



คู่มือ

การทำหัตถการทางการพยาบาล

ห้องปฏิบัติการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย



สารบัญ

	หน้า
1. การป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	3
1.1 การล้างมือ	
1.2 การเตรียมอุปกรณ์เพื่อส่งน้ำ โดยการใช้ท่อ	
1.3 การเปิดผ้าห่ออุปกรณ์ปลอดเชื้อและสิ่งของปลอดเชื้อ (Sterile equipment)	
1.4 การเปิดชุดปลอดเชื้อสำเร็จรูป	
1.5 การใช้ Transfer Forceps หยิบจับของปลอดเชื้อ	
1.6 การเหนี่ยวนำลงภาชนะปลอดเชื้อ	
1.7 การใส่ Mask, Gown, Gloves	
2. การอาบน้ำบนเตียงแบบสมบูรณ์ (C0mplete bed bath) และการทำเตียงผู้ป่วยลุกจากเตียงไม่ได้ (occupied bed)	8
3. การวัดสัญญาณชีพ	12
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีไข้ การประคบด้วยความร้อนและความเย็น	14
4.1 การลูบตัวเพื่อเพื่อลดความร้อนของร่างกาย	
4.2 การแช่ก้นด้วยน้ำร้อน	
4.3 การใช้กระเป๋าน้ำแข็ง	
5. การช่วยผู้ป่วยเคลื่อนไหวแบบต่าง ๆ การจัดท่า และการออกกำลังกาย	19
1. การจัดท่านอนหงายราบ (Supine position)	
2. การช่วยผู้ป่วยเลื่อนตัวขึ้นหัวเตียง	
3. การช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว	
4. การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's position or semi sitting position)	
5. การช่วยผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าบนเตียง	
6. การช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียงนั่งเก้าอี้	
7. การช่วยย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งไปยังอีกเตียงหนึ่ง	
8. การจัดท่านอนตะแคง (Lateral Position or Side-lying position)	
9. การจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Semi-prone position)	
10. การจัดท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (Sim's-position)	
11. การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)	
12. การจัดท่านอนคว่ำคุกเข่า (Knee-Chest position)	
13. การจัดท่านอนหงายพาดเท้าไว้บนขาหยั่ง (Lithotomy position)	
14. การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ (Exercise)	
6. การให้อาหารทางสายให้อาหาร (Gavage feeding)	34
7. การดูดเสมหะ	36
8. การส่งเสริมความต้องการด้านการขับถ่าย	38
8.1 การตวงน้ำปัสสาวะ	
8.2 การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกในผู้ป่วยชาย	
8.3 การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกในผู้ป่วยหญิง	
8.4 การสวนล้างอุจจาระหรือการสวนอุจจาระชนิดสวนปล่อย	

8.5 การสวนเก็บ

8.6 การล้างอุจจาระ

8.7 การถอดสายสวนปัสสาวะ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
สำหรับนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
หัวข้อ การป้องกันการติดเชื้อและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

คำชี้แจง

1. หัวข้อที่ 1-6 จะต้องปฏิบัติครบทุกข้อจึงจะถือว่าผ่าน
2. หัวข้อที่ 7 จะต้องปฏิบัติได้ตั้งแต่ 24 ข้อขึ้นไป (80%) จึงจะถือว่าผ่าน

1. การล้างมือ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. ถอดนาฬิกาและเครื่องประดับ			
2. ยืนห่างจากอ่างน้ำเล็กน้อย ไม่ให้เสื้อผ้าสัมผัสอ่างน้ำ			
3. เปิดน้ำให้ไหล แรงดันพอดี			
4. ราดน้ำมือทั้งสองข้างถึงข้อมือ			
5. ฟอกสบู่ฝ่ามือทั้งสองข้าง			
6. ฟอกมือครบ 7 ขั้นตอน			
7. ใช้เวลาในฟอกอย่างน้อย 10 วินาที			
8. ล้างมือและข้อมือโดยให้น้ำผ่านตลอดทั้งมือ			
9. เช็ดมือและข้อมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่สะอาดและแห้ง			
10. ปิดน้ำโดยใช้ผ้าเช็ดมือปิดวาล์วน้ำ			

2. การเตรียมอุปกรณ์เพื่อส่งน้ำ โดยการห่อ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. ล้างมือให้สะอาด			
2. คลี่ผ้าห่อของบนโต๊ะสะอาด สูงระดับเอวให้มุมใดมุมหนึ่งอยู่ด้านผู้ห่อ			
3. จับมุมผ้าด้านผู้ห่อ วางพาดบนของและพับมุมกลับเล็กน้อย เพื่อเป็นที่จับสำหรับเปิดห่อของ			
4. ดึงผ้าให้เรียบตึง ห่อด้านซ้ายให้มิดของ ดึงให้ตึงและพับมุมเล็กน้อย			
5. ห่อด้านขวาให้มิดของ ดึงให้ตึงและพับมุมเช่นกัน			

6. จับผ้าที่เหลือมุมสุดท้าย ดึงให้ตึงพับมุมเข้าเล็กน้อย จัดห่อให้มิดชิด ไม่หลุด			
7. ตีรึงห่อของให้แน่นด้วยเทปกาวและเขียนระบุห่อผู้ป่วย ชื่อของห่อ วันที่ส่งและชื่อผู้ห่อ ตัด sterile test tape			

3. การเปิดผ้าห่ออุปกรณ์ปลอดเชื้อและสิ่งของปลอดเชื้อ (Sterile equipment)

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. ล้างมือให้สะอาด			
2. ตรวจสอบความปลอดเชื้อของชุดปลอดเชื้อ โดยตรวจสอบวันหมดอายุ และสภาพของชุดปลอดเชื้อจะต้องแห้ง ไม่มีรอยเปิดออก			
3. วางชุดปลอดเชื้อบนกึ่งกลางพื้นที่ที่ต้องการวาง ให้ด้านของห่อชุดปลอดเชื้อเปิดออกจากตัวผู้กระทำ			
4. ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับมุมผ้าเปิดออกจากตัวผู้ทำ ใช้มือขวาเปิดผ้าทางด้านขวา ใช้มือซ้ายเปิดผ้าทางด้านซ้าย			
5. เปิดผ้ามุมที่ใส่เข้าหาตัวผู้ทำ			

4. การเปิดชุดปลอดเชื้อสำเร็จรูป

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. ล้างมือให้สะอาด			
2. ใช้มือทั้ง 2 ข้างฉีกกระดาษหุ้มออกจากกัน			
3. ถือชุดปลอดเชื้อสูงจากพื้นปลอดเชื้อ 6 นิ้ว			
4. ปลอຍอุปกรณ์ลงในชุดของปลอดเชื้อ			

5. การใช้ Transfer Forceps หยิบจับของปลอดเชื้อ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. หยิบ forceps ขึ้นจากกระปุก ให้บีบปลาย forceps ทั้งสองข้างเข้าหากัน ไม่ให้ปลาย forceps สัมผัสกับปากกระปุก			
2. ถือ forceps ให้อยู่เหนือระดับเอวและอยู่ในสายตาดูตลอดเวลา			
3. ขณะใช้ forceps หยิบของปลอดเชื้อ ปลาย forceps ไม่สัมผัสกับด้านนอกของห่อปลอดเชื้อ			
4. ขณะใช้ forceps หยิบจับของปลอดเชื้อ ปลาย forceps ยังคงชี้ต่ำกว่าข้อมือเสมอ			

5. วางของปลอดเชื้อลงในบริเวณที่ต้องการ โดยไม่ให้ forceps สัมผัสกับบริเวณที่วางของปลอดเชื้อ			
6. เก็บ forceps ใส่กระปุก ให้บีบปลาย forceps ทั้งสองข้าง เข้าหา			

6. การเทน้ำยาลงภาชนะปลอดเชื้อ

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. อ่านฉลากยอยาอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ ก่อนหยิบน้ำยา ก่อนเท น้ำยา และก่อนเก็บน้ำยาเข้าที่เดิม			
2. เปิดฝาขวดน้ำยาวางในลักษณะหงายฝา			
ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
3. ถือขวดน้ำยา หันฉลากไว้ด้านบนป้องกันน้ำยาไหลเปื้อน เลอะฉลากยา			
4. ถือขวดน้ำยาให้อยู่สูงกว่าภาชนะรองรับ 10-15 เซนติเมตร			
5. เทให้น้ำยาไหลช้าๆ หลีกเลี่ยงการทำให้น้ำยากระเด็น			
6. ใช้มือจับด้านนอกของฝาขวด ปิดฝาขวดทันทีอย่าง ระวัง			

7. การใส่ Mask, Gown, Gloves

ขั้นตอนการปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ข้อเสนอแนะ
1. ล้างมือให้สะอาดและแห้ง			
2. วางผ้าปิดปากและจมูก โดยให้ขอบที่มีลวดอยู่ด้านบน			
3. กดขอบที่มีลวดแนบกับดั้งจมูก เพื่อให้ mask กระทบกับ ใบหน้า			
4. หยิบเสื้อคลุมสะอาด คลี่เสื้อคลุมออกโดยไม่ให้เสื้อคลุม สัมผัสกับบริเวณที่สกปรก			
5. ใส่เสื้อคลุมโดยสอดแขนทั้ง 2 ข้างเข้าในแขนเสื้อพร้อมกัน ด้วยการยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ไม่ให้ด้านในของตัวเสื้อสัมผัส กับสิ่งสกปรก			
6. ผูกเชือกเงื่อนกระตุกที่คอเสื้อด้านหลัง			
7. จับเสื้อคลุมด้านหลังให้ชายเสื้อทับซ้อนกัน ผูกเชือกเงื่อน กระตุกที่เอว			
8. วางของถุงมือบริเวณที่แห้ง สะอาด และอยู่สูงระดับเอว			

9. คลี่ช่องถุงมือออกอย่างระมัดระวังไม่ให้ถุงมือในช่องหลุดออกมาสัมผัสกับภายนอก			
10. เหยียดด้านนอกของช่องถุงมือดูให้รอบพับของถุงมืออยู่ทางด้านผู้ใส่			
11. ใช้มือข้างที่ถนัด เหยียดด้านนอกของช่องถุงมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือข้างที่ไม่ถนัดหยิบถุงมือข้างที่ถนัดตรงรอยพับด้านในของถุงมือ			
12. ยกถุงมือออกจากช่องถุงมือ โดยด้านนอกของถุงมือต้องไม่สัมผัสกับบริเวณใดๆ			
13. ใส่ถุงมือข้างที่ถนัดในลักษณะหงายฝ่ามือให้นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านหน้าของฝ่ามือ			
14. ใช้มือข้างที่ยังไม่ได้ใส่ถุงมือ เหยียดด้านนอกของช่องถุงมือให้กว้างจนเห็นรอยพับของถุงมือ			
15. หยิบถุงมือออกจากช่องถุงมือ โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 ของมือข้างที่สวมถุงมือแล้ว สอดเข้าในรอยพับของถุงมืออีกข้างหนึ่ง			
16. ยกถุงมือออกมาอย่างระมัดระวัง โดยถุงมือไม่สัมผัสกับบริเวณใดๆ			
17. ใช้มือข้างที่ไม่ได้ใส่ถุงมือเก็บช่องถุงมือ			
18. ใส่ถุงมือในลักษณะหงายฝ่ามือให้นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านหน้าของฝ่ามือ			
19. จัดนิ้วให้อยู่ในถุงมือทั้ง 2 ข้าง ทำให้กระชับ ตลบขอบถุงมือให้คลุมข้อมือ			
การถอด			
20. จับขอบถุงมือด้านนอกตลบลงมา ค่อยๆ ดึงถุงมือด้านนอกตรงฝ่ามือให้ด้านในของถุงมือตลบกลับออกมาอยู่ด้านนอก			
21. ใช้มือข้างที่ยังสวมถุงมือ ถือถุงมือข้างที่ถอดแล้ว			
22. ใช้นิ้วข้างที่ถอดถุงมือแล้วสอดเข้าด้านในของถุงมือ ดึงถุงมือออกให้ด้านในของถุงมือตลบกลับออกมาอยู่ด้านนอก			
23. ทิ้งถุงมือลงในภาชนะรองรับ			
24. กระตุกเชือกเส้นคลุมที่ผูกบริเวณเอวออก ดึงเชือกให้ตัวเสื้อหลวม			

