรงพยาบาลลำปางพร้อมยกระดับศักยภาพในการให้บริการรักษาทางดวงตา เพื่อฟื้นฟูคุณภาพการมองเห็นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับประชาชน

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
☎ 05322 1000
📍 โรงพยาบาลลำปาง
🌐 www.lampanghospital.com

แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระจกตา

(Corneal Transplantation Nursing Care Guidelines)

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
3. ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การพยาบาลก่อนผ่าตัด (Pre-operative Care)

- ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
- ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวด
- ประเมินระดับความรู้สึกวิตกกังวล
- ประเมินระดับความรู้สึกกลัว
- ประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อยล้า
- ประเมินระดับความรู้สึกหิว
- ประเมินระดับความรู้สึกกระหายน้ำ
- ประเมินระดับความรู้สึกหนาว/ร้อน
- ประเมินระดับความรู้สึกคัน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันตา
- ประเมินระดับความรู้สึกคันจมูก
- ประเมินระดับความรู้สึกคันคอ
- ประเมินระดับความรู้สึกคันผิวหนัง
- ประเมินระดับความรู้สึกคันเสื้อผ้า
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ส่วนตัว
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ในบ้าน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่ทำงาน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่โรงเรียน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่สาธารณะ
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่อื่น ๆ

การพยาบาลหลังผ่าตัด (Post-operative Care)

- ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวด
- ประเมินระดับความรู้สึกวิตกกังวล
- ประเมินระดับความรู้สึกกลัว
- ประเมินระดับความรู้สึกเหนื่อยล้า
- ประเมินระดับความรู้สึกหิว
- ประเมินระดับความรู้สึกกระหายน้ำ
- ประเมินระดับความรู้สึกหนาว/ร้อน
- ประเมินระดับความรู้สึกคัน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันตา
- ประเมินระดับความรู้สึกคันจมูก
- ประเมินระดับความรู้สึกคันคอ
- ประเมินระดับความรู้สึกคันผิวหนัง
- ประเมินระดับความรู้สึกคันเสื้อผ้า
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ส่วนตัว
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ในบ้าน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่ทำงาน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่โรงเรียน
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่สาธารณะ
- ประเมินระดับความรู้สึกคันของใช้ที่อื่น ๆ



ปัจจุบันผ่าตัดไปแล้วทั้งสิ้น
จำนวน 12 ราย
ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ
หลังผ่าตัด

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

มุ่งสู่การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต

2551 เริ่มให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และดูแลผู้ป่วยด้วย Care MAPs (Major & Minor Stroke)

2552 เปิดบริการ Stroke Corner 5 เตียง

2554 จัดตั้ง Stroke unit 4 เตียง พร้อมผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันประสาทวิทยา

2556 จัดตั้ง ICU ศัลยกรรมประสาท 10 เตียง และเริ่มใช้ Hemorrhagic Stroke Care MAPs

2562 ขยาย Stroke unit จาก 4 เตียงเป็น 8 เตียง เพื่อรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

2563 เริ่มให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันด้วย Mechanical Thrombectomy (MT)



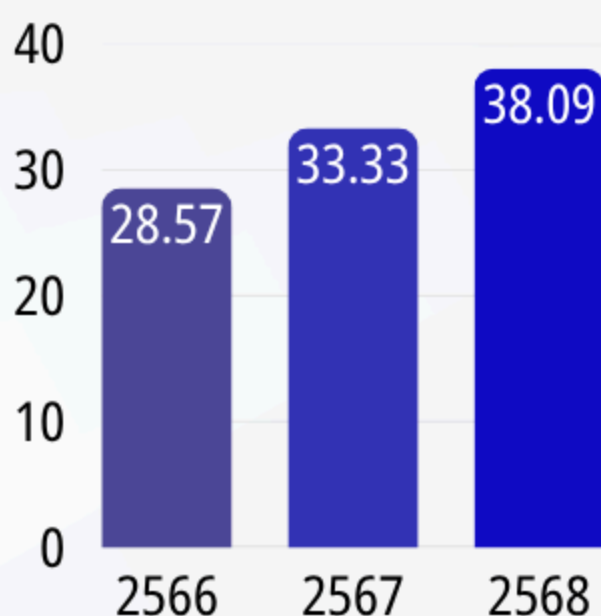
ปี 2561 พบอัตราการตายสูง ร้อยละ 12.04 สาเหตุบางส่วนเกิดจาก Early Detection ไม่ทันท่วงที เมื่อเกิด Stroke at ward

ปรับปรุงแนวทางการดูแลเมื่อเกิดอาการเตือน

จัดให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้การ Early detection ด้วย BEFAST รับยา rt-PA และ MT



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

มุ่งสู่การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต

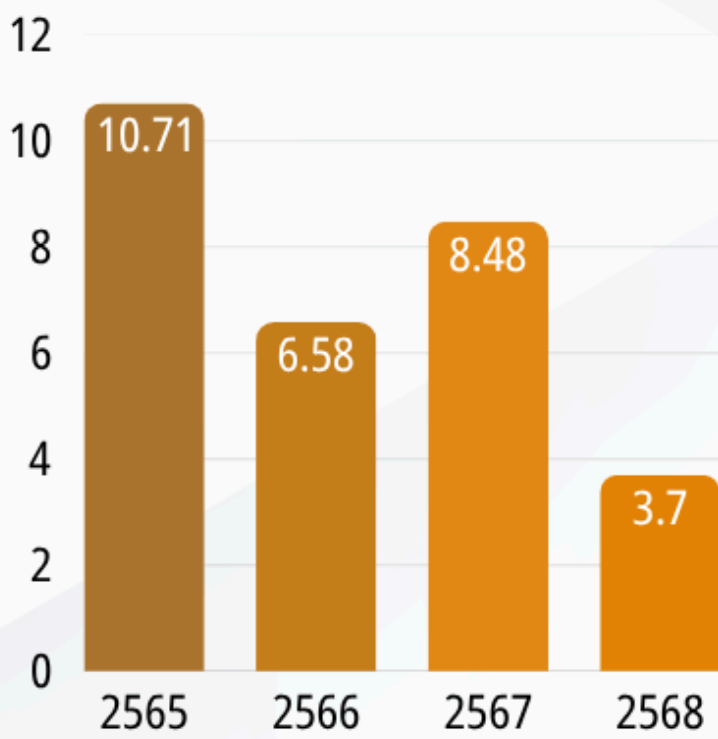


ปี 2563 เริ่มเปิดบริการรักษาด้วย Mechanical Thrombectomy มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยล่าช้า ร้อยละ 18.60 และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ร้อยละ 7.43

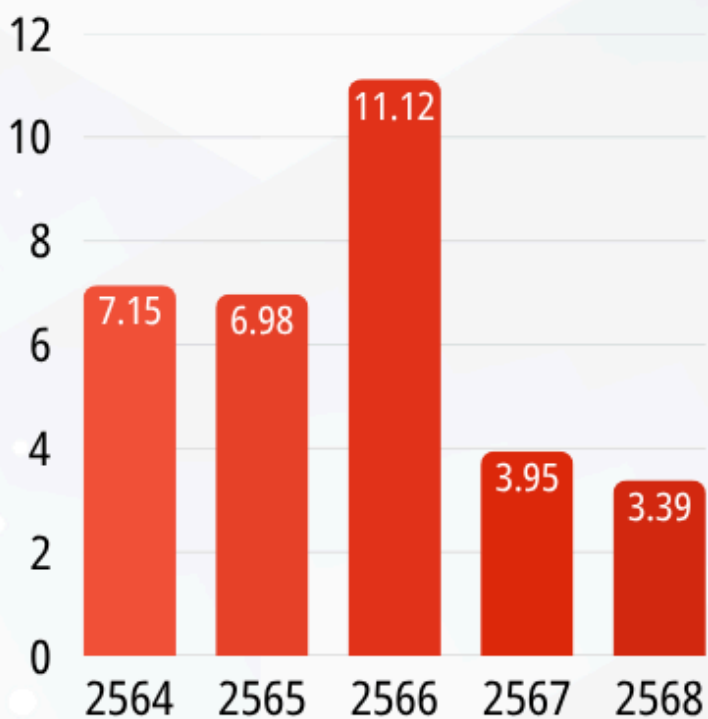
- นวัตกรรม MT Box set
- แบบฟอร์มการปฏิบัติแนวทางการเตรียมความพร้อมก่อนทำ MT Check list procedure พัฒนา
- แนวทางการพยาบาลหลังถอดท่อน้ำสายสวนหลอดเลือดแดงทางขาหนีบและการกดแผลแบบ Manual compression ผู้ป่วยได้รับหัตถการ MT

- พัฒนาการ Early detection ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ MT ของผู้ป่วย
- พัฒนา CNPG การดูแลผู้ป่วยหลังทำ MT

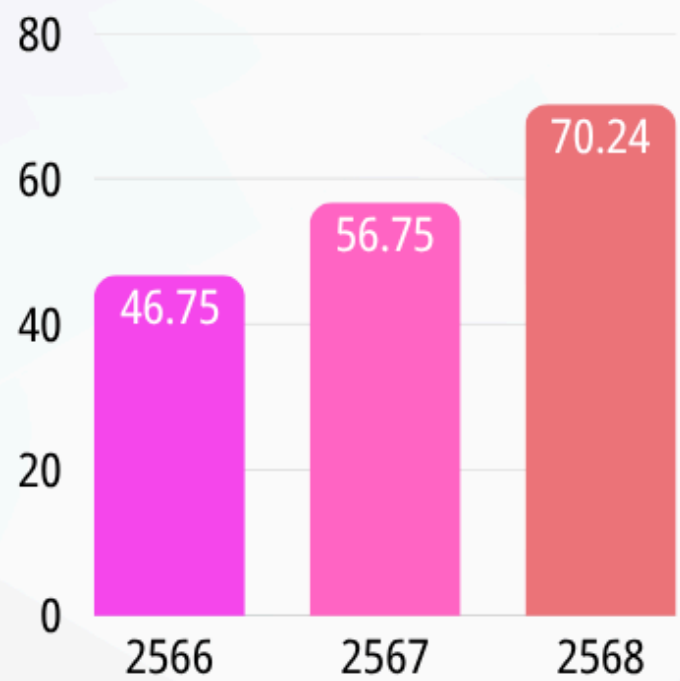
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการ (MT) ภายในระยะเวลาที่กำหนด (30 นาที)



