

เรื่องเล่าเจ้าพลัง

การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการ
ในแต่ละระดับสถานบริการของเขตบริการที่ 3



กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3

เรื่องเล่าเร้าพลัง

การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการในแต่ละระดับสถานบริการของเขตสุขภาพที่ 3

จรรยา บุญอนันต์และคณะ

กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3

จากการวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 3 เราจะพบว่าการตายมารดาเกิดจากสาเหตุโดยตรง (Direct cause) คิดเป็นร้อยละ 60 และเกิดจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของประเทศเราจึงได้นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้นั้นมาสาเหตุเชิงลึกว่าเกิดจากอะไรแล้วนำมาสร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ Mind map ซึ่งพบว่าปัญหาเกิดจากขาดการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ , ขาดการใช้ Classifying form 18 ข้อ อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และเมื่อประเมินความเสี่ยงแล้วยังพบว่าไม่มีระบบในการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในระยะคลอดต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้เกิดมารดาตายในระยะคลอดและหลังคลอดได้ ดังนั้นเราจึงเลือกประเด็นนี้มาทำการจัดการความรู้

ซึ่งหลังจากนั้นเราได้มีการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารตำราทางสูติศาสตร์และการประชุม Teleconference ของงาน MCH Board ของกรมอนามัยพบว่ามียุทธศาสตร์ของจังหวัดอุดรธานี(Udol Model) เป็นรูปแบบที่ตีนำทดลองเอามาต่อยอดในการทำงานจึงได้ชักชวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางด้านสูติศาสตร์ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักที่เกี่ยวข้องกับงานฝากครรภ์ของเขตสุขภาพที่ 3 เช่นคณะกรรมการ MCH Board ของแต่ละจังหวัด สูติแพทย์ นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมาร่วมพูดคุยกันในวันที่ 8 ธันวาคม 2559 จำนวน 65 คน แต่เนื่องจากระยะเวลาจำกัดจึงต้องแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีสูติแพทย์คอยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ (Facilitator) และสมาชิกที่ร่วมพูดคุยทั้งสองกลุ่มนั้นมีแบ่งโดยให้มีผู้รับผิดชอบของแต่ละจังหวัดละกันเพื่อจะได้ข้อมูลครบถ้วน ทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มแรกจะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นตั้งแต่การแบ่งระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และการบริหารจัดการในแต่ละระดับสถานบริการซึ่งก็ได้ประเด็นออกมาตามข้อตกลงร่วมกันสมาชิกของสมาชิกในทีมสำหรับอีกกลุ่มจะร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นระบบการดูแล Case very high risk , การพัฒนาระบบ Consult สูติแพทย์แม่ข่าย/รพศ.โดยใช้ Group line ในการส่งต่อ , การวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ Early warning signs เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันได้ซึ่งทั้งสองกลุ่มก็ได้ประเด็นออกมาครบถ้วนหลังจากนั้นให้ทั้งสองกลุ่มนำเสนอสิ่งที่ได้ให้ที่ปรึกษาคณะกรรมการ MCH Board ของเขตสุขภาพที่ 3 และประธาน Service Plan รับฟังเพื่อช่วยวิพากษ์ในประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับแก้ไขให้สามารถนำไปปฏิบัติได้และนำประเด็นทั้งหมดที่ได้จากการดูโดยผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า

3จากนั้นได้นำเสนอในวันที่ 9 ธันวาคม 2559 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 110 คนซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการ MCH Board ของแต่ละจังหวัด สูติแพทย์ นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ของ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป รพช.และรพสต.โดยมีท่านสาธารณสุขนิเทศของเขตสุขภาพที่ 3 เป็น ประธานและเป็นผู้ตอบในประเด็นในส่วนของการบริหารจัดการในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 3 ในครั้งนี้ผลการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ครบตามวัตถุประสงค์คือได้รูปแบบการคัดกรองและการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม เสี่ยงในแต่ละระดับสถานบริการของเขตสุขภาพที่ 3 , ได้ระบบการส่งต่อที่แต่ละจังหวัดจะต้องนำไปปรับให้ เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัดของตนเอง รวมถึงได้ Early Warning Sign และการประชาสัมพันธ์ใน ชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนดูแลตัวเองได้

