

SERVICE PROFILE

บริการ / ทีม : งานห้องคลอด
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว
อำเภอปัว จังหวัดน่าน

วันที่ปรับปรุงข้อมูล วันที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

Service Profile

งานห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว

๑. บริบท

ความมุ่งหมาย(purpose)

ให้บริการสูติกรรมและทารกแรกเกิด ดูแลทารกป่วยและภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ผู้รับบริการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตบริการ (Scope of Service)

ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งในภาวะปกติและผิดปกติ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ดูแลทารกแรกเกิด ทารกป่วยที่ไม่ซับซ้อน และผู้ป่วยฉุกเฉินด้านนรีเวช ตามศักยภาพของโรงพยาบาล ในเขตอำเภอบัว อำเภอกะเรียวและอำเภอหนองบัว และนอกเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโดยเน้นกลุ่มความดันโลหิตสูง และมีภาวะภาวะเบาหวาน ให้บริการแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับไว้ มีการวางแผนการจำหน่าย การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้คลอดและญาติสามารถดำรงชีวิตได้ตามวิถีชุมชน มีการเชื่อมต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการกับสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายและสายเหนือ

ความต้องการของผู้รับผลงาน

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
ผู้รับบริการ	๑. ได้รับการพยาบาลการคลอดอย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัย ๒. ได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนถูกต้อง ครบถ้วน ๓. การดูแลเฉพาะโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล ๕. ทราบผลการรักษาและความก้าวหน้าของการคลอดรวมทั้งผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล X-Ray ๖. มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอด และสามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้
ญาติผู้คลอด	๑. ทราบความก้าวหน้าของการคลอด ๒. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้มาคลอดอย่างชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วนและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้คลอดและญาติ ๓. การบริการที่ประทับใจและมีคุณภาพ
ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
แพทย์	๑. หน่วยงานปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ๒. บุคลากรในหน่วยงานสามารถเฝ้าระวังและสังเกตอาการผู้คลอดหรือความผิดปกติได้อย่างครอบคลุม และสามารถประเมินผู้ป่วยก่อนรายงานแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ๓. บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้และทักษะในการทำคลอดปกติ การช่วยคลอดผิดปกติ และการช่วยทำสูติศาสตร์หัตถการและการดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกในภาวะวิกฤตได้อย่างมืออาชีพ

	๔. มีทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษทางสูติกรรม
หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	<p>๑. การประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน บรรยากาศในการทำงานที่ดี และเกิดความเข้าใจระหว่างหน่วยงาน</p> <p>๒. มีการส่งต่อข้อมูลมารดาและทารกอย่างถูกต้องครบถ้วนตามขั้นตอน</p> <p>๓. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดระหว่างหน่วยงาน และมีการทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา หรือข้อผิดพลาด</p>

ความต้องการและการประสานงานที่สำคัญ

๑. ต้องการการประสานงานที่ดี มีการสื่อสารข้อมูลรวดเร็ว **ถูกต้อง** ครบถ้วน บรรยากาศการทำงานที่ดี เกิดความ เข้าใจระหว่างหน่วยงาน
๒. มีการกำหนดมาตรฐานปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุม ได้รับความร่วมมือจากทุกสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญ
๓. มี การประสานงาน การใช้ข้อมูลเพื่อนำมาวัดผลการปฏิบัติงานและนำผลการวัดไปพัฒนางาน
๔. ประสานกับสหสาขาวิชาชีพและPCUในการสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ(KEY Quality Issues)

มารดามีความปลอดภัยในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารกแรกเกิดปลอดภัย ได้รับบริการอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ และการบูรณาการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพการบริการ การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายและความเสี่ยงที่สำคัญ

๑ โรคและประเด็นปัญหาของหน่วยงาน เรียงตามลำดับดังนี้

๑. Pregnancy c medical complication	จำนวน	๕๘	ราย	คิดเป็น	๙.๐๕ %
๒. Preterm labor	จำนวน	๑๕	ราย	คิดเป็น	๒.๓๔ %
๓. PROM ≥ ๑๘ hr	จำนวน	๗	ราย	คิดเป็น	๑.๐๙ %
๔. PPH	จำนวน	๖	ราย	คิดเป็น	๐.๙๔ %
๕. Birth Asphyxia	จำนวน	๑	ราย	๑.๕๕:๑,๐๐๐	ทารกมีชีพ

๑.๑ พบหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับโรคทางอายุรกรรมเพิ่มมากขึ้น ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์จำนวน ๒๕ ราย ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง จำนวน ๕ ราย ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๕ ราย โรคพิษแห่งครรภ์จำนวน ๕ ราย ภาวะไทรอยด์ จำนวน ๓ ราย โรคธาลัสซีเมีย จำนวน ๗ ราย โรคหัวใจ จำนวน ๓ ราย โรคลมชัก จำนวน ๒ ราย โรคภูมิแพ้ตนเอง ๑ ราย โรค Acute liver inflammation ๑ ราย โรคอีสุกอีใส ๑ ราย

แนวทางการแก้ไข ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

๑.๒ พบภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน ๖ ราย มีการพัฒนาคุณภาพการป้องกันตกเลือดหลังคลอด หลังให้การช่วยเหลือผู้คลอดปลอดภัยทั้ง ๖ ราย

๑.๓ พบภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนลดลง จำนวน ๑ รายให้การช่วยเหลือทารกปลอดภัย

๒. อัตราการคลอดในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปีมีแนวโน้มลดลง ได้มีการเพิ่มการดูแลเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในเขตรับผิดชอบของ รพร. ปิวและ cup ปิว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำ

๓. การพัฒนาศักยภาพการให้บริการดูแลทารกวิกฤต เปิด NICU ๑ เตียง เพื่อรองรับการเป็นรพ.ทุติยภูมิ ๒.๒

๔. การเปิด AEC มีการเตรียมความพร้อมเพิ่มมากขึ้นทั้งด้านบุคลากร ด้านความรู้ เทคโนโลยี การสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ และการป้องกันการติดเชื้อทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ศักยภาพและข้อจำกัด

๑.ด้านบุคลากร ความเพียงพอและศักยภาพ

๑.๑งานห้องคลอดมีเตียงรอกคลอด ๔ เตียง เตียงรับใหม่ ๑ เตียง เตียงคลอด ๒ เตียง เตียงสำหรับมารดา หลังคลอด ๒ ชั่วโมง ๓ เตียง มีทีมการดูแลรักษาคือสูติแพทย์ ๑ คน กุมารแพทย์ ๒ คน (ได้รับเพิ่ม๑คนเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๙) พยาบาลวิชาชีพ ๘ คนผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๓ คน

อัตรากำลังของพยาบาลจัดแบบคงที่คือ เวรเช้า ๓ คน เวรบ่าย ๒ คน เวรดึก ๒ คน ผู้ป่วยเฉลี่ย ๔.๑๗ คนต่อวัน เท่ากับ ๒:๑ (มาตรฐาน ๒:๑)กรณีที่มีผู้มารับบริการคลอดจำนวนมากสามารถเรียกอัตรากำลังสำรองได้ตามแนวทางปฏิบัติการเรียกอัตรากำลังสำรองห้องคลอด

การจัดอัตรากำลัง

เวร	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	On call คลอด
เช้าวันราชการ	๓	๑	๑
เช้าวันหยุด	๒	๑	๑
บ่าย	๒	๑	๑
ดึก	๒	๑	๑

๑.๒.การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านการคลอด (EMS) ให้เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ๑ คนออกร่วมกับทีม EMS ไปรับ Refer ผู้คลอด

๑.๓ การกำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากร ๕ ด้าน สอดคล้องกับโรงพยาบาลกำหนดสมรรถนะเชิงวิชาชีพและคุณลักษณะของหน่วยงานห้องคลอด ที่สอดคล้องกับโรคหรือความเสี่ยงทางคลินิกสำคัญทางสูติกรรม พัฒนาศักยภาพ

บุคลากรโดยใช้กระบวนการประชุมปรึกษา การทำ RCA การสอบความรู้ การจัดบุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนวิชาการ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ พยาบาลย้ายไปบรรจุข้าราชการใหม่ ๑คน เหลือพยาบาล ๘ คน บุคลากรผ่านเกณฑ์ Core competency ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ กรณีมีผู้คลอดจำนวนมากเรียกอัตรากำลังสำรองเสริมได้ ปี๒๕๕๙ ผ่านเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์การประเมินการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะ PPH PIH shoulder distocia prolapsed cord ระดับ ๓ ร้อยละ ๑๐๐ ระดับ ๔ ร้อยละ๗๕

๑.๔ เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาด้านสูตินรีเวชกรรมและการฝึกปฏิบัติงานด้านการพยาบาลการคลอดแก่ เจ้าหน้าที่ใหม่ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปัว และเครือข่าย.สายเหนือ

๒. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ Electric Fetal Monitoring , Droptone,NIBP Radiant Warmer, U/S, Incubator, Transport Incubator, Infusion pump เครื่อง V/E, F/E,เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉินทั้งมารดาและทารก เครื่องดูดเสมหะและคอมไฟส่องเย็บแผล, ด้านเทคโนโลยี มีเทคโนโลยีสารสนเทศใช้ในหน่วยงาน ,มีระบบ LAN เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยทั้งรพ.

