



การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
The Developing of a Referral System for the Patients with Obstetric Emergency,
Nam-Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province

Jiratchaya Larpmoon, B.N.S.

Delivery Room Department

Nam-Yuen Hospital, Ubon Ratchathani Province

Yaying2010@hotmail.com

จิรัชยา ลาภมุล, พย.บ.

แผนกห้องคลอด

โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Received: Jan 12, 2024

Revised: Apr 21, 2024

Accepted: Apr 23, 2024

บทคัดย่อ

การพยาบาลทางสูติกรรมเป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงคลอดบุตร ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ทุกระยะนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน้ำยืน 2) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน 3) เพื่อใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และ 4) ศึกษาผลการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 และ 2 เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ จำนวน 16 คน ระยะที่ 3-4 เป็นผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 34 คน เครื่องมือวิจัย ระยะที่ 1 ได้แก่ คำถามการประชุมกลุ่ม ระยะที่ 2 ได้แก่ แนวคิดการพัฒนาระบบ PDCA และแบบประเมินความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ระยะที่ 3 ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และแบบบันทึกจำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน ระยะที่ 4 ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าทีคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 โรงพยาบาลน้ำยืนยังไม่มีระบบการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน และพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ระยะที่ 2 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน เกณฑ์การส่งต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามและประเมินผลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินหลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ระยะที่ 3 อัตราการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน หลังพัฒนาระบบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และระยะที่ 4 ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.79$, S.D. = 0.38) ดังนั้น โรงพยาบาลน้ำยืนควรใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การส่งต่อ, ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน



Abstract

Obstetric nursing is a nursing cares for patients from pregnancy until childbirth, namely the first stage, during and after of labor, every stage is at risk of emergencies at any time. This study is a research and development, the purpose to 1) study the situation of the patients with emergency obstetric and the referral system at Nam-Yuen Hospital, 2) develop a referral system for the patients with emergency obstetric, 3) use a referral system for the patients with emergency obstetric, and 4) study the results of using the referral system for the patients with emergency obstetric. The samples for first and second phases were 16 personnels involved in referral, third and fourth phases were 34 patients with emergency obstetric according to the inclusion-exclusion criteria. The research tools for first phase include focus group questions, the concept PDCA for developing and the knowledge assessment of nursing care and referring patients the emergency obstetric for second phase, the patients with emergency obstetric for third phase, and a form for record the number of times arriving at the referral point within 10 minutes and complaints for third phase, and fourth phase includes a satisfaction assessment form. Data were collected between May to December 2023. The descriptive statistics and paired t-test for data analyzed.

The results of the research found that: first phase; Nam Yuen Hospital didn't have a standardized referral system, and the nurses lack the knowledge and skills to nursing care for the patients with emergency obstetric that refer. Second phase; a system for referring of the patients with emergency obstetric, it consists of operational guidelines for each personnel, referral criteria for host hospitals criteria, follow-up and evaluation of patients with emergency obstetric, and the after training mean score of nursing care and referring patients the emergency obstetric was significantly higher than before training ($p < .01$). Third phase; after developing the system about rate of arrival at the referral point within 10 minutes and complaints significantly decreased ($p < .01$). Forth phase; mean score of the patients with emergency obstetrics satisfied to the referral system at the highest level ($\bar{X} = 4.79$, S.D. = 0.38). Therefore, Nam Yuen Hospital should continue to use this referral system for the patients with obstetric emergency.

