

## Service Profile

### ชื่อหน่วย งานห้องคลอด

#### 1. บริบท<sup>1</sup> (Context)

ให้บริการทางสูติกรรมตลอด 24 ชั่วโมง ตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยให้บริการหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปทั้งรายปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม, บริการทำคลอดปกติผิดปกติ ให้การดูแลมารดาและ ทารกหลังคลอด ทั้งภาวะปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อน และรับrefer กลับมารดาพร้อมบุตรหลังคลอดปกติและc/s หลังผ่าตัดคลอด 24ชั่วโมง และทารกจาก NICU

#### ก. ความมุ่งหมาย (Purpose) (หน้าที่และเป้าหมาย) :

ให้บริการด้วยความประทับใจ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก

#### ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service) :

- ให้บริการรักษาพยาบาลหญิงมีครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปรายปกติและที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม
- ให้บริการทำคลอดในรายปกติและรายที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์หัตถการโดยเครื่องดูดสุญญากาศ
- ให้บริการดูแลทารกแรกเกิดรายปกติและให้การรักษาพยาบาลทารกแรกคลอดรายที่มีภาวะแทรกซ้อน/ ทารกป่วย เช่นทารกตัวเหลืองหลังคลอด ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่ 1,800 กรัม ทารกมีภาวะผิดปกติที่ต้องอยู่ในตู้อบ
- ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด
- สนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- รับ refer back มารดาและทารกจากรพ. ยะลา

#### ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน) :

ผู้รับผลงาน	ช่องทางการรับรู้	ความต้องการสำคัญ
แพทย์	แบบสอบถามความต้องการ	- ประเมินภาวะเสี่ยงผู้คลอดอย่าง ถูกต้อง รวดเร็ว และ รายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที - ต้องการทีมช่วยคลอดและช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และปลอดภัย
ผู้ป่วยและญาติ	แบบสอบถามความต้องการ	- เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาไพเราะ เต็มใจให้บริการ - แม่และลูกปลอดภัยจากการคลอด - มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย - มีเสื้อผ้า/เครื่องนุ่งห่มที่สะอาดและสวยงาม - เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลากำหนด

<sup>1</sup> เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

ผู้รับผลงาน	ช่องทางการรับรู้	ความต้องการสำคัญ
OPD ,ER	แบบสอบถามความต้องการ	แนวทางการรายงานแพทย์และการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ก่อน Admit ห้องคลอด
หอผู้ป่วยหญิง	แบบสอบถามความต้องการ	ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนก่อนย้ายมารดาและทารกหลังคลอด และการส่งต่อข้อมูลในการดูแล ติดตามมารดาและทารก
Lab & X-ray	แบบสอบถามความต้องการ	ประสานงานเวลามี lab ด่วนและกรณีแพทย์สั่งX-ray ก่อน Refer
หน่วยจ่ายกลาง	แบบสอบถามความต้องการ	ส่งเครื่องมือตรงเวลา แยกของมีคม
ซักฟอก	แบบสอบถามความต้องการ	รับ- ส่งผ้าตรงเวลา ไม่มีเครื่องมือแพทย์ สำลี ตกค้างในผ้าเปื้อน
เวชปฏิบัติ ครอบครัวและ ชุมชน	แบบสอบถามความต้องการ	แจ้งยอด /รายชื่อมารดาหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20ปี มารดา และทารกที่มีภาวะเสี่ยงที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง

ง. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ :

ผู้รับผลงาน	ช่องทางการรับรู้	ความต้องการสำคัญ
OPD ,ER	แบบสอบถามความต้องการ	แนวทางการรายงานแพทย์และการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ก่อน Admit ห้องคลอด
หอผู้ป่วยหญิง	แบบสอบถามความต้องการ	ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนก่อนย้ายมารดาและทารกหลังคลอด และการส่งต่อข้อมูลในการดูแล ติดตามมารดาและทารก
Lab & X-ray	แบบสอบถามความต้องการ	ประสานงานเวลามี lab ด่วนและกรณีแพทย์สั่งX-ray ก่อน Refer
หน่วยจ่ายกลาง	แบบสอบถามความต้องการ	ส่งเครื่องมือตรงเวลา แยกของมีคม
ซักฟอก	แบบสอบถามความต้องการ	รับ- ส่งผ้าตรงเวลา ไม่มีเครื่องมือแพทย์ สำลี ตกค้างในผ้าเปื้อน
เวชปฏิบัติ ครอบครัวและ ชุมชน	แบบสอบถามความต้องการ	แจ้งยอด /รายชื่อมารดาหลังคลอดที่อายุน้อยกว่า 20ปี มารดา และทารกที่มีภาวะเสี่ยงที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่อง

จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน :

ข้อมูลด้านบริการ	หน่วย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ให้บริการทำคลอดปกติ	ราย	725	676	651	748	728	582
ให้บริการการช่วยแพทย์ทำ คลอดรายผิดปกติ	ราย	6	6	27	9	11	10
การดูแลทารกแรกเกิดปกติ	ราย	712	663	628	747	721	578
.การให้ยา Induction	ราย	60	56	67	57	59	43
.การให้ยา Magnesium sulfate	ราย	5	1	5	4	5	5
ให้ยา Bricanyl	ราย	22	26	19	41	22	38
การช่วยเหลือผู้คลอดตกเลือด หลังคลอด	ราย	4	5	7	7	11	6
เตรียมผ้าตัดคลอด	ราย	87	65	101	102	96	80
การให้เลือด	ราย	12	13	7	15	19	1
การช่วยเหลือผู้คลอดBBA	ราย	13	13	23	4	6	9
NCPR	ราย	8	8	6	4	1	3
Refer back มารดา	ราย	57	62	85	105	162	125
Refer back ทารก	ราย	44	83	120	43	14 1	119

ฉ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

- 1. เหมาะสม (Appropriateness)** ถูกต้องตามหลักวิชาการและข้อบ่งชี้  
ความถูกต้อง ครบถ้วน และรวดเร็วในการประเมิน คัดกรองความเสี่ยง การดูแลผู้รับบริการคลอด กลุ่มโรคหรือ  
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา PPH, Post term , Preterm, PIH, PROM โรคและภาวะแทรกซ้อนของทารก BA,  
Pneumonia , Jaundice , Preterm ,LBW
- 2. ความสามารถ (Competency)** ความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ  
บุคลากรทางการแพทย์มีความชำนาญในการทำคลอด การดูแลทารกแรกคลอด การเฝ้าระวัง  
ภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด กลุ่มโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา PPH, Post term , Preterm,  
PIH, PROM โรคและภาวะแทรกซ้อนของทารก BA, Pneumonia , Jaundice , Preterm ,LBW
- 3. ความต่อเนื่อง (Continuity)** ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี  
การส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพและการดูแล refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่  
บ้านหลังการจำหน่าย
- 4. ประสิทธิภาพ (Effectiveness)** การบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย  
การดูแลมารดาและทารกปลอดภัย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสายใยรักของครอบครัว
- 5. ความปลอดภัย (Safety)** ความเสี่ยงน้อย ความผิดพลาด ผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด กลุ่มโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดา PPH, Post term , Preterm, PIH, PROM โรคและภาวะแทรกซ้อนของทารก BA, Pneumonia , Jaundice , Preterm ,LBWและ เฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิด

6.เป็นที่ยอมรับ (Acceptability) หญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่ห้องคลอด คลอดกับผดุงครรภ์โบราณลดลง เมื่อมีภาวะผิดปกติรับมาโรงพยาบาล

**ช. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ :**

**ความท้าทาย**

ผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมารดาและทารก

**ความเสี่ยงที่สำคัญ**

1. มารดาเกิดภาวะ Septic shock , Preterm, PPH, Fetal distress, PIH
2. ทารกเกิดภาวะ BA, Pneumonia , Jaundice , Preterm , LBW

**ความเสี่ยงสำคัญ**

- ความเสี่ยงทั่วไป ความไม่พร้อมใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่เพียงพอ
- ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป Preterm, PPH, Fetal distress, PIH ทารก Pneumonia , Jaundice , Preterm , LBW
- ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค BA , PPH c shock ,Septic shock

