การจัดการความเสี่ยงทางกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล: บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินคดีทางสูติกรรม

Received: February 12, 2026
Revised: June 14, 2026
Accepts: June 16, 2026

โสภาพรรณ พวงบุญมี (วท.ม.)[1]
ภัทรจิตร ตันกูล (วท.ม)[2*]
ประภาพร ต้นแก้ว (วท.ม)[3]

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นกฎหมาย และถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาสำคัญ 3 กรณี ได้แก่ ภาวะการคลอดไหล่ยาก ภาวะทารกขาดออกซิเจน และภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยวิเคราะห์เอกสารทางคลินิกเปรียบเทียบกับกฎหมายวิชาชีพและแนวปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อนำเสนอมาตรฐานการประเมิน การแก้ปัญหา และกลยุทธ์ป้องกันข้อพิพาท ผลการสังเคราะห์ข้อเท็จจริงพบว่า สาเหตุหลักของการฟ้องร้องเกิดจากการขาดมาตรฐานการประเมินความเสี่ยง การเพิกเฉยต่อสัญญาณเตือนจากเครื่องตรวจติดตามทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ การบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน และรายงานแพทย์ล่าช้า บทความนี้จึงเสนอแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานประเมินผู้คลอดเชิงรุก การใช้เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน เช่น Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation (ISBAR) และ CUS รวมถึงการพัฒนา การจัดการข้อมูลเวชระเบียนที่ถูกต้องตามเวลาที่เกิดขึ้นจริง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การบูรณาการสมรรถนะทางคลินิกที่แม่นยำเข้ากับทักษะการสื่อสารเชิงจริยธรรม และการบันทึกที่รัดกุม เป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันข้อพิพาท และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

Keywords: คดีทางการแพทย์ ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม การบริหารความเสี่ยง ISBAR CUS

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี, Thailand
[2*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน 2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี, Thailand
[3] พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี, Thailand
[*] Corresponding author: bhatarachit.tuk@gmail.com

Legal Risk Management in Nursing Practice: Lessons Learned from Obstetric Litigation

Sophaphan Ploungbunmee (M.Sc.)[1]
Bhatarachit Tunkoon (M.Sc.)[2]
Prapaporn Tonkaew (M.Sc.)[3]

Abstract

This academic article aims to analyze legal issues extract lessons from three significant case studies: shoulder dystocia, intrapartum fetal asphyxia, and postpartum hemorrhage. By analyzing clinical documents in comparison with professional laws and academic guidelines, it presents assessment standards, problem-solving approaches, and dispute prevention strategies. The synthesis of facts revealed that the primary causes of litigation stem from a lack of risk assessment standards, ignoring warning signs from electronic fetal monitoring, incomplete medical records, and delayed physician notification.

Therefore, article this article proposes practical guidelines, including proactive maternal assessment standards, the use of standardized communication tools such as ISBAR and CUS, and the development of accurate medical record management in real-time. The findings demonstrate that integrating precise clinical competency with ethical communication skills and rigorous documentation is essential for preventing disputes and sustainably enhancing patient safety.

Keywords: Medical litigation, Obstetric emergencies, Risk management, ISBAR, CUS

[1]Registered Nurse, Senior Professional Level, Inpatient Nursing Section 2, Department of Nursing, Ramathibodi Hospital, Thailand
[2*]Registered Nurse, Professional Level, Head of Inpatient Nursing Section 2, Department of Nursing, Ramathibodi Hospital, Thailand
[3]Registered Nurse, Perioperative Nursing Section, Department of Nursing, Ramathibodi Hospital, Thailand
[*]Corresponding author: bhatarachit.tuk@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสาธารณสุขไทยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและกฎหมายส่งผลให้ผู้รับบริการมีความตระหนักรู้ในสิทธิของผู้ป่วย (Patient Rights) มากยิ่งขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจึงมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดข้อพิพาททางกฎหมายหากผลลัพธ์การรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ อังคณิตย์ และคณะ (2563) ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพการบริการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่น หากผู้รับบริการรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่หรือมาตรฐานที่เหมาะสม ย่อมเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฟ้องร้อง

สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์จัดเป็นสาขาที่มีความละเอียดอ่อนและมีความเสี่ยงสูง (High Risk) เนื่องจากต้องให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก ท่ามกลางความคาดหวังของครอบครัว และสังคมที่ยึดถือคติว่า "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย" โดยเฉพาะในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด (Labor and Delivery) ยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่สุดของการตั้งครรภ์ จากรายงานสถิติสาธารณสุขพบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะทารกขาดออกซิเจนยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ซึ่งนำไปสู่การเรียกร้องค่าเสียหายในอัตราที่สูง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากการรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงและคดีทางการแพทย์ (The Joint Commission, 2023) พบว่าปัญหาสำคัญที่พบจากคดีความทางการแพทย์ในปัจจุบัน มีความซับซ้อนและครอบคลุมหลายมิติ ในด้านการปฏิบัติทางคลินิกพบการขาดมาตรฐานในการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกรณีที่มีการใช้ยาเหน็บช่องคลอดเพื่อชักนำการคลอด (Induction Of Labor) และการประเมินปริมาณเลือดที่คลาดเคลื่อน นอกจากนี้ยังพบปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดูแล เช่น ข้อมูลสำคัญในคู่มืออนามัยแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ไม่ถูกบันทึกลงเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล และที่ร้ายแรงที่สุดคือความผิดพลาดเชิงระบบ (Sentinel Events) เช่น การไม่จบการทำงาน (End Session) ของเครื่องตรวจติดตามทารกในครรภ์ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring: EFM) ทำให้กราฟหัวใจทารกผิดคน ซึ่งทำลายน้ำหนักพยานหลักฐานในชั้นศาลโดยสิ้นเชิง

อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ในการเชื่อมโยงข้อผิดพลาดทางคลินิกเหล่านี้เข้ากับข้อกฎหมายวิชาชีพเชิงลึก ผู้ศึกษาจึงเลือกวิเคราะห์ภาวะการคลอดไหล่ยาก (Shoulder Dystocia) ภาวะทารกขาดออกซิเจน (Fetal Asphyxia) และภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) เนื่องจากเป็น 3 ภาวะวิกฤตที่มีสถิติการเกิดข้อพิพาททางกฎหมาย และค่าสินไหมทดแทนสูงสุด (Cunningham et al., 2022; Davis et al., 2023) การ บูรณาการองค์ความรู้ทางคลินิก กฎหมายวิชาชีพและการจัดการเวชระเบียนเข้าด้วยกัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ประเด็นกฎหมายและถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาคดีทางการแพทย์ที่สำคัญภายใต้มาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ใน 3 ภาวะวิกฤต ได้แก่ ภาวะการคลอดไหล่ยาก ภาวะทารกขาดออกซิเจน และภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อนำเสนอมาตรฐานการประเมินผู้คลอด การแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน และทักษะการเจรจาต่อรองของพยาบาล
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและกลยุทธ์ป้องกันข้อพิพาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

ขอบเขต และกระบวนการของการศึกษา

บทความวิชาการนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาทำการจำลอง และสังเคราะห์ข้อเท็จจริงจากคดีความทางการแพทย์ด้าน

สูติกรรมที่เกิดขึ้นจริง และพบบ่อยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน 3 กรณี ขอบเขตการศึกษาครอบคลุมเฉพาะบทบาทพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ช่วยเหลือแพทย์ และผู้ให้การพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้น ในระยะรอคลอดและระยะคลอด ไม่ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรคหรือการทำหัตถการทางเวชกรรมของแพทย์

ข้อเท็จจริงแห่งคดี ประเด็นปัญหาทางกฎหมาย และคำพิพากษา (คดีสังเคราะห์) เพื่อความเข้าใจในรากฐานของปัญหา ผู้เขียนได้สังเคราะห์ข้อเท็จจริงแห่งคดี ประเด็นทางกฎหมาย และแนวทางคำพิพากษา ที่เป็นตัวแทนของความผิดพลาดใน 3 ภาวะวิกฤต ดังนี้

