

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 3 / 65 เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2565
เจ้าหน้าที่ 1 พช. 31 กว

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ.....

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน (พช. ๓๗๖๖๖ ลิขิตวิญญูวงศ์)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง วิจัยทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา

เสนอโดย

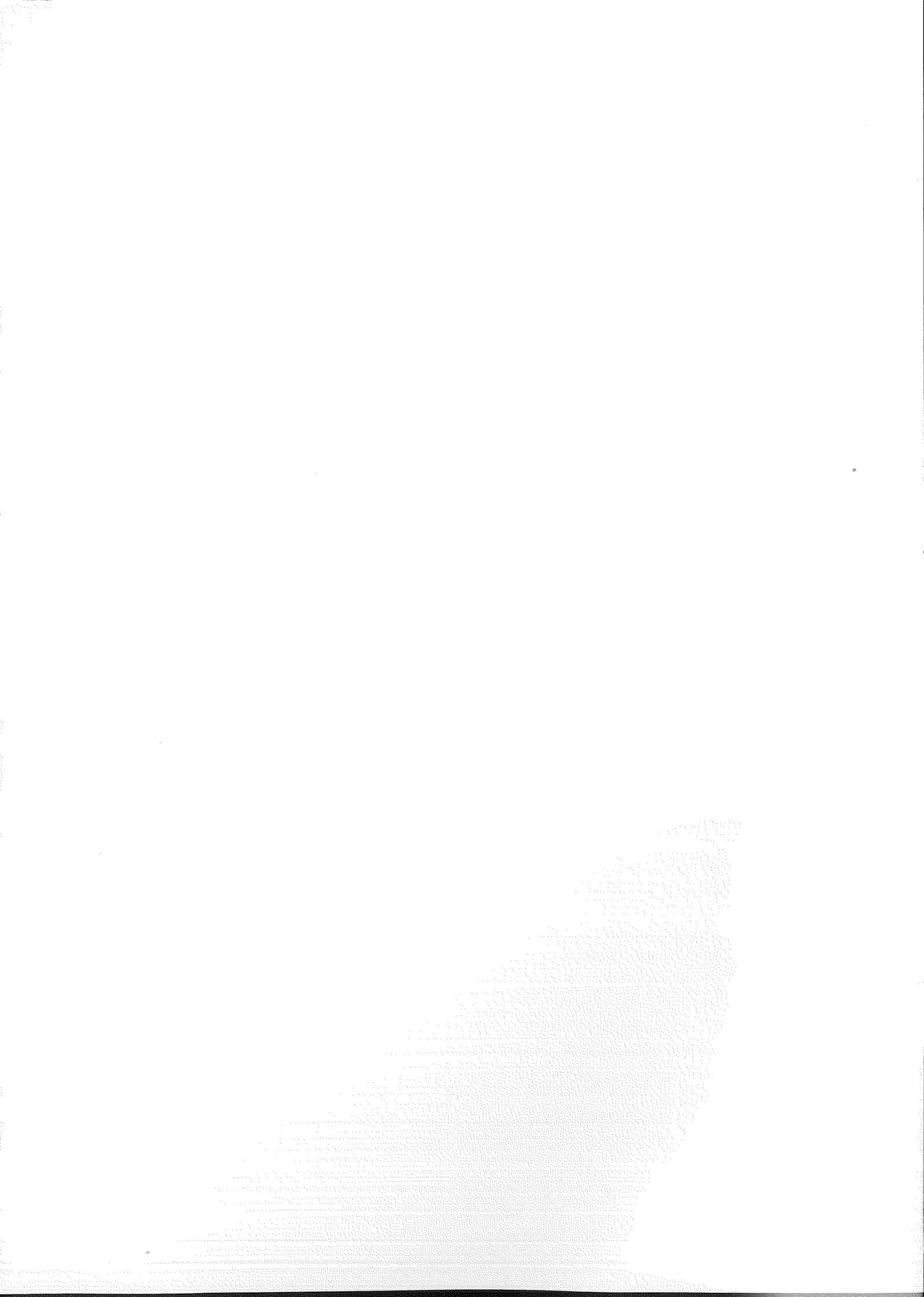
นางสาวอังศุมาลิน สานงาม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 766)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์



ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง วิกฤตการณ์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา

เสนอโดย

นางสาวอังศุมาลิน สานงาม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 766)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 16 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (Premature Infant) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ หรือน้อยกว่า 259 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ทารกคลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ผลกระทบต่อทารกที่สำคัญ คือ ระบบหายใจ เนื่องจากระบบหายใจของทารกคลอดก่อนกำหนดเจริญเติบโตและพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อความสามารถของทารกที่จะหายใจและการปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมภายนอก ภาวะบกพร่องในระบบหายใจ ได้แก่ การขาดสารลดแรงตึงผิว ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก

ภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome: RDS) หมายถึง ภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ในปอด มีสาเหตุเริ่มต้นจากการเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ของปอด เป็นปัญหาในระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิดที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย และการตายของทารกเกิดก่อนกำหนด (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561)

พยาธิสรีรภาพ

ผลของการขาดสารลดแรงตึงผิวจะทำให้หลังจากทารกหายใจออกถุงลมจะแฟบ ปริมาตร และความยืดหยุ่นของปอด (lung compliance) ลดลง ทารกต้องใช้แรงในการหายใจเข้าเพิ่มขึ้น เกิดความไม่สมดุลระหว่างการระบายอากาศ (ventilation) และการกำซาบ (perfusion) ทำให้ทารกมีภาวะเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercapnia) (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561)

