**Service Profile**

**งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบุญมาก**



**2561**

**Update 12 กุมภาพันธ์ 2561**

Service profile

งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบุญมาก

1. บริบท

งานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองบุญมาก ให้บริการทางสูติกรรมตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ บริการหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งภาวะปกติและภาวะผิดปกติ บริการการคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และบริบาลมารดาและทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ถึง 48 ชม.หลังคลอด

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอหนองบุญมากและอำเภอใกล้เคียงสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลมากกว่าทั้งในโรงพยาบาลโชคชัยและโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

งานห้องคลอดมีเตียงรอคลอด 3 เตียง ห้องคลอด 1 ห้อง เตียงคลอด 2 เตียง และเตียงหลังคลอด 7 เตียง ไม่มีสูติแพทย์ มีพยาบาลวิชาชีพ 9 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน

งานห้องคลอดมีเจตจำนงในการให้บริการงานสูติกรรมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและผู้รับบริการพึงพอใจ โดยยึดหลักประเด็นคุณภาพที่สำคัญได้แก่ ความปลอดภัย ความถูกต้อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร

2. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการมารดาคลอดและทารกแรกเกิดอย่างปลอดภัยได้มาตรฐาน ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ และครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

3. ขอบเขตการให้บริการ

* 1. ให้การดูแลหญิงรอคลอด ทำคลอดในรายปกติ ช่วยทำคลอดในรายผิดปกติ ตลอด 24 ชม.
  2. ให้การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด 2 ชั่วโมง จนครบ 48 ชั่วโมงหลังคลอด
  3. ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งบุตร
  4. ให้บริการทารกที่มีภาวะตัวเหลือง และทารกที่ส่งมาจาก รพ.โชคชัย และ รพ.มหาราช มาฉีดยาต่อ
  5. ให้บริการตรวจหลังคลอด 7 วัน ที่คลอดที่ รพ. และที่ต่างอำเภอ

ความต้องการของลูกค้าภายนอก/ภายใน

ลูกค้าภายนอก

|  |  |
| --- | --- |
| ผู้รับผลงาน | ความต้องการที่สำคัญ |
| 1. มารดาคลอด | 1. การดูแลเอาใจใส่ที่ดี ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน  2. ความปลอดภัยจากการคลอดทั้งมารดาและทารก  3. ต้องการให้ญาติเข้ามาดูแลที่ห้องรอคลอด |
| 2. สามีและญาติ | 1. ความปลอดภัยของมารดาและทารก  2. อยากได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา  3. ให้ส่งต่อได้รวดเร็วเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน |

**ลูกค้าภายใน**

| ผู้รับผลงาน | ความต้องการที่สำคัญ |
| --- | --- |
| 1. องค์กรแพทย์ | 1. รายงานอาการผู้ป่วยให้ถูกต้อง  2. เมื่อมีข้อสงสัยในคำสั่งให้ทวนกลับได้  3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ |
| 2. ER | 1. มีการประสานงานที่ดี  2. มีน้ำใจช่วยเหลืองานซึ่งกันและกัน  3. เวลาไม่มีcase ให้ออกไปช่วย ER  4. เวลาย้ายมารดาไปหลังคลอดให้เข็นไปเอง |
| 3. OPD | 1. การประสานงานที่ดี |
| 4. เภสัชกรรม | 1. การประสานงานที่เหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา  2. มีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมกัน |
| 5. ชันสูติ | 1. การส่ง Lab ให้ลงข้อมูลทั้งในใบส่ง และใน Computer ให้ครบถ้วน  2. ส่ง Specimen ถูกต้องตามชนิด ครบปริมาณสิ่งส่งตรวจ  3. ปฏิบัติถูกต้องตามเกณฑ์การส่งสิ่งส่งตรวจ |
| 6. เอกซเรย์ | 1. การส่ง X-ray ควรลงบันทึก HOSxP ก่อนส่ง |
| 7. ตึกพิเศษ VIP | 1. ต้องการให้มาสอนสุขศึกษาให้มารดาหลังคลอดที่ตึก  2. ให้ฉีดวัคซีนให้ครบก่อนย้ายทารกขึ้นห้องพิเศษ  3. ให้แนบเอกสารก่อนสอนสุขศึกษามาด้วย |
| 8. เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน | 1. ให้นัดฉีดวัคซีน 2 เดือน ให้เกินไว้ก่อน ไม่นัดก่อน  2. ให้ลงผล Hct. Stat ก่อนคลอดไว้ที่ทะเบียนคลอด  3. ให้นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ อยู่ช่วง 30-40 วัน และ Case ที่ปกติ ให้ส่งไปตรวจที่ รพ.สต.  4. ตรวจสอบการลงทะเบียนคลอดใน HOSxP ให้ถูกต้อง |
| 9. เวชระเบียน | 1. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา  2. ส่งเวชระเบียนภายใน 5 วันหลังจำหน่าย |
| 10. ศูนย์เปล | 1. เตรียมเอกสารให้พร้อม ครบถ้วน และตรวจสอบก่อน การประสานงาน  2. ประสานให้ชัดเจน ระบุตึกที่จะให้ไปรับ ตึกที่จะให้ส่ง ชนิดเปล |
| 11. จ่ายกลาง ซักฟอก | 1. ไม่ส่งของมีคมปนไปกับผ้าหรือเครื่องมือ  2. แยกผ้าติดเชื้อให้ชัดเจน  3. อย่าให้มีผ้าอนามัยปนไปกับผ้า  4. อย่านำผ้าเช็ดมือไปเช็ดอย่างอื่น |
| 12. ยานพาหนะ | 1. แจ้งรายละเอียดการส่งต่อให้ครบถ้วน ไปที่ไหน ต้องเตรียมอะไรบ้างด่วนแค่ไหน  2. เตรียมทุกอย่างให้พร้อม ก่อนขอรถ  3. เก็บเครื่องมืออุปกรณ์มาให้ครบ ไม่ตกค้างที่รถ |
| 13. ซ่อมบำรุง | 1. อยากให้มีการบำรุงรักษาเครื่องมือให้ดี ใช้ด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะเวลาเคลื่อนย้าย  2. เวลาใช้เครื่อง U/S ต้องต่อสายดินทุกครั้ง |
| 14. คลังพัสดุ | 1. การติดต่อประสานงานการเบิกสินค้า  2. มีการตรวจรับสินค้าทุกครั้งที่มาส่ง  3. ช่วยรายงานปัญหาการใช้สินค้า |
| 15. ศูนย์คุณภาพ | 1. ส่งแผนปฏิบัติการ แผนงบลงทุนตรงตามเวลา  2. รายงานอุบัติการณ์ และตอบอุบัติการณ์ ทันเวลา |
| 16. งานผู้ป่วยใน | 1. การประสานงานที่ดี  2. กรณีมีคลอดหรือยุ่งให้ตามมาช่วยได้  3. เมื่อมีการยืมของระหว่างหน่วยงาน ควรเซ็นยืมและส่งเมื่อใช้เสร็จ |

