

CQI

ลดอัตราการทารกแรกเกิด



น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

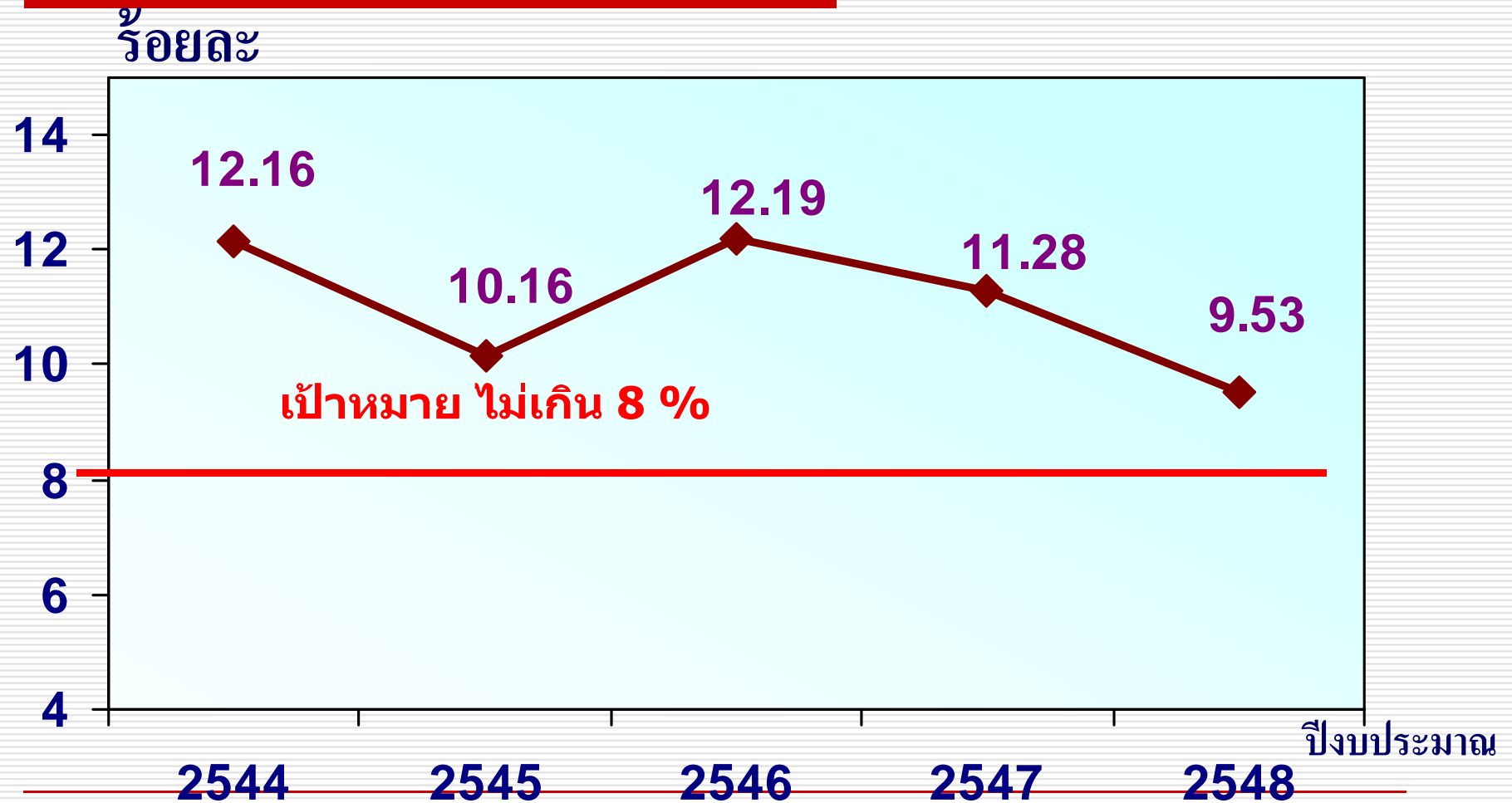
ปีงบประมาณ 2549

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม เป็นนโยบาย และดัชนีชี้วัด
ที่สำคัญระดับจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินคุณภาพ
งานอนามัยแม่และเด็กตลอดมา โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ

: อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 7

ข้อมูลอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปีงบประมาณ 2544 - 2548



