

# CQI

เพิ่มอัตราการคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิด  
>2,500 กรัม ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ BMI และ  
Hct. ต่ำกว่าเกณฑ์

หน่วยงาน

CHN

ปีงบประมาณ

2550





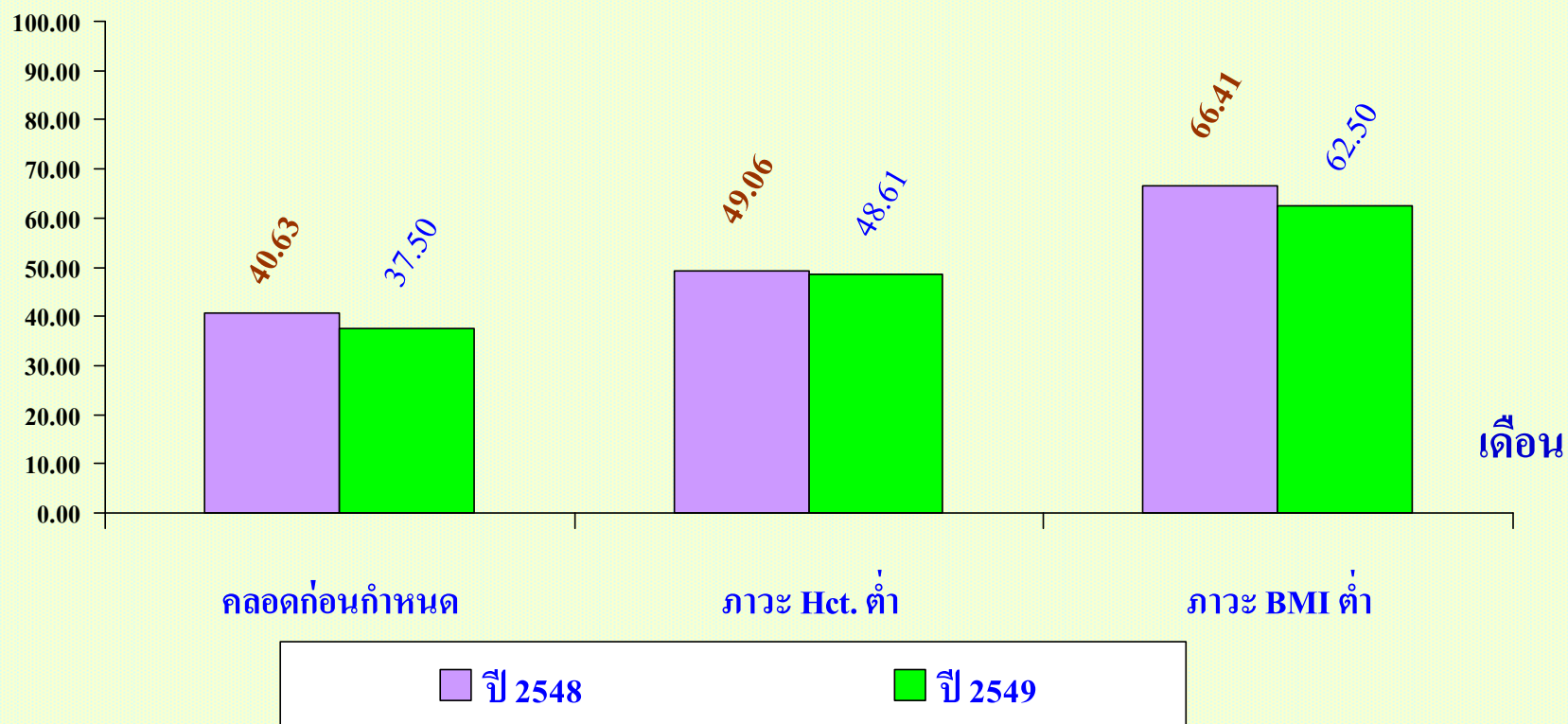
# ความสำคัญของปัญหา

นโยบายหลักของกระทรวงฯ และจังหวัด  
กำหนดตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญคือ  
การฝากครรภ์คุณภาพและทารกแรกเกิดมีน้ำหนัก  
ไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม

จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ  
2548 – 2549 พบว่า อัตราทารกแรกเกิดมรน้ำหนัก  
น้อยกว่า 2,500 กรัม = ร้อยละ 9.53 และ 5.53  
ตามลำดับ โดยแยกสาเหตุหลักที่พบคือ (ตาราง)

