



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)
ประจำปีการศึกษา 2565

นางสาวบุษบา ทาธง
สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
แบบเสนอแผนการพัฒนากิจการพยาบาล/การปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์
(Faculty Practice of Individual Development Plan)

ตอนที่ 1 รายละเอียดการขอไปปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์

1. ชื่อ - สกุล นางสาวบุษนา ทาธง ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน).....
2. ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล/ การปฏิบัติงาน (การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค)
การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU) และ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNBU) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

3. ความเป็นมาและความสำคัญ

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอันตรายและอัตราการตายสูงกว่าทารกครบกำหนด เสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเหลือง ภาวะซีด ภาวะหลอดเลือดหัวใจไม่ปิด ภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะโรคปอดเรื้อรัง ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะพร่องในการมองเห็น ภาวะพร่องในการได้ยินอีกทั้งได้รับผลกระทบจากการเกิดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาทั้งผลกระทบต่อการเรียนรู้เติบโตและพัฒนาการในด้านต่างๆทำให้ล่าช้า รวมทั้งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างและอวัยวะต่างๆส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยความพิการและอาจถึงชีวิตได้ภายหลัง

ปัจจุบันการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีการพัฒนาก้าวหน้าเป็นอย่างมาก รวมถึงมีการใช้เทคโนโลยีทันสมัย ทำให้ทารกที่อายุครรภ์น้อยหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นในประเทศ

เศรษฐกิจสูงอัตราการเสียชีวิตของทารก 5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาอัตราการเสียชีวิตของทารก 7.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 11 ยังสูงกว่าเป้าที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 7) ทารกเหล่านี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากรอยโรคและการรักษาพยาบาลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าให้การช่วยเหลือไม่สมดุลทำให้เกิดผลเสียจากการรักษาและเกิดอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ได้แก่ โรคจอประสาทตาผิดปกติ (retinopathy of prematurity, ROP) บาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มหลอดลมและถุงลมเกิดการอักเสบและพังผืด (fibrosis) Periventricular Leukomalacia (PVL) การเกิดภาวะสมองพิการหรือภาวะทุพพลภาพเรื้อรังตามมาภายหลังจากรอดชีวิตและจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้น การพยาบาลทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

4. เป้าหมาย

เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ ความรู้ความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

5. วัตถุประสงค์


เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการใช้เครื่องช่วยหายใจและลดจำนวนวันในการใส่ท่อช่วยหายใจ

6. ระยะเวลา


ทุกวันจันทร์-ศุกร์ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง เดือน มิถุนายน 2566 เวลา 08.00 – 16.00 น.

7. แผนการดำเนินงาน

- พบรองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักเด็ก NICU และ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด SNBU เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล/การปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์
- วางแผนการทำงานร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในการดูแลทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- สํารวจกรณีศึกษาทารกแรกเกิดวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- ศึกษารูปแบบการรักษาทารกแรกเกิดวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ทารกแรกเกิดวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน 7 ประการ ของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นพ. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์
 1. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ที่ $37\pm 0.2^{\circ}\text{C}$ (ยกเว้นขณะทำ body cooling)
 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและลำคออยู่ในท่าเป็นกลาง และรักษา SpO2 อยู่ระหว่าง 91-95% เมื่อทารกได้รับออกซิเจน
 3. ป้องกันการติดเชื้อ
 4. ให้อาหารได้แก่ นํ้านมแม่ หรือสารน้ำในกรณีที่ได้รับนมไม่ได้
 5. ให้การรักษาเฉพาะเจาะจง (specific treatment)
 6. ส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (maternal-infant bonding)
 7. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (developmental care) ให้ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายสภาพในครรภ์ คือ การจัดใหนอนท่าทารกในครรภ์ การลดความสว่าง ระดับเสียงในหอผู้ป่วย และการกระตุ้นสัมผัส
- ติดตามประเมินผลลัพธ์การพยาบาลให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ลงชื่อ  ผู้จัดทำแผน
(นางสาวบุษบา ทาธง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน)