กรณีที่ 1 ภาวะคลอดไหล่ยาก

ข้อเท็จจริง มารดาเป็นเบาหวาน ทารกตัวโต ขณะทำคลอดศีรษะทารกคลอดแล้วแต่ไหล่ติด พยาบาลผู้ช่วยพยายามผลักดันยอดมดลูก (Fundal Pressure) และดึงศีรษะทารก ส่งผลให้ทารกเกิดเส้นประสาทแขนฉีกขาด (Erb's Palsy)

ประเด็นทางกฎหมาย พยาบาลกระทำการเกินขอบเขตวิชาชีพและละเมิดข้อห้ามมาตรฐานการพยาบาลหรือไม่

แนวทางคำพิพากษา ศาลพิจารณาว่าการดันยอดมดลูกขณะไหล่ติดเป็นข้อห้ามทางสูติศาสตร์ การกระทำของพยาบาลถือเป็นความประมาทเลินเล่อ และทำเกินหน้าที่ โรงพยาบาลและพยาบาลต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหาย

กรณีที่ 2 ภาวะทารกขาดออกซิเจน

ข้อเท็จจริง ผู้คลอดที่ได้รับยา Oxytocin และเครื่อง EFM แสดงกราฟหัวใจทารกผิดปกติ (Category III) ต่อเนื่อง แต่พยาบาลไม่ได้หยุดยา ไม่ได้ให้ออกซิเจนแก่ผู้คลอด และรายงานแพทย์ล่าช้า ทารกเกิดมามีภาวะสมองขาดออกซิเจน

ประเด็นทางกฎหมาย พยาบาลมีความผิดฐานละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานการเฝ้าระวังหรือไม่

แนวทางคำพิพากษา ศาลถือว่าพยาบาลบกพร่องในการเฝ้าระวัง ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการช่วยชีวิตเบื้องต้น (Intrauterine Resuscitation) ถือเป็นความประมาทเลินเล่อ

กรณีที่ 3 ภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อเท็จจริง หลังคลอดผู้คลอดมีเลือดออกมาก พยาบาลประเมินปริมาณเลือดด้วยสายตา ทำให้รายงานปริมาณเลือดต่ำกว่าจริง มารดาเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในเวลาต่อมา เวชระเบียนไม่มีการบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีตามมาตรฐาน

ประเด็นทางกฎหมาย พยาบาลใช้ความระมัดระวังเพียงพอในการประเมิน และบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่

แนวทางคำพิพากษา ศาลพิจารณาจากเวชระเบียนพบว่าไม่มีหลักฐานการเฝ้าระวังตามมาตรฐานพยาบาล และโรงพยาบาลมีความผิดฐานประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

การถอดบทเรียนสู่มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เป็นเกณฑ์สำคัญที่ศาลใช้ในการพิจารณาว่าผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นองค์รวมถูกกำหนดเป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2553) และยังเป็นมาตรฐานกระบวนการพยาบาล ที่กำหนดภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรม พ.ศ. 2550 สำหรับผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินและจัดการปัญหา ดังนี้

1. มาตรฐานการประเมินผู้คลอด พยาบาลต้องมีความรู้ทางคลินิกที่แม่นยำเพื่อใช้ในการประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยง โดยมีหัวข้อการประเมินที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ความรู้เฉพาะทางสำหรับภาวะวิกฤต

1.1.1 ภาวะคลอดไหล่ยาก พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนคลอดที่สำคัญ คือ ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia) ซึ่งสัมพันธ์

กับมารดาที่เป็นเบาหวานหรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากผิดปกติ ความเสี่ยงนี้ไม่เพียงนำไปสู่การคลอดติดไหล่ แต่ยังเป็นสาเหตุหลักของการบาดเจ็บช่องทางคลอดและการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกยืดขยายมากเกินไป นอกจากนี้ต้องสามารถประเมินความก้าวหน้าของการคลอดที่ผิดปกติในระยะที่ 2 (Second Stage Arrest) ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนสำคัญ รวมถึงการสังเกตอาการแสดงหัวเต่า (Turtle Sign) ขณะศีรษะคลอดอย่างทันท่วงที (Davis et al., 2023)

