การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนในหน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามัน

รานีย์ ยุมิง

รับบทความ: 10 ตุลาคม 2567; ส่งแก้ไข: 27 พฤษภาคม 2568; ตอบรับ: 30 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : หน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามัน ต้องดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดทางช่องคลอดในหน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามันจำนวน 700-800 ราย/ปี นอกจากนี้ต้องดูแลทารกหลังคลอดที่อายุไม่เกิน 48 ชั่วโมง ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ เฉลี่ยปีละ 400-500 ราย/ปี จะเห็นได้ว่าหน่วยงานต้องดูแลทารกแรกเกิดเป็นจำนวนมาก การดูแลทารกแบบเดิม พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อทารกแรกเกิด คือ ทารกได้รับการทำหัตถการ UVC ล่าช้า 1 ราย ทารกได้รับการประเมินรักษาล่าช้า 4 ราย จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทางหน่วยงานสูติกรรมจึงได้มีการประชุมหารือร่วมกันในทีมคลินิก เพื่อปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดข้อผิดพลาดที่อาจส่งผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต และนำมาสู่การฟ้องร้องได้

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อปรับและวางแนวทางการปฏิบัติการรับเด็กแรกเกิดในหน่วยงานสูติกรรม และ 2. เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับทารกแรกเกิดในหน่วยงานสูติกรรม

วิธีดำเนินการ : ประชุมหารือร่วมกันในทีมคลินิกร่วมกับกุมารแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและวางแนวทางในการรับทารกแรกเกิดในห้องคลอด แจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทราบ และประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา : หลังการพัฒนาแนวทาง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 - ปัจจุบัน พบ อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิดในห้องคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 80 90 และ 100 ตามลำดับ จำนวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดในห้องคลอด คิดเป็นจำนวน 2 2 และ 1 รายตามลำดับ และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในปีงบประมาณ 2567

สรุป : หลังมีการพัฒนาแนวฯขึ้น พบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางฯ จนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งแสดงถึงการวางระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทาง ทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อน สูติกรรม

หน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา 95140 อีเมล: ramannurse2017@gmail.com

Development of Guidelines for the Care of Newborns with Complications in the Obstetrics Department at Raman Hospital

Ranee Yuming

Received: October 10, 2024; Received revision: May 27, 2025; Accepted: May 30, 2025

Abstract

Background: The Obstetrics Department at Raman Hospital is responsible for caring for 700–800 newborns delivered vaginally each year. In addition, the department provides care for approximately 400–500 newborns annually who are less than 48 hours old and referred from regional hospitals. Given the high volume of newborn care required, the department has encountered several adverse events under the traditional care approach. These include a delay in performing an umbilical venous catheter (UVC) procedure in one case, and delays in medical assessment and treatment in four cases. In response to these issues, the obstetrics team held clinical meetings to review and improve their work processes. The goal was to enhance efficiency, minimize critical errors that could pose serious risks to newborns' lives, and reduce the potential for legal action.

Objectives: 1. To revise and establish protocols for the management of newborns in the Obstetrics Department. 2. To mitigate risks associated with adverse events for newborns in the Obstetrics Department.

Methodology: The team engaged in collaborative meetings with pediatricians and relevant departments to analyze the causes of existing problems and develop guidelines for receiving newborns in the delivery room. Staff were informed of these protocols, and performance was evaluated.

Results: Since the implementation of these guidelines from 2021 to the present, compliance rates for newborn management in the delivery room have been reported at 50%, 80%, 90%, and 100%, respectively. Reports of adverse events for newborns in the delivery room were 2 2 and 1 cases, with no adverse events recorded in 2024.

Conclusion: The development of these guidelines has led to staff adherence to protocols, achieving the set targets, which demonstrates the establishment of an effective operational system.