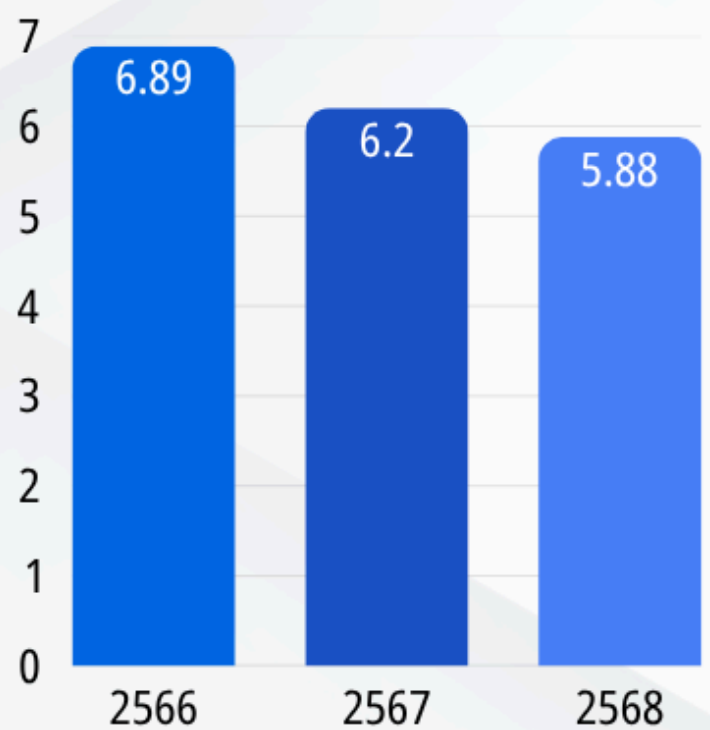
ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ (MT) บริเวณ puncture site



ร้อยละการ Early detection หลังทำหัตถการ (MT)



ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ (MT)



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

มุ่งสู่การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต



ปี 2565 ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ร้อยละ 4.12
เกิดจากการประเมินการกลืนไม่ครอบคลุม

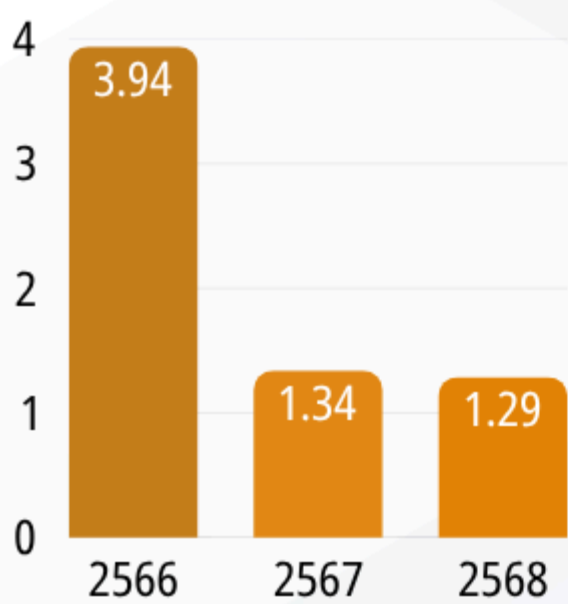


พัฒนาคุณภาพการดูแลด้วยแนวทาง
ปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกัน
การเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ
กลืนลำบาก

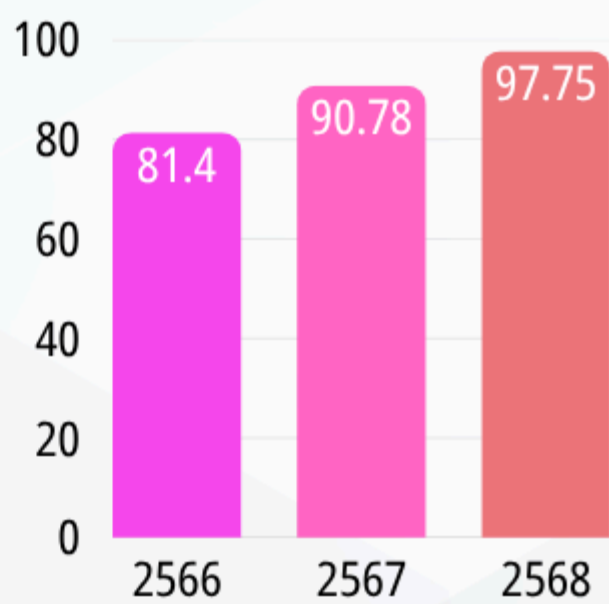
พัฒนาสมรรถนะประเมินการกลืนด้วย
แบบประเมินการกลืน (Dysphagia
Screening Test)



ร้อยละของการเกิดปอดอักเสบผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง



ร้อยละสมรรถนะของพยาบาลด้านการ
ประเมินการกลืน



ปี 2566 พบปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ
การพยาบาลตาม Care MAPs ไม่ครอบคลุม ร้อยละ 61.55



การทบทวนและปรับปรุง Care MAPs ทั้ง Ischemic และ Hemorrhage ร่วมกับ
ทีมสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์



ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับ
การพยาบาลตาม Care MAPs



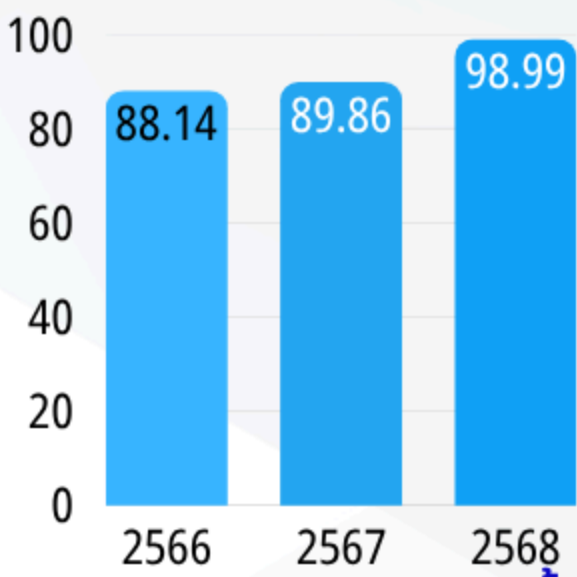
สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

มุ่งสู่การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต

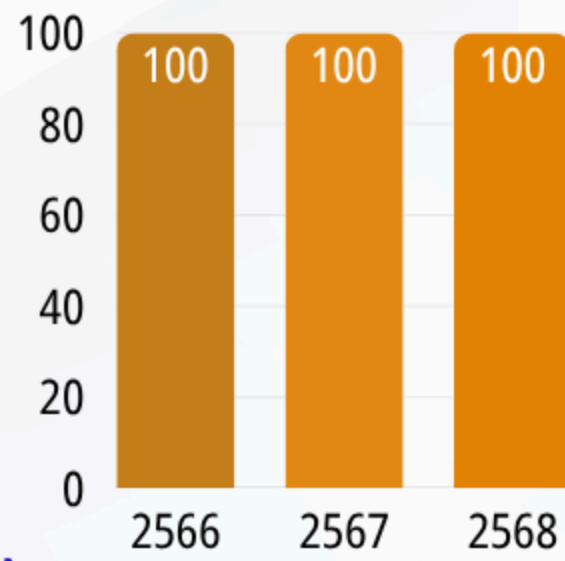
ปี 2551-2568 มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



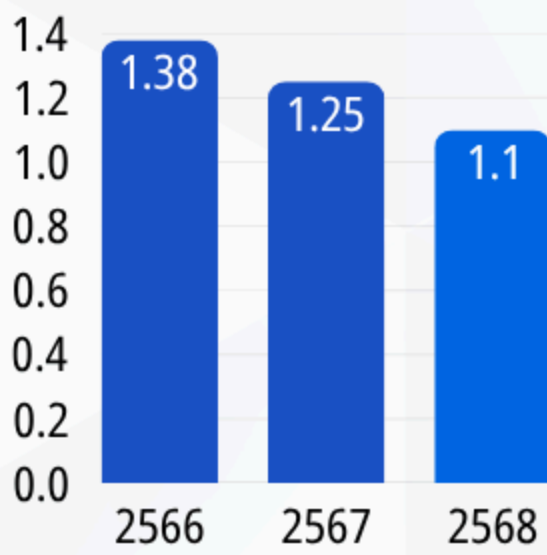
ร้อยละของการเตรียมความพร้อมของ
ผู้ดูแล (care giver)



ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่ได้รับการส่งต่อ COC



ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit)



ปี 2565-2569 พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองของเครือข่ายร่วมกับสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลำปาง

การให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลครอบคลุม
12 อำเภอ



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

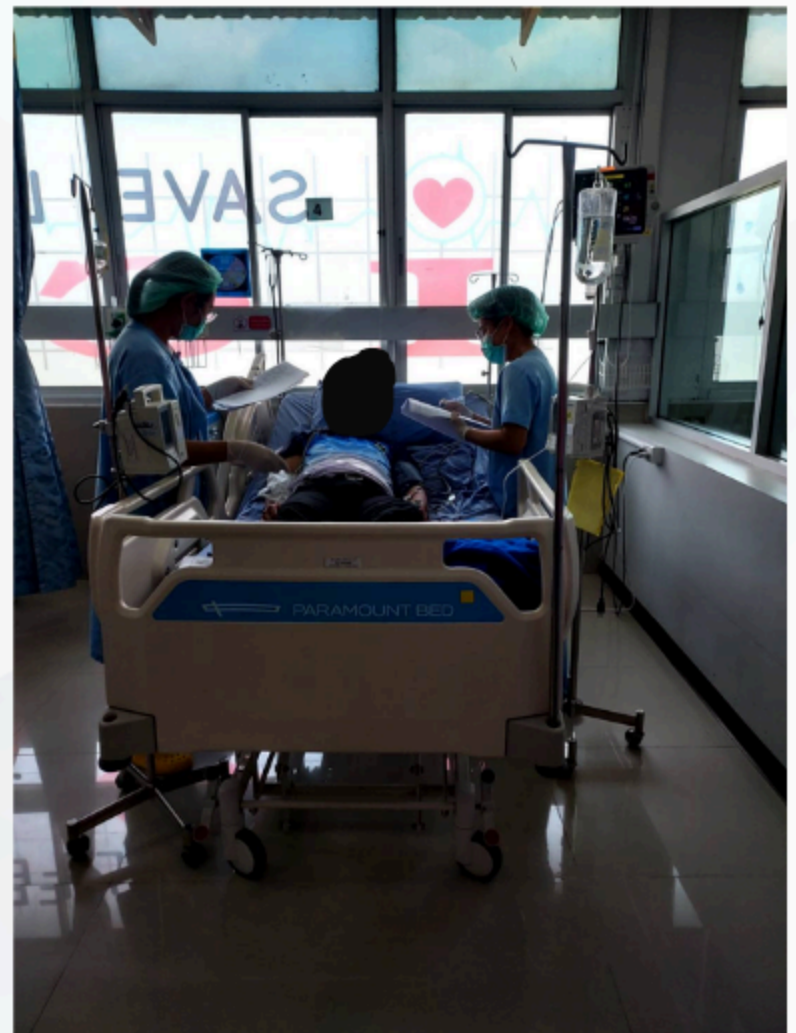
มุ่งสู่การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิต



ปี 2566 พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเกาะคาสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และเปิด Stroke unit จำนวน 4 เตียง



ปี 2567 พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเถินสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และเปิด Stroke unit จำนวน 4 เตียง



ปี 2568-2569 พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลแจ้ห่มสามารถดูแลรักษาผู้ป่วย และเปิด Stroke unit จำนวน 4 เตียง

ช่วยกันคิด ร่วมกันทำ ความสำเร็จเพื่อประชาชน

เส้นทางแห่งการพัฒนา: ไทม์ไลน์บริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Timeline of Stroke Nursing Care Excellence)



ยุคบุกเบิกและการวางรากฐาน (พ.ศ. 2551 - 2556)

2551

2551: เริ่มต้นจุดประกายการรักษา
เริ่มให้บริการการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) และใช้ Care MAPs สำหรับผู้ป่วย Stroke ทั้งรายที่เป็นรุนแรง (Major) และไม่รุนแรง (Minor)

2552-2554

2552-2554: สร้างหน่วยเฉพาะทาง
เปิด Stroke corner 5 เตียง และพัฒนา Stroke unit 4 เตียง ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันประสาท

2556

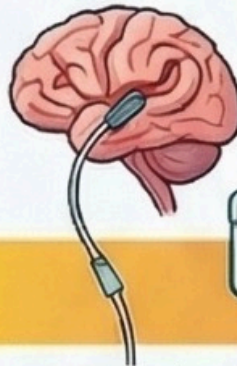
2556: ยกระดับวิกฤต ศัลยกรรมประสาท
จัดตั้ง ICU ศัลยกรรมประสาท 10 เตียง และเริ่มใช้ Hemorrhagic Stroke Care MAPs เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง

ยุคแห่งการขยายบริการและนวัตกรรม MT (พ.ศ. 2561 - 2564)



2564

2564: ลดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ MT
พัฒนาแนวทางการพยาบาลหลังถอดท่อใส่สายสวนหลอดเลือดแดงทางขาค้น การ manual compression และการ Early detection ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ MT ส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างต่อเนื่อง



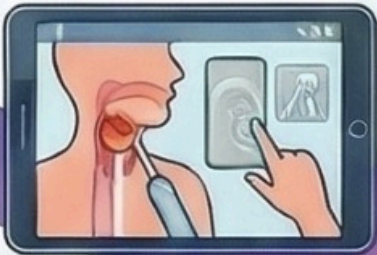
2563: Mechanical Thrombectomy (MT)
เริ่มให้บริการลากลิ่มเลือดผ่านสายสวน (MT) และพัฒนา "MT set box" พร้อม checklist เพื่อลดระยะเวลาการเตรียมความพร้อมให้ทันภายใน 30 นาที

2561

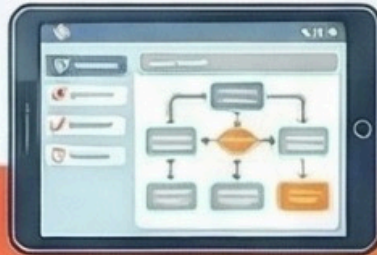
2561: เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจด้วย BEFAST
พัฒนาแนวทางเพื่อแก้ปัญหา Stroke at ward ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ โดยอัตราการรับยา rt-PA และ MT เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ปี 2568 เท่ากับ 38.09



ยุคยกระดับคุณภาพด้วยระบบดิจิทัลและสหสาขาวิชาชีพ (พ.ศ. 2565)



นวัตกรรมป้องกันปอดอักเสบ (Dysphagia Screening)
พัฒนาแบบประเมินการกลืน อีเล็กทรอนิกส์ ลดอัตราปอดอักเสบจากการสำลักลงเหลือ 1.29 และเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมินได้ถึง 97.75% ในปี 2568



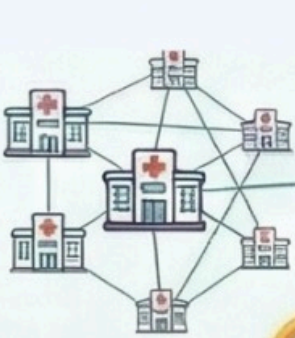
Care MAPs และ COC รูปแบบดิจิทัล
ปรับปรุง Care MAPs ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสู่รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตาม Care MAPs สูงถึง 92.86% และส่งต่อ COC ครบ 100%



เตรียมความพร้อมผู้ดูแลและลดการ Re-admit
อัตราความพร้อมของผู้ดูแล (Care Giver) เพิ่มขึ้นเป็น 98.99 ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) เหลือเพียง 1.10

ยุคขยายเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ (พ.ศ. 2566 - 2568)

2566: เครือข่ายโซนกลาง (สว.เกาะคา)
เปิด Stroke Unit 4 เตียง เป็นแม่ข่ายให้ยา rt-PA ครอบคลุม อำเภอห้างฉัตร, เสริมงาม แม่ทะ และสบปราบ



2566

2568: แผนพัฒนาเครือข่ายโซนเหนือ
แผนพัฒนาศักยภาพครอบคลุมโซนเหนือ เพื่อให้ประชาชนชาวลำปางเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2568



2567: เครือข่ายโซนใต้ (สว.เถิน)
เปิด Stroke Unit 4 เตียง เป็นแม่ข่ายให้ยา rt-PA ครอบคลุม อำเภอสบปราบ และแม่พริก

2567

เป้าหมายและผลลัพธ์ปี 2568-2568



นวัตกรรมและวิจัย

HA Regional Forum Chiang Mai 2024



ผลงานพัฒนาคุณภาพ (COI) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy ; MT) ของผู้ป่วยหนักอาการหนักทางระบบประสาทที่ 2 โรงพยาบาลลำปาง

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน การใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง

บริบท ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

โรงพยาบาลลำปางได้มีการเปิดศูนย์วิจัยร่วมรักษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหลอดเลือดสมองอุดตันกับวิศัลยแพทย์ของโรงพยาบาลในการเป็นศูนย์ร่วมความเป็นเลิศทางการแพทย์ที่ทันสมัยระดับประเทศ ทางผู้ป่วยได้รับการดูแลผู้ป่วย ใน 24 - 48 ชั่วโมงแรก ในช่วงแรกของการเปิดบริการรักษาผู้ป่วยซึ่งยังไม่มีความรู้ปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงมีการจัดทำและพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการนำเครื่องมือหลอดเลือดสมองออกผ่านทางสายสวนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ เดือน พ.ค.63 จนถึงปัจจุบัน โดยมีแนวทางเดิมในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการทำ Cerebral angiography ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงตามมาตรฐานวิชาชีพที่นำมาตั้งแต่ ปี2564 จนถึง ปี2566 พบอัตราการเสียชีวิตของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical Thrombectomy) ร้อยละ 60, 33, 30 ตามลำดับและแนวโน้มที่มากขึ้น จากกรณีศึกษาปัญหาพบว่าเกิดการประเมินซ้ำ การเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระยะเวลาการประเมินผู้ป่วย วิธีการกวดและบริเวณที่แทงสายสวน ส่งผลนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง

- เป้าหมาย/วัตถุประสงค์**
- ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (MT) ไม่เกินร้อยละ 9 ภายในระยะเวลา 1 ปี
 - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดยประเมินจากคะแนน Modified Rankin Scale (MRS) ที่ลดลง 1 ระดับภายในระยะเวลา 3 เดือน
 - ความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 95 ในระยะเวลา 1 ปี
 - ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (MT) มากกว่าร้อยละ 95 ในระยะเวลา 1 ปี
 - พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมิน Specific competency มากกว่าร้อยละ 90 ในระยะเวลา 6 เดือน

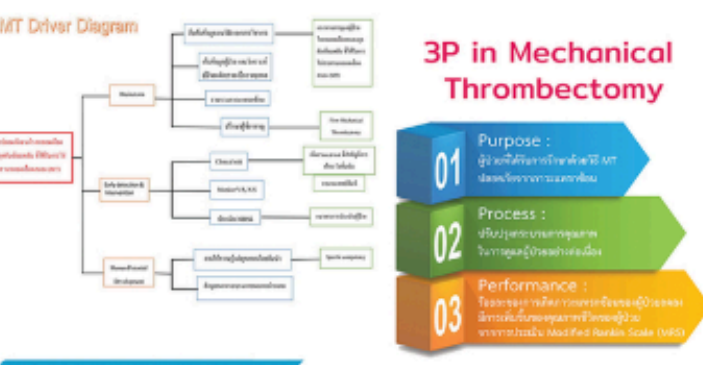
- หัวข้อวัดความสำเร็จที่สำคัญ**
- ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา MT
 - การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการประเมิน Modified Rankin Scale (MRS) ที่ลดลง
 - ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังทำการรักษา MT
 - ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การประเมิน Specific competency



