

การประเมินระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ /คลอด ของโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี Evaluation of the Referral System in Pregnant Women at Detudom Hospital Network, Ubolratchatane.

กัทธา ไกรลาศ* พ.อ.,จ .ว. สุนัขศาสตร์-บริหารวิทยา

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ของโรงพยาบาลชุมชน ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และประเมินการปฏิบัติเปรียบเทียบกับ แนวทาง/มาตรฐานการดูแลก่อนและระหว่างการส่งต่อ รวมทั้งการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่ได้รับไว้ดูแลต่อ และประเมินสภาวะทางสุขภาพ ของมารดาและทารก หลังคลอด วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากการทบทวนเวชระเบียน แฟ้มประวัติผู้คลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-2550 ในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ที่ได้บันทึกการดูแลการส่งต่อ และประเมินผลไว้

ผลการศึกษา พบว่าการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ของโรงพยาบาลชุมชน ภายในเครือข่าย ๙ ส่วนใหญ่การส่งต่อ มีสาเหตุจาก ศีรษะของทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ ร้อยละ 34.4 รองลงมาเป็นสาเหตุจากทารกมีก้นเป็นส่วนนำ และทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12.5 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ สำหรับการประเมินการปฏิบัติเปรียบเทียบกับแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อ ในภาพรวม พบว่าข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ

การมีพยาบาลนำส่ง ร้อยละ 94.8 ส่วนการแจ้งทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อ ร้อยละ 77.7 การดูแลระหว่างส่งต่ออย่างถูกต้อง ในภาพรวม กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การฟังการเต้นของหัวใจเด็ก และตรวจวัดการหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ร้อยละ 90.2 และการงดอาหารและน้ำ ร้อยละ 91.7 ส่วนการให้ออกซิเจน มีให้หน้ากากออกซิเจน ร้อยละ 86.5 และมีการให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือด ร้อยละ 83.9 ส่วนการให้ผู้คลอดนอนตะแคงขณะนำส่ง มีการปฏิบัติ ร้อยละ 50.8 การดูแลก่อนส่ง/ขณะส่งต่อ พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 55.4 เมื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่ายังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ การให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือดน้อยไป ร้อยละ 30.7 รองลงมา คือ การให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.8 สำหรับการให้สารละลายแร่ธาตุชนิด ร้อยละ 2 และการไม่งดอาหารกระตุ้นมดลูกในรายที่ศีรษะเด็กไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ ขณะนำส่ง ร้อยละ 1.0

ข้อเสนอแนะ สำหรับการประเมินระบบการส่งต่อของหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นการประเมินเพื่อถอดบทเรียนจากการปฏิบัติจริง และเพื่อนำข้อที่ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อหญิง

* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตั้งครุฑ/คลอด ไปปรับปรุงแก้ไข ด้วยการประชุมเพื่อหาโอกาสในการพัฒนาภายในเครือข่าย หรือการประชุมวิชาการร่วมกัน เพื่อให้ความรู้ แพทย์จบใหม่ แพทย์ใช้ทุน รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรฐานที่กำหนดขึ้น เพื่อการปรับปรุงแก้ไขร่วมกันต่อไป

เหตุผลและความเป็นมา

สถานการณ์การป่วยและการตายของมารดาและเด็กเป็นดัชนีวัดสภาวะสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญ และยังเป็นตัวชี้วัดที่ดีว่าเป็นสากลของทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 52.2 ในปี พ.ศ. 2538-2539⁽¹⁾ ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมรายงานของสถานบริการรายงานว่า อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 23.8 ในปี 2544 และ อัตราการตายของมารดา ลดลงเหลือ เท่ากับ 22.1 ในปี 2545 และ ลดลงเหลือ เท่ากับ 20.6 ในปี 2546⁽²⁾ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 22.4 ในปี 2546 สำหรับอัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 11.3 ในปี 2548-2549⁽³⁾ สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เท่ากับ 24 ในปี 2550 และอัตราทารกตาย ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 7 ในปี 2550⁽⁴⁾ สาเหตุการตายของมารดา 5 อันดับแรก ได้แก่ การตกเลือด การติดเชื้อ พิษแห่งครุฑ น้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด และสาเหตุทางอ้อมอื่นๆ ส่วนสาเหตุการตายของทารก ปริกำเนิด 5 อันดับแรก ได้แก่ การตายเบื่อยยุ่ย ขาดออกซิเจนขณะคลอด คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อย และพิการแต่กำเนิด⁽⁵⁾ จากข้อมูลการตายของมารดาและทารก แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการตายของมารดาและเด็ก ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ท้าทายต่อการแก้ไขปัญหาของผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนทั้งผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก

อย่างไรก็ตามแม้ว่าอัตราการตายของมารดาและทารกจะมีแนวโน้มลดลงในภาพรวม กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยก็เห็นความสำคัญอย่างมาก โดยได้จัดให้มีการดำเนินการโครงการต่างๆ เช่น โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว รวมทั้งโครงการป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก ฯลฯ ทั้งนี้ทุกโครงการต่างมีเป้าหมาย ที่จะลดอัตราการตายของมารดาและทารกให้ลดน้อยลงหรือหมดไป ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจของผู้เกี่ยวข้องและผู้ให้บริการ ด้วยการปรับปรุงคุณภาพของบริการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อการเก็บข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนและชัดเจน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการสะท้อนภาพและปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นช่องทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน ด้วยการดำเนินอย่างต่อเนื่องและจริงจังต่อไป นอกจากการกำหนดมาตรฐานเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครุฑและคลอด ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครุฑและผู้คลอดแล้ว ด้านระบบการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มหญิงตั้งครุฑ/ผู้คลอดเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการส่งต่อมากเช่นกัน แต่มักเป็นการรับ-ส่งต่อแบบเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน กรณีมีปัญญาหรือความเสี่ยงที่เกิดจากการคลอด/หลังคลอด ที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทางที่มีขีดความสามารถมากกว่า แต่ในการปฏิบัติจริงระบบการส่งต่อ ยังมีปัญหาในการประสานงานกัน เนื่องจากยังขาดความเข้าใจในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในการรับ-ส่งต่อ นอกจากสาเหตุข้อจำกัดด้านบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีไม่เพียงพอต่อการที่จะให้บริการที่ครบถ้วน ผู้ป่วย/ญาติ ยังไม่ให้ความสำคัญกับใบส่งตัวไปรักษาต่อด้วย⁽⁶⁾

ระบบการรับ-ส่งต่อจึงนับว่ามีความสำคัญยิ่ง ในการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถมากกว่า โดยเฉพาะหญิงตั้งครุฑ/ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งมักมีการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีนอนามัย หรือ PCU มายังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งมีสูติแพทย์



ประจำและเป็นสถานบริการที่มีความพร้อมมากกว่า นับว่าเป็นขั้นตอน / กระบวนการที่มีความสำคัญต่อการตายของมารดาและทารกมากเช่นกัน โดยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ต้องรับหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ภายในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพเพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด และทารกแรกเกิด จึงได้มีการกำหนดแนวทาง / มาตรฐานของการส่งต่อ (guideline) เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ภายในเครือข่าย ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการดูแลก่อนส่ง ขณะส่งต่อ เพื่อเฝ้าระวังและดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดให้มีความปลอดภัย ตามคุณภาพมาตรฐานในการส่งต่อ ซึ่งมีการนำแนวทาง/มาตรฐานดังกล่าว ไปดำเนินการในช่วงหนึ่งแล้ว ดังนั้นจึงเห็นควรประเมินระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/คลอด ของโรงพยาบาลชุมชนภายในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ระหว่างปี พ.ศ.2549-2550 เพื่อถอดบทเรียนและวิเคราะห์ความถูกต้องเหมาะสมของการดูแลก่อนส่ง และขณะส่งต่อ รวมถึงการประเมินเหตุการณ์และการดูแลที่โรงพยาบาลเดชอุดมได้ให้หลังรับไว้ และนำผลที่ได้จากการทบทวนรายงานและบทเรียนดังกล่าว ไปดำเนินการ ปรับปรุง แก้ไขการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนภายในเครือข่าย ให้การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ / คลอดให้ถูกต้องตามแนวทาง/มาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการประเมินเพื่อศึกษา

1. ระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ของโรงพยาบาลชุมชน เปรียบเทียบกับแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อที่กำหนดขึ้น

2. ผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ที่ได้รับไว้ดูแลต่อ และประเมินสภาวะทางสุขภาพ ของมารดาและทารกหลังคลอด

นิยามศัพท์

แนวทาง/มาตรฐานในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด (guideline) หมายถึง แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยคณะสูติแพทย์ของโรงพยาบาลฯ ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนภายในเครือข่าย ได้ใช้เป็นแนวทางในการส่งต่อด้านสูติกรรม โดยพัฒนาและประยุกต์จากตำราสูติศาสตร์และเอกสารประกอบการประชุมวิชาการด้านอนามัยแม่และเด็ก ของกรมอนามัย และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทยเป็นหลัก

วิธีการศึกษา

1. เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากการทบทวนเวชระเบียน แฟ้มประวัติผู้คลอดตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 -2550 โดยการทบทวนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ที่มีการบันทึกการให้การดูแลการส่งต่อ และมีการประเมินผลขณะรับไว้
2. รวบรวม และแปลผลข้อมูลที่ได้ ให้เป็นกลุ่ม และหมวดหมู่ (categories) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวทางการปฏิบัติ/มาตรฐานในการส่งต่อผู้คลอด
3. นำข้อมูลวิเคราะห์ด้วย โปรแกรม SPSS version 16 ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ

ผลการศึกษา

รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้



ตารางที่ 1 จำนวนหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อในปี 2549-2550