ลงชื่อ  ผู้รับรอง
(นางสาวปริญดา ศรีธรราพิพัฒน์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

แบบรายงานผลการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล/ การปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์ ประจำประจำปีการศึกษา 2565
(Faculty Practice of Individual Development Report)

1. ชื่อ - นามสกุล อาจารย์บุษบา ทาธง
2. สาขาวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
3. กลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ)
ทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. สถานที่ปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักเด็ก NICU โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. ระยะเวลาปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice) 7 ธันวาคม 2565 – 8 มิถุนายน 2566
6. ผลการดำเนินงานการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) ประจำปีการศึกษา 2566

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
ครั้งที่ 1 7 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.	ใช้หลักการพยาบาลผู้ทารกแรกเกิด 7 ประการ ในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1.ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ที่ 37±0.2o C (ยกเว้นขณะทำ body cooling) 1.1 ปรับและติดตามอุณหภูมิห้องที่ทารกอยู่ ตุ่ม และกึ่งทำให้ อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและลำคออยู่ในท่าเป็นกลาง และรักษา SpO2 อยู่ระหว่าง 91-95% เมื่อทารกได้รับออกซิเจน 2.1 การดูดน้ำคั่งหลังในท่อลม (endotracheal suctioning)	การณที่ 1 ทารกคลอดก่อนกำหนดแรกเกิดไม่หายใจ ตัวเขียว PPV จึงใส่ท่อช่วยหายใจ CPR 3 รอบ ประเมิน HR 120 ครั้งต่อ นาที SpO2 90 % ปี Ambu bag ส่งต่อมาโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา ระหว่างนำส่ง Keep warm ด้วยถุงถั่วเขียว แรกรับ สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 35 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 42/25 mmHg. MBP 28 mmHg. อัตราการเต้นหัวใจ 150 ครั้ง/นาที SpO2 93 % ต่อเครื่องช่วยหายใจทันที ปรับการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ระดับออกซิเจน SpO2 93-94 % ใส่ท่อปรับตั้งอุณหภูมิ

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
ครั้งที่ 2 9 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.	<p>แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ American Association for Respiratory Care กำหนดมี ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ให้ดูดเสมหะน้ำคัตหลังเท่านั้น ไม่ดูดตามกิจวัตร • ควรพิจารณาให้ออกซิเจนก่อนดูด (pre-oxygenation) ถ้าความอิ่มตัวออกซิเจนของผู้ป่วยลดลงมากซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกขณะดูด • ให้ดูดอย่างตื้น (shallow suction) ซึ่งหมายถึงปลายหลอดดูดอยู่ที่ปลายหลอดท่อลม เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลของเยื่อท่อลม (trachea) • ดูดโดยไม่ต้องปลดเครื่องช่วยหายใจออกจากทารก แนะนำให้ใช้ closed suction system ในทารกแรกเกิด • ไม่ให้หยอดน้ำเกลือ نرمัล เป็นกิจวัตร • ใช้ขนาดหลอดดูด (suction catheter) ที่ดูด lumen ของหลอดท่อลม (ETT) น้อยกว่า 70% • เวลาที่ใช้ดูดน้ำคัตหลังน้อยกว่า 15 วินาที • ปรับแรงดูดไว้ระหว่าง 80-100 มม.ปรอท 3. ป้องกันการติดเชื้อ <p>3.1 ถ้ามีให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสทากร</p> <p>4. ให้อาหารได้แก่ น้านมแม่ หรือสารน้ำในกรณีที่ได้รับนมไม่ได้</p> <p>หลีกเลี่ยงการงดนม การงดนมกระทำเมื่อทารกมี NEC และความผิดปกติของทางเดินอาหารที่รุนแรงเท่านั้น เช่น</p>	<p>ด้วยระบบควบคุมผิวหนังอัตโนมัติ 36.7-37 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิกายทุก 5-15 นาที ใช้พลาสติก wrapping whole body และครอบด้วย Plastic shield เปลี่ยนท่อช่วยหายใจ endotracheal Tube เบอร์ 3 ลึก 7 ซม. ใส่ Umbilical Artery Catheter : UAC, Umbilical Vein Catheter : UVC. ให้สารน้ำสารอาหาร TPN 12.5 % D/W 60 ml+10% aminoplasmal 20 ml +10% calcium gluconate 1 ml IV drip 3 cc/hr. เจาะ HCT 42 % DTX 79 mg% ผล CBC. HCT 42 % Hb 14.1 g/dl WBC 7961 cell/cu.mm. Platelet 218,000 cell/cumm. Neutrophil 38 % lymphocyte 61% Monocyte 1 % ผล CXR ลักษณะ ground glass appearance เป็นลักษณะของ severe respiratory distress syndrome, (RDS). ให้การรักษาโดย setting เครื่องช่วยหายใจ PC mode FiO2 0.6, Rate 50 /min, PIP 16 cmH2O, PEEP 3 cmH2O, Ti 0.35 ให้ surfactant 2 cc./ข้าง via ETT, Ampicillin 140 mg. และ cefotaxime 50 mg. vein ทุก 12 hr. เป็นเวลา 7 วัน</p>
ครั้งที่ 3 13 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.		