จากประเด็นที่ได้ทั้งหมดจึงนำเสนอต่อ MCH Board ของเขตและสื่อสารในหน่วยงาน FB ของศอ.3 ซึ่งท่านสาธารณสุขนิเทศได้เสนอว่าควรจะนำแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหาร จัดการในแต่ละระดับสถานบริการของเขตบริการที่ 3 เป็นกรอบในการทำงานและทุกรพของเขตสุขภาพที่ 3 . โดยนำไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด และมีประเด็นที่ท่านชี้แนะให้ดำเนินการต่อคือต้องการ ติดตามการนำแนวทางไปใช้ว่ามีปัญหา/อุปสรรคหรือไม่อย่างไรเพราะมีการเก็บเป็นตัวชี้วัดด้วยซึ่งต้องคัดกรอง หญิงตั้งครรภ์ ≥ 20 เปอร์เซนต์และเมื่อปรับเหมาะสมดีแล้วควรนำเสนอไปใน MCH Board ของเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อประกาศเป็นนโยบายต่อไป

เอกสารแนบ

เรื่องเล่าเร้าพลัง

รูปแสดงกิจกรรม เรื่องเล่าเร้าพลัง

การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการในแต่ละระดับสถานบริการของเขต บริการที่ 3

จรรยา บุญอนันต์และคณะ

กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3

จากการวิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ 3 เราจะพบว่าการตายมารดาเกิดจากสาเหตุโดยตรง (Direct cause) คิดเป็นร้อยละ 60 และเกิดจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของประเทศเราจึงได้นำข้อมูลทีวิเคราะห์ได้นั้นมาสร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ Mind map ก็พบว่าปัญหาเกิดจากขาดการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ , ขาดการใช้ Classifying form 18 ข้อ อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และเมื่อประเมินความเสี่ยงพบแล้ว ยังไม่มีระบบในการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงในระยะต่อเนื่องไป ซึ่งจะส่งผลให้เกิดมารดาตายในระยะคลอดและหลังคลอดได้ ดังนั้นเราจึงเลือกประเด็นนี้มาทำการจัดการความรู้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อให้มีการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และวางแผนการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบสถานบริการทุกแห่งของเขตบริการสุขภาพที่ 3
2. เพื่อพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนในเรื่องของ Early warning sign
3. เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อด้านสูติกรรมโดยระบบเครือข่ายส่งต่อ



5.การเรียนรู้

1. ได้รูปแบบการคัดกรองและการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในแต่ละระดับสถานบริการของเขตบริการที่ 3
2. ได้ระบบการส่งต่อที่แต่ละจังหวัดต้องนำไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละจังหวัด
3. ได้ Warning Signs และการประชาสัมพันธ์
4. ต้องมีการนิเทศติดตามการนำแนวทางไปใช้
4. นำปัญหาที่พบมาพัฒนาแก้ไขต่อไป

4.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประมวลและแบ่งปันความรู้

1. เป็นการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทุกจังหวัดมานั่งคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 1 รอบ (65 คน 8 ธค. 59)
2. นำประเด็นที่ได้ปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญกว่าพร้อมปรับแก้ไข
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เวทีใหญ่อีก 1 รอบ (110 คน 9 ธค. 59 โดยมีสรน.ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับแก้ไข
4. นำเสนอที่ประชุม MCH Board เขตเพื่อประกาศเป็นนโยบายของเขตบริการที่ 3

1.การป้องกันความรู้

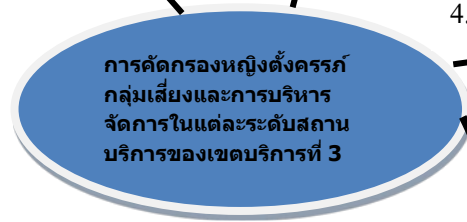
1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การตายของมารดาของเขตสุขภาพที่ 3
2. การคัดกรองความเสี่ยง 18 ข้อยังทำได้ไม่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
3. ระบบฝากครรภ์คุณภาพยังทำได้ไม่ครบถ้วนทุกกิจกรรมในสถานบริการของเขต 3
4. การบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงยังขาดแนวทางที่ชัดเจนเป็นระบบ

2. การแสวงหาความรู้

1. มีการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำราต่างๆด้านสูติศาสตร์
2. จากการประชุมของ Tele conference ของคณะกรรมการ MCH Board ของกรมอนามัยจึงพบว่ารูปแบบของจังหวัดอุดรธานีเป็นรูปแบบที่ดีสามารถนำมาเป็น Model ได้