ความต้องการประสานงาน

องค์กรแพทย์

* มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน เนื่องจากเป็นห้องสะอาด
* เมื่อมีภาวะฉุกเฉินแพทย์รับทราบแล้วควรมาทันที

งานเภสัชกรรมชุมชน

* โทรแจ้งเภสัชกร มารับ Order หลังแพทย์ Round ก่อนเที่ยง

งานแพทย์แผนไทย

* โทรแจ้งแพทย์แผนไทย มาสอนออกกำลังกายหลังคลอดและประคบเต้านมมารดาครรภ์แรกทุกราย

งานจ่ายกลาง/ซักฟอก

* การรับส่งเครื่องมือตามเวลาที่กำหนด ไม่ชำรุด หรือสูญหาย เสื้อผ้าพอเพียงพร้อมใช้งาน กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือและตรวจสอบย้อนกลับได้ การประสานงานที่ดี

ลักษณะสำคัญของงาน สถิติย้อนหลัง 5ปี

| รายการสถิติ | ปี 55 | ปี 56 | ปี 57 | **ปี 58** | **ปี 59** | **ปี 60** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด | 780 | 862 | 807 | 751 | 751 | 702 |
| คลอดทั้งหมด | 362 | 399 | 309 | 318 | 309 | 285 |
| คลอดปกติ | 345 | 379 | 291 | 303 | 299 | 283 |
| คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ | 14 | 18 | 17 | 12 | 10 | 2 |
| จำนวนเด็กเกิดมีชีพ | 362 | 399 | 309 | 318 | 309 | 284 |
| จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพ | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| ภาวะครรภ์เป็นพิษ | 18 | 22 | 6 | 4 | 5 | 1 |
| มารดาที่คลอดบุตรคนแรกอายุ<20ปี | 108 | 104 | 85 | 78 | 93 | 68 |
| จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด | 15 | 36 | 23 | 33 | 17 | 19 |
| จำนวนทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2500 gm | 28 | 31 | 25 | 22 | 10 | 24 |
| จำนวน neonatal jaundice | 174 | 135 | 186 | 183 | 174 | 156 |
| จำนวน Threatened abortion | 21 | 29 | 21 | 7 | 19 | 8 |

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

1. มารดาและทารกปลอดภัย ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

2. ส่งเสริมสายใยรักแห่งครอบครัว

3. เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ความท้าทาย

1. ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลมารดาและทารก

1.1 ป้องกันภาวะ Birth Asphyxia

1.2 ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

1.3 ป้องกัน การตกเลือดหลังคลอด

1.4 ป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด

2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แรกเกิด – 6 เดือน ได้สำเร็จ