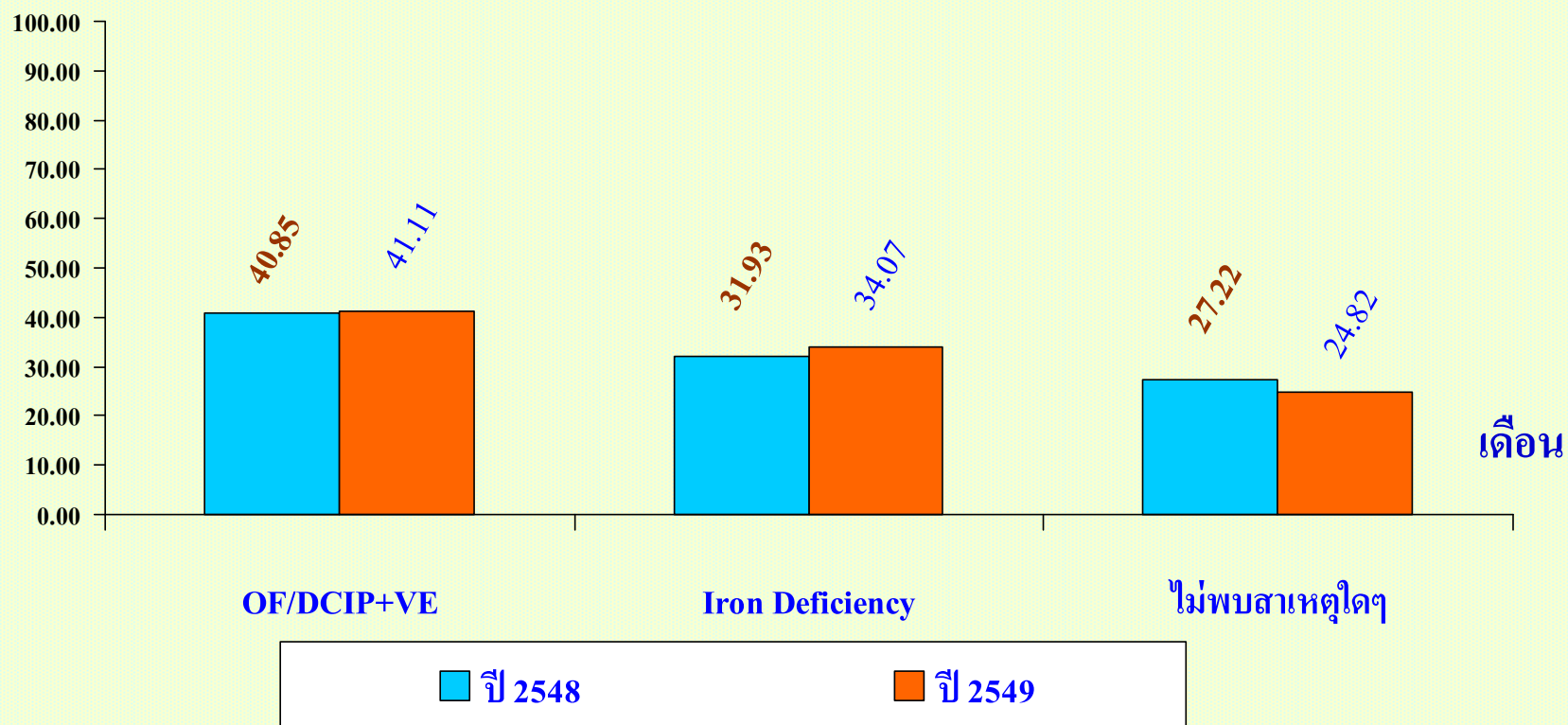
# สาเหตุสำคัญต่อการเกิดภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ปีงบประมาณ 2548 - 2549

เปอร์เซ็นต์



# และจากการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิด BMI และ Hct. ต่ำในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2548 – 2549 พบสาเหตุหลัก ดังตาราง

เปอร์เซ็นต์



จากข้อมูลดังกล่าว สามารถ  
วิเคราะห์ปัญหาหลักได้ ดังนี้

ด้านผู้รับบริการ

1. เกิดจากโรคทางพันธุกรรม  
เช่น โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย
2. จากภาวะทุพโภชนาการ เช่น  
ขาดธาตุเหล็กและ โฟลิกแอซิด
3. พยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน



## ด้านบุคลากรปฏิบัติงาน

1. การประเมินภาวะเสี่ยงไม่ครอบคลุม
2. การส่งพบแพทย์ไม่ครอบคลุมประเด็น  
ปัญหาที่ตรวจพบ
3. การให้ความรู้ แนะนำและสร้างความ  
ตระหนักในการปฏิบัติตนแก่ผู้รับบริการ  
ไม่ครบถ้วน และขาดการประเมินผล
4. สัดส่วนระหว่างเจ้าหน้าที่และ  
ผู้รับบริการ ไม่เหมาะสม



## ด้านระบบบริการ

1. ระบบการประเมินสภาพและคัดกรอง  
ยังไม่ครอบคลุมถึง โอกาสเสี่ยงที่ทำให้  
คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. การส่งพบแพทย์ไม่ครอบคลุมประเด็น  
การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์
3. ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน กรณีพบว่า  
หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลที่ไม่สัมพันธ์  
กับอายุครรภ์หรือมีภาวะเสี่ยงอื่นๆ



# การตั้งเป้า

- เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพ  
และครอบคลุมมาตรฐาน

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์และมี  
ผล Hct. < 33 % คลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิด  
มากกว่า 2,500 กรัม

## ดัชนีชี้วัด

อัตราคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า  
2,500 กรัม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80





# PLAN

1. พัฒนาระบบบริการกระบวนการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดบุตร น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดอัตราการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
3. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลภาวะเสี่ยงเพื่อการดูแลต่อเนื่อง



# การดำเนินงาน : DO

## : การพัฒนาบริการการตรวจคัดกรอง

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1. การตรวจคัดกรอง OF , DCIP มีการตรวจเฉพาะใน ANC ครั้งแรก GA &lt; 16 wks.</p> <p>2. กรณีผลตรวจ Hct.&lt;33 % ให้ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ เพื่อส่งการดูรักษา</p>	<p>1. การตรวจคัดกรอง OF,DCIP ให้ตรวจทุกรายที่มา ANC ครั้งแรกไม่ว่า GA เท่าใดก็ตาม</p> <p>2. กรณีผลตรวจ Hct.&lt;33% พยาบาลจุดคัดกรองดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- เจาะตรวจ Confirm Hct. อีกครั้งหากยังมีผลต่ำให้ตรวจสอบผลตรวจ OF,DCIP หากพบผล +VE ให้ส่งตรวจ CBC , Stool Exam</li><li>- ตรวจ Hct. ครั้งที่ 2 เมื่อ GA 32 wks.</li></ul>

# การดำเนินงาน : DO

## : การพัฒนาบริการการตรวจคัดกรอง

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
3. การตรวจคัดกรอง BMI เมื่อพบต่ำกว่าเกณฑ์ มีการบันทึกใน Vallop Curve และส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์เพื่อส่งการดูรักษา	3. การตรวจคัดกรอง BMI ให้คัดกรองทุกครั้งที่มาใช้บริการ หากพบต่ำกว่าเกณฑ์ให้บันทึกใน Vallop Curve และใน OPD Card พร้อมชี้บ่งข้อมูลด้วย marker สีเหลืองอ่อน - เพิ่มการตรวจคัดกรองภาวะ GDM ในหญิงตั้งครรภ์อายุ > 30 ปี ด้วยการตรวจ GCT , OGTT ตามเกณฑ์มาตรฐาน

# การดำเนินงาน : DO

: การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันทารกน้ำหนักน้อย

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1. กรณีผลตรวจพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ เพื่อสั่งการดูแลรักษา</li><li>- ปรับเปลี่ยนยาบำรุงครรภ์ โดยเปลี่ยนจาก FBC 1x 3 pc. เป็น Obemine AZ 1x1 OD</li></ul>	<p>1. กรณีพบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์เพื่อตรวจ U/S ดูสถานะสุขภาพทารกในครรภ์และสั่งการรักษา</li><li>- ปรับเปลี่ยนการจ่ายยาจากเดิม โดยเปลี่ยนจาก FBC1 x3 pc. เป็น Obemine AZ 1x 2 pc. และเพิ่มยา Folic acid (5 mg.) 1 x 1 OD และ Calcium Carbonate 1x 1 OD</li></ul>