เครื่องมือพื้นฐาน	จำนวน	ข้อจำกัด	สอบเทียบครั้งสุดท้าย
-NIBP	๓ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Radiant warmer	๒ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Infusion pump	๓ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Electric fetal monitor	๓ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Drop tone	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Ultrasound	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Suction	๒ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Incubator	๓ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-Transport Incubator	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-NIBPทารกแรกเกิด	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-เครื่องช่วยหายใจทารกแรกเกิด	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐
-เครื่องให้ออกซิเจนทารก โดยไม่ต้องใส่ET tube	๑ เครื่อง		เมษายน ๒๕๖๐

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

	กลุ่มทั่วไป/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มโรค
ด้านผู้รับบริการ/ญาติ	<p>ผู้คลอดทุกรายจะได้รับการประเมินและให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนคลอดการล้างมือ การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ขณะนอนรอคลอด การแยกขยะและการทิ้งขยะ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากน้ำคร่ำและเลือดที่ปนเปื้อนหลังคลอด และการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารก การให้นมแม่อย่างน้อย ๖ เดือน</p> <p>กรณีที่ต้องการทำหมันห้องคลอดส่งต่อข้อมูลให้ตึกหลังคลอดและแพทย์ทราบ และประเมินความรู้ความเข้าใจต่อที่ตึกหลังคลอดเพื่อให้คำแนะนำต่อในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ภูมิคุ้มกันทารก การนำทารกมาตรวจตามนัด การวางแผนครอบครัว และเริ่มเลือกวิธีในการคุมกำเนิดที่สถานบริการใกล้บ้านพร้อมๆ กับการประเมินความพร้อมของร่างกายและจิตใจก่อนกลับบ้าน</p> <p>ร่วมกับงานฝากครรภ์จัดโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่เพื่อให้ความรู้และเตรียมความพร้อมของมารดาในการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดและญาติเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลมารดาและทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>ด้านสิ่งแวดล้อม มีการแบ่งโซนสะอาด และกึ่งสะอาดอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ กำหนดให้ครอบครัวและญาติสวมเสื้อคลุมและล้างมือก่อนเข้าเยี่ยม จัดทำอ่างล้างมือให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย แนะนำการใช้น้ำยา water less จัดมุมให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ มุมนมแม่ มุมอาบน้ำเด็ก มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการทุก ๖ เดือน จากการประเมินความพึงพอใจ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๐พบ อัตราความพึงพอใจต่อการให้บริการห้องคลอดและหลังคลอดเท่ากับ ๘๕ %</p>
ด้านผู้ให้บริการ	<p>๑. ให้ความรู้บุคลากรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การสวมเครื่องป้องกันตนเองทุกครั้งขณะปฏิบัติงาน</p> <p>๓ บุคลากรในหน่วยงานได้รับฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ตามที่กำหนด</p> <p>๔. บุคลากรได้รับการประเมินสมรรถนะทางด้านร่างกาย ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่ที่ป่วยได้รับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๕.. ส่งเสริมให้บุคลากร ออกกำลังกาย และเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น ชมรมจริยธรรม กิจกรรมกีฬา</p> <p>๖ .สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและปลอดภัยต่อสุขภาพของทุกคน</p> <p>๗. สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน</p>

ด้านองค์กร	<p>๑. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น ชมรมจริยธรรม ชมรมเดิน วิ่งเพื่อสุขภาพ</p> <p>๒. ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ</p> <p>๓. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและปลอดภัยต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทุกคน</p> <p>๔. เสริมสร้างบรรยากาศในการทำงาน สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร</p> <p>๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ การเสริมสร้างครอบครัวอบอุ่น องค์กรเข้มแข็ง</p>
ด้านชุมชน	<p>๑. ส่งเสริมการสร้างพลังในชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรกเกิดถึง ๖ เดือนให้ประสบผลสำเร็จทั้งในโรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน</p> <p>๒. ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นหมู่บ้าน ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง</p> <p>๓. สนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมด้านวิชาการ เอกสาร แผ่นพับและวิทยากร</p>

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไปและทารกแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกระยะของการตั้งครรภ์ เช่นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อายุ <๒๐ปี หรือ อายุ>๓๕ ปี มีประวัติคลอดยาก มีประวัติตกเลือดหลังคลอดหรือเคยผ่าตัดคลอด ดังนั้นจึงได้มีแนวทางในการดูแลรักษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวและทารกแรกเกิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่มารดา ทารก

จุดเน้นในการพัฒนา

๑. specific clinical Riskที่สำคัญของหน่วยงาน

- ๑.๑ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดรุนแรง
- ๑.๒ การพัฒนาคุณภาพ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- ๑.๓ การพัฒนาคุณภาพ การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดรุนแรงในทารก

๒. Patient safety goal ๕ เรื่อง

ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพ การดูแลรักษาการตกเลือดหลังคลอด, PIH, eclampsia, Prolapsed cord ,Birth Asphyxia ,

ปริมาณงาน

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
๑	จำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด (คลอดในท้องคลอด)	คน	๗๐๘	๗๔๘	๖๗๗	๖๔๑
	ในเขต		๔๖๐	๔๒๔	๓๘๘	๓๗๑
	นอกเขต		๒๔๘	๓๒๔	๒๘๙	๒๗๐
	* คลอดปกติ	คน	๓๙๘	๔๐๘	๓๗๔	๓๙๑
	* คลอดผิดปกติ	คน	๓๑๐	๓๔๐	๓๐๓	๒๕๐
	- ผ่าตัดคลอด	คน	๓๐๗	๓๓๕	๓๐๐	๒๔๘
	- ใช้เครื่องสูญญากาศ	คน	๒	๔	๒	๑
	- ทำกันทางช่องคลอด	คน	๑	๑	๑	๑
	- ใช้คีม	คน	๐	๐	๐	๐
	* คลอดที่บ้าน , ก่อนมาโรงพยาบาล	คน	๑	๐	๒	๐
	* คลอดครรภ์แฝด (นับจำนวนแม่)	คน	๘	๗	๕	๕
๒	* หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ครบตามเกณฑ์ (นับเมื่อคลอด)	คน	๔๑๑	๔๙๙	๔๗๑	๔๒๘
๓	จำนวนทารกคลอดทั้งหมด	คน	๗๑๖	๗๕๖	๖๘๒	๖๔๖
	* จำนวนทารกเกิดมีชีพ	คน	๗๑๓	๗๕๑	๖๘๐	๖๔๖
	* จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ	คน	๓	๔	๒	๐
๔	จำนวนทารก ๐ - ๗ วัน ตาย	คน	๐	๑	๑	๐
๕	สาเหตุการตายของทารกปริกำเนิด					
	* ลักษณะทารก * ตายเปื่อยยุ่ย	คน	๒	๔	๒	๐
	* ตายสด (ตายไม่ทราบสาเหตุ ขณะยังไม่เจ็บครรภ์)	คน	๑	๐	๐	๐
	* พิกัดแต่กำเนิด	คน	๐	๐	๐	๐
	* ภาวะขาดออกซิเจน	คน	๐	๑	๑	๐
	* คลอดก่อนกำหนด	คน	๐	๐	๐	๐
	* สาเหตุเฉพาะ (ระบุ)	คน	๐	๐	๐	๐
	Hydrops fetalis	คน	๐	๐	๐	๐
	Severe chorioamnionitis	คน	๐	๐	๐	๐
	Abruptio placenta	คน	๐	๐	๐	๐
๖	ทารกคลอด (มีชีพ)					
	น้ำหนัก <๑,๐๐๐ กรัม	คน	๑	๐	๐	๐
	๑,๐๐๐ - ๑,๔๙๙ กรัม	คน	๐	๒	๑	๐
	๑,๕๐๐ - ๒,๔๙๙ กรัม	คน	๔๐	๓๔	๒๖	๔๗

	* Appropriate for gestational age (AGA)	คน	๘	๘	๕	๘
	* Small for gestational age (SGA)	คน	๓๒	๒๘	๒๒	๓๙
	๒,๕๐๐ - ๒,๙๙๙ กรัม	คน	๒๓๕	๒๙๕	๒๓๘	๒๑๘
	๓,๐๐๐ - ๓,๙๙๙ กรัม	คน	๔๑๓	๔๐๔	๔๐๖	๓๖๘
	≥ ๔,๐๐๐ กรัม	คน	๒๖	๑๖	๑๓	๑๑
๗	ภาวะแทรกซ้อนมารดา					
	<u>ขณะตั้งครรภ์</u>	คน				
	* ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	คน	๑๑	๑๑	๙	๕
	* เบาหวานขณะตั้งครรภ์	คน	๑๕	๑๓	๒๓	๒๕
	* ตกเลือดก่อนคลอด	คน	๕	๘	๗	๐
	* PROM < ๑๘ hrs.	คน	๒	๑๒	๗	๓
	* PROM ≥ ๑๘ hrs.	คน	๑๑	๗	๑๑	๗
	* แท้งบุตร	คน	๖๐	๔๖	๖๕	๕๖
	Premature contraction	คน	๖๗			
	Pulmonary TB	คน	๐	๐	๑	๐
	Asthma	คน	๐	๐	๒	๐
	Chronic Hypertension	คน	๐	๓	๓	๕
	โรคหัวใจ	คน	๐	๐	๓	๒
	Epilepsy	คน	๐	๐	๓	๒
	Oligohydramnios	คน	๒	๑	๖	๐
	Polyhydramnios	คน	๐	๐	๑	๓
	HIV Positive	คน	๑	๐	๐	๕
	Myoma uteri	คน	๔	๐	๐	๐
	Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)	คน	๑	๐	๐	๐
	Condyloma	คน	๑	๐	๐	๐
	Maternal Polio	คน	๑	๐	๐	๐
	Hyperthyroid	คน	๑	๐	๔	๕
	Nephrotic syndrom	คน	๐	๑	๒	๐
	Mental retardation	คน	๐	๑	๐	๐
	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	คน	๐	๑	๑	๐
	Chicken pox	คน	๐	๐	๐	๑
	Acute liver inflammation	คน	๐	๐	๐	๑

	G๖PD	คน	๐	๐	๐	๑
	<u>ขณะคลอด</u>					
	* รก หรือ เศษรกค้าง	คน	๗	๒	๓	๖
	* น้ำคร่ำเป็นพิษ	คน	๐	๐	๐	๐
	มดลูกแตก	คน	๐	๐	๐	๐
	Placenta Previa	คน	๐	๔	๒	๙
	Abruptio placenta	คน	๐	๑	๑	๑
	Tear rectum	คน	๐	๑	๐	๐
	Tear cervix	คน	๑	๐	๐	๐
	Shoulder dystocia	คน	๔	๒	๗	๔
	Fx Humorous	คน	๑	๐	๐	๐
	Fx Clavicle	คน	๑	๐	๐	๐
	<u>หลังคลอด</u>					
	* ตกเลือดหลังคลอด	คน	๘	๕	๖	๖
	* ติดเชื้อ	คน	๑	๐	๒	๔
	* Eclampsia	คน	๑	๐	๐	๐
	* Hematoma	คน	๑	๒	๐	๐
๘	จำนวนมารดาตาย	คน	๐	๐	๐	๐
๙	จำนวนทารกคลอดมีชีพมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (BA)	คน	๓	๕	๑	๑
	* APGAR SCORE \leq ๗ ที่ ๑ นาที	คน	๓	๓	๑	๑
	* APGAR SCORE \leq ๗ ที่ ๕ นาที	คน	๑	๒	๑	๑
	* APGAR SCORE \leq ๓ ที่ ๑ นาที (Severe BA)	คน	๑	๒	๐	๐
	* APGAR SCORE \leq ๓ ที่ ๕ นาที (Severe BA)	คน	๑	๑	๐	๐
๑๒	ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่สูงกว่า ทั้งหมด	คน	๕๕	๓๕	๗๒	๕๘
	* Refer มารดา	คน	๓๘	๓๐	๖๒	๕๐
	* Refer ทารก	คน	๑๗	๕	๑๐	๘
๑๓	จำนวนมารดามีบุตรคนแรก อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ทั้งหมด	คน	๘๓	๗๑	๖๔	๕๘
	* มารดาอายุ $<$ ๑๕ ปี	คน	๐	๐	๐	๐
	* มารดาอายุ อายุ ๑๕ปี -๑๙ ปี ๑๑ เดือน	คน	๘๓	๖๗	๖๔	๕๘
๑๔	จำนวนมารดาแท้ง (ทั้งหมด)	คน	๖๐	๔๖	๖๕	๕๖
๑๕	รับ Refer จากรพช.เครือข่าย (๔ อำเภอ) ร้อยละ	ร้อยละ	๖๒	๗๐.๕	๖๑.๑๔	๔๙.๖๓