Keyword: System development, Referral System, Obstetrical emergencies



บทนำ

การพยาบาลทางสูติกรรม เป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงคลอดบุตร โดยให้การดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด เพื่อให้มารดาและทารกมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ เป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอันจะส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย¹ ซึ่งผู้ป่วยสูติกรรมเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ เช่น ระยะคลอด ได้แก่ Preterm labor, Pregnancy Induced Hypertension (PIH), Placenta Previa, Previous Cesarean Section, Cephalopelvic Disproportion และ Abruptio Placenta ส่วนทารก ได้แก่ Fetal Distress, Twins และ Abnormal Presentation ระยะหลังคลอด ได้แก่ Retained Placenta, Post Partum Hemorrhage (PPH) และ Medical Complication²⁻³ ผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมจำเป็นต้องให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามชีวิตทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี 2563 พบการตายของมารดาในโลก จำนวน 287,000 ราย แต่แนวโน้มระหว่างปี 2543 ถึง 2563 มีอัตราส่วนการตายของมารดา (จำนวนมารดาตายต่อการเกิดมีชีวิตของทารก 100,000 คน) ลดลงประมาณร้อยละ 34.0 ทั่วโลก และร้อยละ 95.0 เกิดในประเทศด้อยและกำลังพัฒนา⁴ และทวีปเอเชียรายงานจากองค์การสหประชาชาติ ระหว่างปี 2543 ถึง 2563 พบว่ามีร้อยละของการตายโดยรวมของมารดาลดลงจาก 397 เป็น 129 ของการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีวิตของทารก 100,000 คน หรือลดลงร้อยละ 67.50⁵ ส่วนประเทศไทยข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราส่วนการตายมารดาไทย ในปี 2565 พบว่ามีจำนวน 129 คน คิดเป็นอัตราส่วน 25.86 คน ต่อการเกิดมีชีวิตของทารก 100,000 คน และเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีจำนวน 9 คน คิดเป็นอัตราส่วน 28.48 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน⁶ โดยประเทศไทยจัดเป็นประเทศกำลังพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข ในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับปฐมภูมิยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องมีระบบส่งผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ปลอดภัยทั้งผู้คลอดหรือมารดาหลังคลอดและทารกในครรภ์และส่งต่อได้ทันเวลาตามระยะทางของโรงพยาบาลแม่ข่าย

โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 (First-level hospital) (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง) มีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชาและลาว ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมและการสำรองเลือดที่ไม่เพียงพอ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูติกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S (Standard-level hospital) ระยะห่าง 50 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A (Advance-level hospital) ระยะทางห่าง 110 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 1.30 ชั่วโมง จากสถิติการรับบริการผู้คลอดของโรงพยาบาล ในปี 2563-2565 พบจำนวน 412 ราย, 410 ราย และ 398 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้คลอดในห้องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 261 ราย, 268 ราย และ 292 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้คลอดที่อยู่ในภาวะสูติกรรมฉุกเฉินต้องทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 151 ราย, 142 ราย และ 106 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อผู้มาคลอด ร้อยละ 36.65, 34.63 และ 26.63 ตามลำดับ จากสถิติจะพบว่าการส่งต่อมีอัตราการลดลง แต่ในจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ในปี 2566 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ R/O CPD จำนวน 12 ราย Preterm Labor จำนวน 10 ราย Pre-Eclampsia 9 ราย, Previous C/S 5 ราย Fetal Distress 4 ราย ส่วนทารกมีภาวะ Birth Asphyxia จำนวน 3 ราย BBA with Polycythemia จำนวน 1 ราย และ Brachial Plexus จำนวน 1 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลที่จะทำการส่งต่อมีความรู้ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินในระดับดี ร้อยละ 75.0 ของพยาบาลห้องคลอด การมาถึงจุดส่งต่อช้าเกิน 10 นาที ร้อยละ 14.70 มีข้อร้องเรียน ร้อยละ 5.88 ของการส่งต่อ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.89) และด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (F2) ซึ่งจะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินมีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

