****

**แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ**

**และทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจน**

****

**จัดทำโดย กลุ่มการสอน 3**

**การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา**

**Community of practice**

**1. นางจรรยา แก้วใจบุญ**

**2. ดร.ปัณณธร ชัชวรัตน์**

**3. นางดลฤดี เพชรขว้าง**

**4. นางเกศินี การสมพจน์**

 **5. นางสาววรินทร์ธร สุขกาย**

**6. นางสาวฐิติพร เรือนกุล**

**7.นางสาวสุภาภรณ์ นันตา**

 **8. นางสาววรรณิภา เย็นใจ**

**กลุ่มการสอน 3 การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์**

**วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี พะเยา**

**สรุปสิ่งที่ได้จากการจัดการเรียนรู้ในโครงการการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล**

**ด้วยการสอบทักษะทางการพยาบาล การช่วยเหลือทารกแรกคลอด**

**(6-7 กุมภาพันธ์ 2557)**

1. **แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ**
2. **แนวปฏิบัติที่ดี สำหรับการประเมินและการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง**
3. **แนวปฏิบัติที่ดี สำหรับการประเมินและการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง**
4. แนวปฏิบัติเรื่อง เทคนิคการนวดหัวใจในทารกแรกคลอด
5. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ
6. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง
7. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรง
8. **แนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ**

 มีแนวปฏิบัติดังนี้

1. Suction clear airway ให้โล่ง
2. เช็ดตัวทารกให้แห้ง (โดยการเช็ดบริเวณหลังทารกให้หันหน้าทารกออกจาก vulva มารดา) ทิ้งผ้าเช็ดตัวทารกให้ห่างตัวทารก
3. กระตุ้นทารกให้ร้อง(ประเมินการร้องของทารก)
4. ประเมิน APGAR Score
5. Clamp Cord และตัด Umbilical Cord โดยทารกปกติควรรออย่างน้อย 1-3 นาทีแล้วจึง Clamp Cord และตัดสายสะดือ
6. วางทารกที่หน้าอกมารดาเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาทารก ( Skin to skin ) และกระตุ้น Breast Feeding (จนครบตามเวลาที่กำหนด ) พยาบาลสังเกตและช่วยเหลือขณะส่งเสริมสัมพันธภาพ
7. นำทารกไปดูแลที่ Radiant warmer และดูแลดังต่อไปนี้
	1. ดูแลทางเดินหายใจ Clear airway กรณีมีเสมหะในลำคอ
	2. Keep warm
	3. ตรวจสอบการรัดของสายสะดือ
	4. เช็ดตาทารกด้วย N.S.S. และป้ายตาด้วย Terramycin Ointment
	5. ตรวจสอบอุณหภูมิของทารกทาง rectum เพื่อประเมินภาวะ Hypothermia และภาวะ Imperforate anus พร้อมประเมิน HR และ RR
	6. วัดสัดส่วนของทารก ได้แก่ รอบศีรษะ รอบอก และความยาวทารก
8. ตรวจประเมินทารกตามแนวทาง **Ballard’s Score**

8.1 การตรวจประเมินจากลักษณะภายนอก

8.2 การตรวจประเมินระบบประสาท

หมายเหตุ: กรณีไม่ได้วางทารกที่หน้าอกมารดาในระยะหลังคลอดทันที เมื่อดูแลทารกและพบทารกปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้นำทารกไปดูดนมมารดาและกระตุ้นการส่งเสริมสัมพันธภาพ

1. **แนวปฏิบัติที่ดี สำหรับการประเมินและการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง**