ความเสี่ยงที่สำคัญ

| ความเสี่ยงสำคัญ | แนวทางป้องกันและแก้ไข | ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น |
| --- | --- | --- |
| 1. มารดาตกเลือดหลังคลอด | 1. มีแนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด  2. มีแนวทางการรายงานแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงต่อการตกเลือด  3. ดูแลการคลอดตามมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ  4. นำ Active Management third state มาใช้  - ให้ Oxytocin 10 unit( 1 amp ) imเมื่อไหล่หน้าทารกคลอด  - ทำคลอดรก โดยวิธี Control cord Traction และ ตรวจรกถูกต้องตามมาตรฐาน  - ใช้เทคนิคการคลึงมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และให้มีผู้ช่วยคลึงมดลูกในกรณีมดลูกไม่แข็ง  - สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้มารดาช่วยคลึง  5. ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกให้เพียงพอ ตามมาตรฐาน (ในกรณีกลุ่มเสี่ยงให้5%/D/N2 1000 cc + Oxytocin 20 unit IV drip 120 cc/hr  6. หลังคลอดมีการประเมินและคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงพร้อมกับการวัด V/S  7. กระตุ้นทารกดูดนมหลังคลอดทันทีและให้ดูดต่อเนื่อง เพื่อช่วยกระตุ้นมดลูกให้แข็ง | จากการเก็บข้อมูล พบว่า อัตราการตกเลือดเพิ่มสูงขึ้นในช่วงต้นปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.56 – ก.ค.57) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเศษรกค้าง มดลูกหดรัดตัวไม่ดี จึงได้มีการหาแนวทางป้องกันตามที่ได้เสนอตามแนวทางป้องกันและแก้ไข และหลังจากได้วิเคราะห์หา RCA หาแนวทางป้องกันแก้ไข แล้ว พบว่าอัตราการตกเลือดจากปัญหาเศษรกค้างและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (2 ราย) คิดเป็น 1.35 % (มิ.ย.58-ส.ค.58) แต่ยังพบปัญหาตกเลือดจาก รกค้าง และมี Valva Sign ออกมากหลังคลอด ซึ่งอยู่ในช่วงหาแนวทางป้องกันแก้ไข  ผลลัพธ์ ปี 59  - อัตราการตกเลือด 5.5 %  สาเหตุเกิดจาก  1. Uterine atony 41.17%  2. รก หรืเศษรกค้าง 17.64%  3. valve sign 41.17%  ผลลัพธ์ ปี 60 ต.ค  - อัตราการตกเลือด 3.16% (9/285)  สาเหตุเกิดจาก  1. uterine atony 55.44%  2. รก หรือเศษรกค้าง 44.44% |
| 2. มารดามีการติดเชื้อก่อนคลอด | 1. ประสานงาน ANC ในการวางแผนการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด โดยมีการให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมาเยี่ยมห้องคลอด  2. การประเมินการติดเชื้อแรกรับเมื่อพบว่ามารดามีไข้หรือติดเชื้อทางเดินปัสสาวะมีแนวทางการให้ยารักษาทันที  3. ขณะรอคลอด หากมีน้ำเดินนานกว่า 14 ชม. พิจารณาให้ยาฆ่าเชื้อ | - อัตราการติดเชื้อในมารดาก่อนคลอด (กำลังดำเนินการเก็บข้อมูล)  ปี 61 = 11.86% (ต.ค.60-ธ.ค.60) |
| 3. แผลฝีเย็บแยก | 1. ปรับปรุงเทคนิคการเย็บแผลแบบใหม่และให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน  2. เพิ่มมาตรการการป้องกันการติดเชื้อ โดยการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ทั้งห้องและเครื่องปรับอากาศ ใช้เครื่องมีที่ปราศจากเชื้อ ใช้หลัก Aseptic Technique ทุกขั้นตอน  3. เพิ่มแนวทางการให้ความรู้การดูแลแผลฝีเย็บ การรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติ  4. มีระบบการติดตามการตรวจแผลขณะอยู่ รพ. และเมื่อกลับบ้าน  5.นิเทศติดตามการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่โดยหัวหน้างาน | - อัตราแผลฝีเย็บแยก  ปี 61 พ.ย. 60 = 7 ราย  ธ.ค. 60 = 5 ราย  ม.ค. 61 = 3 ราย  ก.พ. 61 = 0 ราย  (ข้อมูล ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561) |
| 4.ทารกเกิดภาวะBirth Asphyxia | 1. ปัญหา Prolong Latent Phase  แนวทางแก้ไข  1.1 ใช้ Pantographในการเฝ้าระวังความก้าวหน้า ของการคลอด ถ้าพบว่ากราฟเกินเส้น Alert line 2 ชม. จะมีการรายงานแพทย์เพื่อหาสาเหตุและปฏิบัติการรักษา  1.2 เมื่อมีการปฏิบัติการรักษาแล้วสังเกตอาการต่อ 2 ชม. ถ้าพบว่ายังไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด รายงานแพทย์เพื่อConsult แพทย์เฉพาะทาง  1.3 กำหนดให้มีการโทร Consult แพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีการรอคลอดในระยะ Latent Phaseยาวนาน > 20 ชม. ในครรภ์แรก และ > 14 ชม. ในครรภ์หลัง  1.4 Monitor NST เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์เวรละ 1 ครั้ง และรายงานแพทย์เวรทราบ  1.5 ขณะรอคลอด เมื่อ FHS ≥ 160 และ ≤ 120 ครั้ง/นาที ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย และให้ On O2 canular 5lit/min และรายงานแพทย์ทราบ  2. ภาวะน้ำคร่ำมีขี้เทาปน  แนวทางแก้ไข  2.1 ทุกกรณีที่ตรวจพบว่าน้ำคร่ำ มีขี้เทาปน รายงานแพทย์ทราบ และ ถ้าเป็น Thick Maconiumพิจารณาส่งต่อ ได้ทันที  2.2 ในระยะActive phase ( cervix dilate 4 cms.) กรณีที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเจาะถุงน้ำคร่ำ ประเมินสีน้ำคร่ำ  2.3 Monitor NST ในระยะ Active phase สามารถอ่านและแปลผล ได้ถูกต้อง เพื่อวินิจฉัยได้รวดเร็ว | * อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia 25:1000 การเกิดมีชีพ   ผลลัพธ์  ปี 56 = นาที ที่ 1 = 20.1  นาที ที่ 5 = 5.02  ปี 57 = นาที ที่ 1 = 38.58  นาที ที่ 5 = 19.29  ปี 58 = นาที ที่ 1 = 37.45  นาที ที่ 5 = 12.57  ปี 59 = นาที ที่ 1 = 16.18  นาที ที่ 5 = 6.47  ปี 60 = นาที ที่ 1 = 14.08 (4/284 ราย)  นาที ที่ 5 = 7.01 (2/284)  สาเหตุ  1. คลอดติดไหล่  2. ระยะที่ 2 ยาวนาน  3. น้ำหนักทารกน้อย Thick Macconium  4. การเจ็บครรภ์ Duration ยาวนานมากกว่า 70 วินาที |
|  | 2.4 ขณะรอคลอด เมื่อ FHS ≥160 และ ≤120 ครั้ง/นาทีให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้าย และให้ On O2 canular 5lit/min และรายงานแพทย์ทราบ  2.5 การดูแลในระยะคลอด  2.5.1 Monitor NSTตลอดระยะเวลาการคลอด  2.5.2 บันทึก FHS ทุก 5-15 นาที  2.5.3 เตรียมความพร้อมของทีม CPR ทั้งคน อุปกรณ์ และเครื่องมือ  2.5.4 เตรียมช่วยคลอดถ้าเบ่งคลอด นาน > 1ชม (รายงานแพทย์)  2.5.5 ขณะเบ่งคลอดถ้า FHS ≤120และ ≥160ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทราบ  2.5.6 On O2 canular 5lit /min ตลอดระยะเวลาการคลอด  2.5.7 ขณะเบ่งคลอด ถ้าสีน้ำคร่ำเป็น Thick Maconium แพทย์พิจารณาทำคลอดทารกโดยใช้ เครื่องดูดสุญญากาศทันที  2.5.8 เมื่อคลอด ทารกเป็น Thick Maconiumทารก non vigorous ใส่ Tube ทำ Maconium aspirate โดยแพทย์  2.5.9 เมื่อทารก คลอดเจาะ HCT ,DTX , และ Monitor Spao2  2.5.10 การดูแลหลังคลอด ประเมินสภาวะทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดใน Incubator เฝ้าระวังการเกิดภาวะHypothermia, Hypoglycemiaและภาวะพร่องออกซิเจน ต่อใน24ชมแรก |  |
| 5.มารดามีอาการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด | 1. กำหนดแนวทางการดูแลมารดา เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด  2. มีการใช้ยายับยั้งอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามมาตรฐาน  3. ประเมินภาวะเจ็บครรภ์ ทุก 1-2 ชม. วิเคราะห์หาสาเหตุการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด  4. กรณีกลับบ้าน มีการวางแผนจำหน่ายและติดตามประเมิน แนะนำแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด | - อัตราการคลอดก่อนกำหนด  ปี 56 = 9.49%  ปี 57 = 7.90%  ปี 58 = 10.89%  ปี 59 = 5.82%  ปี 60 = 6.6% |
| 6.ทารกมีภาวะ Hypoglycemia | 1. กำหนดแนวทางในการป้องกันการเกิด Hypogycemia ในทารกกลุ่มเสี่ยง ดังนี้  1.1 เมื่อแรกเกิด เจาะ DTX ทันที และเจาะซ้ำ 2 ชม. หลังคลอด ในทารกน้ำหนัก < 2500 gm. มารดาเป็นเบาหวาน ทารกมีภาวะ สำลักน้ำคร่ำ (Maccronium stain)  1.2 รายงานแพทย์ทราบเมื่อเจาะ DTX ได้ < 60 mg%  1.3 เจาะประเมิน DTX เมื่อทารกเกิด Hypothermia  1.4 ถ้าพบทารกไม่ดูดนม ให้ประเมิน DTX ได้ทันที หากต่ำกว่า 60 Mg % แจ้งแพทย์ทราบ  2. กำหนดแนวทางการดูแลเมื่อทารกเกิด Hypoglycemia | - อัตราการเกิด Hypoglycemia  ปี 57 = 5.78 %(18 ราย)  ปี 58 = 10.06 %(32 ราย)  ปี 59 = 11% (34/309)  ปี 60 = 9.15%( 26 ราย) |
| 7.ทารกมีภาวะ Hypothermia | 1. เมื่อแรกเกิด เช็ดตัวและศีรษะทารกให้แห้ง  2. ห่อตัวทารกมิดชิดโดยใช้ผ้า 2 ชั้น  3. เมื่อมารดาต้องทำหัตถการ > 1 ชม.ให้นำทารกมาดูแลที่ห้องรอคลอด หรือใส่ Incubator ไว้  4. ทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือ นน. ตัว < 2500 gm. ให้นำทารกใส่ตู้อบ สังเกตอาการครบ 24 ชม.  5. แนะนำมารดาดูแลห่อตัวทารกให้มิดชิด และเปลี่ยนผ้าเมื่อทารกชื้นแฉะ | - อัตราการเกิด Hypothermia  ปี 57 = 0.32% (1 ราย)  ปี 58 = 0.62% (2 ราย)  ปี 59 =3.55% (11/309)  ปี 60 = 3.16 % (9/285) |
| 8.การติดเชื้อใน  ทารก  (Clinical sepsis) | 1. ให้ยาฆ่าเชื้อในมารดาที่มีการติดเชื้อและให้ยาป้องกันในมารดาที่มีน้ำเดิน> 14 ชม.  2. กำหนดแนวทางการดูแลในทารกที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่  2.1 ติดตามและสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น ซึม ไม่ดูดนม สำรอก มีอาการ Hypoglycemia Hypothermia  2.2 เจาะ CBC หลังคลอด 6 ชม.  2.3 ผลเลือดติดเชื้อ ให้ยาฆ่าเชื้อ ตามแผนการรักษา ส่ง CRP และ Culture ทุกราย  2.4 เพิ่มมาตรการการปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้อตั้งแต่มารดารอคลอด จนถึงดูแลทารกหลังคลอด  2.5 เน้นการล้างมือทั้งก่อนและหลังทำ หัตถการ ทั้งในเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ มีการติดตามการปฏิบัติโดย ICWN | - อัตราการติดเชื้อในทารก  ทารกที่ได้รับยาฆ่าเชื้อ  ปี 57 = 0.96 %  ปี 58 = 0.37 %  ปี 59 =.8.43 % (26/309)  ปี 60 = 12.67% (36/285 ราย) |

