

Service Profile¹ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

(ข้อมูลแสดงถึง ลักษณะที่มุ่งทางคลินิก หน้าที่ วัตถุประสงค์ ผลการดำเนินการ และแนวทางการพัฒนา :
เราทำอะไร ทำไปเพื่ออะไร ทำได้ดีหรือไม่อย่างไร และจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร)

ชื่อทีมทางคลินิก กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

วันที่ สรุบบทประเมิณตนเอง 3 สิงหาคม 2558

ส่วนที่ 1

1. บริบท² (Context) ลักษณะของทีมทางคลินิก ประกอบด้วย

หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัวมีหน้าที่พัฒนาและประสานระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยด้านสูติ-นรีเวชกรรมให้มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยให้ครอบคลุมการบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคืองานฝากครรภ์งานห้องคลอด ห้องคลอด นรีเวช รวมทั้งหอผู้ป่วยพิเศษและมีหน่วยงานในทีมสหสาขาได้แก่ กุมาร ER Lab OPD ORX-ray Anesth ICU เภสัชกรรม ธนาคารเลือด โภชนาการ เวชกรรมสังคม

ข. ขอบเขตการให้บริการ กลุ่มโรค/กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ (แสดงข้อมูลปริมาณเป็นสัดส่วน 3 ปีติดต่อกัน
รวมถึงปีปัจจุบัน) ศักยภาพ ข้อจำกัด (ของการให้บริการ มีด้านใดบ้าง อธิบาย.....)

ให้บริการผู้รับบริการตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิด มารดา 6 สัปดาห์ หลังคลอด ให้บริการด้านสูติ-นรีเวชกรรมรวมทั้งการวางแผนครอบครัว สำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาเช่นการวินิจฉัยก่อนคลอดโดยการเจาะเลือดจากสายสะดือเด็กทารกยามะเร็งนรีเวชระยะลุกลาม จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

.ให้ใส่สถิติ ด้วยเช่นผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับบริการ (ผู้ป่วย /ญาติ / ผู้รับบริการทั่วไป)

ผู้รับบริการ	ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญ
ผู้ป่วย	-หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการต้องการให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
	-ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้ดูแล
	-ต้องการบริการที่รวดเร็ว
	-เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี
ญาติ	-ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้ดูแล
	-ต้องการบริการที่รวดเร็ว
	-เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี

¹ ควรมีความยาวประมาณ 5-10 หน้า

² เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

ผู้รับบริการ	ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญ
ผู้รับบริการทั่วไป	-ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม
	-ต้องการบริการที่รวดเร็ว
	-เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี

ความต้องการของผู้รับมอบผลงาน / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เจ้าหน้าที่/หน่วยงาน เครือข่าย/องค์กรต่างๆ
คู่ความร่วมมือ/คู่แข่ง)

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ / ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
(ก) ผู้รับมอบผลงานภายใน หน่วยงานที่สำคัญ (ระบุเป็น กลุ่ม)	1.ผู้บริหาร : ไม่มีข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง,ผ่านการประเมินโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว,ผ่านการรับรองคุณภาพจากสรพ. 2.ห้องผ่าตัด : ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่สำคัญครบถ้วน, มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนผ่าตัดครบถ้วน ,เขียน/key set ผ่าตัดถูกคน และถูกวันเวลา 3.วิสัญญี : ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่สำคัญครบถ้วน, มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนผ่าตัดครบถ้วน 4.NICU : รับย้ายทารกที่มีภาวะผิดปกติตามเกณฑ์ที่กำหนด,มีการประสานงานที่ดีส่งต่อข้อมูลครบถ้วน, ขณะส่งต่อเตรียมอุปกรณ์ส่งต่อที่เหมาะสม 5.Labและ Blood bank : เตรียม specimen ถูกต้อง และ key Labถูกต้อง,เจาะ G/M ถูกคน เขียนใบขอเลือดถูกต้องชัดเจน เตรียมอุปกรณ์ไปรับเลือดที่เหมาะสม 6.ห้องยา : ต้องการใบสั่งยา(copy order)ที่มีข้อมูลครบถ้วนชัดเจน 7.งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน : ต้องการระบบการประสานงานที่ดี ระบบงานที่ชัดเจน 8.จ่ายกลาง : การเตรียมอุปกรณ์ที่จะนำไปแลกรับครบถ้วนถูกต้องและมีการทำลายเชื้อขั้นต้นตามมาตรฐาน พร้อมทั้งมีการตรวจนับก่อนส่ง-ก่อนรับอย่างถูกต้อง 9.X-ray : เขียนใบ request ถูกต้อง ครบถ้วน,มีการเตรียมตัวผู้ป่วยถูกต้อง ก่อนส่งตรวจพิเศษต่างๆ,ถ้าผู้ป่วยติดเชื่อต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่x-ray ทราบและใส่เครื่องป้องกันการติดเชื่อให้ผู้ป่วยทุกครั้ง 10.ซักฟอก : ทำความสะอาดผ้าชั้นต้น คัดแยกผ้าใส่อุปกรณ์ที่เหมาะสม ตรวจสอบเครื่องมือต่างๆที่มีโอกาสติดไปกับผ้าก่อนส่งผ้าทุกครั้งและตรวจนับก่อนส่ง-ก่อนรับอย่างถูกต้อง 11.โรงครัว : keyชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายถูกต้องครบถ้วน

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ / ความต้องการในการประสานงานที่สำคัญ
	12.ศูนย์ประกันสุขภาพ : ต้องการข้อมูลต่างๆที่ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อใช้ประกอบเป็นหลักฐานเรื่องสิทธิการรักษา
(ข) ผู้รับมอบผลงานภายนอก หน่วยงานที่สำคัญ (ระบุเป็นกลุ่ม)	1.โรงพยาบาลศูนย์แม่ข่าย : ได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญครบถ้วนและ การดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วย 2.โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย : ได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญครบถ้วนก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน,มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนส่งตัวมารักษาต่อและ มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ : ได้แก่ความปลอดภัย ได้มาตรฐาน ให้บริการด้วยใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญจุดเน้นในการพัฒนาของทีมนำทางคลินิก

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็นจุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1.การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย PIH	1.ทบทวนและปรับปรุงCPGการดูแลผู้ป่วยPIH 2.พัฒนาระบบการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยPIH ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ 3.พัฒนาระบบส่งต่อระหว่างรพช. และโรงพยาบาลชียนาทรเรนทรให้มีประสิทธิภาพ 4.ทบทวนเหตุการณ์กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น Eclamsia, Pulmonary edema, HELLP,ect	1. มารดา PIH ไม่เกิดภาวะชัก (Eclamsia) ขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2.มารดาและทารกไม่เกิดภาวะที่รุนแรง เช่น Pulmonary edema , HELLP Syndrome , DIC , Dead, Birth asphyxia	1. อัตราการเกิด Eclamsia ขณะอยู่รพ. 2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยPIH ขณะอยู่รพ. 3. อัตราตายของมารดาที่มีสาเหตุจาก PIH
2.การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง	1. มีระบบเฝ้าระวังที่เน Early detection เช่นการตรวจ blood loss ที่แม่นยำ,มี marker blood lossที่300 ml เพื่อเตือนให้หาสาเหตุและรักษาก่อนที่จะเกิด PPH 2. พัฒนาศักยภาพ จนท.เพื่อประเมินและวินิจฉัยที่รวดเร็ว ป้องกันภาวะ Shock 3. พัฒนาระบบส่งต่อมารดา PPH จากรพ.ชุมชนให้มีประสิทธิภาพ 4. ทบทวนตัวชี้วัด severe PPH	1. ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด 2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Shock ,Hysterectomy) 3. ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	1. อัตราการเกิด PPH 2 .อัตราการเกิด PPH ที่รุนแรง 3. อัตราตายจากPPH

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
3.การป้องกันภาวะทารก แรกเกิดขาดออกซิเจน	1. เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในห้องคลอด & จุดแรกรับ - แรกรับต้องทำ NSTและสูติแพทย์ต้องแปลผลทุกราย(ทางตรงหรือ LINE) - ประเมิน risk โดยดูเกณฑ์เสี่ยงที่ PCT กำหนดถ้ามีความเสี่ยงให้ปฏิบัติตามแนวทาง - ติด FHR Monitoring ใน Active phase ทุกราย,หรือถ้า Case risk ติด ทั้ง Latent phase และ Active phase 2. จัดหาเครื่อง Fetal Monitor ให้เพียงพอ(4 เตียงคลอด,8 เตียงรอคลอด) 3. Revise เรื่องระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาให้ชัดเจนโดยทำเป็น Safety maternal & neonatal guidelines (<u>flow</u>, <u>detail</u>) 4. ประสาน รพช. – ปรีक्षा FHR Tracing กับสูติแพทย์ทาง LINE โดยตรง	1. ลดอัตราการเกิดBA 2. ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของทารกที่มีภาวะ BA	1. อัตราการเกิดภาวะ BA 2. อัตราตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจากBA
4.การวินิจฉัย/รักษา ภาวะ ตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ ถูกต้อง รวดเร็ว	1. พัฒนาศักยภาพ จนท.ในการประเมิน/วินิจฉัยที่รวดเร็วเพื่อป้องกันภาวะ shock (สอนแพทย์ใช้ทุนทำ U/S ,เน้นตรวจ UPTในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มาด้วยปวดท้อง) 2. เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อกับรพช.โดยเน้น fast track กรณีเกิดภาวะ shockหรือสงสัย Rupture Ectopic preg. 3.ทบทวน case Ectopic preg.ที่วินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า	1.ไม่เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้า 2.ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตในผู้ป่วย Ectopic preg.	1. อัตราการวินิจฉัย Ectopic preg. ผิดพลาด/ล่าช้า 2. อัตราตายของผู้ป่วย Ectopic preg.

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็นจุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
5. Preterm labor	1.กำหนดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์, ระยะคลอด,ระยะหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะ Preterm labor 2.เน้น early detectionให้กับหญิงตั้งครรภ์ จนท.ที่ดูแลทั้งหมด (รพสต.,รพช.,รพท.) 3. ได้รับการรักษา preterm labor แต่เนิ่นๆ(Early Treatment) 4. พัฒนาระบบส่งต่อและนำ CPG ให้ปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันทั้งในรพ. ชัยนาทนเรนทรและรพ.ชุมชน	1. ลดอัตราการเกิด BA ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด 2. ลดอัตราตายของทารก 0-7 วัน ที่คลอดก่อนกำหนด	1. อัตรามารดาที่คลอดก่อนกำหนด 2. อัตราการเกิดBAในทารกก่อนกำหนด 3. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดสำเร็จ (คลอด $\geq$ 37 wk) 4. อัตราตายของทารก 0-7 วัน ที่คลอดก่อนกำหนด
6. การคัดกรองและค้นหา มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก	1.ส่งพยาบาลเข้าอบรมโครงการตรวจ pap smear เบื้องต้นวิธี VIA 2. Screening pap smear เชิงรุกโดย วิธี VIA ใน cup เมือง, รพช., รพสต. ใน จ.ชัยนาท 3.จัดกิจกรรมเดือนแห่งการส่งเสริมสุขภาพสตรีโดย ทำ pap smear(สตรี เวชกรรม รพสต อสม ชุมชน)	ลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive CA) ผิดปกติ / screening ทั้งหมด	1.อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ $\geq$ 30 ปีของcup เมือง 2.อัตราการค้นพบเซลล์ผิดปกติในระยะเริ่มแรกของปากมดลูก 3.อัตราการเกิดมะเร็งระยะลุกลาม(invasive CA) รายใหม่
7. การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. ดำเนินงานตามมาตรฐานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว 2.พัฒนาระบบและแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3.ให้บริการคลินิกนมแม่แก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาการให้นมบุตร	1. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน 2. มารดาหลังคลอดที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1.อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2.อัตราการคลอดที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ก่อนจำหน่าย

