

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

---

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ / นามสกุล นางสาวณัฐญาภรณ์ พิกุลณี

อายุ ๓๓ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้คลอด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้การพยาบาลผู้คลอดตั้งแต่อายุครรภ์ ๒๔ สัปดาห์ขึ้นไป ในระยะ  
รอคลอด ระยะคลอด ระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ที่ต้อง ได้รับการตรวจจากเครื่อง  
ประเมินทารกในครรภ์ ดูแลทารกที่เกิดจากมารดาได้รับการผ่าตัดคลอดในระยะ ๒ ชั่วโมงแรก และดูแลทารกใน  
๒ ชั่วโมงหลังคลอด

๑.๒ ชื่อ / นามสกุล นางสาวศุภัสมา สุขสำเร็จ

อายุ ๒๔ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด - เด็กอายุ ๑๕ ปี โดยให้  
การพยาบาลในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญและให้พยาบาลตามแผนการรักษา ดูแลประสานงานกับทีม  
สุขภาพและญาติ วางแผนจำหน่าย และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

๑.๓ ชื่อ / นามสกุล นางสาวพิมพ์ใจ โปติยะ

อายุ ๔๓ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดและผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิด - อายุ ๒๘ วัน และผู้ป่วย  
เด็กวิกฤต ตั้งแต่อายุ ๒๘ วัน - อายุ ๑๕ ปี โดยให้การพยาบาลในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย จัดลำดับความสำคัญและปฏิบัติ  
ตามแผนการพยาบาล ประสานงานกับทีมสุขภาพและญาติ วางแผนจำหน่าย และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง  
ที่บ้าน

๑.๔ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมเชิงปฏิบัติการ Workshop I : Neonatal resuscitation ๒๐๑๕ Workshop II :  
Optimal Uses of Volume-guaranteed Ventilator และ Workshop III : Newborn Temperature Management และ  
ประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๕ เรื่อง Practice Towards Good Outcomes

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม

ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ค่าลงทะเบียน ๕,๙๐๐ บาท จำนวน ๓ ราย รวมเป็นเงิน ๑๗,๗๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ สถานที่ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

### ๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ประสบการณ์และสามารถให้การพยาบาลทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตั้งแต่ทารกคลอด โดยเริ่มตั้งแต่การกัซิปทารก การดูแลในห้องคลอดและยังส่งต่อไปยังหน่วยงานต่างๆ ได้ รู้วิธีการดูแลรักษาทารกแรกเกิด ที่ทันสมัยและก้าวหน้าและสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย

### ๒.๒ เนื้อหา

๒.๒.๑ The Neonatal Resuscitation Program ทักษะการปฏิบัติที่สำคัญในการกัซิปทารกแรกเกิด ดังนี้

- รู้สภาวะแวดล้อมของตนเอง : อุปกรณ์และลูกที่มีความพร้อมที่ช่วยเหลือในการกัซิป เตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือสำหรับการกัซิปทารกแรกเกิดให้พร้อมสำหรับการใช้งาน

- ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ : ทราบประวัติการคลอดของทารกและความเสี่ยงของมารดาก่อนคลอด สิ่งที่ต้องรู้ก่อนการไปรับทารก อายุครรภ์เท่าใด น้ำคร่ำใสหรือไม่ มีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมหรือไม่ วางแผนการหนีบสายสะดืออย่างไร

- คาดการณ์ล่วงหน้าและวางแผน : แบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบ วางแผนการดูแลกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน

- กำหนดผู้นำทีมกัซิป : กำหนดผู้นำทีมกัซิปวางแผนการดูแลในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนกำหนดผู้นำทีมก่อนทารกเกิด

- การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ : เรียกสมาชิกในทีมโดยเรียกชื่อ แบ่งปันข้อมูลให้กับสมาชิกในทีมตลอดเวลาและสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวของทารกอย่างเหมาะสม

- แบ่งงานของบุคลากรในทีมอย่างเหมาะสม : ไม่ทำงานซ้ำซ้อนหรือใช้ทรัพยากรมากเกินไปจนความจำเป็น