การวิเคราะห์ปัญหา : ด้านระบบบริการ

1. การกำหนดแนวทางการประเมินผู้รับบริการยังไม่ชัดเจน
2. ระบบการส่งผู้รับบริการพบแพทย์ ยังไม่ครอบคลุม
3. ไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันแนวโน้มการคลอดบุตร
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
และแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ปัญหา : ด้านบุคลากร

1. การประเมินภาวะเสี่ยงได้ล่าช้า
2. ส่งผู้รับบริการที่มีโอกาสคลอดบุตรทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยพบแพทย์ไม่ครอบคลุม
3. การประเมินขนาดน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดโดยการ U/S ของแพทย์ไม่ครอบคลุม
4. การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ปัญหา : ด้านผู้รับบริการ

1. มารดาตั้งครรภ์อายุ < 20 ปี และ > 35 ปี
2. มารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการ(BMI ต่ำกว่าเกณฑ์)
และมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์
3. มารดามีการตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง
4. มีพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
5. ไม่ตระหนักและปฏิบัติตนไม่ครอบคลุมตามที่ได้รับการสอน
และให้ความรู้

การตั้งเป้า

: ลดอัตราการทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม

ดัชนีชี้วัด

: ผลดำเนินงานภาพรวมอำเภอ น้อยกว่าร้อยละ 7

: หญิงตั้งครรภ์ ANC ที่ รพ. น้อยกว่าร้อยละ 5

PLAN

- พัฒนาคูณภาพระบบบริการให้มีมาตรฐานเดียวกัน
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านองค์ความรู้และทักษะบริการ
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติและแก้ไข ปรับปรุงให้ครอบคลุม
- จัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลผลเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

DO

: การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1.การจัดบริการไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none">- ยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์การนัดที่ชัดเจน- การตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น NST ยังส่งรับบริการที่ห้องคลอด	<p>1.เพิ่มการนัดบริการตามเกณฑ์อายุครรภ์ และข้อบ่งชี้หรือภาวะเสี่ยง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">- GA <27 สัปดาห์ นัดทุก 4 สัปดาห์- GA 28-35 สัปดาห์ นัดทุก 3 สัปดาห์- GA 36 สัปดาห์ขึ้นไป นัดทุกสัปดาห์ <p>2. กรณีมีข้อบ่งชี้ /ภาวะเสี่ยง ให้นัดตามคำสั่งหรือเกณฑ์ที่แพทย์กำหนดไว้ทุกราย</p> <p>3. จัดบริการแบบ One Stop Service 9</p>

DO

: การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<ol style="list-style-type: none">1. บุคลากรที่ให้บริการมีการจัดอัตรากำลังเป็นระบบหมุนเวียน ทำให้ทักษะบริการไม่ครอบคลุมและมีคุณภาพเพียงพอ2. การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก เป็นกระบวนการบริการที่ต้องใช้ทักษะและเทคนิคบริการเฉพาะทาง ทำให้บุคลากรปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ครบถ้วน	<ol style="list-style-type: none">1. ประเมิน Competency บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมมาตรฐาน2. จัดประชุมวิชาการตามเกณฑ์มาตรฐานและอุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยสูติแพทย์3. จัดทำแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมไว้ทุกจุดบริการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

DO

: การทบทวน แก้ไข ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1. การประเมิน คัดกรองภาวะเสี่ยง มีการระบุเฉพาะที่ตรวจพบ และไม่มีการชี้บ่งในเอกสารที่เกี่ยวข้องให้เห็นชัดเจน</p> <p>2. การส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์ จะส่งเป็นภาพรวมทั้งหมด</p>	<p>1. เพิ่มการประเมินภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์ข้อ 1 – 20 ในสมุดฝากครรภ์ และเมื่อพบภาวะเสี่ยงให้ใช้ปากกาเน้นข้อความสีเหลืองให้เห็นเด่นชัด เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ใน OPD Card , สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และในทะเบียนบริการ</p> <p>2. กำหนดการส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์เป็นรายโซน สอ. โดยส่ง 2 ครั้งคือ เมื่อ</p> <p>GA 18-24 wks. และ GA 36 – 40 wks.</p>