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมที่ตอบสนองและจัดเป็น จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
	4. ตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว เพื่อแกนนำในการส่งเสริมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ 5. ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน		
8.Teenage pregnancy	1. ให้ความรู้กับเยาวชนในเรื่องการ ป้องกันการตั้งครรภ์และการมี เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย 2. ชณะตั้งครรภ์ให้การดูแลตาม มาตรฐานร่วมกับเครือข่ายสังคม 3. ให้บริการคุมกำเนิดให้กับมารดา ที่อายุ < 20 ปี ก่อนจำหน่ายออก จากร.พ(ยาฝังคุมกำเนิด, ฉีดยาคุม) หรือแนะนำทำหมันกรณีมีบุตร พอแล้ว	1. เยาวชนมีความรู้และ ทักษะในการจัดการกับ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องเพศได้ไม่นำไปสู่การ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2. เยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่ พร้อมได้รับการช่วยเหลือ จากสหสาขาวิชาชีพและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี ทักษะชีวิตไม่กลับไป ตั้งครรภ์ไม่พร้อมซ้ำ	1. ร้อยละของการคลอด โดยมารดาอายุ < 20 ปี 2. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ < 20 ปีที่มากลอดหรือ แท้งบุตรและเป็นการ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป 3. ร้อยละของมารดาที่ อายุ < 20 ปีที่ได้รับ บริการคุมกำเนิดหลัง คลอดหรือแท้งก่อน ออกจาก ร.พ

จ. ปริมาณงาน และทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) ที่สำคัญของทีมนำทางคลินิก (ควรแสดงข้อมูล 3 ปี ติดต่อกันรวมปีปัจจุบัน) (อาจแสดงข้อมูลเป็นตาราง หรือกราฟเพื่อให้กระชับ และเข้าใจง่ายขึ้น)

ด้านบุคลากร (แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ / พยาบาลเทคนิค / ผู้ช่วยพยาบาล /

บุคลากร	จำนวน				ศักยภาพ / ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	ข้อจำกัด
	2555	2556	2557	2558		
สูติ-นรีแพทย์	4	4	4	4	มีความเชี่ยวชาญการดูแลรักษาผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	
ห้องคลอด	13	13	13	12	- การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ 1คน (หัวหน้างาน)	มีพยาบาล เฉพาะทางสาขา
RN	12	12	12	12	-พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอบรมเชิงปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด,สามารถทำ คลอดปกติและช่วยแพทย์ทำสูติศาสตร์หัตถการ	การผดุงครรภ์ เพียงคนเดียว
TN	1	1	1	0		

บุคลากร	จำนวน				ศักยภาพ / ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	ข้อจำกัด
หลังคลอด	11	11	11	10	-พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคทุกคน ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่และอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพใน ทารกแรกเกิด	
RN	10	10	10	9		
TN	1	1	1	1		
นรีเวช	12	12	11	10	-พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคทุกคน ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่และอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพใน ทารกแรกเกิด	
RN	10	10	10	9		
TN	2	2	1	1		
ป่ว2	9	9	9	9	-พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคทุกคน ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่และอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพใน ทารกแรกเกิด	
RN	8	8	7	7		
TN	1	1	1	1		
PN	-	-	1	1		
ANC	1	1	1	1	-พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	มีพยาบาลที่ รับผิดชอบงาน ANCคนเดียว
RN	1	1	1	1	-ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย	

เครื่องมือ /เทคโนโลยี ที่สำคัญ

เครื่องมือ /เทคโนโลยี	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1.เครื่อง Ultrasound	2 เครื่อง (ANC=1,LR=1)		
2.electric fetal monitor	2 เครื่อง (LR)		
3.central monitor	1ชุด (7 เครื่อง LR)		
4.vacuum extraction	1 เครื่อง (3หัว)		
5.forceps extractor	8 ชุด		
6.infusion pump	7 เครื่อง (LR=3 PP=2,GYN=2)		
7.dinamap	2 เครื่อง (LR=2, GYN=2)		
8.patient monitor	6 เครื่อง (LR=3,PP=3)		ส่งซ่อม 2 เครื่อง (PP)
9.radiant warmer	4 เครื่อง (LR= 2, PP=1, OR=1)		
10.set CPR	4 เครื่อง(LR=1,PP=1,GYN=1,ปั๊ม2=1)		
11.Colposcope	1เครื่อง (OR)		
12.laparoscope	1 เครื่อง (OR ใช้ร่วมกับศัลยกรรม)		
13.เครื่องจีเย็น	1 เครื่อง (OR)		
14. electric suction	3 เครื่อง (LR=1, PP=1 ,GYN=1)		
15.Oxygen sat	3 เครื่อง (LR)		
16. drop tone	2 เครื่อง (LR)		
17. เครื่องปั่น Hematocrit	1เครื่อง (GYN=1)		
18. เครื่องตรวจ TCB	1 เครื่อง (PP=1)		
19. เครื่องวัด MB	1 เครื่อง (PP=1)		

ข. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของหน่วยงาน)

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ (กิจกรรม/แผนงาน/โครงการอะไรบ้าง)

มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานสูติ-นรีเวชประจำปีตามแนวทางของงานอาชีวเวชกรรมดังนี้

1.1 การตรวจสุขภาพประจำปี

เพื่อค้นหาความเสี่ยงและการรักษาโรคระยะแรก เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ตรวจสุขภาพจะได้รับสมุดบันทึก รายงานผลการตรวจและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีในกรณีที่พบปัญหาทางด้านสุขภาพทางกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมจะมีหนังสือแจ้งหัวหน้าหน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ปลอดภัย(จบ.)เพื่อติดตาม ให้มาพบแพทย์

1.2 เจ้าหน้าที่ในกลุ่มสุขภาพดีหรือกลุ่มเสี่ยง เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยหลัก 3 อ ,2ส

1.3 เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เป็นเบาหวาน จะมีการติดตามจากจนท.งานอาชีวเวชกรรมเพื่อพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอทั้งมีการนัดตรวจจอประสาทตา ตรวจฟัน

1.4 เจ้าหน้าที่ปลอดภัย (จป.) ของแต่ละหน่วยงาน กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของตนเองและ จป.ประจำหน่วยงานเข้าอบรมการตรวจประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน และสำรวจความเสี่ยงที่จะเกิดจากการทำงานในหน่วยงานของตนเองส่งงานอาชีวเวชกรรม

1.5 กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลทุกปี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2555	2556	2557	2558
1.อัตราเจ้าหน้าที่ตรวจสุขภาพประจำปี	100%	97.82	97.82	97.82	100
2.จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีค่า BMI ผิดปกติ	0				
- BMI > 25		12	10	10	11
- BMI < 18.5		-	-	-	-
3.จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มี ไขมันในเลือดสูง	0	20	20	19	19
4.จำนวนจนท.ที่มีโรคประจำตัว	0				
- เบาหวาน		3	3	3	3
- ความดันโลหิตสูง		8	8	8	8
- อื่นๆ		-	-	1	2

2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

2.1 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ตั้งแต่แรกได้รับรวมถึงการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านรวมทั้งการมา Follow up ตามนัด

2.2 ให้คำแนะนำรายบุคคล/กลุ่ม ในผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างเช่นการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การควบคุมอาหารในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น

2.3 ส่งพยาบาลเข้าอบรมโครงการ ตรวจ pap smear เบื้องต้นวิธี VIA และ รณรงค์ Screening pap smear เชิงรุก โดย วิธี VIA ใน cup เมือง, รพช., รพสต. ใน จ.ชัยนาท

2.4 ร่วมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม , งานสังคมสงเคราะห์ จัดทำ โครงการสร้างเสริมความรู้ โครงการป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชนในจังหวัดชัยนาท และจัดตั้งคลินิกวัยรุ่นวัยใส เพื่อให้คำปรึกษาปัญหาในวัยรุ่น

2.5 มีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

3. ให้บริการคลินิกนมแม่แก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาในการให้นมบุตร โดย “Miss นมแม่”

4. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

4.1 มีการประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนและรพสต.ในเครือข่ายในการส่งต่อ-รับผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องเช่นการดูแลผู้ป่วย PIH การดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

4.2 จัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อเป็นแกนนำในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

5. กระบวนการหลักที่สำคัญ³ (Key Processes) ของทีมนำทางคลินิกที่ส่งผลลัพธ์ที่ดี และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ (อาจแสดงแผนภูมิกระบวนการทำงานประกอบ)

****ให้พิจารณาจากกระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยใน SPA Part III + Frame work ตั้งแต่การเข้าถึง – การดูแลต่อเนื่อง****

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator)
1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) - มี การกำหนดแนวทางการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสุตินรีเวชกรรมในเวลาและนอกเวลา ราชการ	1. ผู้ป่วยสุติ-นรีเวชทั่วไป พบแพทย์ที่ห้องตรวจสุติ-นรีเวชและหากพบปัญหาหารือร่วมกับแผนกอื่นๆ ต้องได้รับ Consult ตามระบบ 2. ผู้ป่วยฉุกเฉินด้านสุตินรีเวชได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นที่ ER และมีการประสานงานกับสูติแพทย์ทุกราย 3. ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาตั้งแต่แรกรับ	- ความล่าช้า การรอคอยตรวจนาน - ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ - การส่งผู้ป่วยไป-มาระหว่างหน่วยงาน - ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ	1. ระยะเวลาการรอคอย 2. อัตราความพึงพอใจผู้ป่วย 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาล่าช้าในโรคกลุ่มเสี่ยง 4. อัตราผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้รับการดูแลรักษาภายใน 5 นาทีตั้งแต่พบผู้ป่วย
2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) -กำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง(PIH, Ectopic preg, PPH)	1. ประเมินปัญหาและความต้องการถูกต้องรวดเร็วและครอบคลุม 2. ประเมินปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญถูกต้องและวางแผนในการดูแลรักษาทันที่ 3. ประเมินผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยได้เหมาะสม	-การวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า -ผู้ป่วย PIHชักขณะรอตรวจ/ขณะอยู่ในโรงพยาบาล -ผู้ป่วยคลอด/abortion ระหว่าง transfer -การadmitผู้ป่วยEctopic pregnancyผิดแผนก	1. อุบัติการณ์ของการตรวจวินิจฉัยผิดพลาด/การรับผู้ป่วยผิดแผนก 2. อัตราการชักในผู้ป่วย PIHใน รพ. 3. อัตราการเกิดภาวะ Shockในผู้ป่วย Ectopic pregnancyในรพ.

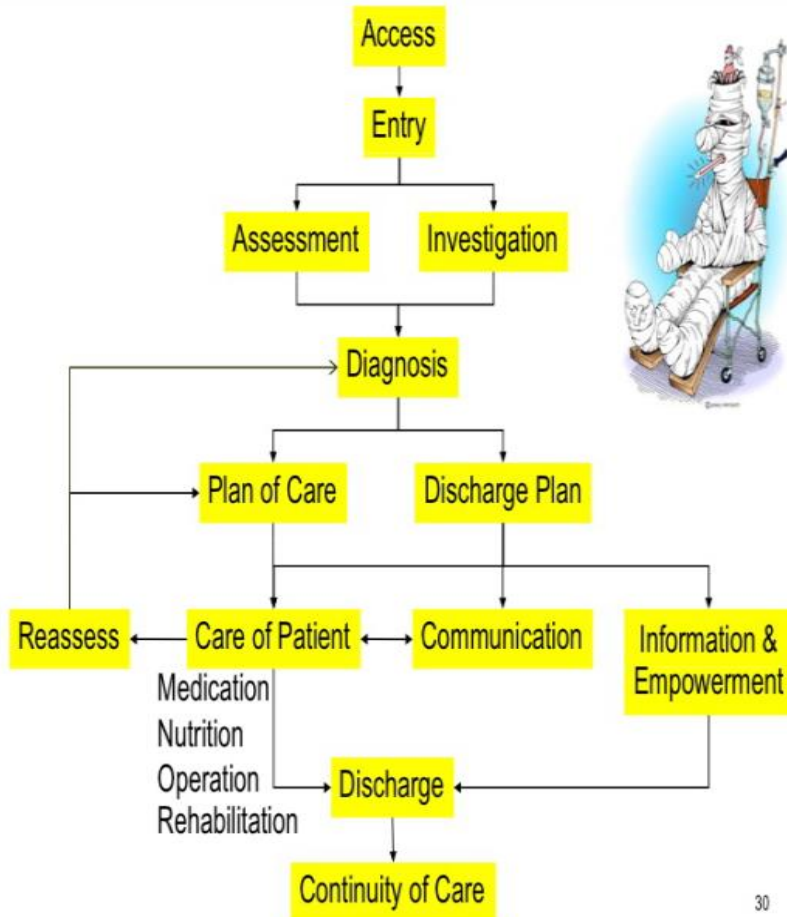
³สรุป 1 – 2 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มิใช่เฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator)
3.การวางแผน (Planning) 3.1 การวางแผนทั่วไป 3.2 การวางแผนเฉพาะราย/โรค	1. ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ 2. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย 3. มารดาหลังคลอดได้รับคำแนะนำและดูแลปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม	1. การ Re – admitในกลุ่มผู้ป่วย PIH, DM,Preterm LP,Post D&C, Post TAH โดยไม่ได้วางแผน 2. ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมผู้ดูแล	1. อัตราการ Re – admitในกลุ่มผู้ป่วย PIH, DM,Preterm LP,Post D&C, Post TAH 2. ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 3. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ส่งต่อได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ PCU ใกล้บ้าน
4.การดูแลผู้ป่วย (Care delivery) 4.1 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป 4.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง -กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง(PIH, Ectopic preg, PPH)และการดูแลผู้ป่วยทั่วไป	1. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที มีมาตรฐาน ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านสูติ-นรีเวชทราบข้อมูล แผนการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด มีความปลอดภัยขณะผ่าตัด/หลังผ่าตัด	1. การเสียชีวิตของผู้ป่วย PIH, PPH, Ectopic pregnancy ที่มารักษาในรพ. 2. Eclamsia ในผู้ป่วยPIH 3. Shock ในผู้ป่วย Ectopic pregnancy, PPH 4. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 5. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและแผล Episiotomy	2. อัตราตายของมารดาที่มีสาเหตุจาก PIH, PPH, Ectopic pregnancy 3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะอยู่ในรพ. ในผู้ป่วย PIH, PPH 4. อัตราการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย Ectopic pregnancyในรพ. 5. อัตราตายของผู้ป่วย Ectopic pregnancy 5. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 6. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวัง (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key Risk)	ตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Performance Indicator)
5. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information & Empowerment)	1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การดูแลรักษา การผ่าตัด และการปฏิบัติตัว อย่างถูกต้อง 2. มารดาหลังคลอดได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการลูกด้วยนมแม่ถูกต้อง ครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปในทางที่ดี	-ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา/รับทราบข้อมูลการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง	1. อัตราการ Re-admit ด้วยโรคเดิม ภายใน 28 วัน ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน 6 เดือน
6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care)	1. มีระบบการวางแผนดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ 2. มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา กับ รพช., สอ. เพื่อกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่อง 3. มีอาสาสมัคร/กลุ่ม ดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเครือข่าย	-ไม่ได้รับการวางแผนดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ/ไม่มีการส่งต่อข้อมูลในการดูแลรักษาไปยังชุมชน	1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน 2. อัตราการมาตรวจตามนัด 3. อัตราการเยี่ยมติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน Cup เมือง