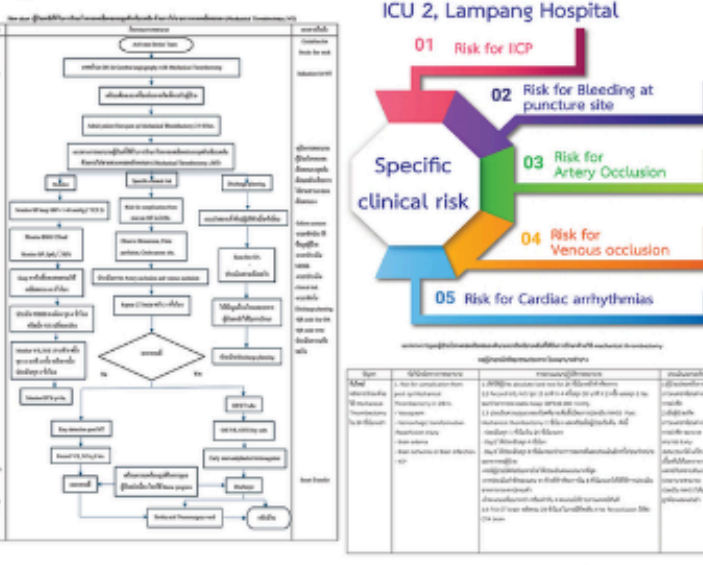
บทเรียน

เนื่องจากความซับซ้อนของโรค ทำให้มีการพัฒนาการรักษามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทายของทีมงานในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยมุ่งเน้นต่อยอดการชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนจึงได้นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย specific clinical risk และ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง มาดำเนินการพัฒนา care map การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมองอย่างละเอียดและครบถ้วน เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยแก่หน่วยงานอื่นต่อไป

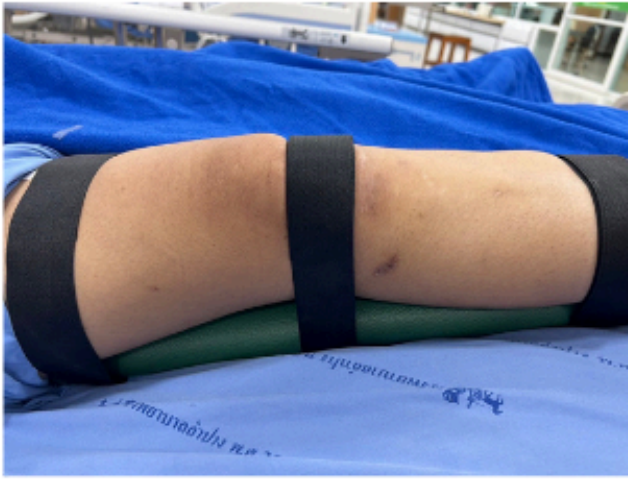
กิจกรรมการพัฒนา (Quality Improvement Process)



แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง



Lock Leg Low Risk



ประกาศนียบัตร

เพื่อแสดงว่า

ณิธิรา แก้วร่วมวงศ์, จรรยา กัททิมประดิษฐ์

ได้ผ่านเกณฑ์การประเมินผลงานหรือของผู้นับถือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ โรงพยาบาลลำปาง

ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ แคร่อย่างวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ 16 (HoRNets 2024) "Exploring Frontiers Bridging Knowledge and Innovation" ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม 2567

MRS ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2567

(Signatures)

ผลของแนวทางการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำปาง

นำเสนอในประชุมวิชาการระดับชาติ แคร่อย่างวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ 16 (HoRNets) วันที่ 10-12 กรกฎาคม 2567

สาขา SEPSIS

เส้นทางการพัฒนาระบบบริการ ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Service Plan Roadmap)

สรุปประวัติและการดำเนินงานของ Service Plan Sepsis ตั้งแต่การวางรากฐานที่ดูแลผู้ป่วย การปรับปรุงแนวทางของปฏิบัติ จนถึงการนำเทคโนโลยี Early Warning Score และระบบ Dashboard มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

รากฐานและการพัฒนา (พ.ศ. 2549 - 2565)

2549 - 2552



การจัดตั้งทีมและวางมาตรฐาน จัดตั้งทีมเฉพาะทาง พัฒนาแนวทาง CPG และกำหนดให้ Door to ABO เป็นตัวชี้วัดสำคัญ

2552 - 2565



Case Manager

การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

ปรับปรุงแนวทางการพยาบาล สนับสนุนบุคลากร และจัดตั้ง case manager Sepsis ทุกหอผู้ป่วย

2566



ระบบ Rapid Response

เริ่มใช้ SOS Score และระบบ RRT ในกลุ่มงานอายุรกรรมเพื่อ Early Detection

ยุคแห่งการเฝ้าระวังเชิงรุก (พ.ศ. 2566 - ปัจจุบัน และอนาคต)

2568



ยกระดับมาตรฐาน NEWS-2

เปลี่ยนมาใช้ระบบ NEWS-2 score ทุกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2569

การแสดงผล

Real-time Dashboard

พัฒนาระบบรายงานผล NEWS Score บนหน้าจอ Dash board เพื่อติดตามสถานะผู้ป่วย แบบ Realtime



การดูแลผู้ป่วย Sepsis แบบไร้รอยต่อ: จากห้องฉุกเฉินสู่หอผู้ป่วย

นาที่วิกฤต:

Sepsis One Hour Bundle

ระยะแรกเริ่มในโรงพยาบาล



Sepsis Protocol



การดูแลต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วย

การดูแลต่อเนื่อง 4 ด้าน

เพื่อระวังความเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และการทำงานของอวัยวะสำคัญอย่างใกล้ชิด



Phase 3: Deterioration & Rapid Response Team (RRT)

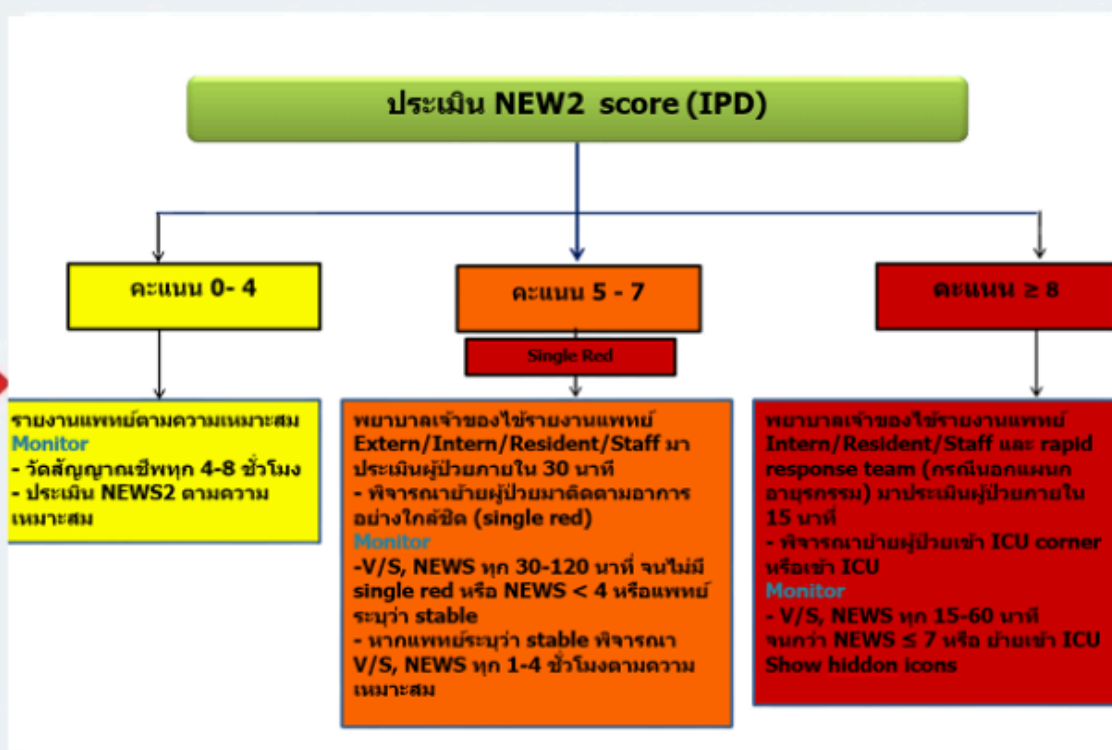
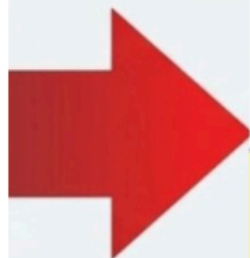
การประเมิน Early Warning Signs



Early Warning Signs (สัญญาณเตือน)

National Early Warning Score2 (NEWS2)

คะแนน	3	2	1	0	1	2	3
อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	≥ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO ₂ %)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
ระดับออกซิเจนในหลอดเลือด (mmHg)		≤ 100		≤ 100			
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที)	≤ 90	91-100	101-110	111-120		≥ 120	
ความดันโลหิต (mmHg)	≤ 40	41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131	
ระดับความรู้สึกตัว			มีสติ				ขาดสติ
คะแนนรวม (คะแนนเต็ม)	≥ 5	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1		



ยกระดับการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis: สรุปผลการดำเนินงานและแนวทางพัฒนา (2566-2568)

เพื่อสื่อสารผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดหลัก (KPIs) ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) พร้อมแนวทางการแก้ไขปัญหและนวัตกรรมที่ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

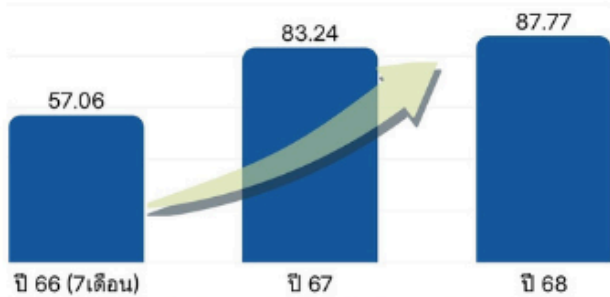
ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดหลัก (Nursing Outcomes)



การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย NEWS2

ตัวชี้วัดที่ 1: การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป้าหมาย $\geq 80\%$

ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะ Sepsis ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