**ช. ลักษณะงานและปริมาณงาน**

ข้อมูลด้านบริการ	หน่วย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนมารดาคลอด	ราย	718	694	678	748	727	582
จำนวนคลอดเฉลี่ยต่อวัน	ราย	1.97	1.90	1.86	2.04	1.99	1.59
ทารกเกิดมีชีพ	ราย	719	689	669	745	721	579
หญิงมีครรภ์ที่มีภาวะ PIH	ราย	16	8	9	18	8	12
E-clampsia	ราย	0	0 er1 บ้าน1 ราย	1 รายLR	1 รายLR	0	1 ER
Premature Contraction	ราย	41	53	51	51	46	38
Post term	ราย	75	39	66	39	37	34
ตกเลือดก่อนคลอด	ราย	0	0	0	0	0	0
PROM	ราย	20	8	13	4	18	22
PPH	ราย	1.11% (8ราย)	0.72% (5ราย)	0.74% (5ราย)	0.94% (7 ราย)	1.51% (11 ราย)	1.71 (6ราย)

ข้อมูลด้านบริการ	หน่วย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
Hypovolemic shock จาก PPH	ราย	50 % (4ราย)	20% (1ราย)	100% (5ราย)	66.66 ( 4 ราย)	18.18 ( 2 ราย)	50 ( 3 ราย)
BA	ราย	11.16 (8 ราย)	11.61% (8 ราย)	8.97% (6 ราย)	5.37% (4 ราย)	1.39 (1ราย)	2.277 (1 ราย)
ทารกตัวเหลือง On Photo	ราย	170	130	23	75	100	72
จำนวนมารดาที่ refer	ราย	84	41	64	122	118	102
จำนวนทารกที่ refer	ราย	34	14	17	21	14	16
Productivity		189.66	110.63	115.55	136.01	136.01	135.96

ณ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) : facilities & limitation :

ด้าน	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
บุคลากร ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล คนงาน	12 คน 5 คน 1 คน	-ผ่านอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้าน การบริหารทางการแพทย์ 1 คน -ผ่านอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการผดุงครรภ์ -ผ่านการอบรมการช่วยทำคลอดใน ภาวะฉุกเฉิน เช่นการคลอดติดไหล่ การทำคลอดท่าก้น การดูแล ช่วยเหลือมารดาและทารก ใน ภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน 3 คน -ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยสูติ กรรมของ PNC จังหวัด 2 คน -ประเมินสมรรถนะเฉพาะงานห้อง คลอดผ่าน 12 คน	- ไม่มีกุมารแพทย์และสูติแพทย์ - กรณีมี Refer case ห้องคลอดภายในจังหวัด เหลือพยาบาลเพียง 1 คน เรียกอัตรากำลังสำรอง พยาบาลจาก หน่วยงานอื่นมาทดแทน ขาดทักษะ ความชำนาญในการทำคลอด - พยาบาลวิชาชีพบางคน ยังขาดทักษะและความ ชำนาญใน การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉิน เช่น การคลอดติดไหล่ การทำคลอดท่าก้น การดูแล ช่วยเหลือมารดาและทารก ในภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน - พยาบาลจาก หน่วยงานอื่นมาช่วยขาดทักษะ ความชำนาญในการทำคลอด - คนงาน 1 คน เวิร์บ่าดัก ใช้ร่วมกับ ER
เครื่องมือ -Transfer Incubator	2 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	

- Electro Fetal Monitoring	2 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	
-O2 saturation	3 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	
-infusion pump	3 เครื่อง	ใช้ได้ดี 1 เครื่อง สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	
-radiant warmer	1 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	
-Phototherapy	3 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	ไม่ได้รับการสอบเทียบ เนื่องจากไม่ครบกำหนด ชั่วโมง การตรวจสอบ
- เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด Digital	2 เครื่อง	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	
- เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด Manual	1 เครื่อง	ใช้ได้ดี 1 เครื่อง สอบเทียบครั้งล่าสุด 31/5/65	ส่งซ่อม 1 เครื่อง
TCB	1เครื่อง	ใช้ได้ดี	ไม่ได้รับการสอบเทียบ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือ
<b>ด้าน</b>	<b>จำนวน</b>	<b>ศักยภาพ</b>	<b>ข้อจำกัด</b>
-Ultrasound	1 เครื่อง	ใช้ได้ดี 1 เครื่อง	เจ้าหน้าที่สอบเทียบไม่พาเครื่องมือมา รอสอบเทียบครั้งถัดไป
-เครื่องตรวจ DTX	1 เครื่อง	ใช้ได้ดี 1 เครื่อง	เจ้าหน้าที่สอบเทียบไม่พาเครื่องมือมา รอสอบเทียบครั้งถัดไป
- เครื่องกระตุ้นทารก	1 เครื่อง	ใช้ได้ดี 1 เครื่อง	เจ้าหน้าที่สอบเทียบไม่พาเครื่องมือมา รอสอบเทียบครั้งถัดไป
เทคโนโลยี HosXP		-มีระบบ Hos-XP สามารถเชื่อมโยงข้อมูลต่างได้ สะดวกในการค้นหาข้อมูล	ระบบขัดข้องเมื่อมีฟ้าผ่าเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่บนภูเขาสูง
-Internet		สามารถหาความรู้จากภายนอกได้ และสามารถดึงข้อมูลบางอย่างมาใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน	ระบบขัดข้องเมื่อมีฟ้าผ่าเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่บนภูเขาสูง
-มีเครื่องสแกนเวชระเบียน		เพื่อเก็บข้อมูลและประวัติการรักษา	

### ญ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

- เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอนก่อนและหลังให้การพยาบาล/การทำหัตถการทุกครั้ง
  - การสวมใส่ชุดป้องกันตนเองในขณะทำงาน
  - การป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน
  - การป้องกันการติดเชื้อ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
  - มารดาหลังคลอดได้รับการฟื้นฟูสุขภาพด้วยน้ำหวานเพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไประหว่างการคลอด อาหารส่งเสริมการหายของแผลฝีเย็บ สอนและกระตุ้นให้มีการบริหารร่างกายหลังคลอด
  - ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาก่อนคลอดที่มีปัญหาหัวนมสั้น แบน บอด บุ่ม ได้รับการดูแลแก้ไข และอาหารบำรุงน้ำนม หลังคลอดสามารถให้นมบุตรได้
  - สนับสนุนให้มีการนวดหลังคลอดที่บ้านโดยแผนแผนไทย

## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)<sup>2</sup>

(รวมทั้งความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอน

---

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<p><b>การประเมิน/การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง/การวางแผนการจำหน่าย</b></p> <p><b>การดูแลระยะรอคลอด</b></p> <p><b>ระยะคลอดและหลังคลอด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสมรรถนะแบบองค์รวม ประเมินความเสี่ยงแรกรับ ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการคลอด</li> <li>- ดูแล ผู้ป่วยโดยใช้ CPG/ care mapตามมาตรฐาน โดย ทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- ประเมิน /สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและจิตใจ</li> <li>- ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก</li> <li>- ส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหลังการจำหน่าย</li> </ul> <p><b>การดูแลทารกแรกคลอด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลทางเดินหายใจ</li> <li>- การดูแลอุณหภูมิกาย</li> <li>- ป้องกันการติดเชื้อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมิน วางแผนให้การดูแลรักษาพยาบาลและเฝ้าระวัง แก้ปัญหาภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการคลอด</li> <li>- มารดาและทารกได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน</li> <li>-มารดาและทารก ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด</li> <li>- มารดาและทารกได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายหลังการจำหน่ายโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.</li> <li>-ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อหลังคลอด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Delay diagnosis/refer</li> <li>-miss/ Delay diagnosis</li> <li>-delay treatment</li> <li>-Delay refer</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก</li> <li>-อัตราการ readmit</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน/บาดเจ็บจากการคลอด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด&lt;20:แสนการเกิดมีชีพ</li> <li>-มารดาตายจาก PPH =0</li> <li>-อัตราการตกเลือดหลังคลอด&lt;ร้อยละ 5</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH=0</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จาก PPHร้อยละ 25</li> <li>-อัตราการตายปริกำเนิด &lt;9:1000 การเกิดทั้งหมด</li> <li>- อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด25:1000 การเกิดมีชีพ</li> <li>- ร้อยละการเกิดภาวะ Hypothermia ในทารก</li> <li>- ร้อยละการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในทารก</li> </ul>



กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
<b>กิจกรรมคู่ขนาน</b> <b>การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ</b> -การให้ข้อมูล/ช่องทางตอบสนองความต้องการ -พฤติกรรมการบริการ	-ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ -ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้องได้รับผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ	-อุบัติการณ์ฟ้องร้อง/ปฏิเสธการรักษา	-อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ > ร้อยละ 85 -จำนวนข้อร้องเรียน / ฟ้องร้อง = 0
<b>การพัฒนาศักยภาพบุคลากร</b> -การอบรม / ประชุม / สัมมนา -หน่วยงานแห่งการเรียนรู้	-บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงานสุจริต -บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะวิกฤติ -บุคลากรได้รับการอบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	-delay treatment -บุคลากรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยภาวะวิกฤติ	-ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ 100% -บุคลากรได้รับการอบรม 10 ชม. 100%
<b>-การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร</b> -การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงาน	-บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บจากการทำงานอย่างถูกต้องตามวัฒนธรรมของหน่วยงาน/องค์กร	-อัตราการติดเชื้อบุคลากร -อุบัติการณ์บาดเจ็บจากการทำงาน	-อุบัติการณ์การติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร = 0 -ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ 20

### 3. แผนพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2565

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
เหมาะสม (Appropriateness) การประเมิน/การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการดูแล	-มีการประเมิน เสี่ยงและ ภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมดและ	-อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน/ บาดเจ็บจากการ คลอด = 0	-พัฒนาแนวทาง การรักษาและการดูแลพร้อมทั้งซ้อมแผน PPH และฝึกอบรมโดยทีม PNC ระดับจังหวัด พัฒนาระบบ

ต่อเนื่อง	ทารก	-Delay diagnosis/refer=0 -miss/ Delay diagnosis=0 -delay treatment	Fast track Refer  -พัฒนาบุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการ ปฏิบัติงานสูติกรรมและดูแล ทารก
-----------	------	--	--

#### 4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน<sup>3</sup> (Performance Indicator)

##### ตัวชี้วัดในภาพรวม

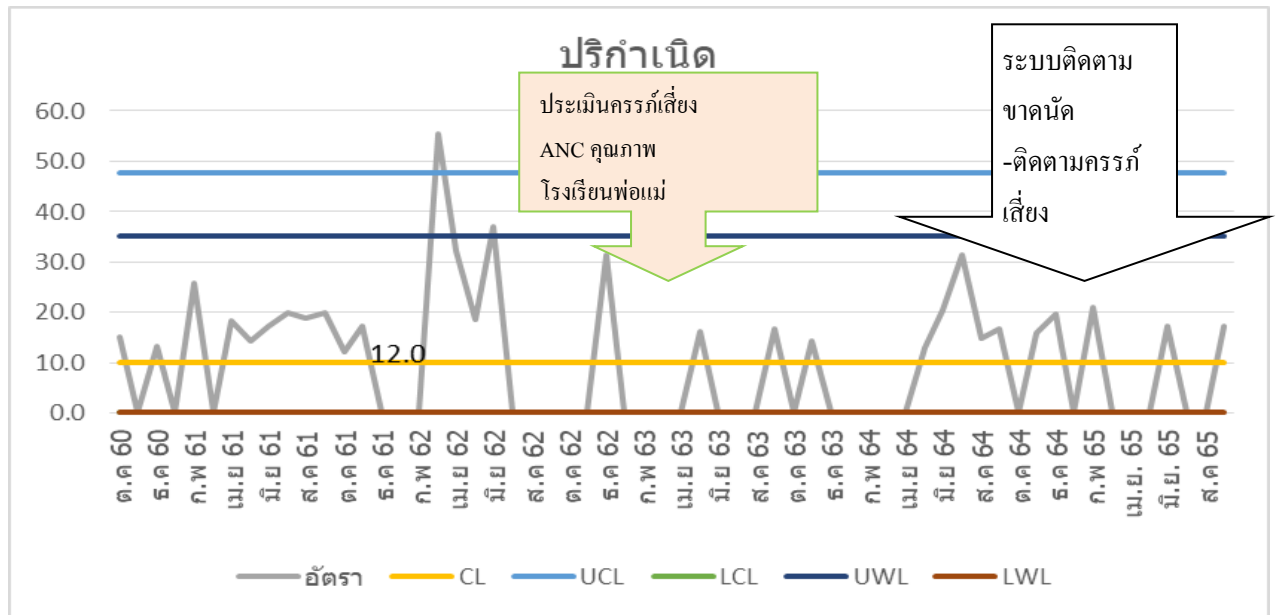
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> ร้อยละ85	83.63	93.30	90.2	85.82	86.86	85.07
2. อัตราการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอด	<20:แสน การเกิดมีชีพ	0	0	147.49 (1 ราย)	0	0	0
3. อัตราการติดเชื้อที่สะดือและผิวหนังทารก	1:1000 วัน นอน	0	0	0	0	0	0
4. อุบัติการณ์การส่งมอบทารกผิดคน	0	0	0	0	0	0	0
5. อัตราการ readmit ใน 28 วัน	ร้อยละ2	0.37 (6 ราย)	0.7 (12 ราย)	2.28 (11 ราย)	1.07 (22 ราย)	0.54 (10 ราย)	0.52 (8 ราย)
6. อุบัติการณ์ทารกได้รับบาดเจ็บจากการคลอด	0	0	1	0	1	0	1
7. ร้อยละการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	> ร้อยละ80	97.23	97.97	97.49	97.49	97.49	99.48
8. อัตราความคลาดเคลื่อนของยาและสารน้ำ	1:พันวัน นอน	0.63	8.90	2.70	4.15	0.93	1.69

<sup>3</sup> นำเสนอกาแฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

ตัวชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี2565
1.อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH	0	0	1 รายที่ ER บ้าน 1 ราย	1 รายที่ LR	1 รายที่ ER	0	1 รายที่ ER
2.ร้อยละทารกเกิดภาวะ Hypoglycemia	<ร้อยละ2	0	0.15 (1 ราย)	0.15 (1 ราย)	0	0	0.17 (1 ราย)
3.อัตราPreterm 24-34wks ได้รับ Dexametasone 2doseก่อนคลอด	ร้อยละ90	100	96.30 (26 ราย)	100	100	100	91.30
4.อัตราหญิงคลอดที่ติดเชื้อ HIV ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ก่อนคลอด	ร้อยละ90	100	100	100	100	100	100
5.ร้อยละการเกิด Rupture uteri	<ร้อยละ2	0	0	0	0	1	0
6.ร้อยละการเกิด Hematoma ที่แผลฝีเย็บ	<ร้อยละ2	0	0.14 ( 1 ราย)	0	0	0	0
7.ร้อยละการเกิดtear cervix	<ร้อยละ2	0	0.14 ( 1 ราย)	0	0	0	0
8.ร้อยละการเกิดtear 3 degree ขึ้นไป<ร้อยละ2	<ร้อยละ2	0.55 ( 4 ราย)	0.14 ( 1 ราย)	0	0.133 ( 1 ราย)	0	0.34 ( 2 ราย)
9. อัตราการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จาก PPH	<ร้อยละ25	50 ( 4 ราย)	20 ( 1 ราย)	100 ( 5 ราย)	57.14 ( 7 ราย)	22.22 ( 2 ราย)	50 ( 3 ราย)

