

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

อภิญญา อุษยะพัฒน์*	พย.บ.
วารุณี โสตะทวี**	พย.ม. (การผดุงครรภ์)
วิไลรัตน์ เฟ็งศรี***	พย.บ.
จณัญญา สุขเกษม****	วพย. การพยาบาลเด็ก

(รับ: 28 มกราคม 2569, แก้ไข: 19 กุมภาพันธ์ 2569, ตอรับ: 10 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (high-risk pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะในระยะคลอดซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดจึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้คลอด การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 51 คน และกลุ่มทดลอง 51 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Paired samples t-test, Independent samples t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด (2) การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) (3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และ (4) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า อัตราการเกิดภาวะ fetal distress และ birth asphyxia ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการวิจัยสะท้อนว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด และสนับสนุนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ครรภ์เสี่ยงสูง การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยและพัฒนา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

Corresponding author E-mail: mairmoo320@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Intrapartum Fetal Surveillance in High-Risk Pregnant Women

Apinya Uiyapat*	B.N.S.
Warunee Sotatawi**	M.N.S. (Midwifery)
Wilairat Pengsri***	B.N.S.
Jananya Sukkasem****	Dip. APPN

(Received: January 28, 2026, Revised: February 19, 2026, Accepted: March 10, 2026)

Abstract

High-risk pregnancy referred to a condition in which maternal or fetal factors increased the risk of complications during pregnancy and childbirth. The intrapartum period was particularly critical for fetal safety. Developing evidence-based nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance in high-risk pregnancies was therefore essential to improve the quality and safety of maternal and neonatal care. This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance among women with high-risk pregnancies. The study sample consisted of 102 women with high-risk pregnancies, divided into a control group (n = 51) and an experimental group (n = 51), and 20 registered nurses working in the labor room. Research instruments included the nursing practice guidelines for intrapartum fetal surveillance in high-risk pregnancies, a knowledge test, and a satisfaction questionnaire for registered nurses. Data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test, independent samples t-test, and chi-square test.

The developed guidelines consisted of four main components: (1) classification of risk levels among women in labor, (2) fetal surveillance using Electronic Fetal Monitoring (EFM), (3) response to fetal distress, and (4) interdisciplinary team communication using the SBAR technique. After implementation of the guidelines, the rates of fetal distress and birth asphyxia in the experimental group were significantly lower than those in the control group receiving routine care ($p < 0.05$). In addition, the mean scores of nurses' knowledge and satisfaction after guideline implementation were significantly higher than those before implementation ($p < 0.05$). These findings indicated that the developed nursing practice guidelines enhanced the effectiveness of intrapartum fetal surveillance, reduced neonatal complications, and supported safer and higher-quality nursing care.

Keywords: high-risk pregnancy, intrapartum fetal surveillance, nursing practice guidelines, research and development

* Senior Professional Nurse, Head of Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital
Corresponding author E-mail: mairmoo320@gmail.com

** Special professional nurse, Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital

*** Professional nurse, Intrapartum Nursing Department, Hat Yai Hospital

**** Professional nurse, Neonatal Intensive care Unit, Hat Yai Hospital

วารสารกองการพยาบาล

บทนำ

ภาวะครรภ์เสี่ยงสูงเป็นการตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกในครรภ์ระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด¹ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในมารดา ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรงและการตกเลือดหลังคลอด² ขณะที่ในทารกพบความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์และในทารกแรกเกิด ส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มสูงขึ้น³ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 900,000 รายต่อปี⁴ สำหรับประเทศไทย แม้ค่าอัตรา birth asphyxia ระดับประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (16.47, 16.54 และ 16.26 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย)⁵ แต่ปัญหานี้ยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพมารดาและทารกแก่ประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง โดยสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจร ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู เพื่อมุ่งลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ⁶ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การดูแลทารกในระยะคลอดของโรงพยาบาลยังคงเป็นปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ประเด็นท้าทายด้านคุณภาพบริการ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับ 52.5, 47.5, 60.1 และ 61.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ จากข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 พบผู้คลอดที่มีภาวะ fetal distress จำนวน 187 ราย และเกิดภาวะ birth asphyxia จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.5⁷ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด และการจัดการภาวะเสี่ยงต่อทารกขาดออกซิเจนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล ลดอัตราภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ

แม้ว่าสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิจะมีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดโดยใช้เทคโนโลยี เช่น การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM)^{8–12} ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินสภาวะของทารกในครรภ์และช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบความแปรปรวนในการแปลผลสัญญาณคลื่นหัวใจทารก การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอดในระยะคลอด (intrapartum maternal risk stratification)^{13–14} และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด (standardized intrapartum response to fetal compromise)^{15–16} รวมทั้งกระบวนการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งการสื่อสารอย่างเป็นระบบตามหลัก SBAR (Situation, Background, Assessment,

วารสารกองการพยาบาล

Recommendation)¹⁷⁻²⁰ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและการเสียชีวิตปริกำเนิดสูงกว่ากลุ่มปกติ²¹

ในบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพมีการติดตามสัญญาณชีพของมารดา การประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ และการใช้เครื่องตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) ร่วมกับการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้คลอดอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังขาดรูปแบบการนำไปใช้ที่เป็นมาตรฐานและเป็นระบบอย่างชัดเจนในบริบทของห้องคลอด ส่งผลให้การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การแปลผลข้อมูลจากการติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดอาจมีความแตกต่างในการปฏิบัติจากการทบทวนข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของหน่วยงานในช่วงปี พ.ศ. 2565-2568 พบว่าอัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia (ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดให้มีความเป็นระบบ ชัดเจน ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์มากยิ่งขึ้น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและเพิ่มความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง โดยให้มีโครงสร้างที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Soukup²² ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง แนวปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพตามหลัก SBAR เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจทางคลินิก และนำไปสู่ผลลัพธ์การคลอดที่ดี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน **วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์รอง เพื่อ

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกเกิด อัตราการเกิดภาวะ fetal distress และอัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (กลุ่มควบคุม)

วารสารกองการพยาบาล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดตามการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup ซึ่งอธิบายกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระบุปัญหาทางคลินิกในห้องคลอด (Evidence-triggered phase) โดยเฉพาะในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนอุบัติการณ์ และระบุช่องว่างของการปฏิบัติ ระยะที่ 2 สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Evidence-supported phase) รวมทั้งการวิเคราะห์แนวทางเวชปฏิบัติจากองค์กรวิชาชีพ เช่น WHO, ACOG และ RCOG เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) สำหรับการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะคลอด ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence-observed phase) โดยมีการอบรมพยาบาล การใช้แนวปฏิบัติในปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

สถานการณ์จริง และการติดตามการปฏิบัติ และระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Evidence-based phase) ได้แก่ การลดภาวะ fetal distress และภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) รวมทั้งการเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในห้องคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร คือ ผู้คลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (ทั้งชนิดที่พบระหว่างตั้งครรภ์และที่เป็นมาก่อน) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 102 คน โดยอ้างอิงการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power (Effect size = 0.30, α = .05, Power = .80) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 88 คน และเมื่ออัตราการสูญหายของข้อมูลเป็นกลุ่มละ 51 คน รวม 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ดูแลตามปกติ (พฤศจิกายน 2568) และกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (ธันวาคม 2568) โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และแบ่งกลุ่มตามช่วงเวลาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้คลอดอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน) อายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมรุนแรง (เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด หรือภาวะตกเลือดก่อนคลอด) ทารกในครรภ์มีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนและถอนตัวจากการวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring :EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

2.2 แบบประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง เป็นแบบทดสอบชนิดตอบถูก-ผิด 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน วิเคราะห์ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

เป็นแบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับครอบคลุมด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความสะดวกในการปฏิบัติ และความพึงพอใจโดยรวม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