๒.กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

ประเด็นคุณภาพ สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์	
				เป้าหมาย	ระดับที่ ปฏิบัติได้
๑. การพัฒนาการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง	เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางในการดูแลผู้มารับบริการคลอดที่มีภาวะตกเลือดระหว่างคลอด - จัดระบบอุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้ให้เพียงพอตลอดเวลา - ใช้ถุงตวงเลือดในหญิงคลอดเพื่อจะได้แม่นยำและให้การรักษาที่ทัน่วงที 	อัตราการเกิด PPH	ไม่เกิน ๕%	๐.๙๔%
๒. การป้องกันภาวะช็อกในหญิงตั้งครรภ์	เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงในทุกระยะของการคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางในการดูแลผู้มารับบริการคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, ภาวะพิษแห่งครรภ์ - จัดระบบอุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้ให้เพียงพอตลอดเวลา โดยเฉพาะรถช่วยชีวิตฉุกเฉินของมารดาทารก - ใช้นวัตกรรม๔ รู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง 	อัตราการเกิดช็อกในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกิน ๕%	๐%
๓. การพัฒนาการพัฒนาการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารก	เพื่อเฝ้าระวังระยะรอคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารก	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาฝึกซ้อม NCPH ทารกแรกเกิด ปีละ ๑ ครั้ง - ประเมินภาวะเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดออกซิเจนโดยการใช้แบบบันทึก partograph และแบบประเมินภาวะเสี่ยงใน 	อัตราการเกิด Birth Asphyxia	ไม่เกิน ๒๕ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	๑.๕๕:๑๐๐๐

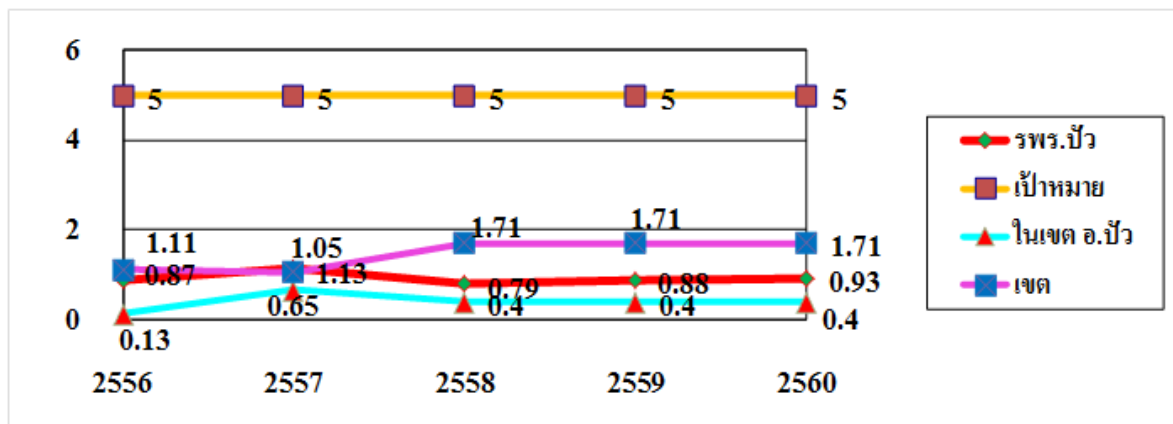
		<p>หญิงตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor EFM <p>ขณะรอคลอดหลังเจาะ ถุงน้ำ จนคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ มีความเสี่ยงต่อ Birth Asphyxia จะตามกุมาร แพทย์มารับเด็กขณะ คลอด - วัดความเข้มข้นของ ออกซิเจนในเลือดของ ทารกแรกคลอดทุกราย และก่อนกลับบ้าน 			
๔. การพัฒนา คุณภาพ การ ดูแลทารก แรกเกิดที่มี ภาวะ อุณหภูมิกาย ต่ำ	เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ใน การดูแลทารกแรก เกิดที่มีอุณหภูมิกาย ต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางการ ดูแลทารกแรกเกิด ที่มีอุณหภูมิกายต่ำใน หน่วยงานและขณะ เคลื่อนย้ายเพื่อการส่ง ต่อ - ใช้เครื่อง transport incubator ในการลำเลียงทารก ขณะส่งต่อเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจาก อุณหภูมิกายต่ำ 	อัตราการเกิด ภาวะอุณหภูมิกาย ต่ำ	ไม่เกิน ๑๐%	๐.๘๖%
๕. ป้องกันภาวะ Kernicterus ในทารกตัว เหลือง	เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน Kernicterus ใน ทารกตัวเหลือง	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางใน การดูแลทารกตัวเหลือง และนำมาใช้ในการดูแล ทารกแรกเกิดและมีการ ประเมินการใช้แนว ทางการดูแลทารกตัว เหลือง - ใช้กราฟประเมิน ภาวะตัวเหลือง เมื่อพบ พบความผิดปกติ ให้ รายงานแพทย์ - ใช้ผ้าสีฟ้าคลุมเครื่องส่อง ไฟทารกตัวเหลืองเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการ ส่องไฟ 	อัตราการเกิด Kernicterus	๐%	๐%

๖. การป้องกันการติดเชื้จากแผลฝีเย็บหลังคลอด	เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้หลังคลอด	- ฝึกทักษะการเย็บแผลตามมาตรฐาน - อบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ การสวมเครื่องป้องกันและการดอปกรณ์สะอาดปราศจากเชื้ในการทำคลอด - เพิ่มคำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์	อัตราการติดเชื้แผลฝีเย็บ	ไม่เกิน ๕%	๐.๙๘%
---	--	--	--------------------------	------------	-------

๓.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ความปลอดภัยด้านมารดา

๑. อัตราการตกเลือดหลังคลอด เป้าหมาย < ร้อยละ๕

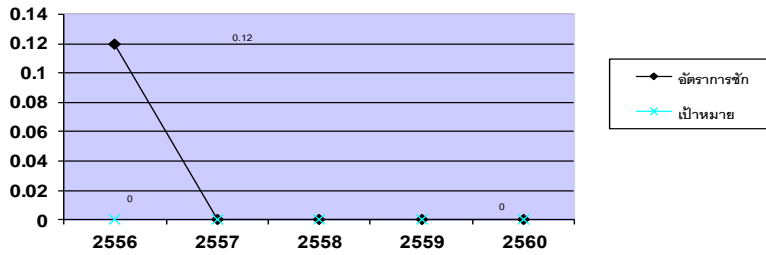


การแปลผลและการใช้ประโยชน์

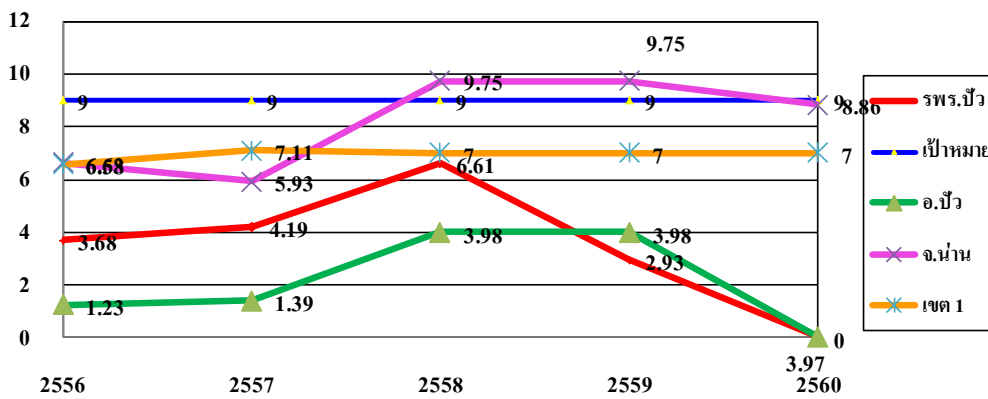
ตกเลือดหลังคลอดปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีทั้งหมด ๘ ราย (ปี ๒๕๕๗) มี ๑ ราย ที่ Hysterectomy ได้มีการพัฒนาโดยมีการทบทวนและหาสาเหตุหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ประกอบกับได้นำนวัตกรรม ๔ รุ่ง เรื่อง PPH มาใช้ในการเฝ้าระวังในผู้ป่วย มี warning sign ที่ต้องรับให้การดูแลรักษาและรายงานแพทย์ และพัฒนาตาม service plan จังหวัดน่าน เน้นการป้องกัน PPH ปี ๒๕๖๐ อัตราPPH มีแนวโน้มเท่าเดิม ๖ ราย เท่ากับ ๐.๙๘ % สาเหตุจาก Uterine Retained placenta ๔ ราย ,Tear Uterine ๑ ราย , Uterine Atony ๑ราย มี ๑ ราย ที่ Hysterectomy

๒. อัตราการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษขั้นรุนแรง (เป้าหมาย ๐ %)

ใช้ CPG ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ



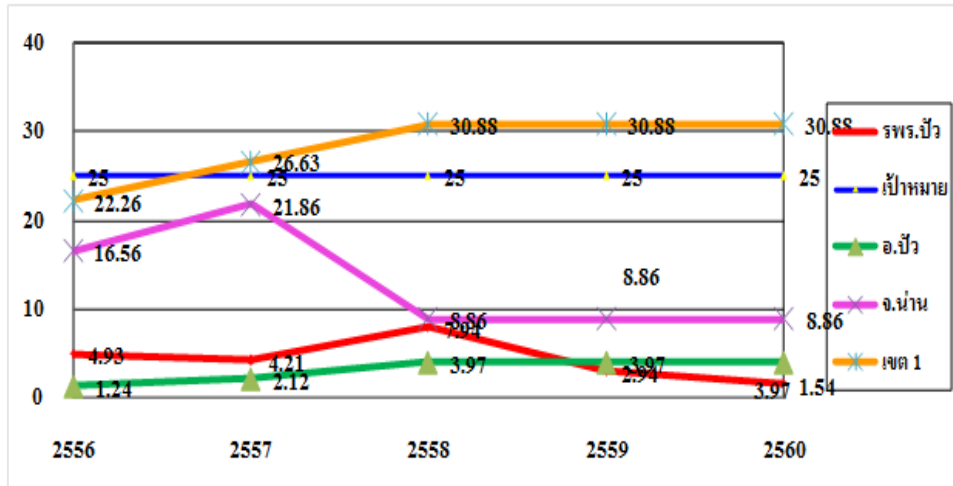
๓. อัตราทารกตายปริกำเนิด เป้าหมายไม่เกิน ๘;๑๐๐๐ทารกเกิดมีชีพ