## 1. อัตราการตายปริกำเนิด <9:1000 การเกิดทั้งหมด



อัตราการตายปริกำเนิด ในปี 2561-2565 เท่ากับ 11.51(8คน) 14.75 (10 ราย) 6.68(5 ราย) 9.63(7 ราย) และ 10.36 (6 ราย) จะเห็นได้ว่าในปี 2560-2561 ซึ่งเลยเป้าหมายที่กำหนด ตายปริกำเนิด <9:1000 ในปี 2561 มีสาเหตุจาก น้ำคร่ำมากกว่าปกติ ,ทารกผิดปกติ ,สายสะดือพันคอ ,มารดาป่วยเป็นโรคหัด ,ความดันโลหิตสูง คลอดก่อนกำหนด (27 และ 29 wks) ส่งผลให้เกิด DFUI

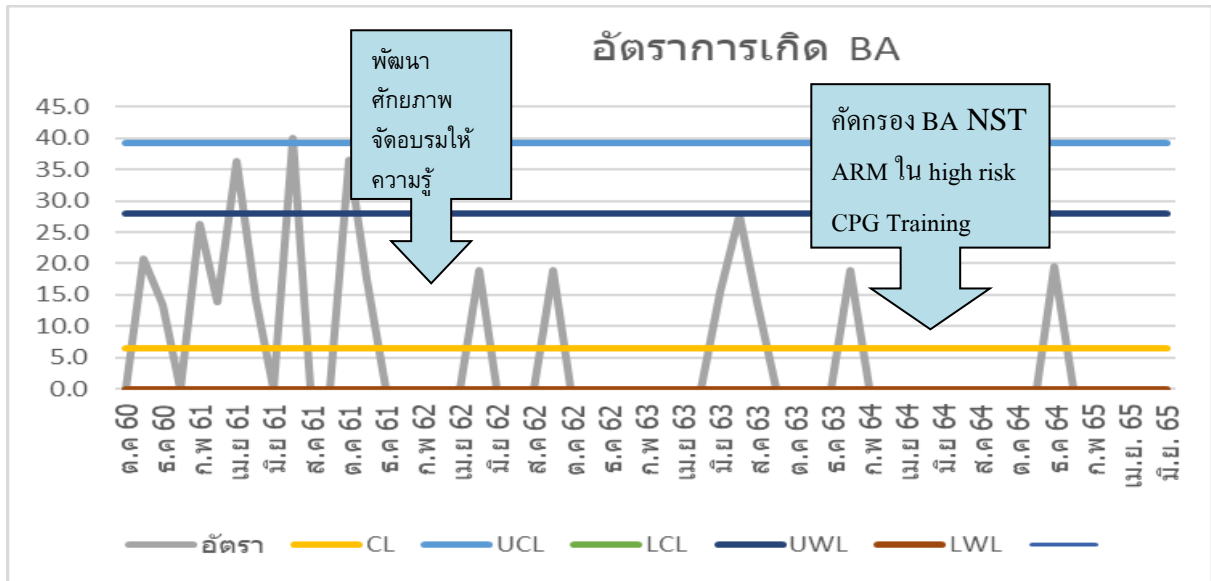
ปี 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุจากทารกไม่ตื่น ทารกผิดปกติและถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ทารก Hydrop fetatis มารดามีประวัติ GDM, สายสะดือพันคอ มารดามีภาวะทุพโภชนาการ จึงทำให้มีการประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะ DFUI โดยการส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์ และการเข้าร่วมโรงเรียนพ่อแม่ ส่งเสริมความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติที่ความมาพบแพทย์ เช่นทารกดิ้นทารกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน มีการติดตามเยี่ยมครรภ์เสี่ยงทุกเดือน

ปี 2563 สาเหตุ ทารกไม่ตื่น, thick maccomium มารดาคลอด preterm จึงทำให้มีการประเมินและเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดภาวะ DFUI เน้นการให้ความรู้มารดาและญาติเพื่อเฝ้าระวัง

ปี 2564 สาเหตุ ทารกผิดปกติแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์เกินกำหนด น้ำคร่ำน้อยคลอด มีโรคประจำตัวเบาหวาน ทารกไม่ตื่น ไม่มาตามนัดเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด -19 เน้นโรงเรียนพ่อแม่ โดยให้ญาติมีส่วนร่วม มีการติดตามเยี่ยมครรภ์เสี่ยงทุกเดือนและส่งข้อมูลการติดตามในภาพจังหวัด มีระบบติดตามขาดนัด เปิดช่องทางให้คำปรึกษากรณีมีปัญหา

ปี 2565 สาเหตุ ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกดิ้นน้อย 7 วัน ไม่มาตรวจตามนัด เน้นย้ำการนับทารกดิ้นและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ และ เน้นโรงเรียนพ่อแม่โดยให้ญาติมีส่วนร่วม มีการติดตามเยี่ยมครรภ์เสี่ยงทุกเดือน

## 2. อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 25:1000 การเกิดมีชีพ



อัตราการเกิดภาวะ BA ในปี 2561-2565 เท่ากับ, 11.61 ,8.97,5.37(4ราย) 1.39 (1ราย) และ 1.73 (1ราย) ต่อพัน การเกิดมีชีพ

ปี 2561=โรงพยาบาลแม่ข่ายมีการขยายให้ รพช ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความซับซ้อนและเสี่ยง เพิ่มขึ้น เช่น ไม่รับส่ง ต่อผู้ป่วย thick meconium ที่ FHS ดี, สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง คลอดก่อนกำหนด และพิการแต่กำเนิด ได้ปรับปรุง

- แนวทาง การคัดกรองความเสี่ยง BA และ ARM ใน high risk U/S ทุกราย

NST ทุกราย ใช้ จัดทำ CPG Standing order Training & Learning NCPR

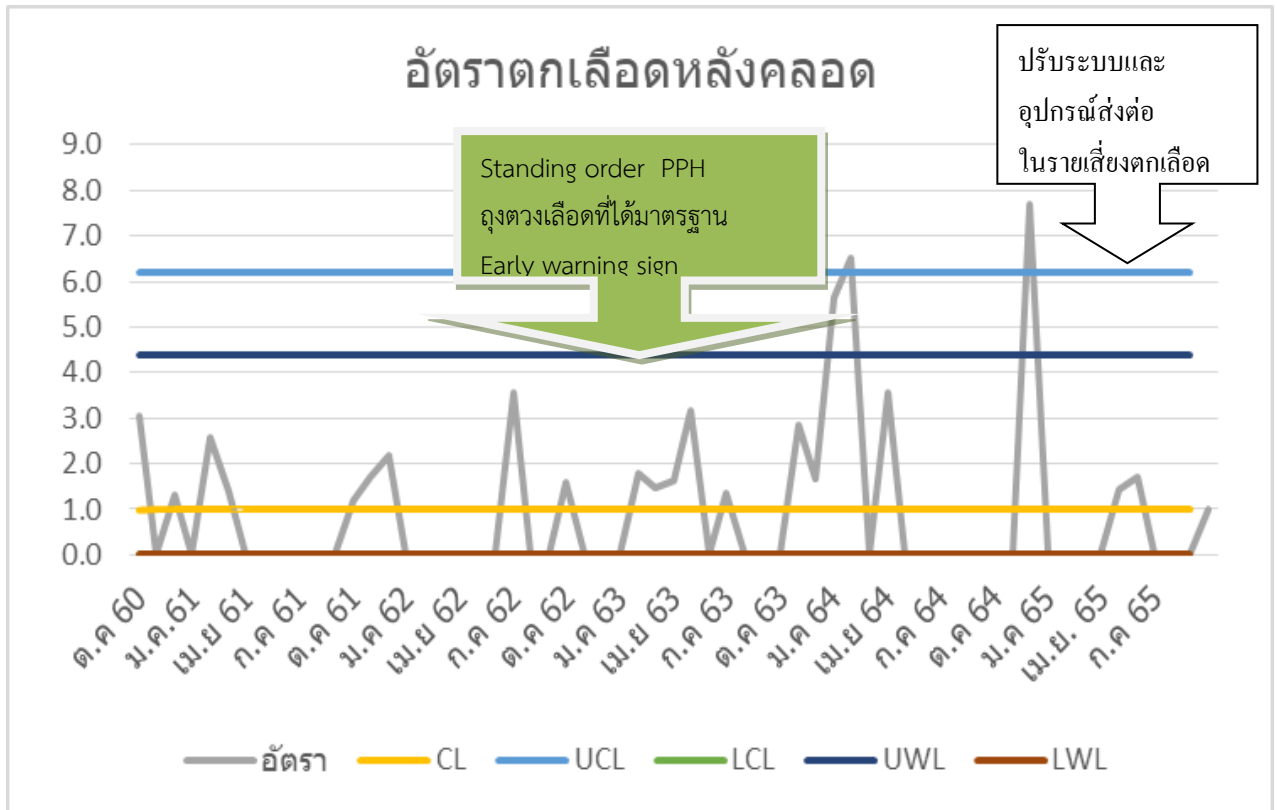
ปี 2562 สาเหตุจาก refer ไม่สำเร็จ ไม่ทำตามแนวทางการรายงาน early warning ไม่ขอความช่วยเหลือได้ ทารก คลอดติดไหล่ ทารกตัวโต คลอด V/E คลอดทำกัน พัฒนา PNC ระดับจังหวัด เพื่อวางแนวทางในการดูแลและลด การปฏิเสธ รับ refer กำหนดแนวทางการปฏิบัติ กรณีการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดใน การดูแลผู้ป่วย