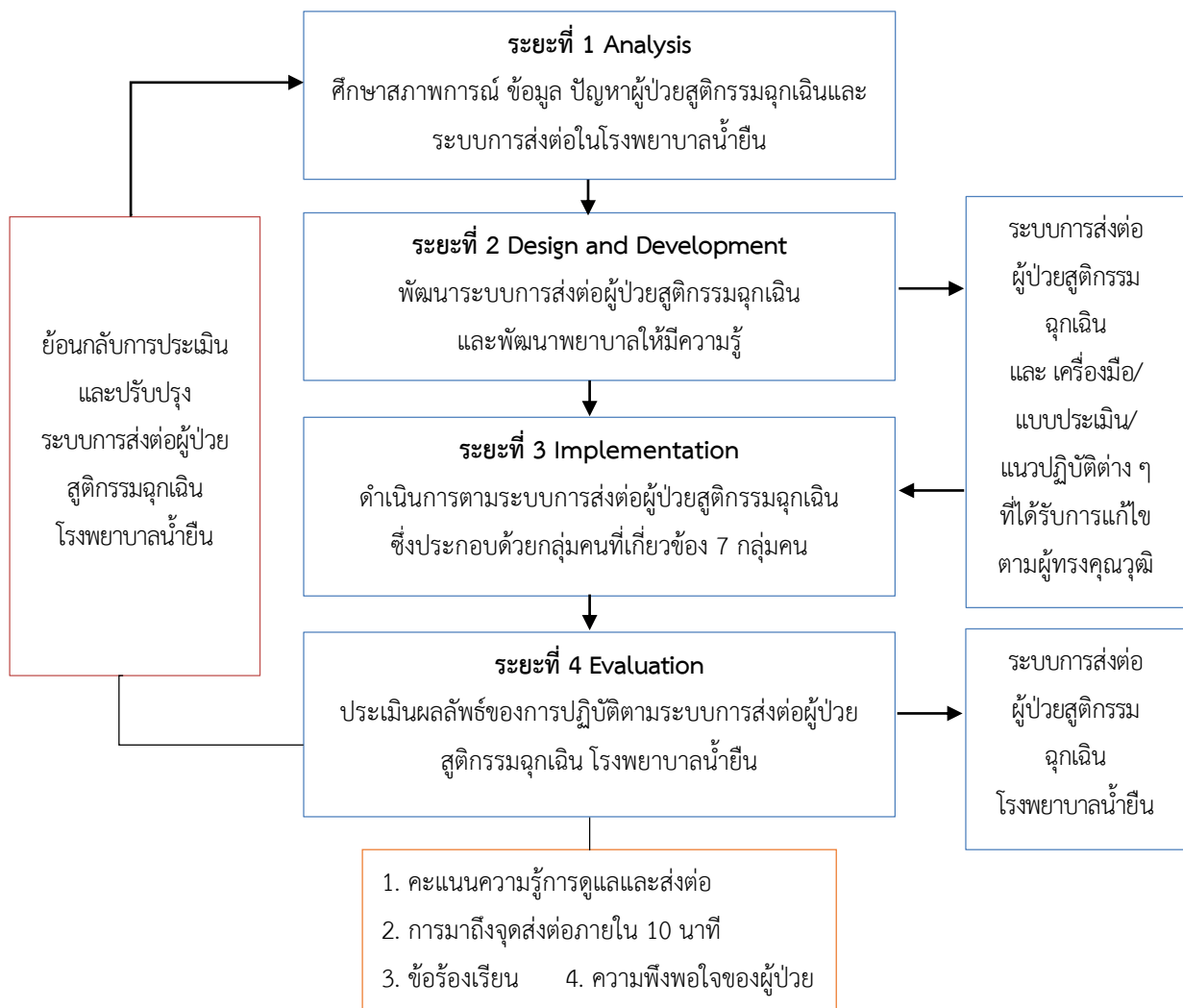


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน่าน
2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน
3. ศึกษาผลการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ปรับปรุงขั้นตอนมาจาก สกลสุภา อภิชาตบุญโชค⁷ เก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ 1 Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาที่ 2 Design and Development พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ระยะเวลาที่ 3 Implementation ดำเนินการตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง 7 กลุ่มคน และระยะเวลาที่ 4 Evaluation ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการดำเนินการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (R&D) โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ระยะที่ 2 Design and Development พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ระยะที่ 3 Implementation ดำเนินการตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และระยะที่ 4 Evaluation ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับห้องคลอดและการส่งต่อ โรงพยาบาลน้ำเย็น ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน พนักงานขับรถ จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 16 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับห้องคลอดและการส่งต่อ ระยะที่ 2 คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำเย็น โดยใช้ประชากรทั้งหมดที่อยู่ห้องคลอด ระยะที่ 3 คือผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำเย็น จำนวน 34 คน เป็นผู้คลอดระยะที่ 1-4 โดยเป็น 1) ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Preterm Labor, Pregnancy Induced Hypertension (PIH), Placenta Previa, Previous Cesarean Section, Cephalopelvic Disproportion และ Abruptio Placenta ส่วนทารก ได้แก่ Fetal Distress, Twins และ Abnormal Presentation 2) มารดาระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ได้แก่ Retained Placenta, Post Partum Hemorrhage (PPH) และ 3) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารได้ ทั้งการฟัง การพูด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Purposive Sampling) ที่มีเลขที่โรงพยาบาล (HN) ลงท้ายเลขคี่ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับสถิติทดสอบ T-test dependent แบบ Matched paired โดยใช้วิธีการ Power analysis⁸ ใช้ Family test exact กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.5 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทางการแพทย์ เป็น 0.5 โดยค่า default ของ G*Power กำหนด $\alpha/\beta=1$ (0.05/0.05=1) นั่นคือกำหนดค่า $\beta=0.05$ หรือ power=0.95 (1- β , 1-0.05=0.95) ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระยะนี้จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินผลในการวิจัยระยะที่ 4

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 การประสานงานและแจ้งแนวปฏิบัติและข้อตกลงในการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

1.2 การปฏิบัติบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับห้องคลอดและการส่งต่อ จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ พยาบาลห้องคลอด หัวหน้าเวร พยาบาลห้องคลอด นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลทีมส่งต่อและพนักงานขับรถ แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน เกณฑ์การส่งต่อของโรงพยาบาลแม่ข่าย การติดตามและประเมินผลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

หาคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเนื้อหา รายละเอียดและข้อมูลในระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) รูปแบบการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation)⁹ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิต่างสาขา



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แผนการประชุมกลุ่ม (Focus Group) การหาคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=1

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ในรายละเอียดของความหมายและดูแลให้การพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมิน ใช่-ไม่ใช่-ไม่ทราบ (True-false) จำนวน 30 ข้อ การคิดเกณฑ์การประเมินผลคิดค่าคะแนน อันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านที่ระดับร้อยละ 50.0¹⁰ จากนั้นคิดคะแนนเป็นช่วงกำหนด 4 ช่วง โดยแปลความหมาย ได้แก่ ไม่ผ่าน มีช่วงคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน ผ่านระดับพอใช้ มีช่วงคะแนน 15-20 คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน 21-25 คะแนน ผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ 26-30 คะแนน

หาคุณภาพเครื่องมือโดยทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.82 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเดียวกัน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นแบบวัดเกี่ยวกับอารมณ์ ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นแบบวัดระดับมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ การคิดเกณฑ์การประเมินผล แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 คะแนน พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 คะแนน พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน พึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน พอใจน้อยที่สุด

หาคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่มีลักษณะเดียวกัน และหาความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB. 2566-118

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ระยะ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ Focus group
- 3) เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ระยะ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ประเมินความรู้ Pre-Post Test พยาบาลห้องคลอด ก่อนและหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ระยะ 3-4 ประกอบด้วย 4.1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ (1) จำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน หลังสิ้นสุดโครงการ เปรียบเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ ในรอบ 6 เดือน (2) คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบส่งต่อ หลังสิ้นสุดโครงการ



วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ 1) คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติการทดสอบของ Paired t- test และ 3) เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์ พบว่าการสำรวจข้อมูล Secondary data โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ระดับ F2 (First-level hospital) (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง) มีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชาและลาว ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมและการสำรองเลือดที่ไม่เพียงพอ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูติกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S (Standard-level hospital) ระยะทาง 50 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance-level hospital) ระยะทาง 110 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 1.30 ชั่วโมง จากสถิติการรับบริการผู้คลอดของโรงพยาบาล ในปี 2563-2565 พบจำนวน 412 ราย, 410 ราย และ 398 ราย ตามลำดับ มีจำนวนผู้คลอดในห้องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 261 ราย, 268 ราย และ 292 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้คลอดที่อยู่ในภาวะสูติกรรมฉุกเฉินต้องทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 151 ราย, 142 ราย และ 106 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อผู้มาคลอด ร้อยละ 36.65, 34.63 และ 26.63 ตามลำดับ จากสถิติจะพบว่าการส่งต่อมีอัตราลดลง แต่ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (F2) ยังต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อไป ซึ่งในปี 2565 มีการสำรวจปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน พบว่ายังไม่มีระบบการปฏิบัติในการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โดยผลการประเมินสมรรถนะผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 82.76 และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการส่งต่อลำช้าจำนวน 2 ฉบับ

2. ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ดำเนินงานตาม PDCA การเตรียมการ (Plan) การดำเนินการ (Do) การประเมิน (Check) และการนำผลประเมินไปใช้พัฒนา (Act) และมีการทดสอบความรู้ของพยาบาลห้องคลอด พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องคลอด จำนวน 8 คน เป็น เพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุสูงสุด 43 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุเฉลี่ย 34.12 ปี (S.D. = 6.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.0 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.62 ปี