ศักยภาพและข้อจำกัด

หน่วยงานห้องคลอดไม่มีสูติแพทย์ มีแพทย์ GP 5 ท่าน ทีมให้การพยาบาลมารดาและทารก พยาบาลวิชาชีพ8 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 4 คน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในเวลาราชการ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน นอกเวลาราชการพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน การดูแลมารดาและทารก ให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่ไม่มีความเสี่ยงสูง หรือภาวะแทรกซ้อน ข้อจำกัดของทีม คือ ไม่สามารถดูแลการคลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ต่ำกว่า 33 สัปดาห์ได้ เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่สามารถผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ ถ้าเกินขีดความสามารถจะ REFER ไปยังโรงพยาบาลโชคชัย หรือโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

เครื่องมือและเทคโนโลยี

|  |  |
| --- | --- |
| รายการเครื่องมือ | จำนวน |
| * Ultrasound * Radiant warmer * Incubator * Vacuum extraction * Photo therapy   - Defibrillation  - Electro Fetal Monitoring   * Sop2 มารดา 1 เครื่อง ทารก * infusion pump * Drop tone * รถ Transfer | 1 เครื่อง  2 เครื่อง  2 เครื่อง  1 เครื่อง  4 เครื่อง  1 เครื่อง  1 เครื่อง  2 เครื่อง  5 เครื่อง  2 เครื่อง  2 เครื่อง |

**การสร้างเสริมสุขภาพ**

- ด้านผู้รับบริการมีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สมุนไพร ได้แก่ การให้มารดาหลังคลอดได้ ดื่มน้ำสมุนไพรเพื่อกระตุ้นน้ำนม ได้แก่ น้ำชาตะไคร้ น้ำขิง เป็นต้น การส่งเสริมการนวดเต้านมโดยใช้ลูกประคบ โดยทีมแพทย์แผนไทย

- ด้านเจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้รับการตรวจสุขภาพร่างกาย ปีละ 1 ครั้ง คิดเป็น 100% ปัญหาสุขภาพ ปวดหลัง เนื่องจากการทำงานได้มีการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การใช้ยางยืด พิชิตโรค ไม่มีเจ้าหน้าที่ป่วยจากการทำงานหรือได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปาก เข้าตา มีการส่งเสริมการใช้หลัก Universal Precaution

- สิ่งแวดล้อมในหน่วยงานจากการประเมินความเสี่ยง พบว่า แสงไฟห้องรอคลอด ไม่สว่างมีการปรับและเพิ่มหลอดไฟ สว่างมากขึ้น ห้องหลังคลอดมีพื้นที่แคบ ได้มีการปรับขยายเพิ่ม ห้องกว้างขึ้นอากาศถ่ายเทได้ดีขึ้น ห้องหลังคลอด ร้อนมาก การระบายอากาศยังไม่ดีพอ มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศ

**วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดและการพัฒนา**

| **ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/**  **ความท้าทายที่สำคัญ** | **เป้าหมาย /**  **วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัดและผลลัพธ์** | **กิจกรรมพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด | ≤ 5% | * อัตราการตกเลือด ≤ 5%   ผลลัพธ์ อัตราการตกเลือดหลังคลอด  ปี 57 = 7.71%  ปี 58 = 7.54 %  ปี 59 = 5.5% (17/309)  ปี 60 = 3.16% (9/285) | * นำเทคนิค active management 3 state มาใช้ * เพิ่มทักษะการคลึงมดลูกที่ถูกต้อง * ทบทวนเทคนิคการตัดฝีเย็บในรายที่จำเป็น * ทบทวนการใช้ยาเพื่อป้องกันการตกเลือดอย่างเพียงพอ * มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางโดยหัวหน้างาน |
| 2. อัตราการเกิด Birth asphyxia ในนาทีที่ 1 | 25:1000 การเกิดมีชีพ | * อัตราการเกิดภาวะ Birth asphyxia 25:1000 การเกิดมีชีพ   ผลลัพธ์  ปี 57 = นาที ที่ 1 38.58  นาที ที่ 5 19.29  ปี 58 = นาที ที่ 1 37.45  นาที ที่ 5 12.57  ปี 59 = นาที ที่ 1 16.18  นาที ที่ 5 6.47  ปี 60 = นาที ที่ 1 14.08  (4/284 ราย)  นาที ที่ 5 7.01  (2/284) | * ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ Birth asphyxia * ทำ NST แรกรับทุกราย * Monitor NST เมื่อให้ยาเร่งคลอดและระยะเบ่งคลอด * รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่าเกิด FHS ผิดปกติ * มีแนวทางการรายงานแพทย์เมื่อเกิด Prolong แต่ละระยะของการคลอด * รายงานแพทย์เมื่อพบสีน้ำคร่ำผิดปกติ * เตรียมทีมให้พร้อมในการรับเด็ก |
| 3. ลดอัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด | 0 % | * อัตราการติดเชื้อที่ตา   ผลลัพธ์  ปี 57 = 0.31%( 1 ราย)  ปี 58 = 0 %  ปี 59 = 0%  ปี 60 = 0%  - อัตราการติดเชื้อที่สะดือ  ผลลัพธ์  ปี 57=0%  ปี58=0%  ปี59= 0%  ปี60 =0%   * อัตราการติดเชื้อในเลือด (Clinical sepsis)   ผลลัพธ์  ปี57=0.32%(1 ราย)  ปี58= 0.62%(2 ราย)  ปี59 = 8.41%(26/309)  ปี60= 12.67(36ราย) | - ทบทวนวิธีการตัด Cord หลังคลอด เปลี่ยนถุงมือก่อนตัด Cord   * ทบทวนเทคนิคการเช็ดตา สะดือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิด พร้อมสอนญาติเช็ดให้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน * ส่งเสริมการล้างมือของเจ้าหน้าที่และญาติ จัดเตรียม Alcohol handrup ไว้ทุกเตียง * จำกัดญาติที่เข้าเยี่ยมให้เตียงละ 2 คน * จัดเตรียมสำลี ปราศจากเชื้อให้ไปเช็ดต่อที่บ้านพร้อมแนะนำวิธีการใช้ * ในกรณีสะดือมีกลิ่นให้ Povidine เช็ด |
| 4. ลดอัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และในโพรงมดลูก | 0% | * อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ   ผลลัพธ์ อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ  ปี 57 = 0.64%  ปี 58 = 0%  ปี 59 = 0%  ปี 60 = 0.03% (1ราย) | * เทคนิคการล้างกำหนดแนวทางการทำความสะอาดและ Paint บริเวณฝีเย็บด้วย Povidine ก่อนปูผ้าและก่อนเย็บแผล * เปลี่ยนถุงมือทุกครั้งที่มีการ Contaminate   กำหนดวิธีทำความสะอาดหลังแผลเกิด Hematoma |
| 5. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน | ≥ 30% | * อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิด – 6 เดือน   ผลลัพธ์  ปี 55 = 35.14 %  ปี 56 = 40.24 %  ปี 57 = 36.18 %  ปี 58 = 44.87 %  ปี 59 = 27.39 %  ปี 60 = 27.39 % | * ให้ความรู้มารดาเรื่องการเลี้ยงลุกด้วยนมแม่ตั้งแต่อายุครรภ์ 36 wk. * เพิ่มทักษะเจ้าหน้าที่ห้องคลอดในการสอนวิธีการให้นมที่ถูกต้อง * ให้ทารกดูดนมมารดาตั้งแต่ 30 นาทีแรกตั้งแต่อยู่ในห้องคลอด * ให้สุขศึกษา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้มารดาตระหนักเห็นความสำคัญ * ติดตามมารดาที่ยังให้นมได้ไม่ถูกต้องหลังคลอด 7 วัน 14 วัน และ 1 เดือน จนครบตามเกณฑ์ |