1.1.2 ภาวะทารกขาดออกซิเจน พยาบาลต้องมีความเข้าใจลึกซึ้งเรื่องพยาธิสรีรวิทยาของการแลกเปลี่ยนก๊าซในทารก และความสัมพันธ์ระหว่างการหดรัดตัวของมดลูกกับอัตราการเต้นของหัวใจทารกเพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงและแปลผลของ EFM เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทำให้แยกแยะภาวะวิกฤตของผู้คลอด และรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว (Perry et al., 2023)

1.1.3 ภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องสาเหตุหลัก 4Ts (Tone, Trauma, Tissue, Thrombin) โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงสูงจากทารกตัวโตหรือการคลอดที่ยาวนาน และต้องสามารถประเมินปริมาณการเสียเลือดที่แท้จริงได้ด้วยการชั่งน้ำหนัก เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการรักษา (Cunningham et al., 2022)

1.2 การประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

1.2.1 กราฟการคลอด (Partograph) ต้องบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การเปิดขยายของปากมดลูก (Cervical Dilatation) ความบางของปากมดลูก (Cervical Effacement) และการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก (Fetal Descent) ร่วมกับสัญญาณชีพผู้คลอดและเสียงหัวใจทารก หากพบความผิดปกติของกราฟ เช่น เส้นกราฟการเปิดขยายของปากมดลูกมีความชันน้อยลง หรือเบี่ยงไปทางขวาจนทับหรือผ่านเส้นเตือน (Alert Line) แสดงถึงการคลอดล่าช้า (Prolonged Labor) และหากผ่านเส้นปฏิบัติการ (Action Line) แสดงถึงภาวะวิกฤตที่ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือทันที (World Health Organization [WHO], 2021)

1.2.2 เครื่องการเฝ้าระวังผู้ได้รับยากระตุ้นคลอดด้วย EFM การให้ยา Oxytocin หรือ Prostaglandins ต้องติดตาม EFM ทุก 15 นาทีในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) พยาบาลต้องมีความรู้ในการติดเครื่องมือและแปลผลกราฟหัวใจทารก (Interpretation) โดยเฉพาะการแยกแยะ Category I (ปกติ) Category II (เฝ้าระวัง) และ Category III (ผิดปกติ) ได้อย่างแม่นยำ เพื่อรายงานแพทย์ให้พิจารณาการรักษาได้ทันท่วงที (Perry et al., 2023) ทั้งนี้ต้องตระหนักว่าในทางปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีอำนาจหน้าที่หรือความเชี่ยวชาญในการ "วินิจฉัย" กราฟ EFM ที่ซับซ้อนได้ทุกรูปแบบเหมือนสูตินรีแพทย์ แต่พยาบาลมีหน้าที่ ประเมินเบื้องต้น เพื่อคัดกรองความเสี่ยง และทำได้ภายใต้การผ่านการอบรมเฉพาะทาง หรือการได้รับมอบหมายหน้าที่ตามนโยบายของโรงพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562)

1.3 การประเมินความถูกต้องของข้อมูล

1.3.1 ความถูกต้องของข้อมูลคือหัวใจของความปลอดภัยของผู้คลอด พยาบาลต้องตรวจสอบชื่อ–สกุล และวันเดือนปีเกิด (อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้) ให้ตรงกับผู้คลอดจริงและเอกสารก่อนการติดเครื่อง EFM หรือทำหัตถการทุกครั้ง

1.3.2 การจัดการเครื่อง EFM ก่อนติดเครื่องให้ผู้คลอดรายใหม่ ต้องตรวจสอบว่าได้ทำการจบการทำงาน (End Session/Discharge) ของผู้คลอดรายเดิมออกจากเครื่องแล้ว เพื่อป้องกันข้อมูลผู้ป่วยปะปนกัน (Mixed Data) ซึ่งจะทำให้กราฟ EFM กลายเป็นหลักฐานเท็จทางกฎหมายทันที

2. การแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน พยาบาลมีหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพและให้การพยาบาลฉุกเฉินทันที โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ในภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (Life - Threatening Conditions) การเพิกเฉยหรือรอคำสั่งเพียงอย่างเดียวอาจถือเป็นความผิดฐานละเลยหน้าที่ ตัวอย่างเช่น