2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการอบรม

ข้อมูล	n	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน	8	24.25	1.49	28.13	1.13	7.64	.00*

* $p < .01$



- 3) เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน่ายัน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 ระบบ ประกอบด้วย
- (1) ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องการส่งต่อเพื่อแจ้งให้มีการดำเนินการตามระบบทุกสัปดาห์
 - (2) แพทย์และพยาบาลห้องคลอดให้การบริการผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ได้แก่ Preterm Labor, PIH, Placenta Previa, Previous C/S, CPD, Abruptio Placenta, Fetal Distress, Twins, Abnormal Presentation, Retained Placenta และ PPH
 - (3) แพทย์รับ Notify จากพยาบาลในเวร ตรวจประเมินซ้ำ โทรขอคำปรึกษาจากสูติแพทย์โรงพยาบาลปลายทาง และสั่งทีมเตรียมส่งต่อ
 - (4) พยาบาลหัวหน้าเวร ติดต่อยาบาลส่งต่อ โดยรับคำสั่งจากแพทย์ ประสานทีมพนักงานขับรถ ประสานทีมพยาบาลส่งต่อเตรียมเอกสารส่งต่อ ประสานข้อมูลกับโรงพยาบาลปลายทาง เตรียมญาติ สั่งการพนักงานขับรถในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (5) พยาบาลคนที่ 2 รับคำสั่ง Refer ทำหัตถการ LAB, IVF, Retaine Catheter เตรียมผู้ป่วย ตาม Standing Order รายโรค เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (6) นักเทคนิคการแพทย์ ทำกิจกรรมตรวจ LAB
 - (7) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมอุปกรณ์
 - (8) ทีมพยาบาลส่งต่อ มาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที ตรวจเช็คอุปกรณ์ในการส่งต่อให้พร้อมใช้ ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง
 - (9) พนักงานขับรถ รับคำสั่งจากพยาบาลหัวหน้าเวร เคลื่อนย้ายอุปกรณ์/กล่อง Refer เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (10) พยาบาลหัวหน้าเวร ติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

Refer โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	Refer โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
1. Severe fetal distress	1. โทรประสานศูนย์ประสาน 045-250-08-991
2. Prolapse cord	2. โทรประสานห้องคลอด 1203
3. Breech presentation	3. On ETT. ประสาน ICU HUB
4. In active case	4. ต้องลงผล HCT, HIV, VDRL, HBSAS
5. Previous C/S in labor	5. ห้าม Drip Oxytocin, Bricanyl ระหว่างส่งต่อ
6. PPH	6. Case failed V/E บันทึกเวลาตั้งและ V/E failed ก็ครั้ง
7. Failed V/E	7. ARM: บันทึกเวลา สิ้นน้ำคร่ำ
8. CPD fully dilate	8. ให้ ATB: เวลาฉีด Dose
9. รับประทานฉุกเฉิน ระหว่างทางไป รพ. สปส. ดังนี้	9. Case Oligohydramnios: U/S ดูน้ำคร่ำ
- อาการทรุดลง	และแนบแผ่น U/S ไปด้วยทุกครั้ง
- ปากมดลูกเปิดหมด	10. Case CPD: NST, ใบบันทึกพาโทกราฟ
10. ขั้นตอนการขอแหวะโรงพยาบาลใกล้เคียง	11. PROM, ML: ต้องบันทึกผล
- โทรรายงานแพทย์เจ้าของไข้	- Fern test
- โทรประสาน ER, LR	- Cough test

- (11) ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายตาม Criteria ของการส่งต่อ ทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
- (12) ติดตามประเมินผลขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย
- (13) ติดตามประเมินผลการรักษาภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย



3. ระยะที่ 3: Implement นำระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ไปใช้ในผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้รับการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน พบว่าเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน หลังใช้ระบบมีจำนวนครั้งลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของร้อยละการมาถึงจุดส่งเกินเวลา 10 นาที และข้อร้องเรียน ก่อนและหลังใช้ระบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้ระบบ (N=34)		หลังใช้ระบบ (N=34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การมาถึงจุดส่งต่อเกินเวลา 10 นาที	5	14.70	0	0	0.00*
ข้อร้องเรียน	2	5.88	0	0	