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อจากรพ.ชุมชน					หมายเหตุ
	รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค	รพ.ง	รวม	
2549	26 (28.8)	18 (20.0)	32 (35.6)	14 (15.6)	90 (100)	
2550	30 (29.1)	33 (32.0)	28 (27.2)	12 (11.6)	103 (100)	
รวม	56 (29.0)	51 (26.4)	60 (31.0)	26 (13.5)	193 (100)	

การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชน ภายในเครือข่ายฯ ปี 2549 ถึง ปี 2550 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อ รวมทั้งสิ้น 193 ราย ส่งต่อมาจากโรงพยาบาล ค. มากที่สุด ร้อยละ 31.0 รองลงมาเป็นโรงพยาบาล ก. ร้อยละ 29 และโรงพยาบาล ข. ร้อยละ 26.4 และน้อยที่สุดจากโรงพยาบาล ง. ร้อยละ 13.5

ตารางที่ 2 ช่วงเวลาที่รับการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด

ช่วงเวลาของแต่ละวัน	จำนวนหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด	ร้อยละ
00.00 - 02.59 น.	19	9.8
03.00 - 05.59 น.	13	6.7
06.00 - 08.59 น.	17	8.8
09.00 - 11.59 น.	37	19.2
12.00 - 14.59 น.	23	11.9
15.00 - 17.59 น.	28	14.5
18.00 - 20.59 น.	31	16.1
21.00 - 23.59 น.	25	13.0
รวม	193	100

ช่วงเวลาที่มีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดมากที่สุด คือ ช่วงเวลาระหว่าง 09.00 น.-11.59 น. ร้อยละ19.2 รองลงมา คือ ช่วงเวลา 18.00-20.59 น. ร้อยละ16.1

ตารางที่ 3 คุณลักษณะทางสังคมประชากร

กลุ่มอายุ (ปี)							รวม	
15-20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	> 45		
43	46	51	30	19	3	1	193	Min 15
(22.3)	(23.8)	(26.4)	(15.5)	(9.8)	(1.6)	(0.5)	(100)	Max 46
								$\bar{X} = 27$



ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อ เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 26.4 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 21- 25 ปี และกลุ่มอายุ 15-20 ปี ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 23.8 และ ร้อยละ 22.3 ส่วนอายุน้อยสุด คือ อายุ 15 ปี และอายุมากที่สุด คือ 46 ปี

ตารางที่ 4 คุณลักษณะทางด้านสูติศาสตร์ ของหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด

กลุ่มอายุ (ปี)	15-20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	>45	รวม
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)	38.7	38.7	38.4	38.9	38.7	38.8	35.3	38.6 (SD=1.9)
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์เฉลี่ย	1.2	1.0	1.0	1.0	1.1	2.4	2.7	2.0 (SD=1.2)
จำนวนครั้งที่คลอด (Para) เฉลี่ย	1.0	1.2	1.5	2.0	2.4	3.6	4.0	1.0 (SD=1.1)
จำนวนครรภ์ที่เคยแท้งเฉลี่ย	0.1	0.1	0.11	0.18	0.2	0.2	0.3	0.1 (SD=0.4)
จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่เฉลี่ย	1.0	1.0	1.0	1.0	1.2	2.3	2.3	1.0 (SD=1.0)

อายุครรภ์ทุกกลุ่มอายุเฉลี่ย 38.6 สัปดาห์ และจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ทุกกลุ่มเฉลี่ย 2 ครั้ง และจำนวนครั้งที่เคยคลอดทุกกลุ่มอายุ เฉลี่ยเท่ากับ 1 ครั้ง สำหรับจำนวนครั้งที่เคยแท้งทุกกลุ่มอายุ เฉลี่ย 0.1 ครั้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิตทุกกลุ่มอายุเฉลี่ย 1 คน ส่วนการกระจายตัวของอายุครรภ์เป็นสัปดาห์ จำแนกตามอายุของผู้คลอด พบว่าการกระจายตัวของอายุครรภ์หนาแน่นมากในระหว่าง 38-40 สัปดาห์

ตารางที่ 5 สาเหตุของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด

สาเหตุที่ส่งต่อ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนนำเป็นก้น (breech presentation)	24	12.5
ส่วนนำเป็นสายสะดือ (funic presentation)	1	0.5
ครรภ์แฝด (twins)	4	2.1
ครรภ์เป็นพิษ (mild pre-eclampsia, severe pre-eclampsia)	10	5.2
ศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ (CPD)	66	34.4
ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (gestation hypertension)	1	0.5
เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน (previous Cesarean section))	13	6.8
รกค้างและตกเลือด (retained placenta with PPH)	11	5.7
รกเกาะต่ำ (placenta previa)	1	0.5
ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด(fetal distress)	23	12.0
ทารกตัวโตมาก (fetal macrosomia)	1	0.5
การคลอดไม่มีความก้าวหน้า (prolong second stage of labour)	19	9.9



ตารางที่ 5 สาเหตุของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด (ต่อ)

