

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก: รายงานผู้ป่วย

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.* อุไรวรรณ หงวนไธสง ปร.ด.** จุฑามาศ พายะโปะ พย.ม.**
ขวัญกมล ลาดเสนา พย.ม.** ประกาย โพธิ์งาม พย.ม.*** รัศมี งามเจริญ พย.ม.****

บทคัดย่อ

คำถามแรกที่คนส่วนใหญ่ถามหาคือผู้ทำคลอดภายหลังการคลอดทารก คือ “ครบ 32 ประการหรือไม่” เพราะเป็นคำถามที่บ่งบอกถึงความเป็นไปในชีวิตของทารกและครอบครัวของทารกด้วย กรณีทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดไม่มีรูทวารหนัก เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 1 ใน 4,000-5,000 ของทารกเกิดมีชีพ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และควรได้รับการดูแลภายหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ทารกและครอบครัวของทารกสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุขมากที่สุด

บทความนี้จึงเป็นการนำเสนอกระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่มีรูทวารหนัก จำนวน 1 ราย ตามแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินร่างกาย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ ประโยชน์ที่ได้เพื่อนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ปัญหาและดูแลทารกให้ครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีความปลอดภัยและช่วยลดความวิตกกังวลให้กับครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลทารกแรกเกิด ความพิการแต่กำเนิด ทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก

วันที่รับบทความ 30 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 14 กรกฎาคม 2567

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล watcha@kku.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****หัวหน้าหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nursing care of newborns with congenital anomalies and imperforate anus: A case report

Atchariya Wonginchan Ph.D.* Uraiwan Haungthaisong Ph.D.** Chuthamas Payjapoh M.N.S.**.
Kwankamon Ladsena M.N.S.** Prakai Phongam M.N.S.*** Rassamee Ngamcharoen M.N.S.***

Abstract

The first question most people ask their doctor birth attendants after the birth of a newborn is, "Does the newborn have health across 32 components (based on the Thai/Eastern concept)?", because it is a question that determines the life of the newborn and their family as well. Newborn with imperforate anus, a congenital condition occurring in approximately 1 in 4,000 to 5,000 live births, require surgical intervention to correct the defect, and should be closely monitored after surgery. This treatment will help newborns, and their families achieve as normal a life as possible.

This case report presents the nursing process for caring for one newborn baby who had undergone surgery with imperforate anus. According to the guidelines for caring for newborns with abnormal health conditions, there are three main components: 1) General information about newborns, including taking medical history, and conducting a general physical assessment. 2) Nursing planning. 3) Holistic health assessment, which includes physical, psychological, sociological, and cognitive dimensions. The benefits of this intervention would bring to plan comprehensive and appropriate nursing practices to solve the newborn health problems. As a result, the newborn is safe and reduces anxiety for his family.

keywords: nursing care; birth defects; imperforate anus

Received 30 May 2023 Revised 11 July 2024 Accepted 14 July 2024

*Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
Email: watcha@kku.ac.th

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

***Registered nurse, A professional level, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University, Thailand

****Head of the ward NICU, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University,
Thailand

บทนำ

ความพิการแต่กำเนิดของทารกแรกเกิดทั่วโลก มีมากถึงร้อยละ 3-5¹ ในขณะที่ประเทศไทยมีความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 2.02 ของทารกแรกเกิดทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2561 ที่มีทารกแรกเกิด จำนวน 628,450 ราย² ความพิการแต่กำเนิด แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) ความพิการทางด้านโครงสร้างของร่างกาย เช่น คลอดออกมาแล้วเป็นโรคหัวใจ ปากแหว่งเพดานโหว่ แขนขาขาด และ 2) ความพิการของการทำงานในหน้าที่และภาวะร่างกาย เช่น มีภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่องหรือกลุ่มโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย เป็นต้น¹ ระดับความรุนแรงของความพิการแต่กำเนิด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความพิการเล็กน้อย เช่น ปัญหาสายตา การได้ยิน พัฒนาการล่าช้า 2) ความพิการปานกลาง เช่น ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับรู้ การเรียนรู้ และ 3) ความพิการรุนแรง เช่น อัมพาต ความพิการทางสมอง โรคเมตาบอลิกที่รุนแรง ความพิการซับซ้อน มีความบกพร่องมากกว่า 1 ด้าน เป็นต้น³ และความพิการแต่กำเนิดอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น โรคทางพันธุกรรม กลุ่มอาการทางพันธุกรรม 2) ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ เช่น การติดเชื้อสารเคมี การได้รับรังสี 3) ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด เช่น ขาดออกซิเจน การบาดเจ็บ และ 4) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติในการพัฒนาของทารก ปัจจัยที่ไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น⁴ จากข้างต้นกล่าวได้ว่า ความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก จัดเป็นความพิการทางด้านโครงสร้างของร่างกายที่มีความพิการระดับรุนแรง

ความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก (Imperforate anus) พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ประมาณ 1 ใน 4,000-5,000 ของทารกแรกเกิดมีชีพ⁵ ซึ่งเป็นความพิการซับซ้อนมีความบกพร่อง มีลักษณะรูทวารอุจจาระไม่เปิดออกสู่ภายนอกหรือเปิดแต่ไม่สมบูรณ์ (anorectal malformation) รูทวารปัสสาวะไม่เปิดสู่ภายนอกอย่างปกติ (hypospadias, exstrophy bladder) รูทวารอุจจาระและปัสสาวะเปิดลงในอวัยวะเพศหรือช่องคลอด (cloaca) เป็นต้น ความผิดปกติของรูทวารเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พัฒนาการของทวารในครรภ์ผิดปกติ (defects in embryonic development) ความผิดปกติดังกล่าว เกิดจากสาเหตุความบกพร่องทางพันธุกรรม เช่น โรควิลเลียมส์ ซินโดรมต่าง ๆ หรือเป็นโรคติดเชื้อในครรภ์ เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด โรคหัดเยอรมัน เป็นต้น⁶ อาการและปัญหาสุขภาพที่ปรากฏ ได้แก่ ไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดอาการอุดตันและ/หรือติดเชื้อ นอกจากนี้อาจมีปัญหาทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารเกิดร่วมด้วย หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพิการของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น⁷ ทั้งนี้ ทารกแรกเกิดควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งก่อนทำการผ่าตัดทารกแรกเกิดควรได้รับการดูแลให้การหายใจเป็นปกติขึ้น⁸

การดูแลรักษาทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก คือการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ถ้ามีความรุนแรงระดับต่ำสามารถเลือกผ่าตัดความผิดปกติ (anoplasty) ได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ถ้ามีความรุนแรงระดับปานกลางหรือระดับสูงควรทำทวารเทียม (colostomy) ในระยะแรกเกิดและทำการผ่าตัดรูทวารหนัก เมื่ออายุ 2-3 เดือน หรือน้ำหนักตั้งแต่ 4 กิโลกรัมขึ้นไป⁹ ก่อนการผ่าตัดควรมีแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้ 1) ดูแลสภาพทั่วไปของทารกให้พร้อม ใช้เวลาเตรียมทารกก่อนการผ่าตัด ประมาณ 24 ชั่วโมงขึ้นไป 2) การผ่าตัดส่วนใหญ่ผ่าตัดผ่านทางช่องท้อง เนื่องจากสามารถมองเห็นรูโหว่ของกะบังลมได้ชัดเจนกว่า เย็บซ่อมแซมได้ง่าย และสามารถแก้ไขความพิการอื่น ของระบบทางเดินอาหารที่เกิดร่วมได้ 3) การดูแลหลังการผ่าตัดต้องทำทางเดินหายใจทารกให้เป็นอัมพาต และใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไประยะหนึ่ง¹⁰

ผลกระทบทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก หากเป็นระดับต่ำจะพบชี้เท้าแตกออกจากผิวหนังบริเวณฝีเย็บในทารกเพศหญิงหรือถุงอัณฑะในทารกเพศชาย หากเป็นระดับกลางหรือสูงจะมีชี้เท้าออกทางช่องคลอด (vagina) ในทารกเพศหญิง หรือปนออกมากับปัสสาวะในทารกเพศชาย⁹ ส่วนผลกระทบภายหลังการผ่าตัดที่มี

ลักษณะคล้ายกรณีทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มี พบว่า เกิดความผิดปกติอื่นร่วม เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เป็นต้น¹¹ ภายหลังการผ่าตัดรูทวารหนักสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มากถึงร้อยละ 60 การติดเชื้อลำไส้หลังผ่าตัดได้ มากถึงร้อยละ 44 รอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบ ร้อยละ 33 และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้^{12, 13} นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดยังเกิดผลกระทบด้านอื่น ๆ เช่น เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำและสารอาหาร เนื่องจากท้องดันท้องอาหารทางปาก ครอบครัวยังเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วยของทารกและการขาดความรู้⁹

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทารกที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ช่วยประคับประคองทารกและครอบครัวของทารกในการเผชิญกับปัญหาอาการเจ็บป่วยของทารก ช่วยให้ทารกได้รับการดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดำเนินการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำหน้าที่วางแผนการพยาบาล ประเมินอาการและความผิดปกติของระบบขับถ่าย ดูแลรักษาพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ช่วยแก้ไขความผิดปกติ เป็นต้น ในส่วนการดูแลครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการด้านการขับถ่ายของทารก ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ให้คำปรึกษา ช่วยประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลแบบครอบคลุมและต่อเนื่อง¹⁴ ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา ฝึกสอนวิธีการดูแลทารก บริหารจัดการแผนการดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของทารก¹⁵

กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก เพื่อให้ทารกและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผู้เขียนจึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอการใช้แนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ การประเมินร่างกาย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสามารถนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาและดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนักได้รับความปลอดภัยลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความวิตกกังวลให้กับครอบครัวได้

รายงานผู้ป่วยและอภิปรายผลการดูแล

ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดรายหนึ่ง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) รับเข้ารักษาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เป็นบุตรคนแรกเกิดในครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมบ้านชั้นเดียว ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวทารก บิดาอายุ 43 ปี มารดาอายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จบปริญญาตรี มีบุตรคนแรก รายได้รวมของครอบครัว 45,000 บาทต่อเดือน และใช้สิทธิการรักษา โดยเบิกกับต้นสังกัดที่ทำงานของบิดาและมารดา คลอดเมื่ออายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งนี้ มารดาไม่มีประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด ไม่มีการแพ้ยาและแพ้อาหาร¹⁶ ซึ่งแรกรับทารกแรกเกิดได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว ตรวจสอศีรษะ หน้า ผิวหนัง ตา หู จมูก ปาก คอ กระดูกไหปลาร้า หน้าอก ปอด

หัวใจ หน้าท้อง อวัยวะเพศ ทวารหนัก แขนขาและหลัง สัญญาณชีพ และปฏิกิริยาตอบสนอง ตามแบบฟอร์มการบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก

ทารกแรกเกิดรับไว้รักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัยโรคแรกเกิด คือ หลอดอาหารตีตันมีภาวะการเชื่อมต่อของหลอดอาหารและหลอดลม รูปแบบ C (tracheo-esophageal fistula: TEF Type C) และไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) วินิจฉัยโรคเพิ่ม ขณะอายุ 5 วัน gastrostomy เตรียมผ่าตัด ขณะอายุ 13 วัน เข้ารับการผ่าตัด 1) right thoracotomy 2) ligat TEF 3) loop sigmoid colostomy และ 4) gastrostomy

กระบวนการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัว

การพยาบาลทารกแรกเกิดและครอบครัวตามแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด

1.1) ข้อมูลภาวะการเจ็บป่วย อาการสำคัญก่อนนำส่งมาโรงพยาบาล คือ R/O esophageal atresia และมีประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน คือ ขณะคลอดมารดา อายุ 32 ปี คลอดเวลา 7.14 นาฬิกา น้ำหนักแรกเกิด (BW) เท่ากับ 3,010 กรัม ทำการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (apgar score) เท่ากับ 8, 9, 9 กล้ามเนื้อแข็งแรงเคลื่อนไหวดี ร้องเสียงดัง เขียวทั้งตัว กระตุ้น suction ตัวแดง ซึ่ง apgar score ที่ทำการประเมิน 3 ครั้ง ได้แก่ ที่ 1, 5 และ 10 นาที ได้ค่าคะแนน 8-9 ความหมาย คือ ทารกแรกเกิดมีสุขภาพปกติ (normal) ให้ความช่วยเหลือ โดยการทำให้ทางเดินหายใจให้โล่ง และเก็บตัวทารกให้อบอุ่นก็เพียงพอสามารถสรุปการแปรผลสภาวะพร้อมออกซิเจน (asphyxia) ได้ว่า ไม่มีภาวะพร้อมออกซิเจน¹⁷ แต่ทารกแรกเกิดรายนี้ตรวจพบได้ว่า ไม่มีรูทวารหนักวัดอุณภูมิกายไม่ได้ และการให้นมทางสาย OG Tube ทำไม่ได้ ส่วนประวัติเจ็บป่วยก่อนหน้า ไม่มี ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา จากคำบอกเล่าของมารดาว่า มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งที่ตรวจครรภ์มาตรวจด้วยตนเอง และฝากครรภ์ที่คลินิกประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ติดตามการฝากครรภ์และตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีอาการแพ้ท้อง และเมื่อตั้งครรภ์ได้ 6-7 เดือน จึงย้ายมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (คลินิกนอกเวลา) อายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ มารดามีมูกเลือดไหลออก มีอาการปวดท้อง และปวดถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จึงตัดสินใจมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งให้ทราบว่า ปากมดลูกมรดายังไม่เปิดจึงให้กลับไปพักที่บ้าน แต่ถัดมาอีก 1 วัน มารดาทนอาการปวดท้องไม่ไหว และท้องแข็งขึ้นเรื่อย ๆ จึงกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร แพทย์ให้พักที่โรงพยาบาลและคลอด ในเวลา 07.14 นาฬิกา ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด ปฏิเสธการใช้ยาและสิ่งเสพติด ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค คือ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB)