**แผนภูมิกระบวนการทำงาน (รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน)**

| **กระบวนการ**  **สำคัญ** | **สิ่งที่คาดหวัง**  **จากกระบวนการ** | **ความเสี่ยง** | **ตัวชี้วัดสำคัญ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การเข้าถึงและการบริการ | * ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย * กระบวนการรับผู้ป่วยทันเวลาภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ * ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย | * ล่าช้า * ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มคน | * ผู้รับบริการทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้ 100% |
| 2. การประเมินผู้ป่วย | * ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม | * การประเมินปัญหาไม่ครบคลุมครบถ้วน * ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง | * ร้อยละความถูกต้องของการประเมินผู้รับบริการ 0% |
| 3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | * ทีมผู้ให้บริการมีแผนการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด * ทีมผู้ให้บริการจัดทำ | * การวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม   + ขาดการประสานงาน | * ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน High risk และ Low risk ถูกต้อง > 90% * ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ |
| 3.1 การดูแลทั่วไป | * ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ | * การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินไม่ทันการณ์ * การดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ | * อัตราการตกเลือดหลังคลอด ≤ 5% * จำนวนการ Shock จากการตกเลือด 0 ราย * อัตราการเกิด Birth asphyxia ≤ 25:1000 |
| 3.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง | * มีการค้นหา วิเคราะห์ประเด็นแนวโน้ม การแก้ไขป้องกันและประเมินผลการจัดการความเสี่ยง | -การประเมินความเสี่ยงไม่ถูกต้อง   * ผู้ป่วยความเสี่ยงสูงไม่ได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน | * ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลถูกต้องตามมาตรฐาน 100% * ร้อยละความถูกต้องในการประเมินครรภ์เสี่ยง 100% * ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที > 90% |
| 3.3 การดูแลต่อเนื่อง | * ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี | * ขาดการเชื่อมโยงในการดูแล * การดูแลไม่ต่อเนื่องข้อมูลที่จำเป็นไม่ถูกส่งต่อ | * ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งเยี่ยมบ้านได้รับการเยี่ยม 100% |

กระบวนการสำคัญ

1 กระบวนการหลัก

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กระบวนการสำคัญ | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ | ตัวชี้วัดสำคัญ |
| 1.การประเมินความเสี่ยงแรกรับ  - ข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์  - การซักประวัติ,ตรวจร่างกาย  - ประเมินอาการและอาการแสดง  - ตรวจชันสูตร, ตรวจพิเศษ  - การบันทึกข้อมูล | - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกรับ  - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการวางแผนการดูแลรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็ว | - อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินความเสี่ยงผิดพลาด เช่น การตรวจส่วนนำ ทารกท่าก้นเป็นท่าศีรษะ, อุบัติการณ์พบว่า ครรภ์แฝดเมื่อคลอด เป็น 0 |
| 2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง /ผู้ป่วยภาวะวิกฤติ  - ภาวะแทรกซ้อนต่างๆทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง  - ครรภ์เป็นพิษ  - การคลอดยาก  - ตกเลือดหลังคลอด  - ทารกคลอดก่อนกำหนด  - ทารกขาดออกซิเจน | - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง /วิกฤติ ได้รับการดูแลให้ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน  - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย  - มี CPG และหรือ Clinical Risk ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวครอบคลุม | - อัตราการตกเลือดหลังคลอด  - อัตราการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษ  - อัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด  - อัตราภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกแรกเกิด  - อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด  - อัตราตายมารดา  - อัตราตายทารก  - อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกที่มารดาเป็นเบาหวาน |
| 3. การระบุตัวทารก  - ทารกคลอดทางช่องคลอด | - ทารกแรกคลอดได้รับการระบุตัวอย่างถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด  - มารดามีความเชื่อมั่นในการระบุตัวทารก | -อุบัติการณ์การระบุตัวทารกผิดพลาด |
| 4. การส่งต่อผู้ป่วย  - การประสานงาน  - การเตรียมผู้ป่วย  - การบันทึกข้อมูล  - วิธีการนำส่ง ผู้ป่วย | - มารดาและทารกได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน  - มารดาและทารกได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง  - ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ | -จำนวนข้อผิดพลาดที่สะท้อนกลับจากผู้รับผลงาน  -ร้อยละความพึงพอใจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |
| 5. การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ (ก่อนคลอด)  - การเตรียมจำหน่าย  - Method Model  - การติดตามหลังการจำหน่าย | - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย  - ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ  - ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว  - ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย | - อัตราการ Re- admit ในกลุ่มผู้ป่วยPIH, DM, Premature contraction, False labor pain, Anti partum hemorrhage  - ร้อยละของการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องจากการประเมินย้อนกลับ |