อาการและอาการแสดง

อาการของ RDS อาจพบทันทีหลังเกิดหรือภายใน 4-6 ชั่วโมง ดังนี้ (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561)

1. หายใจเร็ว (tachypnea) มากกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือหายใจลำบาก (dyspnea)
2. หน้าอกบุ๋ม บริเวณช่องซี่โครง ชายโครง กระดูกซี่โครงซี่โครง เนื่องจากหดตัวอย่างแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยการหายใจ รวมทั้งความยืดหยุ่นของปอดลดลง และโครงกระดูกซี่โครงเพิ่มขึ้น
3. มีการหายใจโดยที่ทรวงอก และหน้าท้องเคลื่อนไหวไม่พร้อมกัน
4. เสียงกลั่นหายใจในระยะหายใจออก (expiratory grunting) เนื่องจากสายเสียงหุบแคบลงในระยะหายใจออก เพื่อคงปริมาตรภายในปอด
5. หายใจมีเสียงคราง (moaning) ปีกจมูกบาน (flaring nose) อาการเขียว (apnea) เมื่อหายใจในอากาศธรรมดา
6. อาการอื่น ๆ ได้แก่ อุณหภูมิกายต่ำ ไม่เคลื่อนไหวขยับร่างกาย อ่อนแรง และปัสสาวะน้อย

การรักษา

ทารกที่คาดว่าจะมีภาวะหายใจลำบาก หรือทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 1,500 กรัม ควรได้รับการเฝ้า

สังเกตอาการ หรือให้การรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) การรักษาที่ทารกควรได้รับ มีดังนี้ (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561)

1. การให้ออกซิเจน โดยรักษาระดับออกซิเจนในเลือด (PaO_2) ให้อยู่ระหว่าง 50-70 มิลลิเมตรปรอท ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) 40-50 มิลลิเมตรปรอท และ pH อยู่ระหว่าง 7.25-7.30 ทารกที่มีระดับออกซิเจนต่ำจะได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผ่านทางกล่องครอบศีรษะ (oxygen hood) หรือเริ่มให้การรักษาด้วย Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)

2. การให้สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ และควบคุมกรดต่างในระยะ 3 วันแรก ให้สารน้ำที่ทารกต้องการในระยะ 48 ชั่วโมงแรก ให้อาหารนมทางสายให้อาหารแต่ถ้ายังไม่สามารถให้นมได้ ควรเพิ่มพลังงาน โดยให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

3. การรักษาประคับประคองอื่น ๆ ได้แก่ การรักษาอุณหภูมิกาย เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และความต้องการออกซิเจน การให้เลือด ให้ยาปฏิชีวนะเนื่องจากปอดอักเสบ การปิด Patent Ductus Arteriosus (PDA)

4. การใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกที่มีภาวะหายใจลำบากรุนแรง หรือมีภาวะหายใจวาย (respiratory failure)

5. การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิว (surfactant therapy)

การพยาบาล

การพยาบาลทารกที่มีปัญหาทางระบบหายใจ (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561)

1. เมื่อแรกรับทารกที่มีปัญหาทางระบบหายใจ พยาบาลควรประเมินสภาพตามสถานะของแต่ละโรค แล้วนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ดูแลทางเดินหายใจทารกให้โล่งจากการประเมินการหายใจ โดยการดูดเสมหะน้ำมูก และน้ำลาย

3. จัดท่านอนให้ทารกนอน โดยจัดให้ศีรษะ และลำคออยู่ในท่าที่เป็นกลาง (neutral position) และลำคอเหยียดเล็กน้อย (sniffing position) โดยใช้ผ้าม้วนหนุนไหล่ จะช่วยให้ทางเดินหายใจเปิดกว้าง ควรเปลี่ยนท่านอนตามความเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นท่านอนคว่ำ หรือนอนตะแคงทุก 4 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ออกซิเจนทารกตามแผนการรักษา ตามสถานะของโรค

5. ดูแลให้การพยาบาล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในทารกที่ได้รับสารลดแรงตึงผิว (surfactant)

6. ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำสารอาหาร และยาตามแผนการรักษาตามสถานะของโรค

7. สังเกต และประเมินภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ สีผิว สัญญาณชีพ การเคลื่อนไหวของทรวงอก พฤติกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การฟังเสียงหายใจ และผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือด

8. สังเกตและประเมินภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดแฟบ ภาวะมีลมในเยื่อหุ้มปอด และปอดอักเสบ

9. การพยาบาลทางด้านจิตใจบิดา มารดาของทารก

9.1 สร้างสัมพันธภาพกับบิดา มารดาของทารก ด้วยท่าทางที่จริงใจ เป็นมิตร และเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก พร้อมจัดให้ได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่ทำการรักษา ถึงอาการที่เป็น และแนวทางการรักษาพร้อมลงชื่อในเอกสาร

9.2 ประเมินความวิตกกังวล และท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกของบิดา มารดาต่อความเจ็บป่วยของทารก พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ

9.3 ให้ข้อมูลบิดา มารดาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้กับทารก รวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญ และจำเป็นในช่วงนั้น ๆ และแจ้งอาการของทารกให้บิดา มารดาทราบเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยมทารก

9.4 ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้บิดา มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การป้อนนม ซึ่งจะช่วยให้บิดา มารดา รู้สึกว่าได้ทำบทบาทของตนเองอย่างมีคุณค่า