# ตั้งพบแพทย์เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยง และตั้งการรักษา



# การดำเนินงาน : DO

: การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันทารกน้ำหนักน้อย

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>2. กรณีพบว่าหญิงตั้งครรภ์มี BMI ต่ำ หรือมีภาวะทุพโภชนาการ ปฏิบัติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ เพื่อส่งการดูแลรักษา</li><li>- เปลี่ยนยาบำรุงครรภ์ โดยเปลี่ยนจาก FBC 1x 3 pc. เป็น Obemine AZ 1 x 3 pc.</li></ul>	<p>1. กรณีพบหญิงตั้งครรภ์มี BMI ต่ำ หรือภาวะโลหิตจาง หรือ นน.ไม่เพิ่มขึ้นดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ทำ NST ก่อน ส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์เพื่อตรวจ U/S ดูสถานะสุขภาพทารกในครรภ์และสั่งการรักษา และทำซ้ำเมื่อ GA 32 , 36 wks.</li><li>- เปลี่ยนการจ่ายยาจากเดิม โดยเปลี่ยนจาก FBC1 x3 pc. เป็น Obemine AZ 1x 3 pc. และเพิ่มยา Calcium Carbonate 1x 1 OD</li></ul>

# แพทย์ประเมินน้ำหนักเด็ก โดยใช้เครื่อง ULTRASOUND



# การกระตุ้นหัวใจทารกและเปลี่ยนให้ยาเป็น

**Obemin AZ 1 x 3 pc @**





# เปลี่ยนให้ยาเป็น Obemin AZ 1 x 3 pc @



# การดำเนินงาน : DO

: การพัฒนาระบบบันทึก/ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1. การบันทึกผลการบริการ ANC และการคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- บันทึกในสมุดจดคลอด เช่นเดียวกับรายอื่นๆ</li><li>- บันทึกในทะเบียนวัคซีนทารกแรกเกิด</li></ul>	<p>1. พยาบาลห้องคลอดบันทึกในสมุดจดคลอด โดยพับมุมบนขวาในหน้าที่มีทารกคลอด น้ำหนัก &lt; 2,500 กรัมและระบุคุณภาพการ ANC ตามเกณฑ์ไว้</p> <p>2. บันทึกข้อมูลในแบบสอบสวนสาเหตุทารกแรกเกิดน้ำหนัก &lt; 2,500 กรัมแยกราย Case โดยฝ่ายส่งเสริมสุขภาพรวบรวมข้อมูลทุกเดือนเพื่อทำการวิเคราะห์ ประมวลผล</p>

# การดำเนินงาน : DO

: การพัฒนาระบบบันทึก/ส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>2. การจัดเก็บ วิเคราะห์และ ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานอื่น</p> <p>- จัดส่งเฉพาะจำนวน Case ไม่มีการวิเคราะห์สาเหตุเพื่อ หามาตรการป้องกัน</p>	<p>1. ฝ้ายส่งเสริมสุขภาพ จัดทำทะเบียนแยก เฉพาะกรณีและจัดทำ MCH Folder เพื่อ ค้นหาสาเหตุ แนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์และ กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติการณ์</p> <p>2. ในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดบุตร นำหนักน้อย จำเป็นต้อง ANC ต่อที่ รพ. ให้ แจ้งสถานบริการเจ้าของ case ทราบ</p>