ระยะเวลาในการทำวิจัย

ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งขั้นตอนออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการค้นหาปัญหาทางคลินิกโดยการทบทวนกระบวนการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด 5 คน ผลการวิเคราะห์พบ ช่องว่าง (gap) ระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริง ได้แก่ การขาดเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด ความแปรปรวนในการแปลผล Electronic Fetal Monitoring (EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดที่ยังไม่สอดคล้องกับแนวทางปัจจุบัน รวมทั้งแนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและการสื่อสารข้อมูลทางคลินิกที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐาน เช่น SBAR ส่งผลให้การตัดสินใจทางคลินิกอาจล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของมารดาและทารก

วารสารกองการพยาบาล

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลในห้องคลอด

ระยะที่ 2 สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก

ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558–2568 จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, ScienceDirect, ThaiJo และ Google Scholar โดยใช้กรอบแนวคิด PICO กำหนดขอบเขตการสืบค้น ได้แก่ P (Population) คือ ผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง (เช่น ครรภ์เป็นพิษและเบาหวานขณะตั้งครรภ์) I (Intervention) คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอด C (Comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ และ O (Outcome) ได้แก่ ภาวะ fetal distress, birth asphyxia ความรู้และความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้คำสำคัญ เช่น electronic fetal monitoring, intrapartum maternal risk stratification, standardized intrapartum response to fetal compromise, fetal distress และ SBAR จากนั้นคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นฐานความรู้สำหรับจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งได้ผ่านการอภิปรายร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในระยะถัดไป

ระยะที่ 3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการนำไปสู่การปฏิบัติ

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

3.1 พัฒนาแนวปฏิบัติ ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ตามกรอบแนวคิดของ Soukup ซึ่งเน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิกของผู้ปฏิบัติและบริบทของหน่วยบริการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้วิจัยและคณะทำงานได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยนำผลการสืบค้น วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากระยะก่อนหน้า มาประยุกต์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสากลและบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความชัดเจนและเป็นระบบ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring (EFM) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดตามรูปแบบ Fetal Heart Rate Category และการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ SBAR ซึ่งมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยง การติดตามสัญญาณเตือน และการตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิกอย่างทันท่วงที เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์

3.2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุม ความครบถ้วนของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

ผลการประเมินพบว่าแนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.91 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 10 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้ในสภาพแวดล้อมจริง ก่อนนำไปใช้ในระยะต่อไป

3.3 เตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจัดการประชุมและการอบรมให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน การอบรมจัดขึ้น 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง เนื้อหาการอบรมครอบคลุมแนวคิดและรายละเอียดของแนวปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ หลังการอบรมมีการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจตรงกันและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติทั้งในระดับรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากแนวปฏิบัติผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แนวปฏิบัติดังกล่าวถูกนำไปใช้จริงในห้องคลอดโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการลดการเกิดภาวะทารกในครรภ์เครียด (fetal distress) และภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน (birth asphyxia) การประเมินผลลัพธ์ใช้เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม (two-group ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

comparison) ได้แก่ กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน และกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการเกิด fetal distress และ birth asphyxia ระหว่างสองกลุ่ม

กลุ่มควบคุม เป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 และได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้คลอด 51 ราย บันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิด fetal distress และ birth asphyxia รวมทั้งตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลจากเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาล

กลุ่มทดลอง เป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงซึ่งเข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 และได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น 51 ราย โดยพยาบาลผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้วิจัยติดตามความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งนิเทศและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพพร้อมแลกเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาในระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้คลอด ได้แก่ fetal distress และ birth asphyxia

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 062-68-01 มีผลรับรองตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง

วารสารกองการพยาบาล

2 กันยายน พ.ศ. 2569 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบอย่างชัดเจน โดยเน้นว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับบริการหรือสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยไม่ระบุชื่อ ใช้รหัสแทนตัวบุคคล และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การสอบถามและการให้ข้อมูลกระทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว และไม่กระทบต่อศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติ Paired samples t-test
4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้

สถิติ Pearson's Chi-square test กรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ใช้ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง

แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด 2) การเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) 3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียด และ 4) การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 51 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 51 คน ผลการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 31.84 ปี (SD = 5.70) และกลุ่มทดลอง 30.65 ปี (SD = 6.08) เมื่อเปรียบเทียบกับ Independent samples t-test พบว่า อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.024, p = .308$) อายุครรภ์เฉลี่ย กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.89 สัปดาห์ (SD = 1.19) และกลุ่มทดลอง 38.22 สัปดาห์ (SD = 1.17) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.386, p = .169$) เมื่อนำลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบโดยใช้ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ในด้านระดับการศึกษา ($\chi^2 = 1.34, p = .721$) อาชีพ ($\chi^2 = 1.99,$

วารสารกองการพยาบาล

p = .738) รายได้ ($\chi^2 = 2.59, p = .459$) สิทธิการ
รักษาพยาบาล ($\chi^2 = 2.34, p = .310$) ประวัติการ
ตั้งครรภ์ ($\chi^2 = .66, p = .957$) ภาวะครรภ์เป็นพิษ
($\chi^2 = .16, p = .689$) และภาวะเบาหวานขณะ
ตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 1.93, p = .165$)

**2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกในครรภ์
และทารกแรกเกิด** พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทาง

คลินิกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p < .05) ทั้งในด้านการเกิดภาวะ fetal distress และ
ภาวะ birth asphyxia โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของ
ทารกที่อยู่ใน FHR Category I สูงกว่า และมีอัตราการ
เกิด birth asphyxia ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม (n = 102)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	χ^2	p-value
	(n=51)	(n=51)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การเกิดภาวะ fetal distress			14.53	.001*
Category I	18 (35.3)	35 (68.6)		
Category II	27 (52.9)	9 (17.6)		
Category III	6 (11.8)	7 (13.7)		
2. การเกิดภาวะ birth asphyxia			6.22	.013*
เกิดภาวะ birth asphyxia	15 (29.4)	5 (9.8)		
ไม่เกิดภาวะ birth asphyxia	36 (70.6)	46 (90.2)		

*p-value < 0.05

**2.3 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและ
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ** พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้
แนวปฏิบัติฯ 20 คน มีอายุระหว่าง 26-49 ปี (เฉลี่ย =
35.8 ปี) โดยร้อยละ 75 มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน
ในห้องคลอดมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษา
ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 95) และร้อยละ 95
เคยผ่านการอบรมด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการ
เกิดภาวะทารกในครรภ์เครียดในผู้คลอดที่มีภาวะ
ครรภ์เสี่ยงสูง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของ

พยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ
พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้งก่อนและ
หลังการใช้แนวปฏิบัติฯมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้
สถิติ paired samples t-test พบว่า ภายหลังการใช้
แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้
สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้แนว
ปฏิบัติเท่ากับ 18.50 คะแนน (SD = 1.10) ก่อนการใช้
แนวปฏิบัติเท่ากับ 14.30 คะแนน (SD = 1.56) (t =
11.672, df = 19, p < .001) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความถี่ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 20)

คะแนนเฉลี่ย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
	14.30	1.56	18.50	1.10	11.672	< .001*

*p-value < 0.05

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ paired samples t-

test พบว่า ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 20)

ความพึงพอใจของพยาบาล	ก่อนใช้		หลังใช้		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านการจำแนกประเภทผู้คลอด	3.81	.67	4.18	.28	2.96	.008*
2. ด้านการอ่านและแปลผล EFM	3.97	.50	4.27	.28	2.94	.008*
3. ด้านการตอบสนองต่อภาวะ Fetal Distress	3.80	.56	4.18	.24	3.38	.003*
4. ด้านการสื่อสารทางคลินิกโดยใช้หลัก SBAR	3.78	.53	4.09	.17	2.59	.018*

*p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด 2) การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบ Electronic Fetal Monitoring (EFM) 3) การตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดตามระดับ FHR Category และ 4) การสื่อสารระหว่างทีม