ปี 2563 สาเหตุจาก thick meconium กับ fetal distress มีการวางแผนคลอดล่วงหน้าในรายที่มีภาวะเสี่ยง หรือคลอดเกินกำหนด NST ทุกรายและส่งต่อมีการพัฒนา Training & Learning NCPR

ปี 2564 สาเหตุ fetal distress มีการประเมินภาวะเสี่ยงรายงานแพทย์และ refer .ในรายที่มากการผิดปกติ

ปี 2565 สาเหตุจากมารดาตามประวัติเป็นโรคเบาหวาน ทารกตัวโต ขณะคลอดติดไหล่ ส่งผลให้เกิด BA แต่ไม่มี ภาวะ erb'palsy พัฒนาการปกติ กำหนดให้มีการประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอดทุกราย วางแผนคุมกำเนิดใน มารดาที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงต่อภาวะคลอดติดไหล่ ร่วมกับคลินิก NCD

### 3. อัตราการตกเลือดหลังคลอด <ร้อยละ 5



อัตราการเกิดภาวะ PPH ในปี 2561-2565 เท่ากับ 0.72, 0.73 ( 5 ราย) 0.94 ( 7 ราย) , 1.51( 11 ราย)

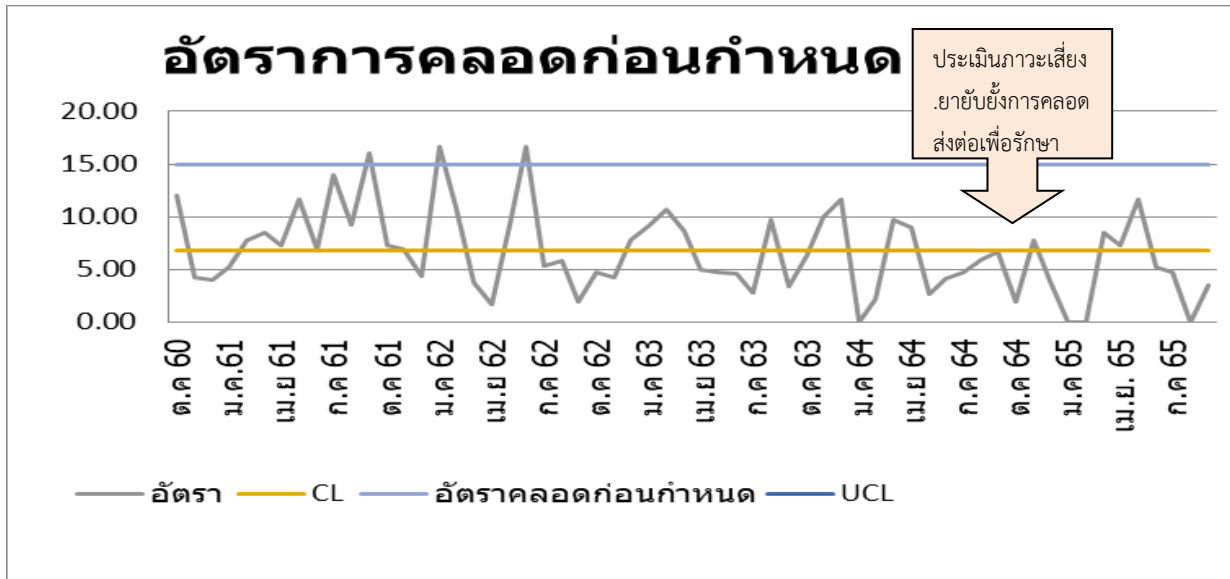
และ 1.03 ( 6 ราย) ในปี 2561 มีสาเหตุจากรกค้าง ได้จัดขบวนการส่งต่อรวดเร็วและมีการประสานงานระหว่างส่งต่อ 2562 มีแนวโน้ม PPH shock เพิ่มขึ้นโดยสาเหตุรกค้าง ไม่ทำตามแนวทางการรายงาน early warning , missed assessment shock , delayed treatment รกค้าง, delayed call for help ได้มีการปรับระบบพัฒนาทักษะการดูแลตามแนวทาง PPH โดยร่วมกับองค์กรพยาบาลและองค์กรแพทย์กำหนดแนวทางการปฏิบัติ กรณีการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนดในการดูแลผู้ป่วย

ปี 2563 สาเหตุจากรกค้าง หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง PNC ส่งผลให้เกิด PPH shock เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทาง PNC และชี้แจงแนวทางการรักษาพร้อมทั้งซ้อมแผน PPH และฝึกอบรมโดยทีม PNC ระดับจังหวัด พัฒนาระบบ Fast track Refer

ปี 2564 สาเหตุจากรกค้าง หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี ปฏิบัติตามแนวทาง PNC แต่เมื่อส่งต่อไปรอที่ห้องฉุกเฉินนานส่งผลให้เกิด PPH ได้ชี้แจงใน PNC เพื่อวางแผนแนวทางแก้ไขร่วมกัน และ พัฒนาระบบ Fast track Refer และพัฒนาระบบการดูแลด้วย telemedicine ขณะส่งต่อ มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ส่งต่อที่มีปัญหาทุกราย เพื่อนำมาปรับปรุงระบบ

ในปี 2565 สาเหตุจากคลอดที่บ้านเนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้มาโรงพยาบาลช้าและรกค้างต้องส่งต่อโรงพยาบาลยะลาและตกเลือดขณะส่งต่อส่งผลให้เกิด PPH shock ที่ ER โรงพยาบาลยะลา ทำให้เกิด PPH shock 50% และได้วางมาตรการกำหนดให้ใช้ telemedicine ในการส่งต่อและใช้เจ้าหน้าที่ 2 คน พร้อมอุปกรณ์และสารน้ำขณะส่งต่อเพื่อป้องกันภาวะ PPH shock