2 .กระบวนการคู่ขนาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กระบวนการสำคัญ | สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ | ตัวชี้วัดสำคัญ |
| 1. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ  - การให้ข้อมูล  - พฤติกรรมบริการ | - ผู้ป่วยและ ญาติพึงพอใจในบริการ  - ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้อง ได้รับผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ | - ร้อยละความพึงพอใจของผู้คลอด  - ร้อยละความพึงพอใจของญาติ  - จำนวนข้อร้องเรียน / ฟ้องร้อง |
| 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร  - การอบรม/ประชุม/สัมมนา  - การวิจัย | - บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการปฏิบัติงานสูติกรรม  -บุคลากรได้รับการศึกษา /อบรม และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง  -บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะวิกฤติ | -ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ  (Core competency, Functional competency, & Technical competency) |
| 3. การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร  - การป้องกันการติดเชื้อ /บาดเจ็บจากการทำงาน  - การออกกำลังกาย  - การทำงานเป็นทีม | - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ /การบาดเจ็บอย่างถูกต้องและเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน  - บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีมให้เกิดประสิทธิภาพ | - อุบัติการณ์การติดเชื้อ /บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร  - ร้อยละของคะแนนบรรยากาศองค์กรของหน่วยงาน  - ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ |

**กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)**

1. หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดอายุครรภ์ ≥ 37 wk.
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ≤ 37 wk.
3. มารดาและทารกหลังคลอดใน 48 ชม.
4. ทารกตัวเหลือง
5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม
6. ทารกที่ส่งกลับจาก รพ.โชคชัย และ รพ.มหาราช

**ตัวชี้วัดสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ระดับที่ปฏิบัติได้ | | | | | |
| 2555 | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| 1. อัตราการตกเลือดหลังคลอด | < 5% | 4.14%  (15/362) | 2.5%  (10/399) | 7.71%  (24/311) | 7.54%  (24/318) | 5.5%  (17/309) | 3.16%  (9/285) |
| 2. อัตราการเกิดภาวะ Shock จากการตกเลือดหลังคลอด | 0% | 0.82%  (3 ราย) | 0.25%  (1 ราย) | 1.60%  (5 ราย) | 0.94%  (3 ราย) | 0% | 11.11%  (1/9 ) |
| 3. อัตราการเกิด Birth asphyxia  นาทีที่ 1 ≤ 7  นาทีที่ 5 ≤ 7 | < 25:1000  การเกิดมีชีพ | 24.86  2.76  (1 ราย) | 20.1  5.02  (2 ราย | 38.58  19.29  (6 ราย | 41.19  11.23  (4 ราย) | 19.47  6.47 | 14.08  7.01 |
| 4. อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและในโพรงมดลูก | 0% | 0.25%  (1 ราย) | 0.27%  (1 ราย) | 0.5%  (2 ราย) | 0.64%  (2 ราย) | 0%  0 ราย | 0% |
| 5 .อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Clinical sepsis) | < 0.5% | 0.41% | 0.50% | 1.59% | 0.37% | 11.97% | 12.67% |
| 6. อัตราความสมบูรณ์ของ การบันทึกทางการพยาบาล | 90% | 94.44% | 96.77% | 98% | 94.87% | 95.79% | 96.03% |

**กราฟแสดงแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญ**

กราฟที่ 1อัตราการตกเลือดหลังคลอด (เป้าหมาย < 5%)

กราฟที่ 2อัตราการเกิดภาวะ Shock จากการตกเลือดหลังคลอด (เป้าหมาย 0%)

กราฟที่ 3อัตราการเกิด Birth Asphyxia (เป้าหมาย < 25:1000 การเกิดมีชีพ)

กราฟที่ 4อัตราการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและในโพรงมดลูก (เป้าหมาย 0%)

กราฟที่ 5อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด Clinical sepsis (เป้าหมาย < 0.5%)

กราฟที่ **6** อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล (เป้าหมาย ≥ 90%)

**กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ**

**1. ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน**

**1.1. กระบวนการดูแลผู้คลอด (ระบบต่าง ๆ ที่ใช้อยู่และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้คลอด)**

**1.) ระบบการประเมินความเสี่ยงแรกรับ** มีการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน และประเมินความเสี่ยงทางสูติกรรมและอายุรกรรมที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ การคลอดยาก คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนเป็นต้น มีการนำ CPG มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงแรกรับ เช่น การตรวจระดับโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะผู้คลอดรายใหม่ทุกราย ประเมิน DTX และ อาการบวมในผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือครรภ์เป็นพิษ การทดสอบน้ำคร่ำโดยการทำ Nitrazine test และ cough test ในการประเมินภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนกำหนด การทำ NST ผู้คลอด ที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เช่น อายุครรภ์เกินกำหนด มีประวัติทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตกก่อนกำหนด ตกเลือดก่อนคลอด มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน เป็นต้น

2)ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการใช้ CPG ในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ PPH prevention & management, PIH management, Premature contraction management, Post term management และ PROM managementใช้ Care Map ในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด รวมทั้งทารกแรกคลอด ถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด และใช้ Discharge Planning ในการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดในผู้คลอดอายุครรภ์ไม่ครบกำหนดที่มีปัญหาและภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด อายุครรภ์เกินกำหนด ถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนกำหนด เป็นต้น โดยใช้ Method model และ C3-THER ในการวางแผนจำหน่าย ให้ญาติมีส่วนร่วมในการเตรียมจำหน่าย มีเอกสารแผ่นพับเพื่อการดูแลตนเองที่บ้าน มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์และติดตามหลังการจำหน่าย

**3) ระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ** มีการกำหนด clinical risk และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ และภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงของทารกแรกคลอด โดยได้จัดทำ Flow Chart การประเมินลักษณะอาการทางคลินิก และการช่วยเหลือเบื้องต้นเช่น การให้สารน้ำ เข้าหลอดเลือดดำ การตรวจชันสูตรเลือด การเตรียมเลือด การเตรียมยาที่จำเป็น และการรายงานแพทย์

**4) ระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ** มีการกำหนด Criteria และระบบในการรายงานแพทย์ และการขอคำปรึกษาเพื่อวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันกับสูติแพทย์โรงพยาบาลโชคชัยในการดูแลผู้คลอดทีมีความเสี่ยงสูงหรือมีการคลอดติดขัดแต่ละระยะของการคลอด

5) ระบบการระบุตัวทารกมีระบบในการบันทึกข้อมูลการคลอด การเขียน และผูกป้ายข้อเท้าทารกโดยผูกข้อเท้าทารกแรกคลอดเด็กหญิงป้ายสีชมพูและเด็กชายป้ายสีฟ้า ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด กำหนดแนวทางปฏิบัติโดยให้มารดาตรวจสอบความถูกต้องของป้ายข้อเท้าและผูกข้อเท้าทารกต่อหน้ามารดา ทบทวนชื่อสกุลมารดา เพศ และ เวลาคลอดของทารกอีกครั้งกับพยาบาลก่อนผูกป้ายข้อเท้าทารก ซึ่งจากการปฏิบัติที่ผ่านมาไม่มีอุบัติการณ์การระบุตัวทารกผิดพลาด