สาเหตุที่ส่งต่อ	จำนวน	ร้อยละ
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labour)	8	4.2
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (PROM)	8	4.2
ทารกในครรภ์เติบโตช้า (IUGR)	1	0.5
ล้มเหลวในการกระตุ้นคลอด (Failed Induction)	1	0.5
รกลอกตัวก่อนคลอด (Abruptio placentae)	1	0.5
รวม	193	100

สาเหตุของการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ส่วนใหญ่สาเหตุมาจาก ศีรษะของทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ ร้อยละ 34.4 รองลงมาเป็นสาเหตุจาก ทารกมีก้นเป็นส่วนนำ และทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12.5 และ ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 การประเมินการส่งต่อเปรียบเทียบกับแนวทาง/ มาตรฐาน

กิจกรรมที่ประเมิน	โรงพยาบาล				รวม N=193
	ก N=56	ข N=51	ค N=60	ง. N=26	
มีการโทรศัพท์แจ้งก่อนส่งต่อ	46 (82.1)	40 (78.4)	42 (70.0)	22 (84.6)	150 (77.7)
มีพยาบาลนำส่ง	54 (96.4)	49 (96.0)	57 (95.0)	23 (88.5)	183 (94.8)
มีการดูแลระหว่างส่งต่ออย่างถูกต้อง					
ให้หญิงตั้งครรภ์นอนตะแคงระหว่างส่งต่อ	28 (50.0)	29 (56.8)	32 (53.3)	9 (34.6)	98 (50.8)
มีการฟังการเต้นของหัวใจเด็กและตรวจวัดการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ	51 (91.0)	48 (94.1)	55 (91.6)	20 (76.9)	174 (90.2)
มีการให้หน้ากากออกซิเจน	50 (89.3)	41 (80.4)	52 (86.6)	24 (92.3)	167 (86.5)
มีการงดอาหารและน้ำ	52 (92.8)	46 (90.2)	59 (93.3)	20 (76.9)	177 (91.7)
มีการให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือด	49 (87.5)	44 (86.3)	50 (83.3)	19 (73.0)	162 (83.9)



การประเมินตามแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อ ในภาพรวม ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด ในภาพรวม คือ การมีพยาบาลนำส่ง ร้อยละ 94.8 โดยที่โรงพยาบาล ก มีการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 96.4 ส่วนการแจ้งทางโทรศัพท์ก่อนส่ง ในภาพรวม ร้อยละ 77.7 โดยที่โรงพยาบาล ง. มีการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 84.6 ส่วนการดูแลระหว่างส่งต่ออย่างถูกต้องในภาพรวม มีการพึงการเดินของหัวใจเด็กและตรวจวัดการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ ร้อยละ 90.2 ส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาลมีการปฏิบัติมาก โดยโรงพยาบาล ค. มีการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 94.1 และในภาพรวม มีการงดอาหารและน้ำ ร้อยละ 91.7 โดยโรงพยาบาล ก. มีการปฏิบัติมากกว่า ร้อยละ 93.3 สำหรับการให้ออกซิเจน ในภาพรวม มีการให้หน้ากากออกซิเจน ร้อยละ 86.5 และมีการให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือด ร้อยละ 83.9 ส่วนการให้นอนตะแคงขณะนำส่ง มีการปฏิบัติ ร้อยละ 50.8

ตารางที่ 7 การประเมินการดูแลก่อน/ขณะส่งต่อเปรียบเทียบกับแนวทาง/มาตรฐาน

กิจกรรมที่ประเมิน	โรงพยาบาล				รวม N=193
	ก N=56	ข N=51	ค N=60	ง. N=26	
ให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ	5 (8.9)	5 (9.8)	3 (5.0)	2 (7.7)	15 (7.8)
ให้สารเกลือแร่ทางเส้นเลือดน้อยไป	14 (25.0)	14 (27.5)	21 (35.0)	10 (38.5)	59 (30.7)
ให้สารเกลือแร่ผิดชนิด	0	1 (1.9)	1 (1.7)	2 (7.7)	4 (2.0)
ไม่มีการให้สารเกลือแร่ทางเส้นเลือด	1 (1.8)	0	0	0	1 (0.5)
ไม่ได้งดการให้ยากระตุ้นมดลูก (oxytocin) ในราย CPDขณะนำส่ง	0	0	1 (1.7)	1 (3.8)	2 (1.0)
วินิจฉัยส่วนน้ำมด	1 (1.8)	0	1 (1.7)	0	2 (1.0)
ไม่ได้ส่งผลการตรวจคลื่นหัวใจทารกในครรภ์มาด้วย	0	1 (1.9)	0	0	1 (0.5)
มีการช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศอย่างไม่เหมาะสม	0	0	1 (1.7)	0	1 (0.5)
การส่งต่อที่ไม่สมเหตุสมผล	0	1 (1.9)	0	0	1 (0.5)
การปฏิบัติถูกต้อง	35 (62.5)	29 (56.8)	32 (53.3)	11 (42.3)	107 (55.4)
รวม	56 (29.0)	51 (26.4)	60 (31.0)	26 (13.5)	193 (100)