25. กระทบเชือกที่คอเสื้อ			
26. ถอดเสื้อคลุมให้ตัวเสื้อภายในนอกกลับเข้าไปอยู่ด้านใน			
27. ม้วนเสื้อคลุมให้ด้านสกปรกอยู่ข้างใน ทั้งในตะกร้า รอกการ ส่งซัก			
28. นำ mask ออกจากใบหน้า โดยมือไม่สัมผัสกับบริเวณที่ปน เปื้อนของ mask			
29. พับ mask ให้บริเวณปนเปื้อนอยู่ข้างใน ก่อนทิ้งลงในถัง ขยะติดเชื้อ			
30. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง			

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
 สำหรับนักศึกษาพยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
 หัวข้อ การอาบน้ำบนเตียงแบบสมบูรณ์ (Complete bed bath) และ
 การการทำเตียงผู้ป่วยลุกจากเตียงไม่ได้ (occupied bed)

คำชี้แจง

นักศึกษาต้องปฏิบัติได้ 31 หัวข้อขึ้นไป (80%) จาก 36 หัวข้อ

รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
1. เตรียมอุปกรณ์ได้ครบ ประกอบด้วย - ผ้าถูตัว 2 ผืน - ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน - สบู่ฟรังก์กล่องใส่สบู่ - ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น โลชั่น แป้ง หวี ยาสีฟัน แปรงสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก - อ่างน้ำ ที่ใส่น้ำประมาณ ครึ่งอ่าง หรือ 2/3 - เสื้อผ้าชุดใหม่ และผ้าปูที่นอน ผ้ายางขวางเตียง ผ้าขวางเตียง ปลอกหมอน ผืนใหม่ - ถังใส่ผ้าเปื้อน - ถังใส่ขยะ - ผ้าเช็ดเตียง 2 ผืน ถังบรรจุน้ำผสมสารฟอกล้าง หรือน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์ฟอกล้าง 1 ถัง - ถังมือสะอาด ผ้ากันเปื้อนพลาสติก และ mask 2. จัดเรียงเครื่องผ้าตามลำดับการใช้ (เรียงจากด้านบนลงล่าง) ดังนี้ - ผ้าปูที่นอน - ผ้ายางขวางเตียง - ผ้าขวางเตียง - ปลอกหมอน 3. ยกอุปกรณ์ไปไว้ที่เตียงผู้ป่วย			

รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
4. เตรียมผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม โดย 4.1 แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และวิธีการอาบน้ำ 4.2 ปิดพัดลม ประตูหรือหน้าต่าง และกั้นม่านให้มิดชิด 5. ล้างมือให้สะอาด และใส่ถุงมือให้พร้อม 6. ยกไม้กั้นเตียงด้านที่ยืนอยู่ลง และ เลื่อนตัวผู้ป่วยเข้ามาใกล้ตัว 7. คลุมผ้าห่มบนตัวผู้ป่วย และคลุมผ้าเช็ดตัวบนผ้าห่มบริเวณหน้าอกของผู้ป่วย 8. ไขหัวเตียงในท่านอนยกหัวสูง 9. ทำความสะอาดปากฟันให้แก่ผู้ป่วย 10. ไขหัวเตียงลงให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ 11. เริ่มการอาบน้ำผู้ป่วย โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้ 11.1 ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก โดยถอดเสื้อจากแขนด้าน 11.2 ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด แล้วพันมือเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าโดยเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย 11.3 เช็ดตาก่อนโดยใช้มู่ผ้าเช็ดบริเวณเปลือกตาจากหัวตาไปหางตา 11.4 ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม จมูก รอบปาก คอ ใบหู หลังหู หลังจากนั้นใช้ผ้าถูตัวที่ฟอกสบู่เช็ดบริเวณใบหน้า คอ และหู อย่างนุ่มนวล 11.5 ใช้ผ้าถูตัวผืนแรกชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดให้ทั่วจนหมดฟองสบู่ 11.6 ใช้ผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืนหนึ่งซับให้แห้ง 11.7 เลื่อนผ้าเช็ดตัวที่คลุมหน้าอกให้มาอยู่ใต้ผ้าห่มคลุมบริเวณหน้าอกและท้อง 11.8 ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดบริเวณหน้าอก สะดือ ท้อง และขาหนีบ 11.9 ใช้ผ้าถูตัวที่ฟอกสบู่ให้ทั่วบริเวณดังกล่าวอีกครั้ง 11.10 เช็ดสบู่ออกจนสะอาดด้วยผ้าถูตัวผืนแรก และซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืน 11.11 ทำการเปลี่ยนน้ำใหม่ 11.12 ดึงผ้าเช็ดตัวที่คลุมหน้าอกมารองใต้แขนด้าน 11.13 เช็ดแขนจนถึงรักแร้ด้วยผ้าถูตัวที่ชุบน้ำบิดพอ			

รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
11.15 เช็ดสบู่ออกด้วยผ้าถูตัวผืนแรก และซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืน 11.16 ทำซ้ำกับแขนด้านใกล้ตัว โดยใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัว 11.17 ทำการแช่มือในอ่างน้ำ ฟอกสบู่ให้ทั่วทั้งนิ้วมือและตามซอกนิ้วมือ ล้างให้สะอาด ซับน้ำให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืน 11.18 ทำการเปลี่ยนน้ำใหม่ 11.19 เลื่อนผ้าห่มมาคลุม ปิดรอบต้นขาให้มิดชิด 11.20 นำผ้าเช็ดตัวที่รองแขนมาปูรองขาต้านใกล้ตัว 11.21 เช็ดขาจนถึงโคนขาด้วยผ้าถูตัวที่ชุบน้ำบิดพอหมาด 11.22 ใช้ผ้าถูตัวที่ฟอกสบู่ให้ทั่วบริเวณดังกล่าวอีกครั้ง 11.23 เช็ดสบู่ออกด้วยผ้าถูตัวผืนแรก และซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืน 11.24 ทำซ้ำกับแขนด้านใกล้ตัว โดยใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัว 11.25 แช่เท้าลงในอ่างน้ำฟอกสบู่บริเวณเท้า ส้นเท้า และซอกนิ้ว หลังจากนั้นล้างให้สะอาด และซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้ 11.26 ทำการเปลี่ยนน้ำหลังใหม่ 11.27 เดินไปด้านตรงข้ามของเตียงผู้ป่วย ยกไม้กั้นเตียงลง พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาผู้ปฏิบัติ และยกไม้กั้นเตียงขึ้น 11.28 กลับมาที่เดิม เปิดผ้าห่มด้านหลังออก วางผ้าเช็ดตัวที่ใช้รองขาปูตามยาวบริเวณ คอ หลัง เอว สะโพก และก้นของผู้ป่วย 11.29 เช็ดบริเวณหลังผู้ป่วยด้วยผ้าถูตัวชุบน้ำบิดพอหมาด 11.30 เช็ดด้วยผ้าถูตัวที่ฟอกสบู่ให้ทั่ว 11.31 เช็ดสบู่ออกด้วยผ้าถูตัวผืนแรก และซับให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่เตรียมไว้อีกผืน 11.32 ทาแป้งบริเวณหลัง 11.33 รื้อผ้าปูที่นอน ผ้าขาวเตียงผ้าข้าง เปลี่ยนปลอกหมอนด้านตรงข้ามกับผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว 11.34 ตลบผ้าขาวเตียงให้ชิดตัวผู้ป่วยที่สุด 11.35 ใช้ปลอกหมอนที่ใช้แล้วเช็ดฝุ่น บนผ้าข้างขวา			

รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
11.36 ตลบผ้าอย่างไปชิดผู้ป่วยที่สุด 11.37 ตลบผ้าปูที่นอนให้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ใช้ปลอกหมอนที่ใช้แล้วเช็ดผบบนที่นอน 11.38 ปูผ้าปูที่นอนทีละครึ่งเตียง ทำมุมชายธงให้เรียบร้อย โดยเริ่มจากด้านหัวเตียงก่อน 11.39 ดึงผ้าอย่างออกปูและหนีบให้เรียบร้อย 11.40 ปูผ้าขวางเตียงโดยปูทีละครึ่งเตียงและหนีบให้เรียบร้อย 11.41 สวมเสื้อให้แก่ผู้ป่วยโดยสวมแขนเสื้อด้านหนึ่งก่อนและพับเสื้อแนบไปกับผ้าปูที่นอน 11.42 พลิกตัวผู้ป่วยตะแคงทับด้านที่ปูผ้าให้เรียบร้อย 11.43 ยกไม้กั้นเตียงขึ้น หลังจากนั้นเดินไปด้านตรงข้าม รื้อผ้าออกทีละชั้น ม้วนตลบเข้าด้านบน ทิ้งลงถึงผ้าเปื้อน 11.44 สวมเสื้อในแขนอีกด้านที่เหลือให้แก่ผู้ป่วย 11.45 เช็ดผ่นผ้าอย่างขวางเตียง และที่นอน ม้วนผ้าอย่างขวางเตียงเข้าชิดผู้ป่วย (ในกรณีเปลี่ยนผ้าอย่างผืนใหม่ ให้รื้อผ้ายาผืนเก่าทิ้ง ไม่ต้องเช็ดผ่น) 11.46 ปูที่นอนทีละชั้นตามลำดับ โดยทำเตียงให้เรียบดึง ทำมุมและหนีบชายผ้าให้เรียบร้อย 11.47 สวมกางเกงให้แก่ผู้ป่วยให้เรียบร้อย 11.48 เปลี่ยนปลอกหมอนให้เรียบร้อย 11.49 เปลี่ยนผ้าห่มผืนใหม่โดยพับไว้ที่ปลายเตียง 11.50 จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ทาแป้งตามขั้นตอนการเช็ดตัว โดยใช้ผ้าปูรองทุกส่วนของร่างกาย 11.51 ดูแลให้ผู้ป่วยหนุนหมอน 11.52 ใช้ผ้าเช็ดตัวปูบนหมอนที่นอนแล้วหิวผมให้แก่ผู้ป่วย 11.53 จัดท่านอนให้ผู้ป่วยในท่าที่สบาย ห่มผ้าให้ผู้ป่วยตามความต้องการ 12. เช็ดทำความสะอาดเตียงนอนและตู้ข้างเตียงให้เรียบร้อย 13. ดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณโต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย เก็บของให้เรียบร้อย เหยือกน้ำ และแก้วน้ำล้างให้สะอาด 14. นำอุปกรณ์เครื่องใช้ทั้งหมดที่ใช้ในการอาบน้ำทำเตียง ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม 15. ล้างมือให้สะอาด			

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)

สำหรับนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

หัวข้อ การวัดสัญญาณชีพ

ชื่อ-สกุล.....รหัสนักศึกษา.....
วันที่.....เวลา.....