Keywords: development of guidelines, newborns, complications, obstetrics

Obstetrics Department, Raman Hospita, Yala Province, 95140. E-mail: ramannurse2017@gmail.com

บทนำ

หน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามันดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งมีมารดาที่ตั้งครรภ์ปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เฉลี่ยต่อปีต้องดูแลทารกแรกเกิดที่คลอดทางช่องคลอดในหน่วยงานสูติกรรม โรงพยาบาลรามันจำนวน 700-800 ราย/ปี น อกจากนี้ยังต้องดูแลทารกหลังคลอดที่อายุไม่เกิน 48 ชั่วโมงที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ยะลาด้วย เฉลี่ยปีละ 400-500 ราย/ปี จะเห็นได้ว่า หน่วยงานต้องดูแลทารกแรกเกิดเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน ทารกกลุ่มนี้บางรายทางทีมสามารถรับรู้ภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงของทารกในครรภ์ได้ แต่บางรายทารกอาจจะมีอาการเปลี่ยนแปลงภายหลังการคลอดออกมาจากครรภ์มารดาแล้ว

การดูแลทารกแบบเดิม กรณีที่ทราบถึงความจำเป็นต้องให้กุมารแพทย์มารับเด็กหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับทารก หน่วยงานจะมีการเตรียมเครื่องมือและทีมผู้ช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ หรือต้องได้รับหัตถการพิเศษก่อนที่จะทำการย้ายทารกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยในเด็กต่อ โดยจะต้องมีการส่งเวรกับหอผู้ป่วยในเด็กก่อนย้ายทารกไปก่อนทุกราย พยาบาลในห้องคลอดจะเป็นผู้จัดการทารกแรกเกิดเอง โดยไม่ได้มีทีม และ standing order newborn รองรับ ซึ่งพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อทารกแรกเกิด คือ ทารกได้รับการทำหัตถการ UVC ล่าช้า 1 ราย ทารกได้รับการประเมินรักษาล่าช้า 4 ราย คือ ไม่ได้ติดตาม DTX แรกเกิดในทารกที่มีปัญหาการหายใจและไม่ได้ส่ง H/C กรณีที่ทารกมีไข้ ไม่ได้รับสารน้ำทันทีในทารกที่มีภาวะ hypoglycemia และทารกได้รับยาฆ่าเชื้อล่าช้า 2 ราย

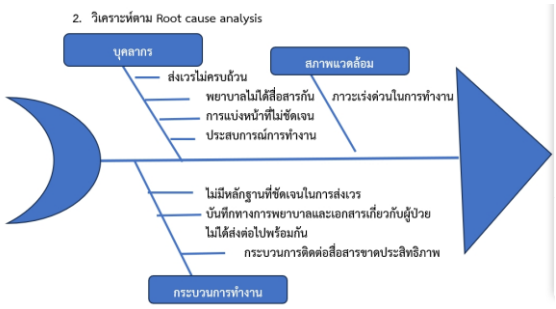
จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทางหน่วยงานสูติกรรมจึงได้มีการประชุมหารือร่วมกันในทีมคลินิกร่วมกับกุมารแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและลดข้อผิดพลาดที่จะส่งผลต่อผู้รับบริการซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบาง อาจส่งผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต และนำมาสู่การฟ้องร้องได้

วัตถุประสงค์

1. อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิดในห้องคลอดร้อยละ 100
2. ไม่พบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดในห้องคลอด

วิธีดำเนินการ

จากการพบปัญหาในการช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะ severe birth asphyxia อัตรากำลังไม่เพียงพอ และขาดความพร้อมของเครื่องมือในการทำหัตถการพิเศษ UVC จึงนำมาสู่การพัฒนากิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 1 ดังนี้



กิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2565 ทบทวนการทำงานเกี่ยวกับการช่วยรับเด็กแรกคลอด

1. การประชุมหารือร่วมกันในทีมคลินิกร่วมกับกุมารแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและวางแนวทาง

3. จัดทำแนวทางในการรับทารกแรกเกิดในห้องคลอดและแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทรา

4. เพิ่มเติมเกี่ยวกับเอกสารในการส่งต่อเวรกรณีที่มีการทำหัตถการในห้องคลอดไปยังตึกผู้ป่วยในเด็ก

5. กำหนดให้ผู้ที่ช่วยแพทย์รับเด็กต้องเป็นผู้ส่งเวรกับพยาบาลตึกเด็กและบันทึกเอกสารให้ครบถ้วนก่อนส่งต่อ

6. มอบหมายหน้าที่ในการเป็นผู้ช่วยรับเด็กที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการตามแพทย์หรือกุมารแพทย์มารับเด็กแรกเกิดที่มีปัญหา [1]

7. จัดทำแนวทางในการเรียกอัตรากำลังช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะวิกฤติทั้งในและนอกเวลาราชการ [2]

8. จัดทำ set การทำหัตถการ UVC ให้พร้อมใช้

จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 1 พบว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสูติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรับทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 แต่ยังพบปัญหาในเจ้าหน้าที่บางท่าน เนื่องจากเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่ ประสบการณ์การทำงานน้อย ยังไม่มีความมั่นใจในการฉีดยา HAD การช่วย resuscitate กรณีต้องช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ทารกได้รับยาฆ่าเชื้อล่าช้า คณะผู้ดำเนินงานจึงได้ปรับวิธีการทำงานในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2 ปีงบประมาณ 2566

1. ปรับการเรียกอัตรากำลัง กรณีเกิดภาวะวิกฤติในทารกแรกเกิด ให้เรียกอัตรากำลังผู้ป่วยในเด็กมาช่วยเหลือในทีมทันที [3]

2. ปรับระบบการconsult กรณีทารกแรกเกิดมีภาวะวิกฤติ แพทย์เวรสามารถปรึกษากุมารแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3. กรณีทารกคลอดมีปัญหาการหายใจแรกเกิด กรณีที่ไม่ได้มีหัตถการที่เร่งด่วนให้ส่งต่อทารกไปหอผู้ป่วยในเด็กก่อนเพื่อให้ได้รับ high flow [4] พยาบาลหอผู้ป่วยเด็กจะเป็นผู้ทำหัตถการไม่เร่งด่วน และติดตามยาฆ่าเชื้อจากห้องยาด้วยตนเอง ให้นำส่งทารกไปยังตึกก่อน เอกสารตามไปทีหลัง

4. ติดตั้งชนิดและวิธีการคำนวณยาที่ใช้ในการ resuscitate ไว้บริเวณที่เตรียมยา zone cpr เด็ก

5. ติดตั้งแนวทางการ resuscitate ทารกแรกเกิดไว้บริเวณ warmer [5]

6. จัดอบรมฟื้นฟูการช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติโดยกุมารแพทย์ และสอนวิธีการใช้เครื่องมือใหม่ (neo puff)

จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 2 พบว่า เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสูติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรับทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 90 แต่ยังพบปัญหาในในการทำหัตถการไม่ครบถ้วน ได้แก่ ทารกที่มีปัญหาการหายใจ ไม่ได้ประเมิน DTX ร่วมด้วย ทารกมีภาวะ hypoglycimia ไม่ได้รับสารน้ำอย่างทันท่วงที หรือได้รับหัตถการแล้วแต่ไม่ได้ส่งเอกสารแสดงข้อมูลของทารกไปทันทีพร้อมทารก จึงนำมาสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 3

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 3 ปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566- เมษายน 2567)

ประชุมในทีมสูติ-เด็ก นำมาสู่การปรับแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. กุมารแพทย์ร่วมกับแพทย์ที่รับผิดชอบหน่วยงานสูติกรรม จัดทำ standing order newborn เพื่อให้การดูแลรักษาทารกมีความครอบคลุม ทั้งกรณีทารกคลอดปกติ และทารกมีปัญหา[6-7]

