

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Development of Nursing Practice Guidelines for Prevention of Birth Asphyxia

Chiang Yuen Hospital Mahasarakham Province

จิราภรณ์ ภูปรี้ม, นุสรา ธนเหมะธูลิน

Jiraporn Phupruem, Nusara Thanahematulin

โรงพยาบาลเชียงยืน

Chiang Yuen hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและสถานการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม (2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และ (3) ประเมินผลการใช้แนวทางดังกล่าว โดยใช้กรอบแนวคิดไอโอวาโมเดล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด 10 คน และทารกแรกเกิด 10 ราย ที่คลอดในโรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิมยังไม่เป็นระบบเดียวกัน การปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลขณะแรกรับ การดูแลระยะรอคลอด การดูแลระยะคลอด และการประเมินสมรรถนะทารกแรกเกิด ซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 15 เรื่อง ภายหลังการใช้แนวทาง พบว่าพยาบาลมีความถูกต้องในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70–100 เป็นร้อยละ 90–100 ความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.67, S.D. = 0.45) และอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลงเหลือร้อยละ 1.28 หรือ 12.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ โดยไม่พบการเสียชีวิตของทารก

สรุปได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด ลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และการเสียชีวิต อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในห้องคลอด และสามารถใช้เป็นต้นแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐานในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะขาดออกซิเจน, ทารกแรกเกิด

Abstract

This action research aimed to (1) investigate the current situation and problems in preventing neonatal asphyxia at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province, (2) develop a nursing practice guideline to prevent neonatal asphyxia, and (3) evaluate the outcomes of the developed guideline. The study applied the Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care as the conceptual framework. Participants included ten registered nurses working in the delivery room and ten newborns delivered at Chiang Yuen Hospital between October 2024 and September 2025. Research instruments comprised a demographic questionnaire, a nursing practice questionnaire, a satisfaction survey, and a neonatal outcome record form. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that (1) the existing nursing practice to prevent neonatal asphyxia lacked standardization and depended largely on individual experience and judgment; (2) the developed guideline consisted of four main components—initial assessment, care during the latent phase, care during delivery, and newborn competency assessment—derived from 15 evidence-based sources; and (3) after implementation, correct nursing practice increased from 70–100% to 90–100%, with nurses reporting high satisfaction (Mean = 2.67, SD = 0.45). The incidence of neonatal asphyxia decreased to 1.28% (12.8 per 1,000 live births), and no neonatal deaths were reported.

The study concluded that the developed nursing practice guideline effectively improved maternal and newborn care quality, reduced complications, disabilities, and mortality, and enhanced nurses' confidence in clinical practice. This guideline can serve as a prototype for developing standardized nursing practice in other community hospitals.

Keywords: Nursing practice guideline, Neonatal asphyxia, Newborn

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2022) รายงานว่า ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าทารกที่เกิดภาวะดังกล่าวประมาณ 900,000 รายต่อปี เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากการติดเชื้อในทารกและการคลอดก่อนกำหนด สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและผลกระทบของภาวะนี้ต่อสุขภาพทารกปรีกำเนิดทั่วโลก

จากข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีทารกแรกเกิดที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนรวม 6,693 ราย จากเด็กเกิดมีชีวิต 404,569 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.65 โดยในเขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงที่สุดในประเทศ คือ 695 ราย จากเด็กเกิดมีชีวิต 25,882 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.79 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ ซึ่งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) และภาวะคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercapnia) จนนำไปสู่การขาดออกซิเจนของอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์ประสาท ความบกพร่องทางสมอง และอาจนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตได้ การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดมักอาศัยคะแนนแอฟการ์ (Apgar score) ที่ 1 นาทีหลังคลอด โดยหากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ถือว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ภาวะรุนแรงมาก (คะแนน 0–3) และภาวะรุนแรงปานกลางถึงเล็กน้อย (คะแนน 4–7) (ธีระ ทองสงค์, 2564) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบอีกหลายมิติ ทั้งในด้านครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความวิตกกังวลของบิดามารดา ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทาง รวมถึงการสูญเสียโอกาสในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สำหรับโรงพยาบาล ภาวะดังกล่าวยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (สุทธิพร พรหมจันทร์, 2567)