3.การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ

1. ใช้ Mind Map เป็นกรอบความคิดในการจัดประเด็นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2 วันกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเช่นคณะกรรมการ MCH Board ของแต่ละจังหวัด สูติแพทย์ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รพช. รพสต. ของเขตบริการที่ 3 ในประเด็นดังนี้
 - 2.1 การแบ่งระดับความเสี่ยงและการบริหารจัดการความเสี่ยงในแต่ละระดับสถานบริการ
 - 2.2 Warning Signsและการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์
 - 2.3 ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง



ซึ่งหลังจากนั้นเราได้มีการทบทวนวรรณกรรมจึงพบว่ารูปแบบของจังหวัดอุดรธานี (Udol Model) มีการดำเนินงานในเรื่องนี้ได้ดีจึงชักชวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางด้านสาธารณสุขที่เป็นผู้ที่รับผิดชอบหลักที่เกี่ยวข้องกับงานฝากครรภ์ของเขตบริการที่ 3 เช่นคณะกรรมการ MCH Board ของแต่ละจังหวัด สูติแพทย์ นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมาร่วมพูดคุยกันในวันที่ 8 ธันวาคม 2559 จำนวน 65 คน แต่เนื่องจากระยะเวลาที่มีจำกัดจึงต้องแบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม โดยมีสูติแพทย์คอยเป็นผู้คอยช่วยเหลือ (Facilitator) และสมาชิกที่ร่วมพูดคุยทั้งสองกลุ่มนั้นมีแบ่งโดยให้มีผู้รับผิดชอบของแต่ละจังหวัดละกัน เพื่อจะได้ข้อมูลครบถ้วน ทั้งสองกลุ่ม



กลุ่มที่ 1 จะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นตั้งแต่การแบ่งระดับความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และการบริหารจัดการในแต่ละระดับสถานบริการได้ประเด็นออกมาดังนี้