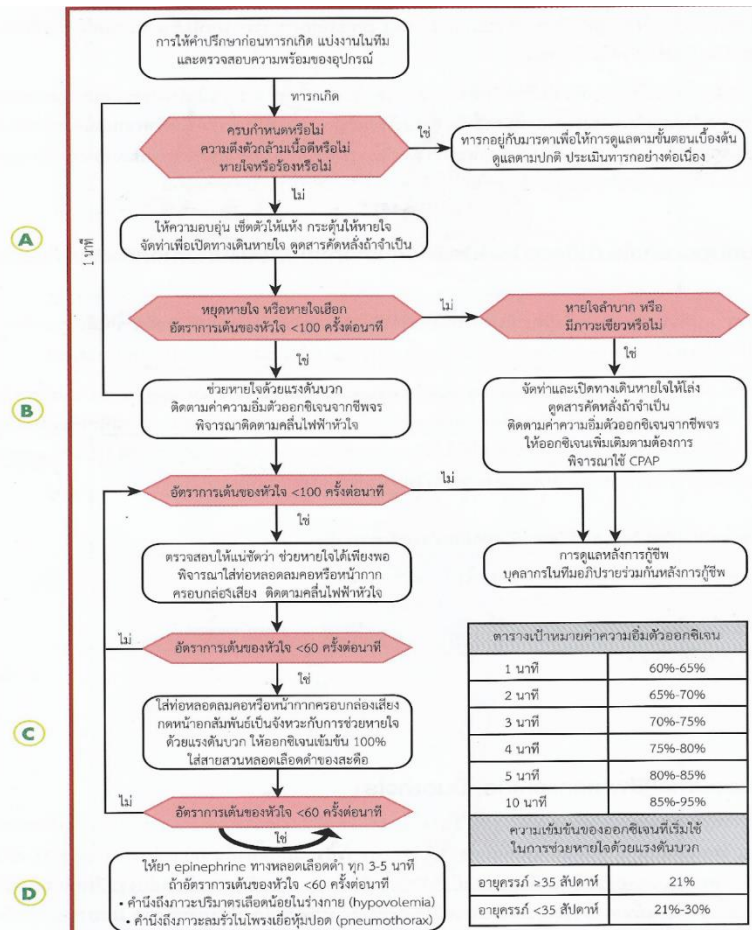
- ตั้งใจปฏิบัติอย่างมีสติ : ติดตามทักษะการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าทารกปลอดภัย

- ขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อต้องการ : การขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมในจังหวะเวลาที่เหมาะสม

**ขั้นตอนเบื้อง...**

### ขั้นตอนเบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิด

- ให้ความอบอุ่น : ในระหว่างการกู้ชีพและการ stabilization ทารกควรมีอุณหภูมิกายระหว่าง ๓๖.๕ - ๓๗.๕ องศาเซลเซียส
- การเช็ดตัวให้แห้ง : วางทารกบนผ้าซับเด็กหรือผ้าอุ่น ให้เช็ดตัวทารกให้แห้งด้วยความนุ่มนวล เมื่อผ้าผืนแรกเปียกให้นำออกจากตัวทารกและใช้ผ้าอุ่นและแห้งอีกผืนหนึ่งมาเช็ดตัวทารกแทน
- การกระตุ้น การเช็ดตัวให้แห้ง นับว่าเป็นการกระตุ้นที่เพียงพอให้ทารกหายใจ หรือ สามารถทำได้ โดยการลูบแผ่นหลัง ลำตัวหรือแขนขาอย่างนุ่มนวล
- การจัดทำของศีรษะและคอเพื่อเปิดทางเดินหายใจ : ทารกควรอยู่ในท่านอนหงายโดย ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง (neutral) หรือแหงนเล็กน้อยเรียกว่า "sniffing the morning air"
- การดูดสารคัดหลั่งกรณีที่มีความจำเป็น : โดยดูดสารคัดหลั่งในปากก่อนดูดจมูก



รูปที่ ๑ แสดงแผนภูมิแสดงขั้นตอนการกู้ชีพทารกแรกเกิดของ NRP

### การช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก

- การใช้ความเข้มข้นของออกซิเจนขณะการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก ถ้าอายุครรภ์มากกว่า ๓๕ สัปดาห์ ให้เริ่มใช้ ความเข้มข้นออกซิเจน ๒๑% และอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๕ สัปดาห์ ให้เริ่มใช้ ความเข้มข้นออกซิเจน ๒๑ - ๓๐ %