# CHECK

: การติดตามและจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงาน

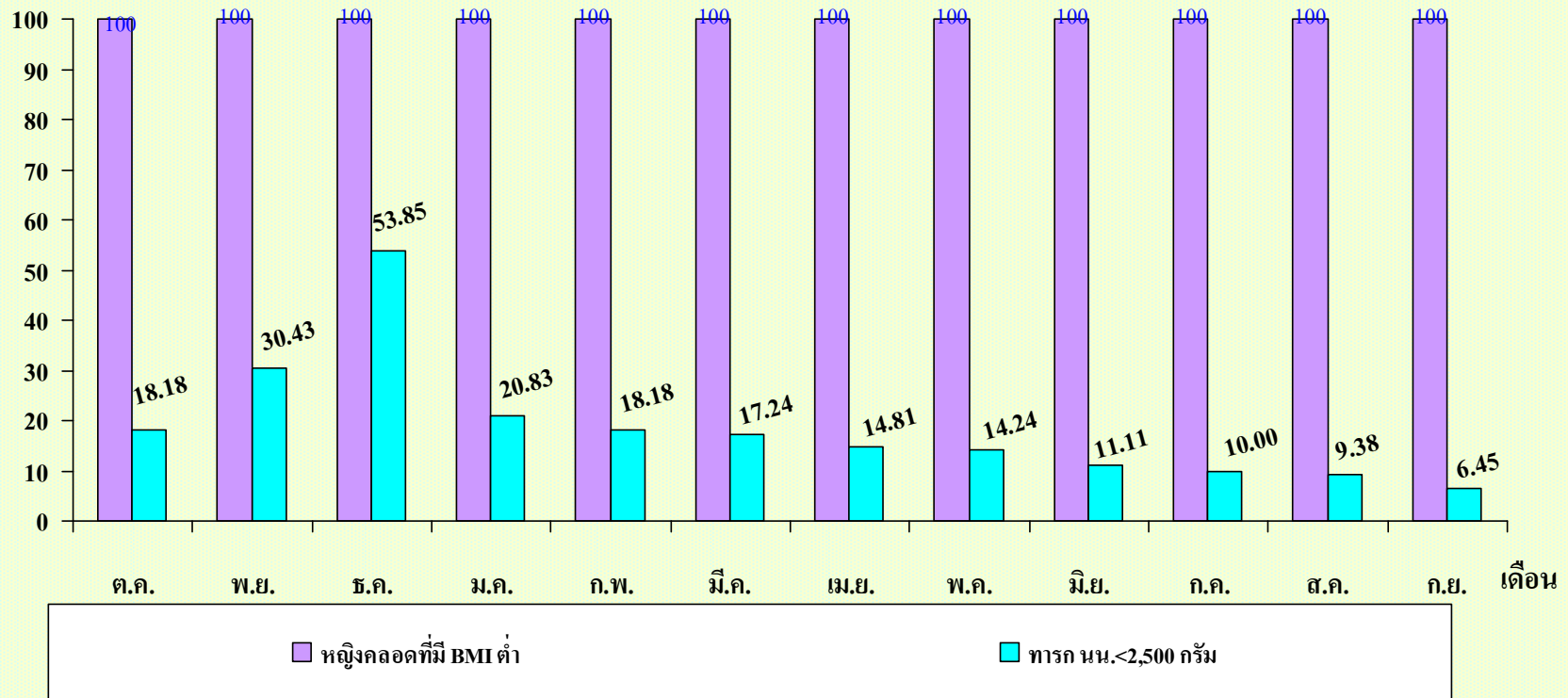
- ❖ เก็บข้อมูลจากสมุดจดคัดลอกรายเดือน
- ❖ ข้อมูลจากทะเบียนวัคซีนเด็กแรกเกิด
- ❖ ข้อมูลจากทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

# ผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดรายเดือน

รายการ	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย	พค	มิย.	กค.	สค.	กย.	รวม
	49	49	49	49	49	49	49	50	50	50	50	50	
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ BMI ต่ำ ทั้งหมด	22	23	13	24	22	29	27	28	27	20	32	31	298
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ BMI ต่ำ คลอดทารก น้ำหนัก <2,500 กรัม	4	7	7	5	4	5	4	4	3	2	3	2	50
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ Hct<33 % ทั้งหมด	26	26	19	18	25	21	19	42	28	44	31	28	327
จำนวนหญิงตั้งครรภ์ Hct<33% คลอด ทารกน้ำหนัก <2,500 กรัม	2	1	1	2	2	0	2	3	0	2	2	4	21