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

อัตราตายทารกปริกำเนิด มีแนวโน้มลดลงใน ปี ๒๕๖๐ มี Dead : ๐ ราย คิดเป็น ๐ ต่อ ๑๐๐๐ ทารกทั้งหมด

๔. อัตราการเกิด Birth Asphyxia เป้าหมายไม่เกิน ๒๕ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

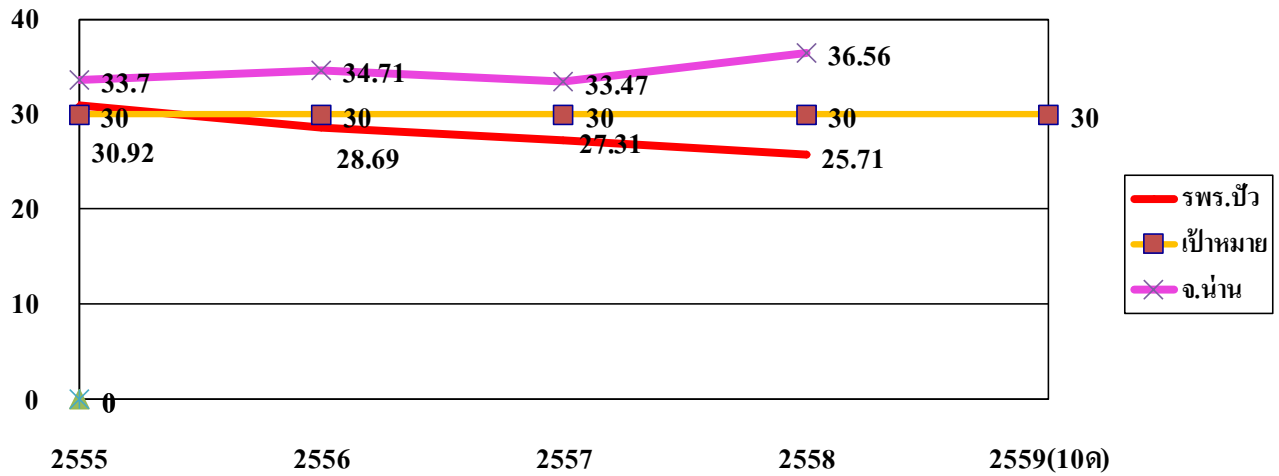
ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย(ผ่านเกณฑ์)อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน มีแนวโน้มลดลงใน ๒๕๕๕-๒๕๕๗ มีCQI ป้องกันBirth Asphyxia

ปี๒๕๖๐ Birth Asphyxiaทั้งหมด ๑ ราย = ๑.๕๕:๑,๐๐๐ ทารกมีชีพ สาเหตุจาก Fetal distress ในเขตอ.ป่ว ๑ ราย AS=๖-๗-๘ ทารกอาการดีขึ้น

แนวทางการป้องกันการเกิด Birth Asphyxiaหลังการทบทวน

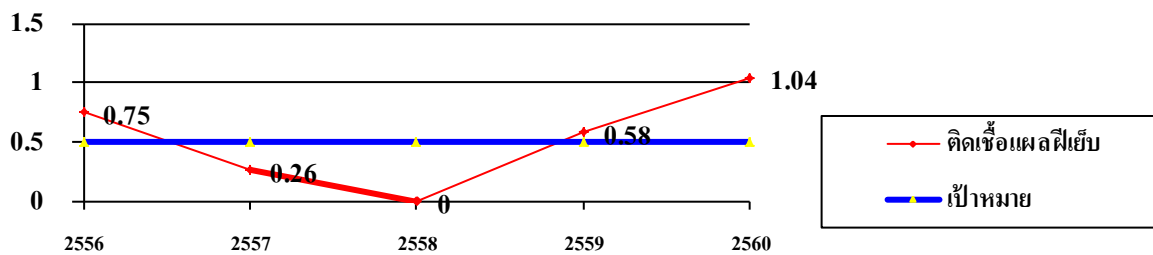
๑. จัดทำแบบประเมินภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก(Birth Asphyxia Score) เช่น ภาวะ PROM ,thick eonium Stain,ภาวะเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนานหากพบ Score มากกว่าเท่ากับ ๑๐ ให้ตามกุมารแพทย์หรือแพทย์เวร ward มารับเด็ก เป็นต้น
๒. ใช้ Partograph ในการดูแลการคลอด ๑๐๐%
๓. ให้อาการกระตุ้นการทำงาน ปอดทารกในครรภ์ ในรายอายุครรภ์ น้อยกว่า / เท่ากับ ๓๔ สัปดาห์
๔. ทำ NST ในรายที่มีภาวะเสี่ยงทุกราย เช่น PROM , PIH, GDM, Previous C/S
๕. รายงานสูติแพทย์ ในรายครรภ์แรกเบ่งคลอดนาน ๑ชั่วโมง ครรภ์หลังเบ่งคลอดนาน ๓๐ นาที
๖. มีแนวทางการตามกุมารแพทย์รับเด็กกรณีทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia เช่น ภาวะ Meconium Stained , ภาวะ Fetal distress, ประเมินทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัมหรือมากกว่า ๔๐๐๐ กรัม อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์

๕. อัตราฆ่าตัดคลอดหน้าท้อง ไม่เกินร้อยละ ๓๐



ปี ๒๕๕๘ ยอดคลอดสายเหนื่อทั้งหมด ๑,๑๓๓ คนฆ่าตัดคลอดทั้งหมด ๓๓๕ รายคิดเป็น ร้อยละ ๒๙.๕๗ เนื่องจากนโยบายไม่ทำ C/S ใน รพช. ภาพรวมไม่เกินเป้าหมายร้อยละ๓๐

๖. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ เป้าหมายไม่เกินร้อยละ๐.๕



การ

แปลผลและการใช้ประโยชน์

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๐ มีการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ๔ ราย

แนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหาการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บในหน่วยงาน

๑. ผล C/S : Moderate Escherichia coli + Moderate morganelle morganii

ผลgram stain : No organism seen

๒. ผล C/S : few Escherichia coli

ผลgram stain : ๑. Gram positive bacilli ๒. Gram positive cocci in pair

๓. ผล C/S : moderate Enterobacter cloacae

ผล gram stain : No organism seen

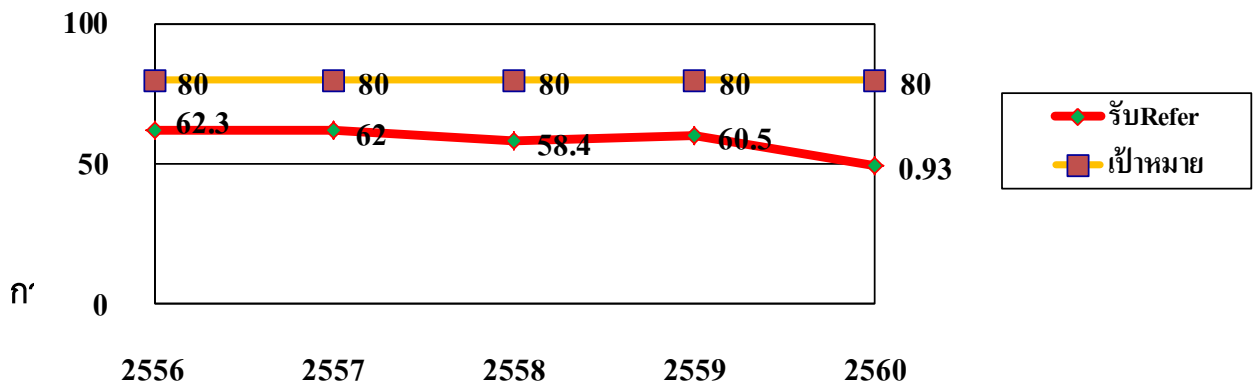
๔.ผล C/S : Moderate Escherichia coli

ผล gram stain : No organism seen

การทบทวนหาสาเหตุ พบว่าเกิดจากมารดารักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ถูกต้องและแพ้ลิก ได้มีการประชุมทบทวนทันที เพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ได้แนวทางปฏิบัติดังนี้

- ๑.เน้นย้ำมารดาในการรักษาความสะอาดแผลฝีเย็บ
- ๒.การแจกเอกสารการดูแลแผลฝีเย็บแก่มารดาหลังคลอด

๗.อัตราการรับส่งต่อจากรพ.สายเหนือ เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐



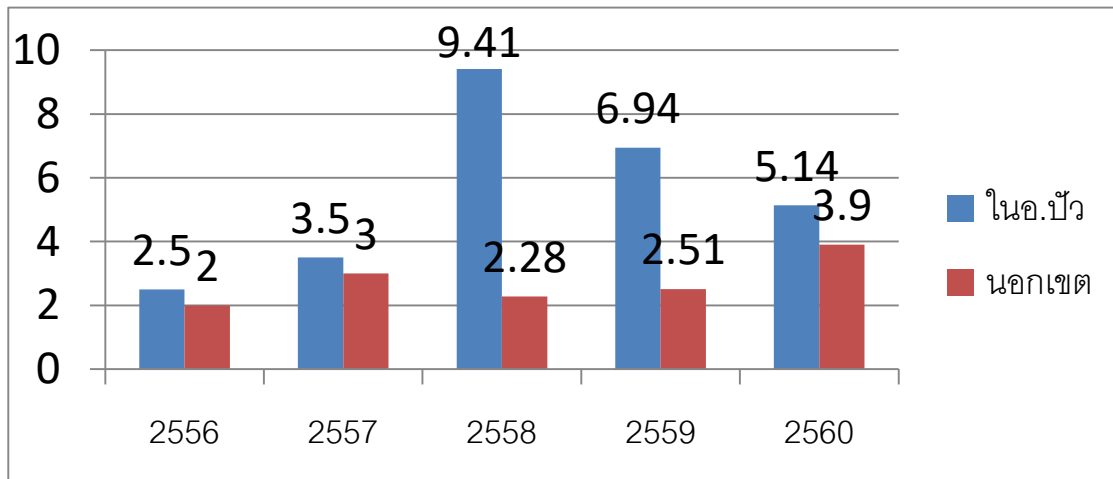
ปี ๒๕๕๖ ย้ายไป ๑ ท่าน เหลือสูติแพทย์ ๑ ท่าน ทำให้มีการปรับ Guide line Refer กรณีที่สูติแพทย์ไม่ได้อยู่เวร consult ให้ส่งต่อ รพ. น่านแทน