1.2) ประวัติการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีการบันทึกตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (developmental surveillance and promotion manual: DSPM)¹⁸ จากผลการประเมินพบว่า มีพัฒนาการเป็นไปตามวัย รายละเอียดตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 บันทึกตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการทารกแรกเกิด¹⁶

อายุ	ทักษะ	วิธีการประเมิน	ผลการประเมิน
แรกเกิด-1 เดือน	gross motor (GM) ทำนอนคว่ำยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ fine motor (FM) มองตามถึงกึ่งกลางลำตัว	จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนคว่ำบนเบาะนอน แขนทั้งสองข้างอยู่หน้าไหล่ สังเกตเด็ก ยกศีรษะ จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย ถือลูกบอลผ้าสีแดงห่างจากหน้าทารก ประมาณ 20 ซม. ขยับลูกบอลผ้าสีแดงเพื่อกระตุ้นให้ทารกสนใจ แล้วเคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงช้า ๆ ไปทางด้านข้างลำตัวเด็กข้างใดข้างหนึ่ง เคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงกลับมาที่จุดกึ่งกลางลำตัวทารก	ผ่าน : ทารกสามารถยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ ผ่าน : ทารกมองตามลูกบอลผ้าสีแดง จากด้านข้างถึงระยะกึ่งกลางลำตัวได้
	receptive language (RL) สะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อได้ยินเสียงพูดระดับปกติ expressive language (EL) ส่งเสียงอ้อแอ้ personal & social (PS) มองจ้องหน้าได้นาน 1-2 วินาที	1. จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย 2. อยู่ห่างจากทารกประมาณ 60 ซม. เรียกชื่อทารกจากด้านข้างที่ละข้างทั้งซ้ายและขวา โดยพูดเสียงดังปกติ สังเกตว่าทารกส่งเสียงอ้อแอ้ในระหว่างทำการประเมิน หรือถามจากพ่อแม่ อุ้มทารกให้ห่างจากหน้าพ่อแม่หรือผู้ประเมินประมาณ 30 ซม. ยิ้มและพูดคุยกับทารก	ผ่าน : ทารกแสดงการรับรู้ด้วยการกะพริบตา สะดุ้ง หรือเคลื่อนไหวร่างกาย ผ่าน : ทารกทำเสียงอ้อแอ้ได้ ผ่าน : เด็กสามารถมองจ้องหน้าได้อย่างน้อย 1 วินาที

1.3) การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ขณะอายุ 13 วัน หลังรับการผ่าตัดวันที่ 1 ขณะนอนหลับนอน หายใจอยู่บนเตียง สภาพทั่วไปทารกมีผิวสีชมพู (mild pink) ถูกห่อด้วยผ้าห่อตัว หายใจ room air O₂ sat 97% HR 164 retained gastrostomy for feeding on TPN 6.3 mL/hr IV drip rate 5 mL/hr, 20% SMOF IV drip 1.9 mL/hr at Jugular vein มี colostomy tube ครอป Bag ไว้ มีแผลที่บริเวณหน้าอกขวา ปิด gauze ไว้ รายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิด

รายการตรวจร่างกาย	ผลการประเมินภาวะสุขภาพ
การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป	แรกรับ ผู้ป่วยนอนเตียง active ดี หายใจ Room air O ₂ sat 93% on TPN IV drip rate 6.3 mL/hr, 20% SMOF 1.7 mL/hr Rt. jugular vein BM via gastrostomy drip in 2hr ขับถ่ายผ่าน colostomy แผลผ่าตัดบริเวณด้านหลังผิงขวา และอกขวาแห้งดี แผลไม่ซึม
ผิวหนัง ผม ขน เล็บ	- ผิวหนัง ผิวสีชมพู ผิวหนังแห้ง ผิวหนังบาง ผิวหนังค่อนข้างอุ่น - ผม ขน ผมสั้น สีดำ การกระจายของเส้นผมสม่ำเสมอ ผมดกดำ - เล็บ เล็บสีชมพู เล็บไม่ยาว สะอาด ไม่เปราะ capillary refill time 2 วินาที, No spooning finger, no clubbing finger, เล็บมือและเท้าไม่พบเชื้อรา
ศีรษะ ใบหน้า คอ และต่อมไทรอยด์	- ศีรษะ มีความสมมาตรกัน คลำไม่พบก้อน ไม่บวม ไม่มีผื่นแดง ไม่มีเหา anterior fontanelle 3x4 cm. Posterior fontanelle ยังไม่ปิด - ใบหน้า มีความสมมาตรกัน ไม่เขียว เคลื่อนไหวใบหน้าได้ แสดงสีหน้าได้ - คอ หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลางลำคอ ไม่พบ neck vein engorge ไม่มีรอยโรค ไม่บวมแดง ไม่พบต่อมไทรอยด์โต on Rt. jugular vein - ต่อมน้ำเหลือง คลำไม่พบก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิด (ต่อ)