**มีแนวปฏิบัติ ดังนี้**

การช่วยเหลือทารกแรกคลอดทันที

1. Suction clear airway ให้โล่ง
2. เช็ดตัวทารกให้แห้ง
3. กระตุ้นทารกให้ร้อง (ประเมินการร้องของทารก)

ประเมินพบทารกมีภาวะขาดออกซิเจนปานกลาง (APGAR 4-6 คะแนน) รีบช่วยเหลือ ดังต่อไปนี้

1. Position the head และ Clear the airway
	1. ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยลูกสูบยางแดง หรือ
	2. ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยสายดูดเสมหะ (ในปากควรใส่สายลึกไม่เกิน 5 ซม. ส่วนในจมูกควรใส่สายลึก 1-2 ซม.จนถึงปีกจมูก ) หรือ
	3. ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยเครื่องดูดเสมหะ
2. Stimulate breathing
3. ประเมินการหายใจของทารกและช่วยเหลือดังนี้
	1. หายใจปกติ : ให้สังเกตการหายใจต่อไป ตามด้วยการตกแต่ง cord และส่งเสริม Breast Feeding
	2. หายใจไม่ปกติ (หายใจเฮือก หรือไม่หายใจ) : ช่วยหายใจด้วย bag and mask (PPV) วาง mask บนปลายคางก่อนแล้วค่อยวางครอบปากและจมูกบีบอัตรา 40 ครั้ง/นาที นับดังๆขณะช่วยหายใจ
4. ประเมินทารกขณะช่วยหายใจ และช่วยเหลือดังนี้
	1. หายใจปกติ : หยุดการช่วยหายใจ ให้สังเกตการหายใจต่อไป (หายใจมีเสียง grunting หรือ อกมี retraction) ตามด้วยการตกแต่ง cord และส่งเสริม Breast Feeding
	2. หายใจไม่ปกติ (หายใจเฮือก หรือไม่หายใจ) : ช่วยหายใจด้วย bag and mask (PPV) ต่ออีก 1 นาที
5. หลังจากช่วยหายใจ (PPV) ไป 1 นาที ทารกยังไม่หายใจ ให้ประเมิน Heart rate โดยคลำชีพจรจากสายสะดือ แต่ถ้าไม่สามารถคลำได้ต้องฟังด้วย แนวทางการปฏิบัติมีดังนี้

5.1 HR ≥ 100 ครั้ง/นาที PPV ต่อไปจนกระทั่งพบว่าทารกหายใจเองได้ดี แล้วค่อยๆลดอัตราการบีบ bag ให้ช้าลง (HR > 100 ครั้ง/นาที ทารกหายใจเองได้ดี\*\*\*หยุดช่วยหายใจ)

5.2 HR < 100 ครั้ง/นาที ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจน หรือกดหน้าอก (Chest compression) และให้ยา (Medication)

**3.การประเมินและการช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรง (Severe Asphyxia)**
มีแนวปฏิบัติดังนี้

* 1. ประเมินการหายใจ HR และ สีผิว
	2. อาการไม่ดีขึ้น พิจารณาใส่ Endotracheal tube โดยแพทย์ และเตรียมอุปกรณ์ดังนี้
1. Laryngoscope ประกอบด้วย handle, blade, light source พร้อมดูความสว่างของหลอดไฟ blade เบอร์ 0 และ 1
2. Endotracheal tube

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   น้ำหนักทารก   (กรัม)  | GA | ขนาด   (มม.)  |    ความยาวของท่อจากปลายท่อถึงริมฝีปากบน(ซม.)  |
|  <1000 |  <28 |  2.5 | 7  |
|  1000-2000 |  28-34 |  3.0 |  8 |
|  2000-3000 |  34-38 |  3.5 | 9 |
|  >3000 |  >38 |  3.5-4.0 | 9-10 |

1. Styletหรือ guide wire
2. ฝาครอบหน้า (face mask) ของ ทารกขนาด

ต่าง ๆ (เบอร์ 0, 1, 2)และ self inflating bag ( ambu bag )พร้อม reservoir

1. Gel ที่ละลายน้ำเช่น K-Y jelly หรือ xylocaine jelly
2. Adhesive tape
3. Stethoscope
4. อุปกรณ์ให้ออกซิเจนได้แก่ ถังออกซิเจนหรือO2pipeline
	1. ถ้า HR<60/นาที ให้ทำchest compression สลับกับ PPV ในอัตรา 3:1 คือ กดน้าอก 3 ครั้ง ต่อ PPV 1 ครั้ง หรือใน 1 นาที กดหน้าอก 90 ครั้ง PPV 30 ครั้ง
	2. Chest compression กดนวดหัวใจ ทำได้ 2 วิธีคือ

 4.1 Thumb finger technigue ปฏิบัติดังนี้
 1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง กดลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณต่ำกว่าราวนมและเหนือลิ้นปี่

 2) นิ้วที่เหลือโอบประคองส่วนหลังของทารก ใช้แรงกดให้กระดูกลางหน้าอกยุบ ½-3/4 นิ้วแล้วปล่อยให้กระดูกเคลื่อนตัวกลับเอง