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน

2.1.1 ภาวะทารกขาดออกซิเจน ต้องทำการกู้ชีพทารกในครรภ์ทันที ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์โดยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยังรก ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ ได้แก่ การจัดท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือด การให้ออกซิเจนผู้คลอดผ่านหน้ากากที่มีถุงสำรองออกซิเจน (Non - Rebreather Mask หรือที่เรียกว่า Oxygen Mask With Bag) ความเข้มข้น 10 ลิตร/นาที การเพิ่มสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ การหยุดยาเร่งคลอด เป็นต้น (Cunningham et al., 2022)

2.1.2 ภาวะคลอดไหล่ยาก (Shoulder Dystocia) พยาบาลมีบทบาทสำคัญแบ่งเป็น 2 กรณี คือ

1) กรณีเป็นผู้ช่วยแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่หลักในการ จัดท่ามารดา (McRoberts Maneuver) โดยช่วยยกขามารดาขึ้นชิดหน้าท้อง และเป็นผู้ทำการกดเหนือหัวหน่าว (Suprapubic Pressure) เพื่อช่วยให้สามารถทำคลอดไหล่ทารกได้ พร้อมทั้งทำหน้าที่ขาน และบันทึกเวลา

2) กรณีฉุกเฉินวิกฤตที่แพทย์ยังมาไม่ถึง หากศีรษะทารกคลอดออกมาแล้วแต่ไหล่ติดและแพทย์ยังไม่อยู่ในเหตุการณ์ พยาบาลต้องตัดสินใจแก้ปัญหาเบื้องต้นทันทีเพื่อช่วยชีวิตทารกโดยการตั้งสติ ตามทีมช่วยเหลือ และเริ่มทำหัตถการ McRoberts Maneuver ร่วมกับ Suprapubic Pressure ทันที ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในภาวะฉุกเฉิน

2.1.3 ภาวะตกเลือดหลังคลอด ในกรณีที่ผู้คลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติหรือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลทันที ได้แก่ การคลึงมดลูกด้วยมือ (Fundal Massage) เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวดีขึ้น การเปิดเส้นเลือดดำขนาดใหญ่ เพื่อให้สารน้ำ และยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล รายงานแพทย์ผู้รับผิดชอบ และตามทีมเพื่อช่วยเหลือทันที พร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อก (WHO, 2021)

2.2 ข้อจำกัดและข้อห้ามในการปฏิบัติ

ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัด และเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ข้อ 23 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันความผิดฐานทำเกินหน้าที่ ดังนี้

2.2.1 กรณีภาวะคลอดไหล่ยาก ห้ามทำการดันยอดมดลูก (Fundal Pressure/ Kristeller Maneuver) ในขณะที่ไหล่ทารกติด เพราะจะทำให้ไหล่อัดแน่นกับกระดูกเชิงกรานยิ่งขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตก (Uterine Rupture) หรือตับทารกแตกได้ (Davis et al., 2023) และห้ามพยายามดึงศีรษะทารกแรงเกินไป หรือดึงในแนวเฉียง เพราะอาจทำให้เส้นประสาท Brachial Plexus ของทารกฉีกขาดจนเกิดภาวะแขนลีบถาวร (Erb's Palsy)

2.2.2 กรณีภาวะทารกขาดออกซิเจน ห้ามทำคลอดด้วยเครื่องมือช่วยคลอด เช่น คีม (Forceps) หรือเครื่องดูดสุญญากาศ (Vacuum) โดยพลการ เนื่องจากเป็นหัตถการทางเวชกรรมที่ต้องกระทำโดยแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่เพียงเตรียมเครื่องมือและให้การช่วยเหลือแพทย์เท่านั้นเพื่อป้องกันการกระทำผิด พ.ร.บ.วิชาชีพฯ(พ.ร.บ.วิชาชีพฯ, 2528; สภาการพยาบาล, 2562) และห้ามเพิกเฉยต่อสัญญาณเตือนจาก EFM (Non-Reassuring Traces) การไม่หยุดยา Oxytocin เมื่อกราฟหัวใจทารกผิดปกติ (Category II หรือ III) ถือเป็นการกระทำที่ผิดมาตรฐานอย่างร้ายแรง (Perry et al., 2023)