แนวทางการวิเคราะห์กระบวนการหลัก = Patient care process + มาตรฐาน + SPA in Action

โดยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นตัวร้อยเรียง



มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

ภาษาไทย

ปรับปรุง เมษายน 2554

+ SPA in Action

6. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่สอดคล้องกับบริบท)

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	1.ภาวะ severe birth asphyxia ประเด็นที่พบ - ไม่ได้แปลผล NST โดยแพทย์ทุกรายหญิงตั้งครรภ์ที่ admit ห้องคลอด - ขาดการประเมินเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง - ความล่าช้า ในการตัดสินใจให้การรักษา กรณีที่มีภาวะเสียงหัวใจทารกในครรภ์เต้นผิดปกติ	เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในห้องคลอด & จุดแรกรับ 1. แรกรับต้องทำ NSTและสูติแพทย์ต้องแปลผลทุกราย(ทางตรงหรือ LINE) 2. ประเมิน risk โดยดูเกณฑ์เสี่ยงที่ PCT กำหนดถ้ามีความเสี่ยงให้ปฏิบัติตามแนวทาง 3. ติด FHR Monitoring ใน Active phase ทุกราย , หรือถ้า Case risk ติดทั้ง Latent phase และ Active phase 4. จัดหาเครื่อง Fetal Monitor ให้เพียงพอ (4 เตียงคลอด, 8 เตียงรอคลอด) 5. Revise เรื่องระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาให้ชัดเจนโดยทำเป็น Safety maternal & neonatal guidelines (flow, detail) 6. ประสาน รพช. – ปรีกษา FHR Tracing กับสูติแพทย์ทาง LINE โดยตรง

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	2.เซ็นยินยอมทำผ่าตัดคลอดและทำหมันแต่แพทย์ไม่ได้ทำหมันให้ ประเด็นที่พบ - รับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์เพิ่มเติมเรื่องการผ่าตัดแต่ไม่ได้เขียนเพิ่มใน order - การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในการเซ็นยินยอมรับการผ่าตัดไม่ครอบคลุมเรื่องการรักษา ข้อดี / ข้อเสีย การผ่าตัด - ขาดการประสานงานของจนท.ในห้องคลอดกับแพทย์ และจนท.ในห้องผ่าตัด - คำสั่งการผ่าตัด กับใบเซ็นยินยอม ไม่ตรงกัน - ขาดการตรวจสอบการเซ็นยินยอมการทำผ่าตัดกับใบทำผ่าตัด (Operative note) และวิสัญญี (Anesthetic record) - ขาดการให้ข้อมูลการผ่าตัดกับมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน	- เมื่อมีการเพิ่มเติมการรักษาต้องสื่อสารให้แพทย์ทราบโดยเขียนใน order และแพทย์เซ็นกำกับภายใน 24 ชั่วโมง - การให้เซ็นยินยอมทำผ่าตัดต้องให้ข้อมูลในเรื่องการรักษาข้อดี / ข้อเสียของการผ่าตัด - ถ้ามีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมการรักษา/การผ่าตัด ต้องแจ้งแพทย์ และจนท.ห้องผ่าตัดทราบ ทุกครั้ง - ก่อนทำผ่าตัดต้องตรวจสอบ การเซ็นยินยอม คำสั่งการรักษา การตั้งครรภ์ ถ้าเป็นครรภ์หลังให้ถามเรื่องการทำหมันทุกครั้ง - ขณะทำผ่าตัดต้องตรวจสอบว่าผ่าตัดตรงกับคำสั่งและการเซ็นยินยอมหรือไม่ ถ้าไม่ตรงต้องทักท้วงก่อนที่จะปิดการทำผ่าตัด - ใบ Operative note และใบ Anesthetic record ต้องถูกต้องตรงกัน - หากมีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำผ่าตัดตามใบยินยอมการผ่าตัด แพทย์ต้องสื่อสารข้อมูลในใบ Operative note และใน progress note ให้ชัดเจน เพื่อให้ทีมผู้ดูแลต่อรับทราบหลังการทำผ่าตัด - เมื่อรับผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดต้องมีการตรวจสอบการเซ็นยินยอม ใบ Operative note และใบ Anesthetic record ให้ต้องถูกต้องตรงกันถ้าผิดปกติให้สอบถามทันที และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ - ทีม แพทย์ และพยาบาลที่ดูแลหลังผ่าตัดแจ้งข้อมูลการผ่าตัดกับผู้ป่วยและบันทึกในเวชระเบียนให้ครบถ้วน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	3.คลอดบุตรเกินนอนขณะนำส่งadmit (threatened abortion) ประเด็นที่พบ - ไม่ได้ประเมินผู้ป่วยโดยการตรวจภายในก่อน admit ผู้ป่วยเข้า ward	ควรมีการประเมินเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมาทำงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน - หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดท้องควรมีการประเมินการแบ่งคลอดและตรวจภายในทุกราย - ผู้ป่วยAbortion - ควรตรวจภายในทุกรายโดยแพทย์ - ประเมิน Active bleeding
	4. ภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH ประเด็นที่พบ - ให้อาา MgSO₄ ล่าช้าและผิดความแรง -ได้รับยาตาม CPG การดูแลผู้ป่วย PIH แต่ยังไม่สามารถป้องกันการชักได้	-หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติชักหรือความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ามาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถให้อาา MgSO₄ ได้ทันทีและควรนำแนวทางการให้อาา MgSO₄ / guide line ไว้ที่ ER เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา PIH ปรับมาตรฐานการรักษาโดยยึดตามแนวทางราชวิทยาลัยสูติ - เดิม 10% MgSO₄ 4 gms (V) push ปรับเป็น 10% MgSO₄ 5 gms (V) push - เดิม 50% MgSO₄ 10 gms + 5% D/W 1000 ml (v) drip 100 ml/hr ปรับเป็น 50% MgSO₄ 20 gms + 5% D/W 1000 ml (v) drip 50 ml/hr - เมื่อชักซ้ำ ให้10% MgSO₄ 2 gms IV - มีการเจาะ Mg level หลังได้รับยา 3-4 ชั่วโมง

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	4.ภาวะ eclamsia ในผู้ป่วย PIH (ต่อ) ประเด็นที่พบ - ไม่นึกถึง PIH ในอายุครรภ์ที่น้อย (21 สัปดาห์)	1.ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์แล้วพบ ปัญหาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงควร Admit ทุกราย 2.ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย PIH ใหม่ โดยให้นึกถึงPIH ในทุกๆไตรมาสของการตั้งครรภ์ดังนี้ 2.1 ผู้ป่วยสุติกรรมที่อายุครรภ์อยู่ในระยะ first , second หรือ third trimester ที่มาด้วยความดันโลหิตสูง ควรนึกถึง PIH และต้อง work up ต่อและหากพบBP$\geq$ 140/90mmHg ให้รายงาน staff ทุกราย 2.2 ตรวจร่างกายผู้ป่วย ถ้า negative finding ควรบันทึกในเวชระเบียนให้ครบถ้วนเพื่อเป็นหลักฐาน

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	5. Ectopic pregnancy ประเด็นที่พบ - preg บริเวณ cornu การ Dx.และ U/S ยาก - ข้อมูลจากผู้ป่วยทำ ART...ทำให้ Dx. ผิดพลาด - ขาดการประเมินซ้ำโดยผู้ที่ชำนาญกว่า - ไม่นึกถึง Ectopic pregnancyตั้งแต่แรกรับ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการปวด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน	1.พัฒนาทักษะการประเมินและการทำ U/S 2.เผื่อระวังเป็นพิเศษในกรณีที่มีการทำ ART 3.มีการประเมินซ้ำจากผู้ชำนาญกว่าในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 4. จุดคัดกรองแรกพบประวัติหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยอาการปวด ท้อง คลื่นไส้ อาเจียนควรต้องนึกถึง Ectopic pregnancy เสมอ และ investigate ต่อ
	6. Maternal dead Amniotic fluid embolism ประเด็นที่พบ - การประสานงานขอความช่วยเหลือและการขออุปกรณ์ช่วยชีวิตไม่ชัดเจน -การจัดการความเสี่ยงยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของญาติ	1. ประสานงาน/สื่อสารกับหน่วยงานที่เป็นทีมช่วยเหลือให้ชัดเจนเช่นขออุปกรณ์ Defibrillationพร้อมพยาบาล,การกดกริ่งขอความช่วยเหลือเป็นต้นและ มีการซ้อมสมมติเสมอ 2. การตามแพทย์ ในเวลาราชการ/เวรป่วย กำหนดให้ประชาสัมพันธ์เป็นผู้ตาม สูติแพทย์ กุมารแพทย์และแพทย์เวร ER โดยพูดสื่อสารให้น้อยที่สุดเช่น มารดา arrest ที่ห้องคลอด ส่วนเวรตึกให้พยาบาลจากตึกที่มาช่วยเป็นผู้ตามแพทย์ 3.มารดาที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงให้ติด O ₂ Sat ไว้ตลอดเวลา 4.เมื่อมารดาที่มาคลอดเสียชีวิตต้องนำพวงหรีดและไปร่วมงานศพแสดงความเสียใจนำทีมโดยผู้อำนวยการและสูติแพทย์

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์ / เรื่องที่มีการทบทวนอย่างเป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	7.PPH - Early PPH ประเด็นที่พบ ควร Early detection ทุกๆระยะในผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอด - late PPH ประเด็นที่พบ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติหลังคลอดยังไม่ครอบคลุม	- ในรายผ่าตัดคลอดให้เฝ้าระวังทุกๆระยะตั้งแต่ในห้องผ่าตัดจนถึงหอผู้ป่วยและให้การรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เนิ่นๆ -เน้นให้สังเกตอาการผิดปกติหลังคลอดเช่นมีเลือดออกผิดปกติให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

4. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินการที่สำคัญ⁴ (Key Performance Indicator)

4.1 ตัวชี้วัดคุณภาพ

ประเด็นคุณภาพ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ถึง มี.ค.58)
1.การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วย PIH	1. มารดา PIH	1.อัตราการเกิด Eclamsia ขณะอยู่รพ.	0%	1.09 (1 ราย)	4.35 (3 ราย)	1.30 (1 ราย)	2.5 (1 ราย)
	ไม่เกิดภาวะชัก(Eclamsia) ขณะ อยู่ในโรงพยาบาล						
	2.มารดาและทารก ไม่เกิดภาวะที่รุนแรงเช่น Pulmonary edema , HELLP Syndrome , DIC , Dead, Birth asphyxia	2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงในผู้ป่วยPIH ขณะอยู่รพ 3.อัตราการตายของมารดาที่มีสาเหตุ จากPIH	ไม่เกิน5%	1.09 (1 ราย)	4.35 (3 ราย)	1.30 (1 ราย)	2.5 (1 ราย)
			0	0	0	0	0
2.การป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดที่รุนแรง (PPH)	1.ลดอัตราการตกเลือดเลือดหลัง คลอด	1. อัตราการเกิด PPH	<0.5%	0.52	0.54	0.52	0.13
	2.ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรง(Shock)	2 .อัตราการเกิด PPH ที่รุนแรง	0%	0.04	0.17	0.13	0