รายการตรวจร่างกาย	ผลการประเมินภาวะสุขภาพ
ตา หู และจมูก	- ตา ตาทั้งสองสมมาตรกัน กระพริบตาได้ ตาไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด ตาอยู่ในแนวใบหู - หู ไม่เฉียง ตาไม่โปน หนังตาไม่ตก ไม่พบสิ่งแปลกปลอมในหู ใบหูสองข้างเท่ากัน อยู่ระดับเดียวกับสายตา ภายในหูไม่มีบาดแผล ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกมา ใบหูไม่มีฉีกขาด ได้ยินและหันตามเสียงได้ - จมูก Septum อยู่กึ่งกลางโพด ไม่มีการอักเสบ ไม่บวม ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในจมูก
ปากและช่องปาก	- ปากและช่องปาก ริมฝีปากสีชมพู ชุ่มชื้น เหงือกและลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้าเกาะ ปากสะอาดดี ลิ้นเคลื่อนไหวได้ดี sucking reflex +ve rooting reflex +ve swallowing reflex +ve
ทรวงอกและปอด	- รูปร่างปกติเท่ากันทั้งสองข้าง no kyphosis, no scoliosis, no pigeon chest, no funnel chest, no barrel chest AP : LAT ประมาณ 1:2 การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ อัตราการหายใจ 66 ครั้ง/นาที คลำ normal lung expansion - ฟังเสียงหายใจไม่พบ adventitious sound - เคาะ ไม่ได้ตรวจ
หัวใจและหลอดเลือด	- ดู สีผิวหนังแดง เส้นเลือดไม่โป่งพอง หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง - capillary refill time < 2 second no spider nevi - คลำชีพจร 148 ครั้ง/นาที - ฟังเสียงหัวใจไม่พบ murmur
ท้อง	ลักษณะหน้าท้องกลม มีขึ้นไขมัน ไม่มีรอยโรค No fluid thrill คลำไม่พบตับโต ม้ามโต ฟัง bowel sound 4
แขน ขา และกล้ามเนื้อ	กล้ามเนื้อ ขนาดของกล้ามเนื้อทั้งแขนขาเท่ากัน ลักษณะข้อต่อ กระดูกสันหลังไม่คดงอ โกงกระดูกแขนขายาวเท่ากันทั้งสองข้าง งอเหยียดได้ กล้ามเนื้อและข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้
ระบบประสาท และเส้นประสาทสมอง 12 คู่	ระดับความรู้สึกตัว - ผู้ป่วยตื่นดี (alert) รู้ตัวรู้เรื่อง active ตอบสนองต่อเสียงเรียกและสัมผัส การเคลื่อนไหวของลูกตามสัมพันธ์กับ ทิศทาง หลับตาได้สนิท มุมปากยกขึ้นเท่ากัน รับความรู้สึกบนใบหน้า อ้าปาก/แลบลิ้นได้ motor power gr.5 all เคลื่อนไหวได้ ขยับ abduction, adduction, rotation ได้ปกติ - Moro reflex positive - Gag reflex positive - Rooting reflex positive - Palmar grasping reflex positive - Babinski reflex positive

1.4) การประเมินสัญญาณชีพของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การวัดอุณหภูมิกาย (36.8-37.2°C) ซึ่งมีบางช่วงเวลาของทารกแรกเกิด เช่น ขณะอายุ 14 วัน มีอุณหภูมิกายสูงถึง 37.9°C อัตราการเต้นของหัวใจ (150-178 bpm) อัตราการหายใจ (52-66 bpm) ความดันโลหิต (mmHg MAP 49-70) และ O₂ saturation (93-98%) สาเหตุที่อุณหภูมิกายสูงอาจเกิดจากการติดเชื้อ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนเกินไป ทำให้ทารกมีอาการหงุดหงิดในช่วงแรก การเคลื่อนไหวลดลง หายใจเร็วและแรง หรืออาจหยุดหายใจได้ การดูแลสามารถเช็ดตัวด้วยน้ำมีอุณหภูมิ 35°C จนกว่าอุณหภูมิกายจะเป็นปกติ¹⁹

1.5) ทำการบันทึกการน้ำเข้าออก (Intake/output) ของทารกแรกเกิด เช่น ขณะอายุ 13 วัน ร่างกายมีการสูญเสียสารน้ำ 74 มิลลิลิตร เปรียบเทียบกับขณะอายุ 14 วัน ที่ได้รับสารน้ำเพิ่ม 72 มิลลิลิตร ทำการบันทึก เพื่อช่วยประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายทารกในระยะเริ่มแรก

1.6) การประเมินอาการ การรักษา และดูแลตั้งแต่แรกถึงจนอายุ 19 วัน ทารกเริ่มรับประทานทางปาก เป็น BM 4 ml x 8 feed via oral และ BM (20 kcal /oz) 62 Mi x 8 feed via gastrostomy ทารกอาจมีโอกาสดูดสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ และไม่มียาปฏิชีวนะ (antibiotics: ATB) ในเวรทารกรับประทานอาหารได้หมด ไม่มีแหวะนม ไม่มีท้องอืด ร้องไห้ตอนกลางคืน งอแง หดุดร้องเมื่อมารดาอุ้ม และนอนหลับได้

2. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลมุ่งเน้นเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพของทารกแรกเกิดที่พิการแต่กำเนิด กรณีไม่มีรูทวารหนัก เป็นกระบวนการที่ผ่านการคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุและผลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัย ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีที่สรุปออกมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล²⁰ ซึ่งตามรายงานข้อมูล ทางสุขภาพของทารกครั้งนี้ ใช้การประเมินปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม สามารถสรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ทั้งหมด 7 ประเด็น โดยมีรายละเอียด ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
1. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบย่อยอาหารทำงานยังไม่สมบูรณ์	- เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย - เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหาร	- สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัว ไม่ดี เหี่ยวยุบ กระหม่อมบวม - จัดทำให้เหมาะสมก่อนให้สารอาหาร เช่น ยกศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก อาเจียน - ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา - ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลนุ่มนวลและรวดเร็ว - ดูแลชั่งน้ำหนักประจำวัน - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ RBC, Hb, Hct, Albumin, BUN	- ทารกได้รับพลังงานเพียงพอ ในแต่ละวัน - การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ - น้ำหนักตัวไม่ลดลงหรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัม - ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวยุบ - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์และมีแผลผ่าตัด	- เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริเวณแผลผ่าตัด - เพื่อรักษาแผลให้หายเป็นปกติ	- ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง - ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว อัตราการหายใจเร็ว อาการปวด บวม แดง	- สัญญาณชีพปกติ - ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
		- ร้อน มีสารคัดหลั่งซึมบริเวณบาดแผล - ประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะมีกลิ่น - ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด wet dressing วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น - ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ - ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้หนาวสั่น อาเจียน ผื่นคัน	
3. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia-Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังบาง ชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย	- ทารกไม่มีภาวะ Hypothermia-Hyperthermia - สามารถดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิร่างกายปกติ	- จัดให้ทารกอยู่บนที่นอนที่ทำด้วยผ้าลักษณะคล้ายรังนก (nest) และปรับอุณหภูมิของห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป - วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง - สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ-สูง เช่น Reflex น้อยลง ผิวกายซีด ปลายมือ ปลายเท้าเย็นเขียว หายใจเร็ว และแรง หากรุนแรงอาจหยุดหายใจ ร้องไห้มากขึ้นเป็นต้น - ป้องกันภาวะ Hypothermia ระงับการสูญเสียความร้อน ห่อตัวให้อบอุ่นเสมอ ไม่ปล่อยทารกนอนบนผ้าอย่าง เป็นต้น - ป้องกันภาวะ Hyperthermia ดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมอากาศ	- ทารกสามารถดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิร่างกายปกติ - ไม่มีอาการแสดงของภาวะ hypothermia ได้แก่ ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ผิวซีด หายใจเร็ว ซึมลง น้ำหนักลดลง - และภาวะ Hyperthermia ได้แก่ หายใจเร็ว และแรง ร้องไห้มากขึ้น เคลื่อนไหวลดลง สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
		- ถ่ายเทได้สะดวก เช็ดตัวด้วยน้ำอุณหภูมิ 35 องศา เป็นต้น - ดูแลให้ทารกได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา	
4. มีการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณหน้าท้องเนื่องจากการอับชื้น	- ไม่เกิดผื่นแดง - ไม่เกิดผดผื่นคัน - ตึงผิว แสบร้อน และผิวไหม้	- ประเมินผิวหนังที่แสดงอาการของอาการระคายเคือง ได้แก่ ผื่นแดง ผดผื่น คัน ตึงผิว แสบร้อน และผิวไหม้ - ดูแลผิวหนังไม่ให้อับชื้น เช่น ล้างมือหรือใช้ waterless 20-30 วินาทีก่อนเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เช็ดด้วยสำลีรอบถุงให้สะอาดและให้แห้ง สวมเสื้อผ้าที่สบายไม่รัดแน่น	- บริเวณรอบแผล colostomy และ gastrostomy ไม่มีผื่นแดง ผดผื่นคัน
5. เสี่ยงต่อการนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากถูกรบกวนมากเกินไป	- เพื่อให้ทารกพักผ่อนได้ และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย	- หลีกเลี่ยงการเหยียดแขนขา ให้ทารกอยู่ในท่าแขน ขา งอเข้าหากกลางลำตัวขณะอัม เคลื่อนย้ายและนอน ลำคอตรงไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป - ห่อตัวให้แขนงอ มือสองข้างอยู่ใกล้ ๆ ปาก หลีกเลี่ยงการห่อตัวแบบเก็บแขน - ใช้ผ้าอ้อมหรือผ้าห่มผืนเล็กม้วนวางรอบ ๆ กายของทารกเสมือนอยู่ในครรภ์มารดา - ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงสว่าง ลดการรบกวน - จัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้อยู่ในเวลาเดียวกันมากที่สุด - ส่งเสริมสายสัมพันธ์มารดาทารก โดยดูแลให้มารดา kangaroo care - ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามเกณฑ์อายุ	- ทารกสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีตื่นมาตอนกลางคืนร้องไห้แต่เมื่อมารดาเข้าอุ้มและใช้จุกนมหลอกให้ดูดทารกก็เงียบและนอนหลับต่อได้ - ทารกมีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
6. การดูแลสุข วิทยาส่วนบุคคล บกพร่อง เนื่องจากไม่ สามารถดูแล ตนเองได้ จากการเป็นวัย ทารก	- เพื่อให้ทารก ได้รับการดูแล เพื่อตอบสนอง ความต้องการขั้น พื้นฐานของ ร่างกาย	- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช็ดเส้นผม ประจำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง - ทำความสะอาดช่องปากทุก 4-6 ชั่วโมง - ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเช็ดผิวหนังให้แห้ง - ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และ ทำความสะอาดถุง colostomy ทุกครั้ง หลังทำความสะอาดร่างกาย - เล็บมือควรตัดเป็นรูปมน ส่วนเล็บเท้าตัด ให้เป็นรูปตรง - เปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มและผ้าปูที่นอน เมื่อ พบว่าเปียกชื้นหรืออย่างน้อย วันละ 1-2 ครั้ง - คลุมผ้ารอบเตียงของทารกทุกครั้งเมื่อไม่ มีผู้ดูแล - ดูแลให้ทารกได้รับสารอาหารทางหลอด เลือดดำตามแผนการรักษา	- เนื้อตัวสะอาด สะอาด ผิวน้ำ ชุ่มชื้น - สภาพแวดล้อม รอบเตียงทารก สะอาด ไม่เปียก ชื้น
7. มารดามีความ วิตกกังวล เนื่องจากขาด ความรู้ในการ เจ็บป่วยของบุตร	- เพื่อลดความวิตก กังวลของมารดา ที่มีต่อภาวะ ความเจ็บป่วย ของบุตร	- ประเมินความวิตกกังวลของมารดา โดย การพูดคุยสอบถาม รวมทั้งสังเกตสีหน้า และพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ กระวนกระวาย ลูกเดินบ่อย สีหน้าวิตก กังวล - พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเห็นใจ พร้อมให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการ รักษาพยาบาลในแต่ละวัน - เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดระบาย ความรู้สึกวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายให้เข้าใจ - ให้กำลังใจโดยใช้ถ้อยคำที่สุภาพ และ การสัมผัสที่นุ่มนวล - ส่งเสริมให้มารดาจัดการกับความ วิตกกังวล ด้านร่างกาย เช่น การดูแล ร่างกายให้สดชื่น สะอาด ด้านการผ่อนคลาย เช่น ออกไปสูดอากาศภายนอก	- ประเมินผลความ วิตกกังวล แปร ผลได้ว่าไม่มี อาการของโรค ซึมเศร้า

3. การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทารก ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เนื่องจากเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับผลกระทบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอื่นให้มีความรุนแรงมากขึ้น^{21, 22} เป้าหมายเพื่อให้ทารกปลอดภัยและผู้ดูแลสามารถดูแลทารกได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัยภายหลังจำหน่าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญ การขับถ่าย กิจกรรมประจำวัน และการนอนหลับ

3.1.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึง การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ ในรายงานว่า “...ขณะตั้งครรภ์ได้ 6-7 เดือน จึงย้ายมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (คลินิกนอกเวลา) เมื่ออายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ มีลูกเลือดไหลออก มีอาการปวดท้อง และปวดถี่ขึ้นเรื่อย ๆ ตนจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันที...คุณหมอจึงให้นอนพักที่โรงพยาบาล และคลอดในเวลา 07.14 น....หลังทารกได้รับการผ่าตัดแล้ว มีผู้ดูแลหลัก คือ คุณแม่ ดูแลเรื่องการเช็ดตัวโดยใช้กระดาษเปียกเช็ด เช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 1-2 ครั้ง ดูแลเรื่องการขับถ่าย เปลี่ยนแพมเพิส และดูแลถุง colostomy ให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ...”

เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากเป็นเด็กทารก อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำต่อเชื้อโรคลดลง ทารกมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 12 เดือน เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนารวดเร็วมาก²¹ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์และจากบิดามารดา²³ เพื่อให้สภาพร่างกายจะได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

3.1.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ในรายงานว่า “...แม่ตั้งใจให้น้องได้กินนมแม่ และปัจจุบันก็กินนมแม่ 100% แม่ปั๊มใส่ขวดไว้เพราะน้องยังกินทางปากไม่ได้ ยังต้องกินผ่านสายหน้าท้องอยู่ แต่พอคุณแม่ให้อาหารทางปากแม่ก็จะให้น้องกินจากเต้าของแม่เอง และก็จะปั๊มไว้เผื่อเวลาแม่ไม่อยู่จะได้มีนมเก็บไว้ใช้...”