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
ครั้งที่ 4 14 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.	<p>gastrochisis, omphalocele, gut obstruction เป็นต้น และ severe perinatal asphyxia ถ้าไม่ใช้ ให้ใช้วิธีลดปริมาตรนม และ/ หรือลดจำนวนนม</p> <p>5. ให้การรักษาเฉพาะเจาะจง (specific treatment) การเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) การส่องไฟ (phototherapy) ให้ประสิทธิผลดีที่สุด ต้องปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้หลอดไฟ special blue (หลอดไฟ Toshiba Deep Blue) ซึ่งสามารถช่วยลดบิลิรูบินได้เร็วที่สุด 2. หลอดไฟต้องใช้งานได้ทุกหลอด 3. จัดให้ทารกอยู่ในเปลที่มืดมากที่สุด โดยการเลื่อนโคมไฟต่ำ หรือยกที่นอนของทารกให้สูง 4. ให้ทารกอยู่กลางโคม 5. กั้นขอบไฟด้วยผ้าสีฟ้า/อลูมิเนียมฟอยล์ เพื่อลดการกระจายของแสง กั้นผ้าให้ขอบล่างของผ้าอยู่ต่ำกว่าขอบโคม 20 ซม. เพื่อระบายความร้อนได้โคม ช่วยให้อุณหภูมิรอบกายทารกเพิ่มขึ้น 6. เปลี่ยนหลอดไฟทุก 2400 ชม. 7. มีแผ่นพลาสติก (ห้ามใช้กระจก) กั้นโคมไฟ พลาสติกสามารถกรองแสง ultraviolet และป้องกันหลอดไฟตกใส่ทารกได้ หลอดไฟแตก แผ่นพลาสติกต้องใส ไม่มีเขม่า ผุ่น แมลง รอยขีดข่วน หรือแตก 	