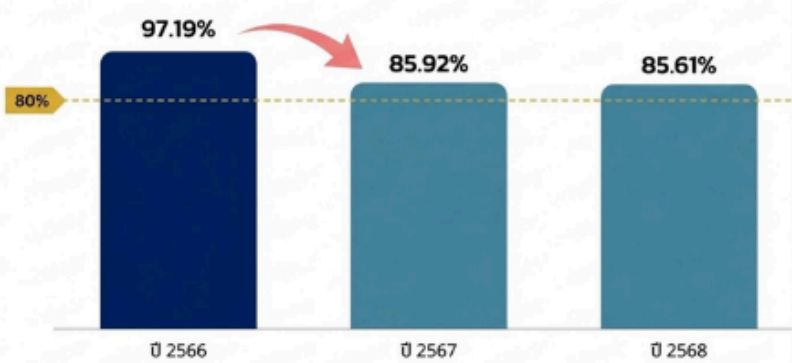


อัตราการคัดกรองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

การเจาะ Hemoculture

ตัวชี้วัดที่ 2: การเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยา เป้าหมาย $\geq 80\%$

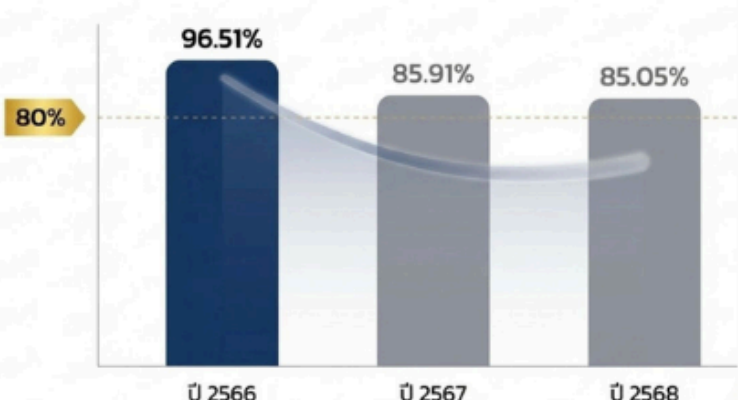
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย



การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง

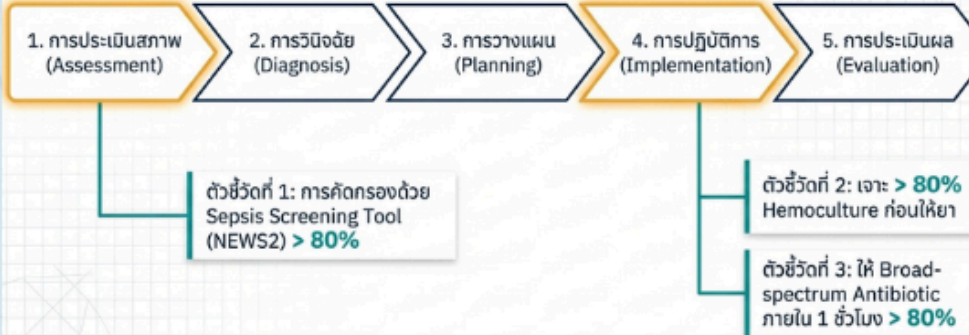
ตัวชี้วัดที่ 3: การให้ยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย

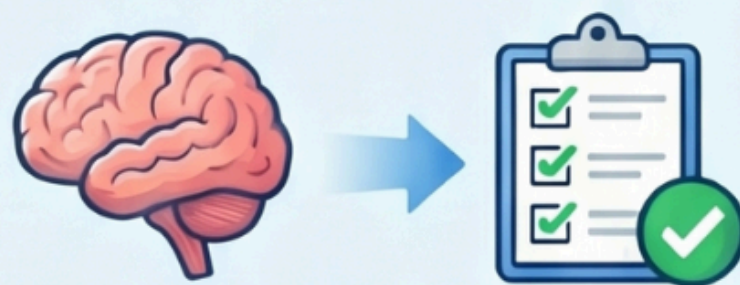


Nursing Process

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis (Sepsis Care Blueprint)



การวิเคราะห์ปัญหาและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนา



ปรับ Mindset การใช้ NEWS2 Score
เปลี่ยนจากการ “บันทึกคะแนนตามแบบฟอร์ม” เป็น “เครื่องมือตัดสินใจทางคลินิก” เพื่อเฝ้าระวังและ Activate Protocol กันที

นวัตกรรม ‘Hemoculture Box’

จัดรวมอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ในกล่องเดียว เพื่อลดระยะเวลาในการเตรียมและแก้ปัญหาความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์



การแก้ไข ‘The Time-Trap’ 60 นาที

ปรับปรุงระบบ Logistics และการสื่อสารระหว่างทีมการรักษา และห้องยา เพื่อลดความล่าช้าในช่วงนอกเวลาทำการ

การเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารยา Norepinephrine ในผู้ป่วย Septic Shock

Continuous Quality Improvement (CQI)

อภิธดา ใจแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

หลักการและเหตุผล



"Golden hour in septic shock" คือ ระยะเวลา 1 ชั่วโมงแรกหลังจากวินิจฉัย ที่ต้องเริ่มการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อให้ได้ความดันโลหิตตั้งเป้าหมาย (MAP \geq 65 mmHg) ภาวะ Prolonged shock ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) มากขึ้นและเพิ่มอัตราการตาย การลดภาวะ AKI และอัตราการตายที่ได้ผลดีคือ การใช้ยา Norepinephrine ในขนาดที่เหมาะสมที่ทำให้ความดันโลหิตผู้ป่วยถึงเกณฑ์อย่างรวดเร็วที่สุดใน 1 ชั่วโมง

ผู้ป่วย Septic shock เสียชีวิตร้อยละ 43.41 โดยร้อยละ 44.44 มีสาเหตุจากภาวะ Prolonged Shock เกิดจากกระบวนการบริหารยา Norepinephrine ไม่มีประสิทธิภาพและขาดแนวทางที่ชัดเจน มีความหลากหลายในการปฏิบัติส่งผลให้ MAP ถึงเกณฑ์ล่าช้าเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 28 นาที เกิดภาวะ AKI ร้อยละ 37.50



ตัวชี้วัด

ด้านกระบวนการ

- พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาถูกต้อง ครบถ้วนร้อยละ 100
- ร้อยละคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางบริหารยามากกว่าร้อยละ 90

ด้านผลลัพธ์

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ Golden hour ร้อยละ 100
- อัตราการเกิดภาวะ AKI น้อยกว่าร้อยละ 30

วิธีการดำเนินการ



Brainstorming



ประเมินความรู้/ทักษะบริหารยา



จัดทำแนวทางบริหารยา



ทดลองใช้กับผู้ป่วย



ประชุม สื่อสารทำความเข้าใจ



ประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านสถานการณ์จำลอง



Bedside teaching



Focus group



นำแนวทางบริหารยาไปใช้กับผู้ป่วย

พัฒนา รรที่ 1

ปัญหาที่พบ

- ไม่ได้ระบุ Start dose และ Titrate dose ในตารางปรับขนาดยา
- ไม่สามารถใช้ตารางปรับขนาดยาในกรณีผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยหรือมากกว่าในตารางปรับขนาดยา

Dose (Dose 0.5-3 mcg/kg/min)	Flow rate (ml/hr)									
	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Start dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Titrate dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Dose (Dose 0.5-3 mcg/kg/min)	Flow rate (ml/hr)									
	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Start dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Titrate dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

พัฒนา รรที่ 2

ปัญหาที่พบ

- ปรับขนาดยาไม่ต่อเนื่องในกรณีที่ได้ยากระดับความดันโลหิตหลายชนิดร่วมกันไม่แน่ใจว่าจะปรับลดหรือหยุดยาตัวใดก่อน

Dose (Dose 0.5-3 mcg/kg/min)	Flow rate (ml/hr)									
	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Start dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Titrate dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

Dose (Dose 0.5-3 mcg/kg/min)	Flow rate (ml/hr)									
	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Start dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Titrate dose	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5



แนวทางบริหารยา

วัตถุประสงค์

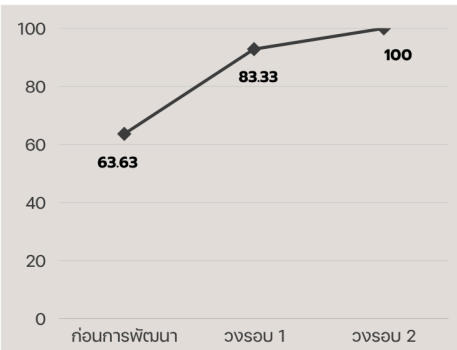
1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและขนาดยาเหมาะสม
2. ลดระยะเวลา Golden hour น้อยกว่า 60 นาที
3. ลดอัตราการเกิดภาวะ AKI น้อยกว่าร้อยละ 30

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

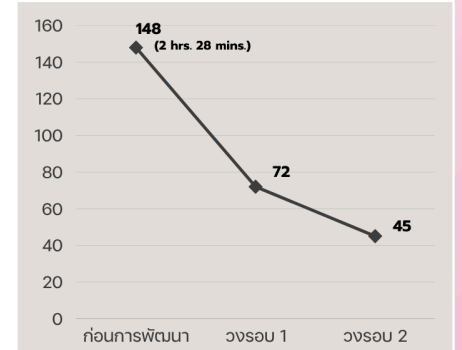
สืบค้นเอกสารที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2020-2025 จำนวน 15 เรื่อง พัฒนาแนวทางบริหารยาโดยใช้หลักการของ NHMRC, 1999 จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) กระบวนการเตรียมยา
- 2) การบริหารยา
- 3) การเฝ้าระวังติดตามอาการขณะได้รับยา
- 4) การให้ความรู้และคำแนะนำ

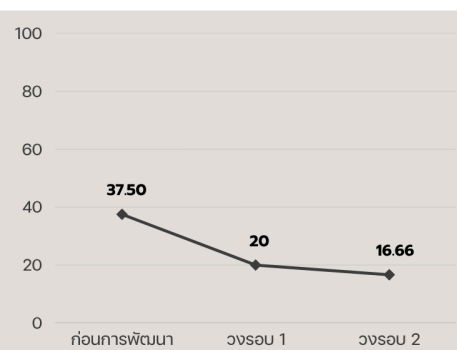
ผลการดำเนินการ



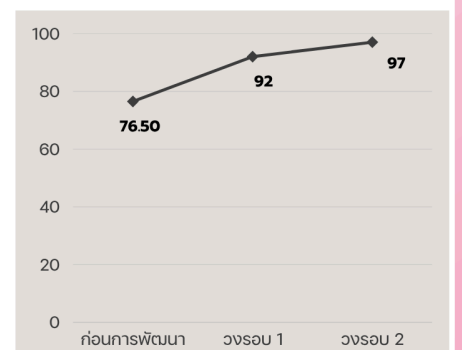
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้ golden hour



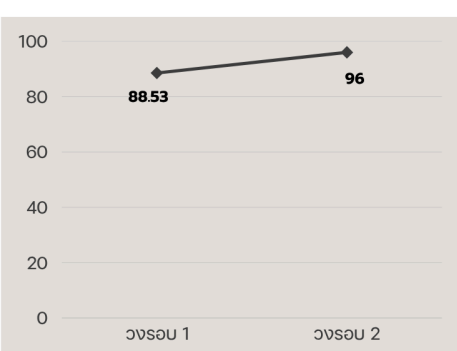
Time to target MAP (min.)