คำชี้แจง นักศึกษาปฏิบัติได้ 20 ข้อขึ้นไป (80%) จาก 25 ข้อ

รายการ	การประเมิน		หมายเหตุ
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	
ขั้นเตรียม 1. ตรวจสอบชื่อ นามสกุลของผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อน 2. การวัดสัญญาณชีพ 3. บอกผู้ป่วยให้ทราบว่า จะทำการวัดสัญญาณชีพ 4. ล้างมือให้สะอาด 5. เตรียมอุปกรณ์ ขั้นปฏิบัติ 6. นำปรอทสะอาดออกจากภาชนะบรรจุ สลัดให้ปรอทต่ำกว่า 35°C หรือ 95°F 7. วางปรอทไว้ใต้ลิ้น แล้วให้ผู้ป่วยปิดปากให้สนิท นาน 3 นาที 8. จับชีพจรในขณะที่รอระยะเวลาในการวัดอุณหภูมิร่างกาย โดยใช้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางบนตำแหน่ง Radial artery 9. นับอัตราการเต้นของชีพจรเต็ม 1 นาที บอกอัตราการเต้นของชีพจร 10. นับการหายใจ (นับขณะที่มือยังวางในตำแหน่งที่จับชีพจรอยู่) 11. บอกอัตราการหายใจ 12. วัดความดันโลหิต โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบและจัดท่าให้แขนและข้อมือผู้ป่วยเหยียดตรง หายฝ่ามือขึ้น วางเครื่องวัดความดันไว้ใกล้แขนข้างที่จะวัด			

รายการ	การประเมิน	หมายเหตุ
13. ทำความสะอาดบริเวณหูฟังและแป้นของเครื่องช่วยฟังด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% 14. พัน Cuff รอบแขน ให้สายยางทั้งสองอยู่ระหว่างหลอดเลือดแดงที่ต้องการวัดความดันโลหิต (Brachial artery) 15. ปิดลิ้นระหว่างลูกยางกับสายพันแขนโดยหมุนปิดสกรูของลูกยางเครื่องวัดความดันโลหิตให้สนิท 16. ตรวจสอบค่าความดันสูงสุดด้วยการคลำโดยทดสอบจาก Brachial artery หรือ Radial artery 17. บีบลูกยางด้วยอุ้งมือให้ระดับปรอทขึ้นสูงกว่าค่าความดันโลหิตสูงสุดของผู้ป่วย 20-30 mmHg. วางหูฟังลงบนตำแหน่ง Brachial artery 18. ค่อย ๆ คลายสกรูลูกยางช้า ๆ 19. อ่านค่าความดันโลหิต 20. ถอด Cuff ที่พันแขนออก พับเก็บให้เรียบร้อย 21. ทำความสะอาดบริเวณหูฟังและแป้นของเครื่องช่วยฟังด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ก่อนเก็บ 22. นำปรอทออกจากปากของผู้ป่วย ใช้สำลีหรือกระดาษชำระเช็ดปรอทจากด้านใกล้มือไปทางปลายปรอท โดยวิธีหมุนสำลีหรือกระดาษชำระบิดไปมา (Twisting motion) 23. ยกปรอทให้อยู่ในแนวนอนระดับสายตา และอ่านค่าอุณหภูมิร่างกาย 24. ทำความสะอาดปรอทและเก็บใส่ภาชนะบรรจุปรอท 25. ล้างมือให้สะอาด		

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
สำหรับนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยที่มีไข้ การประคบด้วยความร้อนและความเย็น

1. การลูบตัวเพื่อเพื่อลดความร้อนของร่างกาย : การลูบตัวโดยใช้น้ำเย็นธรรมชาติจากก๊อก

คำชี้แจง

1. ให้นักศึกษาปฏิบัติตามลำดับและขั้นตอนดังปรากฏในเอกสารนี้ให้ครบถ้วน ถูกต้อง อย่างน้อย 80% หมายถึงต้องปฏิบัติได้ 25 ขั้นตอนในทั้งหมด 31 ขั้นตอน

2. ขั้นตอนใดที่นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้องจะถือว่าขั้นตอนนั้นนักศึกษาไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ	ขั้นตอน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1	เตรียมของใช้ให้พร้อมนำมาที่เตียงผู้ป่วย <u>เครื่องใช้</u> 1. อ่างน้ำ 1 ใบ ใส่น้ำค่อนข้าง 2. เขี่ยก้นน้ำขนาด 2,000 มล. 1 ใบ 3. ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่ 1 ผืน 4. ผ้าถูตัวอย่างน้อย 2 ผืน 5. ผ้าคลุมตัวหรือผ้าห่ม 1 ผืน 6. กระเป๋าน้ำแข็งพร้อมบล็อกใส่น้ำแข็งเรียบร้อยแล้ว 7. แบ่งทาดัว			
2	บอกผู้ป่วยทราบว่ามีไข้ขึ้น จะทำการเช็ดตัวให้			
3	ปิดประตูหรือกั้นม่านให้เรียบร้อย			
4	ห่มผ้าให้ผู้ป่วยด้วยผ้าคลุมตัวหรือผ้าห่ม			
5	ถอดเสื้อผ้าของผู้ป่วยออกนำไปผึ่งที่ปลายเตียง			
6	คลุมผ้าเช็ดตัวที่หน้าอกแลพให้ย้ายไปรองทุกที่ ๆ เช็ดตัว			
7	รินน้ำจากถ้วยแล้วให้ผู้ป่วยดื่ม ต้องให้ดื่มบ่อย ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นทำจนกว่าจะทำเสร็จ			
8	ชุบผ้าถูตัวที่จะใช้ทั้งหมดลงในอ่างน้ำ			
9	วางกระเป๋าน้ำแข็งที่ศีรษะ			
10	เริ่มต้นใช้ผ้าถูตัวลูบที่หน้าผู้ป่วยให้ทั่ววางพักที่คอ หมั่นซักผ้าถูตัวบ่อย ๆ ลูบซ้ำ ๆ 3-4 ครั้ง ในระหว่างที่ทำต้องหมั่นเติมน้ำให้เย็นอยู่เสมอ			

ลำดับ	ขั้นตอน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
11	เอาผ้าเช็ดตัวสอดเข้าใต้ผ้าห่ม แล้วใช้ผ้าถูตัวที่บิดหมาด ๆ ลูบบริเวณหน้าอกและหยึดพักตรงหัวใจสักครู่ แล้วเอาผ้าออกมาซักทำซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง			
12	ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ			
13	ลูบแขนด้านไกลตัว โดยลูบจากปลายแขนเข้าสู่หัวใจ พักที่ข้อพับ รักแร้ ทำซ้ำ ๆ กัน 2-3 ครั้ง แล้วลูบแขนด้านไกลตัวเช่นเดียวกัน			
14	ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ			
15	ลูบขาด้านไกลตัวก่อน แล้วพักที่ใต้เข่าและขาหนีบ ทำซ้ำ ๆ 2-3 ครั้ง แล้วจึงลูบขาด้านไกลตัวเช่นเดียวกัน			
16	เดินไปด้านตรงข้ามโต๊ะข้างเตียง พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ให้หันหน้ามาทางด้านพยาบาล			
17	จัดท่านอนตะแคงอย่าให้แขนขาทับกัน ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ต้องเอาไม้กั้นเตียงขึ้น วางกระเป๋าน้ำแข็งให้คงที่			
18	เดินกลับไปโต๊ะข้างเตียง ใช้ผ้าชุบน้ำหมาด ๆ ลูบด้านหลังตั้งแต่ต้นคอเข้าหาหัวใจ และพักที่บริเวณตรงกับหัวใจ ลูบซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แล้วลูบจากก้นกบเข้าหาหัวใจ และพักที่บริเวณตรงกับหัวใจเช่นเดียวกัน ลูบซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง			
19	เทแป้งลงบนฝ่ามือ ลูบแป้งให้ทั่วหลังผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยยังนอนตะแคงอยู่			
20	ใส่แขนเสื้อข้างหนึ่งให้ผู้ป่วย			
21	แล้วดึงผ้าปูที่นอนด้านนั้นให้ตึง			
22	พลิกตัวผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนหงาย			
23	ทาแป้งที่หน้าและบริเวณลำตัว			
24	ใส่เสื้อและนุ่งผ้าให้ผู้ป่วยให้เรียบร้อย			
25	เก็บผ้าห่มให้เรียบร้อย ถ้าอากาศหนาวห่มผ้าให้แล้วให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอีกครั้งหนึ่ง			
26	หึ่งกระเป๋าน้ำแข็งไว้กับผู้ป่วยไว้บริเวณเดิม			

27	บอกผู้ป่วยไม่ให้ดื่มน้ำอีก แล้วจึงยกเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่			
28	ภายหลังทำครบครึ่งชั่วโมงให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนเอวกระเป๋าน้ำแข็งออก แต่ถ้าผู้ป่วยยังปวดศีรษะอยู่ให้ทิ้งกระเป๋าน้ำแข็งไว้ก่อนได้			
29	วัดอุณหภูมิ ชีพจร และการหายใจ			
30	ลงบันทึกอุณหภูมิในแผ่นกราฟหรือลงในแบบฟอร์มที่กำหนด			
31	ถ้าทำการเช็ดตัวได้ผลดี อุณหภูมิจะลด $\frac{1}{2}$ - 1°C . แต่ถ้าทำแล้วอุณหภูมิไม่ลด ให้รายงานพยาบาลผู้รับผิดชอบในเวรนั้น ๆ รับทราบ			

2. การแช่กันด้วยน้ำร้อน

คำชี้แจง

1. ให้นักศึกษาปฏิบัติตามลำดับและขั้นตอนดังปรากฏในเอกสารนี้ให้ครบถ้วน ถูกต้อง อย่างน้อย 80 % หมายถึงต้องปฏิบัติได้ 11 ขั้นตอนในทั้งหมด 13 ขั้นตอน

2. ขั้นตอนใดที่นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้องจะถือว่าขั้นตอนนั้นนักศึกษาไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ-ขั้นตอน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. บอกให้ผู้ป่วยทราบเพื่อผู้ป่วยทราบจุดประสงค์ในการทำ และให้ความร่วมมือ			
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม 2.1 อ่างแช่กันหรือเก้าอี้แช่ ใส่น้ำอุ่นอุณหภูมิ 110-115 องศาฟาเรนไฮต์ 2.2 เขยือก 2,500 มล. ใส่น้ำอุ่นไว้คอยเติม 2.3 ผ้าเช็ดตัว 1 ผืน 2.4 ผ้าสำหรับรองก้นอ่าง 2.5 ชุดทำความสะอาดแผล ถ้ามีแผล			
2. ยกอ่างน้ำแช่กันไปที่เตียงผู้ป่วยหรือห้องน้ำขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย			
3. กั้นม่านในกรณีที่แช่ที่เตียงเพื่อเป็นการไม่เปิดเผยผู้ป่วย			
4. ถอดผ้าปูออกจัดเสื่อให้อยู่เหนือเอน			
5. ทดสอบความร้อนของน้ำยาด้วยหลังมือหรือปรอทวัดอุณหภูมิของน้ำ			
6. ให้ผู้ป่วยลงนั่งแช่ในอ่างแช่ที่มีผ้ารองให้น้ำท่วมตั้งแต่สะโพกถึงโคนขา เพื่อป้องกันการกระแทกกระเียน			
7. คลุมผ้าให้เปิดเฉพาะบริเวณที่แช่ ถ้าผู้ป่วยหนาวห่มผ้าห่มให้เพื่อความอบอุ่น			
8. หมั่นตรวจดูความร้อนของน้ำ ถ้าลดลงให้เติมน้ำร้อน โดยระวังอย่าเติมน้ำร้อนมากเกินไป เพื่อให้ระดับอุณหภูมิของน้ำร้อนคงที่			
9. ให้ผู้ป่วยนั่งแช่อยู่ประมาณ 15 – 30 นาที			
10. อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพราะผู้ป่วยอาจเป็นลมได้เนื่องจาก การไหลเวียนของเลือดไม่ดี			

11. เมื่อครบเวลาให้ผู้ป่วยลุกจากอ่าง ใช้ผ้าสะอาดซับให้แห้ง แล้วอบด้วยผ้าห่มนานประมาณ 20 – 30 นาที เพื่อให้ความอบอุ่นต่อระยะหนึ่ง			
12. ถ้ามีแผลทำแผลให้ แล้วสวมผ้าห่ม จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย			
13. เก็บเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย			