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

สหวิชาชีพโดยใช้รูปแบบ SBAR เมื่อเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน พบว่าแม้จะมีการใช้ EFM และการติดตามอาการทางคลินิก แต่ยังคงขาดระบบการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอด แนวทางการตอบสนองต่อรูปแบบ FHR อย่างเป็นระบบ และรูปแบบการสื่อสารมาตรฐานระหว่างทีมสุขภาพ ทำให้การประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจทางคลินิกอาจแตกต่างกันระหว่างผู้ปฏิบัติ

วารสารกองการพยาบาล

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงได้บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางเวชปฏิบัติสากล เพื่อให้การเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดในผู้คลอดครรภ์เสี่ยงสูงมีความเป็นระบบมากขึ้น ทั้งด้านการประเมินความเสี่ยง การติดตามสัญญาณชีพของทารกในครรภ์ การตอบสนองต่อภาวะผิดปกติ และการสื่อสารภายในทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิด^{3,4}

การพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงทางสูติกรรม โดยการนำระบบการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้คลอดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของกองการพยาบาล¹³ และแนวคิดระดับการดูแลมารดา (levels of maternal care)¹⁴ เพื่อสนับสนุนการกำหนดลำดับความสำคัญของการดูแลและการรายงานแพทย์อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังใช้การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFM ร่วมกับระบบ Three-Tiered FHR Classification ตามแนวทางของ American College of Obstetricians and Gynecologists เพื่อให้การแปลผลมีมาตรฐานเดียวกันและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ รวมทั้งกำหนดแนวทางการตอบสนองต่อรูปแบบ FHR ตามระดับความรุนแรง และบูรณาการการสื่อสารแบบ SBAR เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการรายงานข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists และ National Institute for Health and Care Excellence ที่เน้นการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดอย่างเป็นระบบและ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารก^{8-10, 14-18}

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของทารกในครรภ์ที่อยู่ใน Category I ซึ่งเป็นภาวะปกติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 68.6 เทียบกับ 35.3) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของ Category II ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสงสัยผิดปกติสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างชัดเจน (ร้อยละ 52.9 เทียบกับ 17.6) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้การเฝ้าระวังทารกในครรภ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถคงสภาพของทารกให้อยู่ในระดับปกติได้ตลอดระยะคลอด ผลลัพธ์ดังกล่าวอธิบายได้จากการที่แนวปฏิบัติมีการกำหนดกระบวนการประเมินและการแปลผล EFM อย่างเป็นระบบโดยใช้การจำแนก category I-III ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสภาพทารกในครรภ์ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และสามารถดำเนินการแก้ไขหรือรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที จึงช่วยป้องกันการดำเนินไปสู่ภาวะ hypoxia และ fetal acidemia ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิด fetal distress และภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์²¹ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ ACOG และ AWHONN ที่ระบุว่า การใช้ระบบการจำแนก FHR เป็น 3 Category ร่วมกับการดูแลแก้ไขตามแนวทางที่เหมาะสม สามารถช่วยลดการดำเนินไปสู่ภาวะ fetal acidemia และลดความรุนแรงของ FHR abnormal patterns ได้⁹⁻¹⁰

กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิด birth asphyxia ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 9.8 เทียบกับ 29.4) สะท้อนว่าแนวปฏิบัติสามารถลดความรุนแรงของการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติช่วยให้

วารสารกองการพยาบาล

สามารถตรวจพบสัญญาณผิดปกติของ FHR และภาวะ fetal distress ได้รวดเร็วขึ้น และมีแนวทางการตอบสนองที่ชัดเจน เช่น การแก้ไขสาเหตุของภาวะการทำงานของรกบกพร่อง (uteroplacental insufficiency) การจัดทำผู้คลอด การให้ออกซิเจน และการประสานแพทย์เพื่อพิจารณาการคลอดโดยเร่งด่วน ส่งผลให้สามารถป้องกันการดำเนินไปสู่ fetal acidemia และ birth asphyxia ได้⁹⁻¹¹ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด fetal hypoxia และ fetal acidemia ซึ่งระบุว่า การเฝ้าระวัง FHR อย่างเป็นระบบร่วมกับการตอบสนองที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการเกิด birth asphyxia และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในทารกแรกเกิดได้²¹