ในส่วนของโรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการทางสูติกรรมแก่ประชาชนในเขตอำเภอเชียงยืนและอำเภอใกล้เคียง เช่น อำเภอชื่นชม โดยให้บริการผู้คลอดทุกระยะ ตั้งแต่ระยะรอคคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการดูแลมารดาหลังคลอด การทำหมันหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด สำหรับรายที่มีความเสี่ยงสูงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโกสุมพิสัยหรือโรงพยาบาลมหาสารคาม จากสถิติของโรงพยาบาลเชียงยืน ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2567 พบจำนวนทารกเกิดมีชีวิต 176, 111, 118 และ 95 ราย ตามลำดับ โดยพบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับร้อยละ 0.56 (1 ราย), 1.80 (2 ราย), 1.69 (2 ราย) และ 1.05 (1 ราย) ตามลำดับ ทั้งนี้ โรงพยาบาลได้กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไว้ไม่เกิน 15 ต่อทารกมีชีวิต 1,000 ราย (ร้อยละ 1.5) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคามในช่วงปีดังกล่าวพบว่ามีทารกเสียชีวิตจากภาวะขาดออกซิเจน 1, 1, 2 และ 1 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงยืน, 2567) จากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าสาเหตุ

หลักของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ได้แก่ มารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ทารกคลอดท่าก้น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดระยะที่สองยาวนาน ทารกตัวโตคลอดติดไหล่ และมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (โรงพยาบาลเชียงใหม่, 2567) อีกทั้งจากการทบทวนแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า การดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดในภาวะเสี่ยงยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสมรรถนะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการประเมินภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน และการช่วยเหลือทารกในระยะคลอด ดังนั้น เพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานและแนวทางเดียวกันที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเชียงใหม่ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (Service Plan) สาขามารดาและทารก “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) เป็นฐานในการตัดสินใจทางการพยาบาล แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลมารดาและทารกได้อย่างเป็นระบบ ครบถ้วนตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ลดความพิการและการเสียชีวิต ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายของมารดาและโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการสูติกรรมของโรงพยาบาลเชียงใหม่ให้มีมาตรฐานและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีรายละเอียดดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์คัดเลือกคือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่งาน

การพยาบาลผู้คลอด 2 ปี ขึ้นไป ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการงานการพยาบาลผู้คลอดจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ทุกคนมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 10 คน

1.2 กลุ่มทารกแรกเกิดที่คลอดใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 10 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือก กลุ่มทารกแรกเกิดที่คลอดใน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ตั้งแต่ ตุลาคม 2567–กันยายน 2568 และมารดาของทารกยินดียอมรับเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

2. ขอบเขตพื้นที่ดำเนินการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลในห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัยใน เดือน ตุลาคม 2567– กันยายน 2568

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการไอโอวาโมเดล IOWA (2001) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุปัญหาหรือเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่

1. การระบุปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Evidence triggered Phase) ดังนี้

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) โดยการสำรวจ การสังเกตการปฏิบัติงาน และการสนทนากลุ่มพยาบาล และวิเคราะห์สภาพปัญหา การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

1.2 จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggers) จากการทบทวนวรรณกรรม การทบทวนแนวทางปฏิบัติการในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence Supported Phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการสืบค้นตามกรอบของ PICO (Sackett.,et.al, 1997) ดังนี้ P (Population) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิด I (Intervention) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด C (Comparison Intervention) การเปรียบเทียบวิธีการพยาบาลที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด O (Outcome) อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ต่อ 1000 เด็กต้องมีชีพ T (Time) กำหนดช่วงเวลาการค้นคว้าวงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2557 ถึง 2567 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2. แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นกำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติได้แก่ www.Guidelince.gov, www.cochrange.com ฐานข้อมูลทบทวนงานวิจัย