DO

: การจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพ

แนวทางปฏิบัติเดิม	การปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติ
<p>1. การจัดเก็บข้อมูลที่ผ่านมา เป็นการ จัดเก็บรวบรวม เพื่อจัดทำรายงานเดือน ส่งให้จังหวัด ไม่ได้นำมาวิเคราะห์และ ประมวลผลเพื่อใช้พัฒนาคุณภาพบริการ</p> <p>2. มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลแนวโน้ม ความเสี่ยงมาพัฒนาคุณภาพบริการน้อย</p>	<p>1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและมีการ ใช้ข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none">- กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดหลักของหน่วยงาน- จัดทำแบบฟอร์มจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ตรวจสอบและสามารถใช้ประโยชน์ได้ <p>2. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามสาเหตุที่ทำให้ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แล้วนำมา พัฒนาคุณภาพบริการให้ตรงประเด็น สำคัญ</p>

CHECK

: การติดตามและจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงาน

- ❖ เก็บข้อมูลจากทะเบียนการคลอดรายเดือน
- ❖ ข้อมูลจากทะเบียนวัคซีนเด็กแรกเกิด
- ❖ ข้อมูลจากทะเบียนการส่งหญิงตั้งครรภ์

พบแพทย์

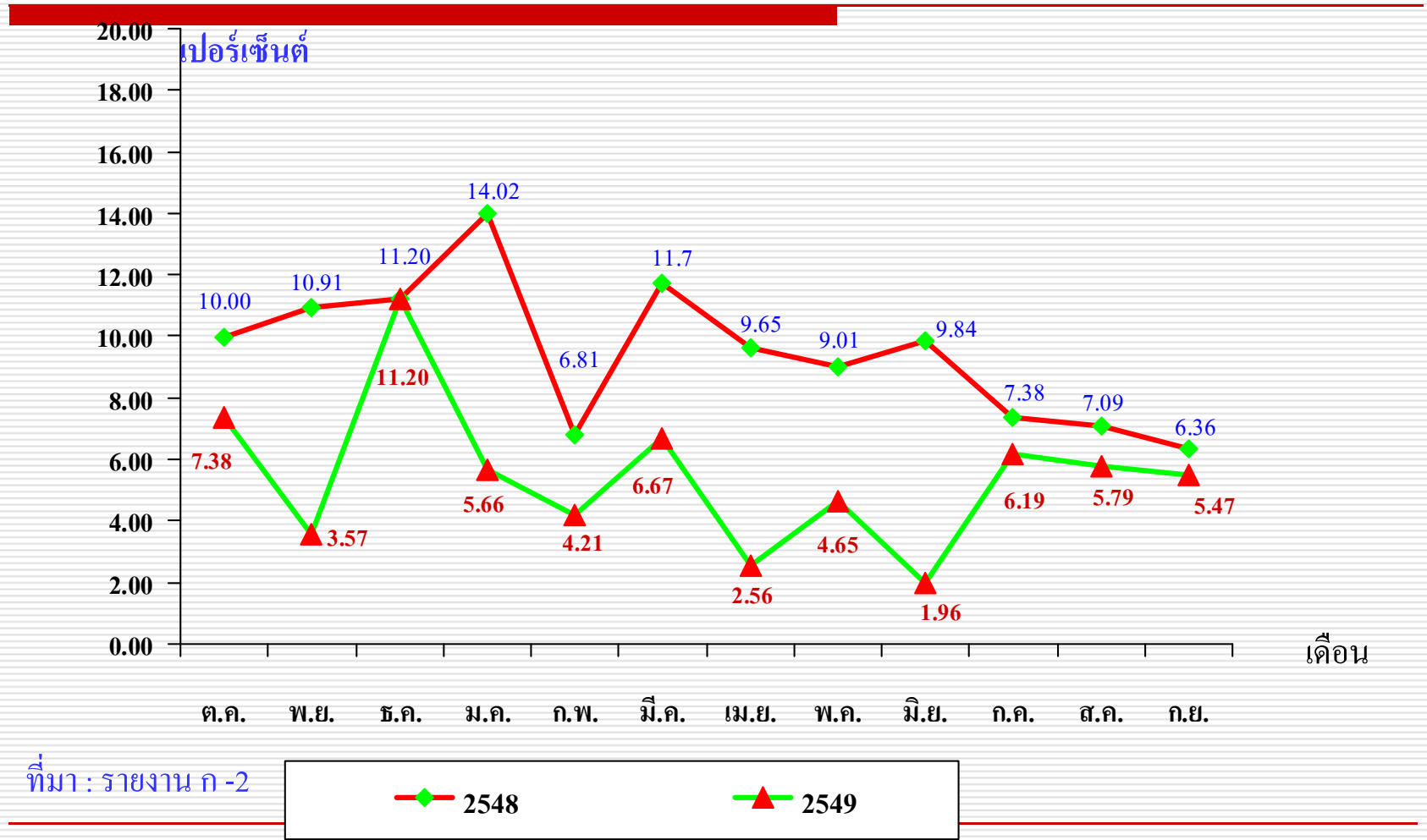
ผลการดำเนินงานตามดัชนีชี้วัดรายเดือน

รายการ	ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	รวม
	48	48	48	49	49	49	49	49	49	49	49	49	
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ทั้งหมด	122	112	125	106	95	90	117	86	102	97	121	128	1,301
จำนวนเด็กแรกเกิด น้ำหนัก <2,500 กรัม : ภาพรวมอำเภอ	9	4	14	6	4	6	3	4	2	6	7	7	72
จำนวนเด็กเกิดมีชีพ ที่คลอดจากมารดา ANCที่ รพ.ทั้งหมด	52	57	39	48	42	51	54	44	56	54	61	68	626
จำนวนเด็กแรกเกิด น้ำหนัก <2,500 กรัม : มารดา ANC รพ.	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	13

ข้อมูลอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปีงบประมาณ 2544 - 2549

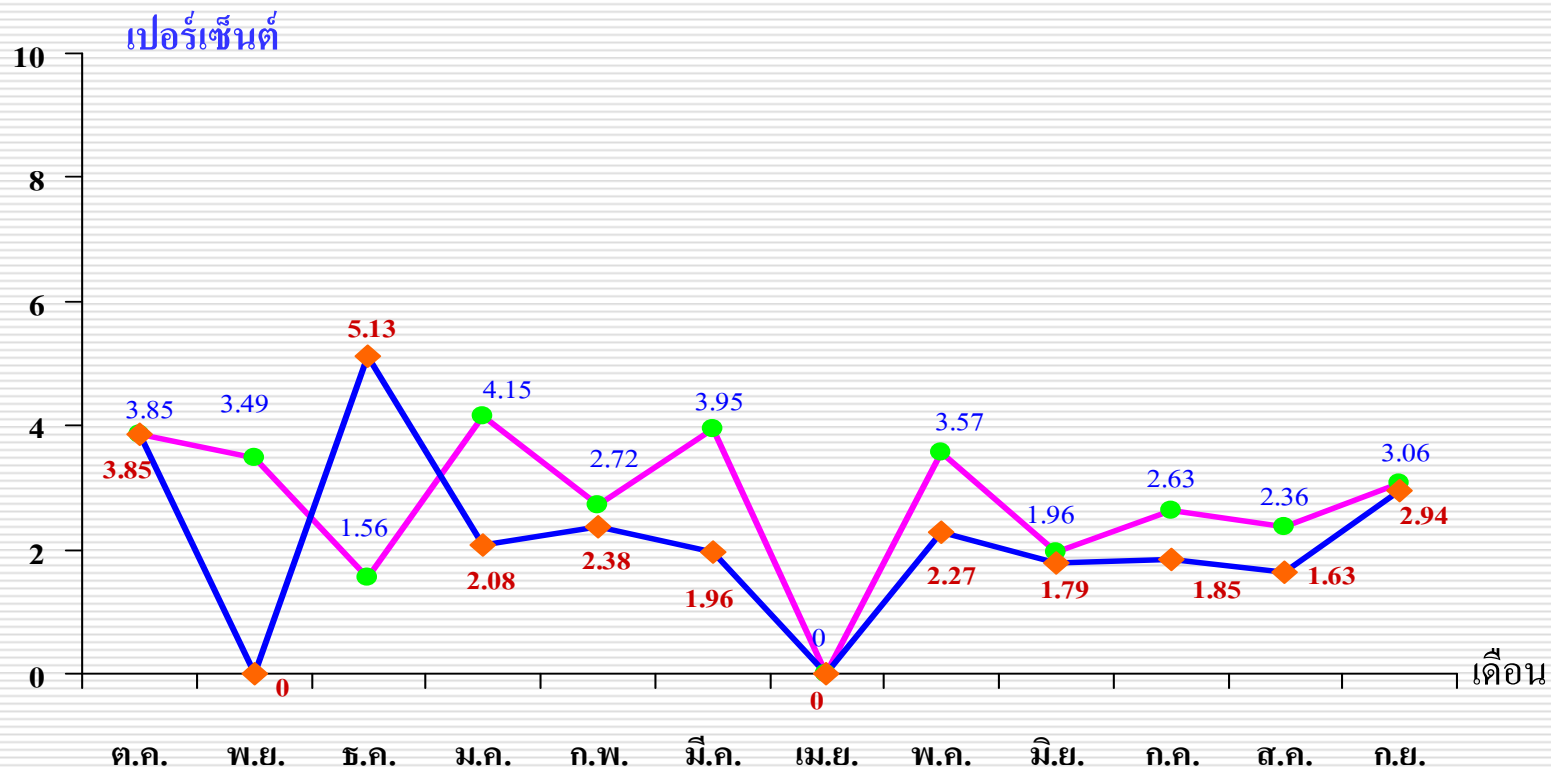


แสดงอัตราการแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม : เปรียบเทียบแนวโน้ม ภาพรวมอำเภอ ปี 2548 - 2549



ที่มา : รายงาน ก-2

แสดงอัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม : เปรียบเทียบแนวโน้ม หญิงตั้งครรภ์ที่ ANC ที่ รพ. ปี 2548 - 2549



ที่มา : รายงาน ก-2



ACTION : สรุปผลการดำเนินงาน

ผลลัพธ์ที่ได้จากแนวทางปฏิบัติ (DO) ทุกกิจกรรม พบว่า

1. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม ลดลงจากเดิม
: ทั้งภาพรวมอำเภอ และในหญิงตั้งครรภ์ที่ ANC ที่ รพ.
 2. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับ
การประเมิน และการชี้บ่ง High Risk เพื่อส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวัง
และดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและการบริหารจัดการข้อมูลมีประสิทธิภาพ
 3. มีแนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน แม้เป็นอัตรากำลังระบบเวียน
 4. ผู้รับบริการและญาติมีความสุขและพึงพอใจที่คลอดทารกน้ำหนักตาม
เกณฑ์คุณภาพ
-

แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

- การตรวจคัดกรอง High Risk ให้ใช้เกณฑ์ข้อ 1-20 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและการตรวจพบขณะตรวจครรภ์ แล้วบันทึกความเสี่ยงใน OPD Card สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและทะเบียนบริการ พร้อม Marker ข้อความด้วยปากกาเน้นข้อความสีเหลืองทุกราย ทุกกรณี
- ส่งหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติพบแพทย์คุณภาพ 2 ครั้งคือ เมื่อ GA 18–24 wks. และ GA 36 – 40 wks. ส่วนในรายที่มีภาวะเสี่ยง ให้ส่งตามเกณฑ์แพทย์สั่ง