การประเมินการดูแลก่อนส่ง / ขณะส่งต่อ พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 55.4 โดยโรงพยาบาล ก. ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นโรงพยาบาล ข. ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 56.8

สำหรับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ ให้สารเกลือแร่ทางเส้นเลือดน้อยไป ร้อยละ 30.7 รองลงมา คือการให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.8 สำหรับการให้สารเกลือแร่ผิดชนิด ร้อยละ 2 การไม่งดการให้ยากระตุ้นมดลูกในราย ศีรษะเด็กไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ (CPD) ขณะนำส่ง และการวินิจฉัยส่วนนำผิด ร้อยละ 1.0 เท่ากัน

ตารางที่ 8 การให้การดูแล หญิงตั้งครรภ์/คลอด หลังการรับไว้

การดูแลรักษา	โรงพยาบาล				รวม N=193
	ก	ข	ค	ง.	
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean section)	33	24	36	15	108 (55.9)
การใช้เครื่องสูญญากาศ (Vacuum Extraction)	5	3	5	3	16 (8.3)
การทำคลอดท่าก้น (Breech Assisting)	1	0	2	0	3 (1.6)
การทำคลอดปกติ (normal labour)	13	19	12	5	49 (25.4)
การล้วงรก (manual placenta removal)	2	4	3	1	10 (5.4)
การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและตัดมดลูก (Cesarean section with hysterectomy)	2	1	2	2	7 (3.7)
รวม	56 (29.0)	51 (26.4)	60 (31.0)	26 (13.5)	193 (100)

การให้การดูแล หญิงตั้งครรภ์/คลอด หลังการรับไว้ พบว่า มีการดูแลโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 55.9 และการทำคลอดปกติ ร้อยละ 25.4 และมีการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 8.3 มีการล้วงรก ร้อยละ 5.4 ส่วนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและตัดมดลูก ร้อยละ 3.7



ตารางที่ 9 สภาวะสุขภาพของผู้คลอดหลังได้รับการดูแลรักษา

สภาวะของมารดา	โรงพยาบาล				รวม N=193
	ก	ข	ค	ง.	
ปกติ	55 (98.2)	46 (90.2)	60 (100)	25 (96.2)	186 (96.4)
ครรภ์เป็นพิษ	1 (1.8)	1 (1.9)	0	0	2 (1.0)
การตกเลือดหลังคลอดจากแผลช่องทางคลอด	0	2 (3.9)	0	0 (0)	2 (1.0)
การตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี	-	1 (1.9)	0	1 (3.8)	2 (1.0)
ปัสสาวะไม่ออก (Urinary retention)	0	1 (1.9)	0	0	1 (0.5)
รวม	56	51	60	26	193

สภาวะของผู้คลอดหลังได้รับดูแล มีภาวะปกติ ร้อยละ 96.4 มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และตกเลือดจากแผลช่องทางคลอด และมีการตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 1.0 เท่ากัน และภาวะ ปัสสาวะไม่ออก ร้อยละ 0.5

ตารางที่ 10 ประเมินสภาวะของทารกหลังคลอด (APGAR score)

APGAR score ที่ 1 นาที/ คะแนน	จำนวน คน (ร้อยละ) N=197	APGAR score ที่ 5 นาที / คะแนน	จำนวน คน (ร้อยละ) N=197	APGAR score ที่ 10 นาที / คะแนน	จำนวน คน (ร้อยละ) N=197
10	110 (55.8)	10	172 (87.3)	10	194 (98.5)
9	55 (27.9)	9	16(8.2)	9	2 (1.0)
8	22 (11.3)	8	4(2.0)	5 T	1 (0.5)
7	4 (2.0)	7	2(1.0)		
6	1(0.5)	6	1(0.5)		
5	3(1.5)	5 T	2(1.0)		
4	2(1.0)				

หมายเหตุ: 5 T คือ การประเมิน apgar score ได้ 5 คะแนนและมีการใส่ท่อช่วยหายใจ



การประเมินสภาวะของทารก (APGAR score) หลังคลอด APGAR score

ที่ 1 นาที มีคะแนน 10 มากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมาได้คะแนน 9 ร้อยละ 27.9 ได้ 7 คะแนน ร้อยละ 2.0 และคะแนนต่ำกว่า 7 รวมกัน เท่ากับร้อยละ 3.0

ที่ 5 นาที มีคะแนน 10 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 87.3 รองลงมา มี 9 คะแนน ร้อยละ 8.2 มี 7 คะแนน ร้อยละ 1.0 และคะแนนต่ำกว่า 7 รวมกัน เท่ากับร้อยละ 1.5

ที่ 10 นาที มีคะแนน 10 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 98.5 รองลงมา มี 9 คะแนน ร้อยละ 1.0 และมี 5 คะแนน ร้อยละ 0.5