#### 4. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ร้อยละ 1 จากปีที่แล้ว



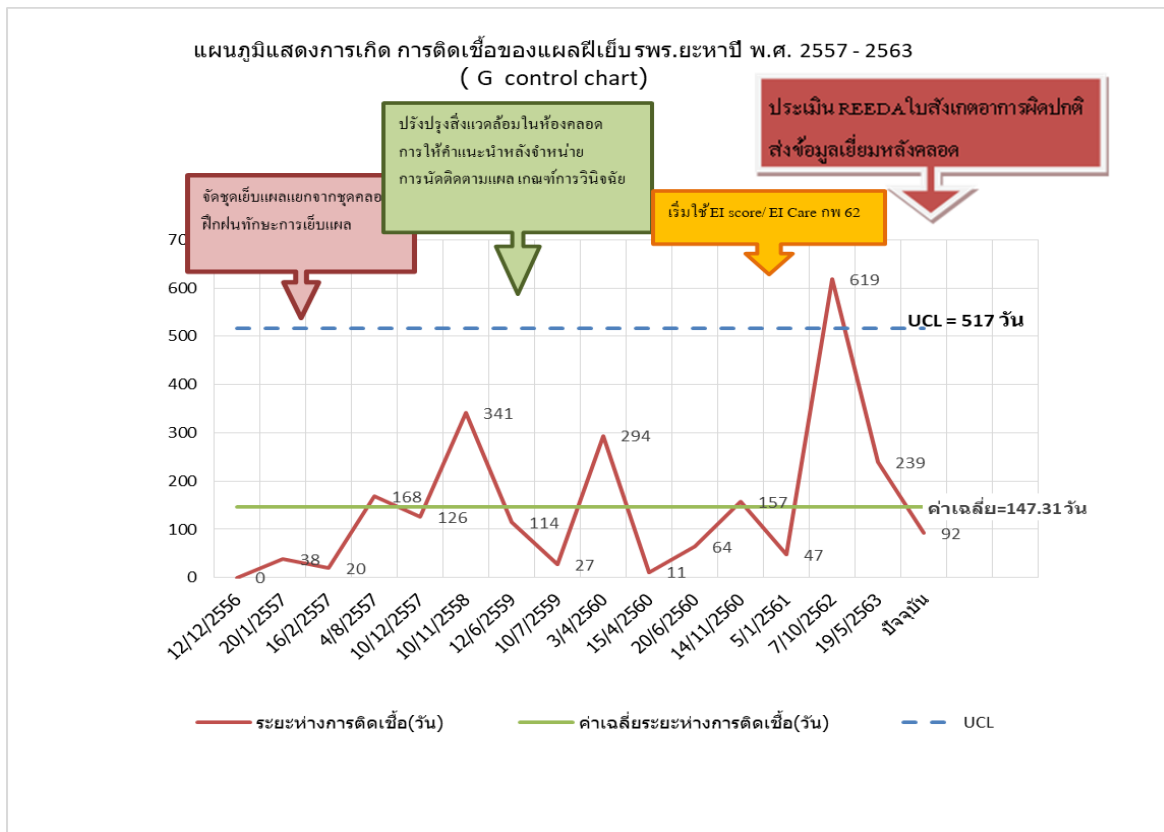
อัตราการคลอดก่อนกำหนด ในปี 2561-2564 เท่ากับ 9.37, 7.50, 6.81, 4.95 และ 5.36 จะเห็นได้ว่ามีในปี 2561 มีสาเหตุจากมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ทำผิดปกติ มีภาวะซีด DM และมีปัญหาการคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล กับมารดาผ่าตัดคลอดมาด้วยคลอดปกติก่อนถึงโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาวะ BA และเสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตก ส่งผลให้มีการประเมินความเสี่ยงภาวะคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์และดูแล ปี 2562 ให้ได้รับยาช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในรายที่มีความเสี่ยง มีการประเมินความเสี่ยงการคลอดก่อนและให้ยาช่วยป้องกันการคลอดกำหนดในขณะฝากครรภ์และที่ห้องคลอดโดยกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและมีแนวทางการรักษาพร้อมแนวทางการส่งต่อ โรงพยาบาลแม่ข่าย กรณีไม่มีตู้อบเด็กทารกคลอดก่อนกำหนด สำหรับรองรับการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนได้จัดส่งตู้อบเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดไปให้โรงพยาบาลแม่ข่าย

ปี 2563 สาเหตุจากมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด รกลอกตัวก่อนกำหนด น้ำเดินก่อนกำหนด มารับการรักษาเข้าได้เน้นการสอนโรงเรียนพ่อแม่โดยให้ญาติมีส่วนร่วม มีการติดตามเยี่ยมครรภ์เสี่ยงที่มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด และฉีดยาช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาระบบติดตามขนาดน้ำเดินเปิดช่องทางให้คำปรึกษากรณีมีปัญหา

ปี 2564 สาเหตุจากมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดจากน้ำเดินก่อนกำหนด และมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประกอบกับมีการระบาดโรคโควิด -19 ทำให้การสอนโรงเรียนพ่อแม่ไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงทำให้ มารับการรักษาเข้า จึงได้เน้นการสอนโรงเรียนพ่อแม่โดยให้ญาติมีส่วนร่วม ฉีดยาช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและระบบติดตามให้คำปรึกษาผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น

ปี 2565 อัตราเพิ่มขึ้น สาเหตุจากมีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติเช่น มีน้ำเดินก่อนกำหนด ประกอบกับมีการระบาดโรคโควิด -19 ทำให้มารักษาเข้าจึงได้เน้นการสอนโรงเรียนพ่อแม่โดยให้ญาติมีส่วนร่วมและระบบติดตามให้คำปรึกษาผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น

## 5. อัตราการติดเชื้อของแผล Episiotomy 1:1000 วันนอน



ปี 2561 งานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อร่วมกับ เจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้ทบทวนสาเหตุการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อ พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยการเกิดแผลฝีเย็บติดเชื้อมักเกิดในมารดา ครรภ์แรก มารดาที่คลอดด้วยหัตถการทางสูติศาสตร์ และมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนของการอักเสบของช่องคลอดและมีปัจจัยจากการดูแลได้แก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดขาดการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ จึงได้ร่วมการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำ นวัตกรรม การใช้ EI score และ แบบการดูแล Episiotomy care เพื่อสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บและเป็นเครื่องมือสื่อสารความเสี่ยงในทีมที่ให้การดูแล

การใช้ EI score ยังส่งผลไปถึงการตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์ชีวิตของแพทย์ผู้รักษาและปรับปรุงระบบการติดตามหลังจำหน่ายให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของมารดาแต่ละราย ส่งผลให้มีการเฝ้าระวังหลังจำหน่ายมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสามารถดักจับความผิดปกติหรืออาการนำของการอักเสบติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วทำให้

พบการติดเชื้อของแผลฝีเย็บตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2562 คิด คิดเป็น 619 วันมากกว่าค่าเฉลี่ย=147.31 วัน)และสูงกว่า UCL (เกณฑ์ที่คาดหวัง) ห้องคลอดสามารถพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อได้ดี จนถึงปี 2563 มีการติดเชื้อ 2 รายจากการทบทวนพบปัจจัยสำคัญ 2 ด้าน คือ ด้านบุคลากร สาเหตุจากเทคนิคการทำความสะอาดและปัจจัยด้าน ผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยครรภ์ มีความกังวลและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน เช่น ไม่กล้าส่องดูแผล ทำให้สังเกตอาการผิดปกติของตนเองช้าและไม่มาพบแพทย์ทันที

จึงมีการทบทวนพัฒนา.....การพัฒนาแบบการให้ความรู้เพื่อดูแลแผลฝีเย็บในหญิงหลังคลอด โดยใช้ผลการประเมินแผลฝีเย็บตามแนวทาง REEDA ใบสังเกตอาการที่ควรมาพบแพทย์และการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายในการติดตามเยี่ยมหลังคลอดในการเฝ้าระวังร่วมกัน

ปี 2564 ไม่มีการติดเชื้อแผลฝีเย็บ ได้มีการเสริมพลังในครรภ์แรกมีความกังวลและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน เช่น ไม่กล้าส่องดูแผลจึงมีการให้ความรู้และให้เจ้าหน้าที่ประเมิน EPI score ทุกรายและสาธิตพร้อมประเมิน



ความรู้ก่อนกลับบ้านทุกรายและแจก batadine ใส่แผลให้ในรายที่มีแผลฝีเย็บตั้งแต่แรกคลอดจนกลับบ้าน แต่ไม่มีระบบนัดมาดูแลเนื่องจากสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 แต่มีระบบการให้โทรและช่องทางปรึกษาปัญหา

ปี 2565 ไม่มีการติดเชื้อแผลฝีเย็บจากมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลแต่มีแผลแยกจากมารดาที่ refer back จากโรงพยาบาลยะลา โดยพบก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้มีการพัฒนาโดยการแจกยา Batadine ให้ผู้ป่วยใส่แผลทุกครั้งหลังซับน้ำและเปลี่ยนผ้าอนามัย ทำให้ไม่พบการติดเชื้อแผลฝีเย็บ