3. การใช้กระเป๋าน้ำแข็ง

คำชี้แจง

1. ให้นักศึกษาปฏิบัติตามลำดับและขั้นตอนดังปรากฏในเอกสารนี้ให้ครบถ้วน ถูกต้อง อย่างน้อย 80 - 90 % หมายถึงต้องปฏิบัติได้ 6 ขั้นตอนในทั้งหมด 7 ขั้นตอน
2. ขั้นตอนใดที่นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้องจะถือว่าขั้นตอนนั้นนักศึกษาไม่ได้ปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. บอกให้ผู้ป่วยทราบเพื่อผู้ป่วยทราบจุดประสงค์ในการทำ และให้ความร่วมมือ			
2. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้			
2.1 กระเป๋าน้ำแข็ง พร้อมปลอก			
2.2 น้ำแข็ง			
3. ใส่ น้ำแข็งก้อนเล็ก ๆ ประมาณ ½ ของกระเป๋			
4. บีบปากกระเป๋าลงอากาศออกแล้วปิดฝาให้แน่นเพื่อป้องกันไม่ให้น้ำแข็งละลายเร็วขึ้น			
4. ทดสอบดูว่าน้ำรั่วหรือไม่ โดยคว่ำปากกระเป๋าลง			
6. ใส่ปลอกให้เรียบร้อย เพื่อความเรียบร้อยช่วยซับน้ำและป้องกันความเย็นจัด			
7. นำไปวางบริเวณที่ต้องการ หมั่นเปลี่ยนที่บ่อย ๆ และเปลี่ยนปลอกกระเป๋ามือเปียก เพื่อป้องกันการปวดแสบปวดร้อน ไข่มพอง			

1. การจัดท่านอนหงายราบ (Supine position)

การจัดท่านอนหงาย มีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ประการ

1. เป็นการจัดทำเตรียมตรวจอวัยวะด้านหน้าของร่างกายเช่นศีรษะ หน้า แขน ขา หน้าอก ท้อง และการตรวจรีเฟล็กซ์ (reflex)ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง ศีรษะหนุนหมอน การจัดท่านอนหงายเพื่อเตรียมตรวจนี้ไม่ต้องหนุนแขน ขา ด้วยหมอน หรือผ้า เพียงแต่ห่มผ้าให้เปิดเฉพาะตำแหน่งที่ตรวจเท่านั้น

2. เป็นท่านอนที่จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต หรืออ่อนเพลียมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ประเมินสภาพผู้ป่วย	- พิจารณาสภาพผู้ป่วยเลือกของใช้ วิธีการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล
2. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
3. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางไว้ให้เหมาะสม (พร้อมนำกลับมาใช้ได้อีก)	- จัดของที่ยังไม่ต้องใช้แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล
4. ปรับหัวเตียงให้อยู่ในแนวราบ	- ป้องกันกระดูกสันหลังส่วนคอโค้งงอหรือแขนขาไปข้างหลัง
5. ใช้หมอนหนุนที่ศีรษะและไหล่ให้สูงพอเหมาะ	- เพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วยและร่างกายอยู่ในแนวทรวดทรงที่ถูกต้อง
6. ใช้หมอนเล็กๆ รองรับบริเวณส่วนโค้งเอวป้องกันหลังโค้งงอและป้องกันความเจ็บปวด	- ป้องกันกระดูกสันหลังส่วนคอโค้งงอหรือแขนขาไปข้างหลัง
7. ใช้หมอนเล็ก ๆ วางใต้เข่าป้องกันข้อเข่าเหยียด	- เพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วยและร่างกายอยู่ในแนวทรวดทรงที่ถูกต้อง
8. ใช้หมอนเล็กๆวางไว้ใต้ข้อเท้า ยกสันเท้าให้สูงไม่กดทับกับที่นอน	- ป้องกันกระดูกสันหลังส่วนคอโค้งงอหรือแขนขาไปข้างหลัง
9. ใช้หมอน ผ้าห่ม หรือกล่องกระดาษ หมุนด้านผ้าเท้าให้ปลายเท้าตั้งตรง ข้อเท้าอยู่ในท่ายื่น	- ป้องกันแผลกดทับบริเวณสันเท้าเมื่อกดทับกับที่นอน กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว
10. ใช้ม้วนผ้าให้ผู้ป่วยกำไว้	- ป้องกันเท้าตก
11. วางหมอนทราย หรือผ้าห่ม ม้วนกลมขนานกับต้นขาทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำให้อยู่ในท่าปกติ ไม่เบะออกด้านนอก	- ป้องกันข้อนิ้วมือเหยียดมากเกินไป
12. ดูแลความสะดวกสบาย ห่มผ้าให้ผู้ป่วย	- ป้องกันการหมุนออกของข้อตะโพกในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
13. ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง	- เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
14. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาที่ทำ ปัญหาที่พบ	- เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

2. การช่วยผู้ป่วยเลื่อนขึ้นหัวเตียง

วัตถุประสงค์

- เพื่อความปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ ท้องอืด
ปอดบวม นิ่ว

- เพื่อความสบายของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางในที่เหมาะสม	- เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความ วิตกกังวล
3. ปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ	- จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะ ขณะ ปฏิบัติการพยาบาล
4. เอาหมอนหนุนศีรษะออกมาวางไว้ที่พนักเตียง	- เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน
5. พยาบาลยืนอยู่ที่เตียงในท่าก้าวเท้าไปข้างหน้า หันหน้าไป ทางหัวเตียง	- เตรียมพร้อมที่จะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย กันเหล็กไว้กันผู้ ป่วยตกเตียง หมอนหนุนกันคอเอียงได้ด้านข้าง / หลัง
6. พยาบาลย่อเข่าและตะโกก เพื่อให้ปลายแขนอยู่ในระดับ เดียวกับเตียง	
7. พยาบาลสอดแขนข้างหนึ่ง เข้าใต้ไหล่และอีกข้างหนึ่งใต้ต้น ขา	- เตรียมพร้อมที่จะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่ตกจากเตียง
8. ให้ผู้ป่วยยกศีรษะ ก้มคอให้คางชิดอก และชันเข่าขึ้น มือผู้ ป่วยจับพนักเตียง หรือออกแรงกดบนที่นอนเพื่อดันตัวขึ้นหัว เตียง	- เพื่อเตรียมใช้เท้าดันตัวเองเลื่อนขึ้นทางหัวเตียง - เพื่อให้ร่างกายสมดุล โดยจุดศูนย์ถ่วงอยู่ระหว่างเท้าของ พยาบาล และเท้าจะอยู่ในแนวเดียวกับทิศทางการ เคลื่อนที่
9. พยาบาลอยู่ในท่ายืนทั้งน้ำหนักลงที่ขาหลัง ในขณะที่ยกตัวผู้ ป่วยขึ้น ให้เลื่อนน้ำหนักมาที่ขาหน้า ขณะเดียวกัน ให้ผู้ป่วย เลื่อนตัวขึ้นหัวเตียง โดยใช้มือโหนพนักเตียงและกดสันเท้ากับ ที่นอน หรือให้ผู้ป่วยใช้มือและเท้าทั้งสองข้างออกแรงกดบน ที่นอน หรือ ให้ผู้ป่วยใช้มือและเท้าทั้งสองข้างออกแรงกดบน ที่นอนเพื่อเลื่อนตัวขึ้นหัวเตียง	
10. กรณีใช้พยาบาล 2 คน ให้พยาบาลทั้ง 2 คนยืนคนละข้าง เตียงตรงระดับเอวของผู้ป่วย หันหน้าเข้าหาผู้ป่วย	
11. พยาบาลยืนอยู่ในท่าก้าวไปข้างหน้า และย่อเข่า	
12. พยาบาลทั้งสองคนสอดแขนหนึ่งใต้ไหล่ แขนข้างหนึ่งใต้ ตะโพกและให้พยาบาลยึดปลายแขนไว้ด้วยกัน	- เตรียมพร้อมเลื่อนผู้ป่วยและอยู่ในท่าที่มั่นคง - เพื่อให้มีน้ำหนัก / แรงในการเลื่อนพยุงตัวผู้ป่วย
13. ให้ผู้ป่วยยกศีรษะ ก้มคอให้คางชิดอกให้ผู้ป่วยชันเข่าทั้งสอง ข้าง วางเท้าให้ชิดตะโพกให้มากที่สุด	- เพื่อเตรียมใช้เท้าดันตัวเองเลื่อนขึ้นทางหัวเตียง - ใช้การออกแรงผลักดันจากเท้าของผู้ป่วยอีกแรงหนึ่งและ พยาบาลช่วยอีกแรงหนึ่ง ทำให้ตัวผู้ป่วยขยับเลื่อนมาที่หัว เตียงได้ง่ายขึ้น
14. ขณะที่ยกผู้ป่วยขึ้น ให้พยาบาลเหยียดข้อเข่า ย้ายน้ำหนัก ตัวจากขาหลังมาขาหน้า และหมุนตัวไปทางด้านหัวเตียง พร้อม กับบอกให้ผู้ป่วยใช้เท้ากดที่นอนและยกตัวขึ้น	
15. ถ้าเลื่อนตัวไม่สูงพอ ก็ให้ทำซ้ำเช่นนี้อีก	- การจัดท่านอนที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
16. สอดหมอนใต้ศีรษะผู้ป่วยและจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุข สบาย	- เพื่อความสบาย
17. ไขหัวเตียงผู้ป่วยไว้ดังเดิม	

3. การช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว

วัตถุประสงค์

นี้

- เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนอยู่บนเตียงนานๆ เช่น แผลกดทับ ท้องอืด ปอดบวม

- เพื่อความสบายของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิ์ของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติเป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม	- จัดของที่ซึ่งไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล
3. ปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยนอนหงายราบหนุนหมอนตามปกติ	- เพื่อพร้อมที่จะพลิกตะแคงตัว ไม่ให้เมื่อยล้ากล้ามเนื้อคอ
4. เลื่อนผู้ป่วยชิดขอบเตียงด้านตรงข้ามที่จะพลิกไปเลื่อนหมอนหนุนศีรษะตามไปด้วย ยกРАВกันเตียงขึ้น ป้องกันผู้ป่วยตกเตียง	- เตรียมพร้อมที่จะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย กันเหล็กไว้กันผู้ป่วยตกเตียง หมอนหนุนกับคอเอียงได้ด้านข้าง / หลัง
5. พยาบาลย้ายไปยืนอยู่ด้านที่จะพลิกผู้ป่วยไป โดยใช้หลักการพลิกตัวผู้ป่วยเข้าหาตัวพยาบาลเสมอ	- เตรียมพร้อมที่จะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ตกจากเตียง
6. จัดแขนผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ตัวพยาบาลกางออกจากตัวและแขนอีกข้างหนึ่งวางพาดบนหน้าอกไปทางที่พลิกตัว	- เพื่อป้องกันไม่ให้แขนถูกกดทับเมื่อพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเสร็จแล้ว
7. จัดขาผู้ป่วยด้านไกลตัวพยาบาลไขว้มาทับขาข้างที่จะพลิกตัวไป	- ให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยถ่ายไปอยู่ที่ด้านหน้าลำตัว
8. พยาบาลใช้มือข้างหนึ่งประคองที่ไหล่ผู้ป่วย มืออีกข้างประคองที่ตะโพก แล้วค่อยๆพลิกตัวผู้ป่วยให้ตะแคงเข้าหาตัวพยาบาล ผู้ป่วยจะพลิกตะแคงตัวอยู่กลางตัวพอดี จัดหมอนหนุนขา ที่แขนอาจให้กอดหมอนไว้และด้านหลังอาจใช้หมอนวางหลังไว้ให้ด้วย	- แขนและขาของผู้ป่วยทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยอยู่ด้านหน้าค่อนข้างมากอยู่แล้ว พยาบาลเพียงออกแรง ประคองไหล่และตะโพกก็สามารถพลิกผู้ป่วยให้ตะแคงได้อย่างง่าย การวางหมอนเพื่อป้องกันผู้ป่วยหงายมาด้านหลัง
9. ตรวจสอบความปลอดภัยและความสบาย เช่น ยกРАВกันเตียง จัดท่าที่สบาย และห่มผ้าเป็นต้น	- ให้ผู้สบายและปลอดภัย
10. ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง	- ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาที่ทำ และปัญหาที่พบ	- เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

4. การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's position or semi sitting position)

วัตถุประสงค์โดยรวม เป็นท่านอนที่สุขสบายและเพื่อการรักษา โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 30 ถึง 90 องศา ท่านอนนี้สะดวกสำหรับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆบนเตียงเช่นรับประทานอาหาร แปรงฟัน บ้วนปาก อ่านหนังสือ จึงเป็นท่าที่ควรจัดเปลี่ยนให้นอกจากท่านอนราบ นอกจากนี้ยังเป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง ประโยชน์ที่ได้รับคือ

-ทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการเหนื่อยหอบ แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวกเพราะช่องอกกว้างขึ้น เนื่องจากกระบังลมไม่ถูกอวัยวะภายในช่องท้องดันขึ้น ปอดจึงขยายตัวได้เต็มที่

-ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการเจ็บตึงแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และลำไส้เคลื่อนไหวตามปกติ

-ผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อภายในช่องท้อง ท่านอนนี้จะช่วยให้เลือด หนองที่ตกค้างไหลมารวมกัน และไหลออกมาทางท่อระบายที่ใส่ไว้ได้สะดวกขึ้นช่วยลดการอักเสบภายในช่องท้อง

ท่านี้แบ่งได้ 3 ระดับได้แก่

- High Fowler's position ทำศีรษะสูง 60-90 องศา
- Fowler's Position ทำศีรษะสูง 45-60 องศา
- Semi Fowler's Position ทำศีรษะสูง 30 องศา

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ	-เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ
2.เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม พร้อมนำกลับมาใช้ได้	-เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
3.ให้ผู้ป่วยนอนหงายหมอนหนุนที่ศีรษะและไหล่	-จัดของที่ยังไม่ต้องใช้แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล
4. ปรับหัวเตียงสูง 30 ถึง 90 องศา ถ้าผู้ป่วยนอนเตียงชนิดยกหัวเตียงสูงขึ้นได้ ก่อนยกหัวเตียงขึ้นให้เลื่อนตัวผู้ป่วยไปทางหัวเตียงให้สูงพอ โดยให้สะโพกอยู่ตรงรอยพับเตียงพอดี ถ้าผู้ป่วยนอนเตียงธรรมดาให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมป้องกันหลังโค้งงอ	-ป้องกันกระดูกสันหลังส่วนโค้งงอหรือแขนไปข้างหลัง
5. หนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ ได้เข้าเหนือข้อพับหรือยกเตียงตรงระดับเข้า ผู้ป่วยสูงขึ้นประมาณ 10-20 องศา	-ป้องกันข้อเข้าเหยียดและแรงกดทับหลอดเลือดที่ข้อพับเข้า
6. ให้งามนอนทรายหรือผ้าม้วนกลมข้างต้นขาสองข้าง	- ป้องกันข้อตะโพกหมอนออกด้านนอก
7. หนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ ได้ข้อเท้ากดทับที่นอน	-ป้องกันส้นเท้ากดทับกับที่นอน
8. ใช้แผ่นไม้หรือกล่องกระดาษหรือผ้าห่มดันปลายเท้าให้ตั้งขึ้น ให้ข้อเท้าอยู่มนลักษณะเหมือนทำยีน	- ป้องกันข้อเท้าเหยียด และปลายเท้าตก
9. หนุนหมอนใต้แขนและไหล่ทั้งสองข้าง	- ป้องกันแขนห้อยตกข้างลำตัว
10. ให้ผู้ป่วยกำฝ่ามือไว้ในมือ	- มือ ป้องกันข้อนิ้วมือเหยียด
11. ดูแลความสบาย ห่มผ้า	-ลดการแพร่กระจายเชื้อ
12. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	- เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล
13. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาที่ทำ ปัญหาที่พบ	

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถจัดทำกึ่งนั่งศีรษะสูง (Fowler's position or sitting position) ให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

5. การช่วยผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าบนเตียง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม	- จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วนไม่เกะกะ
3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย เลื่อนตัวผู้ป่วยมาชิดขอบเตียง	ขณะปฏิบัติการพยาบาล
4. ปรับหัวเตียงให้สูงขึ้น 60 องศา ขณะปรับเตียงต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียง	- เตรียมพร้อมที่จะนั่งอยู่บนเตียง
5. พยาบาลยืนข้างเตียงด้านที่ผู้ป่วยหันหน้ามา ยืนแยกเท้า เท้าข้างหนึ่งก้าวไปข้างหน้าประมาณ 1 ก้าว	- การไขเตียง / ยกศีรษะ เพื่อช่วยให้ลุกจากเตียงได้ง่ายขึ้น
6. พยาบาลสอดแขนข้างหนึ่งใต้ไหล่ผู้ป่วยอีกมือหนึ่งจับต้นขาด้านหลังผู้ป่วยไว้	- เพื่อการทรงตัวที่ดีและพร้อมถ่วงน้ำหนักตัวของพยาบาล
7. พยาบาลหมุนตัว ใช้มือข้างที่จับไหล่ ผู้ป่วยยกตัวผู้ป่วยขึ้น มืออีกข้างหนึ่งจับเข้าผู้ป่วยหมุนให้เท้าห้อยลงข้างเตียงขณะเดียวกันให้พยาบาลย่น้ำหนักตัวมาที่ขาหลัง	- เพื่อรับน้ำหนักของศีรษะและลำตัวส่วนบนของผู้ป่วย
8. จัดผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าลงข้างเตียงในท่าที่สบายและจัดสิ่งแวดล้อมป้องกันการตกเตียง	- และใช้เป็นจุดหมุนในการหมุนตัวผู้ป่วย
	- เพื่อความสุขสบายและปลอดภัย

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ ช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียงนั่งเก้าอี้ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

6. การช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียงนั่งเก้าอี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและ มีสุขภาพจิตที่ดี
2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ 2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมที่จะลงจากเตียงนั่งเก้าอี้ข้างเตียง 4. ช่วยให้ผู้ปวยนั่งบนเตียงและห้อยเท้าลงข้างเตียง ผู้ป่วยที่ลุกนั่งข้างแรก ขณะปรับเปลี่ยนท่าใหม่ควรให้เวลาผู้ป่วยได้ซักพักครู่หนึ่ง 5. ให้ผู้ป่วยสวมรองเท้า โดยที่รองเท้าควรเป็นชนิดกันลื่นหรือมีรอยหยักที่พื้นรองเท้า 6. วางเก้าอี้สำหรับผู้ป่วยนั่ง ไว้ข้างเตียงให้ใกล้ผู้ป่วยให้มากที่สุด หันพนักเก้าอี้ไปทางด้านปลายเตียง 7. พยาบาลหันหน้าไปทางผู้ป่วยในท่าก้าวเท้าข้างที่อยู่ใกล้เก้าอี้ไปข้างหน้า 8. ให้ผู้ป่วยวางมือทั้งสองข้าง บนไหล่ของพยาบาล และมีมือพยาบาลจับเอวผู้ป่วยแต่ละข้าง 9. เมื่อผู้ป่วยก้าวลงพื้นห้อง หรือที่รองรับเท้า พยาบาลใช้เข่าขาหน้ายันเข่าผู้ป่วยไว้ 10. เมื่อผู้ป่วยทรงตัวได้ดีแล้ว พยาบาลถอยเท้าหน้ามาข้างหลัง และพยุงผู้ป่วยให้ให้ยืนอยู่หน้าเก้าอี้ 11. พยาบาลย่อเข่า ตะโกน ขณะที่ช่วยผู้ป่วยหย่อนตัวลงนั่งเก้าอี้ 12. จัดผู้ป่วยให้นั่งบนเก้าอี้ในท่าที่สบาย	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติเป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล - จัดของที่ยุ่งไม่ต้งใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วนไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล - เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนไหวตัวของผู้ป่วยและป้องกันอุบัติเหตุ - ป้องกันความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) - เพื่อให้มีการรับน้ำหนักตัวได้ดีและป้องกันการลื่นล้ม - เตรียมความพร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยล้มหรือกระแทกเก้าอี้แรง

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ ช่วยผู้ป่วยลุกจากเตียงนั่งเก้าอี้ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

7. การช่วยย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งไปยังอีกเตียงหนึ่ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความเหมาะสมในการรักษา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ 2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม 3. พยาบาลทั้ง 3 คน ยืนเรียงหน้ากระดานชิดขอบเตียงหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย 4. ให้ผู้ป่วยวางแขนไว้บนหน้าอก 5. ให้สัญญาณครั้งที่ 1 ให้พยาบาลทั้ง 3 คน ย่อเข่าสอดแขนเข้าใต้ลำตัวผู้ป่วย - พยาบาลคนที่ 1 สอดแขนเข้าที่ คอ ไหล่ - พยาบาลคนที่ 2 สอดแขนเข้าใต้เอวและตะโพก - พยาบาลคนที่ 3 สอดแขนเข้าใต้สะโพกและขา - ขณะเดียวกันบอกให้ผู้ป่วยทราบ 6. ให้สัญญาณครั้งที่ 2 ให้พยาบาลทั้ง 3 คนหมุนตัวผู้ป่วยให้หันหน้าเข้าหาพยาบาล โดยใช้ข้อศอกเป็นจุดหมุนซึ่งวางอยู่บนเตียง 7. ให้สัญญาณครั้งที่ 3 ให้พยาบาลทั้งสามคนยกผู้ป่วยขึ้นพร้อมกับถอยเท้าที่อยู่ข้างหน้าด้านหลังแล้วเดินไปทีละเตียงใหม่ให้จังหวะการก้าวเท้าเดินไปพร้อมๆ กัน 8. ให้สัญญาณครั้งที่ 4 พยาบาลทั้ง 3 คนย่อเข่าและวางแขนให้ศอกอยู่บนเตียงใหม่ 9. ให้สัญญาณครั้งที่ 5 พยาบาลเหยียดข้อศอกออกแล้ววางผู้ป่วยลงบนเตียงอย่างช้าๆและนุ่มนวล 10. ให้สัญญาณครั้งที่ 6 พยาบาลดึงแขนที่อยู่ใต้ตัวผู้ป่วยออก 11. จัดผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สบาย 12. <u>กรณีใช้แผ่นกระดานเลื่อน</u> กรณีใช้แผ่นกระดานเลื่อน และใช้พยาบาล 4 คน ให้ปูขวางเตียงยาวถึงระดับไหล่และสะโพก	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล - จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วนไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล - เพื่อความพร้อมเพรียงกันและช่วยกันออกแรงรับน้ำหนักตัวผู้ป่วย - เพื่อยกตัวผู้ป่วยขึ้นได้ง่าย ปลอดภัย ขณะเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
13. พยาบาลคนที่ 1 และ 2 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้หันหน้าเข้าหาตัวพยาบาล โดยแนบผ้าขวางเตียงไว้กับลำตัวผู้ป่วย 14. พยาบาลคนที่ 3 ซึ่งอยู่ข้างเตียงด้านตรงข้ามสอดแผ่นกระดานเลื่อนเข้าใต้ผ้าขวางเตียงให้ขอบด้านหนึ่งชิดตลอดลำตัวของผู้ป่วย 15. เลื่อนเตียงหรือเปลที่จะย้ายผู้ป่วยขึ้น ให้มาชิดกับเตียงที่ผู้ป่วยนอน โดยแผ่นกระดานเลื่อนวางพาดอยู่ระหว่างสองเตียง แล้วจึงจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนแผ่นเคลื่อนย้าย ถ้าผู้ป่วยเคลื่อนไหวมือได้ดี บอกให้ผู้ป่วยเอามือทั้งสองข้างวางไว้บนหน้าอก 16. พยาบาลคนที่ 2 ซึ่งได้ย้ายมายืนข้างเดียวกับพยาบาลคนที่ 3 เพื่อแรงดึง 17. พยาบาลคนที่ 4 ประคองศีรษะผู้ป่วย 18. ให้สัญญาณครั้งที่ 1 พยาบาลคนที่ 1 ออกแรงดันอย่างนุ่มนวล ขณะที่พยาบาลคนที่ 2 และ 3 ออกแรงดึง และ พยาบาลคนที่ 4 ประคองศีรษะให้เคลื่อนย้ายไปพร้อมกันโดยรักษาแนวลำตัวของผู้ป่วยให้ตรงอยู่เสมอ และระมัดไม่ให้ศีรษะได้รับอันตราย 19. เคลื่อนย้ายแผ่นกระดานเลื่อนออกและจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย	- ผู้ป่วยสุขสบายและปลอดภัย - เพื่อความพร้อมที่จะย้ายผู้ป่วยไปอีกเตียงหรือเปลนอนอย่างพร้อมเพรียงกัน