อัตราการเกิดภาวะ AKI



ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางบริหารยา



ร้อยละคะแนนความพึงพอใจของพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ

- แนวทางบริหารยา Norepinephrine สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย Septic Shock โดยลดระยะเวลา Golden hour ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ
- ข้อเสนอแนะ พัฒนารายการปรับขนาดยาในรูปแบบ Application

การนำไปใช้ประโยชน์

- นำแนวทางบริหารยาเข้าสู่ระบบยาของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Septic Shock ในโรงพยาบาล
- ขยายผลไปยังหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยหนักทางเดินหายใจ โรงพยาบาลลำปาง พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้ตาม Golden hour และอัตราการเกิดภาวะ AKI ลดลง
- พัฒนาเข้าสู่กระบวนการวิจัย

ผลงานที่ภาคภูมิใจ & SHARING

- 🏆 รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดผลงานคุณภาพ HA Regional forum Chiang Mai 2025 วันที่ 18-19 สิงหาคม 2568
- ✅ ผ่านการคัดเลือกนำเสนอผลงานในรูปแบบ Poster presentationในงาน HA National forum ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรั่ม วันที่ 10-13 มีนาคม 2569
- ✅ ตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1 ระดับโรงพยาบาล นำเสนอผลงานระดับประเทศในงานสัมมนาวิชาการของกองการพยาบาล วันที่ 3-5 กันยายน 2569
- ✅ ได้รับการคัดเลือกนำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการ เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงราย วันที่ 26-27 มิถุนายน 2568
- ✅ ตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1 ระดับโรงพยาบาล นำเสนอผลงานระดับประเทศในงานสัมมนาวิชาการของกองการพยาบาล วันที่ 3-5 กันยายน 2569



ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย
SEPSIS
เกิดจากพลังของทีม
และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
เพื่อผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

สาขาจิตเวชและยาเสพติด

รางวัลผลงานนำเสนอวิจัยยอดเยี่ยม เขตสุขภาพที่ 1

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ
แห่งตนในการปฏิเสศการดื่ม ต่อ
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่
มีความผิดปกติจากการดื่ม
แอลกอฮอล์ ห้องตรวจจิตเวช โรง
พยาบาลลำปาง

นำเสนอในประชุมวิชาการระดับชาติ
เครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ 16
(HoRNets) วันที่ 10-12 กรกฎาคม
2567



ประกาศนียบัตร

เพื่อแสดงว่า

วราภรณ์ ขุมภูสิบ,
อินธิกา กลอยวง, จุฑารักษ์ ศิลปสมบุรณ์

ได้นำเสนอผลงานเรื่อง

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสศการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง

ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ 16 (HoRNets 2024)

"Exploring Frontiers: Bridging Knowledge and Innovation"

ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 10-12 กรกฎาคม 2567

ให้ไว้ ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2567

พญ.สุภาวดี ภาณุมาศวิชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรงพยาบาล
พ.ว.ชญ.เจษฎา ผู้เชี่ยวชาญจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง
ศ.ดร.สุรียา แฉวงเอียด รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์วิจัยและการศึกษา
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประสิทธิผลของการทำจิตบำบัดใน
มารดาของเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะ
บกพร่องทางการเรียนรู้ (ADHD, LD)
โรงพยาบาลลำปาง

สุพรรณิ ศิริอาภาวิวัฒน์, 2567

การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพนักวิจัย และ สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ ปีงบประมาณ 2568

โรงพยาบาลนครพิงค์ ร่วมกับ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑
ชมรมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล (HoRNets) คณะกรรมการพัฒนาระบบเภสัชกรรม เขตสุขภาพที่ ๑
ชมรมห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่ เครือข่ายพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เขตสุขภาพที่ ๑
ชมรมรังสีการแพทย์เชียงใหม่ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลนครพิงค์

ขอขอบเกียรติบัตรเพื่อแสดงว่า

อภิญญา เหลียงขวัญยืน

ได้นำเสนอ ผลงานวิจัย
เรื่อง "ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry)
โรงพยาบาลลำปาง"

ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๘

ประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท
ที่ได้รับบริการจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry)
โรงพยาบาลลำปาง

นำเสนอในประชุมเชิงปฏิบัติการศักยภาพนัก
วิจัย และสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการ
วิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ วันที่ 4 มีนาคม
2568



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ด้วยเทคโนโลยี LTele

นวัตกรรมการดูแลที่ไร้รอยต่อ
โดยหอผู้ป่วยกรุณา โรงพยาบาลลำปาง



หอผู้ป่วยกรุณา โรงพยาบาลลำปาง



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ขอขอบเกียรติบัตรฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

นางสาวเกศติยา ธาวงศ์ และ นางสาวพวงเพชร อุบลศรี

ได้รับรางวัลผลงานในระดับดีมาก เรื่อง " การติดตามผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยกรุณา
ผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) โดยเทคโนโลยี LTele"

ในการประชุมวิชาการเนื่องในโอกาสวันสถาปนามหาวิทยาลัยครบ 46 ปี
เรื่อง "ร่วมสืบสานพระราชปณิธานการศึกษาทางไกลในการพัฒนาสุขภาพและการพยาบาล"

ขอให้ประสบความสำเร็จความเจริญและรักษาคุณภาพตลอดไป
ให้ไว้ ณ วันที่ 6 กันยายน พุทธศักราช 2567

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนมพัทธ์ สมิตานนท์)
กรรมการสภามหาวิทยาลัย
รักษาการแทนอธิการบดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์



การพยาบาลทางไกล หอผู้ป่วยกรุณา โรงพยาบาลลำปาง

ชื่อผู้รับบริการ.....
วันที่กลับบ้าน.....
ชื่อผู้ดูแล.....
เบอร์โทรติดต่อ.....

วันนัดหมาย

ครั้งที่ 1	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ครั้งที่ 2	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ครั้งที่ 3	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ครั้งที่ 4	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ครั้งที่ 5	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ครั้งที่ 6	วันที่	เดือน	พ.ศ.

ขั้นตอนการรับบริการ

1. สแกน
QR code



2.

กดคำว่า **โทร**
ที่ "หอผู้ป่วยกรุณา"

3.

กรอกข้อมูลในช่อง
"อาการเบื้องต้น" หรือ
แนบรูปภาพ จากนั้น
กดคำว่า **ต่อไป**

4.

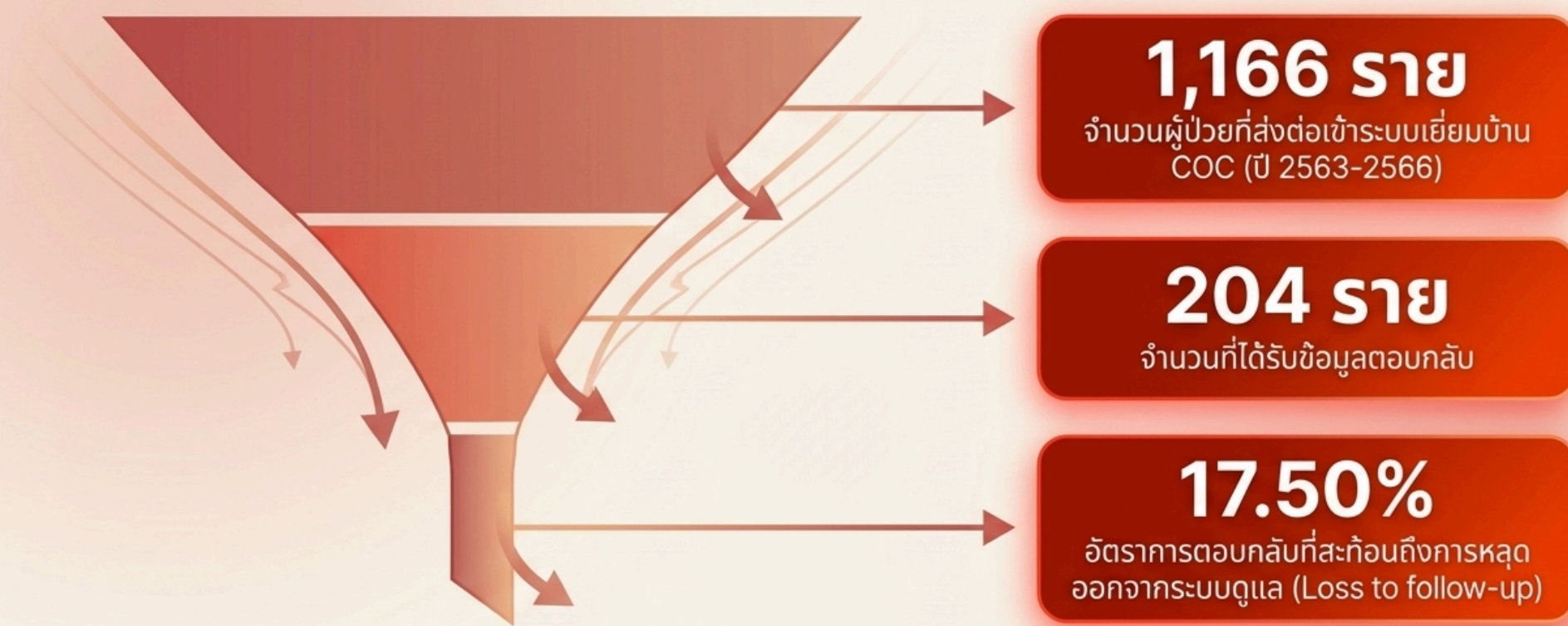
รอสักครู่ เมื่อใกล้ถึงคิว
ระบบจะส่งแจ้งเตือนให้

5.