## 5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

### 5.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ให้เขียนสรุปผลการทำ CQI ที่มีการพัฒนาผ่านมาแล้ว แบบ 3C PDSA เพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว<sup>4</sup>) ความภาคภูมิใจ

**ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และ การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ** โดย สหวิชาชีพและการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่ตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด ของกรมการแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันและส่งต่อข้อมูล การดูแลที่จำเป็น ในโปรแกรม smart MOM

**Plan** - มีการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ขณะฝากครรภ์และแรกรับ มีการประเมินภาวะเสี่ยงตามแบบ ประเมินภาวะเสี่ยง มีการนัดติดตามและส่งต่อข้อมูลให้ห้องคลอดว่าแผนการการดูแลและเตรียมความพร้อม อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล หรือวางแผนส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

**Do** - มีการประเมินความเสี่ยงแรกรับ มีการรายงานแพทย์ตาม Criteria

- ทำ NST ในผู้คลอดแรกรับทุกรายและ Monitor NST เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase และระยะ Fully ให้ Monitor NST เพื่อเฝ้าระวังภาวะ fetal distress

- มีการกำหนด Criteria ค่าวิกฤต warning sign และ ระบบในการรายงานแพทย์และการขอ คำปรึกษาเพื่อวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันกับแพทย์ต่างสาขาและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้คลอดภาวะ วิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด Eclampsia จาก PIH และภาวะขาดออกซิเจน รุนแรงในทารกแรกคลอด ผู้คลอดที่มีปัญหา ด้านจิตสังคม เช่น HIV DFU Post partum blue

- มีการใช้ CPG care map ในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ PPH prevention & management , PIH management , Premature contraction management

- แบบบันทึก การพัฒนา 4 รู้สู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาล เพื่อความปลอดภัย โรค PPH PIH Fetal Distress Sepsis BA Hypoglycemia

- ใช้ SOS score ในการประเมิน Sepsis ป้องกันภาวะ Septic shock

- แนวทาง/คู่มือการดูแลมารดาและทารกโดยคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด/ PNC ระดับจังหวัด

- มีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยประสานทีมที่ดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

<sup>4</sup> สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างสั้นๆ ระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็น ข้อสรุปจากการพัฒนา

**Check** – มีกระบวนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยการทํา RCA ระดับความเสี่ยง E-I มีการทบทวน 12 กิจกรรม รายงานความเสี่ยงระบบ HRMS ทบทวนระบบส่งต่อในภาพจังหวัดและ PNC และ ประชุม

**Action** – มีสื่อสารแนวทางการดูแลที่ปรับเปลี่ยนให้ทีมผู้ดูแล เช่น แนวทางการดูแลโรค PNC แนวทางการส่งต่อ แนวทางการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งครรภ์

5.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ คือ

1. การลดอัตราการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ( เป้าหมาย 25 : 1000 การเกิดมีชีพ) จาก การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะ BA คือ thick meconium สายสะดือพันคอ คลอดติดไหล่ ทารกคลอดก่อนกำหนด คลอดเกินกำหนด

แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและลดภาวะขาดออกซิเจนในทารก

**การเข้าถึงบริการ**

- ANC มีทะเบียน EDC กำหนดวันนัดเมื่อผิदनัด และมีระบบติดตามผู้ป่วยเมื่อผิदनัด Smart MOM/sport map
- มารดา GA 40 wks ต้องประเมินน้ำหนักทารกและตำแหน่งสายสะดือ
- รพ.สต.สอนความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เรื่องการเจ็บครรภ์จริงและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

**การคัดกรอง และประเมิน**

- แบ่งภาวะเสี่ยงตั้งแต่ ฝากครรภ์และในห้องคลอดเผื่อวางแผนวางเฝ้าระวังภาวะ BA
- มีการประเมินน้ำหนักทารกด้วยการตรวจทางหน้าท้อง การวัดด้วยสายวัดและU/S โดยแพทย์กรณีสงสัยว่าทารกตัวโต
- ใช้ Patograph ในการเฝ้าระวังการคลอดและรายงานแพทย์ ในรายที่คลอดล่าช้า หาสาเหตุ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

**การตรวจวินิจฉัย**

- มีการใช้ APGAR score ในการประเมินทุกราย

**การดูแลรักษา และการส่งต่อ**

- มีแนวทางยับยั้ง Preterm โดยคัดเลือกมารดาที่มีภาวะเสี่ยงที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อได้รับยายับยั้ง Preterm
- มีแนวทางการดูแล BA
- รายงาน MCH Broad ระดับจังหวัดเพื่อกำหนดแนวทางการรับRefer และปฏิเสธ Refer ของโรงพยาบาลในเครือข่าย

**การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง**

- นำผดุงครรภ์โบราณมารับการอบรมและส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการในโรงพยาบาล

**การดูแลต่อเนื่อง**

- มีการติดตามพัฒนาการเด็ก ที่มีภาวะ BA และมีการส่งกระตุ้นพัฒนาการ หากพบว่า มี พัฒนาการช้ากว่าเกณฑ์

**ผลการดำเนินงาน**

ปี 2561 อัตราการเกิด BA=11.61 (8ราย)

ปี 2562 อัตราการเกิด BA=8.97 (6ราย)

ปี 2563 อัตราการเกิด BA=5.37(1ราย)

ปี 2564 อัตราการเกิด BA= 1.39 ( 1 ราย)

ปี 2565 อัตราการเกิด BA=1.73 (1ราย)

## 2. การลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด ( เป้าหมาย ร้อยละ5 )

จากการทบทวนและวิเคราะห์พบว่าสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด คือ รกค้าง หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ตี ความรุนแรงขึ้นกับภาวะซีดก่อนคลอดของมารดา ผู้คลอดในครรภ์หลังๆ

### แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด

#### การเข้าถึงบริการ

- ANC มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากการตกเลือดเช่น มีภาวะซีด มารดาผ่านการคลอด 4 ครั้งขึ้นไป เคยมีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน
- แก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ตกเลือดในขณะ ANC
- ทำsport map ในรายที่มีความเสี่ยง PPH

#### การคัดกรอง และประเมิน

- ประเมินภาวะเสี่ยงในห้องคลอดและแนวทางเฝ้าระวังภาวะ PPH
- ให้เลือดในผู้คลอดที่มีความเข้มข้นเลือดก่อนคลอด < 28 %
- มีการประเมินน้ำหนักทารกด้วยการตรวจทางหน้าท้อง การวัดด้วยสายวัดและU/S โดยแพทย์กรณีสงสัยว่าทารกตัวโต
- ใช้ Patograph ในการเฝ้าระวังการคลอดและรายงานแพทย์ ในรายที่คลอดล่าช้า หาสาเหตุ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

#### การตรวจวินิจฉัย

- ประเมินปริมาณเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือดในการประเมินภาวะ PPH ในการประเมินทุกราย

#### การดูแลรักษา และการส่งต่อ

- มีแนวทางการดูแล PPH เพื่อรักษา และป้องกัน Hypovolemic shock
- มีแนวทาง ทำ third stage active management ( control cord traction + oxytocin )
- จัดทีมในการดูแลช่วยเหลือ มี PPH BOX เตรียมอุปกรณ์พร้อมในการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic shock มียา cytotec nalador สารน้ำ haemaccel พร้อมในการดูแลช่วยเหลือ
- รายงาน MCH Broad ระดับจังหวัดเพื่อกำหนดแนวทางการรับRefer และปฏิเสธ Refer ของโรงพยาบาลในเครือข่าย
- ให้การดูแลตามแนวทาง PNC จังหวัด

#### การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง

- การให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ในครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป / มีประวัติตกเลือดหลัง เพื่อเฝ้าระวังและการวางแผนการตั้งครรภ์

#### การดูแลต่อเนื่อง

- มีการติดตามมารดา ที่มีภาวะ PPH เพื่อติดตามภาวะซีดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

#### ผลการดำเนินงาน

ปี 2561 อัตราการเกิด PPH= 0.72 ( 5 ราย)

ปี 2562อัตราการเกิด PPH= 0.73 ( 5 ราย)