2.2.3 กรณีภาวะตกเลือดหลังคลอด ห้ามล้วงรก (Manual Removal of Placenta) โดยไม่มีข้อบ่งชี้ฉุกเฉิน ซึ่งปกติล้วงรกเป็นหัตถการของแพทย์ ยกเว้นในกรณีวิกฤตที่แพทย์ไม่อยู่และเลือดออกมากจนผู้คลอดช็อก พยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนอาจพิจารณาทำได้เพื่อช่วยชีวิต แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวังสูงสุด และห้ามประเมินปริมาณเลือดด้วยสายตาเพียงอย่างเดียว ต้องสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การปล่อยให้ผู้คลอดนอนพักโดยไม่ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกตามมาตรฐาน ถือเป็นการละเลยหน้าที่ (WHO, 2021)

3. กลยุทธ์การเจรจาต่อรอง (Negotiation Skills) เมื่อแพทย์มีความเห็นต่างหรือสั่งการรักษาที่อาจไม่ปลอดภัย พยาบาลต้องใช้ความกล้าหาญทางจริยธรรม (Moral Courage) ปกป้องผู้คลอดผ่านเครื่องมือเชิงประจักษ์ ดังนี้

3.1 การสื่อสารแบบ ISBAR: Introduction (I), Situation (S), Background (B), Assessment (A), Recommendation (R) การใช้รูปแบบ ISBAR ช่วยให้พยาบาลระบุตัวตน และบทบาทชัดเจน ควบคู่กับการรายงานสถานการณ์และข้อเสนอแนะ ซึ่งช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสารข้อมูลวิกฤตได้ดีกว่าการรายงานแบบทั่วไป (Burgess et al., 2020) ตัวอย่างเช่น: *"สวัสดีค่ะแพทย์เวร ดิฉันพยาบาล...(I) ขอรายงานอาการผู้คลอด เตียง 1 ชื่อ คุณสุดสวย ดีหลาย มีเลือดออกหลังคลอด 1,000 มิลลิลิตร (S) ผู้ป่วยหลังคลอด 2 ชม. มีประวัติลูกตัวโต (B) ตอนนี้มดลูกนิ่ม ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที (A) ขอแนะนำให้คุณหมอมาประเมินทันทีและพิจารณาให้ยา Methergin ค่ะ (R)"*

3.2 เทคนิค CUS (Concerned, Uncomfortable Safety Issue) เป็นเครื่องมือสื่อสารเพื่อหยุดยั้งการกระทำที่ไม่ปลอดภัย โดยใช้คำสำคัญ 3 ระดับ ได้แก่ การแสดงความกังวล (Concerned) ความไม่สบายใจ (Uncomfortable) และการชี้ให้เห็นประเด็นความปลอดภัย (Safety Issue) เพื่อกระตุ้นให้ทีมตระหนักถึงความเสี่ยงร่วมกัน (Agency for Healthcare Research and Quality, 2023) ตัวอย่างเช่น: *"คุณหมอคะ พยาบาลกังวล (Concerned) เรื่องกราฟหัวใจทารกที่ต่ำลง และรู้สึก ไม่สบายใจ (Uncomfortable) ที่จะให้ยาเร่งคลอดต่อ เพราะมองว่าเป็น ความเสี่ยงต่อความปลอดภัย (Safety Issue) ของทารกค่ะ"*

3.3 กฎการทักท้วง 2 ครั้ง (Two–Challenge Rule) หากการแจ้งเตือนครั้งแรกไม่ได้รับการตอบสนอง พยาบาลมีหน้าที่ต้องแจ้งเตือนซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง และหากยังเพิกเฉยจำเป็นต้องยกระดับสู่การรายงานตามสายงานเพื่อป้องกันความผิดพลาด (The Joint Commission, 2023) โดยมีตัวอย่าง ดังนี้

(กรณีที่ 1 พยาบาลทั่วไป/นโยบายกำหนดให้แพทย์อ่านผล EFM) รายงานครั้งที่ 1 *"คุณหมอคะ พยาบาลสังเกตเห็นเสียงหัวใจเด็กต่ำหลังจากมดลูกคลายตัวค่ะ กังวลว่าจะผิดปกติค่ะ"* รายงานครั้งที่ 2: *"ขออนุญาตเรียนยืนยันอีกครั้งนะคะ เสียงหัวใจเด็กยังตกลงเรื่อย ๆ ทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว พยาบาลคิดว่าคนไข้มีความเสี่ยงสูง ขอให้คุณหมอมาประเมินกราฟด้วยตนเองทันทีค่ะ"*