- อัตราการช่วยหายใจ คือ ๔๐-๖๐ ครั้งต่อนาทีและแรงดันสูงสุดที่ใช้เริ่มต้นคือ ๒๐-๕๐ ซม.น้ำ โดยนับเป็นจังหวะ "بيب, สอง, สาม; بيب, สอง, สาม; بيب, สอง, สาม" ในขณะที่พูดว่า "بيب" ให้ท่านبيب bag หรืออุดรูเปิดบริเวณ T-piece cap และ ปล่อยมือเมื่อกท่านพูดว่า "สอง, สาม"

### การประเมินการตอบสนองต่อการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก

ภายใน ๑๕ วินาที หลังได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ภายใน ๓๐ วินาที หลังได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก มีอัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า ๑๐๐ ครั้งต่อนาที หากทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการช่วยหายใจแล้ว ๑๕ วินาที ควรช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกต่ออีก ๓๐ วินาที หากทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการช่วยหายใจแล้ว ๑๕ วินาที ให้ผู้ช่วยตรวจสอบการขยับของทรวงอก ทรวงอกขยับ ให้ช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกต่อไปอีก ๓๐ วินาที ถ้าทรวงอกไม่ขยับ ให้ตรวจสอบความถูกต้องของการช่วยหายใจ

### ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของการช่วยหายใจ ตามหลัก MRSOPA

- Mask adjustment (ปรับการวางหน้ากาก)
- Reposition the head and neck (จัดท่าศีรษะและคอ)
- Suction the mouth and nose (ดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูก)
- Open the mouth (เปิดปาก)
- Pressure increase (เพิ่มแรงดัน)
- Alternative airway (ใส่หน้ากากครอบกล่องเสียงหรือท่อหลอดลมคอ)

ปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวตามลำดับจนกว่าท่านจะเห็นว่าทรวงอกของทารกขยับตามการช่วยหายใจ

### การใส่ท่อหลอดลมคอ มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

การใส่ท่อหลอดลมคอควรทำเมื่ออัตราการเต้นของหัวใจยังคงน้อยกว่า ๑๐๐ ครั้งต่อนาที และไม่เพิ่มขึ้นหลังช่วยหายใจ ด้วยแรงดันบวก ควรใส่ท่อหลอดลมคอควรทำก่อนเริ่มการกดหน้าอก หากใส่ท่อหลอดลมคอไม่สำเร็จหรือไม่สามารถทำได้ และทารก มีน้ำหนักมากกว่า ๒ กิโลกรัมโดยประมาณ อาจเลือกใช้หน้ากากครอบกล่องเสียงแทน โดยเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ท่อหลอดลมขนาด ๒.๕ ใช้ในทารกที่หนัก < ๑ kg เบอร์ ๓ ใช้ในทารกที่มีน้ำหนัก ๑ - ๓ kg และเบอร์ ๓.๕ ใช้ในทารกน้ำหนัก ๓ kg laryngoscope ทารกครบกำหนด ใช้เบอร์ ๑ และทารกคลอดก่อนกำหนด เบอร์ ๐

### การกดหน้าอก Chest Compression

- ข้อบ่งชี้ของการกดหน้าอกคือ เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจ < ๖๐ ครั้งต่อนาที หลังจากช่วยหายใจ แรงแต้นบวกอย่างมีประสิทธิภาพ (ทรวงอกขยับ) อย่างน้อย ๓๐ วินาทีแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะใส่ท่อหลอดลมคอหรือหน้ากาก ครอบกล่องเสียงแล้ว

- อัตราการกดหน้าอก ๙๐ ครั้งต่อนาที และอัตราการช่วยหายใจ ๓๐ ครั้งต่อนาที อัตราการช่วยหายใจนี้จะช้ากว่าขณะช่วยหายใจโดยไม่มีกรกดหน้าอก เพื่อให้จังหวะถูกต้อง ควรนับ "หนึ่ง - และ - สอง - และ - สาม - และ - ปีบ - และ..." โดยกดลงบนกระดูกหน้าอกลึก ๑ ใน ๓ ของความกว้างของทรวงอกในแนวหน้า - หลัง

### การให้ยาและสารน้ำ

- ขนาดยา Adrenaline ให้ทางหลอดเลือดดำหรือทางไขกระดูก = ๐.๐๒ มก./กก. (เท่ากับ ๐.๒ มล./กก.) ให้ยาซ้ำได้ทุก ๓-๕ นาที ขนาดที่ให้ = ๐.๐๑-๐.๐๓ มก./กก. (เท่ากับ ๐.๑-๐.๓ มล./กก.) ซีด NSS ๓ ml ไล่สาย หลังให้ยา

- Adrenaline ทางท่อหลอดลมคอ = ๐.๑ มก./กก. (เท่ากับ ๑ มล./กก.)