**6) ระบบการทบทวน 12 กิจกรรม** มีการกำหนด CPG และมาตรฐานการพยาบาลเฉพาะโรคและกลุ่มอาการสำคัญนำ Case มาทบทวนและประชุมปรึกษาร่วมกันก่อนการปฏิบัติงานและการประชุมประจำเดือน บางกรณีปัญหานำเข้าเสนอในการประชุม PCT มีการทำ RCA ในเหตุการณ์สำคัญที่ไม่ควรปล่อยผ่าน เช่น Case การตกเลือดหลังคลอด ทารกขาดออกซิเจน การคลอดติดไหล่ การคลอดล่าช้า เป็นต้น การพัฒนาคุณภาพที่เกิดจากการทบทวน 12 กิจกรรม เช่น การเจาะ Hct stat ในกรณี Hct ANC < 30% และเตรียมจองเลือดไว้ การ Monitor NST ในผู้คลอดทุกรายขณะเบ่งคลอด จัดทำมาตรฐานการเฝ้าระวังการใช้ยา HAD ชักนำการคลอด และยับยั้งการคลอด

1.2 การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ( CQI, Clinical CQI, Clinical Risk, CPG, การใช้มาตรฐานต่างๆ และระบบอื่นๆ ที่ดี)

มีการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกวัน (Morning Conference) และนำประเด็นปัญหาสำคัญเข้าทบทวนในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานและนำประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญเข้าประชุม PCT เพื่อพัฒนาคุณภาพร่วมกับงานฝากครรภ์ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตัวอย่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (CQI) ที่สำคัญ ได้แก่

1. **CQI การลดอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด** ( เป้าหมาย 25: 1000 การเกิดมีชีพ)

จากทบทวนและวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด คลอดเกินกำหนด ระยะเวลาการเบ่งคลอดยาวนาน การคลอดระยะที่ 1 ยาวนาน เป็นต้น จากสาเหตุดังกล่าวจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด เช่น การทำ U/S ในรายอายุครรภ์ไม่แน่นอน เพื่อประเมินอายุครรภ์ น้ำคร่ำและรก ทำ NST ในรายอายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ DM, PIH, PROM ประวัติเด็กดิ้นน้อยลง ใช้ CPG ในการยับยั้งคลอดและให้ยากระตุ้นการทำงาน ปอดทารกในครรภ์รายอายุครรภ์ ≤ 33 สัปดาห์ CPG การดูแล post term ชักนำการคลอดเมื่ออายุครรภ์ 41 สัปดาห์ขึ้นไป ใช้ Pantograph ในการเฝ้าระวังการคลอดและรายงานแพทย์หากเบ่งนาน 1 ชม. ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง เพื่อป้องกันการคลอดล่าช้า มีการนำเสนอ Case Birth Asphyxia ทุกรายในการประชุมหน่วยงานและประชุม PCT

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าปี 2554- 2556 มีแนวโน้มลดลงใกล้เคียงเป้าหมาย โดยมีอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดที่ 1 นาที = 22.6, 24.86, 20.1:1000 การเกิดมีชีพตามลำดับอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดที่ 5 นาที ปี 2555-2557 = 7.5, 27.6, 5.02: 1000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับพบว่าส่วนใหญ่เป็นภาวะขาดออกซิเจนในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน ) สำหรับภาวะขาดออกซิเจนในระดับรุนแรง (0-3 คะแนน) ที่ 1 นาที พบ 3.11:1000 การเกิดมีชีพ และที่ 5 นาที พบ 0.93:1000 การเกิดมีชีพ ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด การคลอดระยะที่1ยาวนาน ทารกพิการแต่กำเนิด สำลักน้ำคร่ำในปี 58 (ต.ค.57-ส.ค.58) Apgar score นาที่ที่ 5 11.23: 1000 การเกิดมีชีพ ปี 59 อัตราการเกิด BA นาทที่1 16.18 นาทีที่5 6.47 ซึ่งมีอัตราลดลง ปี 60 อัตราการเกิด BA นาทที่ 1 14.08 นาทีที่ 5 7.01

**2) CQI ลดการอัตราการตกเลือดหลังคลอด** (เป้าหมาย < 5%) จากการทบทวนและวิเคราะห์พบว่าสาเหตุสำคัญในการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดีหลังคลอด การคลึงมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ เศษรกค้าง ขูดมดลูกทำให้เสียเลือดปริมาณมาก ความรุนแรงขึ้นกับภาวะซีดก่อนคลอดของมารดาและการประเมินการเสียเลือดผิดพลาดการช่วยเหลือในการให้สารน้ำและให้เลือดล่าช้า จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น การป้องกันภาวะซีดในระยะตั้งครรภ์ ให้เลือดในผู้คลอดที่มีความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด < 28 % เตรียมเลือดในผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป / มีประวัติตกเลือดหลังคลอด ปี 2557 ได้นำ evidence base practiceมาใช้ ได้แก่ การทำ third stage active management (ให้ Oxytocin 10 unit (1 amp im) เมื่อไหล่หน้าทารกคลอด และในกลุ่มเสี่ยงให้เพิ่ม 20 unit Drip120 cc/hr หลังรกคลอด

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ปี 2556 มีแนวโน้มลดลง สำหรับ ปี 2557 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบอัตราการตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.57-พ.ค.58) 8.67% ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากมีเศษรกค้าง ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีหน่วยงานได้มีการทบทวนและหาแนวทางป้องกัน (ทำ CQI เรื่องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด) จากการแก้ปัญหาเรื่องการมีเศษรกค้าง และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี การนำแนวทางมาใช้ในเรื่องการทำคลอดรกและการคลึงมดลูกที่มีประสิทธิภาพ พบว่าอัตราการตกเลือดจากสาเหตุดังกล่าวลดลง ในปี 59 อัตราการตกเลือด 5.5% ซึ่งสาเหตุการตกเลือด เกิดจาก การคลอดยาวนาน และทารกตัวโต ซึ่งหน่วยงานจะได้หาแนวทาง แก้ไข ต่อไป ปี 60 อัตราการตกเลือด 3.16%

**3)CQI / นวัตกรรม การลดอัตราภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกคลอด** (เป้าหมาย 5%) จากการทบทวนและวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุเกิดจากการไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกคลอด จึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันทารกเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำเช่น มีการห่อตัวทารกด้วยผ้าไหมพรม การพันตัวเด็กด้วย Wrap ในทารกกลุ่มเสี่ยง การใช้ตู้อบเด็กให้อบอุ่นในกลุ่มทารกแรกเกิดอุณหภูมิ < 36.5 องศาเซลเซียสแรกคลอดรีบเช็ดศีรษะและลำตัวทารกให้แห้ง เฝ้าระวังอุณหภูมิกายทารกทุก 30 นาที เมื่อทารกมีอุณหภูมิกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส มีแนวทางปฏิบัติในการเพิ่มอุณหภูมิกายทารกและเฝ้าระวังอุณหภูมิกายทุก 15 นาที 2 ครั้ง หากยังต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ทราบ นำนวัตกรรมอุ่นสบาย สายใยรัก มาใช้ ในการควบคุมอุณหภูมิกายทารก กรณี radiant warmer ไม่เพียงพอ