ถึงคิวแล้ว!
สามารถพูดคุยแบบเห็น
หน้ากับพยาบาลได้เลย

การพยาบาลทางไกลนี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน จากหอผู้ป่วยกรุณา โรงพยาบาลลำปาง
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 054237400 ต่อ 4500

วิกฤตการดูแลต่อเนื่อง: ช่องโหว่หลังการจำหน่ายผู้ป่วย



ส่งผลให้ไม่ผ่านตัวชี้วัดด้านการดูแลต่อเนื่อง (Failed KPI) และเกิดอัตราการ Readmit สูง

ปัญหาความท้าทาย

17.5%

ข้อมูลตอบกลับจากการติดตามเยี่ยมบ้าน (COC) ต่ำมาก (เพียง 204 จาก 1,166 ราย)

การดูแลต่อเนื่องที่ไม่ครอบคลุมนำไปสู่อัตราการ Readmit ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

เป้าหมายการยกระดับ

60%

เป้าหมายติดตามอาการและการกินยาต่อเนื่อง: 60%

-10%

เป้าหมายลดอัตรา Readmit ลงปีละ 10%

นวัตกรรมเชื่อมต่อการดูแล (The Care-Bridge Innovation)

ผสานเทคโนโลยี LTele เข้ากับมาตรฐานการประเมินเชิงลึก 9 ด้าน (อ้างอิงกรมสุขภาพจิต)



การเปลี่ยนผ่านรูปแบบการติดตามผู้ป่วย (Paradigm Shift)

รูปแบบเดิม: การเยี่ยมบ้าน (COC Home Visit)	สายใยดิจิทัล: การพยาบาลทางไกล (LTele)
<p>การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (Resource-heavy)</p>	<p>การพยาบาลผ่านวิดีโอคอล (Tele-Nursing)</p>
<p>อัตราการตอบกลับต่ำเพียง 17.50%</p>	<p>เข้าถึงและประเมินผู้ป่วยได้ 100% ตามนัดหมาย</p>
<p>ใช้เวลาเดินทางสูง ภาระงานชุมชนหนัก</p>	<p>บริหารจัดการได้ทันทีจาก ส่วนกลางของหอผู้ป่วย</p>
<p>ข้อมูลตอบกลับล่าช้า (Delayed feedback)</p>	<p>เห็นภาพรวมพฤติกรรม อาการ และยา แบบ Real-time</p>

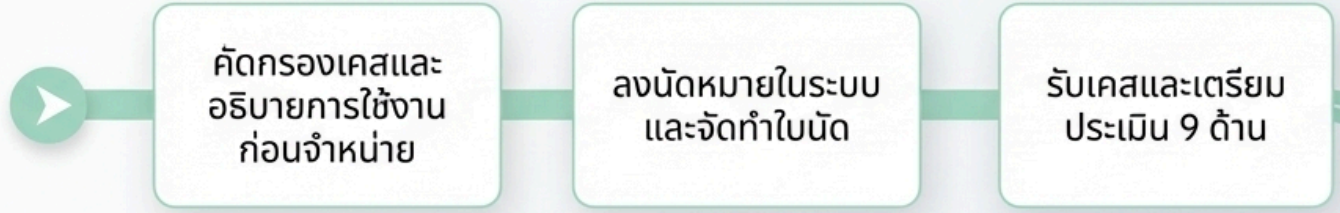


ประสบการณ์การใช้งานจริง (The LTele Experience)

“ลดรอยต่อของการดูแล ปลายข้อจำกัดด้านการเดินทาง”

- ✓ **ใกล้ชิด:** สังเกตสีหน้า พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมจริงได้ทันที
- ✓ **สะดวก:** ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกล ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว
- ✓ **ปลอดภัย:** ติดตามผลลัพธ์การรักษา และจัดการอาการกำเริบได้อย่างทันที

เส้นทางพยาบาล



เส้นทางผู้ป่วย




การพูดคุยแบบเห็นหน้า (Face-to-Face Virtual Assessment)

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ 3 ปี (2566-2568)


374 ราย
ยอดผู้ป่วยติดตาม
ได้รับการติดตามผ่านระบบ
Tele-Nursing อย่างต่อเนื่อง


6 ราย
อัตราการกลับมารักษาซ้ำ
อัตรา Readmit ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
(ลดลงถึง 59.92% จากฐานเดิม)


100%
ข้อมูลเชิงลึก
ผู้ป่วยมีการกินยาต่อเนื่อง 100%

 *สาเหตุหลักของ 6 รายที่ Readmit คือ 'การใช้ยาเสพติด' และ 'ขาดผู้ดูแล' (ข้อมูลสำคัญเพื่อการพัฒนาขั้นต่อไป)*

“มากกว่าการใช้เทคโนโลยี คือการมอบ...

**ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่
และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน”**

ระบบ LTele ไม่เพียงแต่อุดช่องว่างทางการแพทย์
แต่สร้างสะพานเชื่อมต่อความอุ่นใจกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

หอผู้ป่วยกรุณา | โรงพยาบาลลำปาง | 054-237400 ต่อ 4500

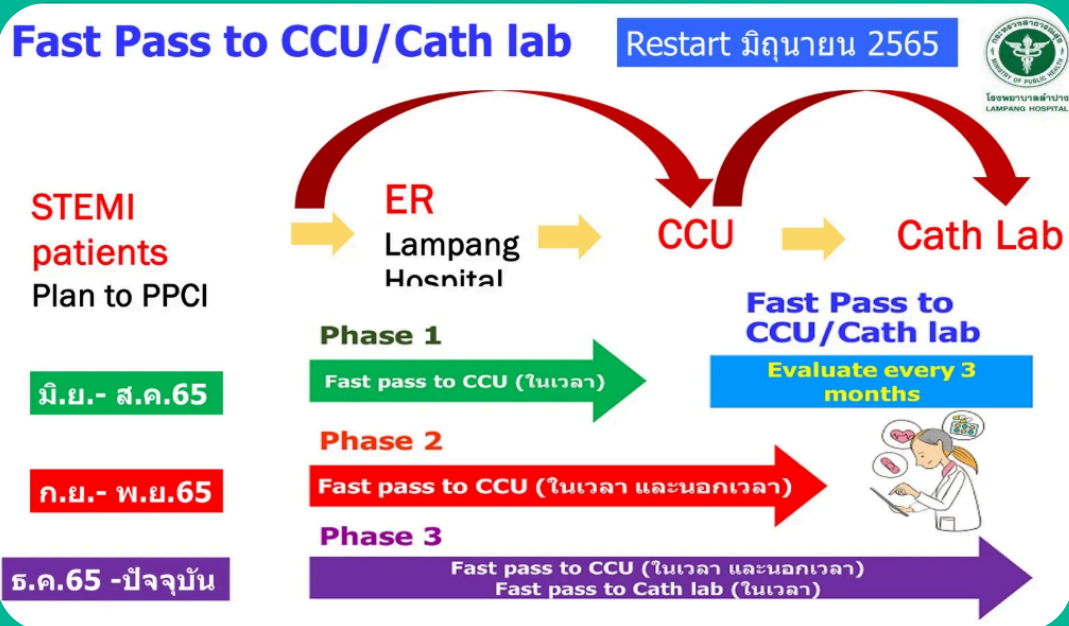
SERVICE PLAN สาขาหัวใจ



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

แผนปฏิบัติการและผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566-2568

วิวัฒนาการ STEMI Fast Pass: เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลา

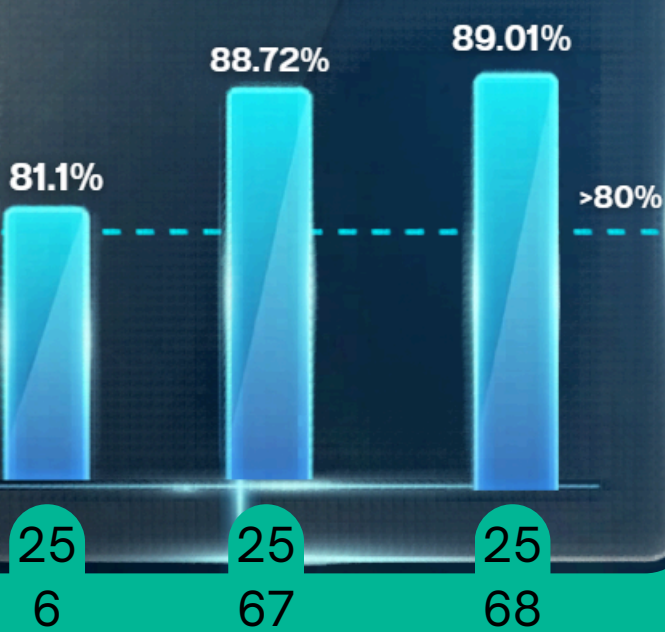


เครือข่ายไร้รอยต่อ: กระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Pass



“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”

เตรียมความพร้อมจาก CCU to Cath lab ภายใน 30 นาที



Care Map STEMI

ขั้นตอน	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
1. การประเมินเบื้องต้น	1.1 ECG, vital signs, history	แพทย์/พยาบาล	5 นาที
2. การส่งต่อ	2.1 โทรแจ้งศูนย์รับส่งต่อ	แพทย์/พยาบาล	5 นาที
3. การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ	3.1 Monitor vital signs, ECG	พยาบาล	15 นาที
4. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าห้อง Cath Lab	4.1 เตรียมยา, อุปกรณ์, วัสดุ	พยาบาล/ช่างเทคนิค	15 นาที
5. การส่งผู้ป่วยเข้าห้อง Cath Lab	5.1 ส่งผู้ป่วยพร้อมข้อมูล	พยาบาล	5 นาที
6. การติดตามผลหลังการส่งต่อ	6.1 โทรติดตามผล	แพทย์/พยาบาล	15 นาที