การคัดกรองความเสี่ยงและการบริหารจัดการของเขตบริการที่ 3

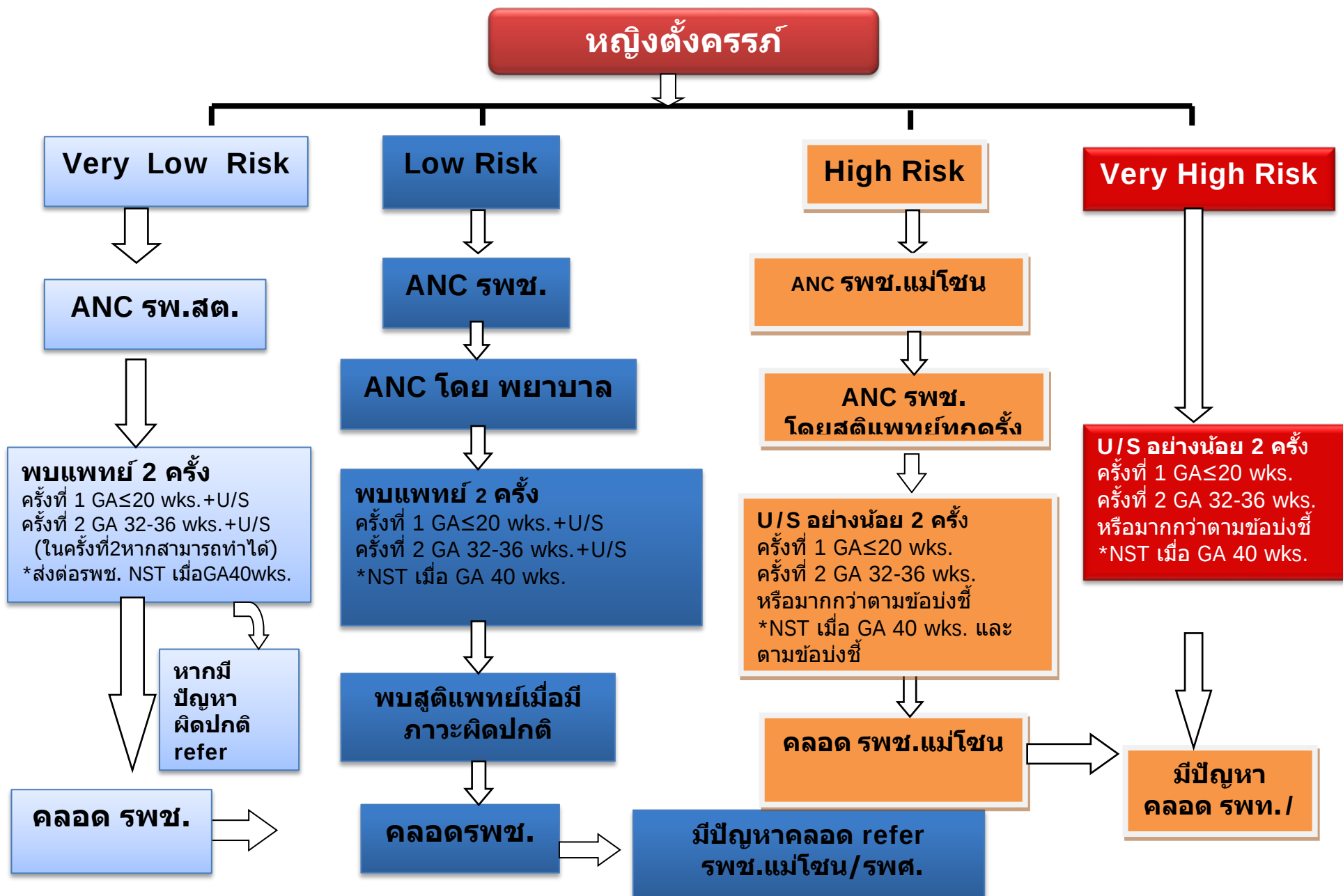
ประเภท	very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
สถานที่ ANC	รพ.สต./PCU รพ.	รพช.	รพช.แม่โขง	รพศ.,รพท.
	-ANC โดย พยาบาล/ จนท.รพ.สต. -ระบบนัด5ครั้งคุณภาพ	-ANC โดย แพทย์ทั่วไป(GP) -ระบบนัดแบบ risk	ANC โดย สูติแพทย์	ANC โดย สูติแพทย์ทุกครั้ง
ประเภทความเสี่ยง	-ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงทุกข้อ -แพทย์พิจารณาส่งกลับ ดูแลที่รพ.สต./PCU -ดูแลฝากครรภ์คุณภาพ5 ครั้ง -GA<40 สัปดาห์	-อายุ ≤ 17 ปี -อายุ ≥ 35 ปี (แพทย์พิจารณา ส่งต่อเป็นรายบุคคล) -เคยคลอดทารก $\geq 4,000$ กรัม -กลุ่มเสี่ยงต่อ GDM (คัดกรอง ตามเกณฑ์) -GDM ที่ควบคุมได้ -Previous c/s (ส่งนัดผ่าตัด คลอด GA 32-36 สัปดาห์) -Pregnancy with anemia (Hct $> 25\%$), thalassemia trait -Pregnancy with HIV	-ประวัติเสี่ยงทางสูติกรรม เคยมี ประวัติคลอดก่อนกำหนด,ตกเลือด, คลอดติดไหล่,ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ,น้ำหนักทารก $< 2,500$ กรัม -Controlled Medical diseases -Pre-eclampsia without severe features -Twin pregnancy -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Pregnancy with heart diseases, functional class I	-Pregnancy with severe /un-controlled medical diseases -Pre-eclampsia with severe features -Pregnancy with heart diseases, functional class II,III,IV -Pregnancy with fetal anomaly -โรคทางจิตเวช -ติดยาเสพติด, เหล้า, บุหรี่ -GDM ที่ควบคุมไม่ได้

		ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	-Pregnancy with thalassemia diseases. -Couple risk Thalassemia -เลือดออกในไตรมาส 1,2,3 -Pregnancy with anemia (Hct $\leq 25\%$) -GA ≥ 36 สัปดาห์ ที่ส่วนน้ำหนักไม่เข้าท่า ศีรษะ -Pregnancy with HIV ที่มี ภาวะแทรกซ้อน	-DM class B ขึ้นไป -Twin pregnancy with complication -Triplet pregnancy หรือ มากกว่า
ประเภท	very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
			GA 40-41 สัปดาห์ -ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้ 9Q คะแนน 7 คะแนน ขึ้นไป -Pregnancy with Rh negative -IUGR	
พบแพทย์+U/S	2 ครั้ง ครั้งที่1 GA ≤ 20 wks.	2 ครั้ง ครั้งที่1 GA ≤ 20 wks.	U/S อย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 GA ≤ 20 wks.	U/S อย่างน้อย 2 ครั้ง คือ ครั้งที่1 GA ≤ 20 wks.