จำนวน refer สายเหนือทั้งหมดจำนวน.....๒๗๐ราย :

refer มา รพ. ปัว๑๓๔..... ราย ไป รพ.น่าน๑๓๖..... ราย

คิดเป็น๔๙.๖๓..... % ที่ refer มา รพ.ปัว

๘.หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มากลอด รพร.บัว



การแปลผลและการใช้ประโยชน์

แนวโน้มหญิงตั้งครรภ์อายุ < ๒๐ ปีมากลอด มีแนวโน้มลดลงในปี ๒๕๖๐ หญิงตั้งครรภ์อายุ < ๒๐ ปี มากลอด ทั้งหมด ๕๘ ราย จากการคลอดทั้งหมด ๖๔๑ ราย คิดเป็น ๙.๐๔ % ซึ่งแบ่งเป็นวัยรุ่นที่มากลอดเป็นการแต่งงานตามบริบท ๒๔ ราย เป็น นักเรียน/นักศึกษา ๑๖ ราย เป็นประชาชนทั่วไป ๑๗ และเป็นชาวต่างชาติ(ลาว) ๑ ราย

อัตราการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี อำเภอบัว ๒๐.๒๒ : ๑,๐๐๐ ประชากรหญิงอ. บัว

บทสรุปวิเคราะห์ การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ จากผลงานตัวชี้วัดการดำเนินงานในปี๒๕๖๐พบว่า ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมินทุกตัว เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้มารับบริการ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

๑.มีนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ในการให้บรรลุวิสัยทัศน์ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กลุ่มวัย มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(Service Plan)สาขาสูติกรรมและสาขาทารกแรกเกิดปี๒๕๖๐ นโยบายการพัฒนาห้องคลอดคุณภาพ

๒.ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารสูงสุดขององค์กร

๓.มีแพทย์เฉพาะทาง สูติแพทย์และกุมารแพทย์ ทีมงานห้องคลอดและหลังคลอดมีความเข้มแข็ง บุคลากรผ่านเกณฑ์สมรรถนะวิชาชีพงานห้องคลอดระดับ๓ = ร้อยละ ๑๐๐

๓.ความเข้มแข็งของคณะกรรมการและทีมงานผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก cup บัว

๔.การมีส่วนร่วมที่ดีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัญหา อุปสรรค หรือโอกาสในการพัฒนา (ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข หรือการดำเนินโครงการในปีต่อไป ควรจะทำต่อหรือเลิกทำหรือโอนไปเป็นงานปกติ หรืองานประจำ หรืองานที่ได้รับมอบหมาย)

๑. มีสูติแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ๑ ท่าน กุมารแพทย์ ๒ ท่านซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว เป็นแม่ข่ายโรงพยาบาลสายเหนืออีก ๔ โรงพยาบาล รองรับการส่งต่อจากรพ.อีก ๔ โรงพยาบาล

แก้ไขโดยกรณีไม่มีเวร consult สูติแพทย์ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลนาน ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินด้านสูติกรรมให้ส่งต่อมาโรงพยาบาลปัวได้

๒. พบหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับโรคทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้นแนวทางการแก้ไข ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
๓. AEC มีการเตรียมความพร้อมบุคลากร ด้านความรู้ เทคโนโลยี การสื่อสาร การป้องกันการติดเชื้อ

๔. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๔.๑ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

๔.๑.๑,ระบบการประเมินความเสี่ยงแรกรับ มีการประเมินภาวะสุขภาพและการประเมินความเสี่ยงทางสูติกรรมและอายุรกรรมที่สำคัญเช่นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก การคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดหลังคลอดและทารกมีภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้นมีการนำ CPGมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงแรกรับเช่นการตรวจระดับโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะผู้คลอดใหม่ทุกราย การประเมิน DTR ในผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ การทดสอบน้ำคร่ำโดยการทำ Fern testและcough test ในการประเมินภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนหนด การทำ NSTในผู้คลอดรายใหม่ทุกรายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เช่น อายุครรภ์เกินกำหนด มีประวัติทารกในครรภ์ด้นน้อยลง ถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนกำหนด ตกเลือดก่อนคลอด มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน เป็นต้น

๔.๑.๒ ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการใช้CPG ในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่แนวทางการป้องกันและรักษา PPH , PIH management, GDM management ,premature contraction management, PROM management และการส่งต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงไปยังโรงพยาบาลนาน(ในกรณีไม่มีเวรconsult สูติแพทย์)รวมถึงการส่งต่อทารกที่มีปัญหาทางเดินหายใจ และใช้Discharge Planingในการจำหน่ายหญิงหลังคลอดให้ญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีเอกสารแผ่นพับเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านและการติดตามหลังการจำหน่ายโดยการส่งต่อ caseไปยังสถานบริการที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบ

๔.๑.๓ ระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีการกำหนดclinical Riskในการดูแลผู้คลอดภาวะวิกฤตที่สำคัญได้แก่ ภาวะPPH with Shock, ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ(eclampsia)และsevere Birth Asphyxia โดยได้จัดทำflow chart .การประเมินลักษณะอาการทางคลินิก และแนวทางการดูแลและการช่วยเหลือเบื้องต้น

๔.๑.๔ ระบบการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนด criteria และแนวทางในการรายงานแพทย์และการขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลรักษาและการส่งต่อcaseไปยังสถานบริการที่ผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบหรือโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

๔.๑.๕ ระบบการประชุมปรึกษา case conference โดยนำ case ที่มีพบปัญหาซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงมาทบทวนหรือประชุมปรึกษาเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกันและจัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย

สรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ห้องคลอด

บทเรียนจากการพัฒนา

๑. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อ Preg with CPD with thick meconium(case conference **โซนเหนือ**)ปัญหาที่พบ –ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงสูงและทารกแรกเกิดได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม ทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอดพบ Pneumothorax ส่งต่อไปรักษาที่รพ.น่าน

แนวทางแก้ไขหลังการทบทวนในหน่วยงานและที่ประชุมงานแม่และเด็กจังหวัดน่าน

- รพช. เน้นการดูแลในระยะคลอดตามมาตรฐาน ควรมีการ refer case ที่รวดเร็ว ต้องประเมินผู้ป่วยให้ได้ โดยเฉพาะเรื่อง High Risk Pregnancy กรณีพบ **thick meconium** ควร refer ทันที
- รพช. ควรทบทวนเรื่องการบันทึก Labor Record และ Partograph
- การประเมินทารกแรกคลอดในรายที่มารดาหรือทารกมีปัญหาทุกราย ควรได้รับการประเมินจากกุมารแพทย์ รวมทั้งการทำหัตถการควรอยู่ภายใต้การดูแลของกุมารแพทย์อย่างใกล้ชิด
- การ refer case ทารกควรใช้เวลาในการ refer น้อยที่สุด
- ทารกที่มีอาการไม่ stable หลังผ่าตัดคลอดไม่ควรนำเด็กมา Observe อาการต่อใน LR ควรส่งต่อรพ.น่านให้เร็วที่สุด หรือทำหัตถการต่างๆให้เสร็จสิ้นใน OR จนกว่าจะ stable จึงย้ายได้

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- ๑.๑ ได้แนวทางการ consult กุมารแพทย์ กรณีทารกอาการหนักทุกรายต้องได้รับการประเมินและทำหัตถการภายใต้การดูแลของกุมารแพทย์ กรณีฉุกเฉินในทารกแรกเกิดและไม่ใช้เวลาคอนซัลท์ กุมารแพทย์สามารถตามกุมารแพทย์ได้
- ๑.๒ ทารกที่มีอาการไม่ stable หลังผ่าตัดคลอด ควรทำหัตถการต่างๆในการช่วยเหลือทารกให้เสร็จสิ้นใน OR จนกว่าจะ stable จึงย้ายไป LR หรือ Refer ได้
- ๑.๓ จัดทำแผนการประชุมฟื้นฟู NCPR, Stable Progame..ทุก ๖ เดือน ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง LR,OR ,ER และองค์กรแพทย์

๒. ปีงบประมาณ๒๕๕๙ ทบทวนcaseทารกเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อเนื่องจากการคลอดทำกัน มีการทบทวนในที่ประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็กสายเหนือ สาเหตุเนื่องจากบุคลากรขาดทักษะประสบการณ์ในการทำคลอดทำกัน สูติแพทย์ได้สอนและสาธิตการช่วยคลอดทำกันแก่แพทย์และบุคลากรห้องคลอดสายเหนือ หลังการทบทวน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ถึงกันยายน๒๕๕๙ไม่พบอุบัติการณ์ ทารกเสียชีวิตจากการคลอดทำกันในเครือข่ายสายเหนือ

๓. ปีงบประมาณ๒๕๕๙ ทบทวนcaseทารกเสียชีวิตในครรภ์จากภาวะเด็กด้นน้อยลง ๑ ราย หลังการทบทวนได้แนวทางการแก้ไขเชิงระบบ ได้แก่กรณีมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมารับบริการควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดก่อนการDischarge หรือAdmitเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลา

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-I ปี๒๕๖๐
 หน่วยงาน สูติกรรม ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๙