อย่างเป็นระบบได้แก่ CINAHL, PubMed, MED-Line และการสืบค้นจากวารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศ และวิทยานิพนธ์

3. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Clinical nursing practice guideline Birth asphyxia, Birth asphyxia, Management Birth asphyxia, แนวทางปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด, ทารกแรกเกิด

4. ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overhelt (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2553)

ขั้นตอนที่ 3 สังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ผลจากการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 4 เรื่อง บทความ 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 5 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมในการพัฒนา

1. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และยกร่างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำมาพัฒนาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

2. จัดประชุมทีมพยาบาลห้องคลอดเพื่อทบทวนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดให้แก่พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด

3. ปรับร่างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ครั้งที่ 1 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นร่างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และนำแนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence observed phase) ไปทดลองใช้และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

4. ระยะประเมินผลแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหลังประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสัปดาห์ที่ 1 ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพ โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

5. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกคลอดต่อพันการเกิดมีชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ปรับปรุงมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องคลอด การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

1.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้ 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล 2) ความชัดเจนของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล 3) ความเหมาะสมของการนำไปใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล 4) การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลช่วยประหยัด ลดต้นทุน 5) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ 6) ความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล โดย แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 3 ระดับ คือระดับมากปานกลางน้อย การให้คะแนนดังนี้ ระดับมาก เท่ากับ 3 ระดับปานกลางเท่ากับ 2 ระดับน้อย เท่ากับ 1 (ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์, 2563) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 2.56 - 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.55 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

1.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดย ประยุกต์มาจากเครื่องมือของ พันโย หลักคำ (2563) มีทั้งหมด 13 ข้อคำถาม ดังนี้ 1) ประเมินภาวะเสี่ยง BA 2) ฟัง FHS ระยะ Latent phase 1-2 ชั่วโมง 3) ฟัง FHS ระยะ Active phase 1/2-2 ชั่วโมง 4) ระยะคลอด ทุก 5 นาทีหรือหลังมดลูกคลายตัว 5) มีภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (IUR) 6) ให้ออกซิเจน Mask 8-10 LPM ในระยะที่ 2 ของการคลอด 7) ระยะที่ 2 ของการคลอด Observe Uterine Contraction (I มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที, D ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที) 8) ดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วยจมูก 9) เช็ดตัวแห้ง Keep warm ใน Radiant warmer 10) กระตุ้นให้ร้องภายใน 30 วินาทีถ้าไม่หายใจให้กระตุ้นด้วย PPV 11) ถ้ามี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็ก 12) ระยะเวลาพักหายใจในขณะเบ่งคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที 13) ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ครรภ์แรกต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง ให้เลือกตอบคำถาม ดังนี้ ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

1.4 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกคลอดต่อการเกิดมีชีพ

1.5 การสนทนากลุ่ม โดยสนทนากลุ่มพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ เพื่อสอบถามสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำมาแก้ไขให้มีความเหมาะสมได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหัวหน้างานห้องคลอด 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.84 และนำเครื่องมือเชิงปริมาณที่ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงยืน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงจากเครื่องมือของสุทธิพร พรหมจันทร์ และคณะ (2567) ประกอบด้วย การดูแลขณะแรกรับ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอดแล้ว นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหา มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด แบบสอบถามเกี่ยวกับแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนทารกแรกคลอดต่อพันการเกิดมีชีพ

3. ข้อมูลแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลเชียงยืนเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เลขจริยธรรมในการวิจัย CY 28/2567 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการพิทักษ์สิทธิและได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหา การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงยืน มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด ทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 22-39 ปี ร้อยละ 80.0 อายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 20.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องคลอด 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 ทั้งหมดเคยอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

1.2 ผลจากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตการปฏิบัติงาน พบว่า หน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดไม่ครอบคลุมในเรื่องขาดการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังทุกระยะของการคลอดยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มีการกำหนด Criteria ที่เป็นสายลักษณะอักษรที่ชัดเจนในการรายงานแพทย์ในกรณีที่มีความเสี่ยง ทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม และไม่แน่ใจในการที่จะรายงานความผิดปกติที่