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
ครั้งที่ 5 20 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.	<p>8. เพิ่มพื้นผิวทงสัมผัสแสงโดยใช้ผ้าอ้อมขนาดเล็กและใช้โคมไฟส่อง 2 เครื่องอยู่เหนือและใต้ทารก (double phototherapy)</p> <p>6. ส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (maternal-infant bonding)</p> <p>6.1 ให้มารดาได้อยู่กับทารก หลีกเลี่ยงการแยกทารกจากมารดา</p> <p>6.2 ให้มารดามีส่วนร่วมดูแลทารก การให้การทออยู่ในหอผู้ป่วยซึ่งมีประโยชน์นอกจากส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังลดภาวะของพยาบาล ลดการติดเชื้อ ป้องกันทารกถูกทอดทิ้ง และช่วยให้ทารกกลับบ้านได้เร็วขึ้นซึ่งมีผลลดค่าใช้จ่ายการรักษา</p>	
ครั้งที่ 6 22 ธ.ค. 2565 08.00-16.00น.	8 ชม.	<p>7. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (developmental care) ให้ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายสภาพในครรภ์ คือการจัดให้ออนท่าทารกในครรภ์ การลดความสว่าง ระดับเสียงในหอผู้ป่วย และการกระตุ้นสัมผัส</p> <p>7.1 ควบคุมความสว่างโดยการปิดไฟในหอผู้ป่วยบางจุด ร่วมกับ การคลุมตัวด้วยผ้า</p> <p>7.2 ควบคุมระดับความดังในหอผู้ป่วย และความดังของตู้อบขณะทำงาน</p> <p>7.3 จัดทำนอนของทารกให้อยู่ในท่าที่อยู่ในครรภ์ โดยใช้ nest</p>	
ครั้งที่ 7	8 ชม.		

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
23 พ.ค. 2566 08.00-16.00น.		ใช้หลักการพยาบาลผู้ทารกแรกเกิด 7 ประการ ในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	การณืที่ 2 ทารกคลอดก่อนกำหนดรับจากห้องคลอด แรกเกิดไม่หายใจ ตัวเขียว PPV จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมิน HR 110 ครั้งต่อนาที SpO2 92 % บีบ Ambu bag สัญญาณชีพแปรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 43/27 mmHg. MBP 28 mmHg. อัตราการเต้นหัวใจ 150 ครั้ง/นาที SpO2 94 % ต่อเครื่องช่วยหายใจทันที ปรับการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ระดับออกซิเจน SpO2 91-95 % ใส่ท่อปรับตั้งอุณหภูมิด้วยระบบควบคุมผิวหน้า 5-อัตราโมติ 36.7-37 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิกายทุก 5-15 นาที ใช้พลาสติก wrapping whole body และครอบด้วย Plastic shield เปลี่ยนท่อช่วยหายใจ endotracheal Tube เบอร์ 3 ลีท 7 ซม. ใส่ Umbilical Artery Catheter : UAC, Umbilical Vein Catheter : UVC. ให้สารน้ำสารอาหาร TPN 12.5 % D/W 60 ml+10% aminoplasma 20 ml +10% calcium gluconate 1 ml IV drip 3 cc/hr. เจาะ HCT 4-2 % DTX 79 mg% ผล CBC. HCT 42 % Hb 14.1 g/dl WBC 7961 cell/ cu.mm. Platelet 218,000 cell/cumm.
ครั้งที่ 8 25 พ.ค. 2566 08.00-16.00น.	8 ชม.	1.ดูแลอุณหภูมิร่างกายอยู่ที่ 37±0.2o C (ยกเว้นขณะทำ body cooling) 1.1 ปรับและติดตามอุณหภูมิห้องที่ทารกอยู่ ตู้อบ และกักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและลำคออยู่ในท่าเป็นกลาง และรักษา SpO2 อยู่ระหว่าง 91-95% เมื่อทารกได้รับออกซิเจน	
ครั้งที่ 9 30 พ.ค. 2566 08.00-16.00น.	8 ชม.	2.1 การดูดน้ำคัตหลังในท่อลม (endotracheal suctioning) แนวทางการปฏิบัติการดูดน้ำคัตหลังที่ American Association for Respiratory Care กำหนดมี ดังนี้	
ครั้งที่ 10 1 มิ.ย. 2566 08.00-16.00น.	8 ชม.	• ให้ดูดเมื่อมีน้ำคัตหลังเท่านั้น ไม่ดูดตามกิจวัตร	
ครั้งที่ 11 6 มิ.ย. 2566 08.00-16.00น.	8 ชม.	• ควรพิจารณาให้ออกซิเจนก่อนดูด (pre-oxygenation) ถ้าความอิ่มตัวออกซิเจนของผู้ป่วยลดลงมากซึ่งมีความสำคัญทางคลินิกขณะดูด	
ครั้งที่ 12 8 มิ.ย. 2566 08.00-16.00น.	8 ชม.	• ให้ดูดอย่างตื้น (shallow suction) ซึ่งหมายถึงปลายหลอดดูดอยู่ที่ปลายหลอดท่อลม เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลของเยื่อหุ้ม (trachea) • ดูดโดยไม่ต้องปลดเครื่องช่วยหายใจออกจากทารก แนะนำให้ใช้ closed suction system ในทารกแรกเกิด • ไม่ให้หยอดน้ำเกลืออนอร์มัลเป็นกิจวัตร	Neutrophil 38 % lymphocyte 61% Monocyte 1 % ผล CXR ลักษณะ ground glass appearance เป็นลักษณะของ severe respiratory distress syndrome, (RDS). ให้การรักษาโดย setting เครื่องช่วยหายใจ PC mode FIO2 0.6,