- การให้สารน้ำทดแทน Normal saline ปริมาณสารน้ำ ๑๐ มล./กก. ระยะเวลาที่ให้สารน้ำ ๕-๑๐ นาที

### ๒.๒.๒ อุณหภูมิกายทารกแรกเกิด : การบริหารจัดการในห้องคลอด

อุณหภูมิกายเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญที่ใช้บ่งบอกความผิดปกติและช่วยในการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วย จึงต้องมีเกณฑ์ในการกำหนดค่าปกติของอุณหภูมิกายที่ปลอดภัยและมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับทารกแรกเกิด จากแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยพบว่า ค่าอุณหภูมิกายที่ปลอดภัย (safety) สำหรับทารกแรกเกิดคือ อุณหภูมิกายที่ ๓๗ +๐.๑ องศาเซลเซียส

อุปกรณ์ในการวัดอุณหภูมิกาย ต้องมีความแม่นยำและวิธีวัดที่ถูกต้อง เพื่อให้ค่าที่สามารถใช้แปลผลทางคลินิก บ่งชี้ความผิดปกติได้แต่แรกเริ่ม ใช้ในการคุมอุณหภูมิกายให้ปกติ และวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม

#### ๑. ปรอทวัดอุณหภูมิชนิดแก้ว ตำแหน่งที่วัดคือ รักแร้และทวารหนัก โดยวัดดังนี้

- การวัดทางทวารหนัก ทารกครบกำหนดให้สอดลึก ๓ เซนติเมตร นาน ๓ นาที ทารกเกิดก่อนกำหนด สอดลึก ๒.๕ เซนติเมตร นาน ๓ นาที

- การวัดทางรักแร้ ทารกครบกำหนด วัดนาน ๘ นาที ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนด ให้วัดนาน ๕ นาที การวัดอุณหภูมิที่รักแร้จะเท่ากับค่าอุณหภูมิที่วัดได้ทางทวารหนักและไม่ต้องบวกเพิ่ม เมื่อใช้เวลาวัดตามข้างต้น

#### ๒. ปรอทวัดอุณหภูมิชนิดอิเล็กทรอนิกส์และชนิดดิจิตอลชนิดวัดทางรักแร้

เครื่องวัดอุณหภูมิชนิดดิจิตอลหรืออิเล็กทรอนิกส์ไม่สามารถใช้ปรอทแก้วในการติดตามอุณหภูมิทารกแรกเกิดที่ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วย

### การดูแลอุณหภูมิทารกแรกเกิดในห้องคลอด

ความเสี่ยงสูงของการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำในทารกแรกเกิดพบได้ไม่บ่อยนักที่ถึงชั่วโมงหลังเกิดอันเนื่องมาจากความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิในมดลูกและอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมนอกมดลูก ร่างกายของทารกหลังเกิด ๑ - ๒ นาที จะเริ่มกระบวนการควบคุมอุณหภูมิกาย (thermal regulation) ทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิกายได้เท่าทารกครบกำหนด เนื่องจาก hypothalamus ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายพัฒนายังไม่สมบูรณ์ stratum corneum เป็นชั้นปกป้องการสูญเสียความร้อนจากการระเหย (evaporative heat loss) ไม่สมบูรณ์ มีไขมันใต้ผิวหนังน้อยและมีไขมันสีน้ำตาล (brown fat) น้อย ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่สลายออกมาเพื่อใช้สร้างความร้อน ทารกแรกเกิดมีพื้นที่ของผิวกายต่อน้ำหนักตัวกว้างกว่าวัยอื่น ทำให้สูญเสียความร้อนทางผิวหนังมากกว่า ทั้งยังไม่สามารถผลิตความร้อนโดยการหดตัวของกล้ามเนื้อด้วยการหนาวสั่น (shivering thermogenesis) ดังนั้นทารกแรกเกิดโดยเฉพาะทารกน้ำหนักตัวน้อยและหรือเกิดก่อนกำหนดจึงเกิดความผิดปกติของอุณหภูมิได้ง่ายและรุนแรง ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆ ในร่างกาย เช่น เพิ่มอัตราเมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ที่มีผลทำให้หายใจลำบาก และหยุดหายใจ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต

#### กลไกการสูญเสียความร้อนมี ๔ กลไก ดังนี้

๑. การนำ (Conduction) สูญเสียความร้อนไปกับพื้นผิที่เย็น และสูญเสียความร้อนให้กับอุปกรณ์ที่สัมผัสทารก
๒. การพา (Convection) สูญเสียความร้อนให้กับกระแสลมพัด
๓. การระเหย (Evaporation) สูญเสียความร้อนพร้อมกับการระเหยของน้ำจากผิวหนังของทารกและจากทางเดินหายใจขณะหายใจออก
๔. การแผ่รังสี (Radiation) สูญเสียความร้อนผ่านคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (electromagnetic wave) จากผิวหนังไปยังพื้นผิวโดยรอบ แม้ไม่สัมผัสกับทารก

#### วิธีการบริหารจัดการอุณหภูมิและการดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด

๑. ปรับอุณหภูมิห้องคลอดไว้ที่ ๒๖ องศาเซลเซียส (WHO แนะนำไม่ให้ต่ำกว่า ๒๕ องศาเซลเซียส)
๒. ตรวจสอบและควบคุมไม่ให้มีกระแสลมพัดผ่านตำแหน่งที่จะวางทารก
๓. ตรวจสอบความพร้อมในการทำงานของเครื่องแผ่รังสีความร้อน
๔. เปิดเครื่องแผ่รังสีความร้อน เพื่อการเตรียมรับทารกในห้องคลอด
  - เปิด manual mode เพื่อทำการ pre-warming โดยเริ่มที่ค่า output สูงสุดร้อยละ ๑๐๐ ก่อนทารกเกิดอย่างน้อย ๑๐ นาที เป็นการอุ่นอย่างรวดเร็ว (rapid warming of bassinet) ให้แก่บริเวณที่นอน ผ้าปูเตียงที่จะรับทารก
  - หลังเปิดนาน ๑๐ นาที ลดการทำงานของ heater ลงร้อยละ ๒๕ - ๗๕ ขึ้นกับอุณหภูมิอากาศในห้องคลอด เพื่อให้อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมบริเวณที่นอนที่จะวางทารกอยู่ที่ ๓๕ องศาเซลเซียส

- ไม่เปิด heater ให้ทำงานเต็มที่ (ร้อยละ ๑๐๐) ทิ้งไว้โดยไม่มีใครเฝ้าติดตาม
- เตรียมหมวก ๒ ชั้น และใช้หมวก ๓ ชั้นสำหรับทารกน้ำหนักต่ำกว่า ๑,๒๐๐ กรัม
- เตรียมถุงไวนิล หรือถุงพลาสติกใสชนิดที่ใส่อาหาร (food grade) เพื่อใช้กับทารกอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์

- อุณหภูมิที่จะรับและเซตตัวทารก

#### **การบริหารจัดการเมื่อคลอดทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์**

๑. ทันทีที่ทารกเกิดให้นำทารกทั้งที่ยังเปียกมาสวมร่างกายด้วยถุงไวนิล เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการระเหยพาความร้อนไปกับสภาพแวดล้อมในห้องคลอด เนื่องจากผิวหนังที่เปียกจะทำให้เกิดการสูญเสียความร้อน ๑.๗ องศาเซลเซียส

๒. วางทารกบนผ้าที่แห้งและอุ่นบน warming mattress

๓. กรณีสวมถุงหรือห่อตัวถึงคอให้เซตศีรษะให้แห้งแล้วสวมหมวกที่มีความหนาถึง ๓ ชั้น

๔. ตั้ง skin servo - control mode ไว้ที่ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส เพื่อปรับการทำงานของเครื่องแผ่รังสีความร้อน กรณีเลือกใช้ manual control mode ให้ปรับอุณหภูมิของเครื่องแผ่รังสีความร้อนไว้ที่ upper limit ของพิสัยปกติ

๕. วัดและติดตามอุณหภูมิกายของทารกบ่อยๆ เนื่องจากทารกที่ได้รับการให้ความอบอุ่นหลายวิธีพร้อมกันจะเกิดอุณหภูมิสูงได้