⁴นำเสนอเป็นตารางหรือกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญ และครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่จำเพาะกับบริบทของทีมนำทางคลินิกโดยมีผลดำเนินการ 3 ปีติดต่อกันรวมปีปัจจุบัน พร้อมระบุเป้าหมาย และการเทียบเคียง รวมทั้งมีคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบอย่างสั้นๆ ที่สะท้อนถึงการใช้อยุทธศาสตร์จากผลลัพธ์ในการพัฒนาตามโครงการสำคัญ (KPI for CQI)

	3.ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด	3. อัตราตายจากPPH	0%	0	0	0	0
--	--	-------------------	----	---	---	---	---

ประเด็นคุณภาพ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ถึง มี.ค.58)
3.การป้องกันภาวะทารกแรก เกิดขาดออกซิเจน (Birth asphyxia)	1. ลดอัตราการเกิด BA	1. อัตราการเกิดภาวะBA (:1000 การเกิดมีชีพ)	ไม่เกิน 25:1000	14.21	17.03	15.51	13.02
	2.ลดภาวะแทรกซ้อนและ การเสียชีวิตของทารกที่เกิด ภาวะ BA	2.อัตราการเกิด severe BA 2.1 severe BA (นาที่ที่1)	ไม่เกิน 10:1000	2.37	2.49	2.58	3.72
		2.2 severe BA (นาที่ที่5)	ไม่เกิน 10:1000	0.39	1.66	1.29	1.86
		3.อัตราการตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจาก BA		83.33 3/36x1000	73.17 3/41x1000	111.11 4/36x1000	0 0/14x1000
4.การวินิจฉัย/รักษาภาวะ ตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถูกต้อง รวดเร็ว (Ectopic pregnancy)	1.ไม่เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด ล่าช้า	1. อัตราการวินิจฉัยEctopic preg. ผิดพลาด/ล่าช้า	0%	4.34 (1/23)	0	0	7.6 (1/13)
	2.ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตใน ผู้ป่วย Ectopic preg.	2. อัตราตายของผู้ป่วย Ectopic preg.	0%	0	0	0	0
		3.อัตราผู้ป่วย Ectopic preg.ที่มีภาวะ Shockได้รับการดูแลรักษาภายใน 40	100%	50%	100%	50%	60%

		นาที (ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงลง มีดผ่าตัด)		(2/4)	(1/1)	(2/4)	(3/5)
--	--	---	--	-------	-------	-------	-------

ประเด็นคุณภาพ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ถึง มี.ค.58)
6. Preterm labor	1. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ ก่อนกำหนดสำเร็จ 2. ลดอัตราการเกิด BA ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด 3. ลดอัตราตายของทารก 0 -7 วันที่คลอดก่อนกำหนด	1. อัตรามารดาที่คลอดก่อนกำหนด	ไม่เกิน10%	14.41	13.56	11.40	11.08
		2. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อน กำหนดสำเร็จ (คลอด $\geq$ 37 สัปดาห์)	ไม่น้อยกว่า 70%	58.42	58	59	58.11
		3. อัตราการเกิดBAในทารกที่ คลอดก่อนกำหนด	ไม่เกิน 20:1000	30.30	58.10	68.18	58.82
		4. อัตราตายของทารก0-7 ตายในมารดาที่ คลอดก่อนกำหนด	0%	0.83	0	0	3.39% (2ราย)

ประเด็นคุณภาพ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ถึง มี.ค.58)
6.การคัดกรองและค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก	ลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม(invasive CA)	1. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ≥ 30 ปีของcup เมือง	$\geq 20\%$	24.21%	10.54%	6.49%	14.11%
		2. อัตราการค้นพบเซลล์ผิดปกติในระยะเริ่มแรกของปากมดลูก		0.24%	0.69%	1.45%	0.10%
		3. อัตราการเกิดมะเร็งระยะลุกลาม (invasive CA) รายใหม่		0.11%	0.15%	0.40%	0.04%
7. การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. เพิ่มอัตรามารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2. มารดาหลังคลอดที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ก่อน	1.อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ปรับเป็น50 ในปี 57	33.05	33.55	31.75	36.36

	จำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	2.อัตราการตายหลังคลอดที่สามารถเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ได้ก่อนจำหน่าย	100%	95.80	95.50	95.50	97.1
--	-------------------------	--	------	-------	-------	-------	------

หมายเหตุ : ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ *นำมาจากที่เขียนไว้ข้างต้น* , เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ กำหนดให้สอดคล้องกับประเด็นคุณภาพ/ความท้าทายที่สำคัญ
กำหนดตัวชี้วัดและผลลัพธ์จาก ประเด็นคุณภาพ/ความท้าทาย และเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ , ตัวชี้วัดแสดงด้วยกราฟด้านล่าง

4.2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

ชื่อตัวชี้วัด (นำเสนอเฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญ โดยดึงมาจาก 4.1 ซึ่ง อาจบรรลุ หรือไม่บรรลุ)

กราฟ/Control chart/ข้อมูล (เป็นการนำเสนอข้อมูลที่เป็นผลลัพธ์ของการ monitor ผลงานตามที่ระบุไว้ วิธีการนำเสนอที่ดีที่สุดคือการนำเสนอในลักษณะของ control chart ซึ่งมีการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่า upper&lower control limit ในช่วงเวลาต่างๆ ทำให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและการดำรงระดับคุณภาพได้ชัดเจน ข้อมูลที่นำเสนอควรเป็นข้อมูลที่ update ที่สุดที่สามารถทำได้

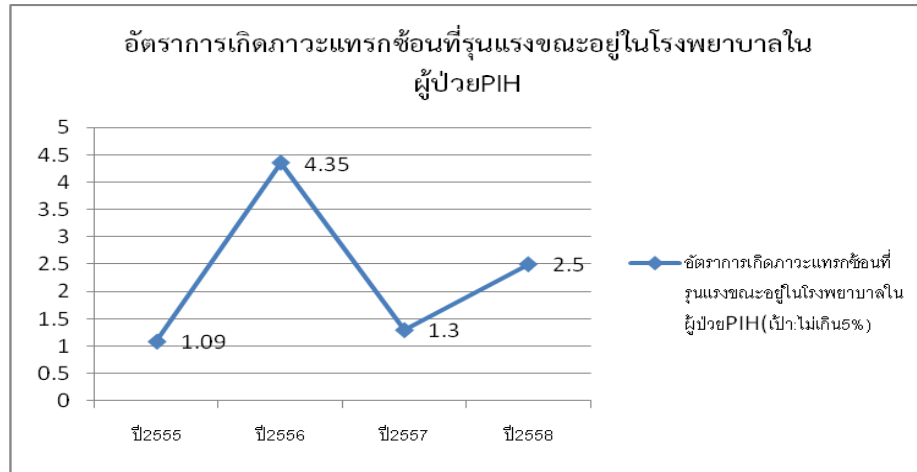
การแปลผลและการใช้ประโยชน์ วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ทำไม่ได้ตามเป้า ว่ามีสาเหตุจากอะไร และแสดงแผนที่จะดำเนินการต่อไป(เชื่อมโยงไปที่หัวข้อบทเรียน)

บทเรียนจากการพัฒนา (เป็นเสมือนบันทึก CQI story ซึ่งทีมงานสามารถใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนบทเรียนในการพัฒนาคุณภาพไม่ใช้การอธิบายขั้นตอนการพัฒนา แต่เป็นการระบุว่าในการพัฒนานั้นส่งผลให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร เขียนเป็น Bullet)

4.2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

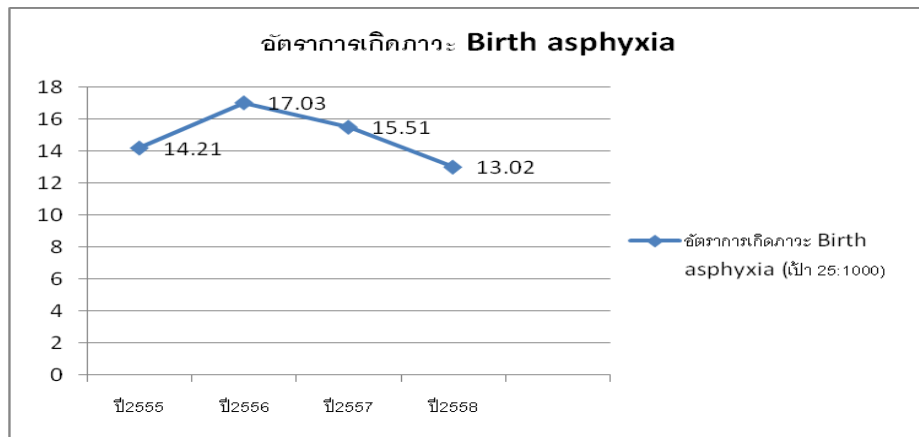
4.2.1 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ขณะอยู่ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยPIH

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปี2555 เกิด Eclamsia 1ราย สาเหตุ ได้รับ MgSO₄ ขณะผ่าตัดไม่เพียงพอจากการ clamp MgSO₄ ได้มีการประสานงานกับแผนก วิสัญญีต้องให้ MgSO₄ และให้ fluid ชนิดอื่นพร้อมกัน คนละเส้นเพื่อให้ได้รับ MgSO₄ เพียงพอ ปี 2556 เกิด Eclamsia 3 รายจากการเฝ้าระวังไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่ไม่มี ประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน ,ให้การรักษาด้วย MgSO₄ ผิดความแรง PCTสตูดินรี เวชได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังภาวะชักในหญิงหลังคลอดทุกราย ถึงแม้จะไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนและนำ guideline เรื่องการใช้ MgSO₄ ไว้ที่แผนกฉุกเฉินเพื่อความรวดเร็วและถูกต้องในการดูแลรักษา ปี2557 เกิด Eclamsia 1 รายทั้งๆที่มีการให้ยา MgSO₄ แล้วแต่ยังไม่สามารถป้องกันการชักได้ เนื่องจากผู้ป่วยตัวใหญ่ปริมาณ MgSO₄ จึงไม่เพียงพอได้มีการปรับให้ยา MgSO₄ ให้สูงขึ้นตามมาตรฐานราชวิทยาลัยสูติโดยเพิ่มเป็น 10% MgSO₄ 5 gms (v) push ,



ปี2558 เกิดภาวะ Eclampsia และ Intra cerebral Haemorrhageตั้งแต่แรกรับ (ห้องฉุกเฉิน) ในผู้ป่วยPIH 1 รายซึ่งเป็นหญิงอายุครรภ์ 21 สัปดาห์สาเหตุเกิดจากไม่นึกถึง PIHในหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยในตอนแรกและได้รับการรักษาที่ล่าช้าจึง ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยPIHใหม่โดย เน้นให้นึกถึง severe PIH ในอายุครรภ์ที่น้อย (≥ 20 สัปดาห์ขึ้นไป) ที่ตรวจพบความดันโลหิตสูง, ปวดศีรษะหรือจุกลิ้นปี่ต้องรีบให้รักษาตามแนวทางการดูแลรักษาPIH