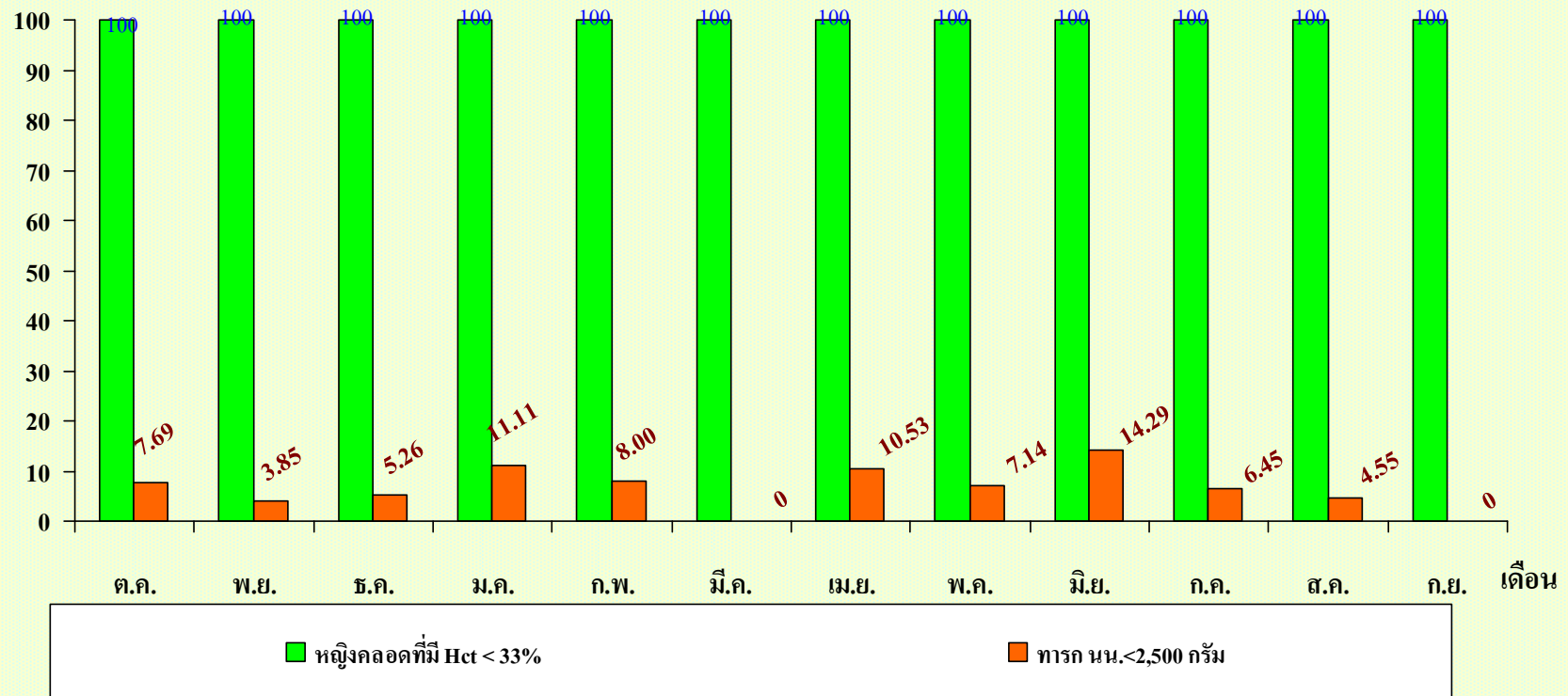
# แสดงอัตราหญิงตั้งครรภ์ BMI ต่ำ คลอดทารกแรกเกิด น้ำหนัก < 2,500 กรัม

เปอร์เซ็นต์



# แสดงอัตราหญิงตั้งครรภ์ Hct < 33 % คลอดทารกแรกเกิด น้ำหนัก < 2,500 กรัม

เปอร์เซ็นต์



# **ACTION : สรุปผลการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่ได้จากแนวทางปฏิบัติ (DO) ทุกกิจกรรม**



**\* คุณภาพการบริการฝากครรภ์ดีขึ้น  
ตามลำดับและครอบคลุมตามเกณฑ์ ANC**

**คุณภาพ**

**\* อัตราทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่มี  
ภาวะ BMI ต่ำและ Hct.<33% ลดลงอย่าง  
ชัดเจน ทำให้ตัวชี้วัด อัตราทารกแรกเกิดมี  
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม < 7% ตาม  
เกณฑ์ที่จังหวัด / กระทรวงฯ กำหนด**



# แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

➤ เจ้าหน้าที่ / พยาบาลจุดคัดกรอง ปฏิบัติดังนี้

1. ตรวจคัดกรอง OF, DCIP และ Hct. ใน Case ANC ครั้งแรกทุกราย และ case ANC จากที่อื่นที่ยังไม่มีผล Lab ดังกล่าว

- หากผล OF , DCIP +VE ใดๆอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ให้ส่งพบแพทย์เพื่อส่งการรักษา

- หากผล Hct.<33% ให้ตรวจ Confirm ซ้ำในครั้งต่อไป หากยังต่ำอยู่ ให้ส่งตรวจ CBC , Stool Exam แล้วส่งพบแพทย์เพื่อส่งการรักษา