โดยทั่วไปผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาทุพโภชนาการ เนื่องจากร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในร่างกาย ดังนั้นทารกควรได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารให้เพียงพอ เช่น ทารกมีน้ำหนัก 3.46 kg (ประเมินเมื่ออายุ 13 วัน) มีความต้องการพลังงาน เท่ากับ 346 kcal/day เป็นต้น²⁴ ตามรายงานขณะทารก อายุ 13 วัน สูญเสียสารน้ำไป 74 ml รวมกับอุจจาระไป 55 ml ขณะอายุ 14 วัน รับอาหารเป็น BM (20 Kcal/oz) 38 ml x 8 feed feed via gastrostomy drip in 2 hr (TF 90) มีอาการแหวะนมหลังให้สารอาหารและขณะอายุได้ 18 วัน รับอาหารเป็น BM (20 Kcal/oz) 65 ml x 8 feed feed via gastrostomy drip in 2 hr (TF 150) เนื่องจากพยาธิสภาพของตัวทารกและทารกเองภายหลังการผ่าตัดต้องงดน้ำงดอาหาร (Nothing per oral: NPO) เพื่อสังเกตอาการประเมินผลดังกล่าว ทารกจึงมีความเสี่ยงในการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นความใส่ใจของมารดาในการเลือกวิธีให้นมทารกอย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญยิ่งต่อความปลอดภัย

3.1.3) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบแผนการขับถ่าย ในรายงานว่า “...ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไว้ให้ตลอด ช่วงเช้าเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้วันละ 2-3 ครั้ง โดยปกติอุจจาระจะประมาณ 15-20 cc โดยประมาณ แต่ถ้าอุจจาระเยอะก็จะทำความสะอาดทันที โดยการใช้ syringe ดูดออกจากถุง colostomy และนำน้ำเกลือฉีดทำความสะอาด...”

ตามรายงานการขับถ่ายในช่วงแรกเกิดยังไม่เป็นระบบทารก จะปัสสาวะเกือบทุก 20 นาที หรือประมาณ 10-15 ครั้ง/วัน โดยในแต่ละครั้งปริมาณปัสสาวะจะค่อนข้างน้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะยังมีความจุน้อยและมีการถ่ายอุจจาระทุกครั้งที่ตื่นนอน หรือทุกครั้งหลังจากกินนมแม่หรือประมาณ 10 ครั้ง/วัน การกินนมแม่ทำให้ลักษณะอุจจาระเหลว เพราะย่อยง่ายไม่มีกากใย แต่ทารกจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายเนื่องจากอุจจาระผ่านรูทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) แต่ยังคงใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา เนื่องจากทารกปัสสาวะบ่อย ทำให้เกิดความชื้นสะสม ทารกแรกเกิดมีผิวหนังที่บาง เมื่อผิวสัมผัสกับเอนไซม์จากอุจจาระทำให้ผิวมีภาวะเป็นด่างจนเกิดผื่นและติดเชื้อมากขึ้นหรือเชื้อแบคทีเรียได้ง่าย²⁵ การวางแผนการพยาบาลในการเปลี่ยนผ้าอ้อมและเฝ้าระวังในการทำมาสะอาด colostomy จะช่วยลดการระคายเคืองให้ทารกได้ส่งผลให้กินอิ่มนอนหลับได้นานขึ้น

3.2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เป็นการเผชิญปัญหาและอดทนต่อความเครียดของครอบครัว

3.2.1) มารดาของทารกแรกเกิด กล่าวถึงการอดทนต่อความเครียดในรายงานว่า

“...เมื่อตนและครอบครัวทราบว่าน้องผิดปกติ ตนและพ่อของน้องเครียดมากนอนไม่หลับ กลัวลูกจะเป็นอันตราย ...กลัวว่าลูกจะมีภาวะแทรกซ้อนเยอะ แต่เมื่อคุณหมอบอกเกี่ยวกับการรักษาให้เข้าใจก็สบายใจขึ้นบ้าง เวลาที่มีเรื่องเครียดอะไรก็จะพูดคุยกับคุณพ่อของน้อง และพี่กรรมมะ ก็ทำให้ไม่คิดมากสามารถช่วยได้เยอะ...”

ตามรายงานกล่าวว่า มารดาอึดแอ้มเมื่อได้เห็นหน้าลูก แต่สายตาก็ยังคงมีความกังวลอยู่เล็กน้อย และเมื่อบิดามาเยี่ยมลูกมีสีหน้าท่าทางที่กังวลเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิตจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดอย่างเฉียบพลัน และมีการดูแลรักษาโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิตได้ ซึ่งการเจ็บป่วยในภาวะเรื้อรังไม่เพียงจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย²³ บางครอบครัวมีข้อจำกัดของความสามารถในการมีบุตร ภาวะการมีบุตรยาก หรือเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงของบุตร จะส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของการมีบุตรคนแรกในระดับที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²⁶ เมื่อเกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่สบาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมแสดงออกด้วยหวาดหวั่นกลัวกังวล ไม่สบายใจ ตื่นตกใจง่าย ท้อแท้สิ้นหวัง แสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ เป็นต้น²⁷ ส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้²⁸ พยาบาลทารกแรกเกิดทำหน้าที่ดูแลทารก มีความใกล้ชิดกับครอบครัวของทารก สามารถสร้างความไว้วางใจและเชื่อใจแก่สมาชิกในครอบครัว ควรทำหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการรักษาและขั้นตอนการดูแลทารกให้ครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจ และเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อดูแลรักษาทารก โดยยึดประโยชน์ ความปลอดภัยและการคุ้มครองทารกเป็นศูนย์กลางของภารกิจ ให้การสนับสนุนข้อมูลแก่ครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น¹⁹ ดังนั้น การประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดา จะช่วยวางแผนการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วยของทารกได้มากขึ้น ส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงการเผชิญปัญหาในรายงานว่า

“...น้องเป็นลูกคนแรกทุกคนในครอบครัวรักและเป็นห่วงอยากให้น้องหายเร็ว ๆ จะได้ไปอยู่ที่บ้านด้วยกัน ไม่เคยคิดว่าน้องเป็นภาระ ดีใจที่น้องเกิดมาอยากให้น้องรับหายและแม่ก็เชื่อว่าน้องจะหาย...”