#### **การบริหารจัดการเมื่อคลอดทารกอายุครรภ์มากกว่า ๓๒ สัปดาห์ ถ้ามารดาและทารกแข็งแรง**

๑. วางทารกบนผ้าอุ่นและเซตตัวด้วยผ้าอุ่น นำผ้าที่เปียกออก

๒. สวมหมวกที่มีความหนาอย่างน้อย ๒ ชั้น

๓. วางทารกบนอกมารดาให้เนื้อแนบเนื้อ แล้วใช้ผ้าห่มที่อุ่นห่มทารกและมารดา ถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ ให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายใน ๑ ชั่วโมงและให้ดูตจจนกว่าทารกจะหยุดดูดเอง

๔. ติดตามและบันทึกอุณหภูมิแกนกลางร่างกาย โดยวัดทางทวารหนักเพียงครั้งเดียวเพื่อวินิจฉัยภาวะทวารหนักไม่ทะลุ

#### **การดูแลอุณหภูมิกายขณะเคลื่อนย้าย/ส่งต่อทารกแรกเกิด กรณีใช้ตู้อบชนิดขนย้าย**

๑. ตู้อบชนิดขนย้ายควรมีประจำอยู่ในห้องคลอดสำหรับขนย้ายทารกที่มีความเสี่ยงสูง

๒. ตรวจสอบความพร้อมของตู้อบชนิดขนย้าย ได้แก่ การทำงานของเครื่อง ความสะอาดภายในและความใสในการมองเห็นของผนังตู้อบ

๓. เตรียมตู้อบชนิดขนย้าย นานอย่างน้อย ๓๐ นาที ก่อนคาดการณ์ว่าจะนำไปใช้กับทารก โดยเปิด air control temperature ไว้ที่ ๓๕ องศาเซลเซียส

๔. ปรับอุณหภูมิอากาศในตู้อบให้เท่ากับ NTE temperature ที่กำหนดสำหรับทารกที่จะขนย้าย

๕. ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์ ให้สวมถุงไว้นิลจะนำออกต่อเมื่อนำส่งทารกถึงหอผู้ป่วย  
ปลายทาง

### ๒.๒.๓ ความผิดพลาดที่พบบ่อยในการพยาบาลทารกแรกเกิด (Common Pitfalls in Neonatal Nursing)

ทารกแรกเกิดมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ดังนั้นพยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะกลุ่มทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต หากได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือผิดพลาด อาจเกิดความเสียหายต่อการสูญเสียชีวิตได้ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ทารกมีความปลอดภัยรอดชีวิตนั้นนอกจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยแล้ว ศักยภาพการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญที่สุด โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้การดูแลตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีหน้าที่ในการเฝ้าติดตาม เพื่อประเมินอาการเริ่มแรกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ( early warning sign ) จึงจะสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้รวดเร็ว รวมถึงการรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันที่ทั้งที่ ดังนั้นความถูกต้องและแม่นยำของข้อมูลจากพยาบาลเพื่อใช้ในการประกอบการวินิจฉัยของแพทย์จึงมีความสำคัญมาก ซึ่งพยาบาลไม่เพียงแต่ต้องแสวงหาความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้ก้าวทันต่อการรักษาและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าตลอดเวลาเท่านั้น แต่ต้องอาศัยการสังเกต การเอาใจใส่ พัฒนาทักษะการดูแล ประการสำคัญต้องมีความระมัดระวัง รอบคอบ เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อทารก

Pitfalls หมายถึง จุดอ่อน หลุมพราง หรือความผิดพลาด ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆได้ทุกระดับขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยที่พยาบาลไม่สามารถตรวจจับได้ ทำให้พยาบาลหลงทาง จึงไม่สามารถให้การดูแลปฏิบัติการพยาบาลให้ทารกได้อย่างเหมาะสมทันต่อเวลา ทำให้ทารกมีอาการแย่ง ซึ่งมีระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยถึงเสียชีวิต

#### ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อผิดพลาด

๑. ภาวะฉุกเฉิน เร่งรีบ อัตราพยาบาลไม่เพียงพอ
๒. การไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง
๓. ขาดการเอาใจใส่ ไม่รอบคอบ ไม่มีประสบการณ์และทักษะ