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ ช่วยผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากเตียงหนึ่งไปยังอีกเตียงหนึ่งได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

8. การจัดท่านอนตะแคง (Lateral position or Side-lying position)

วัตถุประสงค์ของการจัดท่านอนตะแคง

1. เป็นท่าเตรียมตรวจอวัยวะด้านข้างเช่น ศีรษะ หู แขน ขาและลำตัวด้านข้าง การจัดท่านอนนี้จึงเพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยนอนตะแคงบนเตียง ศีรษะหนุนหมอนหมัดผ้าให้เท่านั้น
2. เป็นท่าที่จัดขึ้นเพื่อความสะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ เนื่องจากท่านอนนี้น้ำหนักของร่างกายตกลงที่ด้านข้างของลำตัวบริเวณสะบักและสะโพก ผลดีของท่านี้นี้จะช่วยลดการกดทับบริเวณส่วนหลังของร่างกายเช่น ศีรษะ สะบัก ก้นกบ สันเท้า เนื่องจากท่านี้นี้จัดให้ข้อต่างๆของแขนและขาอยู่ในท่าอ จึงเป็นท่าที่ควรเปลี่ยนให้ภายหลังจากที่นอนหงายมาระยะหนึ่งแล้ว

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วยบอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม (พร้อมนำกลับมาใช้อีก)	- จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล
3. ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ซ้ายหรือขวาก็ได้	
4. ใช้หมอนรองใต้ศีรษะ ใต้คอให้ลำตัวอยู่ในแนวตรงที่	- ป้องกันคอเอียงไปด้านข้าง และลดการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ
5. แขนทั้งสองข้างอยู่ในท่าอเล็กน้อยและอยู่ด้านหน้าของลำตัว กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
6. สอดหมอนหนุนที่ไหล่และแขนด้านบนของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับไหล่	- ป้องกันไหล่หุบเข้าและหมอนเข้าด้านในและยังช่วยให้หายใจสะดวกปอดขยายได้
7. สอดหมอนหนุนขาที่ตั้งอยู่ด้านบนของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับข้อสะโพก	- ป้องกันการหมุนเข้า กางออกของสะโพกและสันหลัง
8. วางหมอนหรือผ้าห่มม้วนกลมหนุนด้านหลังผู้ป่วยไว้	- ป้องกันพลิกหงายมาด้านหลัง
9. วางหมอนทรายดันปลายเท้าอยู่ในลักษณะเหมือนทำยี่น	- ป้องกันข้อเท้าเหยียดปลายเท้าตกและมือกำผ้าแน่น ป้องกันข้อนิ้วเหยียด
10. ดูแลความสบาย จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อย ดูแลความอบอุ่นของร่างกาย	- ผู้ป่วยสบาย
11. ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง	- ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค
12. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาที่ปัญหาที่พบ	- เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

แนวทางประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนตะแคงได้ถูกต้อง

9. การจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Semi - prone position)

เป็นท่านอนที่คล้ายกับท่านอนตะแคง ต่างกันตรงที่ท่านอนนี้แขนล่าง จะอยู่ด้านหลังของลำตัว และน้ำหนักร่างกายจะค่อนมาทางด้านหน้าของลำตัว บริเวณสะโพกและไหล่นอน ท่านี้ใช้มากในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เนื่องจากช่วยให้น้ำลายและเสมหะไหลออกจากปากและจมูกได้สะดวก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อความสบาย อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย สามารถทำงานได้อย่างปกติ
2. ป้องกันการสำลักเสมหะ น้ำลายในกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ(ถ้าสามารถรับรู้ได้)	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม	- เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล
3. ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเกือบคว่ำไปทางซ้ายหรือขวาก็ได้ ให้แขนข้างที่ชิดที่นอนวางด้านหลังของลำตัว ป้องกันผู้ป่วยพลิกหงายกลับ	- จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล
4. ศีรษะหนุนหมอน จัดให้อยู่ในแนวที่ถูกต้อง	
5. สอดหมอนหนุนขาด้านบนของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อศอก	- ป้องกันคอเอียงไปด้านข้าง
6. สอดหมอนหนุนขาด้านบนของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อศอก	- ป้องกันไหล่นอนหนุนเข้าตัว และลดการกดทับบริเวณหน้าอก
7. ให้วางหมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้ออในลักษณะเดียวกัน เมื่ออยู่ในท่าอื่น มือกำผ้านุ่ม	- ป้องกันข้อศอกหุบเข้าและหมอนเข้าด้านใน
8. ดูแลความสบาย ห่มผ้า	- ป้องกันข้อเท้าเหยียด ปลายเท้าตก และข้อนิ้วเหยียด
9. ยกראวกันเตียงขึ้น	ผู้ป่วยสบาย
10. ล้างมือ	- เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย
11. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาปัญหาที่พบ	- ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค
	- เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล

แนวทางการประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

10. การจัดท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (Sim's - position)

เป็นท่าเตรียมตรวจหรือทำการพยาบาลโดยเฉพาะ เช่นการตรวจทางทวารหนัก สอนอุจจาระ เห็บยาทางทวารหนัก

วัตถุประสงค์

ที่จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายเพื่อต้องการให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายอยู่ด้านล่างหรืออยู่ชิดกับพื้นอน
การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล - จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล - ป้องกันคอเอียงไปด้านข้าง - ป้องกันไหล่บนหมอนเข้าตัว และลดการกดทับบริเวณหน้าอก - ป้องกันข้อตะโพกหุบเข้าและหมอนเข้าด้านใน - ป้องกันข้อเท้าเหยียด ปลายเท้าตก และข้อนิ้วเหยียด - ผู้ป่วยสุขสบาย - เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย - ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค - เพื่อเป็นหลักฐานทางการพยาบาล
2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม	
3. ให้ผู้ป่วยนอนตะแคงเกือบคว่ำไปทางซ้าย ให้แขนข้างที่ชิดพื้นอนวางด้านหลังของลำตัว แขนขวาอยู่ทางด้านหน้า	
4. ศีรษะหนุนหมอน จัดให้อยู่ในแนวที่ถูกต้อง	
5. สอดหมอนหนุนขาด้านบนของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อตะโพก	
6. สอดหมอนหนุนขาด้านบนของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อตะโพก	
7. ให้วางหมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้ออในลักษณะเดียวกัน เมื่ออยู่ในท่าอื่น มือกำผ้านุ่ม	
8. ดูแลความสุขสบาย ห่มผ้า	
9. ยกราวกันเตียงขึ้น	
10. ล้างมือให้สะอาด	
11. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาปัญหาที่พบ	

แนวทางการประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

11. การจัดท่านอนคว่ำ (Prone position)

วัตถุประสงค์

1. เป็นการเตรียมตรวจบริเวณด้านหลังของร่างกายเช่นที่ศีรษะ หลัง การจัดทำเตรียมตรวจนี้ไม่ต้องหนุนหมอนหรือผ้าเพื่อป้องกันการกดทับบริเวณชายโครงและปลายเท้าเพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเท่านั้น
2. เป็นท่านอนที่สุขสบายสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวที่มีการหายใจปกติ เพราะท่านอนคว่ำนี้จะช่วยให้น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วยไหลออกจากปาก จมูกได้สะดวก นอกจากนี้ท่านอนคว่ำยังช่วยการกดทับบริเวณด้านหลังของร่างกายทั้งหมดอีกด้วย

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	สาเหตุ
1. อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ(ถ้าสามารถรับรู้ได้) 2. เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม 4. ปรับหัวเตียงให้อยู่ในแนวราบ เลื่อนหมอนหนุนศีรษะออกวางพิงไว้บนหัวเตียง 5. จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ แแนวลำตัวตรงหันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง 6. หนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ ใต้ลำตัวบริเวณชายโครงและหน้าท้อง <u>กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว</u> 7. วางแขนไปทางศีรษะในท่าอ้อมไหล่ ข้อศอกหรือวางแขนข้างลำตัวถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้มือนำฝ่ามือป้องกันข้อนิ้วอยู่ในท่าเหยียด 8. หนุนหมอนหรือผ้าที่ปลายขา ให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ(Dorsal flexion) นิ้วเท้าพ้นสูงที่นอน 9. ดูแลความสุสบายห่มผ้า <u>กรณีจัดทำเพื่อให้ผู้ป่วยนอนพัก</u> 10. ยกราวกั้นเตียงขึ้น 11. ล้างมือ 12. บันทึกท่านอนที่จัดให้ เวลาที่ทำ ปัญหาที่พบ หรือช่วยตรวจตามวัตถุประสงค์	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย - จัดของที่ยังไม่ต้องใช้ แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล - เพื่อให้กระดูกสันหลังส่วนเอวอยู่ในท่าถูกต้อง และป้องกันบริเวณหน้าอกไม่ให้กดทับที่นอนทำให้การหายใจสะดวกขึ้น - ป้องกันลำตัวกดทับแขนและป้องกันข้อนิ้วติดผิดปกติ - ป้องกันเท้าตกและช่วยให้ข้อเท้าอยู่ในท่าอ้อมเล็กน้อย และกล้ามเนื้อขาผ่อนคลาย

แนวทางการประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนคว่ำ ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

12. การจัดท่านอนคว่ำคุกเข่า(Knee-Chest Position)

วัตถุประสงค์

-เป็นท่าเตรียมตรวจหรือทำผ่าตัดทางทวารหนัก หรือลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโดยเฉพาะ

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ	-เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล -จัดของที่ยังไม่ต้องใช้แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะขณะปฏิบัติการพยาบาล
2.เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม	
3.จัดให้ผู้ป่วยนอนคว่ำคุกเข่า วางข้อศอกไว้บนพื้น บริเวณหน้าอกหรือกอดเข่าไว้	
4.คลุมผ้าให้ผู้ป่วยเปิดเผยบริเวณที่จะตรวจ	
5.ช่วยเหลือในการตรวจทวารหนัก	

แนวทางการประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนคว่ำ ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

13. การจัดท่านอนหงายพาดเท้าไว้บนขาหยั่ง (Lithotomy position)