ตามรายงานมีบันทึกไว้ มารดาเข้าเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ ให้ความสนใจเรียนรู้เมื่อแพทย์และพยาบาลเข้าไปให้ความรู้ ซึ่งมารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่จะขาดประสบการณ์ในการดูแลทารก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกแรกเกิด ช่วงเวลาหลังคลอดเป็นการเริ่มต้นความรับผิดชอบในบทบาทมารดา หากมารดาจะทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก ประเมินความเครียด แนะนำแนวทางในการจัดการความเครียดโดยคำนึงถึงพื้นอารมณ์ของทารก²⁹

3.3) ด้านสังคม ได้แก่ การมีบทบาทและสัมพันธภาพ ค่านิยมและความเชื่อ

3.3.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงการมีบทบาทและสัมพันธภาพ ในรายงานว่า

“...พ่อและแม่อาศัยอยู่ที่บ้านด้วยกัน 2 คน เนื่องจากทำงานด้วยกัน แม่มีพี่สาว 1 คน ส่วนพ่อมีพี่สาว 2 คน ปู่ ย่า ตาและยาย เสียไปหมดแล้ว พ่อและแม่ช่วยกันทำงานหาเงิน แต่ตอนนี้พ่อเป็นเสาหลักของบ้านเนื่องจากแม่ลาคลอด เมื่อมีปัญหา ก็จะคุยกับพ่อเป็นส่วนใหญ่ พ่อมาเยี่ยมน้องเกือบทุกวัน วันไหนไม่ได้มาก็จะโทรมาทุกวัน พี่สาวแม่และพ่อก็มาเยี่ยมน้องแล้ว ทุกคนรักและเอ็นดูน้องอยากให้น้องหายป่วยเร็ว ๆ...”

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น ได้รับทรัพย์สิน กำลังใจ ความปรารถนาดี หรือการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกมีความสำคัญทำให้ลดความวิตกกังวล ปล่อยวาง มีความหวัง มีกำลังใจ รู้สึกมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยคุ้มครอง³⁰ ประโยชน์ที่ได้จะช่วยให้มารดามีความพร้อมและสามารถปรับตัวในการเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁹

3.3.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงค่านิยมและความเชื่อ ในรายงานว่า

“...สมาชิกทุกคนภายในครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญตามโอกาส ใส่บาตรอยู่บ้านบ่อยครั้ง แม่ชอบฟังธรรมะ และจะฟังในโทรศัพท์มือถือเป็นส่วนใหญ่...”

ความเชื่อในศาสนาเป็นทัศนคติต่อแง่มุมต่าง ๆ ของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเผชิญปัญหาที่บุคคลสามารถใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยในการปรับตัวได้³¹ ควรส่งเสริมให้บิดามารดาหรือสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่มียึดเหนี่ยวจิตใจ ทำใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุขในสังคม จะช่วยส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังจำหน่ายกลับบ้าน

3.4) การเรียนรู้ ได้แก่ ด้านพัฒนาการ ความคิด การเรียนรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

3.4.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบแผนพัฒนาการของทารกในรายงานว่า

“...กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของน้องก็จะนอน หลังกินนมก็จะนอน นอนประมาณ 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง วันหนึ่งก็จะนอนหลายรอบ ตอนกลางคืนไม่ค่อยนอน หลับ ๆ ตื่น ๆ รวมใน 1 วันนอนนอนประมาณ 8-10 ชม เวลาตื่นมาก็จะร้องไห้เพราะหิวนม เวลาตอนที่แม่พูดคุย หยอกล้อ เหมือนน้องจะฟังที่แม่พูด ยิ้มบ้าง ฟังเราเวลาเราพูด และมอง...”

ตามรายงานช่วงแรกเกิดทารกจะนอนหลับนาน 17-18 ชั่วโมงต่อวัน สามารถรับรู้ความรู้สึกได้จากการถูกสัมผัส คว่ำจับสิ่งของได้ สามารถยับแขน ขา กระพริบตา สายศีรษะไปมาได้ สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้ของทารก เช่น เมื่อมารดาสัมผัสตัวทารกจะหดหรือกางแขนขาออกทันที³² เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ประโยชน์ที่ได้สำหรับวางแผนการพยาบาลในการดูแลป้องกันสิ่งรบกวนให้มากขึ้น เช่น ลดแสง เสียง เป็นต้น เพื่อช่วยให้ทารกได้นอนหลับได้นานขึ้น

3.4.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงด้านความคิดและการเรียนรู้ ในรายงานว่า

“...เมื่อรู้ว่าลูกป่วย และต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ติดตามแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอ... น้องเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่ร้องไห้บ่อยไปหน่อย เมื่อแม่อุ้มก็หยุดร้อง ที่น้องร้องแม่คิดว่าน้องน่าจะอยากกินนมทางปาก เพราะเวลาน้องร้องแม่เอาลูกหลอกให้ดูดน้องก็หยุด...”

ตามรายงานเมื่อมารดามีการพูดคุย หยอกล้อ ทารกจะแสดงออกด้วยการยิ้มโต้ตอบ มอง และหันตามเสียงพูด เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดากับทารก มารดาเรียนรู้พฤติกรรมของทารก และทารกเรียนรู้การได้รับการตอบสนอง พยาบาลทารกแรกเกิดควรส่งเสริมให้มารดาตอบสนองความต้องการของทารก โดยการสร้างเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก²⁹

3.4.3) มารดาของผู้ป่วยทารกแรกเกิดกล่าวถึงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในรายงานว่า

“...น้องเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่ร้องไห้บ่อยไปหน่อย แต่เมื่ออุ้มก็หยุดร้อง ที่น้องร้องแม่คิดว่าน้องน่าจะอยากกินนมทางปาก เพราะเวลาน้องร้องแม่เอาลูกหลอกให้ดูดน้องก็หยุด...”

การที่มารดาให้ความใส่ใจเรียนรู้เมื่อแพทย์และพยาบาลให้ความรู้ เป็นพฤติกรรมบ่งชี้ว่ามารดามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ทำบทบาทเป็นมารดาที่มีความพยายามในการทำความเข้าใจความต้องการของทารก ด้วยการสังเกตและแปลความหมายสื่อสัญญาณต่าง ๆ ที่ทารกแสดงออก ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลจะมีความพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค คิดวิเคราะห์ และหาแนวทางที่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย³³ ผลที่ได้ทารกจะเกิดความพึงพอใจและมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อมารดาในเชิงบวก มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อมารดา²⁹

สรุป

ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก ควรได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หากมีความรุนแรงระดับต่ำสามารถเลือกผ่าตัดความผิดปกติได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ถ้ามีความรุนแรงระดับปานกลางหรือระดับสูงสามารถทำทวารเทียม (colostomy) ในระยะแรกเกิด และเพื่อความปลอดภัยของทารกควรทำการผ่าตัดรูทวารหนักเมื่ออายุหรือมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับทารกแรกเกิดและครอบครัว ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญการดูแลทารก ช่วยประคับประคองทารกและครอบครัวของทารกในการเผชิญกับปัญหาอาการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติจึงควรได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมให้สามารถนำสู่ปฏิบัติ ทั้งการให้ความสำคัญกับข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนักได้อย่างปลอดภัย และครอบคลุมถึงครอบครัวให้สามารถดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