ตารางที่ 11 น้ำหนักของทารกแรกคลอด

น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	\bar{X}
น้อยกว่า 1999 กรัม	5	2.5	1,650	5,000	3,038.6
2000-2499	25	12.7			
2500-2999	57	28.9			
3000-3499	67	34.0			
3500-3999	34	17.3			
ตั้งแต่ 4000 กรัมขึ้นไป	9	4.6			
รวม	197	100			

น้ำหนักของทารก น้ำหนัก แรกคลอด 3,000-3,499 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 34 รองลงมาทารกมีน้ำหนัก 2,500-2,999 กรัม ร้อยละ 28.9 และทารกมีน้ำหนัก 3500-3,999 กรัม ร้อยละ 17.3 ส่วนทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด น้อยกว่า 2,500 กรัม รวมกัน ร้อยละ 15.2 โดยทารกมีน้ำหนักน้อยที่สุด 1,650 กรัม และน้ำหนักมากที่สุด 5,000 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย 3,038.6 กรัม

สรุป การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชน ภายในเครือข่ายของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ส่วนใหญ่ มีสาเหตุจาก ศีรษะของทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ ร้อยละ 34.4 รองลงมาสาเหตุจากทารกมีก้นเป็นส่วนนำ และทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12.5 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ ส่วนการประเมินการปฏิบัติเปรียบเทียบกับแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อ ในภาพรวม พบว่าข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การมีพยาบาลนำส่ง ร้อยละ 94.8 ส่วนการแจ้งทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อ ร้อยละ 77.7

การดูแลระหว่างส่งต่ออย่างถูกต้อง ในภาพรวม มีการฟังการเต้นของหัวใจเด็กและตรวจวัดการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ มากที่สุด ร้อยละ 90.2 และมีกรงดอาหารและน้ำ ร้อยละ 91.7 สำหรับการให้ออกซิเจน มีให้หน้ากากออกซิเจน ร้อยละ 86.5 และมีการให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือด ร้อยละ 83.9 ส่วนการให้ผู้คลอดนอนตะแคงขณะนำส่ง มีการปฏิบัติ ร้อยละ 50.8 การประเมินการดูแลก่อนส่ง/ขณะส่งต่อ พบว่ามีการปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 55.4 โดยโรงพยาบาล ก. ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นโรงพยาบาล ข. ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 56.8 ข้อปฏิบัติดังกล่าวนี้ ได้บรรจุไว้เป็นแนวทาง/มาตรฐานในการส่งต่อเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

การวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ พบว่ายังมี การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ การให้สารเกลือแร่ทางเส้นเลือดน้อยไป ร้อยละ 30.7 รองลงมา คือการให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.8 สำหรับการให้สารเกลือแร่ชนิด ร้อยละ 2 และการไม่งดยากระตุ้นมดลูกในรายที่ศีรษะเด็ก



ไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ขณะนำส่ง ร้อยละ 1.0

การให้การดูแล หญิงตั้งครรภ์/คลอด หลังการรับไว้ มีการดูแลโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 55.9 และการทำคลอดปกติ ร้อยละ 25.4 และมีการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 8.3 มีการล้างรก ร้อยละ 5.4 ส่วนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและตัดมดลูก ร้อยละ 3.7 สภาวะของผู้คลอดหลังได้รับการดูแล มีภาวะปกติ ร้อยละ 96.4 มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดจากแผลช่องทางคลอด และตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 1.0 เท่ากัน

การประเมินสภาวะของทารก (APGAR score) หลังคลอดด้วย APGAR score พบว่า

ที่ 1 นาที มีคะแนน 10 มากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมาได้คะแนน 9 ร้อยละ 27.9 ได้ 7 คะแนน ร้อยละ 2.0 และคะแนนต่ำกว่า 7 รวมกัน เท่ากับร้อยละ 3.0

น้ำหนักของทารก พบว่า ทารก มีน้ำหนัก แรกคลอด 3,000-3,499 กรัม มากที่สุด ร้อยละ 34 รองลงมาทารกมีน้ำหนัก 2,500-2,999 กรัม ร้อยละ 28.9 และทารกมีน้ำหนัก 3,500-3,999 กรัม ร้อยละ 17.3 ส่วนทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด น้อยกว่า 2,500 กรัม รวมกัน ร้อยละ 15.2

อภิปรายผล จะเห็นว่า หญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อ ล้วนเป็นรายที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสที่ทารกหรือมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือการตายจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายของทารกก่อนระยะเจ็บครรภ์คลอด การส่งต่อผู้คลอดอย่างเหมาะสมในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และสถานเฝ้าระวัง จะสามารถลดสาเหตุการตายของทารกในระยะเจ็บครรภ์คลอด และการตายปริกำเนิดลงได้⁽⁷⁾ และจากการประเมินระบบการรับ-ส่งต่อผู้คลอดในจังหวัดขอนแก่น เมื่อปี 2548 พบว่ามีการโทรศัพท์ติดต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ร้อยละ 86.3⁽⁸⁾ สำหรับผลการประเมินครั้งนี้พบว่าการแจ้งทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อ ร้อยละ 77.7 ซึ่งน้อยกว่าการประเมินของจังหวัดขอนแก่นในข้อนี้สามารถปรับปรุงได้ โดยจะต้องทำความเข้าใจกับแพทย์/พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลชุมชนภายในเครือข่าย ให้เห็นถึงประโยชน์ของโทรศัพท์แจ้งให้ทราบล่วงหน้า เพื่อให้ทางโรงพยาบาลที่จะรับไว้ ได้