9.5 ให้สุกศึกษาตามแบบฟอร์มแบบแผนการจำหน่าย และให้มารดาบีบนมมาไว้ให้ทารกในระยะแรก ที่ให้ทางสายยาง สอนวิธีการให้นมทารก ทำอุ้มที่ถูกต้องกับมารดา เมื่อแพทย์อนุญาตให้ทารกดูดนมมารดา

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ทารกคลอดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ระบบหายใจของทารกคลอดก่อนกำหนดเจริญเติบโตและพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงเกิดภาวะบกพร่องในระบบหายใจ คือ ภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในทารกคลอดก่อนกำหนด และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารกในวัยทารกแรกเกิด และยังมีโอกาสเกิด โรคเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อทารกและครอบครัวในระยะยาวได้จากสถิติของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกลาง พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากจำนวน 27, 26 และ 28 ราย ตามลำดับ เพื่อให้การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงได้จัดทำกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก และได้รับสารลดแรงตึงผิว จากตำราเอกสารทางวิชาการ ทางอินเทอร์เน็ต และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา เพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย

4.2.2 เลือกกรณีศึกษาทารกเพศชาย คลอดเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 17.23 น. เลขที่ภายนอก 11496/63 เลขที่ภายใน 1763/63 คลอดปกติทางช่องคลอด มารดาตั้งครรภ์แรก การประเมินสภาวะทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนนแอปการ์ (Apgar score) 4, 6, 9 ในนาทีที่ 1, 5, 10 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิด 2,018 กรัม กุมารแพทย์ประเมินอายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ วินิจฉัยทารกว่าเป็นภาวะหายใจลำบาก รับไว้รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

4.2.3 ตรวจร่างกายและประเมินอาการของทารก รวมทั้งประเมินสภาพ จิตใจ อารมณ์ สังคมของบิดา มารดาของทารก

4.2.4 วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

4.2.5 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายทารกกลับบ้าน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บิดา มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล และให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกต่อที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

4.2.6 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาในเวชระเบียน

4.2.7 สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารวิชาการ นำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดดังนี้

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา ทารกเพศชาย อายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ มารดาอายุ 25 ปี ตั้งครรภ์แรก การตั้งครรภ์ครั้งนี้มารดาไม่ได้ฝากครรภ์ ผลตรวจ Anti HIV, HBsAg และ VDRL ปกติ ไม่มีโรคประจำตัว มารดาเริ่มเจ็บครรภ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา ถุงน้ำแตกเองเมื่อเวลา 17.20 นาฬิกา ลักษณะสีของน้ำคร่ำใส คลอดปกติทางช่องคลอด เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 17.23 นาฬิกา การประเมินสภาวะทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนน แอปการ์ 4, 6, 9 ในนาทีที่ 1, 5, 10 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิด 2,018 กรัม ทารกมาถึงหออภิบาลทารกแรกเกิดเวลา 17.45 นาฬิกา

เยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกมีอาการร้องคราง (moaning) มีเสียงกลั่นหายใจในระยะหายใจออก (grunting) ออกนูน (retraction) หายใจเบาถี่ 40 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 180 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิแรกรับ 36.3 องศาเซลเซียส SpO₂ 93 % แพทย์จึงได้พิจารณาให้การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: CPAP) 4 ชั่วโมง ต่อมาอาการทารกไม่ดีขึ้นยังคงมีอาการร้องคราง (moaning) มีเสียงกลั่นหายใจในระยะหายใจออก (grunting) ออกนูน (retraction) และหายใจเร็ว (tachypnea) มากขึ้น 74-80 ครั้งต่อนาที SpO₂ 93-94 % แพทย์จึงเปลี่ยนใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้โหมดเครื่องช่วยหายใจแบบที่ช่วยหายใจทุกครั้งในขณะที่ถูกกระตุ้น (Assisted controlled ventilation: AC) และให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) คือ survanta 8 ml via ETT เวลา 21.00 นาฬิกา ทารกได้รับการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบปอดมีลักษณะคล้ายกระจกฝ้า (ground glass appearance) การตรวจค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) 1 ชั่วโมง หลังให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) pH 7.344, pCO₂ 51 mmHg, pO₂ 46.4 mmHg, HCO₃ 27.1 mmol/l (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 22.00 นาฬิกา) การพยาบาล งดดูดเสมหะหลังทารกได้รับสารลดแรงตึงผิว 6 ชั่วโมง หลังครบ 6 ชั่วโมง ดูดเสมหะทารกทุก 3 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพและค่า SpO₂ ทุก 2 ชั่วโมง หลังจากให้การพยาบาล อัตราการหายใจของทารกอยู่ระหว่าง 64-72 ครั้งต่อนาที SpO₂ 98-100 % ทารกนอนภายใต้เครื่องทำความร้อนชนิดแผ่รังสีแรกรับ และวัดอุณหภูมิแรกรับทางทวารหนัก ติดตามอุณหภูมิทางรักแร้ทุก 30 นาที จนอุณหภูมิจะคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง ให้นอนในตู้อบ โดยปรับตั้งอุณหภูมิตู้อบตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับอายุและน้ำหนักของ