	ครั้งที่2 GA 32-36 wks. (หากสามารถทำได้) *กรณีที่ทารกไม่ใช่ทำศีรษะส่งต่อรพท.	ครั้งที่2 GA 32-36 wks. *กรณีที่ทารกไม่ใช่ทำศีรษะส่งต่อรพท.	ครั้งที่2 GA 32-36 wks. และทำ U/S ตามข้อบ่งชี้	ครั้งที่2 GA 32-36 wks. และทำ U/S ตามข้อบ่งชี้
NST	ส่งต่อ รพช. GA 40 wks.	GA 40 wks.	GA 40 wks.	GA 40 wks.
พบสูติแพทย์	พบสูติแพทย์ที่อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ (หากสามารถทำได้)	พบสูติแพทย์ที่อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ (หากสามารถทำได้)	ทุกครั้ง	ทุกครั้ง
สถานที่ คลอด	รพช.	รพช. (มีปัญหาส่งต่อรพช.แม่โขง ที่มีสูติแพทย์,รพศ.)	รพช.แม่โขง/รพท. (มีปัญหาส่งต่อรพศ.)	รพท./รพศ.

เมื่อได้เกณฑ์และการบริหารจัดการในแต่ละระดับสถานบริการตามข้างต้นแล้วได้นำไปปรึกษาให้ที่ปรึกษาคณะกรรมการ MCH Boardและประธาน Service Plan ของเขตบริการที่ 3 วิพากษ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดได้ปรับออกมาเป็น Flow เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปใช้งาน

Flow chart เขตสุขภาพที่ 3 Model classifying pregnancy 2016



สำหรับในกลุ่มที่ 2 จะร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นระบบการดูแล Case very high risk , การพัฒนาระบบ Consult สูติแพทย์แม่ข่าย/รพศ.โดยใช้ Group line ในการส่งต่อ , การวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และ Early warning signs เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันได้โดยได้ประเด็นออกมาดังนี้

ระบบการดูแล case Very high risk

Group Line
“case manager”

Group Line
“Very high risk ”



และประเด็นการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ



รวมถึงอาการฉุกเฉินก่อนมาโรงพยาบาล

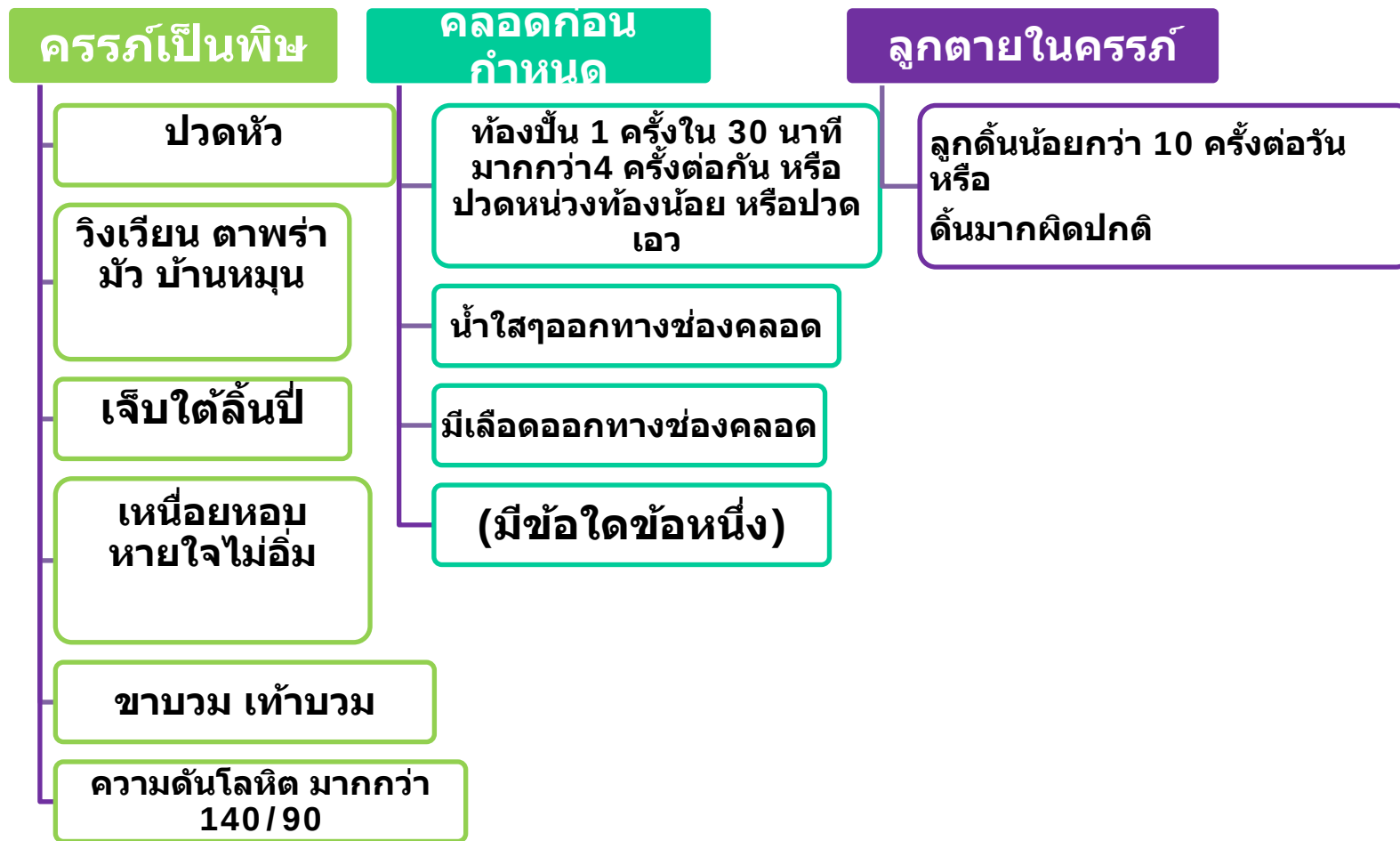


อาการฉุกเฉินที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล

- ปวดศีรษะ ตามัว หรือชัก
- มีน้ำหรือเลือดออกจากช่องคลอด
- ปวดท้องมาก /เจ็บครรภ์คลอด
- เป็นลมหมดสติ
- ลูกดิ้นน้อย
- อายุครรภ์ก่อน 36 สัปดาห์ที่มีท้องแข็งบ่อยกว่า 10 นาที

การพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนในเรื่องของ Early warning sign โดยการดำเนินการให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ทางวิทยุและหอกระจายข่าวทุกแห่ง
ชุมชน

ใน



หลังจากการประชุมเสร็จสิ้นไปในวันแรก (เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2559) ได้แนวทางการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และการบริหารจัดการของเขตสุขภาพที่ 3 ออกมาระดับหนึ่งตั้งข้อมูลข้างต้นหลังจากนั้นจึงได้มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาเข้าร่วมนำเสนอในวันที่ 9 ธันวาคม 2559 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขนิเทศก์ของเขต 3 , แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานอนามัยแม่และเด็ก , คณะกรรมการ MCH Board ของเขตและจังหวัด , สูติแพทย์และแพทย์ทั่วไป , ผู้รับผิดชอบงานฝากครรภ์ตั้งแต่ รพศ. , รพท. , รพช. และรพสต. จำนวน 113 คนเพื่อมาดูแนวทางที่ได้จัดทำขึ้นและพูดคุยปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่จะเป็นไปได้ในการดำเนินการเพื่อปรับและเป็นข้อตกลงร่วมกันในการนำแนวทางไปใช้ของเขตสุขภาพที่ 3 ต่อไปโดยมีประเด็นที่ได้ดังนี้

1. ได้แนวทางการคัดกรองความเสี่ยงและระบบการส่งต่อขั้นพื้นฐานที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแห่ง
2. ได้ประเด็นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนในเรื่องของ Early warning signs
3. ได้พัฒนาระบบการส่งต่อด้านสูติกรรมในระบบเครือข่ายของเขตสุขภาพที่ 3
4. ได้การติดตามเยี่ยมเสริมพลังงานอนามัยแม่และเด็กควรลงไปในรพสต. ร่วมกับรพ.ชุมชนและสสจ. เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
5. ต้องการให้จัดประชุมการทำอัลตราซาวด์สำหรับพยาบาลเพื่อจะได้ช่วยประเมินเบื้องต้นได้ก่อน

หลังจากนั้นได้มีการชี้แจงแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการในภาพรวมของเขตอีกครั้งเพื่อจะได้นำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลและจะได้เข้าใจตรงกันหลังจากนั้นศูนย์อนามัยที่ 3 ได้มีการออกติดตามการนำแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการไปใช้ 28 แห่งในโรงพยาบาลจังหวัด.....แห่ง โรงพยาบาลชุมชนที่เป็น Node จำนวน....แห่ง โรงพยาบาลชุมชน....แห่งซึ่งผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานได้ผลการดำเนินงานดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการนิเทศติดตาม

1.ผู้รับการนิเทศติดตามเป็นเพศหญิงจำนวน 22 คน, (100%)

- มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปีจำนวน 10 คน (45.45 %)
- อายุ 41-45 ปีจำนวน 7 คน (31.81 %)
- อายุ 51-55 ปีจำนวน 3 คน (13.63 %)
- อายุ 36-40 ปีจำนวน 1 คน (4.54 %)

- อายุ 56-60 ปีจำนวน 1 คน (4.54 %)

2. ประสบการณ์ในการทำงานฝากครรภ์

- 5 ปีมีจำนวน 8 คน (36.36 %)
- มากกว่า 5-10ปีมีจำนวน 6 คน (27.27 %)
- 16-20 ปีมีจำนวน 3 คน (13.63 %)
- 21-25 ปีมีจำนวน 2 คน (9.09 %)
- 26-30 ปีมีจำนวน 2 คน (9.09 %)
- 31-35 ปีมีจำนวน 1 คน (4.54 %)

3. ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 22 คน

4. สถานที่ปฏิบัติงาน

- รพท 4 คน (18.18 %)
- รพช.จำนวน 18 คน (81.81 %)

2. สอบถามความพึงพอใจต่อการนำแนวทางไปใช้ / ปัญหาอุปสรรครวมถึงข้อเสนอแนะ

2.1 ด้านการนำแนวทางไปใช้งาน

2.1.1 การคัดกรองสามารถทำได้ในสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงาน

- มากที่สุดจำนวน 11 คน (50%)
- มากจำนวน 11 คน (50 %)

2.1.2 มีการติดตามผลการให้บริการคัดกรองทุกครั้งที่มาใช้บริการ

- มากที่สุดจำนวน 7 คน (31.81%)
- มากจำนวน 14 คน (63.63 %)
- น้อยจำนวน 1 คน (4.54 %)

2.1.3 แนวทางการคัดกรองอ่านเข้าใจง่าย

- มากที่สุดจำนวน 7 คน (31.81%)
- มากจำนวน 14 คน (63.63 %)
- น้อยจำนวน 1 คน (4.54 %)

2.1.4 ข้อคำถาม 18 ข้อที่ใช้ประเมินอ่านเข้าใจง่าย

- มากที่สุดจำนวน 8 คน (36.36%)
- มากจำนวน 13 คน (59.09 %)
- น้อยจำนวน 1 คน (4.54 %)

2.1.5 แนวทางการคัดกรองเหมาะสมต่อการนำไปใช้

- มากที่สุดจำนวน 7 คน (31.81%)
- มากจำนวน 14 คน (63.63 %)
- ปานกลางจำนวน 1 คน (4.54 %)

2.2 ด้านการส่งต่อ

2.2.1 ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อ

- มากที่สุดจำนวน 6 คน (27.27%)
- มากจำนวน 16 คน (72.72 %)

2.2.2 การติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล

- มากที่สุดจำนวน 7 คน (31.81%)
- มากจำนวน 12 คน (54.54 %)
- ปานกลางจำนวน 3 คน (13.63 %)

2.2.3 ความพร้อมของรถ , อุปกรณ์ และเครื่องมือ

- มากที่สุดจำนวน 7 คน (31.81%)
- มากจำนวน 15 คน (68.18 %)

2.2.4 ทักษะของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการในระหว่างส่งต่อ

- มากที่สุดจำนวน 5 คน (22.72%)
- มากจำนวน 17 คน (72.27 %)

2.2.5 แนวทางการส่งต่อเหมาะสมต่อการนำไปใช้

- มากที่สุดจำนวน 6 คน (27.27%)
- มากจำนวน 15 คน (68.18 %)
- ปานกลางจำนวน 1 คน (4.54 %)

3. ความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้นโยบายการคัดกรองและการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

- มากที่สุดจำนวน 2 คน (9.09%)
- **มากจำนวน 19 คน (90.9 %) ****
- ปานกลางจำนวน 1 คน (4.54 %)