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
		<p>ใช้ขนาดหลอดดูด (suction catheter) ที่ดูด lumen ของหลอดท่อลม (ETT) น้อยกว่า 70%</p> <ul style="list-style-type: none"> • เวลาที่ใช้ดูดน้ำคัดหลังน้อยกว่า 15 วินาที • ปรับแรงดูดไว้ระหว่าง 80-100 มม.ปรอท 3. ป้องกันการติดเชื้อ <ul style="list-style-type: none"> 3.1 ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสสารก 4. ให้อาหารได้แก่ นานนมแม่ หรือสารน้ำในกรณีที่ได้รับนมไม่ได้ <p>หลีกเลี่ยงการตม การงตมกระทำเมื่อทารกมี NEC และ ความผิดปกติของทางเดินอาหารที่รุนแรงเท่านั้น เช่น gastrochisis, omphalocele, gut obstruction เป็นต้น และ severe perinatal asphyxia ถ้าไม่ไข ให้ใช้วิธีลดปริมาตรนม และ/ หรือลดจำนวนนม</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. ให้การรักษาเฉพาะเจาะจง (specific treatment) <ul style="list-style-type: none"> การเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) การส่องไฟ (phototherapy) ให้ประสิทธิผลดีที่สุด ต้องปฏิบัติตามนี้ 1. ใช้หลอดไฟ special blue (หลอดไฟ Toshiba Deep Blue) ซึ่งสามารถช่วยลดบิลิรูบินได้เร็วที่สุด 2. หลอดไฟต้องใช้งานได้ทุกหลอด 3. จัดให้ทารกอยู่ในเปลที่มืดมากที่สุด โดยการเลื่อนโคมให้ต่ำหรือยกที่นอนของทารกให้สูง 	<p>Rate 50 /min, PIP 16 cmH2O, PEEP 3 cmH2O, Ti 0.35 ให้ surfactant 2 cc./ข้าง via ETT,</p>

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
		<p>4. ให้ทารกอยู่กลางคอม</p> <p>5. กั้นขอบไฟด้วยผ้าสีฟ้า/อลูมิเนียมฟอล์ย เพื่อลดการกระจายของแสง กั้นผ้าให้ขอบล่างของผ้าอยู่ต่ำกว่าขอบคอม 20 ซม. เพื่อระบายความร้อนได้คอม ช่วยให้อุณหภูมิรอบกายทารกเพิ่มขึ้นน้อย</p> <p>6. เปลี่ยนหลอดไฟทุก 2400 ชม.</p> <p>7. มีแผ่นพลาสติก (ห้ามใช้กระจก) กั้นคอมไฟ พลาสติกสามารถกรองแสง ultraviolet และป้องกันหลอดไฟตกใส่ทารกถ้าหลอดไฟแตก แผ่นพลาสติกต้องใส ไม่มีขม่า ผุ่น แมลง รอยขีดข่วน หรือแตก</p> <p>8. เพิ่มพื้นที่ผนังสัมผัสแสงโดยใช้ผ้าอ่อนขนาดเล็กและใช้คอมไฟสอง 2 เครื่องอยู่เหนือและใต้ทารก (double phototherapy)</p> <p>6. ส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (maternal-infant bonding)</p> <p>6.1 ให้มารดาได้อยู่กับทารก หลีกเลี่ยงการแยกทารกจากมารดา</p> <p>6.2 ให้มารดามีส่วนร่วมดูแลทารก การให้มารดาอยู่ในห้องผู้ป่วยซึ่งมีประโยชน์นอกจากส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังลดภาวะของพยาบาล ลดการติดเชื้อ ป้องกันทารกถูกทอดทิ้ง และช่วยให้ทารกกลับบ้านได้เร็วขึ้นซึ่งมีผลลดค่าใช้จ่ายการรักษา</p>	