2. พยาบาลผู้ช่วยเหลือเด็กร่วมกับแพทย์หรือกุมารแพทย์ ต้องเป็นผู้เขียนเวลาใน

การทำหัตถการใน standing order ด้วยตนเองให้ชัดเจน

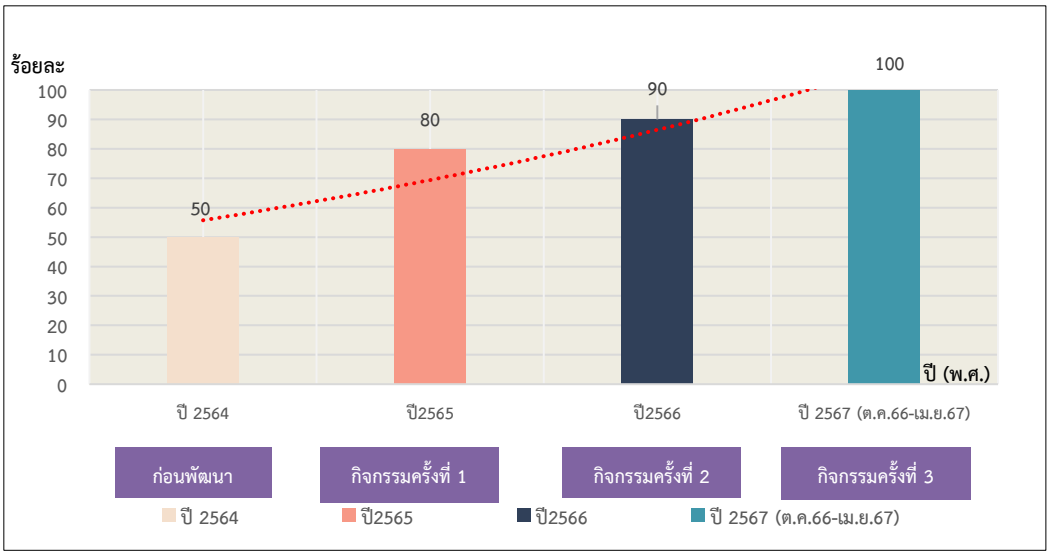
3. กรณีที่ต้องย้ายทารกไปยังหอผู้ป่วยในเด็ก ให้ย้ายเด็กไปพร้อม standing order ที่มีการบันทึกการทำหัตถการ GA อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักที่คลอดให้ครบถ้วน[6] แล้วค่อยนำส่งเอกสารอื่น ๆ ให้ครบถ้วน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และไม่ทำหัตถการซ้ำซ้อน ที่จะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อทารก

4. ปรับปรุงแนวทางการรับเด็กแรกเกิดในห้องคลอดแล้วนำไปติดไว้บริเวณ resuscitate ทารกแรกเกิด

จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพครั้งที่ 3 พบว่าเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรับทารกแรกเกิดได้ครบถ้วนร้อยละ 100 และไม่พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกแรกเกิด

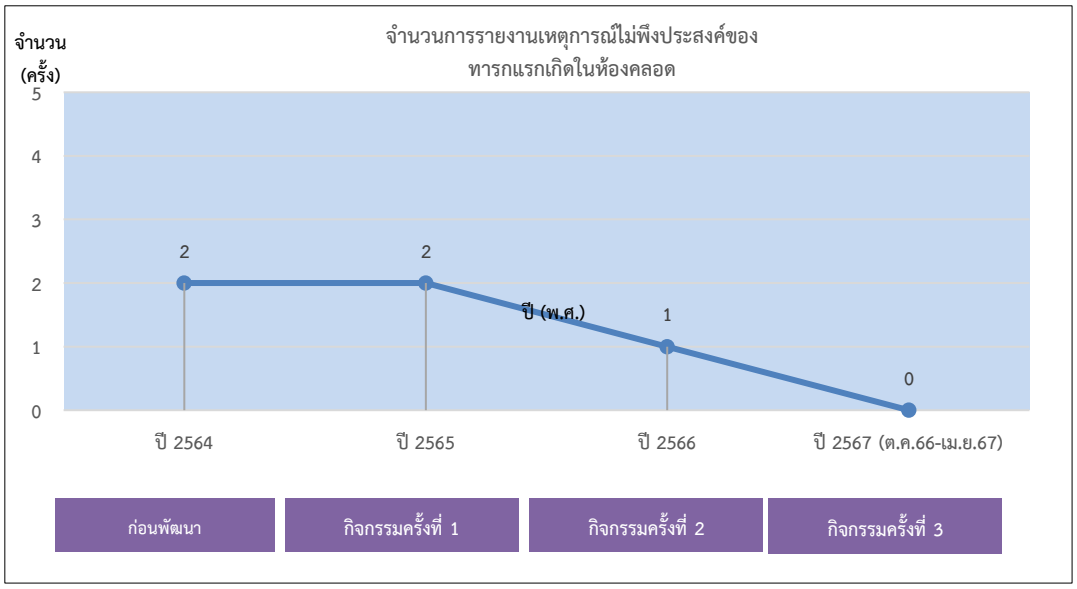
ผลลัพธ์จากการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ			
		ก่อนการดำเนินการ (ปี 2564)	กิจกรรมพัฒนาครั้งที่1 (ปี 2565)	กิจกรรมพัฒนาครั้งที่2 (ปี 2566)	กิจกรรมพัฒนาครั้งที่3 (ปี 2567)
1.อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิดในห้องคลอด	100%	50%	80%	90%	100%
2.จำนวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดในห้องคลอด	0	2	2	1	0



ภาพที่ 1 อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิดในห้องคลอด โรงพยาบาลรามัน

จากกราฟจะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 - ปัจจุบัน เจ้าหน้าที่หน่วยงานสูติกรรมมีการปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กได้ดีขึ้น จนได้ตามเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 100 ซึ่งแสดงถึงการวางระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 2 จำนวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดในห้องคลอด โรงพยาบาลรามัน

จากกราฟจะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 ถึงปัจจุบัน แนวโน้มในการพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดในห้องคลอดมีแนวโน้มลดลง จนไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิด

สรุปผล

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้น และสามารถลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลทารกแรกเกิดได้ เนื่องจากมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาร่วมกันกับทีมจนทำให้มีความพร้อมตั้งแต่ด้านเครื่องมือ ด้านอัตรากำลัง แนวทางปฏิบัติที่มีความครอบคลุม

บทเรียนที่ได้รับ

1. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสูติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรับเด็กแรกเกิด ส่งผลทำให้ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการได้

2. สามารถลดภาระงานของเจ้าหน้าที่กรณีเกิดภาวะวิกฤติได้

3. การวิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบร่วมกับระหว่างทีมสหวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งผลให้เกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานการรับเด็กแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. จรวย สุวรรณบำรุง. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ : Concept and Case Report. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: ก.กลการพิมพ์ นครศรีธรรมราช; 2562.
2. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย. คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด2. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2555.

3. ประตินพ น้อยนาค. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยร่วมกับมีภาวะหายใจลำบาก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(1):1-14.
4. วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์แสงเพิ่ม,สุดาภรณ์พยัคฆเรือง ,บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ:สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561.น. 619-71.
5. สมหญิง โควศวนนท์. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจ. ใน:ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์,ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์แสงเพิ่ม ,สุดาภรณ์พยัคฆเรือง,บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2561. น. 619-71.
6. สายชล ธัญธริษตรี. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16(2): 149-156.
7. Mccall, E,M., Alderdice, F., & Halliday, H.L. Intervention to prevent hypothermia at birth in preterm and low birth infant. Cochrane Database Syst Rev 2018;12(2):CD 004210.