CNF 17th CARDIAC NETWORK FORUM

FUTURE HEART FOR A FUTURE WORLD

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

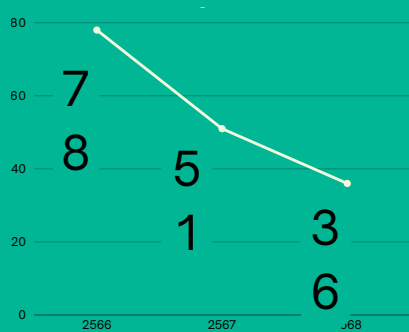
เป้าหมาย: สามารถรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะยาว ลดอัตราการตาย

ผลการดำเนินงาน: ความสำเร็จในการลดระยะเวลา STEMI 80%

24-27 มีนาคม 2569

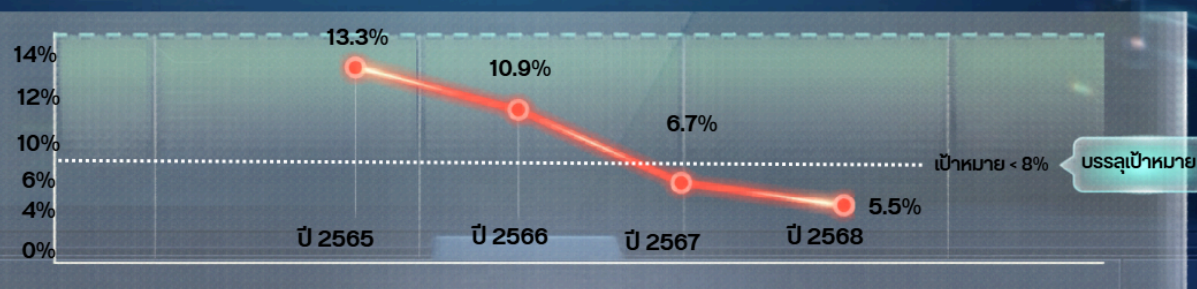
"การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI Cardiogenic Shock: ลดระยะเวลา CCU to Cath Lab ด้วยกระบวนการ PDCA"

"ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยจาก CCU to Cath Lab"



เส้นตายที่ถูกขยับ: อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างก้าวกระโดด

STEMI In-hospital Mortality มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ พลังงานความสำเร็จของระบบ Fast Pass



ทิศทางอนาคตและการขยายเครือข่าย

Challenge: ความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วยสูงขึ้นและแนวโน้ม Admission เพิ่มขึ้น

Early Detection

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

Continuous Feedback

โครงการ "พี่เยี่ยมน้อง" ติดตามและแก้ไขปัญหาระบบดูแลผู้ป่วยทุก รพ.สต. อ.ลำปาง



Global Standard มุ่งเป้าต่ออายุการรับมอบมาตรฐานการรักษามืออาชีพโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (DSC-STEMI)

Local Empowerment

โครงการอบรม Basic Echocardiogram ให้แพทย์ รพ. ร่วมกับ สสจ.

ขยายเครือข่ายหัวใจ

ให้ครอบคลุมถึงหน้าประตูบ้านผู้ป่วยทุกคน

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบ

3-Pillar Capability Matrix

Technology & Tele-nursing

High Technology Surgery: อบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกแผนก
การพยาบาลทางไกล: เชื่อมต่อ OPD cardio via CVT ผ่าน LINE OA
ใช้งานห้องฉาย Line STEMI LPH เพื่อประเมินและเจรจา case management: SW.
โครงการ อบรมวิชาการ ACS day

Clinical Excellence

อบรมทักษะเชิงลึก: ACLS, การใช้เครื่อง IABP, การอ่าน EKG
ระบบ Preceptor: ถ่ายทอดความรู้โดยพยาบาลเฉพาะทาง
หลักสูตร CVN อบรมเชิงปฏิบัติการภาคปฏิบัติ

Continuity of Care

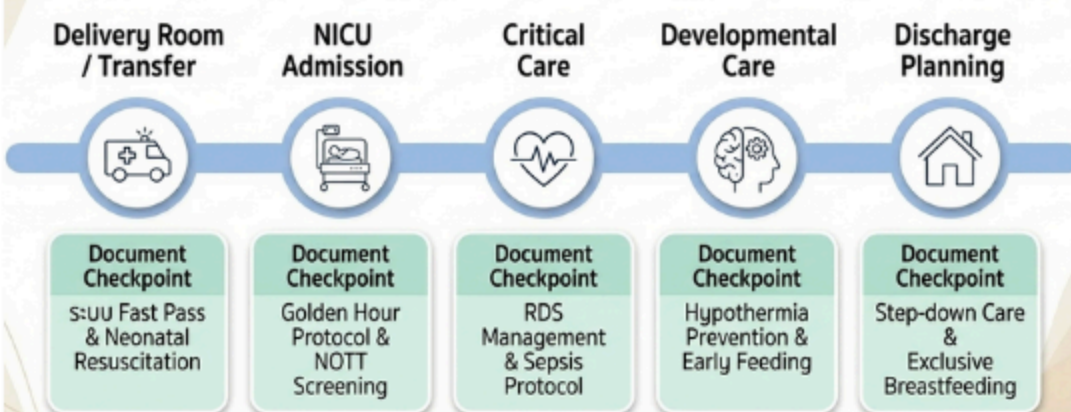
ระบบ Case Manager (CM) ติดตามดูแลเป็นรายกรณี
ส่งต่อข้อมูล COC ทางไกลถึงโรงพยาบาลต้นสังกัด
โครงการ "พี่เยี่ยมน้อง" เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยรวมถึงปัญหาที่พบในเคส: SW.



หอภิบาลทารกแรกเกิด NICU

ศูนย์เชี่ยวชาญทารกแรกเกิด รับทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,800 กรัม ทุกสาย ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตต้องการ intensive care และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) หรือ เครื่องมือพิเศษต่างๆที่อายุ≤30วัน/ ทารกอายุ≥ 30วันแต่น้ำหนักน้อยกว่า 1,800กรัม ทารกศัลยกรรมระบบทางเดินอาหารและลำไส้ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกำเนิด การรักษาทารกที่มีภาวะ HIE โดยใช้ Body Cooling with EEG Monitor และการรักษา PPHN โดยใช้ iNO ที่เกิดในโรงพยาบาลและรับการส่งต่อ จากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดลำปาง เครือข่ายล้านนา 2 และเขตสุขภาพที่ 1

กระบวนการดูแลทารกวิกฤต (Clinical Pathway)



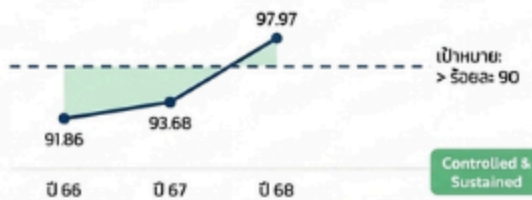
การดูแลที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) ขับเคลื่อนด้วยมาตรฐานวิชาชีพในทุกขั้นตอน

การขับเคลื่อนคุณภาพผ่านกรอบแนวคิด ADLI Framework

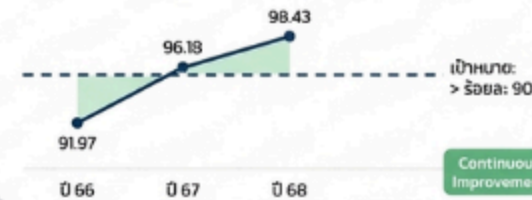
- Approach (ระบบการดูแล)**
 - กำหนดแนวปฏิบัติ (CPG) เชิงประจักษ์ (Evidence-based)
 - ตัวอย่าง: Sepsis surveillance, RDS management, Ventilator care bundle
- Deployment (การนำไปปฏิบัติ)**
 - ใช้มาตรฐานเดียวกันกับทุกเวร ทุกเคส (Coverage 100%)
 - เครื่องมือ: ควบคุมผ่าน Checklist และ Early warning score (MPEW/SIRS)
- Learning (การเรียนรู้และประเมินผล)**
 - วิเคราะห์ Trend ข้อมูล & ค้นหา Gap
 - กระบวนการ: ทำ RCA / PDSA, High-risk round, สรุปผลทบทวนรายเดือน
- Integration (การบูรณาการ)**
 - เชื่อมโยงกับสหสาขา: IC (ป้องกันการติดเชื้อ), แพทย์, Lab, Quality team
 - ผลลัพธ์: ขยายองค์ความรู้และส่งต่อวัฒนธรรมสู่เครือข่าย

ตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญ (Strategic KPIs) – แสดงแนวโน้มและการควบคุมคุณภาพ ปี 2566-2568

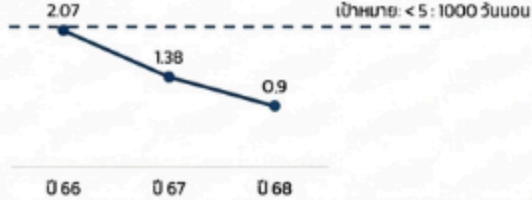
1. อัตราการที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้ NOTT



2. ร้อยละการทารกแรกเกิดภาวะหายใจลำบากได้รับการประเมิน PPHN



3. อัตราการเกิดภาวะ Hypothermia ขณะนอนที่ NICU



4. ร้อยละการทารกแรกเกิดใน NICU ได้รับนมหยดแรก (6-24 ชม.)



อัตราการเสียชีวิตจาก PPHN



Date	Temp	HR	SpO2	Respiratory	Neurological	Other
25/06/2568	37.6	161	98	RR 20	HR 100	
26/06/2568	37.2	150	98	RR 20	HR 100	
27/06/2568	37.0	140	98	RR 20	HR 100	

TEMP	HR
>= 38.5	>= 190
37.6 - 38.4	161 - 189
36.5 - 37.5	100 - 160
<= 36.4	70 - 99
N/A	60 - 69
	N/A

The Breast Milk Success Timeline



ความสำเร็จที่จับต้องได้นี้ เกิดจากความทุ่มเทของทีมพยาบาลในคลินิกนมแม่ ที่เปลี่ยนความท้าทายในระงวิกฤตให้เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

นวัตกรรม L-NOTT (Lampang Newborn Observation Track and Trigger (NOTT) Chart)

Learning + Integration = Innovation



ขยายผลการใช้เคดีต้องมือ ไปยัง รพ.แพร์ น่าน ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของภาวะ PPHN ลดลง