ปี 2563 อัตราการเกิด PPH= 0.94 ( 7 ราย)

ปี 2564 อัตราการเกิด PPH= 1.51 ( 11 ราย)

ปี 2565 อัตราการเกิด PPH= 1.03 (6 ราย)

### 3 การป้องกันการเกิด Eclampsia ในผู้คลอดที่มีภาวะPIH

จากการทบทวนและวิเคราะห์พบว่าสาเหตุการชักของผู้คลอดที่มีภาวะPIH เกิดจากบุคลากรขาดทักษะในการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การวินิจฉัยผิดพลาดและการรักษาล่าช้า พยาบาลขาดทักษะความชำนาญในการเตรียมและให้ยา MgSo4

#### การเข้าถึงบริการ

- ANC มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากเช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง เคยมีประวัติ PIH ในครรภ์ก่อน
- แก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ PIH ในขณะ ANC
- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

#### การคัดกรอง และประเมิน

- แบ่งภาวะเสี่ยงในห้องคลอดและแนวทางเฝ้าระวังภาวะ PIH
- มีการประเมินน้ำหนักมารดา โปรตีนในปัสสาวะ และอาการแสดงของ PIH

#### การตรวจวินิจฉัย

- ประเมินภาวะ PIH โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย PIH ป้องกัน Eclampsia
- การปรับปรุง CPG , care map standing order ตามแนวทาง PNC

#### การดูแลรักษา และการส่งต่อ

- มีแนวทางการดูแล PIH เพื่อรักษา และป้องกัน Eclampsia
- มีแนวทาง การดูแลและส่งข้อมูลจากคลินิก high risk มายังห้องคลอด เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
- จัดทีมในการดูแลช่วยเหลือ มี Eclampsia BOX เตรียมอุปกรณ์พร้อมในการให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะ มียา MgSO4 สารน้ำ พร้อมในการดูแลช่วยเหลือ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงในขณะให้ยาและหลังให้ยา
- รายงาน MCH Broad ระดับจังหวัดเพื่อกำหนดแนวทางการรับRefer และปฏิเสธ Refer ของโรงพยาบาลในเครือข่าย และ PNC จังหวัด

#### การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง

- การให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ PIH และมีประวัติ PIH เพื่อเฝ้าระวังและการวางแผนการตั้งครรภ์

#### การดูแลต่อเนื่อง

- มีการติดตามมารดา ที่มีภาวะ PIH เพื่อติดตามภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

#### ผลการดำเนินงาน

ปี 2561 อัตราการเกิด Eclampsia = 0 er 1 รายที่ บ้าน 1 ราย

ปี 2562 อัตราการเกิด Eclampsia = 1 รายLR

ปี 2563 อัตราการเกิด Eclampsia =1 รายที่ ER

ปี 2564 อัตราการเกิด Eclampsia =0

ปี 2565 อัตราการเกิด Eclampsia = 1 รายที่ ER

#### 4. การพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Premature contraction)เพื่อยับยั้งการคลอด

จากการทบทวนและวิเคราะห์พบว่าสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด เกิดจากมารดาเข้ารับการรักษาล่าช้าทำให้ไม่ได้รับยาที่ยับยั้งการคลอด ระบบคัดกรองความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม

##### การเข้าถึงบริการ

- ANC มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากเซ็น ในครรภ์ก่อนมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกสั้นกว่า 25
- แก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้คลอดก่อนกำหนด ในขณะที่ ANC
- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และมีการนัดติดตามในผู้ป่วยผิวดำและกลุ่มเสี่ยง

##### การคัดกรอง และประเมิน

- ประเมินภาวะเสี่ยงในห้องคลอดและใช้แนวทางเฝ้าระวังภาวะ คลอดก่อนกำหนด
- มีการประเมินน้ำหนักทารก และอาการแสดงของคลอดก่อนกำหนด

##### การตรวจวินิจฉัยและส่งต่อ

- ในครรภ์ก่อนมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ส่งไปวัดขนาดของปากมดลูกที่รพ. ยะลาและมารับยาต่อที่รพ.
- ประเมินภาวะ คลอดก่อนกำหนด โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วย premature contraction ป้องกันคลอดก่อนกำหนด
- การปรับปรุง CPG , care map standing order
- ปรับปรุงแนวทางในการดูแลรักษาโดยการให้ยา ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาทักษะพยาบาล ในการตรวจ ประเมิน
- แก้ไขภาวะผิดปกติเช่นน้ำเดิน / ภาวะติดเชื้อ ภาวะ UTI และU/A พบผลผิดปกติ
- การดูแลได้รับยาที่ยับยั้งการคลอด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน
- ส่งต่อรายที่ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จไปรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

##### การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง

- การให้ข้อมูลแก่ชุมชนเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ Premature contraction และมีประวัติ Premature contraction เพื่อเฝ้าระวังและการวางแผนการตั้งครรภ์

##### การดูแลต่อเนื่อง

- ส่งหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถยับยั้งการคลอดได้สำเร็จให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สตเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายหลังการจำหน่าย
- มีการติดตามมารดา ที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและอาการผิดปกติของทารก

##### ผลการดำเนินงาน

ปี 2561 อัตราการคลอดก่อนกำหนด =9.37 %

อัตราอายุครรภ์24-34 wksได้รับยา =96.30 %  
 ปี 2562 อัตราการคลอดก่อนกำหนด =7.50 %  
 อัตราอายุครรภ์24-34 wksได้รับยา =100 %  
 ปี 2563 อัตราการคลอดก่อนกำหนด =6.81%  
 อัตราอายุครรภ์24-34 wksได้รับยา = 95.83 %  
 ปี 2564 อัตราการคลอดก่อนกำหนด =4.95%  
 อัตราอายุครรภ์24-34 wksได้รับยา = 80 %  
 ปี 2565 อัตราการคลอดก่อนกำหนด =5.36%  
 อัตราอายุครรภ์24-34 wksได้รับยา =91.30%

## 6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง<sup>5</sup>

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1. พัฒนาการดูแลมารดาและทารกให้ครอบคลุม	- ตรวจสอบและจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลมารดาและทารก - เตรียมสถานที่สำหรับผู้ป่วยแยกโรค - พัฒนาพยาบาลวิชาชีพการดูแลมารดาและทารกที่ตึกหลังคลอดเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญ	พยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะการดูแลมารดาและทารกและผ่านการอบรม PNC
2. ส่งพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดไปอบรมเฉพาะทางสูติศาสตร์และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลทารกวิกฤติ	- คัดเลือกพยาบาล พัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเกิดทักษะความชำนาญในการเตรียมพร้อมดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะผิดปกติ	- พยาบาลมีทักษะความชำนาญสามารถดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะผิดปกติ

## 7. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

ชื่อกิจกรรม ...เรื่องเล่าเช้านี้

ผู้เข้าร่วมทบทวน.....หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างาน.พยาบาลเวรและผู้ช่วยเช้าและเวรดึก

ความถี่ในการทบทวน.....1 ครั้ง/..สัปดาห์

ประเด็นที่ทบทวน .....การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

ตัวอย่างกรณีที่ทบทวน .....การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซีดและเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด

การปรับปรุงที่เกิดขึ้นหลังทบทวน

1. มีแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงตกเลือด
2. เจาะ CBC ประเมินภาวะซีด
3. ดูแลให้สารน้ำ/เลือดก่อนคลอด

<sup>5</sup> อาระบุทิศทางของการพัฒนา, โครงการสำคัญที่วางแผนไว้ หรืออาจจะระบุรายละเอียดของโครงการ (วัตถุประสงค์ กรอบเวลา ข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ)

- 4.แนวทางการดูแล CPG / order และส่งต่อ PPH ในรูปเครือข่าย PNC
- 5.ระบบ fast track PPH และส่งต่อในรายรายที่มีภาวะรบกวนป้องกันการตกเลือด
6. มีระบบสำรองเลือดและขอเลือดด่วน
7. มีการนัดติดตามหลังคลอด
8. มีระบบทบทวน RCA ทุกรายที่มีภาวะ PPH