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา – เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบ
๑	๑๑ ตค ๕๙ ผู้ป่วย : ผ่าตัดคลอด หลังผ่าตัดมี เลือดออกในช่อง ท้องได้ส่งต่อผู้ป่วย ไปรักษาต่อที่ โรง พยาบาล.นำผู้ป่วย เสียชีวิต	G _๘ P _{๗-๐-๐-๘} GA ๓๗ ^๓ wks. c Twins EDC ๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๙ by U/S ฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลงอบ โรงพยาบาลทุ่งช้างและรพ.บัว รวมจำนวน ๑๕ ครั้ง วันนี้ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลทุ่งช้างเพื่อมาฝาก ครรภ์และนัดวันเพื่อผ่าตัดคลอดบุตร กำหนดวันนัดผ่าตัดวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๙ ได้ทำการตรวจประเมินสภาวะทารกใน ครรภ์(Non Stress Test) ผลการตรวจปกติ Uterine contraction Duration ๒๐ วินาที, Interval > ๑๕ min, Intensity +๑ แพทย์จึงให้กลับบ้าน CC. หญิงตั้งครรภ์มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ๓ ชม.PTA อาการแรกรับที่ER เวลา ๒๓.๔๙ น. หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์คลอด ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ทารกในครรภ์คินดี FHS ๑๔๐/๑๓๒ /min ตรวจภายใน cervix fuuiy dilate แพทย์เวรห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน consult สูติแพทย์ สูติแพทย์ พิจารณา Set ผ่าตัดคลอดด่วน วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๑.๐๗ น.ทารกคลอด แฝดที่ เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๓๔๐ gm. Apgar score=๙-๑๐- ๑๐ เวลา๐๑.๐๗ น ทารกคลอดแฝดน้อง เพศหญิง น้ำหนัก ๒,๖๕๕ gm. Apgar score=๙-๑๐-๑๐ เวลา ๐๓.๓๐ น.รับย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด มารดา รู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม normal bleeding per vagina ขยับขาทั้ง ๒ ข้างได้ หลังรับ ไว้ vital signs stableตลอด เวลา ๐๖.๐๐ น. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย บ่นหายใจ	I	๑. เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ แจ้งให้แพทย์เวร ward และสูติแพทย์ มาดูอาการ นำผู้ป่วยไปผ่าตัดเปิดหน้า ท้องครั้งที่๒ หากจุดที่เลือดออกไม่พบ จึง ตามศัลยแพทย์ มาช่วยในการผ่าตัด ๒. แจ้งทีมOR ในการเตรียมพร้อมในการ ผ่าตัด ขอพยาบาลER มาช่วย ๓. ประสานงานLAB ในการเตรียมเลือดใน การผ่าตัด ๔. แจ้งหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและ ผู้อำนวยการตามลำดับ	๑.เน้นการดูแลตั้งแต่กระบวนการ ANC ให้ข้อมูลแต่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรมีลูก หลายคน และไม่ควรมีผ่าตัดคลอดเกิน ๒ ครั้ง ๒.การสร้าง ความเชื่อที่ถูกต้องและไม่เป็น อันตรายต่อการคลอด โดยยกกรณีนี้เป็น ตัวอย่าง ทีมแพทย์ พยาบาล รพ.สต. ผู้นำ ชุมชน ชี้ให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วย มีความเชื่อในเรื่องทายาทในครอบครัวว่า ต้องมีบุตรเพศชายอย่างน้อย ๒ คนขึ้นไป จึงจะเป็นสิริมงคลแก่ครอบครัว ผู้ป่วยราย นี้มีบุตรทั้งหมด ๑๐ คนเป็นเพศหญิง ทั้งหมด(รวมการคลอดครั้งนี้) ๓.กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ควร แจ้งอาการของผู้ป่วยและแนวทางการ รักษาของแพทย์ทุกขั้นตอนการดูแล ให้ ญาติทราบเป็นระยะๆของการผ่าตัดเพื่อให้ ญาติเข้าใจและมีส่วนร่วมในการรักษา ๔. หลังผ่าตัดคลอดผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง ให้รายงานแพทย์เวรward และสูติแพทย์มาดูแลผู้ป่วยพร้อมกัน เพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วมากขึ้น ๕.การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดนอกจากดู อาการทางสูติฯแล้วควรประเมินอาการ

		<p>ลำบาก แน่นหน้าอก ความดันโลหิตลดต่ำลง BP drop ๗๖/๔๘ mmHg. PR ๑๒๐ /min RR ๒๒ /min รายงานแพทย์เวร ward สั่ง ให้ loading ARI ๒,๐๐๐ ml. On O_๒ mask with bag ๑๐ LPM. พยาบาลเวรประเมินเรื่อง Post partum hemorrhage มดลูกหดตัวดี normal bleeding per vagina ตรวจภายใน ล้วง blood clot มีเลือดออกเล็กน้อย ประเมิน Abdominal: soft no guarding แพทย์ ward ultrasound พบน้ำในช่องท้องจึง consult สูติแพทย์มาดูอาการสั่งให้เตรียมผ่าตัดเปิดหน้าท้องด่วน</p> <p>เวลา ๐๗.๓๐ น.เริ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้อง พบเลือดในช่องท้องประมาณ ๔ ลิตร สํารวจบริเวณแผลผ่าตัดที่มดลูกไม่พบจุดเลือดออก มดลูกหดตัวดี จึงสํารวจหาจุดเลือดออกจากจุดอื่น และปรึกษาศัลยแพทย์มาช่วยประเมิน พบว่าจุดที่เลือดออก ออกมาจากบริเวณตับ ลักษณะที่เห็น สงสัยว่าอาจมีก้อนที่ตับและก้อนได้แตกไปแล้ว มีเลือดออกจากบริเวณดังกล่าว ได้พยายามห้ามเลือดแต่ไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้ ขณะนั้นผู้ป่วยเสียเลือดเป็นจำนวนมาก และ vital sign ไม่ stable จึงพิจารณา Pack Swabs และย้ายผู้ป่วยไป Resuscitate ใน ICU ให้ stable เพื่อเตรียมส่งต่อไป รพ. น่าน</p> <p><u>การติดตามอาการที่โรงพยาบาลน่าน</u></p> <p>วันที่ ๑๒ ต.ค.๒๕๕๙ เวลา ๑๕:๐๐ น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว post Arrest ๑ รอบ Resuscitate รอเข้า OR Vital sign ยังไม่ stable มี active bleeding ตลอด ได้ FFP ๔ unit และ Plt conc. ๑๐ unit แพทย์ให้ข้อมูลแก่สามีและญาติ สามีและญาติยอมรับได้</p> <p>วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๙ ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลน่าน ว่าผู้ป่วยเสียชีวิต วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๓.๐๘ น.</p>			<p>เปลี่ยนแปลงทางmed ร่วมด้วย สังเกตการหดตัวของมดลูก แผลผ่าตัดc/s และประเมินbleeding per vagina และประเมินภาวะ เลือดออกในช่องท้อง(intra abdominal bleeding)</p> <p>๖.ทบทวนการ consult แพทย์ Call for help แพทย์เวรward ที่ติดดูแลผู้ป่วยอยู่ให้ consult แพทย์เวร ER แทน</p> <p>๗.เนื่องจากพร.ป่วยยังไม่สามารถสำรองเกล็ดเลือดในรพ.ได้ แก้ไขโดยกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่มีเกล็ดเลือดต่ำ ให้ส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลน่าน</p>
--	--	--	--	--	---

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E - I ปี๒๕๖๐
หน่วยงาน สูติกรรม ประจำเดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา - เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบ
๑	๒ มค ๒๕๖๐ Case Uterine Atony Postpartumhemorrate repaired Cervix with subtotal Hysterectomy	นางยูวดี ใจปิง อายุ ๒๓ ปี HN ๐๑๔๙๓๒๘ ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G _๒ P _{๐-๐-๐-๐} GA ๓๘+๔wks. c Brecch presentation by U/S มารดาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ่อเกลือ วันนี้ ได้รับการส่งตัวจากโรงพยาบาลบ่อเกลือเพื่อมา นอนรพ.เตรียมผ่าตัดคลอดวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๐ มีท้องแข็งนานๆ ครั้ง สูติแพทย์ U/S ซ้ำ พบเป็นท่า Vertex จึงให้อนรอกคลอดที่ โรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๓ มกราคม - ๘ มกราคม ๒๕๖๐ หญิง ตั้งครรภ์ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ทารกดันดี NST Reactive วันที่ ๘ มกราคม เวลา ๒๐.๐๐ น.เจ็บครรภ์คลอด ประเมินการปากมดลูกเปิด ๘ cms. eff. ๑๐๐% ARM Clear ดี มี UC D=๕๐ , I= ๒-๓ นาที เวลา ๒๑.๒๙ น. คลอด Normal Delivery with Right Medio lateral episiotomy ทารกเพศ หญิง AS ๙-๑๐-๑๐ เวลา ๒๑.๔๐ น. ขณะที่ยีบแผลฝีเย็บเสร็จ สังเกตพบว่า มีเลือดไหลซึม EBL= ๓๐๐ ml. มดลูกหดตัวไม่ค่อยดี ได้รับการคลึงมดลูก+ยา Synto ๑๐ Unit.ใน สารละลาย	I	๑. เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ แจ้งให้แพทย์เวร ward และสูติแพทย์ มาดูอาการ นำผู้ป่วยไปผ่าตัดเปิดหน้า ท้องครั้งที่ ๒ ๒. แจ้งทีม OR ในการเตรียมพร้อมในการ ผ่าตัด ๓. ประสานงาน LAB ในการเตรียมเลือดใน การผ่าตัด ๔. แจ้งหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและ ผู้อำนวยการตามลำดับ	๑. ประชุมร่วมกันระหว่างทีมห้อง คลอด ห้องผ่าตัด ตึกหลังคลอด ICU จัดทำ Case conference เพื่อหา แนวทางร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยตก เลือดหลังคลอด ผู้ป่วยตัดมดลูก + จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกันให้ชัดเจน สำหรับเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย รายต่อไป ๒. จัดทำตราปั๊ม High risk PPH ใน สมุดสีชมพูในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมี ประวัติการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ ANC และห้องคลอด ๓. ถ่วงวงเลือดในการประเมินการเสีย เลือดผู้คลอดทุกราย ๔. เตรียมเครื่องมือฉุกเฉินให้พร้อมใช้ งานได้แก่ อุปกรณ์ช่วยชีวิต รถ CPR , PPH set box , ยาสำหรับใช้ในการ การรักษาอาการ การใช้อารักขา PPH

		<p>๕% N/๒ ๑๐๐๐ ml.V.Deip ๑๒๐ cc/hr.รายงาน สูติ แพทย์มาดูอาการ ให้set re explor lap ด่วนพบtear cervix ได้เย็บซ่อมcervix และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ไม่สามารถหยุดเลือดได้ จึงตัดสินใจตัดมดลูกเพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยและย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่ตึก ICU OnET Tube with Ventilation setting CMV mode lung clear O๒ sat ๑๐๐% หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ๑วันอาการดีขึ้นย้ายกลับมา LR มีอาการเหนื่อยหอบ เนื่องจากสูติแพทย์ไม่อยู่ในพื้นที่ จึงrefer ไปรพ น่าน อาการดีขึ้น จนกลับบ้านได้</p>			
--	--	---	--	--	--