ทารกแรกเกิด (Neutral thermal environment: NTE) หลังให้การพยาบาลอุณหภูมิกายของทารกอยู่ระหว่าง 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ทารกงดนม ทารกได้รับการใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดใหญ่ทางสายสะดือ (Umbilical vein catheter: UVC) ให้สารน้ำ 10% D/W อัตราการหยด 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่สั้นเท้า (Dextrostix: DTX) หลังจากให้สารน้ำ 1 ชั่วโมง เท่ากับ 73 มิลลิโมลต่อลิตร บันทึกร่างกายของทารก บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร (gastric content) หลังให้การพยาบาลพบน้อย 3 มิลลิลิตรในกระเพาะอาหาร ทารกยังไม่ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะออก 3 มิลลิลิตรใน 7 ชั่วโมงแรกเกิด การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด และการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดก่อนให้ทารกได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ ampicillin 200 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง และ gentamicin 9 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 36 ชั่วโมง และสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น ชิม มีไข้ หลังให้การพยาบาลทารกยับแขนขาได้ดี ไม่มีไข้ ไม่มีผื่นแพ้ยา

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกนอนอยู่ในตู้อบ อุณหภูมิร่างกาย 37.1-37.2 องศาเซลเซียส ทารกยับแขนขาได้ดี ทารกหายใจเร็ว (tachypnea) อัตราการหายใจ 68-72 ครั้งต่อนาที SpO₂ 98-100% ค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) pH 7.357, pCO₂ 50 mmHg, pO₂ 49.7 mmHg, HCO₃ 27.4 mmol/l (วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา) แพทย์ให้การรักษาโดยการปรับเครื่องช่วยหายใจเป็น โหมดที่ผู้ป่วยหายใจเอง (spontaneous ventilation) สลับกับการหายใจจากเครื่องตามที่ตั้งไว้ (Synchronize Intermittent mandatory ventilation: SIMV) สังเกตการหายใจ บันทึกลักษณะชีพและค่า SpO₂ ทุก 2 ชั่วโมง หลังให้การพยาบาลอัตราการหายใจของทารกอยู่ระหว่าง 64-72 ครั้งต่อนาที และติดตามค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) 2 ชั่วโมง หลังปรับโหมดเครื่องช่วยหายใจ (Blood gas) pH 7.327, pCO₂ 53.4 mmHg, pO₂ 43.1 mmHg, HCO₃ 27.2 mmol/l (วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 10.00 นาฬิกา) ทารกน้ำหนัก 2,080 กรัม เริ่มให้นม 2 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทางสายยางเข้าปาก ได้รับสารน้ำ 10% D/W ทางหลอดเลือดดำใหญ่ทางสายสะดือ (Umbilical vein catheter: UVC) อัตราการหยด 5.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกร่างกายของทารก บันทึกลักษณะสิ่งเหลือค้างในกระเพาะอาหาร สังเกตอาการท้องอืดและอาเจียนของทารก มีนมย่อยแล้ว เหลือค้างในกระเพาะอาหาร 1 มิลลิลิตรต่อมือ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ปัสสาวะออก 25 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกนอนอยู่ในตู้อบ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ทารกยับแขนขาได้ดี ทารกหายใจเร็ว (tachypnea) 62-72 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-99% ค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) pH 7.349, pCO₂ 51.5 mmHg, pO₂ 38.9 mmHg, HCO₃ 27.7 mmol/l (วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา) ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจเป็น โหมดที่ผู้ป่วยหายใจเอง (spontaneous ventilation) สลับกับการหายใจจากเครื่องตามที่ตั้งไว้ (Synchronize Intermittent mandatory ventilation: SIMV) ทารกน้ำหนัก 2,000 กรัม ทารกได้รับนม 7 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทางสายยางเข้าปาก ได้รับสารน้ำ 10% D/W ทางหลอดเลือดดำใหญ่ทางสายสะดือ (Umbilical vein catheter: UVC) อัตราการหยด 6 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทารกมีนมย่อยแล้วเหลือค้างในกระเพาะอาหาร 2 มิลลิลิตรต่อมือ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ปัสสาวะออก 55 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ทารกมีผิวกายเหลือง ค่าบิลิรูบินในกระแสเลือด 9.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ < 9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) แพทย์ให้การรักษาโดยการส่องไฟ (phototherapy) สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการส่องไฟรักษา หลังให้การพยาบาล ทารกยับแขนขาได้ดี ไม่มีชักเกร็ง รับนมได้ดี

ขับถ่ายปกติ ไม่มีผื่นแพ้ที่ผิวหนัง บิดา มารดามาเยี่ยมบุตร และซักถามอาการของบุตรด้วยวิธีหน้าวิดกกังวล การพยาบาลให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค ปัญหาของการรักษาพยาบาล แก่บิดา มารดา เพื่อให้บิดา มารดาคลายความวิตกกังวล ให้เยี่ยมทารกทุกวันตามเวลาเยี่ยมและตามต้องการ แนะนำให้สัมผัสทารก มองหน้า และพูดคุยกับทารก รวมทั้งส่งเสริมให้ทารกได้รับนมมารดา โดยให้มารดาบีบเก็บน้ำนม หลังให้การพยาบาลบิดา มารดาเข้าเยี่ยม สัมผัสทารก และพูดคุยกับทารก แต่มารดา ยังไม่ได้อุ้มทารกเนื่องจากทารกยังได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือพิเศษทางการแพทย์หลายชนิด มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมได้ตามคำแนะนำ