เกิดขึ้น อีกทั้งการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสมรรถนะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการประเมินภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน และการช่วยเหลือทารกในระยะคลอด

1.3 จากการทบทวนแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า การดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดในภาวะเสี่ยงยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังไม่มีประสิทธิภาพไม่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการคลอดระยะที่ 1, 2 และระยะที่ 3 ของการคลอด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดระยะที่ 2 ที่ยาวนาน การคลอดติดไหล่ การคลอดท่าก้น ทำให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงในระยะคลอดได้ จึงมีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด รวมทั้งบุคลากรยังไม่มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของคลอด และการแปลผลของเครื่องมือต่างๆ อีกด้วยกล่าวโดยสรุป ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นมากจะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กแรกเกิดโดยสมองขาดออกซิเจน มีความพิการทางสมอง ต้องเป็นภาระของครอบครัว ต้องเลี้ยงดู และส่งผลต่อคุณภาพของประชากรของประเทศในอนาคต จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรจะต้องได้รับการแก้ไข

2. ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จากปัญหาที่พบในขั้นตอนแรก ได้มีการสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 4 เรื่อง บทความ 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 5 เรื่อง หลังจากนั้น นำไปสู่ของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีม ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลขณะแรกรับ การดูแลขณะรอคลอด การดูแลขณะคลอด และการประเมินสมรรถนะทารกแรกเกิดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด			
การดูแลขณะแรกรับ	การดูแลขณะรอคลอด	การดูแลขณะคลอด	การประเมินสมรรถนะทารกแรกเกิด
1. ซักประวัติ ตรวจร่างกายตรวจประเมินครรภ์ เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาคลอดทุกราย (โดยใช้แบบฟอร์มประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด)	1 เฝ้าระวังภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และสังเกตการหดตัวของมดลูก ทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ Latent phase, ทุก ½ - 1 ชั่วโมงในระยะ Active phase และฟังทุกครั้งหลังมีถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตก	1. ให้ออกซิเจน Mask 8-10 L/min 2. ฟัง Fetal heart sound (FHS) ทุกครั้งหลังมดลูกหดตัวหรือทุก 5-10 นาที 3. กรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในภาวะแรกเกิดให้ On Electric Fetal Monitor และเตรียมทีมรับเด็กให้พร้อม โดยมี แพทย์	การตรวจร่างกายตามระบบประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด ประเมิน APGAR SCORE มีการประเมินแรกรับ ดังนี้ 1. ประเมินภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ดังนี้ 1.1 ระดับความรู้สึกตัว : ชี้นิ่ง กำลังกล้ามเนื้อลดลง 1.2 สีผิว : สีผิวคล้ำเขียว