ผลการดำเนินงาน ปี 2555-2556 อัตราภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกคลอดมีแนวโน้มลดลง 9.39 และ 4.26 ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2557 (ต.ค.56 – ก.ย. 57) มีแนวโน้มลดลง โดยพบอัตรา = 3.8 % มักพบในทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นส่วนใหญ่ และในปี 58 ทารกเกิด Hypothermia 2.24% ซึ่งยังพบในกลุ่ม ทารกน้ำหนักน้อย ปี 60 เกิด Hypothermia 3.16 %

4) การลดอัตราการติดเชื้อที่สะดือทารก ปี 2554-2556 อัตราการติดเชื้อที่สะดือทารก 0% 0.27% 0.75% ตามลำดับ เห็นได้ว่า อัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจาก ญาติที่ไม่ได้รับการสอนเช็ดสะดือ และใช้อุปกรณ์ไม่ถูกต้อง มารดาไม่เช็ดสะดือเอง จึงได้มีการปรับเรื่องการให้สุขศึกษา สอนการเช็ดสะดือที่ถูกต้องแก่ญาติที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน และจัดเตรียมสำลีเช็ดสะดือปราศจากเชื้อให้กลับบ้าน มีการประเมินการเช็ดสะดือก่อนกลับบ้าน หลังจากได้นำแนวทางไปปฏิบัติและเก็บข้อมูล การติดเชื้อที่สะดือ ปี 57-58 เป็น 0 ปี 59 = 0 %ปี 60 = 0 %

5.ระวังเร็ว ติดเชื้อปลอดภัย เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาทารกที่มีการติดเชื้อได้เร็วและทันเวลา จากการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Clinical Sepsis) พบว่าทารกได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ทารกติดเชื้อรุนแรงต้องส่งไปรักษาที่ รพ.มหาราช จึงได้มีการปรับปรุงระบบการเฝ้าระวัง การติดเชื้อในทารกให้เร็วขึ้นเพื่อให้ทารกได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้ทันเวลา โดยมีแบบฟอร์มการเฝ้าระวังในทารกกลุ่มเสี่ยงและทารกกลุ่มไม่เสี่ยง กำหนดแนวทางการติดตามอาการและแนวทางการรักษาที่มีภาวะ Sepsis ผลลัพธ์การพัฒนาพบอัตราการวินิจฉัยล่าช้าเป็น 0 อัตราทารกกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามแนวทาง 100% และไม่พบอัตราการ Refer จากการติดเชื้อ

6. การลดอัตราการคลอดยาวนาน (No Prolong NO Risk) จากปัญหาในปี2559มีอัตราการคลอดล่าช้า 10% ปี 2560 (ต.ค.59-ม.ค.60) อัตราการคลอดล่าช้า 11.11% ทำให้มารดาตกเลือดหลังคลอด ทารกมีภาวะ Birth Asphyxia จากการวิเคราะห์สาเหตุการคลอดล่าช้าเกิดจากไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้คลอดระระที่ 1 ของการคลอด ทั้งแพทย์และพยาบาล จึงได้พัฒนา และกำหนดแนวทางการดูแลผู้คลอดในระยะนี้ขึ้นมาเพิ่มเติมจากเดิมและแจ้งแพทย์ให้ดูแลผู้คลอดตามมาตรฐานเดียวกันโดยเฉพาะเรื่องการใช้ Parttgraph การดูแลผู้คลอดที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด หลังจาได้มีการนำแนวทางมาปฏิบัติ พบการคลอดล่าช้า ปี 2560 (มี.ค.- ก.ย.60 ) 8.40% สาเหตุที่ยังมีการคลอดล่าช้า เนื่องจากแพทย์ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทาง

1.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

มีการกำหนดสมรรถนะหลักของบุคลากร 5 ด้าน สอดคล้องกับโรงพยาบาลกำหนดสมรรถนะเชิงวิชาชีพและคุณลักษณะของบุคลากรหน่วยงานห้องคลอดที่สอดคล้องกับโรค/ความเสี่ยงทางคลินิกสำคัญทางสูติกรรม พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยใช้กระบวนการประชุมปรึกษา การทำ RCA การสอบความรู้ การจัดบุคลากรเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมามีการจัดอบรมภายในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การดูแลผู้ป่วยภาวะช็อก การทำคลอดท่าก้น การช่วยเหลือการคลอดติดไหล่ การยับยั้งการคลอดทารกก่อนกำหนด การแปลผล NST การป้องกันทารกแรกเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ การช่วยฟื้นคืนชีพทารก การเย็บแผลฝีเย็บ การบริหารความเจ็บปวดในระยะคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งอบรมภายนอกคนละ 2 ครั้ง/ปี เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมครบทุกคน 100% มีการประเมิน Competency ทั้งความรู้และทักษะ ปีละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่ผ่านเกณฑ์ทุกคน 100%

การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

| **การพัฒนาคุณภาพ** | **กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ** | **ตัวชี้วัด** |
| --- | --- | --- |
| 1. การพัฒนาเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด | - กำหนดแนวทางการดูแลป้องกันการติดเชื้อในมารดา ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด  - กำหนดแนวทางการรักษาเมื่อผู้คลอดมีความเสี่ยงติดเชื้อและที่ติดเชื้อมาแล้ว  - กำหนดแนวทางการประเมินทารกที่เสี่ยงติดเชื้อและการรักษาทารกที่ติดเชื้อ | - อัตราการติดเชื้อในมารดาก่อนคลอด 0%  -อัตราการติดเชื้อในทารกแรกเกิด< 5% |
| 2. การพัฒนาการคัดกรองทารกที่มีภาวะลิ้นติด | - กำหนดแนวทางการคัดกรองและการประเมินทารกที่มีภาวะลิ้นติด  - นำแบบประเมิน STT (ศิริราช Toungtie) มาใช้ในการประเมิน  - ทารกต้องได้รับการแก้ไขภาวะลิ้นติด | - อัตราทารกมีภาวะลิ้นติดได้รับการแก้ไข 100%  - อัตราการดูดนมถูกต้องหลังตัดพังผืดใต้ลิ้น 100%  - อัตราแผลฝีเย็บแยก เป็น 0 |
| 3 .การลดอัตรา  แผลฝีเย็บแยก | - กำหนดวิธีการเย็บแผล และเทคนิคการเย็บ  ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน  - ทบทวนมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อเพื่อลดความเสี่ยงแผลแยก  - กำหนดแนวทางการดูแลแผลฝีเย็บ | - อัตราแผลฝีเย็บแยก เป็น 0 |
| 4.การลดอัตราการเกิดBirth asphyxia | - -มีระบบการรายงานแพทย์เมื่อการคลอดระยะที่1ยาวนาน  -รายงานแพทย์เมื่อน้ำคร่ำมีขี้เทาปน  -monitor NST ระยะคลอดทุกราย | - อัตราการเกิดBirth asphyxia  < 25:1000 การเกิดมีชีพ |

**แผนการพัฒนาต่อเนื่อง**

1. พัฒนาระบบบริการงานสูติกรรม (ANC, ห้องคลอด) ร่วมกับ เครือข่าย

2. ทบทวนการใช้ Clinical Tracer, Tigger tools พัฒนาคุณภาพบริการงานสูติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและกระตุ้นให้มีผลงานวิชาการ หรืองานวิจัยอย่างต่อเนื่อง