เตรียมความพร้อมในการดูแล รวมทั้งเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้คลอด เพื่อเตรียมให้ทันเหตุการณ์ต่างๆ ตามสภาพของผู้คลอด ที่ได้รับการส่งต่อได้ทันเวลา และจากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าแม่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด เด็กมีก้นเป็นส่วนนำและภาวะที่ศีรษะของทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานมารดาจะเป็นสาเหตุการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดสูงด้วย⁽⁹⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ขณะนำส่งมีการให้หญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอดนอนตะแคง เพียงร้อยละ ร้อยละ 50.8

จากการศึกษาพบว่า โครงร่างและท่านอนของหญิงตั้งครรภ์ มีผลต่อการไหลเวียนเลือดของมารดาและทารก และยังมีผลต่อทารกที่คลอด หากหญิงตั้งครรภ์นอนหงาย จะทำให้มดลูกซึ่งมีขนาดใหญ่กดเส้นเลือดดำ Inferior venacava ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (supine hypotension) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกลดลง นอกจากนั้นท่านอนของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อระยะเวลาของการคลอดด้วยกรณีที่ถุงน้ำแตกและศีรษะทารกยังอยู่สูง มีโอกาสเกิดภาวะสายสะดือย้อย (prolapsed cord) การนอนตะแคงหรือกึ่งตะแคงจะปลอดภัยกว่า นอกจากนั้นยังพบว่า ท่านอนหงายของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดของการคลอดหดตัวของมดลูกมากขึ้น ระยะการคลอดนานขึ้น⁽¹⁰⁾

สำหรับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ ให้สารน้ำเกลือแร่ทางเส้นเลือดน้อยไป ร้อยละ 30.7 การให้สารน้ำเกลือแร่ต้องสอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วย โดยให้สารน้ำในอัตราที่ช้า ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเลือดจางรุนแรง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะชักขณะครรภ์เป็นพิษ ในอัตรา สารน้ำ 1 ลิตร ภายใน 6-8 ชั่วโมง ให้สารน้ำเกลือแร่ในอัตราเร็วปานกลาง ถ้ามีภาวะการปวดท้องรุนแรงมาก การคลอดติดขัด ให้สารน้ำในอัตรา 1 ลิตร ภายใน 2-3 ชั่วโมง และให้สารน้ำในอัตราที่เร็ว กรณีที่ผู้ป่วยช็อค (ความดัน systolic < 90 mmHg) ซีพีจรมากกว่า 110 ครั้งต่อนาที) หรือมีเลือดออกมากทางช่องคลอด ให้สารน้ำในอัตรา 1 ลิตร ในเวลา 15-20 นาที เมื่อซีพีจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ให้ลดสารน้ำลงเหลืออัตรา 1 ลิตร ต่อ 30 นาที หรือ 30 ซีซี ต่อนาที ให้ลดสารน้ำเกลือแร่ลงเหลือ 3 ซีซี ต่อนาที และเมื่อซีพีจและความดันเพิ่ม



ขึ้น systolic > 110 mmHg ให้ลดสารน้ำลง เหลือ 0.5 ซีซี ต่อ 1 นาที ทั้งนี้ต้องตรวจสัญญาณชีพทุก 15 นาที และตรวจวัดปริมาณปัสสาวะด้วยเสมอ⁽¹¹⁾

การให้ออกซิเจนไม่เพียงพอ ร้อยละ 7.8 จากการศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับระบบการหายใจ เมื่อหญิงตั้งครรภ์อยู่ในท่านอนหงาย หรือการกลั้นหายใจเมื่อออกแรงเบ่ง พบว่าระบบการถ่ายเทออกซิเจนและการไหลเวียนเลือดผ่านมดลูกและรกลดลง ทำให้การถ่ายเทออกซิเจนลดลง ส่งผลต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นการให้หน้ากากออกซิเจน (oxygen mask with bag) ด้วยอัตรา 10 ลิตรต่อ นาที⁽¹²⁾ และการให้ออกซิเจนที่พอดี จึงมีความสำคัญต่อทารกในครรภ์