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E - I
หน่วยงาน ห้องคลอด ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา - เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบ
๑	๒ ส.ค. ๖๐	<p>ด.ญ.พิณรัตน์ บุญอินทร์ ทารกแรกคลอด วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยการผ่าตัดคลอดเนื่องจาก มารดาตั้งครรภ์ใกล้เกินกำหนด GA ๔๑ สัปดาห์ BW=๓,๑๙๐ gm Apgar score ๑๐-๑๐-๑๐ แรกคลอด active ดี ผิวกายชมพู ปลายมือปลายเท้าชมพู HR= ๑๔๘/min RR=๔๘/min BT=๓๗.๕c หลังคลอด ๑๑ hr. ๒ ส.ค. ๖๐ เวลา ๑๙.๐๐ น.มีภาวะ หายใจเร็วCXR: Right Pneumothorax แพทย์เวรตรวจ เยื่ออาการ consult กุมารแพทย์รพ.ป่ว และ รพ. น่าน consult ศัลยแพทย์ for set ICD ศัลยแพทย์ set ICD ๒ bottle system at ER มี content คาสาย เล็กน้อย fluctuation ดีหายใจสม่ำเสมอ O๒ set ๙๙- ๑๐๐% Room air HR=๑๓๘ /min RR=๕๘-๖๔ /min วันที่ ๓- ๑๐ ส.ค ๖๐ ทารก active ดี On O๒ box ๖ - ๑๐ LPM ICD ๒ bottle system มี content คาสาย เล็กน้อย fluctuation ดี วันที่ ๑๑ ส.ค ๖๐ กุมารแพทย์ตรวจเยื่ออาการ On O๒ box ๖ LPM CXR ซ้ำยังมี Rt pneumothorax + On ICD ๓ bottle system with suction มี content คาสาย เล็กน้อย fluctuation ดี ๑๖ ส.ค. ๒๕๖๐ เวลา ๐๘.๓๐ น. หายใจไม่สม่ำเสมอ desaturation</p>	F	<p>๑. ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Pneumothorax การใส่ ICD การประเมิน อาการผู้ป่วยร่วมกับกุมารแพทย์ ๒. ประสานงาน รพ.ที่มีความสามารถและ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และปลอดภัย</p>	<p>๑. กรณีส่งต่อผู้ป่วยต่างจังหวัด จำเป็นต้องมีพยาบาลหรือแพทย์นำส่ง ผู้ป่วยเพื่อการดูแลระหว่างทางนำส่ง ๒. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสห วิชาชีพเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้เหมาะสมและปลอดภัย</p>

		<p>O๒ set ๘๘-๙๕% ICD ๓ bottle system c suction มี content คาสายเล็กน้อย fluctuationดี กุมารแพทย์ ตรวจเยี่ยม CXR ซ้ำ ยังมีPneumothorax Consult กุมารแพทย์ รพ.น่านและศัลยแพทย์ Set ICD x ๑ต่อลง ขวด ๓ ขวด c suction</p> <p>๑๗ ส.ค ๖๐ refer รพ.ลำปาง เนื่องจากอาการทารกไม่ดีขึ้น</p>			
--	--	---	--	--	--

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E - I ปี๒๕๖๐
 หน่วยงาน สูติกรรม ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา - เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบ
๑	๒๖สิงหาคม๒๕๖๐ ทารกตลอดติดไหล่(shoulder distocia) with Pneumothorax ทารกเสียชีวิต	<u>ชื่อ</u> เด็กชายคุณภัทร แสนโซ้ง HN.๐๑๕๓๕๗๐ <u>ประวัติมารดา</u> หญิงอายุ ๑๖ปี G๑ Po GA ๔๐+๔ wks.with thin meconium คลอดปกติทางช่องคลอด วันที่ ๒๖/๘/๖๐ เวลา ๒๐.๒๕ น. เพศชาย BW ๓,๑๕๕ gms. คลอดติดไหล่ ๑๐ วินาที รายงานแพทย์เวรมาดูอาการ อาการแรกคลอด ทารก active ปานกลางปลายมือปลายเท้าเขียว HR ๑๒๐/ min RR ๕๐ /min BT ๓๗.๐ c กระจกต่นไม่ร้อง PPV ๑ cycle ๐๒ sat ๘๐% หลังกระจกต่นทารกร้องเสียงดัง แขนขวาขยับได้เล็กน้อย แขนซ้ายไม่ขยับ Apgar score= ๘-๙-๑๐ <u>เวลา ๒๐.๓๕ น.</u> หลังทารกคลอด ๑๐ นาที ทารกมีหายใจเร็วขึ้น RR ๗๐-๘๐ ครั้ง/ min HR ๑๓๐/ min มี subcostal retraction Nasal flaring on O๒ box ๑๐ LPM O๒ sat ๘๘-๙๐ % BT ๓๖.๘ c DTX =๑๕๘ mg.% แขนขยับได้เอง ๒ ข้าง แพทย์เวร consult กุมารแพทย์ รพ.น่าน CXR : พบ infiltration Rt lung <u>เวลา ๒๑.๐๐ น.</u> ทารกมีหายใจเร็วขึ้น มี retraction มากขึ้น ปีกจมูกบาน HR ๑๓๐-๑๕๐/ minRR ๑๐๐-๑๒๐ / minO๒ sat ๗๐ -๘๘ % แพทย์เวร on ET - tube No ๓.๕ mask ๙ HR ๑๔๐-๑๖๐/min no subcostal retraction no Nasal flaring , O๒ sat ๘๕-๙๐ % BT=	I	๑. เมื่อพบทารกมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ได้แจ้งให้แพทย์เวร ward มาดูอาการ แพทย์ward โทร consult แพทย์เวรERและกุมารแพทย์รพ.น่าน ๒. ขอทีม ER มาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ๓. หัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการตามลำดับ	<u>ปัญหาที่พบหลังการทบทวน</u> ๑. ทีมบุคลากรขาดทักษะในการใส่ ICD มีการตัดสินใจในการช่วยเหลือทารกและการทำหัตถการล่าช้า ๒. ไม่มีการconsultกุมารแพทย์มาช่วยดูแลและช่วยเหลือทารกตามระบบการ consult รพ.ปัว ๓. การเตรียมเจ้าหน้าที่ refer กรณี Case emergencyใน new born .ในการrefer ควรมีพยาบาลห้องคลอดอย่างน้อย๑ คนและควรมีแพทย์ไป refer ด้วยถ้าทารกอาการไม่คงที่ ๔. อุปกรณ์ในการ ICD new born มีไม่เพียงพอและพร้อมใช้

		<p>๓๗ c On OG- tube c bag แพทย์เวรให้ข้อมูลปัญหาที่พบ แนวทางการให้การรักษายาบาล mental support มารดา- บิดาและญาติ</p> <p><u>เวลา ๒๑.๑๕ น.</u> on UVC ๑๐% D/W ๕๐๐ ml. v ๑๕ ml/hr. ส่ง lab CBC , H/C x I specimen</p> <p>เวลา ๒๒.๒๐ น. HR ๑๔๐-๑๖๐/min O ๒ sat ๘๕-๙๐ % BT ๓๗ c ดูแลให้ Ampicilin ๑๕๐ mg.V และ Gentamicin ๑๒ mg. V</p> <p><u>เวลา ๒๓.๒๐ น.</u> on ET – tube No ๓.๕ mask ๙ HR ๑๓๐-๑๗๐/min O ๒ sat ๘๔-๘๘ % ET – tube leak แพทย์เวร ER ให้เปลี่ยน ET tube ใหม่เป็น on ET – tube No ๔ mask ๙ HR ๑๔๐-๑๗๐/min O ๒ sat ๘๕-๙๔ % CXR : Rt Pnumothorax เล็กน้อย</p> <p><u>เวลา ๒๓.๓๐ น.</u> Refer รพ. น่าน รถออกจาก รพ. ไป ประมาณ ๒ กิโลเมตร แพทย์เวรโทรศัพย์ตาม รถ refer. ให้นำทารกกลับมา on ICD ตามที่กุมารแพทย์ รพ. น่าน โทรแจ้งกลับมา จึงนำทารกกลับมา on ICD ที่ ER โดย มีแพทย์เวร ER มาช่วยใส่ ICD ให้ และ CXR ซ้ำ : Rt Pnumothorax ลดลง</p> <p><u>๐๐.๓๐ น.</u> Refer น่าน</p> <p><u>การติดตามอาการทารกที่โรงพยาบาลน่าน</u> หลังรับไว้ ทารกอาการไม่ดีขึ้น on ET – tube with ventilator <u>on ICD:</u> Rt Pnumothorax__มีภาวะซีด เขียวปลาย</p>		<p><u>การแก้ปัญหาหลังการทบทวน</u> <u>๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐</u></p> <p>๑ ประชุมทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ทบทวนใน PCT สูตินรีเวชกรรม จัดทำ case conferece วิเคราะห์หา สาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกัน</p> <p>๒. กุมารแพทย์จัดอบรมและฝึก ปฏิบัติเรื่อง ICD ใน new born แก่ แพทย์ทุกคน ทีมพยาบาลห้องคลอด ทีมพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน</p> <p>๓. ปรับปรุงระบบการ consult กุมารแพทย์ กรณีฉุกเฉินในทารกที่ ต้อง on E T-tube on ICD สามารถ ตามกุมารแพทย์ได้ตลอด ๒๔ ชม</p> <p>๔. จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ใน การทำ ICD ใน new born ให้มี สำรองไว้ในโรงพยาบาลอย่างน้อย ๓ ชุด (ER=๑ชุด LR = ๒ชุด)</p>
--	--	--	--	---

		มือปลายเท้า มีภาวะprolonged hypoxia แพทย์ ให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติ รับทราบ ทารกเสียชีวิตวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๑.๕๕ น การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย MAS with anemia with PPHN with right pneumothorax			
--	--	---	--	--	--

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E – I ปี๒๕๖๐
 หน่วยงาน สูติกรรม ประจำเดือน สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา – เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบหลังการทบทวน
๑	๓๑สิงหาคม ๒๕๖๐ PPH with shock with hysterectomy	ผู้ป่วย หญิง อายุ ๒๑ ปี ที่อยู่ ๑๘๐ ม.๑๑ ต.งอบ อ. ทุ่งช้าง จ.น่าน <u>ประวัติการคลอด</u> G๑ C/S due to Breech Presetation ๐๘/๑๐/๒๕๕๕ ทารกเพศ ชาย BW ๒,๙๐๐ กรัม ปัจจุบันสุขภาพ แข็งแรงดี G๒ C/S VBAC (BBA)๒๙/๐๕/๒๕๕๘ทารกเพศ หญิง BW ๓,๑๐๐ กรัม ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรงดี G๓ Abortion ๒๐/๑๐/๒๕๕๙ ปัจจุบัน G๔P๒-๐-๑-๒ GA ๓๘+๒ สัปดาห์_by U/S c Previous C/S ANC รพสต.มณีพุกฤษ์+รพ.ทุ่งช้าง ๑๐ ครั้ง TT ครบจากครรภ์ก่อน ผล Lab ปกติ (มีนัดผ่าตัด คลอดพร.บัว วันที่ ๖/๐๙/๒๕๖๐) รับ Refer จาก รพ.ทุ่งช้าง with Labour pain PV. cervix Fully dilate set C/S ตั่วนunder GA ทารกคลอดเพศชาย เวลา ๐๘.๑๙ น. BW ๒,๙๗๐ กรัมApgar score ๙-๑๐-๑๐ BT ๓๗.๓ องศาเซลเซียส เวลา ๑๐.๓๐ น.รับย้ายมารดา Post op C/S จาก OR ไป PP อาการหลังผ่าตัดปกติ <u>หลังจากออกจากห้องผ่าตัด ๒ ชม.มารดาBP drop ลง</u> pulse เบาเร็วBP ๘๗/๕๓ mmHg ,PR ๑๐๐ bpm ,RR ๒๐ bpm , O๒ sat ๙๗ %มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม	F	๑.เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ แจ้งให้สูติแพทย์รับทราบcase สูติแพทย์ ติดผ่าตัด ให้order ทางโทรศัพท์ และให้ ตามวิสัญญีแพทย์ มาช่วยดูอาการ ๒.แจ้งขอทีม LR มาช่วยในการดูแลผู้ป่วย ๓.ประสานOR และLAB เพื่อเตรียมความ พร้อมในการผ่าตัดด่วน ๔ แจ้งหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาล ทีม RM และผู้อำนวยการตามลำดับ	๑. .เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง ควรรับรายงาน สูติแพทย์รับทราบและกรณีสูติ แพทย์ติดผ่าตัดอยู่ ให้consult วิสัญญีแพทย์/แพทย์ที่ER และ ศัลยแพทย์มาช่วยดูผู้ป่วยก่อน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