แม้พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอดมากกว่า 10 ปีและเคยผ่านการอบรมมาก่อน แต่ผลการวิจัย พบว่า การใช้แนวปฏิบัติใหม่ยังคงมีช่องว่างของความรู้เฉพาะด้าน โดยเฉพาะการแปลผลการตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (EFM) และการตอบสนองต่อภาวะเสี่ยงตามระดับความรุนแรง อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความเข้าใจทั้งในด้านการจำแนกผู้คลอด การอ่านและแปลผล FHR, การจัดการภาวะ fetal distress รวมถึงการสื่อสารทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ช่วยเปลี่ยนผ่านองค์ความรู้จากเชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ AWHONN (2024) และ ACOG (2025) ซึ่งเน้นย้ำว่าปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้ภาษาทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตีความข้อมูลและสร้างความมั่นใจให้แก่พยาบาล โดยเฉพาะการใช้ระบบการแปลผล FHR แบบสามระดับ ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนในการตีความข้อมูล การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้อย่างมีนัยสำคัญยังพิสูจน์ให้เห็นว่าการอบรมทฤษฎีเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากปราศจากแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Cornell และคณะ (2020) ที่ว่าการผสมผสานแนวปฏิบัติเข้ากับการสื่อสารทางคลินิกที่มีโครงสร้างจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำและทันท่วงที อันเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิด

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจทั้งโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานจริงในห้องคลอดได้อย่างเหมาะสม และช่วยเสริมสร้างความชัดเจน ความมั่นใจ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงสูง

ความพึงพอใจด้านการจำแนกระดับความเสี่ยง การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring :EFM) และการตอบสนองต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากแนวปฏิบัติได้กำหนดเกณฑ์และแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เชื่อมโยงกับระบบการแปลผล FHR แบบ Category I-III และการกำหนดระดับการตอบสนองตามความรุนแรง ทำให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์

วารสารกองการพยาบาล

ตัดสินใจ และดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกันภายในทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ACOG และ AWHONN ที่เน้นการจำแนกระดับความเสี่ยงและการเฝ้าระวังตามมาตรฐานสากล⁸⁻¹⁰ รวมทั้งแนวคิดการป้องกัน fetal acidemia ที่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองอย่างทันที่และเหมาะสม^{8,21} นอกจากนี้ ความพึงพอใจด้านการสื่อสารโดยใช้ SBAR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติช่วยสนับสนุนการสื่อสารที่มีโครงสร้างชัดเจน และลดความคลาดเคลื่อนในการถ่ายทอดข้อมูล โดยเฉพาะในสถานการณ์เร่งด่วน เช่น ภาวะ fetal distress ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่า SBAR ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมในห้องคลอด¹⁷⁻²⁰

โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังทารกในครรภ์ระยะคลอดสำหรับผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูง มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกทั้งในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด โดยช่วยเพิ่มสัดส่วนของทารกที่มีสภาวะปกติ (category I) และลดการเกิด birth asphyxia อย่างมีนัยสำคัญ แนวปฏิบัตินี้สามารถใช้เป็น ต้นแบบมาตรฐานเฉพาะโรคด้านการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพของแนวปฏิบัติ ของแนวปฏิบัตินี้ในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้คลอดในหน่วยบริการระดับตติยภูมิและตติยภูมิ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. งานวิจัยนี้จัดกลุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลา (Time-based allocation) เนื่องจากข้อจำกัดด้าน

จริยธรรมและความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทการดูแลผู้คลอดจริง ซึ่งไม่สามารถสุ่มตัวอย่างได้อย่างสมบูรณ์ การดำเนินการในลักษณะนี้อาจทำให้เกิดปัจจัยกวน (Confounding factors) ที่มีผลต่อผลลัพธ์การศึกษา เช่น ความแตกต่างของระดับความรุนแรงของภาวะครรภ์เสี่ยงสูง ทักษะประสบการณ์ของบุคลากร หรือปัจจัยด้านระบบบริการในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ผู้วิจัยควรนำมาพิจารณาและอภิปรายประกอบผลการศึกษาด้วย

2. ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ซึ่งมีทรัพยากร บุคลากร และระบบการดูแลที่แตกต่างกันจากโรงพยาบาลระดับอื่น ทำให้การนำผลไปอ้างอิงหรือขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิอาจต้องพิจารณาบริบทอย่างรอบคอบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและลดอิทธิพลของปัจจัยกวน ควรมีการสุ่มจัดกลุ่มผู้คลอดหรือหน่วยบริการให้ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติหรือการดูแลตามปกติ

2. ควรดำเนินการศึกษาในหลายระดับของหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความสามารถในการนำผลไปใช้ทั่วไป (generalizability)

Reference

1. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. High-risk pregnancy [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk>
2. Gallardo Cerna NV, Jara Huapaya NM, Aguirre Quispe W. Preeclampsia as a risk factor for postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2025;47(12):103157. doi:10.1016/j.jogc.2025.103157
3. Giles-Clark HJ, Skinner SM, Linn MM, Rolnik DL, Mol BW. Prediction models for intrapartum fetal hypoxia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;308:99–111. doi:10.1016/j.ejogrb.2025.02.052
4. World Health Organization. Birth asphyxia estimates and global burden. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. National health indicators report 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
6. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Five-year action plan of the Ministry of Public Health (2023–2027). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
7. Labor Room, Hatyai Hospital. Delivery statistics report, 2021–2025. Songkhla: Hatyai Hospital; 2025. Thai.
8. Li S, Yang Q, Niu S, Liu Y. Effectiveness of remote fetal monitoring on maternal-fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2023;11:e41508. doi:10.2196/41508
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *ACOG Practice Bulletin.* Washington (DC): ACOG; 2025.
10. Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Fetal heart monitoring principles and practices. 6th ed. Washington (DC): AWHONN; 2024.
11. Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists. Intrapartum fetal monitoring: RTCOG clinical practice guideline [Internet]. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists; 2020 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-025.pdf>. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

12. Fueanglada Thongprasert. Abnormal fetal heart rate patterns [Internet]. Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; [date unknown] [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33346/>. Thai.
13. Nursing Division, Ministry of Public Health. Patient classification based on severity of illness and nursing care needs. Bangkok: Ministry of Public Health; 2004. Thai.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG obstetric care consensus no. 9: levels of maternal care: correction. *Obstet Gynecol.* 2023;141(4):864. doi:10.1097/AOG.0000000000005128
15. Kelly S, Lamé G, Dixon-Woods M, Liberati E, Kyriacou H, Dunn H, et al. Influences on safety of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring practices: a scoping review. *BMJ Open.* 2024;14(12):e085827. doi:10.1136/bmjopen-2024-085827
16. Jareesri Kunsiripunyo. Nurses' roles in intrapartum fetal surveillance using continuous electronic fetal heart rate and uterine contraction monitoring. *J Phrapokklao Nurs Coll Chanthaburi.* 2019;30(1):226–38. Thai.
17. Shinta N, Bunga A. The implementation of SBAR communication method for patient safety: a literature review. *Malahayati Int J Nurs Health Sci.* 2024;7. doi:10.33024/minh.v7i5.190
18. Pissamai Chuatong, Chanakan Anuntariyakoon. The Effectiveness of Using SBAR Communication Program at Phaholpolpayuhasena Hospital (Phahol Electronic SBAR). *Kanchanaburi Med J.* 2023;11(33):65–76. Thai.
19. Ghonem NME-S, El-Husany WA. SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice and their perception of shift handoff communication. *SAGE Open Nurs.* 2023;9:23779608231159340. doi:10.1177/23779608231159340
20. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2018;8(8):e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal monitoring in labour: NICE guideline [NG229]. London: NICE; 2022 [updated 2025 Nov 12; cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>

วารสารกองการพยาบาล

22. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301-9.
23. Cornell P, Townsend-Gervis M, Vardaman JM, Yates L. Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. *J Nurs Adm.* 2014;44(3):164-169. doi:10.1097/NNA.000000000000045.