4. สิ่งที่ได้จากการออกนิเทศติดตาม

4.1 ได้แนะนำวิธีการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง 21 ข้อของ Classifying form พร้อมทั้งการลงบันทึกข้อมูลความเสี่ยงในโปรแกรม Hos-xp ทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มารับบริการเพื่อความเข้าใจตรงกัน

4.2 ได้ประสานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ ICT มาดูระบบการลงข้อมูลงานฝากครรภ์เพื่อจะได้เข้าใจตรงกันในเรื่องของการเก็บข้อมูลและการดึงข้อมูลจาก Hos-xp มาใช้งานเพื่อความสะดวกในการดึงข้อมูลมาวิเคราะห์งาน

4.3 ระบบการส่งต่อส่วนใหญ่ยังคงเน้นให้มีการทำ Treatment ก่อนส่งต่อทำให้เกิดการ Delay

4.4 การส่งแบบตอบกลับการ Refer ล่าช้า

4.5 ระบบฝากครรภ์คุณภาพกิจกรรมส่วนใหญ่ทำได้ครบยังขาดในประเด็นการตรวจภายในที่ยังทำได้ไม่ครอบคลุมในทุกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีอาการผิดปกติ

การเผยแพร่ความรู้

- 1.1 ผ่านทาง Line group MCH Board ของเขตบริการที่ 3
- 1.2 ชี้แจงในคณะกรรมการคปสข.ของจังหวัด
- 1.3 เอกสารชี้แจงในที่ประชุม MCH Board ของเขตบริการที่ 3
- 1.4 Face book KM กลุ่มของ ศอ. 3

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปต่อยอด

- 1.1 นำเสนอประเด็นที่ได้จากการติดตามแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการบริหารจัดการในที่ประชุม MCH Board ของเขต
- 1.2 ปรับแนวทางอีกรอบตามประเด็นปัญหาที่พบเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ตรงตามต้องการ
- 1.3 เก็บข้อมูลทำวิจัยเพื่อศึกษาในเชิงลึกต่อไป

สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ทั้งหมด

5. ได้การคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และวางแผนการดูแลขณะตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบของสถานบริการทุกแห่งของเขตบริการสุขภาพที่ 3
6. ได้ประเด็นในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนในเรื่องของ Early warning signs
7. ได้พัฒนาระบบการส่งต่อด้านสูติกรรมโดยระบบเครือข่ายส่งต่อ
8. โดยมุ่งหวังว่าถ้ามีการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์มีการดำเนินการอย่างเข้มข้นจะช่วยในเรื่อง
 - 4.1 เป็นการลดความเสี่ยงในการดูแลผู้รับบริการ
 - 4.2 เป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการ
 - 4.3 เป็นการลด work load ในการดูแลผู้รับบริการ
9. การติดตามเยี่ยมเสริมพลังงานอนามัยแม่และเด็กควรลงไปในรพสต.ร่วมกับรพ.ชุมชนและสสจ.เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
10. ต้องการให้จัดประชุมการทำอัลตราซาวด์สำหรับพยาบาลเพื่อจะได้ช่วยประเมินเบื้องต้นได้ก่อน

การเผยแพร่ความรู้

- 1.5 ผ่านทาง Line group MCH Board ของเขตบริการที่ 3
- 1.6 ขึ้นแจ้งในคณะกรรมการคปสข.ของจังหวัด
- 1.7 เอกสารชี้แจงในที่ประชุม MCH Board ของเขตบริการที่ 3

1.8 Face book กลุ่มของ ศอ. 3

การพัฒนาต่อยอด

1. นำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการ MCH Board ของเขตเพื่อประกาศเป็นนโยบายของเขตสุขภาพที่ 3
2. นิเทศติดตามการนำไปใช้ /ปัญหาอุปสรรค (กรมอนามัยกำหนดให้มีการเก็บตัวชี้วัด : หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงร้อยละ 20)

รายชื่อเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 3

1. คุณศศิวันต์ ศุภนิเวศพ์
2. คุณจริยา บุญอนันต์
3. คุณธนาพร กิตติเสนีย์
4. คุณฐิติชยา ไทยพาท
5. คุณบุษรา ใจแสน
6. คุณสุจิตร บางสมบุญ
7. คุณศศิชล หงษ์ไทย
8. คุณปราณี สุวัฒนพิเศษ
9. คุณพรรณณี ไพบูลย์