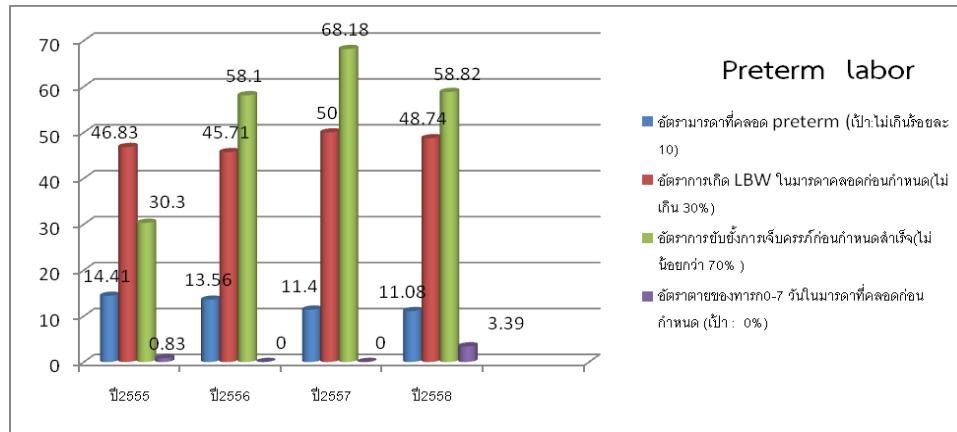
4.2.2 อัตราการเกิดภาวะBirth Asphyxia



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2555 - 2558 พบภาวะ BA อยู่ในช่วง 13.02-17.03% ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนด, แม่มีภาวะ PIH, Thick meconium เป็นต้น แต่ในปี 2557เกิด Birth asphyxia รุนแรงและเสียชีวิต 2 รายซึ่งเกิดจากระหว่างรอคลอดเฝ้าระวังยังไม่ดีพอ, แรกได้รับไม่ได้ทำ NST และสูติแพทย์ไม่ได้แปลผล NST ทุกรายที่มา admit ที่ห้องคลอดจึงกำหนดแนวทางพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดBirth Asphyxiaโดยเพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในห้องคลอดและจุดแรกรับ ดังนี้

1. แรกรับต้องทำ admission testและสูติแพทย์ต้องแปลผลทุกราย (ทางตรง/Line)
2. ประเมิน risk โดยดูเกณฑ์เสี่ยงที่ PCT กำหนดถ้ามีความเสี่ยงให้ปฏิบัติตามแนวทาง
3. ติด FHR monitoring ใน Active phase ทุกราย,หรือถ้า case risk ติดทั้ง latent phaseและ Active phase
4. จัดหาเครื่อง Fetal monitor ให้เพียงพอ (4 เตียงคลอด, 8 เตียงรอคลอด)
5. Revise เรื่องระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาให้ชัดเจนโยทำเป็น safety maternal&neonatal guideline
6. ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อปรึกษา FHR tracingกับสูติแพทย์ทาง Line โดยตรง

4.2.3 preterm labor



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปี 2555-2558

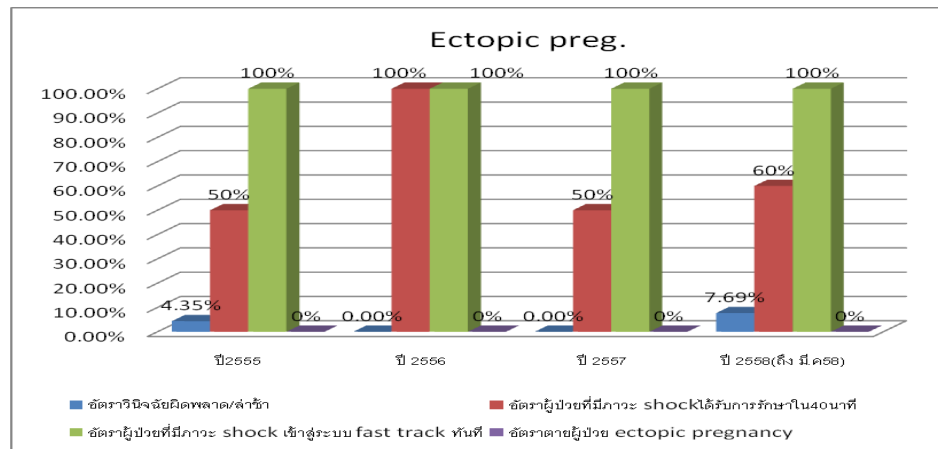
- อัตราการคลอดที่ คลอด preterm มีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สาเหตุจากการดา ยัง มีปัญหาภาวะซีด , มารดาวัยรุ่น (อายุ < 20 ปี) , ครรภ์แฝด , ความดันโลหิตสูง , ปัญหาที่ เกิดจากตัวรกเอง , ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ , ภาวะทุพโภชนาการ และไม่ได้ฝากครรภ์ มีการดำเนินการเพื่อลดอัตราการคลอดที่ คลอด preterm โดย ในระยะก่อนตั้งครรภ์สร้างเสร ให้ความรู้ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา จัดกิจกรรมให้ความรู้ใน โรงเรียน ให้บริการคลินิกวัยรุ่นวัยใสให้คำปรึกษาในกลุ่มวัยรุ่น ในระยะตั้งครรภ์ ส่งเสริมโภชนาการให้กับหญิงตั้งครรภ์ เน้นการเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดให้แผ่นพับ คำแนะนำการดูแลตนเองตั้งแต่มาฝากครรภ์เพื่อ Early detection เพิ่มประสิทธิภาพในการ ยังแจ้งการคลอด (Tocolysis) , Early diagnosis & Early Tocolysis เบื้องต้นให้คำแนะนำ

- อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดสำเร็จ ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากมารดาที่มาคลอดก่อนกำหนดไม่ได้ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทรเท่านั้น มีการฝาก มาจากหลายสถานที่ ทำให้คำแนะนำก่อนคลอดยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง และในการยับยั้งการตั้งครรภ์บางรายมีการยับยั้งหลายครั้งแต่กลับมากลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ซึ่งไม่คิดเป็นการยับยั้งที่สำเร็จ ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Preterm labor แนวทางการยับยั้งการคลอด (Tocolysis) ให้กับบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ ดูแลผู้ป่วย preterm labor ทั้งในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทรและในโรงพยาบาลชุมชนและมีการให้คำปรึกษากับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนโดยสูติแพทย์ (D to D) ในการ Tocolysis ก่อนส่งต่อ

- อัตราการตายของทารก 0-7 วัน ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนด ปี 2556-2557 ไม่พบอัตราตาย เนื่องจากในระยะคลอดมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกคลอดก่อน กำหนดในรายที่ยับยั้งไม่ได้ร่วมกับ PCT กุมภาพันธ์ 2558 มีการกำหนดเงื่อนไขการทำคลอดที่อายุครรภ์ ≥ 25 สัปดาห์ขึ้นไปต้องให้คลอดในห้องคลอดเนื่องจากมีความพร้อมในการดูแล เด็กแรกเกิดและมีอุปกรณ์เครื่องมือที่ช่วยเหลือเบื้องต้นเด็กแรกเกิดครบกว่าหน่วยงานอื่น ปี 2558 พบ ทารก 0-7 วัน ในมารดาที่คลอดก่อนกำหนดเสียชีวิต 2 ราย รายแรกอายุ ครรภ์ 26 สัปดาห์ แรกเกิด น้ำหนัก 1320 กรัม APGAR = 8 , 10 , 10 หลังจากนั้นเกิด Pneumothorax , บวมทั้งตัว และส่งผลให้เด็กเสียชีวิตและรายที่ 2 อายุครรภ์ 27 สัปดาห์ แรกเกิด น้ำหนัก 1050 กรัม APGAR = 4 , 5 , 10 ใส่ tube หลังคลอด ซึ่งการหายใจไม่ได้มาตั้งแต่แรกเกิดได้มีการประสานงานเพื่อให้ข้อมูลถึงอาการ สาเหตุการเสียชีวิต ร่วมกับ

กุมารแพทย์กับบิดามารดาและญาติเป็นระยะๆ ทั้ง 2 ราย ซึ่งบิดามารดาเข้าใจดีถึงสาเหตุการเสียชีวิตซึ่งโดยสรุปทารกคลอดก่อนกำหนดที่เสียชีวิต 2 ราย เป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยมาก (Extreme Preterm)

4.2.4 Ectopic pregnancy



ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

-การวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า ปี 2555 พบ 1 ราย เกิดจากเป็นการตั้งครรภ์บริเวณ cornu และการทำ Ultrasound ค่อนข้างยาก ประกอบกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำ ART ไม่ชัดเจน และขาดการประเมินซ้ำโดยผู้ที่มีความชำนาญกว่า ได้มีการพัฒนาทักษะการประเมินและการทำ ultrasound ให้กับแพทย์ใช้ทุนและกำหนดให้ Ectopic pregnancy เป็นแผนประชุมวิชาการในองค์กรแพทย์ทุกปี และต้องมีการประเมินซ้ำจากผู้ที่มีความชำนาญกว่าในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ปี 2556-2557 ไม่พบมีการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า และปี 2558 พบ 1 ราย สาเหตุจากการชักประวัติผู้ป่วยก่อน admit ผิดพลาดเป็นหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมาด้วย ปวดท้องและคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ไม่นึกถึง Ectopic pregnancy และ admit ผู้ป่วยที่แผนกอายุรกรรม จึงได้มีการ

-อัตราการตายของผู้ป่วย Ectopic preg. ปี 2555 – 2558 ไม่พบการเสียชีวิตในผู้ป่วย Ectopic preg. เนื่องจากมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Ectopic preg. มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2542 .โดยจัด CPG โดยเน้นระบบ fast track ใน case vital signs ไม่ stable , shock, หรือ Rupture Ectopic pregnancy ผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกรายที่มาด้วยปวดท้องหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดตรวจ UPT ทุกรายหากผล positive ทำ ultrasound ต่อ และจัดทำ Tracer Ectopic preg ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการพัฒนาระบบการส่งต่อโดยการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยให้ staff ทราบก่อนส่งผู้ป่วยมารักษา (D to D) เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้นส่งผลให้ไม่พบอัตราการตายในผู้ป่วย Ectopic preg. ในรอบ 15 ปี ที่ผ่านมา

- อัตราผู้ป่วย Ectopic preg. ที่มีภาวะ Shock ได้รับการดูแลรักษาภายใน 40 นาที (วินิจฉัย-ลงมีดผ่าตัด) ปี 2555-2558 การให้การรักษานี้ผู้ป่วย Ectopic preg. ที่มีภาวะ Shock ได้รับการดูแลรักษาภายใน 40 นาที ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ปี 2555=50% ปี 2556=100% ปี 2557=50% และปี 2558=60% ได้มีการทบทวนตัวชี้วัดร่วมกันในที่ประชุม

ผู้ป่วยซึ่งยังคงให้ความสำคัญในการรักษาที่รวดเร็วสาเหตุที่ยังไม่สามารถทำผ่าตัดภายใน 40 นาทีได้ทุกรายสืบเนื่องมาจากบางรายมีความล่าช้าจากการเตรียมความพร้อมก่อนส่งผ่าตัดเช่นการ NPO ไม่เพียงพอหรือความไม่พร้อมของแพทย์ผู้ทำการรักษาเนื่องจากมีผู้ป่วยฉุกเฉินหลายราย จึงเน้นให้มีการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนส่งผ่าตัดตั้งแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในเรื่อง NPO ,การให้IV Fluid ด้วย medicut เบอร์ใหญ่และการ Retained foley 's cathรวมทั้งแจ้งแพทย์ใน PCT ทราบ ให้ความสำคัญในประเด็นเหล่านี้เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย Ectopic pregnancy

5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1 สรุบบางงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว⁵

ระบบงาน	ปัญหา / โอกาสพัฒนา	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
1.พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย PIH - CPG, Tracer - พัฒนาระบบการส่งต่อ	เกิดEclampsia และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ขณะอยู่รพ.	.ปรับมาตรฐานการรักษาโดยยึดตาม แนวทางราชวิทยาลัยสูติ 1. เดิม 10% MgSO ₄ 4 gms (V) push ปรับเป็น10% MgSO ₄ 5 gms (V) push 2. เดิม 50% MgSO ₄ 10 gms + 5% D/W 1000 ml (v) drip 100 ml/hr ปรับเป็น 50% MgSO ₄ 20 gms + 5% D/W 1000 ml (v) drip 50 ml/hr 3. เมื่อชักซ้ำ ให้10% MgSO ₄ 2 gms IV	1. อัตราการเกิดEclamsia ขณะอยู่รพ.ปี 2555- ปี 2558 =1.09, 290, 1.30 และ 2.5 ตามลำดับ 2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงใน ผู้ป่วยPIHขณะอยู่รพปี 2555 -ปี2558 =1.09, 290, 1.30 และ 2.5 ตามลำดับ 3. อัตราตายของมารดาที่มีสาเหตุจากPIH ปี 2555–ปี2558 = 0 (referไปสปร.)
2.พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	1. ยังพบอัตราการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า	1.พัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	1. อัตราการวินิจฉัยEctopic preg.