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกนอนอยู่ในตู้อบ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37 องศาเซลเซียส ทารกขับถ่ายได้ดี ทารกหายใจเร็ว (tachypnea) อัตราการหายใจ 62-72 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-99 % ค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) pH 7.437, pCO₂ 47.5 mmHg, pO₂ 43.5 mmHg, HCO₃ 31.5 mmol/l (วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา) แพทย์ให้การรักษาโดยการปรับเครื่องช่วยหายใจเป็นโหมดที่ผู้ป่วยหายใจเอง (spontaneous ventilation) สลับกับการหายใจจากเครื่องตามที่ตั้งไว้ (Synchronize Intermittent mandatory ventilation: SIMV) ทารกน้ำหนัก 2,000 กรัม ผลการตรวจเกลือแร่ผิดปกติ Na = 133 mmol/l, K = 4.5 mmol/l, Cl = 101 mmol/l, CO₂ = 19 mmol/l, tCa = 8.6 mg/dl (วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา) ให้นม 3 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition: TPN) ทางหลอดเลือดดำใหญ่ทางสายสะดือ (Umbilical vein catheter: UVC) อัตราการหยด 8.7 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทารกมีนมย่อยแล้วเหลือค้างในกระเพาะอาหาร 4 มิลลิลิตรต่อมื้อ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ปัสสาวะออก 50 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ทารกได้รับการส่องไฟรักษาต่อ

เยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกนอนอยู่ในตู้อบ อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ทารกขับถ่ายได้ดี ทารกหายใจ 50-56 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-99 % ค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) pH 7.417, pCO₂ 46.6 mmHg, pO₂ 53.9 mmHg, HCO₃ 29.5 mmol/l (วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา) แพทย์ได้พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ (Extubate) และใช้การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทางจมูก (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: CPAP) หลังให้การพยาบาลทารกมีอัตราการหายใจ 52-60 ครั้งต่อนาที SpO₂ 97-98 % ทารกน้ำหนัก 2,015 กรัม ให้นม 15 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition: TPN) ทางหลอดเลือดดำใหญ่ทางสายสะดือ (Umbilical vein catheter: UVC) อัตราการหยด 1.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทารกมีนมย่อยแล้วเหลือค้างในกระเพาะอาหาร 2-3 มิลลิลิตรต่อมื้อ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ปัสสาวะออก 65 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง ทารกค่าบิลิรูบินในกระแสเลือด 5.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์หยุดการรักษาโดยการส่องไฟ และผลการเพาะเชื้อจากเลือด 5 วัน ไม่พบเชื้อ แพทย์หยุดการให้ยาปฏิชีวนะ ทารกได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินของหู ผ่าน ทั้ง 2 ข้าง หลังหยุดการให้ยาปฏิชีวนะ

เยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 54-60 ครั้งต่อนาที SpO₂ 98-100 % ค่าก๊าซในเลือด (Blood gas) pH 7.475, pCO₂ 51.1 mmHg, pO₂ 69.3 mmHg, HCO₃ 37.2 mmol/l แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยเปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทารกทางกล่องครอบศีรษะ (O₂ box) ความเข้มข้นของออกซิเจน (Fi O₂) 100 % อัตราการไหล (Flow) 3 ลิตรต่อนาที และให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าจมูก (O₂ Nasal Cannular) ความ

เข้มข้นของออกซิเจน ($Fi O_2$) 100 % อัตราการไหล (Flow) 2 ลิตรต่อนาที ตามลำดับ หลังให้การพยาบาลทารกอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 54-58 ครั้งต่อนาที SpO_2 98-100 % แพทย์ให้ทารกออกจากตู้อบ อุณหภูมิกายของทารกอยู่ระหว่าง 36.8-37.1 องศาเซลเซียส ทารกน้ำหนัก 2,000 กรัม แพทย์หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทารกได้รับนม 35 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทารกไม่มีนมย่อยเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน ปัสสาวะออก 65 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมง

เยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกอัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 56-60 ครั้งต่อนาที SpO_2 96-99 % แพทย์ได้พิจารณาหยุดการให้ออกซิเจนกับทารก การพยาบาล สังเกตการหายใจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ทารกอัตราการหายใจ 56-60 ครั้งต่อนาที SpO_2 96-99 % ทารกอุณหภูมิกายอยู่ระหว่าง 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ช่วยเหลือมารดาให้ทารกดูดนมมารดา หรือป้อนนมทารก 40 มิลลิลิตร ทุก 3 ชั่วโมง ทารกน้ำหนัก 2,025 กรัม ทารกดูดนมได้ดี ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน บิดา มารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารก การพยาบาล เปิดโอกาสให้บิดา มารดาแสดงความรู้สึก ซักถาม และให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารก เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมหลังขับถ่าย ได้สาธิตวิธีการอุ้ม การอาบน้ำ การเช็ดตา และการเช็ดสะดือ หลังให้การพยาบาล มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้เองอย่างถูกต้อง

เยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 ทารกอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ทารกดูดนมมารดาได้ดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ท้องไม่อืด ไม่อาเจียน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาตรวจเพื่อติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ บิดา มารดาไม่มีความมั่นใจในการดูแลทารกที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล การพยาบาลให้ทารกได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคและวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ อหิวาต์เทียมที่ 1 แนะนำมารดาเรื่องวัคซีนที่ทารกได้รับ การมาตรวจและมารับวัคซีนตามนัด การดูแลแผลที่ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค การให้นมและอาหารตามวัยซึ่งมีอยู่ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก อาการผิดปกติที่ต้องนำทารกมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ ซึม ไม่ดูดนม เป็นต้น หลังการให้คำแนะนำ มารดาตอบคำถามเรื่องการดูแลทารกที่บ้านได้ถูกต้อง สภาพทารกก่อนกลับบ้าน ทารกร้องไห้ ขยับแขน ขาได้ดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 56 ครั้งต่อนาที ทารกหายใจปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ทารกดูดนมได้ดี ขับถ่ายปกติ บิดา มารดาได้รับทารกกลับบ้าน ทารกได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรวมเป็นเวลา 16 วัน ในระหว่างที่อยู่ในความดูแลรักษาพยาบาล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย

เป้าหมายการพยาบาล ทารกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำให้อากาศในปอดเพื่อให้ทางเดินหายใจทารกเปิดโล่ง ช่วยแพทย์ให้สารลดแรงตึงผิว (surfactant) ตามแผนการรักษา งดดูดเสมหะทารกหลังได้รับสารลดแรงตึงผิว 6 ชั่วโมง หลังครบ 6 ชั่วโมง ดูดเสมหะทารกทุก 3 ชั่วโมง ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทุกครั้ง บันทึกสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน

กระแสเลือด ระยะแรกบันทึกทุก 30 นาที ต่อมาทุก 1 และ 2 ชั่วโมง ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก ติดตามค่าก๊าซในกระแสเลือด (Blood gas) สังเกตการหายใจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย

เป้าหมายการพยาบาล ทารกมีการควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล ให้ทารกนอนในคู่อบโดยปรับตั้งอุณหภูมิคู่อบตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับอายุ และน้ำหนักของทารกแรกเกิด (Neutral thermal environment: NTE) และไม่เปิด-ปิดคู่อบบ่อย ๆ โดยรวบกิจกรรมทางการพยาบาลทำพร้อมกันในเวลาเดียว เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นและซับให้แห้งอยู่เสมอ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของทารก จากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น ปลายมือปลายเท้าเย็น ตัวลาย ซึมลง การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่สมบูรณ์

เป้าหมายการพยาบาล ทารกไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง วัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทุก 4 ชั่วโมง ดูแลเสมหะด้วยวิธีปลอดเชื้อทุกครั้ง ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนะนำบิดา มารดาล้างมือตามขั้นตอนให้สะอาดก่อนเข้าเยี่ยมทารก การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะหายใจลำบากและการดำเนินการของโรค

เป้าหมายการพยาบาล ทารกได้รับสารน้ำ และสารอาหารเพียงพอับความต้องการของร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล ชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ทารกได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ทารกได้รับนมทุก 3 ชั่วโมง ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่มารดาในการบีบน้ำนมเก็บให้ทารก ตรวจสอบ บันทึกนม สารน้ำสารอาหารที่เข้าสู่ร่างกายทารกและจำนวนปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีภาวะตัวเหลืองจากการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือดเนื่องจากการทำหน้าที่ของตับยังไม่สมบูรณ์

เป้าหมายการพยาบาล ภาวะตัวเหลืองลดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ

กิจกรรมการพยาบาล ถอดเสื้อผ้าทารกออก ปิดตาทารกด้วยผ้าปิดตา ขณะส่องไฟ เปลี่ยนท่านอนทารกทุก 2-4 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการส่องไฟรักษา ติดตามค่าบิลิรูบินในกระแสเลือด

การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 บิดา มารดามีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยของทารกเนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบาก

เป้าหมายการพยาบาล บิดา มารดาคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก

กิจกรรมการพยาบาล สังเกตและประเมินระดับความวิตกกังวลของบิดา มารดา สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้โอกาสบิดา มารดา ได้บอกเล่าความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค ปัญหาของทารก และวิธีการรักษาพยาบาล โดยใช้คำพูดที่ง่ายแก่การเข้าใจ เพื่อให้บิดา มารดาคลายความวิตกกังวล ให้เยี่ยมทารกทุกวันตามเวลาเยี่ยม และแนะนำให้สัมผัสทารกเมื่อเข้าเยี่ยมทารก ส่งเสริมและให้กำลังใจบิดา มารดา

การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ทารกมีการดูดกลืนไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและความไม่สมบูรณ์ของรีเฟล็กซ์การดูดและการกลืน

เป้าหมายการพยาบาล ทารกการดูดกลืนมีประสิทธิภาพ และได้รับสารน้ำสารอาหารเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลช่วยส่งเสริมการดูดกลืนของทารก โดยการนัดกระตุ้นการดูดกลืน

การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2563

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มารดาขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมายการพยาบาล มารดาสามารถดูแลทารกได้ถูกต้องที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำฝึกสอนมารดา เรื่องการให้นม และการดูแลทารกเรื่องต่าง ๆ ก่อนกลับบ้าน

การประเมินผล ปัญหานี้แก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563

7. ผลสำเร็จของงาน

ทารกเพศชาย คลอดเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 17.23 น. คลอดปกติทางช่องคลอด การประเมินสภาวะทารกแรกเกิด โดยการให้คะแนนเอปการ์ 4, 6, 9 ในนาทีที่ 1, 5, 10 ตามลำดับ น้ำหนักแรกเกิด 2,018 กรัม กุมารแพทย์ประเมินอายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ ทารกมีอาการร้องคราง หายใจอกนูน หายใจเร็ว ค่าออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบปอดมีลักษณะคล้ายกระจกฝ้า (ground glass appearance) แพทย์วินิจฉัยทารกมีภาวะหายใจลำบาก และได้รับให้สารลดแรงตึงผิว ทารกรายนี้ได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลา 16 วัน ติดตามเยี่ยม 8 ครั้ง พบทารกมีปัญหาทั้งหมด 8 ข้อ ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป ทารกหายใจปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ทารกดูนอนได้ดี มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารก และมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการในวันที่ 11 มีนาคม 2563