 3) กดในอัตรา 100-120 ครั้ง/นาที โดยที่นิ้วมือยังวางอยู่ที่เดิมโดยไม่ต้องยกนิ้วออก

 4.2 Two-finger technigue

 1) ใช้ปลายนิ้วชี้และนิ้วกลางตั้งฉากลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณต่ำกว่าราวนมและเหนือลิ้นปี่ อีกมือวางบนบริเวณหลังของทารกความลึกในการกดและวิธีกดเหมือนวิธีแรก

 2) ให้ทำการนวดหัวใจสัมพันธ์กับการช่วยหายใจในอัตราการนวดหัวใจ 3 ครั้งสลับกับ PPV 1 ครั้ง โดย 1 นาที ควรทำการนวดหัวใจ 90 ครั้ง และ PPV 30 ครั้ง

 3) ในการปฏิบัติผู้ทำการกดหน้าอก พูด “หนึ่ง และ สอง และ สาม และบีบ…….”

 4) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 วินาที เมื่อ HR > 60 ครั้ง/นาที จึงหยุดการนวดหัวใจ

 5) ถ้าทารกยังไม่ตอบสนองดี ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยา Epinephrine 1:10,000 ขนาด 0.1-0.3 ml/kg ทางหลอดเลือดดำ หรือ 0.3-1 ml/kg ทางท่อช่วยหายใจ อาจให้ซ้ำได้ทุก 3-5 นาที ตามความจำเป็น

1. แนวปฏิบัติเรื่อง เทคนิคการนวดหัวใจในทารกแรกคลอด

**เทคนิคการนวดหัวใจ สำหรับทารกแรกคลอด**

**ตำแหน่งการวางนิ้วที่ถูกต้อง คือ 1 ใน 3 ด้านล่าง ตำแหน่งระหว่าง Xyphoid และราวนม**

****



**เทคนิคการนวดหัวใจ สำหรับทารกแรกคลอด**

1. **Thumb finger technigue**

มีวิธีปฏิบัติคือ

1.1 ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง กดลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณต่ำกว่าราวนม

และเหนือลิ้นปี่

* 1. นิ้วที่เหลือโอบประคองส่วนหลังของทารก ใช้แรงกดให้กระดูกลางหน้าอกยุบ ½-3/4 นิ้วแล้วปล่อยให้กระดูกเคลื่อนตัวกลับเอง
	2. กดในอัตรา 100-120 ครั้ง/นาที โดยที่นิ้วมือยังวางอยู่ที่เดิมโดยไม่ต้องยกนิ้วออก



1. **Two-finger technigue**
	1. ใช้ปลายนิ้วชี้และนิ้วกลางตั้งฉากลงบนกระดูกกลางหน้าอกบริเวณต่ำกว่าราวนมและเหนือลิ้นปี่ อีกมือวางบนบริเวณหลังของทารกความลึกในการกดและวิธีกดเหมือนวิธีแรก
	2. ให้ทำการนวดหัวใจสัมพันธ์กับการช่วยหายใจในอัตราการนวดหัวใจ 3 ครั้งสลับกับ PPV 1 ครั้ง โดย 1 นาที ควรทำการนวดหัวใจ 90 ครั้ง และ PPV 30 ครั้ง
	3. ในการปฏิบัติผู้ทำการกดหน้าอก พูด “หนึ่ง และ สอง และ สาม และบีบ…….”

****

* 1. แบบประเมิน สำหรับการสอบทักษะทางการพยาบาลการช่วยเหลือทารกแรกคลอด คือ
1. แบบประเมินการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ
2. แบบประเมิน การช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง
3. แบบประเมิน การช่วยเหลือทารกแรกคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับรุนแรง

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. **แบบประเมินการสอบทักษะการช่วยเหลือทารกแรกคลอดปกติ**

**ชื่อ – สกุล............................................................ชั้นปี..........................หลักสูตรพยาบาลศาสตร์**

| **รายการ** | **การปฏิบัติ** |
| --- | --- |
| **ปฏิบัติ** | **ปฏิบัติไม่สมบูรณ์** | **ไม่ปฏิบัติ** |
| 1. Suction clear airway ให้โล่ง
 |  |  |  |
| 1. เช็ดตัวทารกให้แห้ง
 |  |  |  |
| 1. กระตุ้นทารกให้ร้อง(ประเมินการร้องของทารก
 |  |  |  |
| **สถานการณ์** ทารกแรกคลอด ตัวแดงดี เขียวปลายมือปลายเท้า ร้องครางเบาๆขณะ Suction สีหน้าเหยเก แขนขาเคลื่อนไหวได้ดี หายใจสม่ำเสมอ RR = 40 ครั้ง/นาที4.จากสถานการณ์ข้างต้นประเมิน APGAR Score =…………คะแนน |  |  |  |
| 5. Clamp Cord และตัด Umbilical Cord โดยทารกปกติควรรออย่างน้อย 1-3 นาทีแล้วจึง Clamp Cord และตัดสายสะดือ |  |  |  |
| 6. วางทารกที่หน้าอกมารดาเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาทารก ( Skin to skin ) และกระตุ้น Breast Feeding (จนครบตามเวลาที่กำหนด ) พยาบาลสังเกตและช่วยเหลือขณะส่งเสริมสัมพันธภาพ |  |  |  |
| 7.นำทารกไปดูแลที่ Radiant warmer ต่อโดยควบคุมอุณหภูมิที่ ............องศา |  |  |  |
| **การดูแลทารกขณะอยู่ที่ Radiant Warmer**8. ดูแลทางเดินหายใจ Clear airway |  |  |  |
| 9. Keep warm |  |  |  |
| 10. ตรวจสอบการรัดของสายสะดือ |  |  |  |
| 11. เช็ดตาทารกด้วย N.S.S. และป้ายตาด้วย Terramycin Ointment |  |  |  |
| 12. ตรวจสอบอุณหภูมิของทารกทาง rectum เพื่อประเมินภาวะ Hypothermia และภาวะ Imperforate anus พร้อมประเมิน HR และ RR12.1 ค่าปกติของ T = ……………องศา12.2 ค่าปกติของ HR = ………….ครั้ง/นาที12.3 ค่าปกติของ RR = ………….ครั้ง/นาที |  |  |  |
| 13. วัดสัดส่วนของทารก13.1 OC = ………………..ซม.13.2 CC = ………………..ซม.13.3 Lengh =…...…….…..ซม. |  |  |  |
| **จากสถานการณ์ประเมินสภาพทารกแรกคลอดโดยวิธีของ Ballard’s Score****ลักษณะภายนอก** ทารกเพศชายแรกคลอด รูปร่างชัดเจนกลับคืนรูปเดิมได้ดี ผิวหนังลอกเป็นแผ่น ไม่เห็นหลอดเลือด ขนอ่อนส่วนมากไม่พบ หัวนมเป็นตุ่มขนาด 3-4 มม. นูนขึ้น อวัยวะเพศอัณฑะลงถุงมีรอยย่นชัดเจน พบลายฝ่าเท้า 2/3 ของฝ่าเท้า14.ประเมินลักษณะภายนอกของทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง(ได้คะแนน………) |  |  |  |
| **ระบบประสาทของทารก** ลักษณะทารกขางอและแบะออก แขนเริ่มงอเล็กน้อย วัดมุมที่ข้อมือได้ 30 องศา เมื่อปล่อยแขนให้แขนเหยียดแล้วแขนงอกลับขึ้นเล็กน้อยมุมที่ข้อพับแขนด้านหน้าเป็น 100 – 180 องศา วัดมุมหลังเข่าได้ 130 องศา ข้อศอกอยู่กึ่งกลางลำตัว ยกส้นเท้าจรดใบหูสามารถยกส้นเท้าได้เกือบถึงใบหน้า เข่างอเล็กน้อย15. ประเมินระบบประสาทของทารกแรกเกิดได้ถูกต้อง(ได้คะแนน………....) |  |  |  |
| 16. ประเมินสภาพทารกแรกเกิดโดย Ballard Score ได้ถูกต้อง(รวมคะแนนได้……………………..คะแนนเทียบอายุครรภ์ได้……………………….wks. |  |  |  |
| 17. ห่อตัวทารกและนำไปให้มารดาโอบกอด กระตุ้นดูดนม |  |  |  |

* ปฏิบัติถูกต้อง 13 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 80 % - ปฎิบัติถูกต้อง 14 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 85 %
* ปฎิบัติถูกต้อง 15 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 90 % - ปฎิบัติถูกต้อง 16 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 95 %

**สรุปผล** ผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยกว่า 80 % ให้สอบใหม่ความคิดเห็น…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ลงชื่อ……………………………………ผู้ประเมิน**หมายเหตุ** ใช้แบบประเมิน Ballard Score ตามแนบท้าย1. **แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือทารกแรกเกิด ที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง**

ชื่อ – สกุล……………………………………………………เลขที่........ชั้นปี…… หลักสูตร พยาบาลศาสตร์

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รายการประเมิน** | **ปฏิบัติ** | **ปฏิบัติไม่สมบูรณ์** | **ไม่ปฏิบัติ** |
|  | **การดูแลทันทีหลังทารกคลอดครบทั้งตัว ณ เตียงคลอด** |  |  |  |
| 1. | Suction clear airway ให้โล่ง |  |  |  |
| 2. | เช็ดตัวทารกให้แห้ง |  |  |  |
| 3. | กระตุ้นทารกให้ร้อง (ประเมินการร้องของทารก) |  |  |  |
| 4. | **สถานการณ์*** ทารกแรกคลอด ตัวแดง แต่เขียวปลายมือปลายเท้า ทารกไม่ร้อง ขณะ Suction ทำสีหน้าเหยเก ตัวนิ่มแขนขาอ่อนปวกเปียก หายใจมีปีกจมูกบานและอกบุ๋ม RR = 44 ครั้ง/นาที
* จากสถานการณ์ข้างต้นประเมิน APGAR Score =…………คะแนน
 |  |  |  |
| 5. | รีบตัด cord และย้ายทารกไปยัง Radiant Warmer |  |  |  |
|  | **การดูแลทารกขณะอยู่ที่ Radiant Warmer** |  |  |  |
| 6. | Keep warm |  |  |  |
| 7. | Position the head |  |  |  |
| 8. | Clear the airway* ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยเครื่องดูดเสมหะ
* ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยลูกสูบยางแดง
* ดูดเสมหะในปากและจมูกด้วยสายดูดเสมหะ (ในปากควรใส่สายลึกไม่เกิน 5 ซม. ส่วนในจมูกควรใส่สายลึก 1-2 ซม.จนถึงปีกจมูก )
 |  |  |  |
| 9. | Stimulate breathing |  |  |  |
| 10. | **ประเมินการหายใจของทารก*** หายใจปกติ : ให้สังเกตการหายใจต่อไป ตามด้วยการตกแต่ง cord และส่งเสริม Breast Feeding
* หายใจไม่ปกติ (หายใจเฮือก หรือไม่หายใจ) : ช่วยหายใจด้วย bag and mask (PPV) วาง mask บนปลายคางก่อนแล้วค่อยวางครอบปากและจมูกบีบอัตรา 40 ครั้ง/นาที นับดังๆขณะช่วยหายใจ
 |  |  |  |
| 11. | **ประเมินทารกขณะช่วยหายใจ*** หายใจปกติ : หยุดการช่วยหายใจ ให้สังเกตการหายใจต่อไป (หายใจมีเสียง grunting หรือ อกมี retraction) ตามด้วยการตกแต่ง cord และส่งเสริม Breast Feeding
* หายใจไม่ปกติ (หายใจเฮือก หรือไม่หายใจ) : ช่วยหายใจด้วย bag and mask (PPV) ต่ออีก 1 นาที
 |  |  |  |
| 12. | **หลังจากช่วยหายใจ (PPV) ไป 1 นาที ทารกยังไม่หายใจ** ให้ประเมิน Heart rate โดยคลำชีพจรจากสายสะดือ แต่ถ้าไม่สามารถคลำได้ต้องฟังด้วย Stethoscope* HR ≥ 100 ครั้ง/นาที PPV ต่อไปจนกระทั่งพบว่าทารกหายใจเองได้ดี แล้วค่อยๆลดอัตราการบีบ bag ให้ช้าลง (HR > 100 ครั้ง/นาที ทารกหายใจเองได้ดี\*\*\*หยุดช่วยหายใจ)
* HR < 100 ครั้ง/นาที ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจน หรือกดหน้าอก (Chest compression) และให้ยา (Medication)
 |  |  |  |

* ปฏิบัติถูกต้อง 9 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 85 % ปฏิบัติถูกต้อง 10 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 90 %
* ปฏิบัติถูกต้อง 11 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 95 % ปฏิบัติถูกต้อง 12 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 100 %

สรุปผล ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ 85 % ขึ้นไป ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน < 85 %ความคิดเห็น…………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..ลงชื่อ……………………………………….ผู้ประเมิน ( ) วันที่………..เดือน………………พ.ศ……… | 5. |  |