⁵สรุปความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดระบบงานที่สำคัญในปัจจุบันอย่างสั้นๆ โดยระบุแนวคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการทำงานสำคัญที่เป็นข้อสรุปจากการพัฒนา

Ectopic pregnancy	2.อัตราผู้ป่วย Ectopic preg.ที่มีภาวะ Shockได้รับการดูแลรักษาภายใน 40 นาที (วินิจฉัย-ลงมีดผ่าตัด)ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	Ectopic pregnancy โดยกำหนดให้เป็น หัวข้อการประชุมวิชาการในองค์กรแพทย์ ทุกปี 2. พัฒนาระบบการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ/ ก่อนผ่าตัด	ผลิตผลาด/ลำช้าปี 2555- ปี 2558 =4.34, 0 , 0 และ 7.6 ตามลำดับ 2.อัตราผู้ป่วย Ectopic preg.ที่มีภาวะ Shockได้รับการดูแลรักษาภายใน 40นาที ปี 2555- ปี 2558 =50,100 ,50 และ 60 ตามลำดับ 3.อัตราตายของผู้ป่วย Ectopic preg ปี 2555- ปี 2558 = 0 ทุกปี
-------------------	--	---	--

ระบบงาน	ปัญหา / โอกาสพัฒนา	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
3.การลดอัตราการเกิดภาวะ BA	ยังคงพบภาวะ severe BA และทำให้เด็ก เสียชีวิต	เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในห้องคลอด & จุดแรกรับ 1. แรกรับต้องทำ NSTและสูติแพทย์ต้อง แปรผลทุกราย(ทางตรงหรือ LINE) 2. ประเมิน risk โดยดูเกณฑ์เสี่ยงที่ PCT กำหนดถ้ามีความเสี่ยงให้ ปฏิบัติตามแนวทาง 3. ติด FHR Monitoring ใน Active phase ทุกราย , หรือถ้า Case risk ติด ทั้ง Latent phase และ Active phase	1. อัตราการเกิดภาวะBA (:1000การเกิดมีชีพ) ปี2555- ปี 2558 = 14.21, 17.03, 15.51 และ 13.02 ตามลำดับ 2.อัตราการเกิด severe BA 2.1 severe BA (นาทีที่1) ปี 2555- ปี 2558 =2.37, 2.49, 2.58 และ 3.72 ตามลำดับ

		4. จัดหาเครื่อง Fetal Monitor ให้เพียงพอ (4 เตียงคลอด, 8 เตียงรอกคลอด) 5. Revise เรื่องระบบและแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลมารดาให้ ชัดเจนโดยทำเป็น Safety maternal & neonatal guidelines (flow, detail) 6. ประสาน รพช. – ปรีक्षा FHR Tracing กับสูติแพทย์ทาง LINE โดยตรง	2.2 severe BA (นาที่ที่5) ปี 2555 - ปี 2558 = 0.39, 1.66 , 1.29 และ 1.86 ตามลำดับ
--	--	--	---

ระบบงาน	ปัญหา / โอกาสพัฒนา	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์
4.พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยPPH	ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Shock,Hysterectomy) เกือบทุกปี	1. มีระบบเฝ้าระวังที่เน Early detection เช่นการตวง blood loss ที่แม่นยำ,มี marker blood lossที่300 ml เพื่อเตือน ให้หาสาเหตุและรักษาก่อนที่จะเกิด PPH 2. พัฒนาศักยภาพ จนท.เพื่อประเมินและ วินิจฉัยที่รวดเร็วป้องกันภาวะ Shock	1.อัตราการเกิด PPH ปี 2555 -ปี2558 = 0.52,0.54, 0.52 และ 0.24 ตามลำดับ 2.อัตราการเกิด PPH รุนแรงปี 2555 -ปี 2558 = 0.08, 0, 0.13และ 0 ตามลำดับ

		3. พัฒนาระบบส่งต่อมารดา PPH จากรพ. ชุมชนให้มีประสิทธิภาพ	
5.พัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	- อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียว 6 เดือน ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	1.พัฒนาระบบ โดยการสอน และสร้างทัศนคติด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บริการคลินิกนมแม่ Breast feeding round และการประเมิน LATCH score ก่อนจำหน่าย 2.พัฒนาบุคลากร อบรมเชิงปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกปี 3.ด้านชุมชน จัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ติดตามมารดาหลังคลอด อบรมแกนนำชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว	อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ปี2555-ปี2558 = 33.05 ,31.75 และ 36.3 ตามลำดับ

5.2 ความภาคภูมิใจและรางวัลที่ได้รับ (โครงการCQI / และอื่นๆ) โดยเฉพาะที่สามารถนำไปขยายผลทั้งภายใน/ภายนอกหน่วยงาน

รางวัลที่ได้รับ /ความภาคภูมิใจ	ชื่อ/ประเภทผลงาน	ตอบสนองจุดเน้น / เข้มมุ่งของโรงพยาบาล	ปีที่ได้รับรางวัล
1.ผ่านการประเมินโครงการสายใยรัก	โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว	ตอบสนองกับนโยบายเป้าหมาย patient Safety goals 5	ปี2551, 2555 , 2558

แห่งครอบครัวระดับทอง 2.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยEctopic pregnancyโดยเน้น Early effective manage (shock)ในระบบ fast track ได้เป็นอย่าดีและพัฒนาระบบ Early detection เป็นรูปธรรม 3.พัฒนาคุณภาพการดูแล PPH ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลงอย่างชัดเจน 4.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นที่น่าพอใจเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ ปี2558 จึงปรับเป้าหมายให้สูงขึ้น	พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยEctopic pregnancy พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยPPH พัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ด้านในเรื่อง การดูแลมารดาและทารกให้ปลอดภัย (Safety maternal & neonatal) ตอบสนองกับนโยบายเป้าหมาย patient Safety goals 5 ด้านในเรื่อง การดูแลมารดาและทารกให้ปลอดภัย (Safety maternal & neonatal) ตอบสนองกับนโยบายเป้าหมาย patient Safety goals 5 ด้านในเรื่อง การดูแลมารดาและทารกให้ปลอดภัย (Safety maternal & neonatal) ตอบสนอง ยุทธศาสตร์ที่ 1,3 ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยการมีส่วนร่วมขอประชาชน และเครือข่าย	
---	--	---	--

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (บรรยาย หรือ ใช้ตารางแสดงก็ได้)

ประเด็นคุณภาพ / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่ต่อเนื่อง	ระยะเวลา ดำเนินการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญเป้าหมายและผลการดำเนินการ	ปัญหา / อุปสรรค
1.พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย PIH	- ปรับปรุงCPG การดูแลผู้ป่วย PIH - พัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชน	ดำเนินการต่อเนื่อง	1.อัตราการเกิด Eclamsia ขณะอยู่รพ. เป้าหมาย 0% ปี55-58 =1.09, 290, 1.30 และ 2.5 ตามลำดับ 2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วยPIH ขณะอยู่รพ.เป้าหมายไม่เกิน 5%ปี55-58 =1.09, 290, 1.30 และ 2.5 ตามลำดับ 3.อัตราการตายของมารดาที่มีสาเหตุจากPIH เป้าหมาย 0%ปี55-58 =0	-หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดไม่ได้ฝากครรภ์ที่ร.พชัชนา นเรนทรทั้งหมดทำให้ไม่สามารถ Detect ภาวะ PIH ได้ในระยะเริ่มแรกและในบางรายผู้ป่วยอาจมี ulcerlining ที่ยังมาสามารถ Detectได้จึงทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2.การลดอัตราการเกิด ภาวะ BA	เพิ่มมาตรฐานการดูแลมารดาในห้องคลอด & จุดแรกรับ - แกรับต้องทำ NSTและสูติแพทย์ต้องแปลผลทุกราย(ทางตรงหรือ LINE) - ประเมิน risk โดยดูเกณฑ์เสี่ยงที่ PCT กำหนดถ้ามีความเสี่ยงให้ปฏิบัติตามแนวทาง - ติด FHR Monitoring ใน Active phase ทุกราย , หรือถ้า Case risk	ดำเนินการต่อเนื่อง	1. อัตราการเกิดภาวะBA (:1000 การเกิดมีชีพ)ปี55-58 =14.21 17.03 15.51 และ 13.02 ตามลำดับ 2.อัตราการเกิด severe BA 2.1 severe BA (นาที่ที่1) ปี55-58 =2.37 2.49 2.58 และ 3.72 ตามลำดับ 2.2 severe BA (นาที่ที่5)ปี55-58 =0.39 1.66 1.29และ1.86ตามลำดับ 3.อัตราการตายปริกำเนิดที่มีสาเหตุจาก BAปี55-58 = 83.33 , 73.17,111.11 และ 0 ตามลำดับ	-การเฝ้าระวังระหว่างรอลดอดยังไม่ดีพอ -อัตราการเกิดPreterm labor ค่อนข้างสูงแม้มีภาวะPIH Thick meconiumจึงส่งผลให้เกิดภาวะ BA สูงตามมา

	ติด ทั้ง Latent phase และ Active phase			
--	--	--	--	--

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ (บรรยาย หรือ ใช้ตารางแสดงก็ได้)

ประเด็นคุณภาพ / ความท้าทายที่สำคัญ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ที่ต่อเนื่อง	ระยะเวลาดำเนินการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญเป้าหมายและผลการดำเนินการ	ปัญหา / อุปสรรค
3.ลดอัตราการเกิด Preterm labor	1.กำหนดแนวทางการดูแล หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะ ฝากครรภ์, ระยะคลอด,ระยะหลัง คลอดเพื่อป้องกันภาวะ Preterm labor 2.เน้น early detection ให้กับหญิงตั้งครรภ์ จนท. ที่ดูแลทั้งหมด (รพสต.,รพช.,รพท.) 3. ได้รับการรักษา preterm labor แต่เนิ่นๆ(Early Treatment)	ดำเนินการต่อเนื่อง	1. อัตรามารดาที่คลอดก่อนกำหนด ไม่เกิน10% ปี55-58 =14.41 13.56 11.40และ 11.08 ตามลำดับ 2. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อน กำหนดสำเร็จ (คลอด $\geq$ 37 สัปดาห์) ไม่น้อยกว่า70% ปี55-58= 58.42 58 59และ 58.11 ตามลำดับ 3. อัตราการเกิดBAในทารกที่คลอดก่อนกำหนด ไม่เกิน20:1000 ปี55-58=30.30 58.10 68.18 และ 58.82ตามลำดับ 4. อัตราตายของทารก0-7 ตายในมารดาที่	- มารดายังมีภาวะซีด มารดาวัยรุ่น ครรภ์แฝด ความดันโลหิตสูง ปัญหาจากตัวรก ถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนเจ็บครรภ์ ภาวะทุพโภชนาการ และการที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ตั้งแต่ เนิ่นๆ ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ ส่งเสริมการเกิด Preterm labor

	4. พัฒนาระบบส่งต่อและนำ CPG ให้ปฏิบัติเป็นแนวเดียวกันทั้งในรพ. ชัยนาทนเรนทรและรพ. ชุมชน		คลอดก่อนกำหนด เป้า 0% ปี55-58=0.83 0 0 และ 3.39%ตามลำดับ	
--	---	--	--	--

6. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป⁶ (เป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ สัมพันธ์กับข้อ 2 และ 4 และบทวนจากการประเมินที่ได้ทำไว้ในปีก่อนๆ)

แผน / กิจกรรมที่วางแผนจะทำต่อไป	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน	เพื่อให้มารดา ทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1.อัตราการเกิดภาวะBA ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (ต่อ1000การเกิดมีชีพ) 2.อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก ≥ 3800 gm ในมารดาที่เป็น เบาหวาน	ปี 2558-2559	
2. พัฒนาระบบ fast track ในผู้ป่วยวิกฤตทางสูติ-นรีเวชกรรมให้รวดเร็วยิ่งขึ้น	เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตได้รวดเร็ว		ปี 2558-2559	
3. พัฒนาระบบส่งต่อในผู้ป่วยกลุ่มที่มี	เพื่อให้ผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแล			

⁶ อารยะบุติศทางของการพัฒนา โดยระบุข้อมูลที่ประกอบด้วยแผน/กิจกรรม วัตถุประสงค์ กรอบเวลา ตัวชี้วัด/ข้อมูลที่จะใช้ติดตามกำกับ

ความเสี่ยงสูง ทั้งในจังหวัดและใน เครือข่ายเขต 3	รักษาตามมาตรฐานตามศักยภาพ ของสถานพยาบาล			
4. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 4.1 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.2 การเพิ่มศักยภาพในการให้ยาเคมี บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช	-ค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งปาก มดลูกเพิ่มมากขึ้น -ลดภาระในการเดินทางไปรักษา ต่อที่ศูนย์มะเร็งลพบุรี		ปี 2559 - 2560	