(กรณีที่ 2 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/ได้รับสิทธิในการแปลผล) รายงานครั้งที่ 1 *"คุณหมอคะ กราฟหัวใจทารกแสดงผลเป็น Recurrent Late Deceleration ร่วมกับ Minimal Variability ค่ะ"* รายงานครั้งที่ 2: *"ขออนุญาตยืนยันข้อมูลซ้ำค่ะ ตอนนี้กราฟเป็น Category III ชัดเจน พยาบาลกำลังทำ Intrauterine Resuscitation ขอให้คุณหมอมาพิจารณาแผนการรักษาด่วนค่ะ"*

4. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและกลยุทธ์ป้องกันข้อพิพาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ การบันทึกต้องสอดคล้องกับเหตุการณ์ เน้นความครบถ้วน ถูกต้อง เป็นจริง และเป็นไปตามเวลาจริงการบันทึกคือพยานเอกสารที่ดีที่สุดในชั้นศาล

4.1 ความครบถ้วนของข้อมูล ต้องนำข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์ (สมุดสีชมพู) หรือประวัติจากโรงพยาบาลเดิมมาบันทึกลงในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ครบถ้วน เพื่อไม่ให้ข้อมูลสูญหาย

4.2 หลักฐานการติด EFM ต้องพิมพ์ผลออกมาเป็นหลักฐาน หรือบันทึกไฟล์ดิจิทัลลงในระบบทันที การติดเครื่องแต่ไม่มีผลกราฟมายืนยันเมื่อเกิดคดีความ ถือว่าบกพร่องต่อหน้าที่

4.3 บันทึกตามเวลาจริง (Real-Time) การบันทึกเหตุการณ์วิกฤตต้องระบุเวลาที่เกิดเหตุ เวลาที่รายงานแพทย์ และเวลาที่แพทย์มาถึงเตียงผู้ป่วยอย่างละเอียด เมื่อเกิดคดีความบันทึกที่ละเอียดครบถ้วนถูกต้อง ถือเป็นพยานเอกสารทางกฎหมายที่สำคัญ (Perry et al., 2023)

4.4 บันทึกการโต้ตอบ หากมีการรายงานแพทย์แล้วแพทย์สั่งให้สังเกตอาการต่อทั้งที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต้องบันทึกว่า "รายงานแพทย์ชื่อ... เวลา... แจ้งอาการ... แพทย์รับทราบและสั่งการรักษาว่า..." เพื่อแสดงขอบเขตความรับผิดชอบและการส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์ (Perry et al., 2023)

เพื่อให้เห็นภาพรวมของการจัดการปัญหา ผู้เขียนได้สังเคราะห์กลยุทธ์ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลและกลยุทธ์ป้องกันข้อพิพาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