* $p < .01$

4. ระยะที่ 4: ประเมินผลการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินหรือญาติ จำนวน 34 คน เป็นหญิงมากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 เป็นชาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.29 มีอายุ 20-30 ปี มากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.71 รองลงมา มีอายุ 31-40 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 และน้อยที่สุดมีอายุ 51-60 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นตัวเองมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาคือสามี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 41.18 น้อยที่สุดคือบิดา/มารดา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82 ระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 น้อยที่สุดคือประถมศึกษา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือรับจ้าง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 41.18 และน้อยที่สุดคือไม่ได้ทำงาน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82

2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินหรือญาติต่อระบบการส่งต่อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.79$, S.D.=0.38) โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือทีมพยาบาลส่งต่อมีความสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.92$, S.D.=0.22) รองลงมาคือบนรถส่งต่อมีอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือท่านได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$, S.D.=0.46) ต่ำสุดคือท่านได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายในเวลาที่ท่านรอได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.87$, S.D.=0.26) แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินหรือญาติต่อระบบการส่งต่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยท่านไม่ได้ร้องขอ	4.75	0.52	มากที่สุด
2. ท่านได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ภายในเวลาที่ท่านรอได้	4.70	0.46	มากที่สุด
3. พยาบาลมีการประสานไปยังบุคลากรอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว หลังจากแจ้งท่านเกี่ยวกับการส่งต่อ	4.80	0.30	มากที่สุด
4. ทีมพยาบาลที่ส่งต่อท่าน ไม่พูดคุ้ย ไม่แนะนำ และไม่ให้งำลังใจ	4.74	0.50	มากที่สุด
5. ทีมพยาบาลส่งต่อมีความสุภาพ อ่อนโยน พุดจาไพเราะ	4.92	0.22	มากที่สุด
6. บนรถส่งต่อมีอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือท่านได้	4.87	0.26	มากที่สุด
7. พนักงานขับรถ ขับรถโดยไม่คิดถึงความปลอดภัยของท่าน	4.80	0.33	มากที่สุด
8. ทีมพยาบาลส่งต่อและทีมพยาบาลของโรงพยาบาลปลายทาง มีการพูดคุ้ยและส่งต่อเกี่ยวกับอาการของท่าน	4.72	0.44	มากที่สุด



ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินหรือญาติต่อระบบการส่งต่อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
9. หลังจากส่งท่านถึงโรงพยาบาลปลายทาง ทีมพยาบาลส่งต่อไม่ติดต่อท่านอีกเลย	4.85	0.33	มากที่สุด
10. ท่านและบุตรของท่านปลอดภัยในครั้งนี เนื่องจากมีการส่งต่อที่มีคุณภาพ	4.71	0.44	มากที่สุด
รวม	4.79	0.38	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ผลการวิจัยสามารถนำมาสรุปและอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในส่วนของการพัฒนาระบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) ศึกษาสภาพการณ์ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน่ายิน ซึ่งการศึกษาระยะนี้พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อแบบการศึกษาย้อนหลัง เพื่อหาประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อ โดย Sushmita Das และคณะ¹¹ ได้ศึกษาผลของระบบการส่งต่อที่เป็นกุญแจสำคัญเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการบันทึกเกี่ยวกับระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดและทารกหลังคลอดในชุมชนชนบทของ Maharashtra ประเทศอินเดีย ถึงสาเหตุของการส่งต่อ ทำการศึกษาระหว่างปี 2016 ถึง 2019 ผลการวิจัยพบว่า มีผู้คลอดที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 28,020 ราย หรือร้อยละ 14.0 ของผู้คลอดทั้งหมด สาเหตุที่ส่งต่อมากที่สุดคือ Pregnancy-Induced Hypertension or Eclampsia คิดเป็นร้อยละ 17.0 ของการส่งต่อสูติกรรม Previous Caesarean Section เป็นร้อยละ 12.0 และ Fetal Distress ร้อยละ 11.0 และ Oligohydramnios ร้อย 11.0 ของการส่งต่อสูติกรรม ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งต่อทันเวลา ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งการศึกษานี้เป็นแบบอย่างในการค้นหาปัญหาและสภาพการณ์ของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alberta David Nsemo และคณะ¹² ได้ศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ในผู้ให้บริการด้านสุขภาพรัฐ Plateau state ประเทศไนจีเรีย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา นำเสนอผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ในปี ค.ศ. 2021 ผลการวิจัยพบว่า สถานพยาบาลที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยมีความพร้อมที่คะแนนเฉลี่ย 2.54 ถึง 2.63 คะแนน และใน 1 ปี มีการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน จำนวน 123 ครั้ง พบว่ามีจำนวน 10 ครั้ง ที่มีความไม่พร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งต่อ โดยอุปสรรคขัดขวางทำให้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ขาดความรู้ในการรับรู้เหตุฉุกเฉิน ขาดความรู้ในการจัดการที่เหมาะสม ขาดทักษะในการดูแลการคลอดฉุกเฉิน ขาดแคลนบุคลากรในการส่งต่อ ยาและเลือดที่ใช้ในสถานพยาบาลไม่เพียงพอ อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายไม่พร้อม ขาดแพทย์เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม ขาดแรงจูงใจและความตระหนักในบุคลากรที่ทำการส่งต่อ และขาดระบบและแนวปฏิบัติการส่งต่อที่ชัดเจน ซึ่งปัญหาและข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลนำเข้าของการวิจัยและพัฒนาระยะที่ 1 นี้ได้

2) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ซึ่งยังไม่พบการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อโดยตรง แต่มีลักษณะการศึกษาที่เป็นการพัฒนาศูนย์การให้สามารถดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพ คือการศึกษาของ Lise Brogaard และคณะ¹³ ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมทีมพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรม โดยกำหนดศึกษาเฉพาะการสุ่มกลุ่มควบคุมและเป็นกลุ่มเฉพาะใช้คำสำคัญ ได้แก่ Birth, Brachial Plexus, Delivery, Emergency Teams, Obstetric, Postpartum Hemorrhage, Shoulder Dystocia, Simulation Training, Systematic Review ในฐานข้อมูล MEDLINE, Embase, Cochrane Library, and Cochrane Central Register of Controlled Trials ใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์โดยใช้ The Assessment Tools PRISMA, EPCO, and GRADE ผลการวิจัยพบ 4 RCTs and 17 Cohort Studies และผลการฝึกอบรมทีมฉุกเฉินสูติกรรมแบบการสมมุติสถานการณ์จริง (Simulation-based) ส่งผลให้เกิดภาวะ

Hypoxic Ischemic Encephalopathy, Umbilical Prolapse, Decision to Birth Interval in Emergency Cesarean Section, and Severe Postpartum Hemorrhage ลดลง ที่มีการศึกษาที่เกี่ยวกับพัฒนาระบบแต่เป็นระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์เพื่อเตรียมการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า คือ การศึกษาของ วรณา บัวขาว และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบบ PDCA เพื่อพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบ แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการดูแล 3) การนำรูปแบบไปทดลองใช้และการปรับปรุง และ 4) การประเมินผล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ 242 ราย ทีมสหวิชาชีพ 10 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดย 1) จัดทำแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดเพื่อชักนำการคลอด 2) เพิ่มกระบวนการชักนำการคลอดโดยวิธี Membrane Stripping 3) จัดทำแนวปฏิบัติในกระบวนการค้นหาคัดกรองและให้คำปรึกษา 4) เพิ่มกระบวนการการประเมินซ้ำโดยแพทย์ 5) จัดทำแนวทางการส่งต่อและการติดตามการขาดนัด 6) พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

3) การใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้รับการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการมาถึงจุดส่งต่อภายใน 10 นาที และข้อร้องเรียน หลังใช้ระบบมีจำนวนครั้งลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นแล้วนำไปใช้ แต่มีการปฏิบัติตามระบบที่มีการพัฒนาขึ้นในรูปแบบวิจัยและพัฒนาเกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ ซึ่งการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ถ้าเกิดขึ้นผู้คลอดจะกลายเป็นผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อดูแลมารดาในกลุ่มนี้ เพื่อเตรียมการส่งต่อไว้ด้วย ซึ่งวรณา บัวขาว และคณะ¹⁴ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี การนำระบบไปใช้ พบว่ามีการจัดทำแนวทางการส่งต่อและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ จารุวรรณ เย็นเสมอ¹⁵ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอด แพทย์ พยาบาลห้องคลอด คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก และมารดาที่มาคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การใช้แบบสอบถาม การประเมินความรู้และทักษะการบันทึกข้อมูลการคลอด ผลการวิจัย ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่าผู้ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยระบบ TCS ในโรงพยาบาลระดับ Node มีระบบ TCS เป็นสื่อกลางการติดต่อสื่อสาร จัดระบบ Fast-Track ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีความรู้ระดับมาก ด้านผลกระทบ พบว่าอัตราส่วนการตายของมารดา ปี 2562-2563 เท่ากับ 28.73 และ 19.82 ตามลำดับ โดยการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากสาเหตุทางอ้อม

4) ศึกษาผลการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบส่งต่อ พบว่าคาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง โดยมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อระบบอื่น ๆ ที่เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้คลอดมีความปลอดภัย ได้แก่ การศึกษาของ วรณา บัวขาว และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ การนำระบบไปใช้ พบว่าผู้คลอดมีความพึงพอใจผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เย็นเสมอ¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ผลการวิจัยด้านผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสูติกรรมของหน่วยบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการพัฒนาระบบใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นระบบการดูแลที่มีคุณภาพ จะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ



สรุป

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นการจัดทำแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด ที่ครอบคลุมทั้งระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด มีการประสานการทำงานในทุกกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องการคลอด และหลังคลอด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาในการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน 2) ผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉินและทารกในครรภ์ มีความปลอดภัย และ 3) มารดาและทารกหลังคลอด มีความปลอดภัย
2. ด้านบุคลากร ได้แก่ 1) ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นทีมงานที่เข้มแข็งและ 2) พยาบาลห้องคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นการเฉพาะทาง
3. ด้านระบบบริการและหน่วยงาน ได้แก่ 1) สนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน 2) หน่วยงานมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ และ 3) ลดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร โดยผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและการส่งต่อให้แก่ผู้บริหาร เพื่อแยกแยะกิจกรรมการส่งต่อเป็นแต่ละภาวะฉุกเฉิน
2. ด้านบริการ ควรนำระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญทั้งกับผู้ป่วยและญาติ
3. ด้านวิจัยหรือวิชาการ ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณไปปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อ และทำเป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยแยกการส่งต่อแต่ละปัญหา เพื่อให้ได้รายละเอียดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินเกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์. บทที่ 7 มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sirindhornhosp.go.th/userfile/file/nursing_standards/10.pdf
2. เพื่องลดา ทองประเสริฐ. ภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
3. งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล. สถิติงานบริการห้องคลอดประจำปี 2565. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลน่าน; 2565.
4. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. 2023 [Cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. United Nations. A woman dies every two minutes due to pregnancy or childbirth: UN agencies [Internet]. 2023 [Cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://www.un.org/africarenewal/magazine/february-2023/woman-dies-every-two-minutes-due-pregnancy-or-childbirth-un-agencies>



6. DoH Dashboard กรมอนามัย. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2022>
7. สกลสุภา อภิชาญญูโชค. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผังความคิดและเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความรู้และทักษะการวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการของหลายอวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น มิถุนายน 2565; 8(6): 373-86.
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. Fusch P, Fusch GE, Ness LR. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. JSSC 2018; 10(1): 19-32. doi: 10.5590/JOSC.2018.10.1.02
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(1): 607-10.
11. Das S, Patil S, Pathak S, Chakravarthy S, Fernandez A, Pantvaidya S, et al. Emergency obstetric referrals in public health facilities: A descriptive study from urban Maharashtra, India. Front Health Serv 2023; 3: 1-11. doi: 10.3389/frhs.2023.1168277.
12. Nsemo AD, Zakka Malau SM, Ojong IN. Referral and counter-referral practices in obstetric emergencies among health-care providers in selected health facilities in Plateau state, Nigeria. J Integr Nurs 2022; 4(3): 127. doi: 10.4103/jin.jin_29_22.
13. Brogaard L, Lauridsen KG, Løfgren B, Krogh K, Paltved C, Boie S, et al. The effects of obstetric emergency team training on patient outcome: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2022; 101(1): 25–36. doi: 10.1111/aogs.14263. PubMed PMID: 34622945.
14. วรณา บัวขาว, เปรมจิต ล่องโพยม, พาสกร บัวขาว. การพัฒนาระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการคลอดครรภ์เกินเกณฑ์ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ตุลาคม-ธันวาคม 2563; 5(4): 49-54.
15. จารุวรรณ เย็นเสมอ. การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มกราคม-เมษายน 2564; 15(36): 143-59.