2. ตรวจคัดกรอง BMI ทุกรายและทุกครั้งที่มาใช้บริการ พร้อมบันทึกใน OPD Card และ Vallop Curve ถ้าต่ำกว่าเกณฑ์ให้ Marker ด้วยปากกาเน้นข้อความสีเหลืองอ่อน เพื่อการติดตามครั้งต่อไป

# แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

## ➤ พยาบาลห้องตรวจครรภ์ ปฏิบัติดังนี้

ตรวจสอบข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง

- หากพบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ให้ส่งพบแพทย์เพื่อ U/S ดูสถานะทารกในครรภ์
- ปรับเปลี่ยนการจ่ายยาบำรุงครรภ์จากเดิม โดยให้ยา MTV 1 x 3 pc. , Obemine AZ 1 x 2 pc. และ Folic acid (5 mg.) 1 x 1 OD.
- หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ > 30 ปี ให้นำตรวจ GCT เมื่อ GA 24 – 28 wks.
- นำตรวจ Hct. ครั้งที่ 2 เมื่อ GA 32- 34 wks. ทุกราย

# แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

## ➤ พยาบาลห้องตรวจครรภ์ ปฏิบัติดังนี้

- หากพบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะทุพโภชนาการ (BMI ต่ำ) หรือระดับน้ำตาลท้องไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ หรือน้ำหนักตัวไม่ขึ้นติดต่อกัน 2 ครั้ง ให้ทำ NST ทุกราย แล้วส่งพบแพทย์เพื่อ U/S ดูสถานะทารกและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ และทำซ้ำเมื่อ GA 36 – 38 wks.
- ปรับเปลี่ยนการจ่ายยาบำรุงครรภ์จากเดิม โดยให้ยา MTV 1 x 3 pc. , Obemine AZ 1 x 2 pc. และ Calcium Carbonate 1 x 1 OD.
- หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ > 30 ปี ให้นัดตรวจ GCT เมื่อ GA 24 – 28 wks.
- นัดตรวจ Hct. ครั้งที่ 2 เมื่อ GA 32- 34 wks. ทุกราย
- ในรายที่เสี่ยงต่อการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยให้นัด ANC ที่ รพ. ทุกราย

# แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

## ➤ พยายามรับผิดชอบสารสนเทศ ปฏิบัติดังนี้

- ลงบันทึก ตรวจสอบข้อมูลในทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อ  
ดูแลแนวโน้มผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา / ป้องกัน
- รวบรวมข้อมูลจากสมุดจดคลอด และแบบบันทึกข้อมูลสาเหตุทารก  
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและทะเบียนวัคซีนเด็กแรกเกิด เพื่อ  
วิเคราะห์สาเหตุและค้นหาปัญหาจากกระบวนการบริการ
- จัดส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมวิเคราะห์ผลการ  
ดำเนินงานในหน่วยงานเพื่อหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

# ปัญหาอุปสรรค / การพัฒนาต่อเนื่อง

1.ปริมาณผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพ และระยะเวลา การให้บริการ รวมถึงความพึงพอใจโดยรวม

1.บุคลากรทางการแพทย์: ขาดความรู้/ความต่อเนื่อง, ขาดความละเอียดรอบคอบ ในการบันทึก, มีความล่าช้าในการบันทึกและการส่งข้อมูล

แนวทางแก้ไข : จัดอบรมและให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะ กลุ่มเป้าหมาย

กำหนดผู้รับผิดชอบ ติดตามตรวจสอบ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือและอุปกรณ์: ไม่เอื้อต่อระบบ การบริการ การบันทึกและการส่งข้อมูล

แนวทางแก้ไข : จัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ ปรับปรุงแบบฟอร์มให้เหมาะสม เพื่อการดูแลต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

# กรอบแนวคิดการพัฒนาต่อเนื่อง

- ❖ การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด
- ❖ การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการผ่านบัตรคิว

ดูแลรักษาดีทุกชีวิปลดอดภัย  
พร้อมบันทึกให้ครบถ้วนสมบูรณ์  
ทุกคนร่วมใจรายได้ไม่สูญ  
เงินทองเพิ่มพูนพวกเราสุขใจ

( ก็มีเงินจ่าย OT ใจล่ะ )

สวัสดีค่ะ