#### การป้องกัน

๑. การอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล
๒. เสริมสร้างประสบการณ์ โดยเรียนรู้จากการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นบ่อยหรือมีความรุนแรง
๓. การจัดอัตรากำลังเหมาะสม รวมถึงศักยภาพในการดูแลทารก
๔. กำหนดวิธี/คู่มือปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
๕. มีระบบการทวนสอบ เพื่อป้องกันความผิดพลาด
๖. จัดระบบพยาบาล การบันทึก และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
๗. การให้การพยาบาลตามมาตรฐาน

#### การดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัวด้วยความเมตตา



การดูแลผู้ป่วย คำว่าจิตวิญญาณได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกับการดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้วยจิตวิญญาณหรือด้วยความเมตตากรุณา ครอบคลุมการให้บริการแก่บุคคลครบทั้งมิติ กล่าวคือ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ การบริการดังกล่าวจึงรวมกิจกรรมที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณด้วย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยช่วยพัฒนาทักษะ การรับมือปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมความรู้สึกมองโลกในแง่ดีและให้ความหวัง สนับสนุน พฤติกรรมด้านอนามัย การดูแลทารกแรกเกิดแบบองค์รวม ประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

๑. การดูแลอุณหภูมิแกนกลางร่างกายให้อยู่ที่  $37 + 0.1$  C
๒. การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ออกซิเจนในเลือดพอเหมาะ
๓. การป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาเฉพาะเจาะจงในโรคที่ทารกป่วย
๔. การให้อาหารคือนมแม่ และ/หรือสารน้ำทางหลอดเลือดเมื่อจำเป็น
๕. การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่และไม่ถูกทิ้ง
๖. การดูแลให้ทารกอยู่ในสภาพแวดล้อมคล้ายสภาพในครรภ์
๗. การบริการที่ให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

**ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family centered care : FCC) มีหัวใจสำคัญดังนี้**

๑. เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และให้ครอบครัวร่วมตัดสินใจในการรักษา
๓. สร้างความเข้มแข็งและความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการพึ่งพาตนเอง
๔. กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงาน ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

**ประโยชน์ของการดูแลทารกแบบองค์รวม การให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบริการด้วยเมตตา**

๑. สามารถเพิ่มพลังอำนาจให้แก่บิดามารดา
๒. ลดอุบัติการณ์ของลำไส้เปื่อยเน่าและการติดเชื้อในกระแสเลือด
๓. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
๔. การช่วยเหลือกันเอง การให้กำลังใจและคำแนะนำระหว่างมารดา
๕. ทารกกลับบ้านได้เร็วขึ้น
๖. ลดภาระงานของบุคลากร

### ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

#### ๒.๓.๑ ต่อตนเอง

ได้เพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจในการดูแลทารกแรกเกิดให้ปลอดภัย และได้พบประสบการณ์ การทำงานของโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ อีกทั้งได้พบกับเทคโนโลยีของเครื่องมือแพทย์ที่จะสามารถช่วยและอำนวยความสะดวกของการทำงานได้มากขึ้น

#### ๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

สามารถนำความรู้ที่ได้มาเผยแพร่ให้บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดตั้งแต่การกู่ชีพและดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด วิกฤติเด็ก เป็นต้น

๒.๓.๓  อื่น ๆ (ระบุ)

ได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ในการดูแลทารกแรกเกิดพร้อมกับบุคลากรทางการแพทย์ หลากหลายโรงพยาบาล

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง

บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการรับบริการของผู้ป่วย ทำให้สามารถรับผู้ป่วยได้จำกัด อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการดูแลทารกที่วิกฤติได้น้อยทำให้ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าเพื่อความปลอดภัยของทารก

๓.๒  การพัฒนา

๓.๒.๑ เพิ่มจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วยมากขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรในการปฏิบัติงานดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการรับบริการของผู้ป่วย

๓.๒.๒ ส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะทางเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และเพิ่มศักยภาพในการทำงาน เพื่อสามารถดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น

๓.๒.๓ ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้เพียงพอและพร้อมต่อการใช้งานได้ในทุกสถานการณ์

### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๔.๑ จัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน เช่น ห้องคลอด หน่วยงานวิกฤติเด็ก หน่วยงานกุมารเวชกรรม หน่วยงานสูตินรีเวชกรรม และห้องฉุกเฉิน เป็นต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพ ความรู้ วิชาการใหม่ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐญาภรณ์ พิกุลณี)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวศุภภัชฌา สุขสำเร็จ)  
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวพิมพ์ใจ โปติยะ)  
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา .....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ  
(.....)