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก รายอื่น ๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

2. นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก ในหน่วยงานให้ดียิ่งขึ้น

3. ใช้ประกอบการนิเทศการพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากทารกชายนี้เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด แต่ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลให้กับทางหน่วยงาน
อนามัยชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งต่อข้อมูลทารกให้หน่วยงานอนามัยชุมชนหรือศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อติดตามเยี่ยม
และดูแลทารกต่อเนื่องหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ทีมพยาบาล ต้องมีการทบทวนกิจกรรมการดูแลทารกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก และได้รับสารลดแรงตึงผิว ให้มีประสิทธิภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไป
ตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

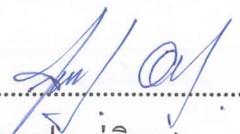
ลงชื่อ..... อังศุมาลิน सानงาม

(นางสาวอังศุมาลิน สานงาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางสายฝน ภูพิทยา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

วันที่..... ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน

ของผู้ขอรับการประเมิน โดยตรงในระหว่าง

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 - 24 กุมภาพันธ์ 2563

การแพทย์ คือ นางประพิมพรรณ เกรียงวัฒนศิริ

ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

ลงชื่อ..... 

นางชัชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

วันที่..... ๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ

ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 -

24 กุมภาพันธ์ 2563 คือ นายเพชรพงษ์ กำจรกิจ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนัก

เอกสารอ้างอิง

- ทิพย์สุดา เต็งพานิช, พิภูล ดินามาส, อลิษา ชุนแก้ว และเสนห์ ชุนแก้ว. (2563). 5 กุญแจเพื่อความสำเร็จในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก. *วารสารแพทยน์าวี*, 47(3), 723-733.
- มณีรัตน์ หมายพิมาย. (2564). การดูแลให้นมทางสายยางในทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34, 1-9. <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/view/244653>
- ศิริเพ็ญ ลิ้มปธรรม, นฤมล ชีระรังสิกุล, ชุณี พงศ์จตุรวิทย์. (2559). ผลของการนวดกระตุ้นการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะ ให้นมทางสายให้อาหารต่อความสามารถในการดูดนม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(4), 43-53. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/98318>
- ศรีสมบูรณ์ มุกติกสุคนธ์, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ศูนย์สารสนเทศและสถิติ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลกลาง. (2563). ข้อมูลสถิติทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง
- สุนทรภรณ์ น้อมภักดี. (2564). รายงานบททวนวรรณกรรม เรื่อง แนวทางการดูแลทารกตัวเหลืองได้เน้นการรักษาด้วยการส่องไฟ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี <https://apps.hpc.go.th/dmkm/item/165>

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวอังศุมาลิน สาณงาม

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อ ขอรับเงินประจำตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลทั่วไป (ตำแหน่งเลขที่ รพก.766)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์

เรื่อง วิจัยทัศนเรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา

หลักการและเหตุผล

ภาวะตัวเหลืองเป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด พบในทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด ร้อยละ 50 และทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 80 (Woodgate & Jardine, 2011) ภาวะบิลิรูบินที่ขึ้นสูงในระดับหนึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อเซลล์สมองของทารก ทำให้เนื้อสมองพิการและเสียชีวิตได้ การรักษาภาวะตัวเหลืองมี 2 วิธี คือ การรักษาโดยการส่องไฟ และการรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด การรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด และป้องกันการเกิดภาวะสมองพิการ มารดาส่วนใหญ่ที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองมักมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรค การรักษาและการดูแล รวมไปถึงอุปสรรคด้านภาษาในการสื่อสารจึงทำให้มารดาผู้ดูแลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น จากสถิติของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกลาง พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองจำนวน 89, 73 และ 58 ราย ตามลำดับ และจำนวนมารดาชาวต่างชาติมีจำนวนมากขึ้นจากสถิติของหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลกลาง พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 มีมารดาชาวต่างชาติจำนวน 144, 186 และ 269 ราย ตามลำดับ ได้แก่ ลาว พม่า กัมพูชา และชาติอื่น ๆ

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับ โรค อาการ การรักษา การดูแลทารกขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลแก่มารดา ซึ่งที่ผ่านมามีการให้ข้อมูล คำแนะนำ โดยวิธีการที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุย สนทนา ประกอบกับหน่วยงานไม่มีแนวทางการให้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นแบบแผนทำให้มารดาผู้ดูแลได้รับข้อมูล คำแนะนำที่มีความแตกต่างกัน มารดาชาวต่างชาติ อาจไม่เข้าใจและได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุม ผู้ศึกษาได้มีแนวคิดที่จะจัดทำวิดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 5 ภาษา ได้แก่ ไทย อังกฤษ ลาว พม่า และกัมพูชา เพื่อให้มารดาชาวไทยและชาวต่างชาติมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรขณะที่ได้รับการรักษา และทำให้การให้ข้อมูล คำแนะนำของพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาชาวไทยและต่างชาติมีความรู้ และสามารถดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองได้อย่างมีคุณภาพ