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

การดูแลขณะแรกรับ	การดูแลขณะรอคลอด	การดูแลขณะคลอด	การประเมินสมรรถนะทารกแรกเกิด
2. ตรวจสอบภาวะของทารกในครรภ์โดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ทุกสาย ยกเว้น มารดา ตั้งครรภ์ที่เข้าระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อแรกรับ	2. ติดเครื่อง Electric Fetal Monitor 1 ครั้ง/เวร ถ้าพบภาวะคับขันทารกในครรภ์ ให้การดูแลเบื้องต้น โดย Intra Uterine Resuscitation (IUR) ดังนี้ 2.1 ให้มารดานอนตะแคงซ้ายและให้ออกซิเจน Mask 8-10 L/min 2.2 งดน้ำและอาหารทางปาก 2.3 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2.4 หลังทำ Intra Uterine Resuscitation (IUR) ครึ่งชั่วโมง ให้ประเมินโดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ถ้าผล Reactive ให้การคลอดดำเนินต่อ 2.5 ในกรณีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (Fetal distress) รายงานแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการคลอดให้เหมาะสมในแต่ละราย 3. ดูแลการได้รับยา Oxytocin ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ใช้ Partograph ในการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดทุกราย	เวร 1 คน พยาบาลห้องคลอด 2 คน 4. เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อม 5. Observe การหดตัวของมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Interval มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที, duration น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที) 6. ไม่ควรเชียร์มารดาแบ่งคลอดติดต่อกันนานเกินไป ต้องให้มารดาหยุดพักหายใจอย่างน้อย 1 นาที 7. เมื่อเด็กคลอดศีรษะให้ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจากปากให้หมดก่อน และต่อด้วยดูดเสมหะจากจมูกให้หมดก่อน แล้วตามด้วยทำความสะอาดทารก	(ริมฝีปาก, เล็บมือเล็บเท้า) ผิวหนังเย็น 1.3 สัญญาณชีพ : อัตราการเต้นหัวใจและอัตราการหายใจเพิ่มหรือลดลง 1.4 การทำงานของปอด : หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน ออกบวม เสี่ยงหายใจผิดปกติ 1.5 ค่าออกซิเจนในเลือดที่ผิวหนัง (SpO2) ค่า <88% ในทารกเกิดก่อนกำหนด และค่า <90% ในทารกครบกำหนด 2. การวินิจฉัยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายตามระบบและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น 2.1 ประวัติอายุครรภ์ และการตรวจร่างกาย 2.2 ประเมินสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในเลือดที่ผิวหนัง 2.3 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก 2.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. ผลการประเมินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีดังนี้

3.1 ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนามีการปฏิบัติถูกต้องอยู่ระหว่างร้อยละ 70 –100 โดยข้อที่มีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุดคือ การดูแลทารกแรกเกิด ได้แก่ การเช็ดตัวแห้งและให้ความอบอุ่นด้วย Radiant warmer และการดูดเสมหะในปาก ก่อนจุมพ พบร้อยละ 100 ในขณะที่บางข้อ เช่น การประเมินภาวะเสี่ยง การฟังเสียงหัวใจทารก และการเตรียมทีมเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia มีการปฏิบัติถูกต้องเพียง ร้อยละ 70 หลังการพัฒนา พบว่าการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยทุกข้อมีคะแนนการปฏิบัติระหว่าง ร้อยละ 90 –100 โดยข้อที่มีการพัฒนาเด่นชัด เช่น การประเมินภาวะเสี่ยง (จากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 100.0) การฟังเสียงหัวใจทารก ระยะ Latent และ Active phase (จากร้อยละ 70.0 เป็นร้อยละ 100) การเตรียมทีมเมื่อมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia (จากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 90) การสังเกตการหดตัวของมดลูกในระยะที่ 2 (จากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 100) โดยรวม การพัฒนาแนวปฏิบัติช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลมีความถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น ส่งผลให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อคำถามแนวปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา แนวปฏิบัติ		หลังการพัฒนา แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ประเมินภาวะเสี่ยง BA	7	70.0	10	100.0
2) ฟัง FHS ระยะ Latent phase 1–2 ชั่วโมง	7	70.0	10	100.0
3) ฟัง FHS ระยะ Active phrase 1/2–2 ชั่วโมง	8	80.0	10	100.0
4) ระยะคลอดทุก 5 นาทีหรือหลังมดลูกคลายตัว	8	80.0	9	90.0
5) มีภาวะค้ำชันทารกในครรภ์ (IUR)	8	80.0	9	90.0
6) ให้ออกซิเจน Mask 8–10 LPM ในระยะที่ 2 ของการคลอด	8	80.0	10	100.0
7) ระยะที่ 2 ของการคลอด Observe Uterine Contraction (I มากกว่าหรือเท่า 2 นาที, D ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที)	8	80.0	10	100.0
8) ดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วยจุมพ	10	100.0	10	100.0
9) เช็ดตัวแห้ง Keep warm ใน Radiant warmer	10	100.0	10	100.0
10) กระตุ้นให้ร้องภายใน 30 วินาทีถ้าไม่หายใจให้กระตุ้นด้วย PPV	7	70.0	9	90.0
11) ถ้ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็ก	8	80.0	10	100.0
12) ระยะเวลาพักหายใจในขณะที่เบ่งคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที	7	70.0	9	90.0
13) ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ครรภ์แรกต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	7	70.0	9	90.0