ด้านการให้ยากระตุ้นมดลูก (oxytocin) ในทางปฏิบัติในขณะที่ส่งต่อต้องงดไว้ก่อน โดยเฉพาะในรายที่ศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ หรือทารกในครรภ์มีภาวะเครียด ในกรณีที่ศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับเชิงกรานแม่ อาจทำให้มดลูกมีการหดตัวมากขึ้น และอาจทำให้มดลูกแตกเป็นอันตรายต่อชีวิตแม่ได้ การให้ยากระตุ้นมดลูกในรายที่ทารกมีภาวะเครียด (fetal distress) ทำให้มดลูกมีการหดตัวที่รุนแรง ส่งผลให้มดลูกขาดเลือดไปเลี้ยงทารก ซึ่งจะทำให้ทารกขาดออกซิเจน มากขึ้น⁽¹³⁾

การประเมินสภาวะของทารก (APGAR score) หลังคลอดจากผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อ พบว่า APGAR score ที่ 1 นาที มีคะแนน 10 มากที่สุด ร้อยละ 55.8 รองลงมาได้คะแนน 9 ร้อยละ 27.9 ได้ 7 คะแนน ร้อยละ 2.0 และคะแนนต่ำกว่า 7 รวมกัน เท่ากับร้อยละ 3.0 สำหรับเป้าหมายของ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ตั้งเป้าหมาย APGAR score ที่ 1 นาที น้อยกว่า 7 ไม่เกินร้อยละ 30⁽¹⁴⁾ การ

ศึกษาค้างนี้พบเพียงร้อยละ 3 ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย แต่ก็ควรพยายามลดลงอีกให้ได้ เพราะ APGAR score มีผลต่อการอยู่รอดของเด็กทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ สำหรับการประเมินระบบการส่งต่อของหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นการประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูล และถอดบทเรียน เพื่อนำข้อที่ยังไม่ปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรฐานการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์/คลอด ไปปรับปรุงแก้ไข ด้วยการประชุมเพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนาภายในเครือข่ายร่วมกัน หรือเป็นการประชุมวิชาการ เพื่อให้ความรู้ แพทย์จบใหม่ แพทย์ใช้ทุน รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสูติกรรมในโรงพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรฐานที่กำหนดขึ้น ด้วยความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจในข้อจำกัดของกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ในวิทยาการใหม่ๆ การขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่มากมาย รวมทั้งการสร้างระบบการป้อนกลับ (feed back) เพื่อให้รับทราบข้อดีข้อด้อยต่างๆ เพื่อการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน การปฏิบัติตามแนวทาง/มาตรฐานทางวิชาการ เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการลดปัญหา การถูกฟ้องร้องทางหนึ่ง และสำคัญที่สุดก็คือ การลดอัตราการตายของมารดาและทารกให้น้อยลงหรือหมดไป

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการส่งต่อที่ต้นทาง ในด้านการฝึกอบรมด้านสูติศาสตร์ การฝึกทักษะเพิ่มเติมต่างๆ ด้วย รวมทั้งการจัดทำคู่มือ (guideline) ต่างๆ ไว้ประจำโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในกรณีฉุกเฉิน



บรรณานุกรม

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย ปี 2548-2550, โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. กรุงเทพมหานคร.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2545-2547, เอกสารอัดสำเนา
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2547, จาก <http://www.anamaimoph.go.th/web7/index.html>.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขประจำปี 2550, เอกสารอัดสำเนา
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สาเหตุการตายของมารดาและทารกปี 2547, จาก <http://www.anamaimoph.go.th>
6. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รูปแบบการบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ปี 2548, โรงพิมพ์นิเวศรรวมดาการพิมพ์ (ประเทศไทยจำกัด) กรุงเทพมหานคร.
7. ปิยพงษ์ จงรักษ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายของทารกก่อนระยะการเจ็บครรภ์คลอด ปี 2538-2540, จาก <http://203.157.3/research/show.php>.
8. วิฑิตพร สิริวิชช์ชัย, บานเย็น แสนเวียน, พริมา จรัสพันธ์. การประเมินการรับ-ส่งผู้คลอด ในจังหวัดขอนแก่น ปี 2547-2548, ขอนแก่นเวชสาร ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2549 : หน้า 128-137.
9. วิทยา ดิษฐพันธ์. การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง. เวชศาสตร์มารดาและทารก ปี 2544. โรงพิมพ์ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น กรุงเทพมหานคร.
10. องค์การอนามัยโลก และ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. มาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ปี 2543. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์, กรุงเทพมหานคร.
11. กรมอนามัย องค์การอนามัยโลก และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลรักษาการตั้งครรภ์ และการคลอดเชิงบูรณาการ การดูแลการตั้งครรภ์ การคลอดและทารกแรกเกิด คู่มือสำหรับการดูแลรักษาที่จำเป็น. จาก <http://www.anamaimoph.go.th>
12. Diaz AG.Schwarz R. Caldeyro-Barcia. Vertical position during first stage of the course of labour And neonatal outcome. Eur J Obstet and Gynaecol report Biol 1980.
13. ธีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย. สูติศาสตร์. ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์ โอ เอสพริ้นต์ติ้งเฮาส์; 2548.
14. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. นโยบายการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ปี 2549, เอกสารแจกจ่ายในการประชุมวิชาการ โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก. เอกสารอัดสำเนา.