		<p>normal bleeding per vagina รายงานสูติแพทย์ ให้ Load ๐.๙% NSS ๒๐๐ cc ทุก ๑๕ นาที ๒ ครั้ง ตามพยาบาลห้องคลอดมาช่วยดูอาการ มดลูกหดตัวดี แผลผ่าตัดไม่ซึม normal bleeding per vagina U/S Bed side uterus ๒๐ wks size empty uterine cavity ,No free fluid in cul de sac ; No free fluid in hepato- renal conjunction มารดาบ่นปวดทั่วท้อง สูติแพทย์สงสัยว่าอาจจะมีจุดเลือดออกในช่องท้อง แต่ไม่เห็นจากการตรวจอัลตราซาวด์ จึงแนะนำให้ผ่าตัดเปิดหน้าท้องเพื่อตรวจสอบและห้ามเลือดหากพบจุดเลือดออก ให้ตาม PRC มาให้ ๒ unit</p> <p><u>เวลา ๑๕.๐๐ น.</u> set OR for Re Explor - labพบแผลผ่าตัดที่มดลูกติดดี ไม่มีจุดเลือดออก พบมี Hematoma เส้นผ่าศูนย์กลางขนาด ๑๐ cms at Lt Adnexa on swab packing ๖ pad และประสานงานขอ refer โรงพยาบาล น่านเนื่องจากหาก explore Hematoma เลยอาจมีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด อธิบายสามีและญาติผู้ป่วยทราบ</p> <p>๑๕.๓๐ น. Refer รพ. น่านพร้อม สูติแพทย์ ๑ ท่าน ได้รับการผ่าตัดมดลูก ที่รพ.น่าน หลังผ่าตัดอาการดีขึ้น</p>			
--	--	---	--	--	--

ตารางสรุปการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E – I
 หน่วยงาน ห้องคลอด ประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ลำดับ	วันที่เกิดเหตุการณ์	ปัญหา – เหตุการณ์	ระดับ	การแก้ไขเบื้องต้น	การแก้ไขเชิงระบบหลังการทบทวน
๑	๒๖ ธ.ค. ๖๐	Case G๔P๒A๑ GA๓๙ ⁺ with Breech presentation with GDMA๑ set C/S emergency case Under GA ผู้ป่วยหลังดมยาสลบเรียกไม่ตื่น ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ ICU ๑ คืน Off ET-Tube ๒๗ ธ.ค. ๖๐ หลัง off ET-Tube ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปปกติ	E	๑. แจ้งให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ LR ICU รับทราบ ๒. รายงานแพทย์ ICU แพทย์พิจารณา On ET tube ย้ายไปสังเกตอาการต่อที่ ICU	๑. กรณีแบบนี้ต้องมีพยาบาลและแพทย์นำส่งผู้ป่วยเพื่อดูและระหว่างทางนำส่ง กรณีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัด ทีมห้องผ่าตัดต้องแจ้งสูติแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทราบทันที และควรมีการแจ้งญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แผนการรักษาให้ชัดเจน ไม่ปกปิดอาการของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการฟ้องร้องและความไม่พอใจของญาติที่อาจจะเกิดขึ้นได้

๔.๒ กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพต่างๆ CQI การป้องกันclinical Riskต่างๆ,CPG

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
<p>การพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (case conference)เพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำCPG และพัฒนาระบบงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น</p>	<p>๑. .การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ พร้อมจัดวิชาการการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด การดูแลครรภ์เสี่ยงสูง การลดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน</p> <p>๒.จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แนวทางปฏิบัติการดูแลการคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น</p> <p>๓.พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลทารกแรกเกิดก่อนการส่งต่อ(stable programe</p> <p>๔.มีระบบการปรึกษาcaseผ่านทางไลน์ กลุ่มงานแม่และเด็กในเขตรับผิดชอบ อำเภอบัว เครือข่ายสายเหนือ และห้องคลอดจังหวัดน่าน</p> <p>๕.ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์การคลอดฉุกเฉินและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด นำ transport incubaterมาใช้ในการส่งต่อทารก</p> <p>๖.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในทุกกระบวนการให้บริการการคลอด เน้นการบูรณาการมิติของความรู้สึกกับมาตรฐานวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>--อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด < ๕ %</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๕ : ๑๐๐๐ การเกิดมีชีพ</p> <p>-ทารกแรกในภาวะวิกฤตได้รับการดูแลและส่งต่อเหมาะสมร้อยละ๘๐</p> <p>-บุคลากรผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะวิชาชีพในหน่วยงานมากกว่าร้อยละ๘๐</p> <p>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกขณะส่งต่อลดลง</p> <p>-อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>-มารดาและทารกได้รับการสร้างเสริมสุขภาพก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดมากกว่าร้อยละ๙๐</p>

๕. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
ด้านผู้รับบริการ ๑.การลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด(BA) ๒.การลดอัตราการตายทารกแรกเกิด (๐-๗ วัน) ๓.การป้องกัน/ดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ๔.การลดอัตราการตายของมารดา ๕.ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ๖.การบูรณาการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในทุกกระบวนการให้บริการการคลอดและนรีเวช	๑.ทบทวนแนวปฏิบัติการบริหารทารกแรกเกิด/ทารกพิการแต่กำเนิด ๒.วิชาการการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ๓.การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ เช่น Severe BA ทุกราย ๑. การเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ ๒. การฝึกซ้อม NCPR เด็กแรกเกิด ๑. วิชาการการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดการใช้ยารักษา PPH ๒. การจัดการความรู้เรื่องขบวนการคลอดปกติเน้นการประเมินและการป้องกันความเสี่ยงต่อ PPH ๓.การจัดการความเสี่ยงตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันและรักษา PPH ๑. ทบทวนการดูแลมารดาภาวะครรภ์เป็นพิษ ๒. การฝึกซ้อม CPR มารดา ๑.การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ พร้อมจัดวิชาการการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น,ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ๑.จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แนวทางปฏิบัติการดูแลการคลอดหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ๒.เข้าร่วมทีมพัฒนาแกนนำนักเรียนและผู้ปกครองในการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอำเภอป่า ๑.ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ๒.จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในทุกกระบวนการให้บริการการคลอดและนรีเวช เน้นการบูรณาการมิติของความรู้สึกับมาตรฐานวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการ	๑.อัตราการภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ๒.อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ๑.อัตราการตายทารกปริกำเนิด ๑.อัตราการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกรัดตัวไม่ดีหรือรกค้าง ๒.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือด เช่น Shock , ตัดมดลูกโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ๑.อัตราการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษ ๒.อัตราการตายมารดา ๑.อัตราคลอดมีชีพในหญิงวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ปีอำเภอป่า ๒.ตราการตั้งครรภ์ซ้ำ ๑.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.มารดาและทารกได้รับการสร้างเสริมสุขภาพก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอดมากกว่าร้อยละ ๘๐

<p>ด้านบุคลากร แผนพัฒนาความรู้ บุคลากรห้องคลอด</p> <p>๒.ด้านระบบงาน</p>	<p>ของผู้รับบริการ</p> <p>๑.หัวหน้าพาทำคุณภาพ ๑.การอบรมฟื้นฟูวิชาการด้านสูติกรรมทุก๒ เดือนเน้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลทารกภาวะวิกฤติ ๒.ส่งพยาบาลใหม่หลังทำงานห้องคลอด ๒ ปี ไปฝึกการดูแลทารกป่วยที่รพ.น่าน ๓คนๆละ ๑ เดือน ๒.แผนการนิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงาน ๑.การประเมินสมรรถนะบุคลากรในหน่วยงาน ทุก ๖ เดือน ๒.การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงตาม กระบวนการหลัก รายงานความเสี่ยงและการ จัดการความเสี่ยงตามระบบการจัดการความ เสี่ยงของโรงพยาบาล ๓.สนับสนุนการพัฒนางานด้านนวัตกรรมและ งานวิจัย R๒R และนำเสนอผลงานทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงาน</p> <p>๓ การพัฒนาระบบการดูแลทารกป่วย กำหนด หน่วยบริการการดูแลทารกป่วยเฉพาะ ๓.จัดทำแผนจัดหาเครื่องมือ / ครุภัณฑ์และ เวชภัณฑ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ในการบริการ สูติ-นรีเวชกรรมและเด็ก ๔.จัดทำแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องและ เหมาะสมกับการให้บริการสูติ-นรีเวชกรรมและ เด็ก</p> <p>๕. สนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ ในอำเภอปัว และรพช. เครือข่ายสายเหนือ</p>	<p>๑.อัตราบุคลากรผ่านเกณฑ์ สมรรถนะระดับ๓ของหน่วยงาน ๒.อัตราบุคลากรที่เป็นพี่เลี้ยงผ่าน เกณฑ์สมรรถนะระดับ๔ของ หน่วยงาน ๓.อัตราบุคลากรผ่านการอบรม๑๐ ชม/คน/ปี ๑.ผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร</p> <p>๑..อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับE_1 ได้รับการแก้ไขเหมาะสม ๒..อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ใน หน่วยงานลดลง เช่น อัตราข้อ ร้องเรียนการให้บริการสูติกรรม=๐ ๓.ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ๔. ทารกตายปริกำเนิด</p> <p>๑.การตายของทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐กรัมภายใน๒๘วัน ๒.อัตราการติดเชื้อในทารกป่วย.</p>
---	--	---