3.2 ผลของการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจระดับมาก คือ ความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 0.40) ส่วนความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลช่วยประหยัด ลดต้นทุน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.70$, S.D. = 0.40) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

รายการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	2.70	0.48	มาก
2. ความชัดเจนของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	2.60	0.49	มาก
3. ความเหมาะสมของการนำไปใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	2.70	0.48	มาก
4. การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลช่วยประหยัด ลดต้นทุน	2.50	0.48	ปานกลาง
5. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	2.70	0.48	มาก
6. ความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล	2.80	0.40	มาก

3.3 ผลลัพธ์ทางการแพทย์ หลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกคลอด เกิดขึ้นในเดือน ธันวาคม 2567 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 หรือ 12.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ แต่ไม่พบอุบัติการณ์ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดที่เสียชีวิต

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด มีประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด อีกทั้งทุกคนผ่านการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะเบื้องต้นที่เพียงพอในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด และมีศักยภาพสูงในการนำแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การดูแลขณะแรกรับ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอด ซึ่งการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวสามารถช่วยเสริมสร้างมาตรฐานการปฏิบัติของพยาบาลในห้องคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ดังนั้น การพัฒนาควรเน้นการปรับปรุงรูปแบบการสื่อสาร เช่น ใช้แผนภาพ ขั้นตอนการปฏิบัติแบบ Flow chart หรือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อให้พยาบาลเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อการใช้งานจริง

ในทางปฏิบัติ และช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่พยาบาลในการดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา อินตะแก้ว (2566) ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ห้องคลอด โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 98.9 เนื่องจากพยาบาลทุกคนร่วมรับรู้ปัญหา และสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในหน่วยงาน ทั้งมีความชัดเจน นำไปใช้ได้จริง ปฏิบัติได้ง่าย และใช้ในสถานการณ์ที่มีความวิกฤติ ทำให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อกระบวนการพยาบาลผู้ป่วย

เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติก่อนและหลังการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติถูกต้องในระดับที่แตกต่างกัน โดยบางขั้นตอน เช่น การเช็ดตัวทารกให้แห้ง การให้ความอบอุ่นด้วย Radiant warmer และการดูดเสมหะในปากก่อนจมูก มีการปฏิบัติถูกต้องในอัตราสูงถึงร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความรู้และทักษะและมีความมั่นใจในขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานทั่วไป และมีการเน้นย้ำมาโดยตลอด แต่ในขั้นตอนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การประเมินภาวะเสี่ยง การฟังเสียงหัวใจทารก และการเตรียมทีมเมื่อพบภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia กลับมีอัตราการปฏิบัติถูกต้องเพียงร้อยละ 70 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบได้มาตรฐาน และเน้นการฝึกทักษะให้สม่ำเสมอในขั้นตอนเหล่านี้ หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่าการปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกข้อ โดยมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 90 – 100 โดยเฉพาะการประเมินภาวะเสี่ยง การฟังเสียงหัวใจทารกในระยะ Latent และ Active phase รวมถึงการเตรียมทีมรับเด็กเมื่อพบภาวะเสี่ยง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100 การพัฒนาที่เห็นได้เด่นชัดนี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้นมีส่วนช่วยเสริมความรู้ ความมั่นใจ และทักษะของพยาบาล ทำให้การปฏิบัติมีความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณ เสนอฤทธิ์ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสตรีในระยะคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธารักษ์ จังหวัดนครพนม หลังจากการใช้รูปแบบ พบว่า อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลงก่อนการใช้รูปแบบ จาก 9.62 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็น 5.71 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบในการดูแลสตรีในระยะคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น สามารถลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้จริง