7. Clinical Tracer ที่ยังมีการดำเนินการอยู่

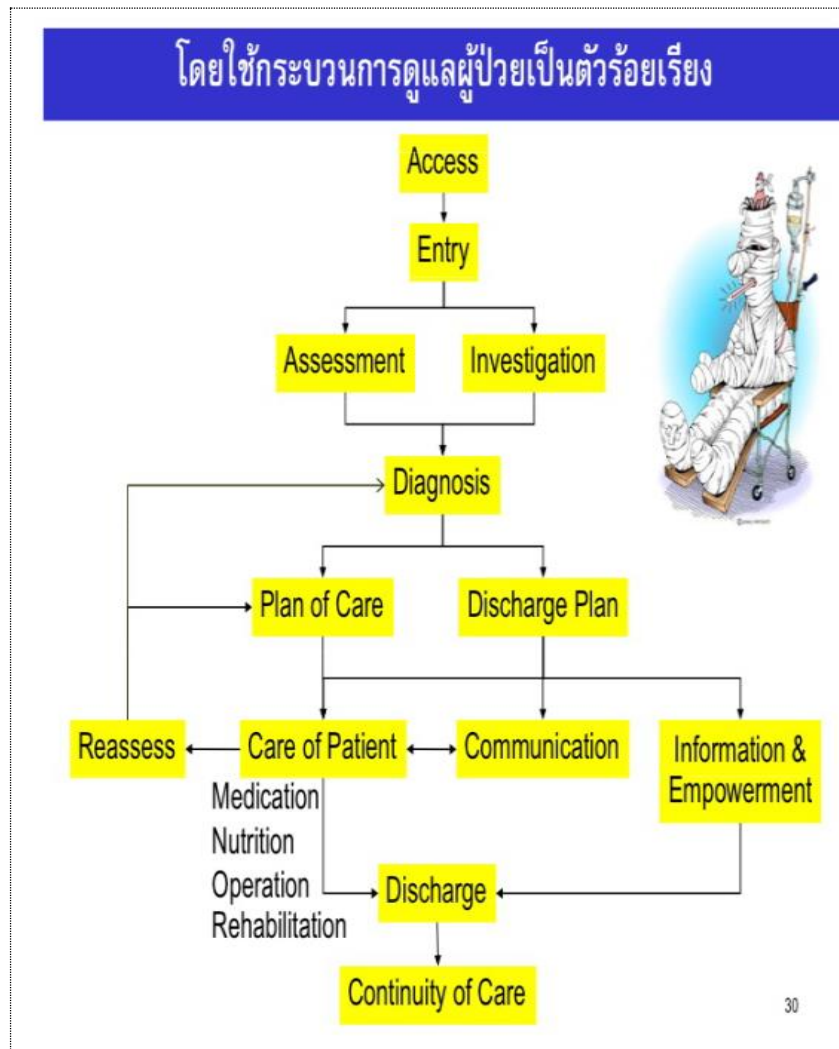
- ให้ระบุชื่อเรื่องที่ยังมีการดำเนินการต่อเนื่อง ส่วนรายละเอียดใน column อื่น ๆ สามารถแนบเอกสารรายละเอียดของ Clinical Tracer แต่ละเรื่อง ที่ครอบคลุมประเด็นตามตาราง

ชื่อเรื่อง	ทีม/สาขาที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผลสำเร็จ/บทเรียนที่ดีที่ได้รับ			
			CPG/ Guideline	KPI & ผลลัพธ์ & Benchmarking	CQI	อื่น ๆ เช่น R2R การขยายผล
1.การดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง ในขณะตั้งครรภ์ (PIH)	PCT สูติ-นรีเวช	ดำเนินการต่อเนื่อง	CPG/Tracer	1.อัตราการเกิด Eclamsia ขณะอยู่รพ. 2.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรงในผู้ป่วยPIH ขณะอยู่รพ 3.อัตราการตายของมารดาที่มีสาเหตุจาก PIH	ปรับ CPG	
2.การดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์ นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)	PCT สูติ-นรีเวช	ดำเนินการต่อเนื่อง	CPG/Tracer	1. อัตราการวินิจฉัยEctopic preg. ผิดพลาด/ล่าช้า 2. อัตราตายของผู้ป่วย Ectopic preg. 3.อัตราผู้ป่วย Ectopic preg.ที่มี ภาวะ Shockได้รับการดูแลรักษาภายใน 40 นาที (ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนถึง		

				ลงมิตผ่าตัด)		
--	--	--	--	---------------	--	--

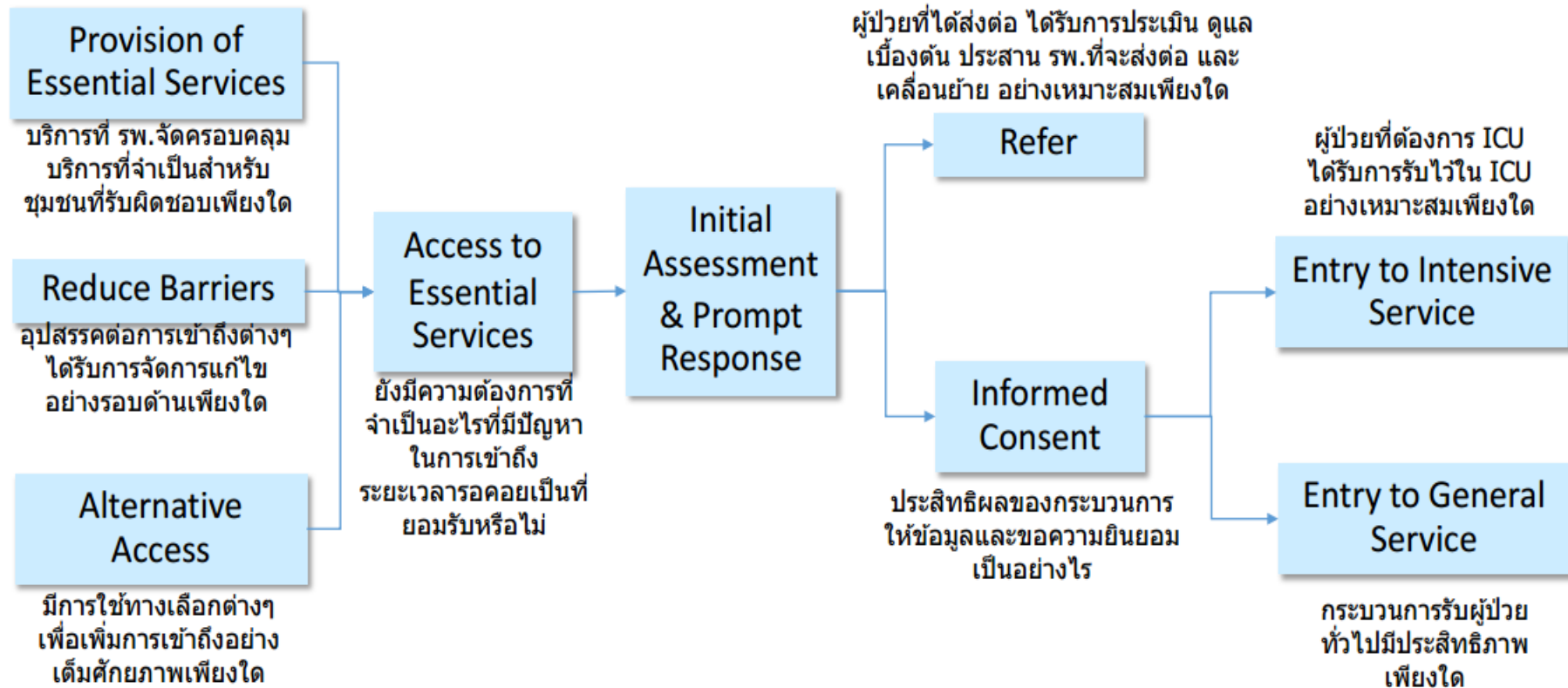
ชื่อเรื่อง	ทีม/สาขาที่เกี่ยวข้อง	ระยะเวลาดำเนินการ	ผลสำเร็จ/บทเรียนที่ดีที่ได้รับ			
			CPG/ Guideline	KPI & ผลลัพธ์ & Benchmarking	CQI	อื่น ๆ เช่น R2R การขยายผล
3. การดูแลผู้ป่วย ตกเลือดหลังคลอด (PPH)	PCT สูติ-นรีเวช	ดำเนินการต่อเนื่อง	CPG/Tracer	1. อัตราการเกิด PPH 2. อัตราการเกิด PPH ที่รุนแรง 3. อัตราตายจาก PPH		
4. Preterm labor	PCT สูติ-นรีเวช+ PCT กุมารเวชกรรม	ดำเนินการต่อเนื่อง	Tracer	1. อัตราการคลอดก่อนกำหนด 2. อัตราการยับยั้งการเจ็บครรภ์ก่อน กำหนดสำเร็จ (คลอด ≥ 37 สัปดาห์) 3. อัตราการเกิด BA ในทารกในครรภ์ที่ คลอดก่อนกำหนด 4. อัตราตายของทารก 0-7 ตายในมารดาที่ คลอดก่อนกำหนด		
5. Teenage pregnancy	PCT สูติ-นรีเวช+เวช กรรมสังคม+งานสังคม สงเคราะห์	ดำเนินการต่อเนื่อง	Tracer	1. ร้อยละของการคลอดโดยมารดาอายุ < 20 ปี 2. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ < 20 ปีที่มาคลอดหรือแท้งบุตรและเป็นการ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป 3. ร้อยละของมารดาที่อายุ < 20 ปีที่ได้รับบริการคุมกำเนิด		

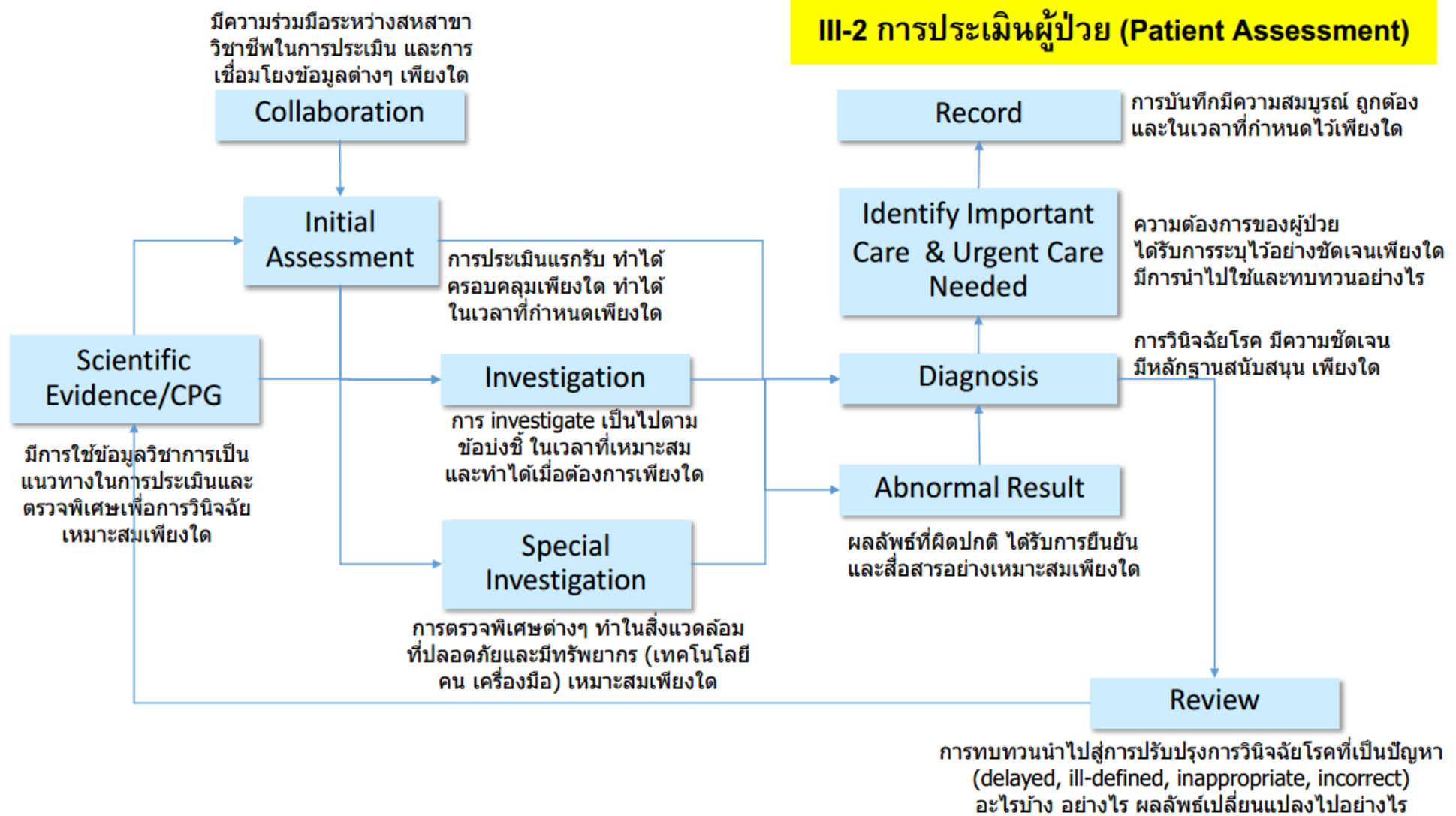
				หลังคลอดหรือแท้งก่อนออกจาก ร.พ		
6.GDM	PCT สูดิ-นรีเวช+PCT อายุรกรรม	ดำเนินการต่อเนื่อง	Tracer	1. อัตราการเกิดภาวะBA ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน 2. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก ≥ 3800 gm ในมารดาที่เป็นเบาหวาน 3. อัตรามารดาที่เป็นเบาหวานและมีการคลอดดีได้ 4. อัตราทารกตายในครรภ์ในมารดาที่เป็นเบาหวาน		



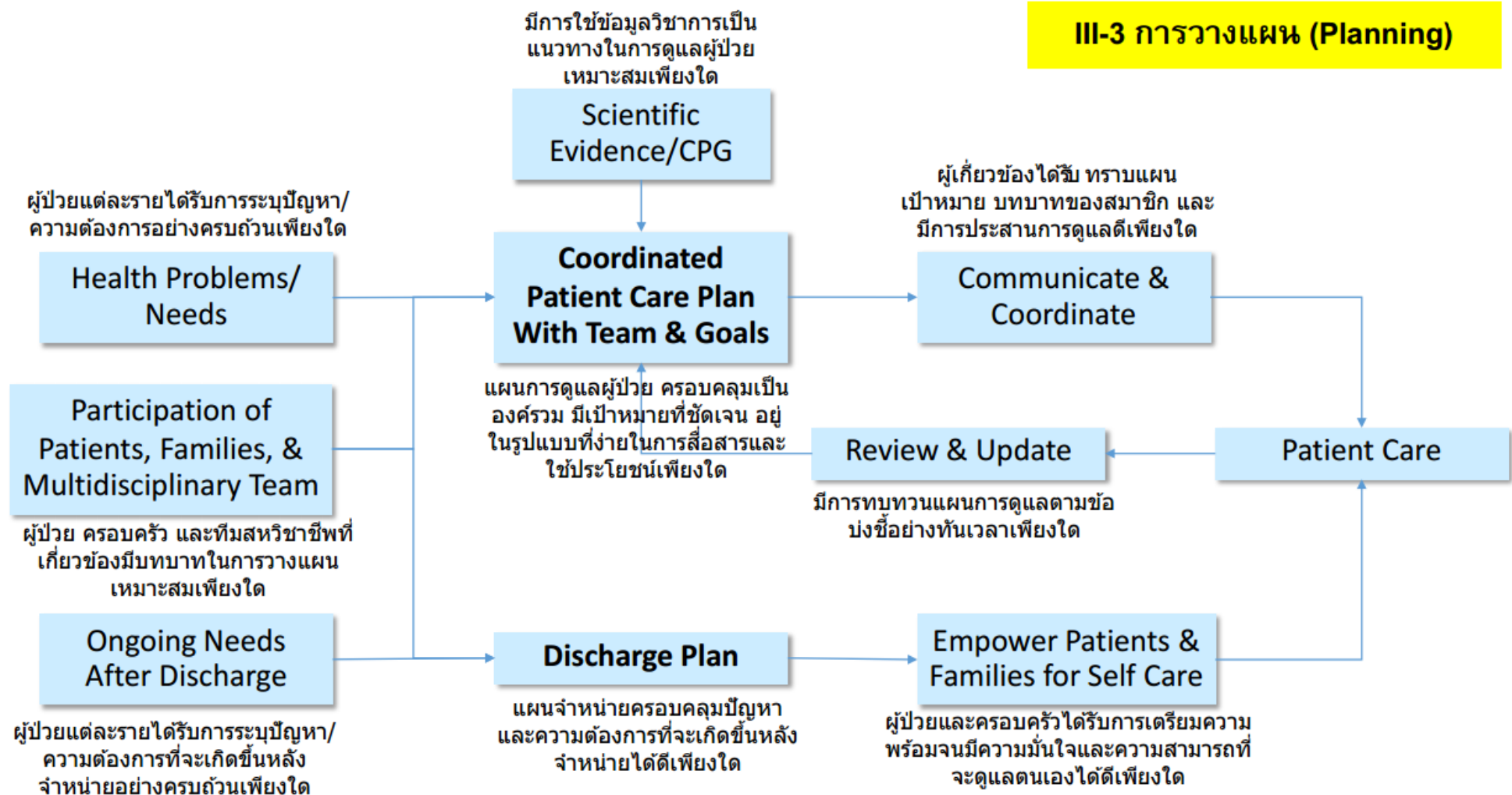
+ SPA in Action

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

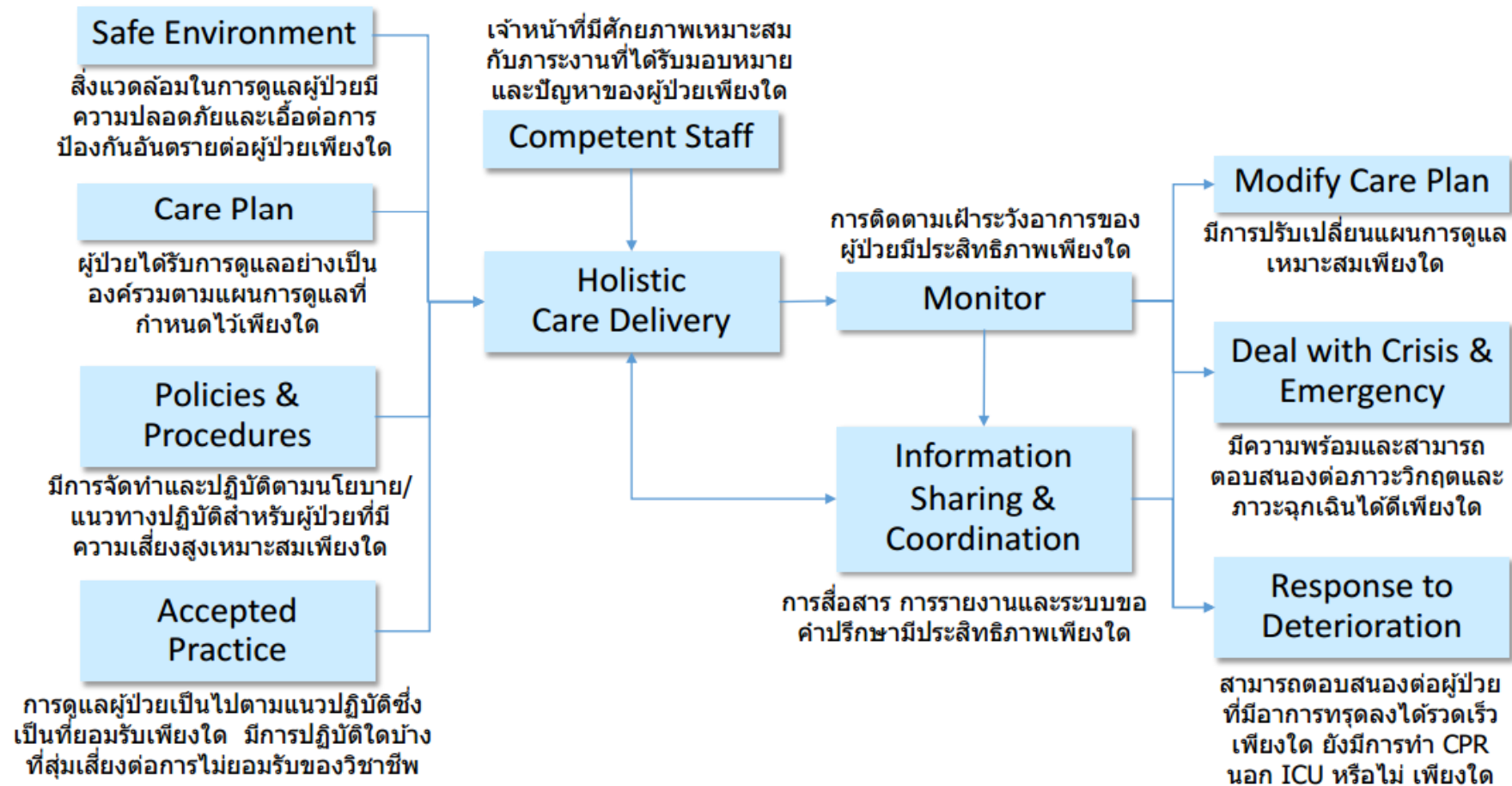




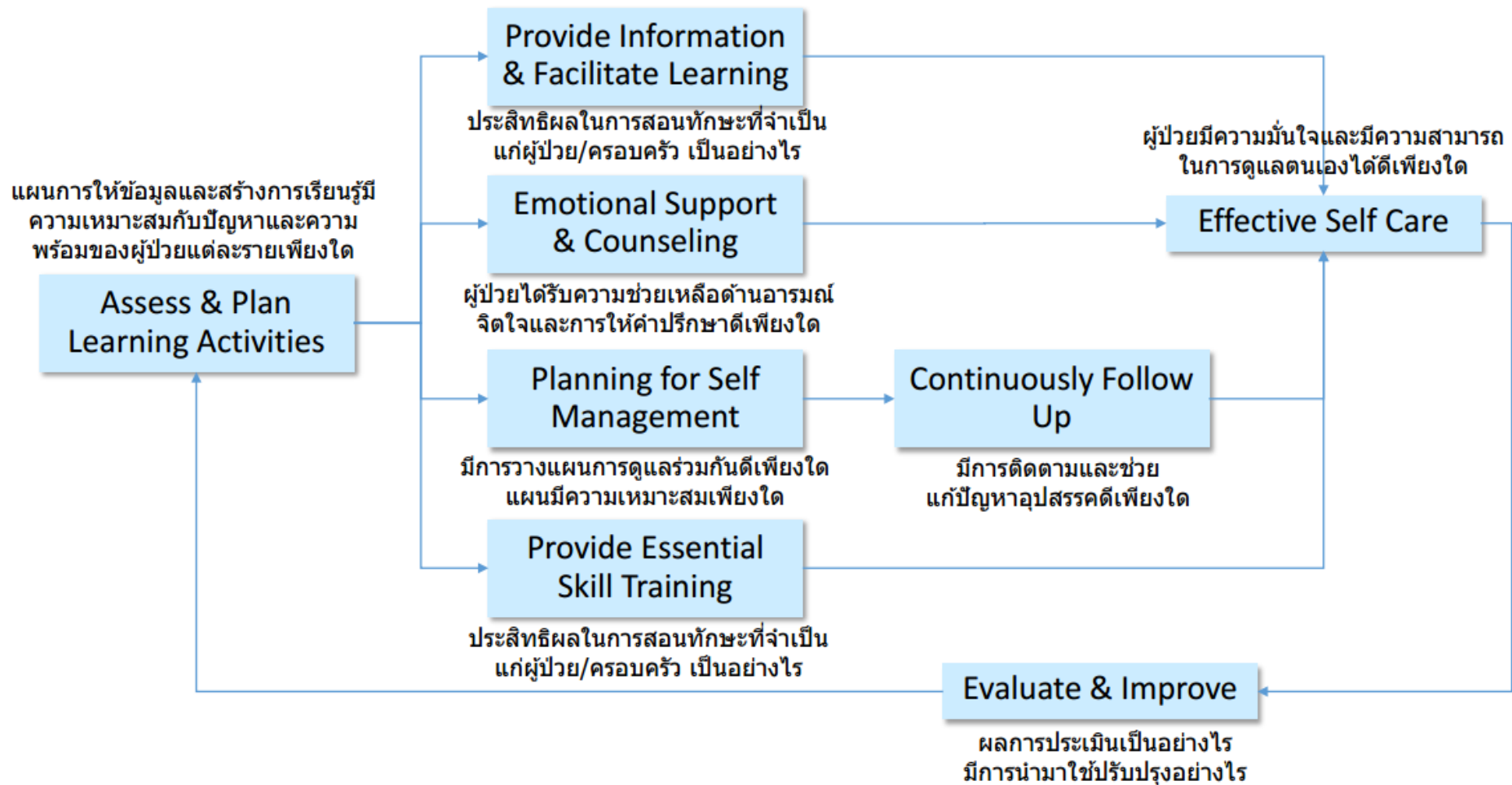
III-3 การวางแผน (Planning)



III-4 การดูแลผู้ป่วย (Care Delivery)



III-5 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information & Empowerment)



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