- จัดทำตารางบันทึกบริการกิจกรรมสำคัญ เพื่อใช้บันทึกเกณฑ์คุณภาพตามที่จังหวัดกำหนด ทั้งใน OPD Card และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหน้าทีบันทึกผลการตรวจครรภ์ทุกราย
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอัตรากำลังหมุนเวียนต้องได้รับการ OJT ทุกคน

แนวทางปฏิบัติจากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนา

- การส่งหญิงตั้งครรภ์พบแพทย์จากสถานีนามัย ให้แบ่งการส่งหญิงตั้งครรภ์ในรายปกติ พบแพทย์คุณภาพตามโซน ดังนี้
 - สถานีนามัยโซนที่ 1,2,3 ส่งพบแพทย์วันจันทร์
 - สถานีนามัยโซนที่ 4,5,6 ส่งพบแพทย์วันพุธ
- หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการนัดตรวจครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้
 - GA < 27 wks. นัดทุก 4 สัปดาห์หรืออย่างน้อย 1- 2 ครั้ง
 - GA 28 – 32 wks. นัดทุก 3 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 1 ครั้ง
 - GA 33 – 35 wks. นัดทุก 2 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 1 ครั้ง
 - GA 36 wks.ขึ้นไป นัดทุกสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 1 – 2 ครั้ง

ปัญหาอุปสรรค / การพัฒนาต่อเนื่อง

- ❖ ปริมาณผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพ และระยะเวลาการให้บริการ รวมถึงความพึงพอใจโดยรวม
- ❖ การพัฒนาคุณภาพให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดบุตร ที่มีน้ำหนักแรกคลอด > 2,500 กรัม
- ❖ การลงข้อมูลไม่ครอบคลุม อาจทำให้การประมวลผลไม่ครบถ้วน

สวัสดี