References

1. Lalitwongsa S. Children's hospital opens 4 birth defects most common in infants, indicating 70% can be prevented and cured [Internet]. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2018 [updated 2018 March 2; cited 2024 July 5]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/03/15501> (in Thai)

2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2018 [Internet]. Nontaburi: Strategy and planning division; 2018 [updated 2019 September 1; cited 2024 July 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic61.pdf> (in Thai)
3. Askarpour S, Peyvasteh M, Kazemnia K, Javaherzadeh H. Comparison outcomes of divided end loop versus separate double barrel colostomy in neonates with imperforate anus: Divided end loop versus separate double barrel colostomy in imperforate anus. *Iran J Pediatr Surg* 2021;7(2):81-9.
4. Harris BS, Bishop KC, Kemeny HR, Walker JS, Rhee E, Kuller JA. Risk factors for birth defects. *Obstet Gynecol Surv* 2017;72(2):123-35.
5. Aklilu TM, Adhana MC, Aboye AG. Imperforate Anus Associated with Anomalous Pulmonary Venous Return in Scimitar Syndrome Case Report from a Tertiary Hospital in Ethiopia. *BMC Pediatrics* 2019;19(1):1-9.
6. Elkadi TT, Jalil S. Small left colon syndrome with imperforate anus, a rare coincidence. *J Pediatr Surg Case Rep* 2020 Apr 1;55:101403.
7. Chen CJ. The treatment of imperforate anus: experience with 108 patients. *J Pediatr Surg* 1999;34(11):1728-32.
8. Methapathana M. Nursing care of children with gastrointestinal disorders [Internet]. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2021[updated 2021 March 2; cited 2024 July 5]. Available from: <https://elnurse.ssru.ac.th> (in Thai)
9. Piasai K, Phumdoung S, Wiroonpanich W, Chotsampancharoen T. A randomized control trial of guided-imagination and drawing-storytelling in children with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2018;22(4):386-400. (in Thai).
10. Pengpan K, Siriboonpipattana P. Caring for premature infants with enteral feeding. *RHPC9 Journal* 2021;15(36):15-30. (in Thai)
11. Buphachai P, Noitumnee J. Risk factor for predict post operative enterocolitis and anastomosis stricture in Hirschsprung's Disease: A 5 years in Udonthani Hospital. *Journal of Health and Environmental Education* 2023;8(1):207-19. (in Thai)
12. Gao T, Xu W, Sheng Q, Xu T, Wu W, Lv Z. Clinical outcomes and risk factors for postoperative complications in children with Hirschsprung's disease. *Am J Transl Res* 2022;14(7):4830-7.
13. Parahita IG, Makhmudi A, Gunadi. Comparison of hirschsprung- associated enterocolitis following soave and duhamel procedures. *J Pediatr Surg* 2018;53(7):1351-4.
14. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Health problems of school-aged children that access to online media: the perspective of working-age parents in Thailand 4.0 Era. *Nursing journal* 2021;48(4):187-201. (in Thai)

15. Raksayot J, Sitthiban S. The effects of care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Khon rak pod clinic, Chawang crown prince hospital, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of health science of Thailand* 2013;22:973-8. (in Thai)
16. Saraboon P. Nursing process recording form for pediatric patients in the chronically ill ward: Nursing practice and child health 2. Khon Kaen: Child health nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2023. (in Thai)
17. Jirapat K, Jirapat V. Health status assessment of newborns. 2nd ed. Bangkok: Dansuttha printing;2009. (in Thai)
18. Ministry of Public Health. Developmental surveillance and promotion manual: DSPM. 1st ed. Nontaburi: Office of printing affairs, War veterans organization;2019. (in Thai)
19. Songmuang P, Ayuthaya WI. Development of equipment for preventing hypothermia in preterm infants weighing 1,500 gram or less. *Journal of health science of Thailand* 2021;30(Suppl 1):S113-23. (in Thai)
20. Srisuk R. Application of clinical reasoning processes in nursing diagnosis writing for nursing students. *The Journal of boromarjonani college of nursing suphanburi* 2021;4(1):5-20. (in Thai)
21. DeHart GB, Sroufe LA, Cooper RG. Child development: Its nature and course. New York: McGraw-Hill;2000.
22. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Health problems of school-aged children that access to online media: the perspective of working-age parents in thailand 4.0 era. *Nursing journal* 2021;48(4):187-201. (in Thai)
23. Antria P, Asimakopoulou E, Argyriadis A, Bellou–Mylona P, Gourni M, Sapountzi-Krepia D. Quality of life in patients with colostomy and the effects in everyday life. *Rostrum of asclepius* 2021;20(1):44–58.
24. Khrobsorn C, Lammana N, Potipatsa G. Promoting breastfeeding in sick newborns arrangement integration breastfeeding instruction in the bachelor of nursing program. *Journal of sakon nakhon hospital* 2024;26(2):103-13. (in Thai)
25. Yeom SS, Kim CW, Jung SW, Oh SH, Lee JL, Yoon YS, et al. Trepine transverse colostomy is effective for patients who have previously undergone rectal surgery. *Ann Coloproctol* 2018;34(2):72–77.
26. Kaewbuadee N, Pothisir W. Delaying age at first birth of ever-married women in Thailand: situation, trend, and determinants. *Srinakharinwirot research and development journal of humanities and social sciences* 2019;11(22):57-74. (in Thai)
27. Champawan T. Situational anxiety. *Journal of buddhist psychology* 2018;3(1):13-20. (in Thai)

28. Morrison JL, Chunsuwan I, Bunnag P, Gronholm PC, Estrin GL. Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up. *BMJ Global Health* 2018;3(1):E000589.
29. Oncharoen G, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W, Limruangrong P. Factors influencing maternal responsiveness in first-time mothers. *Journal of nursing science chulalongkorn university* 2017;29(2):87-98. (in Thai)
30. Pimsa W, Thanattheerakul C. Spiritual needs in adolescent with critically ill. *Journal of nursing and health care* 2021;39(1):49-58. (in Thai)
31. Numdokmai S, Wacharasin C, Deoisres W. Effects of nursing intervention program based on illness belief model on family caregivers' stress and caring for stroke patients. *Journal of faculty of nursing burapha university* 2016;24(1):27-38. (in Thai)
32. Jungpanich P, Ployluan W. The study of situation of early childhood development in Thailand 2021. *Thailand journal of health promotion and environmental health* 2023;46(1):41-53. (in Thai)
33. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.