ครั้งที่ วัน เดือน ปี (เวลา)	จำนวน ชั่วโมง	กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติการพยาบาล
		<p>7. ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (developmental care) ให้ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายสภาพในครรภ์ คือการจัดให้นอนท่าทารกในครรภ์ การลดความสว่าง ระดับเสียงในหอผู้ป่วย และการกระตุ้นสัมผัส</p> <p>7.1 ควบคุมความสว่างโดยการปิดไฟในหอผู้ป่วยบางจุด ร่วมกับการคลุมตัวด้วยผ้า</p> <p>7.2 ควบคุมระดับความดังในหอผู้ป่วย และความดังของตู้อบขณะทำงาน</p> <p>7.3 จัดทำนอนของทารกให้อยู่ในท่าที่อยู่ในครรภ์ โดยใช้ nest</p>	
รวมชั่วโมง ปฏิบัติการ พยาบาลตาม ความเชี่ยวชาญ	96		

7. สรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

- 1) ตลอดจนการปฏิบัติงาน Faculty Practice การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 2 ราย เกิดผลลัพธ์ ดังนี้
 1. จำนวนวันในการใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 – 20 วัน / ราย
 2. อัตราการเสียชีวิต ไม่พบอัตราการเสียชีวิต ทั้ง 2 ราย
 3. ไม่ภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้ง 2 ราย

4. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกหักและได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกทั้ง 15 ราย ระบุว่ามีความพึงพอใจชีวิตที่ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่งาน
อย่างปลอดภัย ร่วมกับครอบครัว

2) ได้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทารกแรกเกิดที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผลลัพธ์ต่อตนเอง

- 1..ได้พัฒนา ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการพยาบาลทารกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ได้เครือข่ายความร่วมมือในการพยาบาลทารกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับสหวิชาชีพและหน่วยงานบริการที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ
3. ได้นำความรู้ไปใช้ในการพัฒนานักศึกษา/พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่รับผิดชอบสอน

8. ปัญหา - อุปสรรค (ถ้ามี)

- พบปัญหาการดูแลทารกไม่ต่อเนื่องในแต่ละราย เนื่องจาก ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวนาน จึงต้องทำการดูแลให้การพยาบาลร่วมกับพยาบาล
ประจำการในหอผู้ป่วยที่อยู่ดูแลทารกอย่างต่อเนื่องทั้งวัน จึงได้แก้ไขในการให้ความรู้และทำความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อการจัดการพยาบาล
ทารกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกันตามแนวทางที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และให้หัวหน้าเวรช่วยกันดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด

9. แนวทางการพัฒนา/ ปรับปรุง

- 9.1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ด้วยการใช้หลักการดูแลทารกแรกเกิด 7 ประการ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์
- 9.2) ขยายผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในกลุ่มโรคอื่น ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- 9.3) พัฒนาแนวทางการพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีมาตรฐานในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ลงชื่อ..........ผู้ปฏิบัติการพยาบาล
(นางสาวบุษบา ทาธง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน)

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวปริญญา ศิริราพิพัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

ลงชื่อ..........ผู้รับรอง

(นางสาวปริญญา ศิริราพิพัฒน์)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท