

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล เรื่อง การทำเตียง (Bed making)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<b>1. การทำเตียงว่าง (Closed bed)</b>			
1) รื้อผ้าปูที่นอน และถอดปกหมอนออก โดยเก็บด้านสกปรกไว้ข้างใน เก็บใส่ถังผ้าเปื้อน และสำรวจของใช้ของผู้ป่วยคนเดิมอย่าให้ตกค้าง			
2) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง และจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน (ผ้าปูที่นอน ผ้าคลุมเตียง/ผ้าห่ม ปลอกหมอน ผ้าขวางเตียงและ ผ้ายาง, ชุดทำความสะอาด: ถังน้ำยา, ถังน้ำสะอาด, ผ้าเช็ดเปียกและผ้าเช็ดแห้งอย่างละ 1 ผืน			
3) จัดบริเวณเตียงให้มีที่วางพอสสมควร ล็อคล้อเตียง ปิดพัดลม และไขเตียงราบ			
4) ทำความสะอาดที่นอนด้านบน ขอบที่นอน ใต้ที่นอน และเตียง โดยใช้หลักการ เช็ดจากบนลงล่าง หรือไกลตัวมาใกล้ตัว เช็ดผ้าเปียกและตามด้วยผ้าแห้งไปทางเดียวกัน ไม่ววนกลับไปกลับมา			
5) ทำเตียงที่ละข้าง : ปูผ้าคลุมเตียงทีละครึ่งโดยให้จุดศูนย์กลางของผ้าวางทับลงบนจุดศูนย์กลางของที่นอน คลี่ผ้าออกไปทางหัวและปลายที่นอน ตลบผ้าปูอีกครึ่งหนึ่งกลับไปมา โดยให้ชายผ้าอยู่ด้านตรงข้ามที่ปู และอยู่ระยะครึ่งเตียงพอดี			
6) ดึงผ้าปูที่นอน ปูให้เรียบตึง เหน็บชายผ้าด้านหัวเตียง และปลายเตียง เหน็บชายผ้าด้านข้าง ทำมุมชายตรงกับหัวเตียงก่อน แล้วทำมุมด้านปลายเตียง ให้เรียบร้อย			
7) ปูผ้ายางบริเวณที่ต้องให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยให้จุดศูนย์กลางของผ้าวางทับลงบนจุดศูนย์กลางของที่นอน คลี่ผ้าออกไปด้านข้างเตียง เหน็บชายผ้าข้างเข้าใต้ที่นอน			
8) ปูผ้าขวางเตียงโดยให้คลุมปิดผ้ายาง เหน็บชายผ้าเข้าใต้ที่นอนโดยแบมือสอดผ้าเข้าไปให้สุดชายผ้า			
9) ใส่ปลอกหมอนโดยหันชายเปิดของปลอกหมอนไปทางด้านตรงข้ามกับประตูทางเข้า			
10) ปูผ้าห่ม หรือผ้าคลุมเตียง คลี่ผ้าออก ดึงผ้าให้เรียบ ให้ชายผ้าทางด้านหัวเตียงเสมอกับขอบที่นอนคลุมหมอนให้มิด เหน็บชายผ้าทางด้านปลายที่นอนเป็นแบบชายตรง และปล่อยชายด้านข้างหรือพับผ้าห่มไว้ปลายเตียงหันด้านเรียบออก			
11) ทำความสะอาดตู้ข้างเตียง เก้าอี้ จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดเป็นระเบียบ			
12) ประเมินการปฏิบัติงาน โดยตรวจสอบความสะอาด และความเรียบร้อย			
13) นำอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้แล้วไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย ของที่ใช้แล้วต้องนำไปทิ้งให้ถูกที่			
14) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง			
<b>2. การทำเตียงที่ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ (Open bed)</b>			
1) บอกให้ผู้ป่วยทราบ และให้ผู้ปวยนั่งเก้าอี้ข้างเตียง			
2) ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง จัดเตรียมของใช้พาดไว้ที่พนักปลายเตียงด้านไกลตู้ข้างเตียง			
3) ล็อคล้อปลายเตียง ปรับเตียงให้สูงในระดับที่สะดวก ไขเตียงให้ราบ			
4) ใส่ถุงมือสะอาด			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
5) รื้อผ้าปูที่นอน และถอดปกหมอนออก โดยเก็บด้านสกปรกไว้ข้างใน เก็บใส่ถังผ้าเปื้อน			
6) เช็ดทำความสะอาดที่นอน และเตียง แล้วเช็ดให้แห้ง			
7) ปูเตียงตามวิธีการปูเตียงว่าง และพับผ้าห่มไว้ปลายเตียง			
8) ทำความสะอาดตู้ข้างเตียง รอบๆเตียง ลิงของเครื่องใช้ต่างๆ และจัดให้เป็นระเบียบ สะดวกต่อการหยิบใช้			
9) นำอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้แล้วไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย ของที่ใช้แล้วต้องนำไปทิ้งให้ถูกที่			
10) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง			
<b>3. การทำเตียงที่มีผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง (Occupied bed)</b>			
1) ประเมินสภาพผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำเตียงพร้อมทั้งอธิบายเหตุผล			
2) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง เตรียมของใช้ให้พร้อมใช้งาน			
3) ล้อคล้อปลายเตียง ปรับเตียงให้สูงในระดับที่สะดวก ปิดพัดลม ไชเตียงราบ			
4) สวมถุงมือสะอาด พิจารณาตามสภาพของผู้ป่วย			
5) พลิกตัวผู้ป่วยตะแคงเข้าหาพยาบาล <i>เลื่อนเหล็กกันเตียงขึ้นในรายที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้</i>			
6) รื้อผ้าปูด้านหลังของผู้ป่วยม้วนไว้ชิดลำตัวผู้ป่วย ทำความสะอาดที่นอนและเตียง			
7) ปูผ้าปูที่นอนผืนใหม่ที่สะอาดครั้งเดียวทำมุมให้เรียบร้อย ปูผ้าข้าง ผ้าขวางเตียง ครั้งเดียว เหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย			
8) เปลี่ยนปลอกหมอนวางไว้ด้านที่เปลี่ยนใหม่			
9) บอกผู้ป่วยพลิกตะแคงไปด้านที่เปลี่ยนผ้าที่พยาบาลยืนอยู่ หรือยกเหล็กกันเตียงขึ้น			
10) เดินไปด้านตรงกันข้ามยกเหล็กกันเตียงลง			
11) รื้อผ้าออกม้วนด้านสกปรกเข้าด้านใน ใส่ในถุงผ้าเปื้อน			
12) ทำความสะอาดที่นอน เช็ดให้แห้ง ปูที่นอนที่ละชั้นตอนตามลำดับ ทำให้เรียบตึง			
13) จัดท่านอนผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย			
14) นำอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้แล้วไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย ของที่ใช้แล้วต้องนำไปทิ้งให้ถูกที่			
15) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง			
<b>4. การทำเตียงรอรับผู้ป่วย กลับจากดมยาสลบ / ห้องผ่าตัด (Ether bed)</b>			
1) ปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำเตียงที่ไม่มีผู้ป่วยอยู่บนเตียง			
2) ปูผ้าข้างและผ้าขวางเตียงตามตำแหน่งที่ต้องการ พับผ้าห่มตามยาวเป็นชั้นซ้อนกันแบบพัดคลี่ (fanfold) แล้ววางชิดขอบเตียงด้านตรงข้ามกับที่จะรับผู้ป่วยขึ้นเตียง			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง สุทธิยาส่วนบุคคล(Hygiene care)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือ และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย			
2. เตรียมเครื่องใช้ต่าง ๆ มาที่เตียงให้ครบถ้วน วางในที่ที่เหมาะสม และหยิบใช้ได้สะดวก			
3. ล้างมือหรือใส่ถุงมือ ถ้าพยาบาลมีบาดแผล หรือผู้ป่วยมีสารคัดหลั่ง หรือติดเชื้อ			
4. ปิดพัดลม กันม่านให้เรียบร้อย			
<p>5. <u>การทำความสะอาดผม</u></p> <p>1) เลื่อนตัวผู้ป่วยให้นอนทแยงมุมกับเตียงใช้หมอนรองใต้ไหล่</p> <p>2) ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้คอ ใช้ผ้าปิดหน้าอกผู้ป่วย</p> <p>3) ใช้ผ้าวางรองใต้คอ ใต้ศีรษะ ปลดผมไว้บนผ้าวาง</p> <p>4) ใช้สาลีสีอุดหูทั้งสองข้าง</p> <p>5) ใช้ขันตักน้ำ ตักน้ำรดผมจนทั่วศีรษะ</p> <p>6) เทแชมพูใส่ฝ่ามือพอประมาณแล้วลูบไปตามเส้นผมให้ทั่วศีรษะ และกดนิ้วหนึ่งศีรษะ</p> <p>7) ใช้น้ำรดศีรษะล้างแชมพูออกให้หมดหากผมยังไม่สะอาด ให้เทแชมพูใส่ฝ่ามือ ลูบผม สระผมอีกครั้ง ล้างน้ำให้สะอาด</p> <p>8) ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องการให้ใช้ครีมนวดผมก็ให้เทครีมนวดผมใส่ฝ่ามือ แล้วลูบตามเส้นผมใช้หวี หวีผมไปด้วย อย่างเบาเมื่อจนทั่วหนึ่งศีรษะแล้วให้ล้างน้ำออกจนสะอาด</p> <p>9) ใช้ผ้าขนหนูเช็ดผมให้แห้งดี บางรายที่ต้องการให้ใส่น้ำมันใส่ผม ก็เทน้ำมันใส่ฝ่ามือพอประมาณแล้วลูบไปตามเส้นผม แล้วหวีผมให้เรียบร้อย</p>			
<p>6. <u>การโกนหนวดเครา (Shave)</u></p> <p>1) จัดท่าศีรษะสูง</p> <p>2) วางผ้ารองกันเปื้อนและชามรูปไตไว้บริเวณใต้คางหรือข้างแก้ม หรือให้ผู้ป่วยถือชามรูปไต</p> <p>3) ใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำอุ่นวางบนส่วนที่ต้องการโกน ถูสบู่หรือครีมโกนหนวดที่ใบหน้า</p> <p>4) เริ่มโกนจากบริเวณหูไล่มาจนถึงปาก แล้วล้างใบมีดโกน หลังจากนั้นเริ่มจากบริเวณหูอีกข้างไล่ลงมาบริเวณเหนือริมฝีปาก บริเวณคาง และใต้คาง ฯลฯ</p> <p>5) ใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำหมาดๆ เช็ดบริเวณใบหน้าให้สะอาด และซับให้แห้ง</p>			
<p>7. <u>การทำความสะอาดปากและฟัน (Mouth care)</u></p> <p>1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง หรือนอนตะแคง</p> <p>2) วางผ้ารองกันเปื้อนและชามรูปไต ไว้บริเวณใต้คางหรือข้างแก้ม หรือให้ผู้ป่วยถือชามรูปไต</p> <p>3) ทำขนแปรงให้เปียก บีบยาสีฟันลงบนแปรง ให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำ ถือแปรงทำมุม 45 องศา กับเหงือก แปรงฟันบนและล่างให้ทั่วทั้งด้านนอก ด้านใน ด้านสบของฟัน</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>แปรงลิ้น และบ้วนปากให้สะอาด หรือเทน้ำยาใส่สำลี ก๊อส หรือไม้พันสำลีให้ชุ่มเล็กน้อย เช็ดด้านในปาก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ฟันและลิ้น ทำซ้ำจนปากฟันสะอาด</p> <p>4) ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ไหมขัดฟันในกรณีที่ต้องการ หลังจากบ้วนปากให้สะอาด เช็ดปากให้แห้ง ทาปากด้วยวาสลีนป้องกันปากแห้ง</p>			
<p>8. <u>การอาบน้ำบนเตียง</u></p> <p>1) จัดท่านอนหงาย หนุนหมอน ใช้ผ้าคลุมตัวผู้ป่วยแล้วถอดเสื้อผ้า ออกใส่ถุงผ้าเปื้อน</p> <p>2) ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด แล้วพันมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า หรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมหนีบชายผ้าด้านล่างให้เรียบร้อย</p> <p>3) ใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดบริเวณเปลือกตาจากด้านหัวตาไปหางตา และใช้มุมผ้าอีกด้านหนึ่ง เช็ดเปลือกตาดีกข้าง เช่นเดียวกันแล้วซักผ้า</p> <p>4) ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปากคอ ใบหู หลังหู</p> <p>5) ใช้ผ้าถูตัวอีกผืนชุบน้ำบิดหมาด และถูกับสบู่เช็ดบริเวณใบหน้า คอ และหู เช็ดอย่างนุ่มนวล</p> <p>6) ใช้ผ้าถูตัวผืนแรกชุบน้ำบิดหมาดเช็ดให้ทั่วจนหมดสบู่ และใช้ผ้าเช็ดตัวซับให้แห้ง</p> <p>7) สอดผ้าเช็ดตัวคลุมบริเวณหน้าอกและท้อง แล้วเลื่อนผ้าคลุมตัวลงมาบริเวณเอว เช็ดบริเวณหน้าอกและท้อง ตามขั้นตอนเดียวกับการเช็ดหน้า</p> <p>8) ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัว เช็ดด้านใกล้ตัวจนถึงบริเวณรักแร้</p> <p>9) แขน่มือในอ่าง ฟอกบริเวณซอกนิ้วเล็บ แล้วล้างให้สะอาดซับให้แห้ง</p> <p>10) ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัวและเช็ดให้สะอาด เช่นเดียวกับแขนด้านใกล้ตัวและแขนมือทำความสะอาด ซับให้แห้ง เสร็จแล้วเปลี่ยนน้ำเลื่อนผ้าคลุมตัวมาคลุมปิดรอบต้นขาให้มีมิติชิด ปูผ้าเช็ดตัวรองบริเวณใต้ขาด้านใกล้ตัว</p> <p>11) ทำความสะอาด ด้วยน้ำและสบู่บริเวณขาถึงสะโพกจนสะอาด ซับน้ำให้แห้ง</p> <p>12) แขนเท้าลงในอ่าง ฟอกสบู่บริเวณเท้า สันเท้า ซอกนิ้วและล้างให้สะอาดซับให้แห้ง</p> <p>13) เช็ดขาด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน</p> <p>14) เดินไปด้านตรงข้ามเตียง พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาพยาบาล ยกไม้กั้นเตียงขึ้น ถ้ามีผู้ช่วยให้จับตัวผู้ป่วยไว้</p> <p>15) ปูผ้าเช็ดตัวตามยาว แนบหลังผู้ป่วย ตั้งแต่บริเวณคอ หลัง เอว สะโพก จนถึงก้นกบ</p> <p>16) ทำความสะอาดบริเวณหลังตั้งแต่ กกหู คอ หลัง จนถึงสะโพกและก้นกบ</p> <p>17) ทาแป้งหรือโลชั่น นวดหลัง(รายละเอียดในข้อที่ 9) และใส่เสื้อผ้าที่สะอาด</p> <p>18) ทำความสะอาด ด้วยน้ำและสบู่บริเวณขาถึงสะโพกจนสะอาด ซับน้ำให้แห้ง</p> <p>19) แขนเท้าลงในอ่าง ฟอกสบู่บริเวณเท้า สันเท้า ซอกนิ้วและล้างให้สะอาด ซับให้แห้ง</p> <p>20) เช็ดขาด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน, ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ (รายละเอียดในข้อที่10)</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>9. การนวดหลัง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทาแป้ง / ทาครีม/ หรือโลชั่น เพื่อลดการเสียดสี</li> <li>2) ท่าที่ 1 Stroking การลูบตามแนวยาว</li> <li>3) ท่าที่ 2 Kneading / Petrissage การบีบนวดกล้ามเนื้อ</li> <li>4) ท่าที่ 3 Hacking</li> <li>5) ท่าที่ 4 Percussion (Clapping)</li> <li>6) ท่าที่ 5 Digital kneading</li> <li>7) ท่าที่ 6 Vibration</li> <li>8) ท่าที่ 7 Stroking</li> </ol>			
<p><b>10. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและฝีเย็บ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ อธิบายให้ทราบขั้นตอน การปฏิบัติและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ</li> <li>2) กั้นม่าน ใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วย และจัดท่าผู้ป่วย: <u>เพศหญิง</u> นอนหงายชันเข่า แยกขา ออกจากกัน <u>เพศชาย</u> นอนหงาย แยกขาออกจากกันเล็กน้อย</li> <li>3) คลุมผ้าที่ตัวผู้ป่วยในผู้หญิงดึงผ้าถุงขึ้นไปเหนือเอว และคลุมผ้าบริเวณขา ปลายเท้า และอวัยวะสืบพันธุ์ ในผู้ป่วยดื่งกางเกงลงและใช้ผ้าห่มคลุมตัวไว้ก่อน</li> <li>4) ให้ผู้ป่วยยกก้น แล้วสอดหมอนนอนใต้ก้นผู้ป่วย และอวัยวะสืบพันธุ์</li> <li>5) ยิบซามรูบไต หรือถุงสำหรับใส่สำลีที่ใช้แล้ว มาใกล้หมอนนอน</li> <li>6) เปิดผ้าคลุมออกให้เห็นอวัยวะสืบพันธุ์</li> <li>7) ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง และใส่ถุงมือสะอาด พร้อมทั้งเปิดชุดทำความสะอาด</li> <li>8) โกรกน้ำราดบริเวณขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์เล็กน้อย <u>ให้มือ/ใช้ปากคีบหยิบสำลีเปียกขุบสบู่เช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ดังนี้</u></li> </ol> <p><b>เพศหญิง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก้อนที่ 1 เช็ดหัวเหน่า</li> <li>- ก้อนที่ 2 เช็ดแคมใหญ่ ด้านใกล้ตัว จนถึงขาหนีบ จากด้านบนลงล่างถึง ทวารหนัก</li> <li>- ก้อนที่ 3 เช็ดแคมใหญ่ ด้านใกล้ตัว จนถึงขาหนีบ จากด้านบนลงล่างถึง ทวารหนัก</li> <li>- ก้อนที่ 4 เช็ดแคมเล็ก ด้านใกล้ตัว จากด้านบนลงล่าง</li> <li>- ก้อนที่ 5 เช็ดแคมเล็ก ด้านใกล้ตัว จากด้านบนลงล่าง</li> <li>- ก้อนที่ 6 และ 7 เช็ดตรงกลางจากด้านบนลงล่างถึงทวารหนัก</li> </ul> <p><b>เพศชาย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก้อนที่ 1 เช็ดบริเวณหัวเหน่า</li> <li>- ก้อนที่ 2 และ 3 เช็ดบริเวณขาหนีบด้านใกล้ตัวและใกล้ตัว ตามลำดับ</li> </ul>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ก้อนที่ 4 และ 5 เช็ดบริเวณลูกอัณฑะ แล้วโกรกรน้ำล้างให้สะอาด ใช้มือที่ใส่ถุงมือจับอวัยวะเพศพร้อมดึงหนังหุ้มอวัยวะเพศเปิดขึ้น</li> <li>- ก้อนที่ 5 และ 6 เช็ดจาก urethral orifice ล้างล้าง</li> <li>- ก้อนที่ 7 และ 8 เช็ดบริเวณรอบๆ ล้างล้าง</li> <li>- ก้อนที่ 9 เช็ดบริเวณใต้ลูกอัณฑะลงมาถึงรูทวารหนัก</li> </ul> <p>9) โกรกรน้ำล้างให้สะอาด ใช้สำลีหรือกระดาษชำระซับให้แห้งจากบนลงล่าง</p> <p>10) เลื่อนหมอนนอนออกใช้กระดาษชำระซับบริเวณก้นให้แห้ง</p> <p>11) ถอดถุงมือ</p> <p>12) สวมกางเกงที่สะอาดให้เรียบร้อย และเอาผ้าปิดตาออก</p> <p>13) จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย และจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย</p> <p>14) นำอุปกรณ์ใช้แล้วไปทำความสะอาด และเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย ที่ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง</p>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การจัดทำและการเคลื่อนย้าย

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>1. ประเมินสภาพผู้ป่วย</p> <p>2. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ได้แก่ หมอน ที่นอน ผ้าขวางเตียง ผ้าขนหนู ไม้กั้นเตียง ที่ผูกยึด ฯลฯ</p> <p>3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบ พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์</p> <p>4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และสะดวกในการปฏิบัติงาน</p> <p>5. การจัดทำ</p> <p><u>5.1 ท่านอนหงาย (Dorsal or Supine position)</u></p> <p>1) ให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนให้ความกว้างของหมอนรองรับส่วนศีรษะ และไหล่ และสูงพอเหมาะ</p> <p>2) หนุนผ้าหรือหมอนใต้แขนทั้งสองข้าง</p> <p>3) วางหมอนทรายหรือผ้าม้วนกลม วางข้างต้นขาทั้งสองข้าง หนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆใต้เข่าเหนือข้อพับ</p> <p>4) หนุนผ้า หรือของนุ่ม เช่น ฟองน้ำ หมอนเล็ก ผ้าขนหนูใต้ข้อเท้า</p> <p>5) ใช้ Foot broad หมอน หรือผ้าห่มม้วนกลมดันปลายเท้าให้ตั้งขึ้นเหมือนทำยี่น</p> <p>6) ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว ให้มือกำผ้านุ่ม (hand rolls.)</p> <p><u>5.2 ท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's position or semi sitting position)</u></p> <p>1) จัดท่านอนหงาย ปรับศีรษะสูง 30-90 องศา โดยให้สะโพกอยู่ตรงกึ่งกลางของเตียง</p> <p>2) ใช้หมอนรองใต้เข่าเหนือข้อพับ ปรับเตียงตรงเข่าให้สูง 10-20 องศา</p> <p>3) กรณีผู้ป่วยเคลื่อนไหวที่ขาไม่ได้ ให้หนุนหมอนทรายหรือผ้าม้วนกลมวางข้างขาทั้งสอง หนุนผ้า หรือหมอนเล็กๆใต้ข้อเท้า และใช้ Foot broad ดันเท้า</p> <p>4) กรณีผู้ป่วยเคลื่อนไหวที่แขนไม่ได้ ให้หนุนหมอนใต้แขน และไหล่ทั้งสองข้าง และกำผ้าม้วนไว้ในมือ</p> <p><u>5.3 ท่านอนตะแคง (Lateral position)</u></p> <p>1) เลื่อนตัวผู้ป่วยมาริมเตียง ตรงข้ามกับด้านที่ผู้ป่วยจะพลิกตะแคง</p> <p>2) พยาบาลยืนด้านที่จะพลิกตัวผู้ป่วยมา จัดวางแขน ด้านที่พลิกมาให้วางไปด้านศีรษะของผู้ป่วยโดยต้นแขนทำมุมกับลำตัว 90 องศา และปลายแขนทำมุม 90 องศากับต้นแขน โดยปลายมือชี้ไปทางหัวเตียง</p> <p>3) วางแขนผู้ป่วยด้านซิดริมเตียงพาดบนหน้าอก และขาด้านซิดริมเตียงไขว้ทับขาอีกข้างหนึ่ง</p> <p>4) จัดหมอนถัดจากลำตัว โดยวางบริเวณลำตัวส่วนบนและส่วนล่าง</p> <p>5) พยาบาลวางมือที่ไหล่ และสะโพกของผู้ป่วย แล้วออกแรงดึงผู้ป่วยเข้าหาตัว พร้อมกับเอนตัวไปทางด้านหลัง ใช้น้ำหนักตัวพยาบาลเพื่อดึงหรือพยุง ตำแหน่งที่เป็นน้ำหนักส่วนใหญ่ของร่างกายผู้ป่วย</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>6) หมุนหมอนให้อยู่ในลักษณะการพุ่งตรงตำแหน่งศีรษะ ลำตัวตรง หมุนแขน และขาบนให้อยู่ในตำแหน่งข้อไหล่และสะโพก หมุนหลังตามความจำเป็น หมุนเท้า มือกำผ้า จัดแขนขาด้านล่างให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย</p> <p>5.4 <u>ท่านอนตะแคงกึ่งคล้ำ (Sim's position)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ให้ผู้ป่วยนอนซิมติริมเตียงด้านตรงข้ามกับที่จะตะแคงไป</li> <li>2) จัดแขนด้านซิมติริมเตียงพาดหน้าอก จัดขาด้านซิมติริมเตียงไขว้ทับขาข้างกลางเตียง แขนด้านกลางเตียงแนบลำตัว</li> <li>3) จัดวางหมอนซิมติริมตัวผู้ป่วยบริเวณที่ใกล้กับ ไหล่ ออกส่วนบน ระหว่างเอว และเข่า ระหว่างขาและปลายขา</li> <li>4) พยายามเปลี่ยนด้านที่ผู้ป่วยจะพลิกตัวมา จับ ไหล่ สะโพก พลิกตัวผู้ป่วยพร้อมกับทุกส่วน ให้อยู่ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ จัดแขนล่างวางไปทางด้านหลังลำตัว</li> <li>5) หมุนหมอนที่ศีรษะ เพื่อลดแรงกดทับที่หู ศีรษะ ใบหน้า และตรวจสอบทางเดินหายใจ</li> <li>6) ดูแลหมอนที่รองหน้าอก ให้รองรับน้ำหนักตัวที่กดลงบนไหล่ และแขน หมอนที่หนุนแขนด้านบน ให้อยู่ระดับเดียวกับไหล่</li> <li>7) ดูแลหมอนข้างที่หนุนขาด้านบน หรือด้านล่างของลำตัวให้สูงอยู่ระดับเดียวกับข้อสะโพก</li> <li>8) วางหมอนทรายหรือผ้าม้วน พยุงฝ่าเท้า ของขาที่อยู่ด้านล่าง และให้กำผ้านุ่ม</li> </ol> <p>5.5 <u>ท่านอนคว่ำ (Prone position)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดให้ผู้ป่วยนอนซิมติริมเตียงด้านใดด้านหนึ่ง</li> <li>2) จัดวาง แขนผู้ป่วยด้านซิมติริมเตียง แนบลำตัว มือวางบนหน้าขา แขนด้านซิมติริมเตียงแนบลำตัวใต้ต้นขา</li> <li>3) จัดวางหมอนบริเวณกลางเตียง โดย วางหมอน ที่ระดับชายโครงและหน้าท้อง</li> <li>4) พยายามเปลี่ยนด้านที่จะพลิกตัวผู้ป่วยมา จับ ไหล่ และสะโพก แล้วพลิกตัวผู้ป่วยให้นอนท่าคว่ำ ระหว่างการพลิกมา ควรให้ ศีรษะ คอ และขา พลิกมาพร้อมกันการพลิกตัวผู้ป่วยแบบทั้งตัว จะช่วยรักษาแนวปกติของกระดูกสันหลัง</li> <li>5) หันศีรษะผู้ป่วยไปด้านใดด้านหนึ่ง หนุนด้วยหมอนเตี้ย และประเมินการหายใจ</li> <li>6) จัดวางแขนไปทางศีรษะ ในท่าอแขน โดยฝ่ามือวางคว่ำลง เพื่อให้ลำตัวไม่กดทับแขน</li> <li>7) ใช้หมอนเล็กหรือ ผ้าม้วน สอดใต้รักแร้ และกระดูกไหปลาร้า</li> <li>8) ใช้หมอนหนุนปลายขา ให้สูง จนนิ้วเท้าสูงพ้นที่นอน และให้ข้อเข่าอยู่ในท่าอเล็กน้อยและกล้ามเนื้อขาผ่อนคลาย</li> </ol>			



กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>6. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p> <p>6.1 <u>การช่วยผู้ป่วยนั่งบนเตียง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดท่านอนหงาย เลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงด้านพยาบาลยืนอยู่</li> <li>2) พยาบาลยืนข้างเตียง แยกเท้า เท้าข้างหนึ่งก้าวไปข้างหน้าหนึ่งก้าว</li> <li>3) สอดแขนข้างถนัดใต้คอผู้ป่วย อีกข้างจับแขนด้านใกล้ตัว</li> <li>4) ค่อยๆยกศีรษะผู้ป่วยขึ้น โดยพยาบาลทั้งน้ำหนักลงด้านหลัง</li> <li>5) จัดทำให้สุขสบาย ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนผละจากเตียง</li> </ol> <p>6.2 <u>การพยุงตัวผู้ป่วยลงจากเตียง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดท่านอนหงาย เลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงด้านพยาบาลยืนอยู่</li> <li>2) จัดทำให้อยู่ในท่านั่ง ชัยบขาห้อยลงข้างเตียง หากเตียงสูงมากควรหาเก้าอี้มารองเท้า</li> <li>3) พยาบาลยืนตรงหน้าผู้ป่วยโดยก้าวขาไปข้างหน้า 1 ก้าว พร้อมกับย่อเข่าลงเพื่อให้ผู้ป่วยใช้มือ</li> <li>4) ยึดที่ไหล่ทั้งสองข้างของพยาบาล</li> <li>5) พยาบาลสอดมือทั้ง 2 ข้างใต้รักแร้ผู้ป่วย ค่อยๆพยุงลงจากเตียงในท่านั่ง</li> </ol> <p>6.3 <u>การพยุงผู้ป่วยนั่งเก้าอี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เตรียมเก้าอี้ไว้ที่หัวเตียงผู้ป่วย เลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงด้านพยาบาลยืนอยู่ พยุงลุกนั่ง</li> <li>2) พยุงลงจากเตียงในท่านั่ง ค่อยๆหมุนตัวให้ผู้ป่วยอยู่หน้าเก้าอี้ พยาบาลค่อยๆย่อเข่าลงพร้อมกับวางผู้ป่วยลงบนเก้าอี้ ระวังระวังเก้าอี้เลื่อน และตรวจดูความปลอดภัยผู้ป่วย</li> </ol> <p>6.4 <u>การพยุงผู้ป่วยนั่งรถเข็น</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เตรียมรถเข็นสำหรับผู้ป่วย เลื่อนตัวมาชิดขอบเตียงด้านพยาบาลยืนอยู่ พยุงลุกนั่งบนเตียง</li> <li>2) หมุนตัวผู้ป่วยหันหลังให้พยาบาล โดยกั้นอยู่ตรงขอบเตียง ปลายเท้าชี้ไปข้างหน้า พยาบาล สอดมือเข้าใต้รักแร้ผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง</li> <li>3) พยาบาลอีกคนเข็นรถมาที่เตียง ด้านหน้ารถชิดขอบเตียง ล็อคล้อให้เรียบร้อย</li> <li>4) พยาบาลทั้ง 2 คน ยืนข้างตัวผู้ป่วยคนละข้างโดยมีรถเข็นอยู่ตรงกลาง</li> <li>5) พยาบาลไขว้แขน ซ้ายขวาสอดใต้รักแร้ แขนอีกข้าง สอดใต้โคนขาทั้งสองข้าง</li> <li>6) ให้สัญญาณยกตัวผู้ป่วย นั่งลงบนรถเข็น พยาบาลปลดล็อคล้อคนละข้าง</li> <li>7) พยาบาลคนหนึ่งเลื่อนรถเข็นออกจากเตียง อีกคนประคองนั่งและข้อเท้าเลื่อนตามรถ และยกวางบนที่พับเท้า หาเข็มขัดหรือผ้ารัดผู้ป่วยกันตกรถ เข็นรถพาผู้ป่วยไปยังที่ๆต้องการ</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><u>6.5 การเคลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) พยาบาลยืนข้างเตียงหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย</li> <li>2) จัดแขนทั้งสองข้างวางพาดบนหน้าอกผู้ป่วย</li> <li>3) ย่อตัวลงสอดแขนเข้าใต้ศีรษะและไหล่เคลื่อนผู้ป่วยมาอยู่ชิดขอบเตียง</li> <li>4) สอดแขนเข้าใต้เอวและสะโพก เคลื่อนตัวผู้ป่วยมาอยู่ชิดขอบเตียง</li> <li>5) สอดแขนใต้บริเวณน่องและข้อเท้า และเคลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง</li> <li>6) จัดตัวผู้ป่วยให้ลำตัวตรง เอาไม้กั้นเตียงขึ้น</li> </ol> <p><u>6.6 การช่วยเหลือผู้ป่วยไปทางหัวเตียง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดท่าเอามือผู้ป่วยประสานกันที่หน้าอก</li> <li>2) ปรับเตียงในแนวราบ ให้เหมาะสมกับงานที่จะทำ และล็อกล้อเตียง</li> <li>3) เอาจมอนออก วางที่หัวเตียง แนะนำผู้ป่วยให้ช่วยยกศีรษะ จับข้างเตียง ถ้าจับราวหัวเตียงได้ให้จับเหนี่ยว เพื่อออกแรงช่วยดึง การใช้เท้ายันพื้น</li> <li>4) พยาบาลยืนแยกเท้าห่างกันพอควร เหยียดปลายเท้าข้างหนึ่งไปทางหัวเตียง หรือตามทิศทางที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป พยาบาลย่อเข่าและสะโพก เพื่อให้ปลายแขนอยู่ในระดับเดียวกับเตียง สอดแขนข้างหนึ่งเข้าใต้ไหล่ อีกข้างหนึ่ง เข้าใต้สะโพก หรือ ต้นขา</li> <li>5) พยาบาลเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และสะโพก เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อและอวัยวะในช่องท้อง</li> <li>6) ให้สัญญาณขณะเคลื่อนตัวขึ้น ขณะเดียวกันพยาบาลเหยียดข้อเข่าย้ายน้ำหนักตัวจากขาหลังมาที่ขาหน้าเพื่อน้ำหนักตัวพยาบาลช่วยในการเคลื่อนตัวผู้ป่วย</li> <li>7) สอดหมอนใต้ศีรษะผู้ป่วยและจัดท่าให้สุขสบาย</li> </ol> <p><u>6.7 การเคลื่อนตัวผู้ป่วย กรณี 2 คน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) พยาบาล 2 คนยืนข้างเดียวกัน เคลื่อนผู้ป่วยมาด้านใกล้ตัว</li> <li>2) พยาบาลคนที่ 1 สอดแขนใต้คอและไหล่ อีกข้างสอดใต้เอว</li> <li>3) พยาบาลคนที่ 2 สอดสะโพก อีกข้างหนึ่งสอดใต้เข่า</li> </ol> <p><u>6.8 การเคลื่อนตัว กรณี 3 คน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) พยาบาล 3 คน ยืนข้างเดียวกัน เคลื่อนผู้ป่วยมาริมเตียงให้ใกล้ตัวพยาบาล</li> <li>2) พยาบาลคนที่ 1 สอดแขน เข้า ใต้ คอ ไหล่ อีกแขน สอดใต้หลังระดับอก</li> <li>3) พยาบาลคนที่ 2 สอดใต้เอว อีกแขน ใต้สะโพก</li> <li>4) พยาบาลคนที่ 3 สอดใต้เข่า อีกแขนใต้ปลายขา</li> </ol> <p><u>6.9 การใช้ผ้าช่วยพยุง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ใช้ผ้าขวางเตียงรอง ตั้งแต่ใต้ไหล่ จนถึง ต้นขา</li> <li>2) พยาบาลยืนคนละข้างของเตียง ม้วนชายผ้าขวางเตียงจนชิดลำตัวผู้ป่วย</li> <li>3) ให้สัญญาณในการเคลื่อนตัว พยาบาลเหยียดข้อเข่า ย้ายน้ำหนักตัว จากขาหลังมาขาหน้า</li> <li>4) สอดหมอนใต้ศีรษะ จัดท่านอนให้สุขสบาย</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><u>6.10 การย้ายผู้ป่วยไปอีกเตียงโดยพยาบาล 3 คน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดหัวเตียงเดิมให้ทำมุมฉากกับปลายเตียงใหม่</li> <li>2) พยาบาล 3 คนยืนเรียงหน้ากระดานหันเข้าหาผู้ป่วย</li> <li>3) พยาบาลคนที่ 1 สอดแขนใต้ศีรษะไปจับต้นแขนต้นไหล่ตัว อีกข้างสอดใต้หลัง</li> <li>4) คนที่ 2 สอดแขนชิดคนที่ 1 บริเวณหลัง อีกข้างใต้สะโพก</li> <li>5) คนที่ 3 สอดแขนใต้สะโพกชิดคนที่ 2 อีกข้างสอดใต้ข้อเท้า</li> <li>6) ยกตัวผู้ป่วยพร้อมกันไปยังเตียงใหม่ที่ทำมุมฉากกับเตียงเดิม จัดท่า ดูแลความปลอดภัย</li> </ol> <p><u>6.11 การย้ายผู้ป่วยไปอีกเตียงโดยพยาบาล 4 คน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดเตียงเก่ากับเตียงใหม่มาชิดกัน ใช้ผ้าปูเตียงรองตัวผู้ป่วย รวมถึงศีรษะและไหล่ด้วย</li> <li>2) เลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียงใหม่</li> <li>3) พยาบาล 2 คนอยู่ด้านเตียงเดิม จับผ้าปูในมือทั้งสองข้าง</li> <li>4) อีก 2 คนทำเช่นเดียวกันแต่อยู่อีกฟากของเตียงใหม่</li> <li>5) ทำสัญญาณยกผู้ป่วยจากเตียงเดิมไปเตียงใหม่พร้อมๆกัน จัดท่า ดูแลความเรียบร้อย</li> </ol> <p><u>6.12 การย้ายผู้ป่วยไปยังเปลนอน</u></p> <p><u>6.13 การพยุงเดินโดยพยาบาล 1 คน</u></p> <p><u>6.14 การพยุงเดินโดยพยาบาล 2 คน</u></p> <p><u>6.15 การใช้ไม้เท้า(Cane):</u> ถือด้านตรงข้ามกับข้างที่เจ็บ ยกไม้เท้าไปข้างหน้า 6-10 นิ้ว ก้าวขาข้างเจ็บไปข้างหน้า น้ำหนักจะกดลงไม้เท้าแทน และก้าวขาข้างดีตาม</p> <p><u>6.16 การใช้ไม้ค้ำยัน (Crutch):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Four point gait</li> <li>- Three point gait</li> <li>- Two point gait</li> </ul> <p><u>6.17 การใช้ที่ช่วยเดิน (walker)</u></p>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การใส่สายยางให้อาหาร

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา</li> <li>2. รายงานตัวกับผู้ป่วย ประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจสอบชื่อ –สกุล ตรวจสอบจุดที่จะใส่สายว่ามีสิ่งอุดตัน มีแผลก่อนเนื้อ หรือมีความผิดปกติหรือไม่ ถ้ามีให้หลีกเลี่ยง</li> <li>3. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบวัตถุประสงค์ บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ป่วย และให้คลายความวิตกกังวล</li> <li>4. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง ก่อนเตรียมอุปกรณ์</li> <li>5. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สายยางให้อาหาร ( Nasogastric tube) ผู้ใหญ่ขนาด 14–18 Fr. เด็ก 8–12 Fr.</li> <li>- กระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหาร (Asepto syringe) ขนาด 50–60 ซีซี</li> <li>- ชามรูปไตขนาดใหญ่ 1 ใบ</li> <li>- สารหล่อลื่นชนิดละลายน้ำได้ เช่น K-Y jelly หรือ xylocain jelly</li> <li>- Stethoscope พลาสเตอร์ ก้อน กระดาษชำระ ถุงมือสะอาด</li> <li>- แก้วใส่น้ำสะอาด 50–100 ซีซี</li> </ul> <p><u>กรณีให้อาหารทางท่อสายยาง</u> เตรียมอุปกรณ์เพิ่ม ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชนิด/ปริมาณของอาหารเหลวตามแผนการรักษา</li> <li>- น้ำสะอาดสำหรับให้อาหารประมาณ 50–100 ซีซี</li> <li>- แก้วใส่น้ำสะอาด 50–100 ซีซี เพื่อทดสอบปลายสายยาง</li> </ul> </li> <li>6. จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม เปิดไฟให้สว่าง จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนหงาย ศีรษะสูง 35–45 องศา</li> <li>7. จัดชามรูปไตวางบริเวณข้างแก้มผู้ป่วย/วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกผู้ป่วย</li> <li>8. เปิดชุดสายยางให้อาหาร</li> <li>9. สวมถุงมือสะอาด</li> <li>10. บีบสารหล่อลื่นลงบนก้อนพอประมาณ</li> <li>11. หยิบสายยางให้อาหารวัดความยาวของสาย ที่จะใส่               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ในผู้ใหญ่</b> วัดจากปลายจมูกถึงดึ่งหู และจากดึ่งหูจนถึงลิ้นปี่ (Xiphoid process) ทำเครื่องหมายหรือ ติดพลาสเตอร์ไว้</li> <li>- <b>ในเด็ก</b> วัดจากปลายจมูกถึงดึ่งหู และจากดึ่งหูถึงกึ่งกลางกระดูกอก (Sternum) กับสะดือเด็ก</li> </ul> </li> <li>12. หล่อลื่นปลายสายให้อาหาร ประมาณ 4 นิ้ว แล้วขมวดสายไว้ด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด</li> <li>13. ให้ผู้ป่วยแหว่งศีรษะเล็กน้อย มือข้างที่ถนัดจับสายยางแล้วค่อยๆ ใส่สายเข้าทางรูจมูกข้างใดข้างหนึ่งอย่างนุ่มนวล พร้อมบอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และช่วยกลืน จนถึงตำแหน่งที่ทำเครื่องหมายไว้</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>14. ตรวจสอบปลายสายว่าเข้าไปในกระเพาะอาหาร ซึ่งทดสอบได้ 3 วิธี ดังนี้</p> <p>1) จุ่มปลายสายให้อาหารที่พ้นออกมาจากจมูกลงในแก้วน้ำ ถ้าเห็นฟองอากาศ ฟูออกมาตามจังหวะการหายใจให้ดึงออกทันที ถ้าสายยางให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารถูกต้องตรงตำแหน่ง จะไม่มีฟองอากาศหรืออาจมีเพียง 1-2 ฟองอากาศเท่านั้น</p> <p>2) ใช้ Asepto syringe ดูดอากาศแล้วดันอากาศเข้าไปในสายให้อาหารประมาณ 5-10 มล. (ในผู้ใหญ่) 1-3 มล. (ในเด็ก) แล้วใช้หูฟัง (Stethoscope) ฟังเสียงอากาศ/ลมที่ดันเข้าไปโดยฟังบริเวณลิ้นปี่ค่อนไปทางซ้าย หรือบริเวณทางเดินอาหารส่วนต้น ถ้าสายยางให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารถูกต้องจะได้ยินเสียงลม(ฟืด) ดันเข้ากระเพาะอาหารของผู้ป่วย และดูดลมที่ดันเข้าออกทุกครั้ง</p> <p>3) ใช้ Asepto syringe ดูดน้ำย่อยจากกระเพาะ ถ้าดูดน้ำย่อยออกมาได้แสดงว่าสายยางให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารถูกต้องตำแหน่งแล้ว</p> <p>15. หลังการทดสอบว่าสายยางให้อาหารลงไปอยู่ในกระเพาะอาหารเรียบร้อยแล้ว ติดพลาสติกหรือยัดสายยางให้อาหารไว้ กับสันจมูก</p> <p>16. ปิดปลายสายยางให้อาหารไม่ให้อากาศหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าไปได้แล้วจัดวางให้เหมาะสม</p> <p>17. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย นาน 30-60 นาที</p> <p>18. เก็บอุปกรณ์ และล้างมือให้สะอาด</p> <p>19. บันทึกรายงานการใส่สายยางให้อาหาร ลงในบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับขนาดของสายที่ใช้ ตำแหน่งของสาย ปฏิบัติการของผู้ป่วยก่อน ขณะและหลังใส่สาย <u>ขั้นตอนการให้อาหารทางท่อสายยาง (ในรายที่ใส่สายยางอยู่แล้วให้ดำเนินการดังนี้)</u></p> <p>1) บอกวัตถุประสงค์ในการให้อาหารและวิธีการให้</p> <p>2) จัดท่านอนศีรษะสูง 35-45 องศาหรือทำกึ่งนั่งกึ่งนอน ป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหาร</p> <p>3) จัดขามรูปโตวางบริเวณข้างแก้มผู้ป่วย/วางผ้ากันเปื้อนที่หน้าอกผู้ป่วย</p> <p>4) เช็ดปลายสายยางด้วยสำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์/0.9% NSS</p> <p>5) ทดสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารตามวิธีที่กล่าวมา</p> <p>6) ต่อปลายให้อาหารเข้ากับ Asepto syringe เพื่อดูน้ำย่อย/อาหารมือก่อน ว่าเหลือค้างอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าดูดได้อาหารเหลือมือก่อน (Gastric content) เหลือน้อยกว่า 1/4 ของปริมาณ อาหารเหลือมือที่แล้วให้ดันกลับและให้อาหารมือนั้น</li> <li>- ถ้าดูดได้อาหารเหลือมือก่อน (Gastric content) เหลือมากกว่า 1/4 ของปริมาณ อาหารเหลือมือที่แล้ว ให้งดให้อาหารมือนั้นให้เลื่อนเวลามืออาหารนั้นออกไปอีก 1-2 ชั่วโมง แล้วจึงตรวจสอบ Gastric content อีกครั้ง ถ้ายังไม่ลดลงให้งดอาหารมือนั้น และรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป</li> </ul>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>7) ขั้นตอนการให้อาหารผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดจุกสายยางให้อาหารเช็ดปลายด้วย 70% แอลกอฮอล์ /0.9% NSS</li> <li>- ต่อสายยางให้อาหารโดยต่อ Asepto syringe ยกสูง 10-12 นิ้วฟุต เทอาหารครึ่งละ 50 ซีซี ลงใน Asepto syringe ให้อาหารไหลลงอย่างช้าๆ สม่่าเสมอ จนอาหารหมด (ไม่เกิน 450 ซีซี/มือ)</li> </ul> <p>8) เมื่ออาหารเหลวปริมาณสุดท้ายไหลออกเกือบหมด syringe ค่อยๆ รินน้ำ 30-50 ซีซี ลงใน syringe และเมื่อน้ำไหลออกเกือบหมด syringe หักพับสายให้อาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าไม่ต้องการให้ยาพร้อมอาหาร รินน้ำเพิ่มอีก 30-50 ซีซี</li> <li>- ถ้าต้องการให้ยาพร้อมอาหาร โดยนำยาที่บดละเอียดแล้วผสมน้ำประมาณ 10 ซีซี คนให้ละลายหรือเข้ากัน แล้วค่อยๆ รินยาที่ผสมแล้วที่ละน้อยลงใน syringe จนไม่มียาเกาะติดข้าง syringe และไม่ควรใช้น้ำมากเกินไป 50-60 ซีซี</li> <li>- ถ้าเป็นยาหลังอาหาร ควรให้หลังอาหาร 1 ชม.</li> </ul> <p>9) พับสายให้อาหาร ปลด syringe ออกจากสายให้อาหาร</p> <p>10) เช็ดรูเปิดและด้านนอกของสายให้อาหารอีกครั้งด้วยสำลีชุบ 70% alcohol</p> <p>11) ใช้จุกปิดรูเปิดสายให้อาหาร</p> <p>12) จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวาศีรษะสูงหรือนอนหงายศีรษะสูงหรือทำนั้งนาน 30 นาที ถึง 1 ชม.</p> <p>13) เก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ไปทำความสะอาด และล้างมือให้สะอาด</p> <p>14) บันทึกลงในบันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับ ปริมาณอาหารที่เหลือตกค้าง ( ถ้ามี)</p> <p>ชนิดและปริมาณอาหารเหลวและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ อาการผิดปกติต่างๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดถ่ายท้อง ถ่ายเหลว</p>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การสวนอุจจาระ

รายการประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา			
2. ประเมินสภาพผู้ป่วย เลือกของใช้/วิธีการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล			
3. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง ก่อนเตรียม อุปกรณ์			
4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุดสวนอุจจาระ (หม้อสวน หัวสวนและสายสวนอุจจาระ)</li> <li>- ถุงมือสะอาด 1 คู่</li> <li>- เสอแขวนหม้อสวนอุจจาระ</li> <li>- น้ำยาหล่อลื่นหัวสวน</li> <li>- ผ้ายางขวางและผ้าขาวเตียง</li> <li>- หม้อนอน</li> <li>- กระดาษชำระ</li> <li>- น้ำสบู่เหลว 30 ซีซี และน้ำสะอาดปราศจากเชื้อ 1000 ซีซี/0.9% NSS 1000 ซีซี (หากสวนด้วยน้ำยาสำเร็จรูป (Unison Enema) ใช้เฉพาะน้ำยาสำเร็จรูป ถุงมือ กระดาษชำระและหม้อนอน)</li> </ul>			
5. ตรวจสอบชื่อ –สกุล และแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการปฏิบัติให้ผู้ป่วยทราบ <u>วัตถุประสงค์</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสวนล้าง เพื่อบรรเทาอาการท้องผูก, เตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด</li> <li>- การสวนเก็บ เพื่อให้ยา, กระตุ้นลำไส้บีบตัว, ช่วยวินิจฉัยโรค, การสวนให้อาหาร</li> </ul>			
6. จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดไฟให้สว่าง</li> <li>- โยเตียงราบให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนราบตามปกติ</li> <li>- ปูผ้ายาง และผ้าขาวเตียง</li> <li>- กั้นม่านให้มิดชิด และใช้ผ้าห่มคลุมตัวผู้ป่วย</li> </ul>			
7. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนชันเข่า (Dorsal recumbent position) /นอนตะแคงซ้าย / นอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (Left sim's position) ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ปลดผ้าถุง/กางเกงเปิดส่วนทวารหนัก เอาผ้าคลุมปิดไว้			
8. เปิดชุดสวนอุจจาระ			
9. ต่อหัวสวนเข้ากับสายยาง สํารวจก๊อกเปิด-ปิด หัวสวนให้ใช้งานได้			
10. เทน้ำสบู่เหลวประมาณ 30 ซีซี ผสมน้ำสะอาดปราศจากเชื้อ 1000 ซีซี ลงในหม้อสวน			
11. แขวนหม้อสวนกับเสอแขวนให้สูงประมาณ 12-18 นิ้ว			
12. ใส่ถุงมือสะอาด			

รายการประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
13. เปิดน้ำยาเพื่อไล่อากาศและหล่อลื่นปลายหัวสวนด้วยวาสลีน หรือเจลลี่ ประมาณ 3-4 นิ้ว			
14. เปิดผ้าบริเวณก้น ใช้มือของข้างที่ไม่ถนัดแยกแถมกัน			
15. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และผ่อนลมออกทางปากช้าๆ ไม่เบ่งอุจจาระค่อยๆ สอดหัวสวนเข้าทางทวารหนักซึ่งไปทางสะดือลึก 2-3 นิ้วในผู้ใหญ่ โต 1 - 2 นิ้ว ใน เด็ก และ 1-1.5 นิ้วในเด็กเล็ก			
16. จับหัวสวนไว้ตลอดการสวน ค่อยๆปลดเกลียวปล่อยให้สารละลายไหลเข้าไปช้าๆใช้ เวลาประมาณ 5 - 10 นาที( ถ้าน้ำยาจำนวนมาก อาจใช้เวลา 10 -15 นาที) แนะนำ ให้หายใจออกทางปากช้าๆ (ถ้าเป็นน้ำยาสำเร็จรูป ใช้มือบีบขวดไล่น้ำยาเข้าสู่ทวาร หนักช้าๆอย่างต่อเนื่อง)			
17. สังเกตการไหลของสารละลาย เมื่อน้ำยาหมด บีบสายยางให้แน่นดึงออกช้าๆ พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยขมิบก้น			
18. ให้ผู้ป่วยขมิบก้นไว้ก่อนและใช้กระดาษชำระกดที่ทวารหนักสักครู่			
19. จัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนถ่ายอุจจาระบนหมอนอนหรือถ้าเดินไหวอาจเดินเข้าห้องน้ำ แนะนำว่าอาจมีอาการปวดท้อง ท้องอืด และอยากขับถ่าย กรณีสวนเก็บ ให้ผู้ป่วย กลั้นอุจจาระ โดยการนอนนิ่งๆ เก็บน้ำยาไว้ในลำไส้นานอย่างน้อย 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง			
20. สังเกตอุจจาระและสิ่งปนออกมากับอุจจาระ			
21. ทำความสะอาดบริเวณก้นของผู้ป่วย เช็ดให้แห้ง เอาผ้ายางผ้าขวางออก สวมผ้าถุง/ กางเกงให้เรียบร้อย			
22. จัดเก็บอุปกรณ์ ถอดถุงมือ เปิดม่าน			
23. เก็บอุปกรณ์เข้าที่ให้เรียบร้อย ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง			
24. บันทึกวัน เวลา ชนิด จำนวนของสารละลาย ปริมาณ สีลักษณะของอุจจาระ ในบันทึกทางการพยาบาล			



ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การวัดสัญญาณชีพ (Vital sign)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>การวัดอุณหภูมิกาย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพผู้ป่วย จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน</li> <li>2. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติอย่างคร่าวๆ</li> <li>3. ล้างมือให้สะอาด (Hygienic hand washing) และเช็ดให้แห้ง</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม (ปรอทวัดไข้, อับใส่สำลีแอลกอฮอล์ 70%, ซามูรูปไต, ภาชนะใส่ปรอท, Stethoscope, เครื่องวัดความดัน, นาฬิกา, สมุดบันทึก, ปากกา ) นำไปที่เตียงผู้ป่วย</li> <li>5. หยิบปรอทออกจากภาชนะ ตรวจสอบให้ปรอทอยู่ในกระเปาะต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส</li> <li>6. เลือกตำแหน่งในการวัดอุณหภูมิให้เหมาะสม             <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 <u>การวัดทางปาก</u> ให้ผู้ป่วยอมปรอทไว้ใต้ลิ้น ปิดปากให้สนิท นาน 2 – 3 นาที</li> <li>6.2 <u>การวัดทางรักแร้</u> ควรเช็ดรักแร้ให้สะอาด และแห้ง สอดปลายกระเปาะของปรอทเข้าในรักแร้หนีบรักแร้ให้สนิทไม่ให้อากาศเข้าได้ สอดปรอทไว้นาน 5 นาที</li> <li>6.3 <u>วัดทางทวารหนัก</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทาปลายปรอทส่วนกระเปาะด้วยวาสลีน</li> <li>- จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงงอเข่าบน ปิดผ้าให้เรียบร้อยให้เห็นแต่ทวารหนัก ใช้มือแวกให้เห็นรูทวารหนัก แนะนำผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เบ่งลงก้นเล็กน้อย พร้อมสอดปรอทเข้าทางทวารหนักลึกประมาณ 0.50 – 1 นิ้วฟุต ใช้มอจับปรอทไว้นาน 1-2 นาที</li> <li>- ผู้วัดจะต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาสำหรับการวัดอุณหภูมิในทวารแรก เกิดให้สอดปรอทเข้าทางทวารหนักลึก 1.50-2 เซนติเมตร โดยจับขาเด็กทั้ง 2 ข้างขึ้นวัดนาน 2 นาที</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> <p><b>การจับชีพจร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. เลือกตำแหน่งที่จะนับชีพจร ถ้าเป็น radial pulse ให้ผู้ป่วยวางมือในลักษณะพักฝ่ามือคว่ำ ใช้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และ / หรือนิ้วนาง ตรงตำแหน่งของหลอดเลือดที่จะนับชีพจร</li> <li>8. นับการเต้นของชีพจรเต็ม 1 นาที โดยสังเกตความสม่ำเสมอ ความเบาหรือแรง</li> </ol> <p><b>การนับการหายใจ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. จับข้อมือผู้ป่วยในลักษณะเหมือนการคลำชีพจร ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกจับมอง ขณะนับการหายใจ</li> <li>10. นับการหายใจเข้า และออกโดยดูจากการขยายและหดตัวของทรวงอก 1 รอบ เป็นการหายใจ 1 ครั้ง นับเต็ม 1 นาที ในเด็กเล็กอาจดูจากการขยายตัวของหน้าท้องแทน</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>ในขณะที่มีการหายใจให้สังเกตลักษณะการหายใจและความลึกของการหายใจควบคู่ไปด้วย</p> <p><b>การวัดความดันโลหิต</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. เขี่ยแขนผู้ป่วยข้างที่จะวัดให้อยู่ในท่าที่สบาย พร้อมทั้งหงายฝ่ามือขึ้น แล้วพับแขนเลื้อยข้างที่จะวัดให้เหนือข้อศอกประมาณ 5 นิ้ว</li> <li>12. วางเครื่องวัดความดันเลือดให้อยู่ระดับเดียวกับหัวใจของผู้ป่วย เครื่องวัดที่เป็นปรอทควรให้สายตาดูอยู่ระดับเดียวกับมาตรฐานที่อ่านค่าและไม่ควรห่างจากตาเกิน 3 ฟุต</li> <li>13. ไล่อากาศออกจาก cuff ให้หมด และพันผ้าแขนรอบแขน โดยให้บริเวณ cuff อยู่ด้านบนติดกับแขนของผู้ป่วย เหนือบริเวณหลอดเลือดแดงที่จะทำการวัด ไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป ตึงส่วนปลายไว้ให้เรียบร้อย ถ้าวัดที่ brachial artery ให้พัน cuff เหนือข้อศอกประมาณ 2 เซนติเมตรหรือ ประมาณ 1 นิ้ว</li> <li>14. ใช้สาล์ชูบแอลกอฮอล์ 70 % เช็ดเครื่องฟังบริเวณที่จะใส่หู แล้วจึงใส่เครื่องฟัง</li> <li>15. คลำชีพจรบริเวณ brachial artery ตรงตำแหน่งหลอดเลือดที่เด่นแรงที่สุด ใช้นิ้วมือสัมผัส</li> <li>16. หมุนเกลียวที่สูบลูกยางให้แน่นพอดีเพื่อปิดลิ้นระหว่างลูกยางกับผ้าพันแขน ป้องกันลมรั่วออก</li> <li>17. บีบลูกยางด้วยอุ้งมือเพื่อให้อากาศเข้า cuff จนกระทั่งคลำชีพจรไม่ได้แล้วบีบลูกยางเพื่อให้ความดันปรอทเพิ่มอีก 20- 30 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>18. วาง Stethoscope บริเวณตำแหน่งที่คลำชีพจรได้ชัดที่สุด (Brachial artery)</li> <li>19. ค่อย ๆ คลายเกลียวลูกยางสูบ เพื่อปล่อยอากาศใน cuff ออกช้า ๆ ในขณะที่ใช้เครื่องฟังฟังเสียงของชีพจร สายตาดูอยู่ที่ระดับความดันปรอท เสียงที่ได้ยินครั้งแรกให้ดูว่าปรอทอยู่ที่ระดับใดถือเป็นค่าของ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) ค่อย ๆ ปล่อยอากาศใน cuff ออกช้า ๆ จนกระทั่งเสียงหายไป ระดับความดันปรอทเมื่อเสียงเริ่มเปลี่ยนไปถือเป็นค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) ปล่อยอากาศออกจาก cuff ให้หมด และถอด cuff ออกพับเก็บในกล่องเครื่องมือให้เรียบร้อย</li> </ol> <p>-----&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>20. เช็ดปรอท โดยเช็ดตรงส่วนที่มีมือจับลงไปทางกระเปาะโดยวิธีหมุนบิดไปมา หรือเช็ดวน</li> <li>21. อ่านค่าอุณหภูมิจากปรอท โดยถือตามยาวหางปรอทในระดับสายตา ถ้ามองปรอทยังไม่ชัดเจนต้องพลิกปรอทไปมาจะมองเห็นลำปรอทได้ ชัดเจนขึ้น</li> <li>22. นำปรอทไปทำความสะอาด โดยแช่ปรอทในภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค แล้วจึงนำไปล้างน้ำสะอาด เช็ดให้แห้ง สลับปรอทให้ลงกระเปาะเก็บเข้าที่ในภาชนะที่สะอาด</li> <li>23. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ปลอดภัย และแจ้งคำสั่งญาติพยาบาลแก่ผู้ป่วย</li> <li>24. เก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย</li> <li>25. ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง</li> <li>26. บันทึกค่าอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิต ในแบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ</li> </ol>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>1. การล้างมือ( Hand washing )</b></p> <p>1) ถอดนาฬิกาและเครื่องประดับ ถ้าแขนเลื้อยยาวพับแขนเสื้อขึ้นเหนือข้อศอก</p> <p>1.2 ยืนในท่าที่สบายห่างจากอ่างน้ำพอสมควร ระวังอย่าให้เสื้อผ้าสัมผัสฝักบัวอ่างน้ำ</p> <p>1.3 เปิดก๊อกน้ำให้น้ำไหลพอดี ปรับอุณหภูมิให้พอดี(ถ้ามี) ผ่านมือทั้งสองข้างแล้วปิดก๊อกน้ำ</p> <p>1.4 ใช้ข้อศอกกดน้ำสบู่ใส่มือพอประมาณ ฟอกขั้วนิ้วมือให้ทั่วทุกด้านของมือทั้งสองข้าง ดังนี้</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> ฟอกขั้วนิ้วมือด้านหน้า โดยใช้ฝ่ามือถูฝ่ามือ ข้างนิ้วมือแล้วสอดนิ้วมือเข้าขั้วมืออีกข้างหนึ่ง</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> ฟอกขั้วนิ้วมือด้านหลังมือ โดยใช้ฝ่ามือถูหลังมือ ข้างนิ้วมือแล้วสอดนิ้วมือเข้าขั้วมืออีกด้านหนึ่ง</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 3</u> ฟอกนิ้วมือและขั้วนิ้วมือด้านหลัง โดยกำมือและใช้ฝ่ามือถูหลังนิ้วมือ</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 4</u> ฟอกปลายนิ้วมือ โดยใช้ปลายนิ้วมือถูขั้วฝ่ามือทั้งสองข้าง</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 5</u> ฟอกนิ้วหัวแม่มือ โดยกำรอบหัวแม่มือแล้วหมุนรอบหัวแม่มือ และ</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 6</u> ฟอกรอบข้อมือแล้วหมุนรอบข้อมือด้วยฝ่ามือ</p> <p><u>สลับกันทั้งสองข้างทุกขั้นตอน</u></p> <p>สำหรับระยะเวลาในการฟอกมือ Normal hand washing อย่างน้อย 10 วินาที, Hygienic hand washing อย่างน้อย 30 วินาที, Surgical hand washing อย่างน้อย 3-5 นาทีที่ฟอกมือ แขน ถึงข้อศอกโดยใช้แปรงที่ปราศจากเชื้อ</p> <p>1.5 ล้างมือและข้อศอกโดยให้น้ำผ่านตลอดทั้งมือ พร้อมขั้วนิ้วมือให้สะอาดจากปลายนิ้วลงมา</p> <p>1.6 ปิดก๊อกน้ำโดยใช้เข่าหรือเท้า ในกรณีก๊อกน้ำที่ต้องใช้มือปิดให้ใช้กระดาษเช็ดมือปิดหรือให้ล้างบริเวณก๊อกน้ำก่อนใช้มือปิด</p> <p>1.7 เช็ดมือด้วยผ้าแห้งที่สะอาดหรือกระดาษเช็ดมือโดยเช็ดจากปลายมือ มาหาข้อมือ ถ้าสิ่งเช็ดไม่สะอาดพอก็ไม่ต้องเช็ด ปล่อยให้แห้งเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40-60 วินาที</p> <p><b>2. การหยิบจับของปราศจากเชื้อโดยใช้ปากคีบ(Using transfer forceps)</b></p> <p>2.1 ล้างมือให้สะอาดตามวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>2.2 ยกปากคีบออกจากกระปุกออกมาตรงๆ โดยบีบปลายปากคีบ ระวังอย่าให้ปลายปากคีบโดนปากกระปุก และไม่ให้ปลายปากคีบแยกออกจากกัน</p> <p>2.3 ถือปากคีบให้ปลายคว่ำลงตลอดเวลา ห้ามหงายมือยกปลายขึ้นบน</p> <p>2.4 เมื่อต้องการหยิบของ ให้ใช้ปากคีบ คีบของให้แน่น อย่าให้ตกหล่น</p> <p>2.5 การหยิบเครื่องมือแพทย์ส่งให้ผู้อื่น เช่น กรรไกร ปากคีบเล็กให้แน่นส่งให้ผู้ใช้ โดยส่งทางด้านถือให้ เมื่อใช้ปากคีบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้เก็บไว้ในกระปุกตามเดิม โดยไม่ให้กระทบกับปากกระปุกที่ใส่ (หมายเหตุ: อาจใช้ถุงมือปราศจากเชื้อแทน</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>ปากคืบปราศจากเชื้อ)</p> <p><b>3. การเปิดและปิดท่อของที่ปราศจากเชื้อ</b></p> <p>3.1 ล้างมือให้สะอาดตามวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>3.2 ตรวจสอบเทปที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าได้ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ตรวจสอบดูว่าท่อเป็ยกขึ้น หรือหมดอายุหรือไม่</p> <p>3.3 วางของที่นิ่งแล้วไว้บนโต๊ะที่แห้ง สะอาด บริเวณกว้างพอโดยให้มุมผ้าด้านไกลตัวหันเข้าหาตัวผู้เปิด</p> <p>3.4 แกะเทปที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าได้ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ หรือป้ายชื่อท่อของที่ระบุนที่นิ่งออกให้หมด ทั้งในถังผง</p> <p>3.5 ใช้มือจับมุมผ้าด้านไกลตัวคลี่ออก คลี่ด้านข้างออกทั้งสองด้าน แล้วจึงคลี่ด้านไกลตัวออก ระมัดระวังอย่าข้ามกลายบริเวณปราศจากเชื้อ และอย่าให้สัมผัสกับตัวผู้เปิด</p> <p>3.6 ใช้ปากคืบปราศจากเชื้อเปิดท่อผ้าชั้นในโดยเปิดด้านไกลตัวก่อนด้านใกล้ตัว (การเปิดท่อขนาดเล็กให้ถือท่อของไว้ในมือข้างหนึ่ง ใช้มืออีกข้างหนึ่งเปิดมุมผ้าทั้ง 4 ด้าน ออกด้วยหลักการเดียวกัน จับมุมผ้าทั้ง 4 ด้าน รวบเข้าหากัน หุ้มมือข้างที่ถือท่อของไว้)</p> <p>3.7 ใช้ปากคืบคืบของเพิ่มเติมหรือเติมน้ำยาตามต้องการ เมื่อใส่ของเพิ่มหรือเติมน้ำยาเรียบร้อยแล้วให้ปิดท่อของโดยจับปลายของผ้าชั้นในสุด ปิดบนของและพับมุมลงมาเล็กน้อย ต่อไปให้จับมุมด้านข้างปิดทบที่ละด้าน สุดท้ายจับด้านบนนอกสุดปิด และเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อยนำไปใช้ได้</p> <p><b>4. การใส่และถอดถุงมือปราศจากเชื้อ</b></p> <p>ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง</p> <p>4.1 (การสวมถุงมือ) หยิบซองถุงมือออกจากท่อ วางในบริเวณที่แห้ง สะอาด โดยหันด้านปลายนิ้วออกจากตัวผู้สวม เปิดซองถุงมือ</p> <p>4.2 ใช้มือซ้ายจับถุงมือด้านในที่ตลบเป็นด้านนอก สอดมือขวาเข้าไปข้างๆ เหยียดมือให้ตรงโดยไม่สัมผัสด้านนอกของถุงมือ</p> <p>4.3 ใช้มือขวาที่ใส่ถุงมือแล้วค่อยๆ สอดลงไปในระหว่างชายถุงมือที่พับลงมาของถุงมือซ้าย เหยียดมือซ้ายให้ตรงขณะที่ใส่ถุงมือ ดึงข้อมือทั้งสองข้างให้กระชับแน่น แล้วดึงขอบถุงมือให้ทับขอบแขนเสื้อให้เรียบร้อย จัดให้เข้าที่</p> <p>4.4 (การถอดถุงมือ) ถ้าถุงมือเปื้อนเลือด หนอง หรือสิ่งอื่นให้ล้างออกก่อน</p> <p>4.5 ถอดถุงมือข้างขวาโดยใช้มือซ้ายดึงขอบถุงมือด้านนอกข้างขวาออกโดยไม่ให้ถูกผิวหนัง</p> <p>4.6 ใช้นิ้วมือข้างขวาสอดเข้าไปด้านในของถุงมือซ้ายแล้วค่อยๆ ดึงออก</p> <p>4.7 ถุงมือที่ปนเปื้อนเชื้อโรคแล้วควรแช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนล้างและส่งทิ้ง</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>5. การใส่-ถอดหมวกและผ้าปิดปาก-ปิดจมูก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง</li> <li>2) ใส่หมวกโดยเก็บผมในหมวกให้มิดชิดแล้วผูกเชือกแบบเงื่อนกระตุกด้านหลังให้พอดีเพื่อไม่ให้เชือกโรดสัมผัสกับเส้นผมและไม่ให้เส้นผมร่วงลงบนของที่ปราศจากเชื้อ</li> <li>3) ใช้ปากคีบ(transfer forceps) คีบผ้าปิดปากปิดจมูกที่ผ่านการนึ่งทำให้ปราศจากเชื้อแล้วจากภาชนะโดยไม่ให้สัมผัสสิ่งใดหรือใช้มือหยิบ กรณีที่เป็นผ้าปิดปากปิดจมูกที่สะอาด</li> <li>4) คลี่ผ้าปิดปากและจมูกออก วางทาบบนจมูก ผูกสายคู่บนที่ศีรษะ ด้านหลังเป็นเงื่อนกระตุกเพื่อให้ง่ายต่อการถอด และให้สายคู่บนพาดอยู่เหนือใบหูทั้งสองข้างเพื่อไม่ให้สาย ผูกผ้าปิดปากและจมูกเลื่อนหลุด</li> <li>5) ดึงผ้าปิดปากและจมูกให้คลุมจมูกจนถึงใต้คาง ผูกสายคู่ล่างไว้ที่คอด้านหลังด้วยเงื่อนกระตุก</li> </ol> <p><i>กรณีที่มีสวมแว่นตา</i> ขอบของแว่นตาด้านล่างจะต้องทับอยู่บนส่วนบนของผ้าปิดปาก และจมูก เพื่อไม่ให้เกิดไอน้ำจากการหายใจไปเกาะอยู่บนแว่นตา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) ก่อนที่จะถอดผ้าปิดปากปิดจมูกควรล้างมือ กระตุกสายคู่ล่างแล้วจึงกระตุกสายคู่บน พร้อมกับดึงผ้าปิดปากปิดจมูกออกจากด้านหน้า โดยไม่สัมผัสด้านนอกของผ้าปิดปาก ปิดจมูก</li> <li>7) พับผ้าปิดปากและจมูกโดยพับโดยพับด้านนอกเข้าหากันแล้วใส่ลงในภาชนะที่เตรียมไว้ นำไปทำความสะอาดต่อไป เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เพราะส่วนที่สัมผัส กับอากาศภายนอกห้องถือว่ามีการปนเปื้อนมากกว่าด้านใน</li> <li>8) ถอดหมวกโดยดึงสายที่อยู่ด้านหลังออก ใส่ลงไปในภาชนะเพื่อนำไปทำความสะอาดต่อไป</li> </ol> <p><b>6. การใส่และถอดเสื้อคลุม</b></p> <p><u>การใส่เสื้อคลุม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง</li> <li>2) หยิบเสื้อคลุมที่สะอาดขึ้นมาโดยหยิบที่คอเสื้อยกขึ้นปล่อยให้ชายเสื้อคลี่ห่างออกจาก ตัวพอสมควร</li> <li>3) สอดมือและแขนทั้งสองข้างเข้าไปในเสื้อคลุมพร้อมกันถ้ามีการติดขัดให้ใช้มือที่อยู่ในแขนเสื้อช่วยดึงทางด้านนอกได้ ห้ามใช้มือเปล่าแตะต้องเสื้อคลุมด้านนอก</li> <li>4) เมื่อมือข้างหนึ่งโผล่พ้นขอบแขนเสื้อแล้วใช้มือข้างนั้นดึงด้านในของเสื้อบริเวณไหล่ ดึงให้มืออีกข้างหนึ่งพ้นขอบแขนเสื้อ ใช้มือจับส่วนในของคอเสื้อด้านหลัง ดึงเสื้อให้เข้าที่ อย่า สัมผัสด้านนอกหรือถูกผม ถ้าถูกจะต้องล้างมือซ้ำอีกครั้ง</li> <li>5) ผูกสายคาดที่คอด้านหลัง</li> <li>6) ดึงริมขอบเสื้อเข้าหากัน โดยจับแต่ภายในของเสื้อให้ปลายข้างหนึ่งทับปลายอีกด้านหนึ่งในลักษณะขวาทับชาย</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>7) หยิบสายคาดเล็กรัดเอวมาผูกข้างหลัง โดยผูกเงื่อนกระตุกให้แน่น</p> <p><u>การถอดเสื้อกาวน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แกะเชือกผูกเอวออก</li> <li>2) ดึงแขนเสื้อทั้งสองข้างขึ้นมาเหนือข้อมือ</li> <li>3) ล้างมือให้สะอาดด้วยวิธีที่ถูกต้อง</li> <li>4) ถ้ามีถุงมือให้ถอดถุงมือออก</li> <li>5) แกะเชือกที่คอด้านหลัง อย่าให้มือถูกเสื้อด้านนอกและผม</li> <li>6) ใช้นิ้วมือข้างหนึ่งสอดเข้าไปด้านในขอบแขนเสื้อด้านตรงข้ามแล้วดึงแขนเสื้อลงมา โดยห้ามสัมผัสเสื้อที่อยู่ด้านนอก เพราะถือว่าเสื้อด้านนอกสกปรก</li> <li>7) ใช้มืออีกข้างหนึ่งที่มีเสื้อคลุมปิดอยู่ จับแขนเสื้ออีกข้างหนึ่ง ดึงให้หลุดจากไหล่ และค่อยๆดึงเสื้อให้หลุดจากตัว เก็บด้านที่สกปรกเข้าด้านใน แล้วค่อยๆม้วนลง ใส่ลงในถังผ้าเปื้อน</li> <li>8) ล้างมือให้สะอาดด้วยวิธีที่ถูกต้องอีกครั้ง เช็ดให้แห้ง</li> <li>9) ถ้าต้องการเก็บเสื้อคลุมไว้ใช้ในครั้งต่อไปให้จับคอเสื้อทบเข้าหากัน แล้วแขวนไว้ถ้าแขวนไว้ในห้องผู้ป่วย ต้องเก็บด้านในของเสื้อให้มิดชิด แต่ถ้าแขวนนอกห้องผู้ป่วยให้เก็บด้านนอกของเสื้อให้มิดชิด</li> </ol>			

**ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การสวนปัสสาวะ**

รายการประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา</p> <p>2. ประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อจัดเตรียมของใช้/วิธีการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล</p> <p>3. ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการให้ผู้ป่วยทราบ</p> <p>4. ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง ก่อนเตรียมอุปกรณ์</p> <p>5. จัดเตรียมอุปกรณ์ และของใช้ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชุดสวนปัสสาวะ (ตรวจดูสภาพของชุดสวนปัสสาวะและวันหมดอายุ) (ประกอบด้วย ชันใบใหญ่ ชันใบเล็ก สำลีแห้ง ผ้าสีเหลืองเจาะกลาง )</li> <li>- สายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) <b>กรณีสวนทิ้ง</b> ใช้สายตรง <b>กรณีสวนคา</b> ใช้สายสวนปัสสาวะชนิด 2 ทาง เด็กใช้ขนาด 8-10 Fr. ผู้ใหญ่ (หญิง) ใช้ขนาด 14-16 Fr. ผู้ใหญ่(ชาย)ใช้ขนาด 16-20 Fr. <b>กรณีสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ</b> ใช้สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทาง ขนาด 18-20 Fr.</li> <li>- ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ (Urine bag) <b>กรณีสวนคา</b></li> <li>- Antiseptic solution ได้แก่ Savlon 1:100 หรือ Normal Saline Solution (0.9% NSS)</li> <li>- สารหล่อลื่น ,Transpore, transfer forcep</li> <li>- ถุงมือ Sterile 2 คู่</li> <li>- ผ้าปิดตา</li> <li>- ถุงกระดาษ/ถุงพลาสติกพร้อมซามรูปไต</li> <li>- เตรียม Syringe ขนาด 10 ml และ Sterile water 10 ml (<b>กรณีสวนคา</b>)</li> <li>- Transfer forcep</li> </ul> <p>6. จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดซิด ปิดม่านและปิดตา เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ</p> <p>7. จัดท่าผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>ในผู้ป่วยเพศหญิง</u> นอนหงายชันเข้า (Dorsal recumbent position) แยกขาทั้ง 2 ข้าง ออกให้กว้าง ถ้าผู้ป่วยตั้งขาทั้ง 2 ข้างไม่ได้ให้ใช้หมอนรองใต้ขาทั้งสองข้าง Drape ผ้าเพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วย</li> <li>- <u>ในผู้ป่วยเพศชาย</u> นอนหงายแยกขาทั้ง 2 ข้าง ออกให้กว้าง</li> </ul> <p>8. เปิดผ้าคลุมอวัยวะเพศขึ้น วางถุงกระดาษพร้อมซามรูปไต/พลาสติกที่หว่างขาผู้ป่วยเยื้องมาทางปลายเท้า</p> <p>9. ล้างมือให้สะอาดและสวมผ้าปิดปากปิดจมูก</p> <p>10. เปิดชุดสวนปัสสาวะ โดยใช้หลัก Sterile จัดชุดสวนโดยคีบผ้าสีเหลืองเจาะกลาง ออกวางในผ้าห่อชุดสวนปัสสาวะ ใช้ transfer forceps คีบก๊อสนและสำลีออกจากถ้วย แล้วเทน้ำยา Savlon 1:100 หรือ Normal Saline Solution (0.9% NSS) ให้ชุ่ม</p>	Ditgrktxyllk;t		

รายการประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>- เปิดสายสวนปัสสาวะและ Urine bag (กรณีสวนคา) ใส่ไว้ในชุดสวนปัสสาวะ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ</p> <p>- บีบสารหล่อลื่นสายสวนปัสสาวะลงบนก๊อสนิ่ในชุดสวนปัสสาวะโดยวิธีปราศจากเชื้อ</p> <p>11. <u>กรณีสวนคา</u> ใช้กระบอกฉีดยาคูดน้ำกลั่นประมาณ 10 มล. เพื่อใช้ทดสอบการรั่วของบอลลูน</p> <p>12. สวมถุงมือ Sterile อย่างถูกต้อง ไม่ปนเปื้อนเชื้อโรค</p> <p>13. หล่อลื่น สายสวนปัสสาวะประมาณ 3-4 นิ้ว(ผู้หญิง) หล่อลื่นประมาณ 5- 8 นิ้ว (ผู้ชาย) แล้ววางในภาชนะรองรับปัสสาวะ</p> <p>14. ต่อสายสวนปัสสาวะเข้ากับสายที่ต่อกับ urine bag(กรณีสวนคา)</p> <p>15. เช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์จากบนลงล่าง จากไกลตัวมาใกล้ตัว ที่ละก้อนห้ามย้อนไปมา ดังนี้</p> <p><u>ผู้ป่วยเพศหญิง</u></p> <p>ก้อนที่ 1 บริเวณหัวหน้า (Mons pubis)</p> <p>ก้อนที่ 2 แคมใหญ่ (Labia majora) ด้านไกลตัว</p> <p>ก้อนที่ 3 แคมใหญ่อ้านใกล้ตัว</p> <p>ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดแหวกให้เห็นแคมเล็ก (Labia minora)</p> <p>ก้อนที่ 4 แคมเล็ก (Labia minora) ด้านไกลตัว</p> <p>ก้อนที่ 5 แคมเล็กด้านใกล้ตัว</p> <p>ก้อนที่ 6 เช็ดบริเวณ clitoris ลงมาจนถึงรูเปิดท่อปัสสาวะและทวารหนัก</p> <p><u>ผู้ป่วยเพศชาย</u></p> <p>ก้อนที่ 1 บริเวณหัวหน้า</p> <p>ก้อนที่ 2 บริเวณขาหนีบด้านไกลตัว</p> <p>ก้อนที่ 3 บริเวณขาหนีบด้านใกล้ตัว</p> <p>ก้อนที่ 4 บริเวณลำกล้องด้านนอกและลูกอัณฑะ พร้อมดึงหนังหุ้มอวัยวะเพศลง</p> <p>ก้อนที่ 5 เช็ดลำกล้องด้านในวงลงล่าง</p> <p>ก้อนที่ 6 เช็ดบริเวณเช็ดรูเปิดท่อปัสสาวะ</p> <p>16. ถอดถุงมือ และใส่ถุงมือปราศจากเชื้อคู่อื่น</p> <p>17. ใช้ผ้าสีเหลืองมาเกาะกลางคolumเปิดเฉพาะตรงที่จะสอดใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>หีบขันน้ำเข้ามาวางบนผ้าสีเหลืองเกาะกลางให้อยู่ใกล้อวัยวะสืบพันธุ์</p> <p>- <u>ผู้ป่วยหญิง</u> ใช้มือแหวกแคมเล็กออกให้เห็นรูเปิดปัสสาวะได้ชัดเจน แล้วใช้สำลีสัก 1 ก้อน เช็ดตรงรูเปิดของท่อปัสสาวะอย่างระมัดระวังไม่ให้ถุงมือปนเปื้อน</p> <p>- <u>ผู้ป่วยชาย</u> ใช้ผ้าก๊อซจับ Penis ยกขึ้นแล้วปูผ้าช่องให้ Penis อยู่ระหว่างกลางช่อง จับองศาตให้ยกตรงเป็นมุม 90 องศา</p> <p>18. หีบสายสวนปัสสาวะที่หล่อลื่นไว้แล้วให้ปลายอีกข้างอยู่ในขันน้ำ</p>			



รายการประเมิน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>19. ค่อย ๆ สอดใส่สายสวนปัสสาวะเข้าทางรูเปิดของหลอดปัสสาวะอย่างนุ่มนวล โดยสอดใส่เข้าไปเบา ๆ ถ้ามีแรงต้าน หรือผู้ป่วยมีอาการเกร็งให้หยุดสอด พร้อมกับแนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ แล้วจึงค่อย ๆ สอดต่ออย่างนุ่มนวล ลึกประมาณ 2 นิ้ว (ผู้หญิง) หรือจนจะมีปัสสาวะออกมา 6-8 นิ้ว(ผู้ชาย) หรือจนสุดสาย จะมีปัสสาวะไหลออกมา แต่ถ้าไม่สามารถสอดเข้าไปได้อีก ให้เปลี่ยนสายที่เล็กลง ถ้ายังไม่สามารถสอดได้อีก ให้หยุดทำและรายงานแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>กรณีสวนทิ้ง</u> รอจนกว่าปัสสาวะจะหมดและหยุดไหล สังเกตลักษณะ สี ปริมาณของปัสสาวะและอาการของผู้ป่วยขณะสวนปัสสาวะ</li> <li>- <u>กรณีสวนคา</u> เมื่อสอดใส่สายสวนปัสสาวะเข้าไปลึกตามความยาวของหลอดปัสสาวะของผู้ป่วย มีปัสสาวะไหลออกมาแล้วต้องสอดใส่สายเข้าไปอีกประมาณ 2 นิ้วก่อน จึงค่อยไปงอหลอดลวนด้วยน้ำกลั่นประมาณ 10 มล. แล้วใช้ forcep ดึงสายสวนปัสสาวะด้านออกมาเบาๆ เพื่อทดสอบว่าไม่มีการเลื่อนหลุด แล้วจึงใช้ forcep คีบดันสายสวนปัสสาวะเข้าไปคืนประมาณ 1-2 นิ้ว เพื่อป้องกันการกดทับเนื้อเยื่อบริเวณคอของกระเพาะปัสสาวะ (internal sphincter muscle)</li> </ul> <p>20. ดึงเอาผ้าสีเหลืองมาเจาะกลางออก ปิดพลาสติกโดยยึดตรึง Foley's Catheter กับต้นขาของผู้ป่วย โดยไม่ให้หย่อนหรือดึง เกินไป</p> <p>21. แขนงูรองรับปัสสาวะไว้ข้างเตียงผู้ป่วยในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย</p> <p>22. เช็ดก้นและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดแห้ง</p> <p>23. เก็บอุปกรณ์ ถอดถุงมือ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย</p> <p>24. จัดสิ่งแวดล้อมเก็บอุปกรณ์ของใช้เข้าที่ให้เรียบร้อย ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <u>กรณีสวนคา</u> หลังสวนปัสสาวะ 30-45 นาที ให้มาตรวจสอบ ลักษณะ สี ปริมาณของปัสสาวะและเทปัสสาวะจากถุงรองรับปัสสาวะ และควรสังเกตการไหลของปัสสาวะบ่อย ๆ พร้อมทั้งตรวจดูข้อต่อ และสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้หักบงอหรือ ผู้ป่วยนอนทับ</li> </ol> <p>25. จัดบันทึกวัน-เวลาการปฏิบัติ ลักษณะ สี ปริมาณของปัสสาวะและอาการของผู้ป่วยขณะสวนปัสสาวะในแบบบันทึกทางการแพทย์</p>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การทำแผล(Wound dressing)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ (ถ้ามี)</li> <li>2. ประเมินสภาพผู้ป่วย (ระดับความรู้สึกตัว อารมณ์ โรคและการรักษาที่ได้รับ โภชนาการ ลักษณะ ขนาด ตำแหน่ง จำนวนบาดแผล สิ่งคัดหลั่ง ลักษณะผิวหนังรอบๆ แผล และ ระดับความเจ็บปวดแผลของผู้ป่วย ถ้าปวดแผลให้ยาเพื่อระงับอาการปวดก่อนการทำแผล ประมาณ 30 นาที)</li> <li>3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่า จะทำแผลให้ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำแผล</li> <li>4. ล้างมือให้สะอาด เช็ดมือให้แห้ง</li> <li>5. จัดเตรียมเครื่องใช้ในการทำแผล ได้แก่ ชุดทำแผล, น้ำยาทำความสะอาด: 0.9% NSS, 70% Alcohol, ยาใส่แผลตามแผนการรักษาของแพทย์, ผ้าปิดแผล, ผ้าพันแผล, กรรไกร, พลาสเตอร์, ซามรูปไต, ถุงขยะ ฯลฯ)</li> <li>6. นำเครื่องใช้ไปที่เตียงผู้ป่วย จัดวางเครื่องใช้ในตำแหน่งที่แห้งสะอาด โดยวางภาคทำแผลอยู่ใกล้ผู้รับบริการ</li> <li>7. สิ่งแวดล้อมให้สะดวกต่อการปฏิบัติงาน ปิดม่านรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยในกรณีที่ต้องเปิดเผยผู้ป่วย</li> <li>8. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและสะดวกต่อการทำแผล เปิดเฉพาะตำแหน่งที่มีบาดแผล</li> <li>9. วางซามรูปไตหรือถุงพลาสติกสะอาดบนเตียงใกล้ตำแหน่งแผล ในกรณีใช้ถุงพลาสติก ให้เปิดปากถุงพลาสติกออก พับปลายบนเอาด้านในออกมาด้านนอก</li> <li>10. สวมถุงมือสะอาดแกะพลาสติกติดแผลเก่าออกอย่างนิ่มนวล ไปตามแนวเส้นขน ระวังไม่ให้ผ้าปิดแผลชั้นนอกหลุดออกมา พับผ้ากอลด้านที่สัมผัสกับแผล ให้อยู่ด้านในทิ้งในภาชนะรองรับ</li> <li>11. ถอดถุงมือ ล้างมือและเช็ดมือให้แห้ง</li> <li>12. เปิดชุดทำแผลด้วยวิธีการปลอดเชื้อบริเวณโต๊ะคร่อมเตียง หรือบริเวณที่สะดวกต่อการทำแผล แต่ต้องเป็นตำแหน่งที่ผู้ทำแผลไม่ทิ้งสำลีหรือก๊อชที่ใช้แล้ว ไม่ข้ามของใช้ปลอดเชื้อในชุดทำแผล เทน้ำยาแรงับเชื้อ 70% alcohol ลงในถ้วย ใส่ถ้วย ยกขวดน้ำยาให้สูงพอควร ระวังปากขวดสัมผัสกับของใช้ การใช้เทคนิคปลอดเชื้อจะช่วยให้การป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่แผล</li> <li>13. ใช้ transfer forceps หรือ forceps ในชุดทำแผล หรือใช้มือจับผ้าด้านนอกของชุดทำแผลเพื่อยกผ้า forceps ขึ้น แล้วใช้มือหยิบ forceps ออกจากชุดทำแผล ในกรณีที่ใส่ถุงมือปลอดเชื้อให้ใช้ มือหยิบ forceps ในชุดทำแผลได้</li> <li>14. ใช้ปากคีบมีเขี้ยวคีบผ้าปิดแผลชั้นในออก ทิ้งในภาชนะรองรับ กรณีผ้าปิดแผลติดกับแผลให้ใช้ 0.9% NSS เช็ดให้ผ้าปิดแผลเปียกก่อนดึงออก</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b><u>แผลสะอาด (Dry dressing)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ปากคีบไม่มีเขี้ยวหนีบสำลีชุบ 70% Alcohol พอหมาด ส่งต่อปากคีบมีเขี้ยว โดยให้ปากคีบมีเขี้ยวอยู่ด้านล่าง และไม่กระทบกับปากคีบไม่มีเขี้ยว</li> <li>- เช็ดทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผล เช็ดจากส่วนในชิดขอบแผลวนออกข้างนอก บริเวณกว้าง 2-3 นิ้ว</li> </ul> <p>ใช้สำลีหนึ่งก้อนต่อการเช็ดหนึ่งครั้งในแต่ละตำแหน่ง ทั้งสำลีลงบนขาม รูปไตหรือถุงพลาสติกกระวัง อย่าให้ forceps สัมผัสกับขามรูปไตหรือถุงพลาสติก</p> <p><b><u>แผลเปียก(Wet dressing)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เช็ดทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS หรือน้ำยาตามแผนการรักษา เช็ดจากบริเวณที่สะอาดกว่าไปยังบริเวณที่สกปรก เช็ดจนสะอาด ถ้าแผลมีผ้าเนื้อตาย ใช้ช้อนขูดแผลหรือกรรไกร ตัดออก</li> <li>- ปิดแผลชั้นในด้วยผ้ากอซชุบ 0.9% NSS หรือน้ำยาตามแผนการรักษา ใส่ผ้ากอซในแผล อย่างหลวมๆ ระวังไม่ให้ผ้ากอซชุบน้ำเลยจากขอบแผล และปิดแผลชั้นนอกให้คลุมผ้าปิดแผล ชั้นใน และยึดผ้าปิดแผลด้วยพลาสติก โดยติดพลาสติกตามขวางกับอวัยวะในการทำแผล</li> </ul> <p><b><u>แผลมีท่อระบาย(Drainage)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เช็ดทำความสะอาดแผล และท่อระบายด้วย 0.9% NSS ให้สะอาด</li> <li>- ในกรณี Short drain ครั้งแรก ใช้กรรไกรตัดใหม่ที่ท่อระบายติดกับผิวหนังออกก่อน และใช้ ปากคีบดึงท่อระบายออกมา 1-2 นิ้ว</li> <li>- ใช้เข็มกลัดซ่อนปลาย กลัดท่อระบายเหนือแผลประมาณ 1-2 ซม.</li> <li>- ใช้กรรไกรตัดท่อระบายบริเวณเหนือเข็มกลัดประมาณ 1 ซม. ใช้ 0.9% NSS เช็ดบริเวณ ปากแผลและท่อระบายให้สะอาด</li> <li>- ใช้ 70% Alcohol เช็ดทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผล เช็ดจากส่วนในชิดขอบแผลวนออกข้างนอก บริเวณกว้าง 2-3 นิ้ว ใช้ก๊อชรูปตัววาย 2 ชั้น ประกบกัน หรือ ใช้ก๊อช 2 ชั้นพับเอาสันทั้งสองสอดใต้เข็มกลัด</li> <li>- ปิดแผลด้วยก๊อชและ Top dressing (ผ้าสำลีซับแผล) ตามความเหมาะสม และยึดผ้าปิดแผลด้วยพลาสติกให้เรียบร้อยสวยงาม</li> </ul> <p><b><u>การตัดไหม(Stitches off)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้สำลีชุบ 70% Alcohol พอหมาด เช็ดทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผล เช็ดจากส่วนในชิดขอบแผลวนออกข้างนอก บริเวณกว้าง 2-3 นิ้ว</li> <li>- ใช้ปากคีบคีบไหม แล้วใช้กรรไกรตัดไหม/มีด สอดเข้าใต้ปมติดกับผิวหนัง และตัดใต้ปมเมื่อไหมขาดใช้ปากคีบค่อยๆ ดึงไหมออก ใช้กรรไกรแตะที่ปากแผลเบาๆ ขณะดึงไหม ตัดไปจนหมด</li> <li>- สังเกตการติดกันของปากแผล</li> <li>- ใช้สำลีชุบ 70% Alcohol พอหมาดเช็ดทำความสะอาดผิวหนังรอบๆ แผล ให้สะอาดอีกครั้ง</li> <li>- อาจเปิดแผล หรือปิดแผลด้วยก๊อช และยึดผ้าปิดแผลด้วยพลาสติกให้</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>- เรียบร้อยสวยงาม</li> </ul>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การเก็บสิ่งส่งตรวจ

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบคำสั่งของแพทย์</li> <li>2. จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมในการใช้งาน</li> <li>3. ตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้ป่วย ชนิดของสิ่งส่งตรวจ และภาชนะ ให้ตรงกับคำสั่งการรักษา</li> <li>4. ปิดฉลากชื่อ-นามสกุล หมายเลขผู้ป่วยกับภาชนะให้ถูกต้องตรงกับคำสั่งการรักษา</li> <li>5. ถามชื่อนามสกุลผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบว่าตรงกับฉลากที่ติดบนภาชนะและตรงกับใบ request ตามคำสั่งการรักษา</li> <li>6. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์</li> <li>7. จัดทำผู้ป่วยในท่าที่เหมาะสม สุขสบาย และปลอดภัย</li> <li>8. ล้างมือด้วย Antiseptic (4%Chlorhexidine) หรือAlcohol Hand rub ให้สะอาด เช็ดให้แห้ง</li> <li>9. สวมถุงมือเพื่อป้องกันการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง</li> <li>10. การเก็บตัวอย่างเลือด</li> </ol> <p><b><u>การเก็บเลือดจากหลอดเลือดดำ(Venipuncture or phlebotomy)</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ต่อหัวเข็มเข้ากับกระบอกฉีดยา แล้วไล่อากาศออกหมด</li> <li>2) ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนให้ตรง หากผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งให้ใช้หมอนรองใต้ข้อศอกให้ตั้ง</li> <li>3) เลือกตำแหน่งที่จะแทงเข็ม และใช้ Tourniquet รัดเหนือตำแหน่งที่เจาะ ประมาณ 2-3 นิ้ว ไม่ควรรัดนานเกิน 1 นาที ก่อนแทงเข็ม</li> <li>4) ทำความสะอาดบริเวณที่เจาะด้วย Alcohol 70% เช็ดวนออกมา โดยรอบกว้างประมาณ 3 นิ้ว รอให้แห้ง</li> <li>5) วางหัวแม่มือบนหลอดเลือด ตำแหน่งที่ต่ำกว่าที่ต้องการเจาะ 1-2 นิ้ว ยึดหลอดเลือดให้อยู่กับที่</li> <li>6) แทงเข็มทำมุม 15-45 องศากับผิวหนัง สอดเข็มลึก ½ นิ้ว ถ้าหลอดเลือดขนาดเล็กกว่าเข็มให้วางเข็มในแนวขนานกับผิวหนัง</li> <li>7) เมื่อมีเลือดไหลเข้าในกระบอกฉีดยา ดูดเลือดซ้ำๆ ตามจำนวนที่ต้องการ แล้วค่อยๆ ปล่อย Tourniquet ออก</li> <li>8) เอาสำลีแห้งวางตรงที่แทงเข็มเบาๆ พร้อมถอนเข็มออก กดให้เลือดหยุด ถ้าเป็นตำแหน่งข้อพับ ให้ผู้ป่วยพับข้อศอก 2-3 นาที และใช้พลาสติกปิดทับ</li> <li>9) สวมหัวเข็มกลับไปโดยใช้มือเดียว (One hand technique)</li> <li>10) ปล่อยหัวเข็มทิ้งในภาชนะทิ้งหัวเข็ม และปล่อยกระบอกฉีดยากับด้านในของหลอดเลือดและดันตัวอย่างเลือดเข้าในหลอดแก้วบรรจุเลือดซ้ำๆ จนได้ปริมาณที่ต้องการ</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>11) ปิดจุกหลอด ถ้าในหลอดมีสารป้องกันการแข็งตัวของเลือด ให้ผสมเลือดกับสาร โดยกลับหลอดไปมา 5-10 ครั้ง</p> <p><b><u>กรณีเก็บเลือดเพาะเชื้อ</u></b></p> <p>1) ทำความสะอาดตำแหน่งที่จะเจาะ โดยใช้ 2%Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol เช็ดก่อน ปล่อยให้แห้งก่อนเจาะ</p> <p>2) ระวังการปนเปื้อน หลังเจาะเสร็จปลดหัวเข็มที่เจาะทิ้ง เปลี่ยนหัวเข็มใหม่ ก่อนแทงลงขวดที่ใช้เก็บ เช็ด 2%Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol บริเวณจุกยางก่อนแทงเข็ม</p> <p><b><u>การเก็บเลือดจาก Capillary puncture หรือ Skin puncture</u></b></p> <p>1) เลือกตำแหน่งที่จะเจาะ นวดปลายนิ้วกลาง หรือนิ้วนางลักครู่ เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว</p> <p>2) เช็ดทำความสะอาดปลายนิ้วโดยเช็ดวนออกด้วย สำลีแอลกอฮอล์ รอให้แห้ง</p> <p>3) แทง Lancet ให้ลึกประมาณ 2 mm. (สุดปลายแหลมของ Lancet)</p> <p>4) ใช้สำลีแห้งเช็ดเลือดที่ออกทิ้งก่อน</p> <p>5) ใช้หลอด Micro hematocrit tube ด้านที่มีรอยขีดแดง รองรับเลือด (ประมาณ 3/4 ของหลอดแก้ว) 2 หลอด</p> <p>6) นำหลอดแก้วกวดในแท่งดินน้ำมันปิดปลายหลอดแก้วไม่ให้รั่วก่อนนำไปตรวจ</p> <p>7) ให้สำลีแห้งกดตำแหน่งที่ เจาะเลือด และปิดพลาสติก</p> <p><b><u>การเก็บตัวอย่างเสมหะ</u></b></p> <p>- เก็บตอนตื่นนอนเช้า ก่อนรับประทานอาหาร และดื่มน้ำ บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ/น้ำสะอาด</p> <p>- ให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าออกทางจมูกยาวๆ 2-3 ครั้ง แล้วหายใจเข้ายาวๆแล้วกลืนไว้ ไอออกมาอย่างลึกและแรง เมื่อมีเสมหะให้บ้วนใส่ภาชนะที่บรรจุเสมหะ</p> <p>- ในกรณีผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ: ใช้สายดูดเสมหะลูเคน เมื่อเสมหะเข้าไปในภาชนะแล้ว ปลดฝาที่มีสายดูดออก แล้วนำฝาที่ปิดกันขวดมาปิดฝาแทน ปิดฝาให้สนิท</p> <p><b><u>การเก็บตัวอย่างหนอง</u></b></p> <p>1) ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือ 0.9 % NaCl</p> <p>2) ใช้ไม้พันสำลีป้ายบริเวณที่มีหนอง / สงสัยว่ามีการติดเชื้อหนองไม้พันสำลีเบาให้ติด discharge</p> <p>3) ป้ายลงบนแผ่น slide / ใส่ลงในหลอดแก้วที่มีอาหารเลี้ยงเชื้อ และปิดฝาให้มิดชิด</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b><u>การเก็บตัวอย่างอุจจาระ</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระในหม้อนอนที่แห้งและสะอาด</li> <li>- ใช้ไม้/กระดาษที่เตรียมไว้ตักอุจจาระใส่ภาชนะ และปิดฝาให้มิดชิด</li> </ul> <p><b><u>การเก็บตัวอย่างปัสสาวะ</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ ให้เก็บช่วงกลางของการปัสสาวะ ใส่ภาชนะที่เตรียม ในผู้หญิงที่เป็นตกขาว หรือประจำเดือนต้องล้างทำความสะอาดก่อนเก็บ</li> <li>- ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สอดหม้อนอน และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำสบู่หรือ 0.9% NSS ก่อน เก็บช่วงกลางของการปัสสาวะ ใส่ภาชนะที่เตรียมไว้</li> </ul> <p><b><u>กรณีการเก็บปัสสาวะเพาะเชื้อในผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ตัวหนีบ (Arterial clamp) หนีบสายยางหรือหนังยางรัดบริเวณใต้ข้อต่อ ~ 15-30 นาที</li> <li>- ใช้สำลีชุบ 2% Chlorhexidine gluconate in 70% alcohol เช็ดรอบๆ สายยางเหนือบริเวณที่หนีบไว้</li> <li>- ใช้ Syringe ต่อเข็มเบอร์ 24 แทนบริเวณที่ทำความสะอาดไว้ โดยทำมุม 45 องศา ดูดปัสสาวะใส่ภาชนะไร้เชื้อ 10 มล. ปิดฝาให้มิดชิดทันที เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่ดูดปัสสาวะแล้ว</li> <li>- คลายตัวหนีบให้ปัสสาวะไหลตามปกติ</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. ตรวจสอบชื่อนามสกุลผู้ป่วย กับฉลากที่ติดบนภาชนะและใบ request ตามคำสั่งการรักษา ให้ตรงกันอีกครั้ง</li> <li>12. ดูแลผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย</li> <li>13. เก็บเครื่องใช้ ล้างมือให้สะอาด</li> <li>14. ส่งไปห้องปฏิบัติการ พร้อมใบสั่งการเจาะเลือด (ใบ request)</li> </ol>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การบริหารยารับประทาน/ยาทา/ยาเหน็บ/ยาสูดดม-พ่น/ยาหยอด-ป้าย

ที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	ตรวจสอบ MAR กับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เกี่ยวกับชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ทางที่ให้ยา และเวลาที่ให้ยาให้ถูกต้อง			
2	ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง			
3	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม 1) ยาากิน : MAR, ถ้วยยา, แก้วยา, ช้อนยา, ถาด, น้ำดื่ม) 2) ยาทาผิวหนัง: MAR,ไม้พันสำลี, ไม้พาย, แปรง, ผ้ากอซ, สำลี หรือ ถูมือสะอาด 3) ยาเหน็บ: MAR, ยา, หลอดใส่ยา, สำลี, กระดาษชำระ, ถูมือสะอาด 4) ยาสูดดม ยาพ่น: MAR,ยา, กล่องใส่ยา, เครื่องพ่นยา 5) การหยอดยาทางหู/จมูก/ตา และการป้ายตา: MAR, ยา, สำลีแห้ง, ชามรูปไต			
4	ก่อนหยิบยา อ่านชื่อยาที่ขวดหรือซองยา แล้วตรวจสอบกับ Medication record ให้ถูกต้อง			
5	ก่อนเท / ทา / เหน็บ / สูดดม พ่น / หยอด และป้ายยา อ่านชื่อยาอีกครั้ง แล้วจึงเทเม็ดยาลงบนฝ่าขวดก่อน หรืออาจใช้ช้อนตักตามขนาดที่ต้องการ ไม่ใช้มือหยิบ			
6	ตรวจสอบชื่อยากับ Medication record ก่อนเก็บยาเข้าที่			
7	ยารับประทานทางปาก การเตรียมยา ตามชนิดของยา ดังนี้ 1) ยาน้ำ ขณะรินยาถือขวดให้ฉลากยาอยู่ในฝ่ามือ อีกมือหนึ่งถือแก้วยา ให้อยู่ในระดับสายตา หันสเกลแก้วยาเข้าหาตัว ให้นิ้วหัวแม่มืออยู่บริเวณขีดที่ต้องการ แล้วรินยาลงแก้ว จนระดับล่างสุดของยาน้ำอยู่ตรงขีดที่ต้องการ ก่อนปิดฝาขวด เช็ดปากขวดให้สะอาด 2) ยาแขวนตะกอน ให้เขย่าขวดก่อนรินยา 3) ยามผง ใช้ช้อนตวงให้ยาเสมอกับปากช้อน แล้วเทยาลงในแก้วยาผสมน้ำ คนให้เข้ากัน			
8	ตรวจสอบชื่อ และนามสกุลผู้ป่วยตรวจสอบให้ตรงกับ MAR กรณีเป็นเด็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวให้ดูป้ายข้อมือ หรือถามจากญาติ			
9	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการให้ยา สรรพคุณ / ฤทธิ์ข้างเคียง ของยา /คำแนะนำในการปฏิบัติตน / ข้อควรระวังขณะได้รับยา			
10	จัดทำยาากิน ให้ผู้ป่วยนั่ง หรือนอนศีรษะสูง			
11	ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้าพยาบาล โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ยาเม็ดหรือยาน้ำ ให้ผู้ป่วยรับประทานแล้วดื่มน้ำตาม ประมาณ 60-100 cc 2) ยามผงผสมน้ำ แล้วคนให้เป็นเนื้อเดียวกัน และให้ดื่มทันที			

ที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
	<p>3) ยาเม็ดหรือยาผงที่ละลายน้ำ แล้วเกิดฟอง ต้องให้ดื่มทันทีที่ผสมยา</p> <p>4) ยาอมใต้ลิ้นชนิดเม็ด ให้ผู้ป่วยกระดกลิ้นแล้ววางยาไว้ใต้ลิ้น ถ้าเป็นชนิดแคปซูลให้ใช้ เข็มเจาะยา แนะนำผู้ป่วยกระดกลิ้นให้แน่นจนกว่ายาจะละลายหมด ห้ามกลืนยาทั้งหมด ไม่ต้องดื่มน้ำตาม</p> <p>5) ยาอมข้างกระพุ้งแก้ม ให้ผู้ป่วยอมข้างกระพุ้งแก้ม ห้ามเคี้ยว/กลืนยา ห้ามดื่มน้ำตาม</p>			
	<b>ยาทาทางผิวหนัง</b>			
12	จัดทำผู้รับบริการให้สุขสบาย เปิดเฉพาะบริเวณที่จะทายาให้มองเห็นชัดเจน			
13	<p>1) ยาที่เป็นของเหลวที่ตกตะกอน เขย่าตัวยาให้เข้ากันดี ใช้ผ้ากอซหรือสำลีชุบยาทาให้ทั่วบริเวณที่ต้องการ โดยใช้แรงกดเบาๆ ตามแนวเส้นขน</p> <p>2) ยาพ่น เขย่าตัวยาให้เข้ากัน ถือขวดยาเหนือบริเวณที่จะพ่น ประมาณ 3-6 นิ้ว</p> <p>3) ยาที่มีส่วนผสมของน้ำมัน ควรอุ่นในน้ำร้อนหรือเทยาลงบนฝ่ามือก่อนทาให้ทั่ว บริเวณที่ต้องการ</p> <p>4) ยาขี้ผึ้ง ใช้ไม้พายหรือผ้ากอซป้ายยาออกจากภาชนะ ทาลูบเป็นทางยาวตามแนวขน ทายาให้พอดีไม่หนาเกินไป</p> <p>5) ยาผง ให้เทยาลงบนผ้ากอซหรือมือ แล้วจึงทาบนผิวหนังให้ผงยามีความหนาเท่ากัน</p>			
14	<p><b>ยาเหน็บ</b></p> <p><b>การเหน็บยาทางช่องคลอด</b></p> <p>1) จัดทำให้ผู้ปวยนอนหงาย ชันเข่า พร้อมทั้งคลุมผ้าให้มิดชิด <b>ยาประเภท โฟม เจล หรือครีม</b> ให้ใช้หลอดใส่ยา บรรจุยาแล้วสอดเข้าไปในช่องคลอดลึก ประมาณ 1.5-2 นิ้ว จากนั้นดันยาให้หมดแล้วดึงหลอดใส่ยาออก</p> <p>2) ถ้าเป็น<b>ยาเม็ด</b> ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับยา วางบริเวณปากช่องคลอด และใช้นิ้วชี้ค่อยๆดันยาเข้าไปช่องคลอด จัดทำให้ผู้ปวยนอนหงายนาน ประมาณ 5-10 นาที</p>			
15	<p><b>การเหน็บยาทางทวารหนัก</b></p> <p>1) จัดทำนอนตะแคงซ้าย ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอเล็กน้อย (Sim's position) พร้อมทั้งคลุมผ้าให้มิดชิด เปิดเฉพาะบริเวณทวารหนัก</p> <p>2) ใช้นิ้วแยกถ่างบริเวณทวารหนัก ให้เห็นรูทวารชัดเจน</p> <p>3) หล่อลื่นยาด้วยน้ำยา ถ้ายานั้นไม่มีตัวยาหล่อลื่น</p> <p>4) ใส่ถุงมือแล้วหยิบยา สอดยาเข้าทางทวารหนักให้ผ่านรูทวารหนักชั้นใน ผู้ใหญ่ สอดยาให้ลึกประมาณ 4 นิ้ว และในเด็กสอดลึกประมาณ 1.5-2 นิ้ว</p> <p>5) บอกให้ผู้ปวยนอนนิ่งๆประมาณ 5 นาที พร้อมทั้งขมิบก้น</p>			



ที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
16	<p><b>ยาสูดดม หรือพ่น</b></p> <p><b>การสูดดมทางปาก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆก่อนสูดดม</li> <li>2) นำกล่องยาคว่ำลงในเครื่องพ่นยาแล้วเขย่า 4-5 ครั้ง</li> <li>3) ใช้นิ้วหัวแม่มือรองรับด้านล่างเครื่องพ่นยาบริเวณริมฝีปาก ส่วนนิ้วชี้และนิ้วกลาง อยู่ด้านบนกล่องยา ให้ผู้ป่วยปิดปากให้สนิท แล้วกดลง ขณะผู้ป่วยเริ่มหายใจเข้า ทำให้ยาเป็นละอองฝอยออกมาตามขนาดที่เครื่องหม่ายกำหนดไว้</li> <li>4) ขณะพ่นยาให้ผู้ผู้ป่วยสูดหายใจลึกๆ ยาจะออกฤทธิ์ประมาณ 30 นาที และแนะนำผู้ป่วย ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันบ่อยๆ</li> <li>5) เก็บอุปกรณ์ทำความสะอาดโดยล้างด้วยน้ำอุ่นและเช็ดให้แห้ง</li> </ol>			
17	<p><b>การสูดดมทางจมูก</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แนะนำและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกลึกๆก่อนสูดดมและกลั้นหายใจ ชั่วครู่ตอน สุดของการหายใจเข้าและออกทางปากช้าๆ</li> <li>2) เขย่าขวดยา และปิดจมูกข้างที่ไม่ได้พ่นยาไว้</li> <li>3) แนะนำและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยสอดปากขวดยาเข้าจมูก ข้างที่เหลือ พร้อมทั้งกอดหัวชิด ในขณะที่หายใจเข้าทางจมูก</li> <li>4) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยกลั้นหายใจไว้สักครู่แล้วหายใจ ออกทางปากช้าๆ</li> </ol>			
18	<p><b>ในกรณีที่ให้ยาพ่น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) แนะนำและฝึกให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกลึกๆและออก ทางปากช้าๆ</li> <li>2) ใส่ยาลงในเครื่องพ่นยาละอองฝอย โดยต่อสายออกซิเจน เข้าที่ท่อต่อ บริเวณท้ายของเครื่องพ่นยา เปิดออกซิเจน ในอัตรา 6-8 ลิตรต่อนาที</li> <li>3) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทาง ปากจนกระทั่งตัวยาที่ใช้พ่นหมด สังเกตอาการผู้ป่วย 5-10 นาที หลังพ่นยา เก็บเครื่องใช้ให้เข้าที่</li> </ol>			
19	<p><b>ยาหยอดทางหู/จมูก/ตา และยาป้ายตา</b></p> <p><b>การหยอดยาทางหู</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) จัดทำให้นั่งหรือนอนเอียงศีรษะให้ด้านที่จะหยอดอยู่ด้านบน การหยอดหูในเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ให้ดึงใบหูลงและไปข้างหลัง ส่วนผู้ใหญ่ให้ดึงใบหูขึ้นบนและไปข้างหลัง ป้อน้ำยาไปตามผนังช่องหู ประมาณ 2-3 หยด</li> <li>3) ใช้สำลีกดเบาๆบริเวณใกล้รูหูทางด้านหน้าสักครู่</li> <li>4) ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมประมาณ 5-10 นาที จากนั้นจัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย</li> </ol>			

ที่	กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
20	<p><b>การหยอดยาทางจมูก</b></p> <p>1) จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่า นั่ง ฟิงพนักและเอนศีรษะไปด้านหลัง หรือให้นอน โดยให้ศีรษะต่ำกว่าขอบเตียง</p> <p>2) มือข้างหนึ่งรองรับศีรษะผู้ป่วยและมืออีกข้างหนึ่งถือหลอดยาสอดเข้าไปในจมูก ลึกประมาณ 1/3 นิ้ว ไม่ให้ถูกกับผนังจมูก และบีบยาประมาณ 2-3 หยด</p> <p>3) หลังหยอดยาให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมประมาณ 3 นาที พร้อมทั้งใช้นิ้วกดจมูกขึ้นหนึ่งแล้วสูดดมหายใจแรงๆ 3-4 ครั้ง แล้วเปลี่ยนทำอีกข้าง</p>			
21	<p><b>การหยอดตา/ป้ายตา</b></p> <p>1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย อาจเป็นท่านอนหรือนั่งให้เอนไปข้างหลัง เล็กน้อย</p> <p>2) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย อาจเป็นท่านอนหรือนั่งให้เอนไปข้างหลัง เล็กน้อย</p> <p>3) ถ้ามีขี้ตา เช็ดตาให้สะอาดก่อนด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ (NSS)</p> <p>4) <b>การหยอดตา</b> ให้ผู้ป่วยลืมตาและเหลือบตาขึ้นบน ใช้มือข้างหนึ่งวางที่ขอบตาล่าง และดึงหนังตาล่างลง มืออีกข้างหนึ่งถือขวดยา บีบน้ำยาลงบนตาขวาประมาณ 1-2 หยด โดยถือขวดยาสูง ประมาณ 0.5-1 นิ้ว</p> <p>5) หลังหยอดตาให้ผู้ป่วยหลับตาลงแล้วกลอกตาไปมาใช้สำลีกดที่หัวตา บริเวณรูเปิดท่อน้ำตา ประมาณ 30-60 วินาที หรือตะแคงหน้าไปด้านที่หยอดตา ใช้สำลีชุบน้ำยาให้เรียบร้อย</p> <p>6) <b>การป้ายตาด้วยขี้ผึ้ง</b> ใช้มือข้างหนึ่งดึงหนังตาล่างลง และมืออีกข้างหนึ่ง บีบหลอดยาให้ยาเป็นสาย แล้วป้ายยาจากหัวตาไปหางตาอยู่ในขอบตาในเปลือกตา เป็นแนวยาว จากนั้นปล่อยมือเพื่อให้หนังตาล่างปิดทับยา ให้ผู้ป่วยหลับตา ใช้สำลีกดเบาๆ ในแนววงกลม รอบๆบนเปลือกตา (นิยมป้ายก่อนนอน เพราะยาก่อนข้างเหนียว ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน เกิดอุบัติเหตุได้ )</p> <p>7) จัดให้นอนในท่าที่สบาย และหลับตาลง</p>			
22	ทำความสะอาด และเก็บอุปกรณ์เข้าที่ให้เรียบร้อย			
23	ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง			
24	บันทึกรายงานเกี่ยวกับชนิด/ขนาด/ทาง/เวลาที่ให้ยาอย่างถูกต้อง และคอยสังเกตอาการหลังได้รับยาเพื่อบันทึกผลการให้ยา			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบ Medication record กับ คำสั่งการรักษา /Kardex เกี่ยวกับชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ทางที่ให้ยา และเวลาที่ให้ยาให้ถูกต้อง ตามหลัก 6 R</li> <li>2. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยในการให้ยาครั้งแรก</li> <li>3. เตรียมเครื่องใช้และยาพร้อมทั้งตัวทำลายถูกต้อง เหมาะสม (Medication record ,Syringe ที่เหมาะสมกับปริมาณยา, เข็ม No. 18,20,23,24,25 ตามวิถีทางที่ต้องการฉีด, สำลีชุบ 70% Alcohol ,Tray)</li> <li>4. ตรวจสอบชนิด ขนาด วันหมดอายุ และลักษณะผิดปกติของยาก่อนเตรียมยา</li> <li>5. ล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมยา</li> <li>6. คำนวณยา /เตรียมยาโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้หลัก 3 ก. ในการเตรียมยา               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก่อนหยิบ ขวดหรือซองยาออกจากตู้หรือที่เก็บยา</li> <li>- ก่อนทยา หรือดูดยา</li> <li>- ก่อนเก็บขวดยาเข้าที่ หรือก่อนทิ้งขวดยา</li> </ul> </li> <li>7. กรณีมียาเหลือ ให้เก็บยาที่เหลือไว้ในตู้เย็น พร้อมทั้งเขียนบอกวัน เดือน ปี ที่ผสมและความเข้มข้นของยา พร้อมทั้งชื่อผู้เตรียมไว้บนขวดยาอย่างชัดเจน</li> <li>8. ล้างมือหรือเช็ดมือด้วย 70 % alcohol ให้สะอาด ก่อนฉีดยาให้ผู้ป่วย</li> <li>9. ทักทายผู้ป่วย สอบถามชื่อ – สกุลของผู้ป่วยให้ตรงกับ Medication record หรือตรวจสอบกับป้ายชื่อมือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถสื่อสารได้</li> <li>10. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายถึงชนิด ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง รวมทั้งข้อปฏิบัติที่ควรทราบ</li> <li>11. จัดสิ่งแวดล้อมและจัดท่าผู้ป่วย เลือกตำแหน่งและวัดตำแหน่งสำหรับฉีดยาให้ถูกต้องเหมาะสม</li> <li>12. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะฉีดด้วยสำลีชุบ 70% Alcohol เช็ดวนจากตำแหน่งที่จะฉีดออกไปด้านนอกด้วยแรงกดที่พอเหมาะเป็นบริเวณกว้าง ประมาณ 2-3 นิ้ว รอให้แห้ง</li> <li>13. ไล่อากาศใน Syringe ที่บรรจุยาออกจนหมดหรือเกือบหมด เหลือไว้ 0.1-0.2 มล. (air lock)</li> <li>14. ปฏิบัติการฉีดยาวิธีทางต่างๆ               <ol style="list-style-type: none"> <li>14.1 การฉีดยาเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular Injection) ตรึงผิวหนังให้ตึงแทงเข็มทำมุม 60-90 องศา ขึ้นอยู่กับกล้ามเนื้อที่จะฉีด แขนงเข็มลึก 1-1.5 นิ้ว ทดสอบว่าปลายเข็มไม่อยู่ในหลอดเลือด ถ้าไม่มีเลือดย้อนกลับ ให้เดินยาอย่างช้าๆ สม่ำเสมอ</li> </ol> </li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>14.1.1 <u>กล้ามเนื้อสะโพก (Gluteal muscle)</u></p> <p>- กล้ามเนื้อสะโพกส่วนหน้า จัดทำนอนคว่ำ หรือนอนตะแคง วัดตำแหน่งสำหรับฉีดยาโดยวางฝ่ามือที่โคนขา บนตำแหน่งปุ่มใหญ่ของกระดูกโคนขา หันนิ้วมือไปทางศีรษะผู้ป่วย วางนิ้วชี้ที่ปุ่มแหลมบนด้านหน้าของกระดูกเชิงกราน และวางนิ้วกลาง ไปตามแนวสันกระดูกเชิงกรานอ้อมไปด้านหลังของสะโพกบริเวณที่จะฉีดอยู่ระหว่างนิ้วชี้ นิ้วกลางและแนวสันกระดูกเชิงกราน</p> <p>- กล้ามเนื้อสะโพกด้านหลัง (Dorsogluteal site) จัดทำนอนคว่ำ หรือนอนตะแคง วัดตำแหน่งสำหรับฉีดยาโดยให้ลากเส้นตรงจากปุ่มกระดูกเชิงกรานด้านหน้า (Anterior superior iliac Spine) มายังกระดูกก้นกบ coccyx แล้วแบ่งเป็น 3 ส่วน ตำแหน่งที่ใช้ฉีด คือ ส่วนที่หนึ่งต่อส่วนที่สอง</p> <p>14.1.2 <u>กล้ามเนื้อต้นแขน (Deltoid muscle)</u> จัดทำนั่งหรือนอนหงาย แขนไม่เกร็ง ฉีดบริเวณที่อยู่ต่ำกว่าขอบล่างของ acromion process 2 นิ้ว/ วัดลงมา 3 นิ้วมือ เป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อมาก</p> <p>14.1.3 <u>กล้ามเนื้อต้นขา (Vastus lateralis muscle)</u> จัดทำ นอนหงาย หรือนั่ง วางมือเหนือหัวเข่า 1 ฝ่ามือ และต่ำกว่าปุ่มใหญ่ กระดูกโคนขา (Greater trochanter of femur) 1 ฝ่ามือ ฉีดบริเวณระหว่างฝ่ามือทั้งสองด้านข้างของต้นขา <b>หรือ</b> แบ่งหน้าขาตามความยาว (จาก greater trochanter ไปยัง lateral femoral condyle) ออกเป็น 3 ส่วน ฉีดบริเวณส่วนกลาง)</p> <p>14.2 <u>การฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous or Hypodermic Injection)</u> จับรวบเนื้อเยื่อบริเวณที่จะแทงเข็มเข้าหากัน แขนเข็มทำมุม 45-90 องศา ลึกตามขนาดของเข็ม และตามความหนาของชั้นไขมัน</p> <p>14.3 <u>การฉีดยาเข้าผิวหนัง (Intradermal injection)</u> แขนเข็มทำมุม 5 องศา หรือ 15 องศา กับผิวหนัง และแทงเข็มเข้าไปเพียงปลายตัดเข็มเลยเข้าไปในผิวหนังเล็กน้อย ค่อย ๆ ดันยาเข้าไปจนมีตุ่มนูนขึ้นมาประมาณเมล็ดถั่วเขียว (0.5 ซม.)</p> <p>15. ใช้สำลีชุบ 70% Alcohol กดตรงตำแหน่งที่แทงเข็ม แล้วดึงเข็มออกโดยเร็ว</p> <p>16. คลึงบริเวณที่ฉีดยาเบา ๆ ยกเว้นยา Heparin และ Insulin /การฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง</p> <p>17. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบภายหลังฉีดยาเสร็จ จัดเสื้อผ้าของผู้ป่วย และจัดทำนอนให้สุขสบาย</p> <p>18. สังเกตและซักถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังได้รับยา เช่น ใจสั่น แขนหน้าอก มีผื่นตามตัว เป็นต้น</p> <p>19. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่</p> <p>20. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง</p> <p>21. ลงบันทึกเกี่ยวกับชนิดของยา จำนวน วัน เวลา ทาง ตำแหน่งที่ฉีดยา รวมทั้งปฏิกิริยาของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง และครบถ้วน</p>			

**ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การให้ยาทางหลอดเลือดดำ**

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>1. ตรวจสอบ Medication record กับคำสั่งการรักษาของแพทย์ เกี่ยวกับชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ทางที่ให้ยา และเวลาที่ให้ยาให้ถูกต้อง ตามหลัก 6 R</p> <p>2. ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยในการให้ยาครั้งแรก</p> <p>3. เตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้และให้ถูกต้อง เหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medication record</li> <li>- ยาพร้อมทั้งตัวทำละลายที่ต้องการฉีด</li> <li>- Syring ที่เหมาะสมกับปริมาณยา</li> <li>- เข็ม No. 18,20,23,24,25 ตามความเหมาะสม</li> <li>- อับใส่สำลี 70% alcohol</li> <li>- Transfer forceps</li> <li>- ชามรูปไต</li> <li>- ใบลี้อย พลาสเตอร์ กรรไกร ไม้รองแขน(ถ้าให้ที่หลอดเลือดบริเวณข้อพับ)</li> <li>- Tray</li> <li>- ถุงมือสะอาด</li> </ul> <p><u>กรณี การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง</u> เตรียมอุปกรณ์เพิ่มดังนี้</p> <p>IV catheter ขนาดตามความเหมาะสม, Tourniquet</p> <p><u>กรณี การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยผ่านชุด heparin lock</u> เตรียมอุปกรณ์เพิ่มดังนี้ Syringe 2-5 ซีซี ,0.9% NSS 2-5 ซีซี</p> <p><u>กรณี การให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นหยด</u> เตรียมอุปกรณ์เพิ่มดังนี้ ชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV set) สารละลายที่ต้องการใช้ทำละลาย เช่น 5% DW, 0.9% NSS etc.,เสาชวนที่ห้อยขวด</p> <p>4. ตรวจสอบชนิด ขนาด วันหมดอายุ และลักษณะผิดปกติของยา/สารละลาย ก่อนเตรียมยา</p> <p>5. ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้งก่อนเตรียมยา</p> <p>6. คำนวณ/เตรียมยาโดยใช้หลักปราศจากเชื้อใช้หลัก 3 ก. ในการเตรียมยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ก่อนหยิบ ขวดหรือซองยาออกจากตู้หรือที่เก็บยา</li> <li>- ก่อนทยา หรือดูดยา</li> <li>- ก่อนเก็บขวดยาเข้าที่ หรือก่อนทิ้งขวดยา</li> </ul> <p><b>วิธีเตรียมยาฉีดจากยาน้ำบรรจุหลอด (Ampule)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทำความสะอาดรอบคอหลอดยา และใบลี้อยด้วยสำลีชุบ 70% alcohol</li> <li>2) เลือกรอบคอหลอดยาพอเป็นรอย โดยคลี่สำลีชุบ 70% alcohol รองหลังคอหลอดยา ถ้ามียาค้างอยู่เหนือคอหลอดยาต้องไล่อายลงไปอยู่ส่วนใต้คอหลอด</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>ยา ถ้าหลอดยามีแถบสีที่คอหลอดยาไม่จำเป็นต้องเลื่อยคอหลอดยา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) เช็ดรอบคอหลอดยาด้วยสำลีชุบ 70% alcohol</li> <li>4) คลี่สำลีชุบ 70% alcohol หรือก๊อชที่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้วหุ้มรอบบริเวณคอหลอดยาเพื่อป้องกันหลอดยาที่หักปลายแล้วบาดนิ้วมือ แล้วทำการหักหลอดยา วางหลอดยาที่หักปลายแล้วในบริเวณที่ไม่ถูกปนเปื้อน</li> <li>5) เปิดช่องกระบอกฉีดยาโดยระวังมิให้เกิดการปนเปื้อน</li> <li>6) สวมหัวเข็มสำหรับดูดยาเข้ากับปลายกระบอกฉีดยา ปิดหัวเข็มให้แน่นพอประมาณ</li> <li>7) ถอดปลอกเข็มออก จับหลอดยาด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด ถีอกะบอก ฉีดยาด้วยมือข้างที่ถนัด สอดเข็มเข้าหลอดยา ระวังมิให้เข็มสัมผัสกับด้านนอกและปากหลอดยา</li> <li>8) เชียงหลอดยาให้ปลายตัดเข็มจุ่มในน้ำยา ดูดยาตามจำนวนที่ต้องการ</li> <li>9) ตรวจสอบชื่อยาบนหลอดยาอีกครั้งหนึ่งก่อนทิ้งหลอดยา</li> <li>10) เปลี่ยนเข็มใหม่ เลือกรุ่น และความยาวที่เหมาะสมสำหรับการฉีดยานั้น ๆ</li> </ol> <p><b>วิธีเตรียมยาฉีดจากยาน้ำบรรจุขวด (Vial)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบตัวทำละลาย (น้ำกลั่นหรือน้ำเกลือ) ว่ามีฝุ่นผงหรือไม่ โดยคว่ำขวดยกส่องดู หากมีฝุ่นผง ไม่ควรนำมาใช้</li> <li>2. ทำความสะอาดจุกขวดตัวทำละลาย และจุกขวดด้วยสำลีชุบ 70% alcohol จนถึงคอขวด ปลดอ้อยให้ 70% alcohol แห้ง</li> <li>3. ดูดตัวทำละลายตามปริมาณที่ต้องการ ด้วยวิธีเดียวกับการเตรียมยาฉีดจากยาน้ำบรรจุขวด เมื่อได้ตัวทำละลายแล้วให้ฉีดตัวทำละลายเข้าในขวดยาผง โดยแทงเข็มเข้าจุกขวดแล้วดันลูกสูบ ให้ตัวทำละลายเข้าไปในขวดยาจนหมด หลังจากนั้นปล่อนิ้วที่ดันลูกสูบออก อากาศที่ถูกแทนที่ด้วยตัวทำละลายจะเข้ามาในกระบอกฉีดยาจนหมด ความดันในขวดยาจะเท่ากับความดันในบรรยากาศ</li> <li>4. ถอนเข็ม และกระบอกฉีดยาออกจากขวดยา นำปลอกเข็มที่ถอดออกมาสวมครอบเข็มไว้</li> <li>5. เขย่าขวด ให้ตัวทำละลาย ละลายผงจนหมดเป็นเนื้อเดียวกัน</li> <li>6. ทำความสะอาดจุกขวดยาอีกครั้งด้วยสำลีชุบ 70% alcohol ปลดอ้อยให้แห้ง</li> <li>7. ใช้กระบอกฉีดยาพร้อมเข็มชุดเดิม ดูดอากาศเข้ากระบอกฉีดยาเท่าปริมาณที่ต้องการ</li> <li>8. แขนงเข็มเข้าจุกยาใช้นิ้วหัวแม่มือดันลูกสูบให้อากาศเข้าขวดยาจนหมด</li> <li>9. คว่ำขวดยาลง โดยให้นิ้วดันลูกสูบอยู่ ปรับให้ปลายตัดเข็มอยู่ในน้ำยา</li> <li>10. ค่อย ๆ ปล่อนิ้วที่ดันลูกสูบออก น้ำยาจากขวดจะไหลเข้ามาในกระบอกฉีดยา เมื่อได้ยาครบตามปริมาณที่ต้องการ ถอนเข็มและกระบอกฉีดยา</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>ออกจากจุดขวดยา</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. ตรวจสอบชื่อยาบนขวดยาอีกครั้งหนึ่ง</li> <li>12. เปลี่ยนเข็มใหม่ เลือกขนาด และความยาวที่เหมาะสมสำหรับการฉีดยานั้น ๆ</li> <li>13. หากยาที่ละลายแล้วใช้ไม่หมด และมีอายุที่จะเก็บไว้ใช้ได้ให้เขียนฉลากติดขวดไว้เกี่ยวกับความเข้มข้นของยา วัน เดือน ปีที่ละลาย ผู้ละลาย และเก็บยาไว้ในที่ที่เหมาะสมตามสลากยาที่แนบมากับยา พร้อมทั้งชื่อผู้เตรียมไว้บนขวดยาอย่างชัดเจน</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. สอบถามชื่อ- สกุลของผู้ป่วย ให้ตรงกับ Medication record หรือตรวจสอบกับป้ายข้อมือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้</li> <li>8. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และอธิบายถึงชนิด ฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง และข้อปฏิบัติที่ควรทราบ</li> <li>9. เลือกตำแหน่งสำหรับฉีดยาและจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม</li> <li>10. ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง สวมถุงมือสะอาด</li> <li>11. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะแทงเข็มด้วย 70% alcohol เช็ดวนจากตำแหน่งที่จะฉีดออกไปด้านนอกด้วยแรงกดที่พอเหมาะเป็นบริเวณกว้าง 2-3 นิ้ว</li> <li>12. ใส่อากาศใน syringe ที่บรรจุยา /ชุดสารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV set) ออกจนหมด <u>กรณี การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เลือกตำแหน่งที่จะแทงเข็ม ควรเลือกบริเวณหลังมือและแขน ใช้ยางรัดแขนเหนือตำแหน่งที่จะแทงเข็มประมาณ 5-6 นิ้ว ให้ปลายสายชี้ขึ้นด้านบนและให้ผู้ป่วยยกมือแน่น ถ้าแทงเข็มบริเวณหลังมือ ให้ผู้ป่วยงอข้อมือเล็กน้อย</li> <li>2) ใช้สำลีชุบ 70% แอลกอฮอล์ บีบพองมาด เช็ดผิวหนังบริเวณที่จะแทงเข็มวนจาก ด้านในออกไปโดยรอบให้กว้างประมาณ 2-3 นิ้ว</li> <li>3) ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ไม่ถนัด ดึงผิวหนังบริเวณที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่จะแทงเข็มประมาณ 2-3 นิ้ว แต่ถ้าหลอดเลือดค่อนข้างตื้นให้ใช้นิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือกดตรงหลอดเลือดบริเวณเหนือและต่ำกว่าจะแทงเข็ม</li> <li>4) แทงเข็มโดยหงายปลายตัดของเข็มขึ้น ให้เข็มทำมุมประมาณ 15-30 องศา กับผิวหนัง ถ้าแทงเข็มเข้าเส้นเลือดจะมีเลือดไหลเข้ามาในเข็มให้เห็น หรืออาจดูดูว่ามีเลือดออกมาหรือไม่ เพื่อทดสอบว่าได้แทงเข็มเข้าเส้นเลือดแล้ว</li> </ol> </li> <li>13. ให้ผู้ป่วยคลายมือแล้วปลดสายรัดออก</li> <li>14. ใช้นิ้วมือข้างที่ไม่ถนัดกดลงบนผิวหนังบริเวณตำแหน่งของหลอดเลือดที่ห่างจากปลายเข็มเล็กน้อยและใช้มือข้างที่ถนัดดึงแกนเข็มออกมาวางไว้ในชามรูปไต</li> <li>15. ปิดป้ายชื่อขวดสารละลาย (มีรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ - สกุลผู้ป่วย เบอร์</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>เตียงที่นอน ชนิดของสารละลาย ยาที่ผสม อัตราการไหลของสารละลาย ต่อนาที ฯลฯ)</p> <p>16. ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ และนำไปที่เตียงผู้ป่วย</p> <p>17. แจ้ง และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ</p> <p>18. ดูแลความสบายของผู้ป่วยก่อนเริ่มให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เช่น การขยับถ่าย ความเรียบร้อยของเสื้อผ้า และที่นอน</p> <p>19. เตรียมสายรัดห้ามเลือดรอบบริเวณที่จะแทงเข็มเพื่อพร้อมที่จะใช้</p> <p>20. ล้างมือให้สะอาด</p> <p>21. แทงเข็มสำหรับให้ยา หรือชุดให้สารน้ำกับ injection plug อย่างถูกเทคนิค และปราศจากเชื้อทุกขั้นตอน</p> <p>22. ทดสอบว่าปลายเข็มอยู่ในหลอดเลือดดำก่อนให้ยา</p> <p>23. ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะรายภายหลังฉีดยาได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีที่แทงเข็มฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ใช้สำลีชุบ 70% alcohol ปิดตรง ตำแหน่งที่แทงเข็ม แล้วดึงเข็มออก กดไว้จนเลือดหยุดไหล</li> <li>- กรณีที่แทงเข้าสายยาง หรือ injection plug หลังดึงเข็มออก เช็ดด้วย 70% alcohol</li> <li>- กรณีที่ใช้ three way connector ปิด three way ด้านที่ให้ยา</li> </ul> <p>24. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อฉีดยาเสร็จ จัดเสื้อผ้าของผู้ป่วย และจัดท่านอนให้สบาย</p> <p>25. สังเกต และซักถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ขณะให้และหลังให้ยา เช่น ใจสั่น แน่น หน้าอก มีผื่นตามตัว เป็นต้น</p> <p>26. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ และล้างมือให้สะอาด</p> <p>27. ลงบันทึกเกี่ยวกับชนิดของยา จำนวน วัน เวลา ทาง ตำแหน่งที่ฉีดยา รวมทั้ง ปฏิบัติการของผู้ป่วยขณะและหลังได้รับยาในแบบบันทึกทางการพยาบาล อย่างถูกต้อง และครบถ้วน</p>			



ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>วิธีการเตรียมสารละลาย</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษา เขียนชื่อนามสกุลของผู้ป่วย ชนิดของสารละลาย วัน เวลาที่เริ่มให้อัตราการหยดของสารละลาย ลงในแผ่นฉลากปิดข้างขวด</li> <li>2. เตรียมสารละลายให้ถูกต้อง และปิดแผ่นฉลากที่เตรียมไว้</li> <li>3. เตรียมอุปกรณ์ ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการให้สารละลาย ได้แก่               <ul style="list-style-type: none"> <li>- สารละลายที่ต้องการใช้ เช่น 5% D/W, 5% D/NSS etc.</li> <li>- เข็มสำหรับให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV catheter)</li> <li>- ชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV set)</li> <li>- Extension</li> <li>- อับใส่สำลีชุบ 70% alcohol</li> <li>- Tourniquet</li> <li>- เสาคขวดสารละลาย</li> <li>- แผ่นโปร่งใสปลอดเชื้อ (tegaderm)/พลาสติกอร์</li> <li>- ซามรูปไต</li> <li>- ไม้รองแขน(ถ้าให้ที่หลอดเลือดบริเวณข้อพับ)</li> </ul> </li> <li>4. ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง</li> <li>5. แกะถุงพลาสติกบรรจุสารละลาย ดึงฝาหรือแผ่นที่ปิดขวดสารละลายออก</li> <li>6. เช็ดจุกยางที่ขวดสารละลายด้วยสำลีชุบ 70% alcohol</li> <li>7. ต่อขวดสารละลายกับชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV set) และ Extension ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ปิดที่ควบคุมอัตราการไหลของสารละลายไว้ (clamp)</li> <li>8. บีบกระเปาะที่ชุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (IV set) ให้สารละลายลงมาในกระเปาะประมาณ 1/2-2/3 ของกระเปาะ อย่าให้สารละลายในกระเปาะมากหรือน้อยเกินไป</li> <li>9. เปิด clamp ให้สารละลายผ่านชุดให้สารละลายตลอดเต็มสาย เพื่อไล่อากาศออกจากสายและปิดฝาครอบที่ส่วนปลายไว้ก่อน</li> </ol>			
<p><b>วิธีการให้สารละลายเข้าทางหลอดเลือดดำ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. นำอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ไปที่เตียงผู้ป่วย แขนงขวดให้สารน้ำหรือถุงสารน้ำที่เสาคขวดสูงประมาณ 1 เมตรหรือ 3 ฟุตจากตัวผู้ป่วย</li> <li>11. สอบถามชื่อ – สกุลของผู้ป่วยให้ตรงกับ Medication record หรือตรวจสอบกับป้ายข้อมือ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว หรือไม่สามารถสื่อสารได้</li> <li>12. อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการให้สารละลายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจ</li> <li>13. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย</li> <li>14. เลือกตำแหน่งที่จะแทงเข็มให้สารละลายให้ถูกต้อง เหมาะสม</li> <li>15. รััด tourniquet เหนือตำแหน่งที่ต้องการแทงเข็ม ประมาณ 2-6 นิ้ว</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p>16. สวมถุงมือสะอาดเพื่อป้องกันการปนเปื้อน</p> <p>17. ทำความสะอาดผิวหนังตำแหน่งที่จะแทงเข็มด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%</p> <p>18. ดึงผิวหนังตำแหน่งที่จะแทงเข็มด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมืออีกข้างหนึ่ง</p> <p>19. เตรียมเข็มที่จะแทงโดยจับส่วนปลายให้ปลายตัดของเข็มอยู่ด้านบน</p> <p>20. แขนงเข็มทำมุมประมาณ 10-30 องศา เมื่อปลายเข็มเข้าไปในหลอดเลือดจะมีเลือดไหลเข้ามาในส่วนปลายของเข็มที่แทงให้หยุดแทง แล้วค่อยๆ ดึงแกนโลหะออกแล้วดันสายพลาสติกเข้าไปตามแนวของหลอดเลือดดำ</p> <p>21. ดึงหัวเข็มให้อยู่กับที่ไม้อเคลื่อนไปมา</p> <p>22. ปลดยางรัดแขนออกเบาๆ ระมัดระวังการดึงรั้งของผิวหนัง</p> <p>23. เปิด clamp ให้สารน้ำหยดเข้าไปในหลอดเลือดโดยปรับให้หยดช้าๆไว้ก่อน</p> <p>24. ติดแผ่นใสปลอดเชื้อ (tegaderm)/ พลาสเตอร์ เพื่อยึดหัวเข็มที่แทงให้แน่น</p> <p>25. ติดพลาสเตอร์ยึดสายให้สารละลายป้องกันการดึงรั้ง และเขียนระบุ วัน เวลา ที่เริ่มให้</p> <p>26. ปรับอัตราหยดตามที่คำนวณไว้</p> <p>27. นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่</p> <p>28. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง</p> <p>29. ลงบันทึกเกี่ยวกับชนิดของสารน้ำ จำนวน วัน เวลา ตำแหน่งให้สารน้ำ รวมทั้งปฏิกิริยาของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง และครบถ้วน</p>			

**ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การให้เลือด**

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<p><b>การตรวจสอบเลือด</b></p> <p>1. ตรวจสอบชื่อ –สกุล เลขประจำตัวของผู้ป่วย ชนิดของเลือด หมู่เลือด หมายเลขเลือด อาร์เอส นามผู้บริจาค ให้ตรงกันทั้งในใบขอเลือด ใบแจ้งที่ คล้องติดกับขวดเลือดและป้ายข้างขวดเลือด ให้ตรวจซ้ำ 3 ครั้ง และมีผู้ช่วยตรวจทานอีก 1 คน และตรวจชื่อ-สกุล เลขประจำตัว ให้ตรงกับแฟ้มประวัติ</p>			
<p>2. ตรวจสอบลักษณะเลือด ดูว่าไม่มีสีหรือความขุ่นที่ผิดปกติและไม่มีฟองอากาศที่ผิดปกติ</p>			
<p>3. ตรวจสอบวันหมดอายุของเลือด ถ้าพบว่าหมดอายุไม่นำมาให้ผู้ป่วย ให้ส่งคืนธนาคารเลือด</p>			
<p>4. ให้เลือดที่นำมาจากธนาคารเลือดทันที อาจนำมาวางพักที่อุณหภูมิห้องสักครู่ก่อนให้ผู้ป่วยแต่ไม่เกิน 20-30 นาที ห้ามอุ่นเลือด ยกเว้นผู้ป่วยที่ต้องได้รับเลือดจำนวนมากในระยะเวลานอนสั้นหรือไม่เกิน 24 ชั่วโมง ต้องอุ่นเลือดโดยใช้เครื่องอุ่นเลือด</p>			
<p><b>การเตรียมเครื่องใช้</b></p> <p>1. ชุดสายให้เลือดไร้เชื้อซึ่งมีถุงกรองเลือดในกระเปาะพักเลือด ต้องเปลี่ยนชุดสายให้เลือดทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนขวดเลือดใหม่</p>			
<p>2. ใช้เข็มเบอร์ 20 หรือขนาดใหญ่กว่า โดยทั่วไปใช้เข็มเบอร์ 18 และ 19 ในผู้ใหญ่ เข็มเบอร์ 20 และ 21 ในเด็ก</p>			
<p>3. เครื่องใช้ในการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ ไม้รองแขน และเสาแขวนขวดเลือด</p>			
<p><b>การเตรียมผู้ป่วย</b></p> <p>1. สอบถามว่า ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตรวจดูให้ตรงกับป้ายข้อมือ ใบขอเลือด และใบแจ้งข้างขวดเลือด พร้อมทั้งตรวจชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย ชนิดของเลือด หมู่เลือด หมายเลขเลือด ให้ตรงกันทั้งในใบแจ้ง ป้ายข้างขวดเลือด และใบขอเลือด</p>			
<p>2. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ ความดันเลือดแล้วบันทึกไว้</p>			
<p><b>วิธีการแทงเข็มให้เลือด</b></p> <p>1. ล้างมือให้สะอาดและสวมถุงมือสะอาด</p>			
<p>2. ต่อชุดสายให้เลือดเข้ากับขวดเลือด เช่นเดียวกับการต่อชุดให้สารน้ำระวัง การแทงทะลุถ้าเป็นถุงให้เลือด</p>			
<p>3. แขวนถุงเลือดให้สูงประมาณ 3-4 ฟุต ปับกระเปาะเลือดและไล่อากาศให้ออกจากสายให้เลือดจนหมด</p>			
<p>4. เตรียมผิวหนังและแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำโดยใช้วิธีเดียวกับการแทงเข็มให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ อาจใช้เข็มและกระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือ 0.9% normal แทงเข็มเข้าไปในหลอดเลือดดำ ดึงลูกสูบขึ้นเล็กน้อย เมื่อเห็น</p>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
เลือดไหลย้อนเข้ามาให้ฉีด normal 0.9% เข้าไป จากนั้นจึงต่อปลายข้อต่อของชุดสายให้เลือดเข้ากับหัวเข็ม			
5. ปรับอัตราการหยดให้หยด 25 มล./15 นาที หรือประมาณ 25 หยดต่อนาที ในช่วง 10-30 นาทีแรกหลังให้เลือดและสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบสัญญาณชีพหลังให้เลือด 30 นาที ถ้าพ้นจาก 30 นาทีแล้วไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง ให้ปรับอัตราการหยดตาม			
6. แผนการรักษา ติดตามอาการผู้ป่วยและอัตราการหยดอย่างสม่ำเสมอ จนเลือดหมด			
7. ล้างมือให้สะอาด เก็บอุปกรณ์เข้าที่ให้เรียบร้อย			
8. ลงบันทึกใน Nurse's note เกี่ยวกับชนิดของเลือด ปริมาณ เวลาที่ให้ ตำแหน่งที่ฉีดยา รวมทั้งปฏิกิริยาของ ผู้ป่วยขณะและหลังได้รับยาในแบบบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง และครบถ้วน			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การดูดเสมหะทางปาก (Oropharyngeal Suctioning)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะ</li> <li>2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ วัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติอย่างคร่าวๆ</li> <li>3. ล้างมือให้สะอาด (Hygienic hand washing) และเช็ดให้แห้ง</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม (Oral airway, เครื่องดูดเสมหะ, ขวดน้ำกลั่น ปราศจากเชื้อ, ถังมือ, สายดูดเสมหะ, K-Y jelly, ท่อรูปตัว Y, ไม้กดลิ้น)</li> <li>5. สวมถุงมือสะอาด (Disposable glove) ทั้ง 2 มือ</li> <li>6. ให้ผู้ป่วยอ้าปาก แล้วใช้ไม้กดลิ้น กดบริเวณกึ่งกลางลิ้น</li> <li>7. จับ Oral airway ในลักษณะหงายแล้วค่อยๆสอดเข้าช่องปากทางด้านข้าง</li> <li>8. เมื่อส่วนปลายของ oral airway เข้าเลยกึ่งกลางของลิ้น จึงดึงไม้กดลิ้นออก แล้วหมุน Oral airway พร้อมทั้งค่อยๆ เลื่อนเข้าไปจนอยู่ในลักษณะคว่ำ</li> <li>9. ติดพลาสติกครอบบริเวณใต้จมูกและคาง</li> <li>10. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงศีรษะต่ำเล็กน้อย</li> <li>11. วางขามรูปไตไว้ใต้คาง</li> <li>12. สวมถุงมือปราศจากเชื้อ (Sterile glove)</li> <li>13. หยิบสายดูดเสมหะต่อกับเครื่องดูดเสมหะแล้ว ปรับความดันในการดูดเสมหะโดยใช้นิ้วปิดปลายของสายดูด</li> <li>14. หล่อลื่นสายดูดเสมหะจากปลายขึ้นมาประมาณ 3-4 นิ้ว</li> <li>15. ใส่สายดูดเสมหะเข้าทาง Oral airway โดยเปิดปลายด้านหนึ่งของท่อต่อตัว Y จนสายเข้าผ่าน oropharynx จนผู้ป่วยเริ่มไอและถอยสายดูดออกมา ประมาณ 1"</li> <li>16. ดูดเสมหะโดยการหมุนสายไปรอบๆ แล้วค่อยดึงสายขึ้น ขณะที่ดูดให้ปิดรูด้านที่เปิดไว้ของท่อต่อ</li> <li>17. ล้างสายดูดโดยการดูดผ่านน้ำสะอาดในขวด 1-2 ครั้ง</li> <li>18. ให้ผู้ป่วยหายใจ 3-4 ครั้ง สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ และลักษณะของเสมหะ</li> <li>19. เริ่มดูดเสมหะใหม่ในขั้นตอนที่ 14-16 โดยการดูดแต่ละครั้งควรห่างกัน อย่างน้อย 20-30 วินาที</li> <li>20. เมื่อดูดเสมหะในทางเดินหายใจจนโล่ง จึงดูดเสมหะที่ค้างในกระพุ้งแก้ม ทำความสะอาดปากและทาเจลลี่ที่ริมฝีปาก</li> <li>21. นำสายดูดเสมหะล้างโดยการดูดผ่านน้ำสะอาด/น้ำกลั่นก่อนจึงนำไปแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ</li> <li>22. จัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย</li> <li>23. ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการดูดเสมหะ</li> <li>24. เก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
25. บันทึกการพยาบาล (Nurse note) เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ลักษณะของการหายใจ เสมหะ Lung sound ระดับความรู้สึกตัว การให้การพยาบาล ก่อน-หลังการดูดเสมหะ เป็นต้น			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การดูดเสมหะทางจมูก (Nasopharyngeal Suctioning)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนดูดเสมหะ</li> <li>2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ วัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติอย่างคร่าวๆ</li> <li>3. ล้างมือให้สะอาด (Hygienic hand washing) และเช็ดให้แห้ง</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม (Nasal airway, เครื่องดูดเสมหะ, ขวดน้ำกลั่น ปราศจากเชื้อ, ถุงมือ, สายดูดเสมหะ, K-Y jelly, ท่อรูปตัว Y )</li> <li>5. จัดท่าผู้ป่วยในลักษณะ Semi Fowler's position แหงนศีรษะขึ้น</li> <li>6. สวมถุงมือสะอาด (Disposable glove) ทั้ง 2 มือ</li> <li>7. ให้ผู้ป่วยหายใจทำจุกบานแต่ละข้างแล้วเช็ดรูจุก ด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำ</li> <li>8. หล่อลื่น Nasal airway แล้วค่อย ๆ สอดเข้าจุกข้างใดข้างหนึ่งตามลักษณะ ความโค้งของจุก</li> <li>9. หมุน Nasal airway พร้อมดันเข้าไปอย่างนุ่มนวล จนกระทั่งส่วนปลาย ด้านนอกติดขอบรูจุก</li> <li>10. สวมถุงมือปราศจากเชื้อ(Sterile glove)</li> <li>11. เตรียมสายดูดเสมหะ และหล่อลื่นจากปลาย ขึ้นมาประมาณ 3-4 นิ้ว ต่อ สายเข้ากับเครื่องดูด</li> <li>12. บอกผู้ป่วยให้หายใจลึก ๆ หลาย ๆ ครั้ง หรือ อาจให้ออกซิเจนเมื่อจำเป็น เพียงพอก่อนได้รับการดูดเสมหะ</li> <li>13. ใส่สายดูดเสมหะเข้าทาง Nasal airway ในขณะที่เปิดปลายด้านหนึ่งของท่อ ต่อตัว Y</li> <li>14. ให้ผู้ป่วยอ้าปากจะเห็นปลายของสายอยู่ ด้านหลังคอ หรือมีความรู้สึกว่ามีสายเข้าไปไม่ได้จึงถอยสายขึ้น 1" และใช้นิ้วปิดปลายด้านที่เปิดของตัว เพื่อดูดเสมหะโดยหมุนสายไป รอบ ๆ ไม่ควรนานเกิน 10-12 วินาที</li> <li>15. ล้างสายดูดเสมหะโดยการดูดน้ำกลั่น ผ่าน 1-2 ครั้ง</li> <li>16. ให้ผู้ป่วยหายใจ 4-5 ครั้ง สังเกตลักษณะการหายใจ เสียงหายใจ และ ลักษณะของเสมหะ</li> <li>17. ดูดเสมหะอีกครั้งตามขั้นตอนที่ 13-15 การดูด แต่ละครั้งควรห่างกัน อย่างน้อย 20-30 วินาที</li> <li>18. หลังจากดูดเสมหะแล้วทำความสะอาดบริเวณ รูจุกและทาเจลลี่</li> <li>19. นำสายดูดเสมหะล้างโดยการดูดผ่านน้ำสะอาด/น้ำกลั่นก่อนจึงนำไปแช่ใน น้ำยาฆ่าเชื้อ</li> <li>20. จัดท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย</li> <li>21. ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการดูดเสมหะ</li> <li>22. เก็บอุปกรณ์ให้เรียบร้อย ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง</li> <li>23. บันทึกการพยาบาล (Nurse note) เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ลักษณะ ของการหายใจ เสมหะ Lung sound ระดับความรู้สึกตัว การพยาบาล ฯลฯ</li> </ol>			

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ และท่อเจาะคอ  
(Endotracheal and tracheostomy suctioning)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยฟังเสียงการหายใจที่ปอดก่อนดูดเสมหะ</li> <li>2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ วัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติอย่างคร่าวๆ</li> <li>3. ล้างมือให้สะอาด (Hygienic hand washing) และเช็ดให้แห้ง</li> <li>4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม (เครื่องดูดเสมหะ, ขวดน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ, ถุงมือ, สายดูดเสมหะ, ท่อรูปตัว Y, อັปใส่สำลีแอลกอฮอล์ 70%, Stethoscope, 0.9% NSS 2 cc./ 1 Ampule )</li> <li>5. สวมถุงมือสะอาด</li> <li>6. ดูดเสมหะทางจมูกและปาก</li> <li>7. ใช้กระบอกฉีดยาดูดลมออกจากลูกโป่ง (cuff)</li> <li>8. ให้ออกซิเจน 100% ก่อนดูดเสมหะประมาณ 2-3 นาที</li> <li>9. เปลี่ยนถุงมือปราศจากเชื้อคู่มือใหม่ในมือข้างที่ถนัด</li> <li>10. หยิบสายดูดเสมหะต่อกับเครื่องดูดเปิด ความดันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย</li> <li>11. มือด้านที่ไม่ถนัดปลดเครื่องช่วยหายใจออก ชั่วคร่าว มือด้านที่ถนัดจับสายดูดเสมหะใส่เข้าท่อหายใจเข้าตำแหน่งที่ต้องการ ให้ผู้ป่วยหันศีรษะไปทางซ้าย ถ้าต้องการดูดเสมหะเข้าสู่ broncus ด้านขวา และหันศีรษะไปทางขวา ถ้าต้องการดูดเสมหะเข้าสู่ broncus ด้านซ้าย</li> <li>12. ขณะใส่สายดูดเสมหะให้เปิดด้านหนึ่งของตัวต่อจนกว่าสายดูดเสมหะเข้าไปถึงที่ต้องการ จึงปิดรูเพื่อให้เกิดแรงดูด</li> <li>13. ขณะดูดเสมหะให้หมุนสายยางไปรอบ ๆ และ ค่อย ๆ ดึงสายดูดเสมหะขึ้นมา</li> <li>14. ใช้เวลาในการดูดเสมหะไม่ควรนานเกิน 10-15 วินาที หรือเท่ากับการกลืนหายใจของผู้ดูดเสมหะ</li> <li>15. ให้ออกซิเจน 100% หรือบับ Ambubag ที่ ต่อกับออกซิเจนประมาณ 2-3 นาที ภายหลังการดูดเสมหะแต่ละครั้งและประเมินสภาพ ผู้ป่วยก่อนทำการดูดอีกครั้ง</li> <li>16. หลังดูดเสมหะเสร็จใส่ลมเข้าลูกโป่งตามเดิม และต่อเครื่องช่วยหายใจ</li> <li>17. ทำความสะอาดสายดูดเสมหะ</li> <li>18. ใช้ Stethoscope ฟังเสียงหายใจที่ปอดภายหลังการดูดเสมหะ</li> <li>19. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบาย</li> </ol>			



ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาด้วยออกซิเจนของแพทย์</li> <li>2. ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม</li> <li>3. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ วัตถุประสงค์ และวิธีปฏิบัติอย่างคร่าวๆ</li> <li>4. จัดทำผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 45-60 องศา</li> <li>5. ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง และจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถังออกซิเจน</li> <li>- อุปกรณ์ปรับอัตราการไหลของก๊าซ ( flow meter )</li> <li>- ขวดทำความชื้น(humidifier)</li> <li>- น้ำกลั่นปลอดเชื้อ</li> <li>- สายออกซิเจนตามประเภทที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย</li> <li>- สายตรงต่อออกซิเจน</li> </ul> </li> <li>6. เทน้ำกลั่นปลอดเชื้อลงในขวดทำความชื้น (humidifier) ถึงระดับ/ขีดที่กำหนดที่ข้างขวด</li> <li>7. ต่อสายออกซิเจนชนิดแคนนูลา / หน้ากาก เข้ากับเครื่องทำความชื้นที่</li> <li>8. หมุนปุ่มเปิดอัตราการไหลออกซิเจน / ปรับตำแหน่งสายออกซิเจน               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ออกซิเจนชนิดแคนนูลา</b> ไม่เกิน 6 ลิตร/นาที ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีออกซิเจนผ่าน และใส่สายเข้าทางจมูกทั้ง 2 ข้าง ปรับสายรอบศีรษะ หรือคล้องไว้ที่หลังมาบริเวณคางให้กระชับ ปรับอัตราการไหลออกซิเจนตามแผนการรักษา หรือตามสภาพของผู้ป่วย                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ออกซิเจนชนิดหน้ากาก</b> 10-15 ลิตร/นาที ให้ออกซิเจนไหลเข้าไปในหน้ากาก ถ้ามีถุงต้องให้ออกซิเจนไหลเข้าในถุงจนเป่งตึง วางหน้ากากให้ตรงกับต่งจมูก แล้วครอบคางให้กระชับ ปรับสายยางรอบศีรษะให้กระชับใช้ก๊อชขึ้นเล็กน้อย ครอบใต้บริเวณช่องว่างหน้ากากกับใบหน้าบริเวณหลังหูหรือหลังศีรษะ</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>9. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกตามปกติ และผ่อนคลาย</li> <li>10. ปรับอัตราการไหลออกซิเจนตามแผนการรักษา</li> <li>11. ให้การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน               <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ออกซิเจนชนิดแคนนูลา</b> ทำความสะอาดภายในช่องจมูกทุก 6-8 ชั่วโมง ถ้าช่องจมูกแห้งทาสารหล่อลื่น, เปลี่ยนสายให้ออกซิเจนวันละครั้ง และตรวจสอบตำแหน่งสายแคนนูลาเป็นระยะ อาจใช้ผ้าก๊อชขึ้นเล็กน้อยครอบบริเวณใต้จมูก และหลังหู (ถ้าจำเป็น)</li> <li>- <b>ออกซิเจนชนิดหน้ากาก</b> ดูแลทำความสะอาดหน้ากากอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง เปลี่ยนหน้ากากวันละครั้ง ทำความสะอาดใบหน้า ช่องปากตามความจำเป็น ดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอและขณะรับประทานอาหารให้เปลี่ยนเป็นการให้ออกซิเจนชนิดแคนนูลาชั่วคราวแทน</li> </ul> </li> <li>12. ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง</li> </ol>			

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
13. ตรวจสอบอัตราการไหล/ลักษณะการหายใจของผู้ป่วย/อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ			
14. บันทึกเกี่ยวกับชนิดของออกซิเจน อัตราการไหล ลักษณะการหายใจ ปฏิกริยาของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงต่างๆ ที่แสดงถึงผลการได้รับออกซิเจน			