ผลการศึกษาพบว่า หลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดมาใช้ พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกคลอดในเดือนธันวาคม 2567 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.28 หรือ 12.8 ต่อพันการเกิดมีชีพ สาเหตุมาจากการดาคันด้าไม้มาฝากครรภ์ตามนัด พบคลอตก่อนกำหนดและคลอดท่าก้น อย่างไรก็ตาม ไม่พบอุบัติการณ์ของทารกที่ขาดออกซิเจนแรกคลอดในระดับรุนแรงจนส่งผลให้เสียชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดความรุนแรงและผลกระทบต่อการทารกแรกเกิด ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพจากภาวะ Birth asphyxia ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออ บาระมี และพรพัทธ์ สุร่าไพนิพร (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกรายเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายไม่ซับซ้อน มีความชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาที ลดลงจาก 62.5 เป็น 16.94 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และไม่พบอุบัติการณ์ทารกเสียชีวิต

โดยสรุป การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติของพยาบาลในห้องคลอด ทั้งในด้านความถูกต้อง ครบคลุม และสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล ส่งผลให้การดูแลทารกแรกเกิดมีความปลอดภัยและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและมาตรฐานการดูแลในปัจจุบัน ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลด้วยการอบรมและการจำลองสถานการณ์เชิงปฏิบัติการ

2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติในบริบทที่หลากหลาย ได้แก่ การวิจัยกึ่งทดลองหรือการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น งบประมาณในการรักษาทารกแรกเกิด วันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน เพื่อประเมินผลกระทบอย่างต่อเนื่องทั้งต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกเกิด และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2566.

ฉวีวรรณ ธงชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2563). แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก. (ออนไลน์)

<https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE>

นพวรรณ เสนอฤทธิ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีในระยะคลอดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลโพธารณบุรี จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(1), 84-93.

ธีระ ทองสง. (2564). สูติศาสตร์เชียงใหม่: หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวช วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แนวทางปฏิบัติทางสูติศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์
บุปผา อินตะแก้ว. (2566). ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ห้องคลอดโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นจากเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

<https://www.chiangmaihealth.go.th/document/240619171879471720.pdf>

ประตินพ น้อยนา. (2563). การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อย ร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29(1), 1-14.

- พนัสนิธิ คำ. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดใน
โรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทาง
สุขภาพ, 1(1), 161-172.
- พองคำ ตีลกสกุลชัย. (2553). แนวทางการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก. การปฏิบัติการพยาบาล
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ.
- โรงพยาบาลเชียงใหม่.(2567). ข้อมูลสถิติงานห้องคลอดและเวชระเบียนผู้ป่วย. โรงพยาบาลเชียงใหม่
จังหวัดมหาสารคาม.
- ละออบ บารมี และพรพัทธ์ สุรไพโรจน์. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน
ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ห้องคลอด โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ.
วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยี, 17(2), 149-159.
- วรรณวรา ไหลวารินทร์. (2557). การพัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. วารสารกองการพยาบาล, 41(3), 43-62.
- สุนิดา พรหมณะ. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองคาย.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 35(3), 278-286.
- สุทธิพร พรหมจันทร์ และคณะ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจน
ของทารกแรกเกิด. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 25(3), 1-20.
- Christina A. Herrera, Robert M. Silver, Perinatal Asphyxia from the Obstetric Standpoint
Diagnosis and Interventions. ClinPerinatol, 43(2016), 423-438.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1997).
Evidence based medicine: what it is and what it isn't? BMJ, 312, 71-72.
- Titler MG, Kleber C, Steelman VJ, Rakel BA, Budreau G, Everett LQ, et al. The IOWA model of
evidence based practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am
2001;13:497-509.
- World Health Organization. Perinatal asphyxia [Internet]. (2022). [Cited 2023 Sep 13].
Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-healthand-ageing>.
- IOWA Model Collaborative.(2017). Iowa model of evidence-based practice: Revisions and
validation. Worldviews on Evidence-Based Nursing 2017,14(3):175-182.