ภาวะวิกฤต	การแก้ปัญหาเร่งด่วนตามมาตรฐาน	รูปแบบการบันทึกเวชระเบียน (พยานเอกสาร)	กลยุทธ์ป้องกันข้อพิพาทระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ (เจรจาต่อรอง)
1. ข้อมูล/ EFM ผิดพลาด	ตรวจสอบ 2 ตัวบ่งชี้ก่อนติด EFM จัดการ กด End Session ผู้คลอดเก่าก่อนเสมอ	บันทึก ประวัติจากสมุดสีชมพูลงระบบให้ครบ พิมพ์ กราฟ EFM ที่ชื่อถูกต้องเก็บเป็นหลักฐาน	ป้องกัน หากพบชื่อผิดในระบบแจ้งแก้ไขทันที ห้ามนำกราฟผิดคนมาอ้างอิงเด็ดขาด
2. คลอดไหล่ยาก	ตั้งสติ ห้ามดึงศีรษะ ห้ามดันยอดมดลูก ปฏิบัติ ทำท่า McRoberts และกด Suprapubic ทันที	บันทึก เวลาศีรษะและไหล่คลอดอย่างละเอียด บันทึก ชื่อหัตถการ สภาพทารก การขยับแขน APGAR Score	สื่อสาร ขานเวลาทุก 1 นาที (Time Awareness) จุดยืน ปฏิเสธสุภาพหากถูกสั่งให้ดันยอดมดลูก *"ขออนุญาตไม่ดันนะคะ เป็นข้อห้าม"*
3. ทารกขาดออกซิเจน	กู้ชีพ ตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว หยุด Oxytocin ทันที	บันทึก รายละเอียดกราฟ EFM ตามเวลาจริง บันทึก เวลาที่รายงาน และคำสั่งแพทย์อย่างชัดเจน	เจรจา ใช้ ISBAR/CUS หากถูกสั่งให้ "รอดูอาการ" ป้องกัน ยืนยันด้วยข้อมูล EFM แทนความรู้สึก
4. ตกเลือดหลังคลอด	ห้ามเลือด คลึงมดลูกให้แข็ง กู้ชีพ เปิดเส้นเลือด ให้ยา/ สารน้ำตาม Protocol	บันทึก ปริมาณเลือดโดยการชั่งน้ำหนักเท่านั้น บันทึก สัญญาณชีพ อาการช็อก ทุก 15 นาที	สื่อสาร รายงานด้วยตัวเลขจริง *"เสียเลือดจากการชั่ง 1,200 cc."* เพื่อกระตุ้นความเร่งด่วน

บทสรุป

ความปลอดภัยของผู้คลอดขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลในการรู้เร็ว แก้ไว และสื่อสารเป็น การถอดบทเรียนจากคดีทางสูติกรรมชี้ให้เห็นว่า พยาบาลต้องมีความแม่นยำในทักษะทางคลินิก มีความรู้ขีดจำกัดด้านกฎหมายวิชาชีพ และใช้เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน (ISBAR, CUS) เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้คลอด การบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามสถานการณ์ คือ เกราะป้องกันทางกฎหมายที่ดีที่สุด รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมการรับฟังกันในทีม ช่วยลดข้อพิพาทและสร้างผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะ

เพื่อนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านนโยบาย โรงพยาบาลควรสร้าง Checklist การตรวจสอบ End Session ของเครื่อง EFM และแบบฟอร์มบันทึกการรายงานแพทย์ด้วยรูปแบบ ISBAR/CUS ไว้ในระบบเวชระเบียน

2. ด้านปฏิบัติการ จัดการซ้อมแผนสถานการณ์จำลองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง พร้อมกำหนดตัวชี้วัด เช่น ระยะเวลาตั้งแต่พบกราฟ EFM ผิดปกติจนถึงการหยุดยา Oxytocin ต้องไม่เกิน 3 นาที

3. ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาต้องบูรณาการการวิเคราะห์คำพิพากษาคดีทางการแพทย์เข้ากับการสอนสูติศาสตร์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้เชิงกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. กระทรวงสาธารณสุข.

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 (2528, 5 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 102 ตอนที่ 120, หน้า 1-24.

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. (2540, 31 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 114 ตอนที่ 82 ก, หน้า 23-39.

มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, และบุษบา วงค์พิมล. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38*(1), 107-116.

สภาการพยาบาล. (2550). *ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550*. จากhttps://www.tnmc.or.th

สภาการพยาบาล. (2553). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์*. https://www.tnmc.or.th

สภาการพยาบาล. (2562). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562*. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0037.pdf

สภาการพยาบาล. (2564). *ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564*. https://www.tnmc.or.th

Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). *Team STEPPS 3.0 pocket guide*. Agency for Healthcare Research and Quality.

Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education, 20*(Suppl 2), 459. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-6

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). New York: Mc Graw Hill.

Davis, D. D., Roshan, A., & Varacallo, M. A. (2023). *Shoulder dystocia*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2023). *Maternal child nursing care* (7th ed.). St. Louis: Elsevier.

The Joint Commission. (2023). *National patient safety goals effective January 2023: Hospital program.* https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/

World Health Organization. (2021). *WHO labor care guide: User's manual*. https://www.who.int/publications/i/item/978924001756