เป้าหมาย

1. มารดาชาวไทยและชาวต่างชาติสามารถดูแลทารกที่มีภาวะตัวเหลือง ได้อย่างมีคุณภาพ กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะตัวเหลือง (hyperbilirubinemia) หมายถึงภาวะที่มีระดับบิลิรูบินสูงในซีรัม (Serum Bilirubin) สูงกว่า 5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด (ศรีสมบุญ มุกสิกสุคนธ์ และคณะ, 2561) ระดับบิลิรูบินที่สูงมากอาจทำให้เกิดความพิการทางสมองจากภาวะตัวเหลือง (Kernicterus หรือ Bilirubin encephalopathy) คือ ภาวะที่ทารกมีอาการทางระบบประสาท เนื่องจากการถูกทำลายของเนื้อสมองอย่างถาวร ทารกอาจเสียชีวิตในระยะนี้ ในรายที่รอดชีวิตจะพบความพิการทางสมอง คือ สติปัญญาช้า พัฒนาการช้า การรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อลดระดับบิลิรูบินในกระแสเลือด และป้องกันการเกิดภาวะสมองพิการ มี 2 วิธี คือ การรักษาโดยการส่องไฟ และการรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเลือด (จุฑารัตน์ กาฬสินธุ์ และคณะ, 2563)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับ โรค อาการ การรักษา การดูแลทารกขณะได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลแก่มารดา ซึ่งมารดาส่วนใหญ่ที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองมักมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่อง โรค และการดูแลรักษา รวมไปถึงอุปสรรคด้านภาษาในการสื่อสารจึงทำให้มารดาผู้ดูแลมีความเครียดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อให้มารดาผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการรักษา ตลอดจนสร้างความมั่นใจให้กับมารดาผู้ดูแลที่เข้ามาใช้บริการ ด้วยเหตุผลนี้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับมารดาผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพยาบาล ซึ่งมีความใกล้ชิดกับทารกและมารดาผู้ดูแลมากที่สุด จากการศึกษาของ ชิชณู พันธุ์เจริญ (2555) พบว่าหลักการสำคัญที่ทำให้การสื่อสารทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ คือ การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม

ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จัดทำวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา โดยมีด้วยกันทั้งหมด 5 ภาษา คือ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ภาษาพม่า ภาษาลาว และภาษากัมพูชา เพื่อให้มารดาผู้ดูแลทารกทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติได้รับความรู้และสามารถดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งนำไปสู่การได้รับความเท่าเทียมในการเข้ารับบริการ โดยปราศจากการแบ่งชั้นวรรณะ เชื้อชาติและฐานะทางเศรษฐกิจ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอการจัดทำวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา โดยมีทั้งหมด 5 ภาษา ต่อหัวหน้าตึก
2. ประชุม วางแผน ร่วมกับทีมพยาบาลของหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยศึกษาหาข้อมูลจากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง
3. จัดทำวีดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดาเป็นเนื้อหาภาษาไทย ซึ่ง

เนื้อหาจะประกอบด้วยข้อมูลเรื่อง โรค อาการ การรักษา การดูแลขณะส่องไฟ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ศึกษาเป็นผู้จัดทำวิดิทัศน์ด้วยตนเอง จากนั้นนำวิดิทัศน์ให้หัวหน้าพยาบาล พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเรื่องทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ เมื่อวิดิทัศน์ฉบับภาษาไทยเสร็จสมบูรณ์จึงนำมาแปลเป็นวิดิทัศน์พากย์ภาษาอังกฤษ ภาษาพม่า ภาษาลาว ภาษากัมพูชา โดยผู้เชี่ยวชาญในด้านการแปลภาษาอังกฤษ ภาษาพม่า ภาษาลาว และภาษากัมพูชา ตามลำดับ รวมทั้งหมด 4 ท่าน

4. ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้วิดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา กับพยาบาลทุกคนในหน่วยงาน

5. นำวิดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดาให้ความรู้แก่มารดาชาวไทย และชาวต่างชาติที่บุตรมีภาวะตัวเหลือง

6. ติดตามและประเมินผล โดยการให้มารดาชาวไทยและชาวต่างชาติที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองทำแบบสอบถาม และแบบประเมินความรู้หลังจากได้ดูวิดิทัศน์แล้ว

7. รวบรวมนำปัญหาที่พบในการใช้วิดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา มาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาวิดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา ต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มารดาผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง
2. มารดาผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลเรื่องบุตรมีภาวะตัวเหลืองแรกเกิด
3. บุคลากรทางการพยาบาลให้ข้อมูลคำแนะนำมารดาชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีวิดิทัศน์เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองของมารดา ภายในปี พ.ศ. 2566
2. มารดาผู้ดูแลสามารถทำแบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80

ลงชื่อ อังศุมลีน สาขาม

(นางสาวอังศุมลีน สาขาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๒/กค.๒๕๖๕

เอกสารอ้างอิง

- จุฑารัตน์ กาพินธุ์, พูลสุข ศิริพุด, และเสาวมาศ คุณถ่าน เกื่อนนาดี. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (3), 129-138.
- ศรีสมบูรณ์ มุกสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เบื้องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2561). ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุนทรภรณ์ น้อมภักดี. (2564). รายงานทบทวนวรรณกรรม เรื่อง แนวทางการดูแลทารกตัวเหลืองได้เน้นการรักษาด้วยการส่องไฟ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
<https://apps.hpc.go.th/dmkm/item/165>
- ศูนย์สารสนเทศและสถิติ ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โรงพยาบาลกลาง. (2563). ข้อมูลสถิติทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง
- Woodgate, P., & Jardine, L. A. (2011). Neonatal jaundice. BMJ clinical evidence, 2011, 0319.