วัตถุประสงค์

เป็นท่าเตรียมตรวจโดยเฉพาะการคลอด ตรวจฝีเย็บ ตรวจมะเร็งภายในอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล - ไม่เปิดเผยผู้ป่วย - เพื่อสะดวกในการตรวจรักษา - เพื่อช่วยลดความอายและลดความกลัวได้
2. ให้ผู้ป่วยนอนหงาย บนเตียงที่มีขาหยั่งพาดเท้า(Lithotomy bed)	
3. คลุมผ้าและให้ผู้ผู้ป่วยถอดกางเกง ผ้าถุง หรือเลื่อนผ้าถุงขึ้นให้พ้นสะโพก	
4.ให้ผู้ผู้ป่วยเลื่อนก้นมาที่ขอบเตียง	
5. ปิดตาผู้ป่วย	
6. ให้ผู้ป่วยพาดเท้าทั้งสองข้างบนขาหยั่ง	
7. คลุมผ้าบริเวณต้นขาและเท้าเปิดเฉพาะบริเวณขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	
8. เริ่มทำปฏิบัติการพยาบาล	

แนวทางการประเมินนักศึกษา

นักศึกษาสามารถ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนหงายพาดเท้าบนขาหยั่งได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

14. การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ (Exercise)

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันภาวะข้อติดแข็ง และกล้ามเนื้อลีบและ อ่อนแรง

การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1.อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ 2.เก็บของใช้บนเตียง จัดวางให้เหมาะสม 3.ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง 4. จัดให้ผู้ปวยนอนหงายราบ ศีรษะหนุนหมอนในท่าที่สบาย ขยับตัวผู้ป่วยชิดเตียงด้านที่พยาบาลยืน 5. พยาบาลยืนแยกเท้าอเข้าเล็กน้อย อยู่ข้างเตียงในท่าที่สบาย 6. มือข้างหนึ่งของพยาบาลรองรับข้อที่จะบริหารให้อยู่กับที่ 7. มืออีกข้างหนึ่งบริหารข้อให้เคลื่อนไปในทิศทางที่ต้องการ 8. บริหารข้อต่าง ๆ ของผู้ป่วยภายในขอบเขตการเคลื่อนไหวช้าๆ และด้วยความนุ่มนวล แต่ละตำแหน่งทำ 2-5 ครั้ง ตำแหน่งข้อที่บริหารให้ผู้ป่วย ดังนี้ 1. ข้อไหล่ - ยกแขนขึ้นสูงเหนือศีรษะ และยกกลับวางข้าง ลำตัว - ยกต้นแขน กาง-หุบ กับแนวลำตัว - หมุนต้นแขน เข้า-ออก กับแนวลำตัว - ยกต้นแขนหมุนข้อไหล่เป็นวงรอบ หมุนจากซ้ายไปขวา และหมุนจากขวาไปซ้าย 2. ข้อศอก - งอ-เหยียดข้อศอก - หมุนข้อศอกในท่าหงาย-คว่ำมือ 3. ข้อมือ - งอ-เหยียดข้อมือ - หมุนข้อมือไปทางนิ้วหัวแม่มือ-นิ้วก้อย 4. นิ้วมือ - งอ-เหยียดนิ้วมือทุกนิ้ว - กาง- หุบนิ้วมือ - ให้นิ้วหัวแม่มือเป็นวงรอบ ซ้ายหมุนไปขวาหมุนกลับจากขวาไปซ้าย	- เคารพในสิทธิของผู้ป่วย บอกขั้นตอน วิธีการปฏิบัติ เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล - จัดของที่ยังไม่ต้องใช้แยกไว้เป็นสัดส่วน ไม่เกะกะขณะปฏิบัติการพยาบาล - ลดการแพร่กระจายเชื้อ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
5. ข้อตะโพก - ยกต้นขาขึ้นสูงเท่าที่ผู้ป่วยทนได้ และยกกลับวางราบกับพื้นนอน - ยกต้นขาหมุนเข้า – หมุนออกกับแนวลำตัว - ยกต้นขาหมุนเป็นวงรอบ หมุนจากซ้ายไปขวาและหมุนกลับจากขวาไปซ้าย 6. ข้อเข่า - ยกต้นขาในท่างอเข่าแล้วเหยียดออก 7. ข้อเท้า - งอ – เหยียดข้อเท้า - หมุนฝ่าเท้า เข้า-ออก 8. นิ้วเท้า - งอ-เหยียดนิ้วเท้าทุกนิ้ว 9. หลังการบริหาร จัดผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสม 10. ดูแลความสุขสบาย ห่มผ้า	

แนวทางประเมินนักศึกษา

- นักศึกษาสามารถบริหารกล้ามเนื้อ (Exercise) ให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
สำหรับนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
หัวข้อ การให้อาหารทางสายให้อาหาร (Gavage feeding)

คำชี้แจง

นักศึกษาต้องปฏิบัติได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มากกว่า 26 คะแนน

รายการ	น้ำหนัก คะแนน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
1. ล้างมือให้สะอาด, สวมถุงมือ	2			
2. เตรียมของใช้ให้พร้อมยกมาที่เตียงผู้ป่วย				
2.1 กระบอกสำหรับให้อาหาร (asepto syring/ string feed)	1			
2.2 สำลีชุบน้ำต้มสุก หรือ 70% แอลกอฮอล์	1			
2.3 ผ้ารองกันเปื้อน	1			
2.4 ชามรูปไต	1			
2.5 เขยื้อกใส่อาหาร	1			
2.6 แก้วน้ำ	1			
2.7 ผ้าก๊อซสะอาดพร้อมยางรัด	1			
2.8 ยาตามแพทย์สั่ง (กรณียาเม็ดให้บดละลายน้ำ ใส่แก้วยา)	1			
2.9 หูฟัง (stethoscope)	1			
2.10 ถาดสี่เหลี่ยม	1			
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการให้อาหารทางสายยาง	2			
4. จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง	1			
5. ปูผ้ารองกันเปื้อนบริเวณหน้าอก				
6. เปิดฝาจุกและเช็ดปลายสายให้อาหารด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุกหรือ 70% แอลกอฮอล์ ให้สะอาด	1			
7. ทดสอบตำแหน่งของปลายสายยางทั้ง 2 วิธี	1			
7.1 ดูด content ในกระเพาะอาหาร	1			
7.2 ดันลมเข้าไปในกระเพาะอาหารแล้วฟังเสียง	1			
8. ปลดกระบอกให้อาหารโดย clamp ปลายสายไว้เพื่อไม่ให้อากาศเข้า	1			
9. ถอดแกนในของกระบอกให้อาหารออก				
10. ต่อกระบอกให้อาหารส่วนนอกเข้ากับสายให้อาหาร	1			

รายการ	น้ำหนัก คะแนน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	หมายเหตุ
11. เทอาหารลงกระบอกอย่างต่อเนื่อง ยกกระบอกให้สูง 10-12 นิ้ว 12. กรณีมีอาหารหลังอาหาร ให้ยาตามหลังให้อาหาร และให้น้ำตาม 50-100 ซีซี 13. ทำความสะอาดปลายสาย 14. ปิดปลายสายยางด้วยปลอกหรือฝาครอบ และใช้ผ้าก๊อชสะอาดหุ้มปลายสายรัดด้วยยางรัด 15. เก็บผ้าคลุมกันเปื้อนที่หน้าออกออก 16. จัดท่านอนศีรษะสูง ต่ออีกประมาณ 30-60 นาที 17. นำอุปกรณ์ไปล้างทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย 18. ล้างมือให้สะอาด 19. รายงานการให้อาหารทางสายยาง เกี่ยวกับ ชนิดของอาหาร จำนวน เวลาในการให้อาหาร รวมถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะได้รับอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ให้พยาบาลเจ้าของใช้ทราบ				

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
สำหรับนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
หัวข้อ การดูดเสมหะ

การดูดเสมหะ

การดูดเสมหะ หมายถึง การใช้เทคนิควิธีในการดูดสารคัดหลั่ง หรือเลือดออกจากทางเดินหายใจ โดยการใส่สายยางดูดเสมหะที่ต่อเข้ากับเครื่องดูดเสมหะ และใส่สายยางดูดเสมหะผ่านเข้าไปในท่อหลอดลม

วัตถุประสงค์ของการดูดเสมหะ

1. ทำให้ทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดการอุดตัน
2. ป้องกันถุงลมปอดแฟบจากการที่มีเสมหะคั่งค้าง
3. เสริมให้มีการระบายอากาศหายใจ และการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดดีขึ้น
4. ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากการมีเสมหะคั่งค้าง

อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูดเสมหะ

1. สายสำหรับดูดเสมหะขนาด
2. เครื่องดูดเสมหะ
3. ambu bag
4. ถุงมือ sterile
5. ขวดน้ำสำหรับใส่น้ำล้างสายดูดเสมหะ
6. สำลีแอลกอฮอล์

ขั้นตอนการดูดเสมหะ

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย

1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูดเสมหะทุกครั้ง โดยการสังเกตลักษณะการหายใจฟังเสียงหายใจ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ ประเมินความดันโลหิต

1.2 ประเมินความสามารถในการไอ หากผู้ป่วยสามารถไอเอาเสมหะออกเองได้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกด้วยตนเอง

1.3 สังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตในระหว่างการดูดเสมหะ

1.4 ประเมินลักษณะและปริมาณเสมหะ การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน ความดันในกะโหลกศีรษะ (ถ้ามี) ภายหลังการดูดเสมหะ

2. การดูดเสมหะ

2.1 จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสม ตามตำแหน่งของเสมหะที่ฟังได้

2.2 ทำการดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้

2.3 เพื่อป้องกันการอุดตันของท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยควรได้รับการดูดเสมหะอย่างน้อยทุก 8

ชั่วโมง

2.4 ผู้ทำการดูดเสมหะต้องมีทักษะและดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล

2.5 ใช้สายยางที่มีขนาดเหมาะสม คือมีเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกไม่เกิน $\frac{1}{2}$ ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ

2.6 การใส่สายดูดเสมหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจหรือใส่สายดูดเสมหะไปถึงตำแหน่งคาไรนา (carina) จากนั้นถอยสายดูดเสมหะออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ก่อนทำการดูดเสมหะ

2.7 แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 80-120 มิลลิเมตรปรอท

2.8 เพิ่มแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะได้ถึง 200 มิลลิเมตรปรอทถ้าเลือกใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสม

2.9 ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบของการดูดเสมหะ

2.10 ใช้ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที

2.11 ยึดเทคนิคปราศจากเชื้อขณะดูดเสมหะ

2.12 ไม่ทำกิจกรรมที่ทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หรือความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) เพิ่มขึ้น ภายหลังการดูดเสมหะอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกตัว การพลิกตะแคงตัว

2.13 ในรายที่เสมหะเหนียวข้น และอยู่ลึก จัดท่าลำบากควรปรึกษานักกายภาพบำบัดทรวงอก

3. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงและการเพิ่มปริมาตรปอด

3.1 ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (hyperoxygenation) ก่อนการดูดเสมหะ

3.2 ให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 % ก่อนและหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที

3.3 การเพิ่มปริมาตรปอดให้กับผู้ป่วย ต้องใช้น้ำหนักตัวผู้ป่วยเป็นเกณฑ์การคำนวณปริมาตรการหายใจเข้าออกใน 1 ครั้ง (tidal volume)

3.4 ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (hyperoxygenation) ร่วมกับการเพิ่มปริมาตรปอด (hyperinflation) ก่อนดูดเสมหะ

4. การให้ความชุ่มชื้นในทางเดินหายใจ

4.1 ดูแลให้ความชุ่มชื้นอย่างเพียงพอเพื่อไม่ให้เสมหะแห้งหรือ เหนียวข้น โดยการให้สารน้ำที่พอเพียงแก่ร่างกาย และให้ความชื้นผ่านทางเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม

4.2 ไม่หยอดน้ำเกลือนอร์มัล (0.9% โซเดียมคลอไรด์)

5. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้และทักษะปฏิบัติแก่พยาบาล

5.1 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

5.1.1 ผู้ป่วยหรือญาติรับทราบข้อมูลในการดูดเสมหะ ทั้งก่อนดูดเสมหะ ระหว่างดูดเสมหะ และหลังดูดเสมหะ

แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอน (Lab direction)
สำหรับนักศึกษาพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
หัวข้อ เทคนิคการส่งเสริมความต้องการด้านการขับถ่าย

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์การเรียนรู้: เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. ปฏิบัติการบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกายได้ถูกต้อง
2. ปฏิบัติการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกได้ถูกต้อง
3. ปฏิบัติการสวนอุจจาระได้ถูกต้อง
4. ปฏิบัติการถอดสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง

1. วิธีการทวงน้ำปัสสาวะ

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม มีถุงมือสะอาด		
2.	บอกให้ผู้ป่วยทราบ		
3.	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดท่อทางออกสำหรับทั้งน้ำปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70 %		

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
4.	ดันจุกปิดถุงร่งรับน้ำปัสสาวะไปด้านตรงข้าม เพื่อเทปัสสาวะลงในภาชนะร่งรับ 		
5.	เทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ท่อทางออกจะต้องไม่สัมผัสกับภาชนะร่งรับ และภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง		
6.	บันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและออกจากร่างกาย (water intake and water output) จำนวนน้ำที่ได้รับและออกจาก ร่างกายในรอบ 24 ชั่วโมง		

2. วิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกในผู้ป่วยชาย

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	ล้างมือให้สะอาด		
2.	เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้พร้อม และนำไปที่เตียงผู้ป่วย		
3.	แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ		
4.	จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดชิดและปิดตาถ้าผู้ป่วยต้องการ		
5.	สวมถุงมือ		
6.	จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย แยกขาเล็กน้อยแล้วใช้ฝารองซับน้ำสอได้สะดวก และใช้ผ้าคลุมขาและเท้า		

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
7.	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยจับส่วน penis ขึ้น รันหนังหุ้มปลายลง ใช้ forceps คีบสำลิจับน้ำสบู่อัด 7.1.1 ทำความสะอาดบริเวณรอบๆ meatus โดยเช็ดให้เป็นวงกลมไม่ย้อนไปมา เช็ดบริเวณ penis part ลงมา 7.1.2 เช็ดบริเวณ scrotum ด้านบนและด้านล่างให้ทั่ว 7.1.3 เช็ดบริเวณหัวหน่าวและขาหนีบด้านไกลตัว 7.1.4 เช็ดบริเวณหัวหน่าวและขาหนีบด้านใกล้ตัว 7.1.5 กรณีคาสายสวนปัสสาวะ เช็ดสายสวนปัสสาวะตั้งแต่ meatus ลงมาตามสายประมาณ 3-5 นิ้ว		
8.	เมื่อเช็ดด้วยน้ำสบู่อัดแล้ว คีบสำลิจับน้ำสะอาด เช็ด meatus และ penis part แล้ว ดึงหนังหุ้มปลาย penis กลับเข้าที่เดิม หลังจากนั้นเช็ดส่วนที่เหลือให้หมดฟองสบู่ แล้ว คีบสำลีแห้งเช็ดให้แห้ง		
9.	จัดท่านอนให้ผู้ป่วย		
10.	เก็บเครื่องใช้ ถอดถุงมือ ล้างมือ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อย		

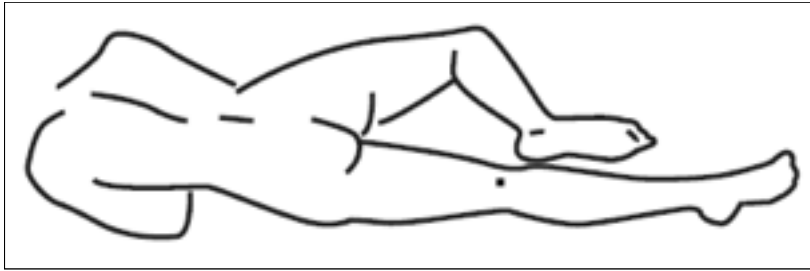
3. วิธีการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกในผู้ป่วยหญิง

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	ล้างมือให้สะอาด		
2.	เตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้พร้อม และนำไปที่เตียงผู้ป่วย		
3.	แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ		
4.	จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดชิดและปิดตาถ้าผู้ป่วยต้องการ		
5.	สวมถุงมือ		
6.	คลุมผ้าห่มบริเวณขาและปลายเท้าให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยยกกันขึ้น พยายามสอดหมอนนอนเข้าใต้ก้นผู้ป่วย เพื่อไม่เปิดเผยผู้ป่วย		
7.	ใช้ปากคีบสำลีสักประมาณ 6 ก้อน ใส่ในเหยือกน้ำ วางขามรูปไตหรือถุงพลาสติกที่เตียง ใกล้หมอนนอน เพื่อทิ้งสำลีที่ใช้แล้วสะดวก		
8.	เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำความสะอาดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเขินอาย		
9.	ค่อยๆ เทน้ำลงบนขาหนีบเล็กน้อยโดยหันปากเหยือกไปทางปลายเท้าผู้ป่วย หลังจากนั้นราดน้ำเบาๆ บนอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวก่อน และน้ำช่วยชะล้างสิ่งคัดหลั่งออก		

10	สวมถุงมือหรือใช้ปากคีบสำลี ดังนี้ . - ก้อนที่ 1 บิดหมาดๆ เช็ดบริเวณหัวเหิน่า - ก้อนที่ 2 เช็ดแคมนอกด้านใกล้ตัว จากด้านบนลงด้านล่างจนถึงทวารหนัก - ก้อนที่ 3 เช็ดแคมนอกด้านใกล้ตัว - ก้อนที่ 4 เช็ดแคมในด้านใกล้ตัว - ก้อนที่ 5 เช็ดแคมในด้านใกล้ตัว		
	- ก้อนที่ 6 เช็ดตรงกลางโดยให้เช็ดจากด้านบนลงด้านล่าง จนถึงทวารหนัก ทั้งสำลี ลงในขามรูปไต/ถุงพลาสติก เพื่อป้องกันจุลินทรีย์จากทวารหนักเข้าสู่ปากช่องคลอด และ รูเปิดทางเดินปัสสาวะ ใช้สำลีแห้งซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้แห้ง ยกหมอนนอน ออกให้ผู้ป่วยนอนตะแคง ซับบริเวณทวารหนัก และก้นให้แห้ง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ เปียกชื้น		
11	เอาผ้าปิดตาออก จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย .		
12	นำเครื่องใช้ไปทำความสะอาด และเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย .		
13	บันทึกอาการและความผิดปกติ .		

4. วิธีการสวนล้างอุจจาระหรือการสวนอุจจาระชนิดสวนปล่อย

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ
1.	อธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจขั้นตอนในการสวนอุจจาระ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัว		
2.	เตรียมเครื่องใช้ใส่ถาดนำไปวางที่โต๊ะพร้อมเตียงของผู้ป่วย		
3.	ปิดประตูหรือกั้นม่าน		
4.	เตรียมหมอนนอนไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยด้านปลายเท้า		
5.	ล้างมือให้สะอาด		
6.	คลุมตัวผู้ป่วยด้วยผ้าห่ม ถอดกางเกงหรือเลื่อนผ้าถุงขึ้น		
7.	ปูผ้ายางผืนเล็ก และผ้ารองก้นใต้สะโพก		

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
8.	จัดผู้ป่วยให้นอนท่าตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ ขาขวางอขึ้น (left Sim's position) เพื่อให้ น้ำยาไหลลงไปตามความโค้งของลำไส้ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) และ เร็คตัม (rectum) เพื่อสามารถเก็บกักน้ำยาไว้ได้ดี สำหรับผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถ ควบคุมขับถ่ายอุจจาระได้ดีเท่าที่ควร ควรจัดให้อยู่ในท่านอนหงายชันเข่า (dorsal recumbent position)  ภาพแสดงท่าตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ ที่มา http://www.moondragon.org/health/disorders/patientpositions.html		
9.	แขวนหม้อสวนสูงจากทวารหนักประมาณ 12-18 นิ้ว ถ้าสูงกว่านี้จะทำให้ผู้ป่วยกลืน อุจจาระไม่ได้		
10.	ต่อหัวสวนหรือสายสวนอุจจาระกับสายยาง แล้วเปิดแคลมป์ให้น้ำยาไหลลงในหม้อ นอนเพื่อไล่อากาศ และปิดแคลมป์ไว้ (ถ้าเป็นชนิดสำเร็จรูป ใน set จะมีหัวสวนแคล มป์ฝาครอบพร้อมทั้งมีสารหล่อลื่นที่ปลายสายสวนไว้แล้ว)		
11.	หล่อลื่นสวนหรือสายสวนอุจจาระด้วย K.Y. jelly ประมาณ 2-3 นิ้ว ในผู้ใหญ่และ 1 นิ้วในเด็ก		
12.	เปิดผ้าบริเวณก้น		
13.	ใส่ถุงมือสะอาด		
14.	ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือของมือข้างที่ไม่ถนัดแยกแถมกันจนเห็นรูทวารหนัก มืออีกข้าง หนึ่งจับหัวสวนบอกให้ผู้ป่วยหายใจออกช้า ๆ ทางปาก เพื่อกลายกล้ามเนื้อหูรูดด้าน นอกของทวารหนักแล้วค่อยๆ สอดหัวสวนเข้าไปในรูทวารหนักอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกัน กล้ามเนื้อหูรูดหดเกร็ง (spasm) และสอดเข้าไปตาม เร็คตัมในทิศทางเดียวกับสะดือ (umbilicus) ของผู้ป่วย ในผู้ใหญ่สอดเข้าไปลึกประมาณ 3-4 นิ้ว ในเด็กลึกประมาณ 2-3 และในวัยทารกลึกประมาณ 1-1.5 นิ้ว จับหัวสวนให้มั่นคงแล้วให้ผู้ป่วยหยุดแบ่ง หายใจเข้า-ออกทางปากช้า ๆ		
15.	หากมีแรงต้านทานสอดไม่ได้อันเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหูรูดด้านในหดเกร็งบอกให้ผู้ป่วย หายใจเข้าออกลึก ๆ และเปิดแคลมป์ให้น้ำยาไหลเข้าไปเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อ หูรูดด้านในคลายตัว หากยังมีแรงต้าน ต้องดึงหัวสวนหรือสายสวนอุจจาระออก และ รายงานหัวหน้าเวรทราบ		

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
16.	เปิดแคลมป์ปล่อยให้น้ำยาไหลเข้าไปช้า ๆ ซึ่งไม่ควรเร็วกว่า 5-10 นาที หากใช้น้ำยาจำนวนมากเช่น 1000 cc อาจใช้เวลา 10-15 นาที ขณะที่น้ำยาไหลเข้ายังไม่หมด ถ้าผู้ป่วยรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ให้ปิดแคลมป์ไว้สักครู่และบอกให้ผู้ป่วยสวดหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนออกช้าๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสามารถรับน้ำยาต่อไปได้อีก เมื่อหายปวดแล้วจึงเปิดแคลมป์ให้น้ำยาไหลเข้าต่อจนเหลือเล็กน้อย เพื่อให้ไม่ให้อากาศเข้าไปในลำไส้ของผู้ป่วย		
17.	ปิดแคลมป์ และดึงหัวสวนออกมาเช็ดด้วยกระดาษชำระ		
18.	ปลดหัวสวนออกและใส่ไว้ในขามรูปไต		
19.	สอดหมอนนอนให้ผู้ป่วยถ่ายบนเตียง ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เมื่อถ่ายเสร็จให้กดกริ่งเรียกถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลียมากหรือไม่ค่อยรู้สึกตัว พยาบาลต้องอยู่กับผู้ป่วยจนกว่าจะถ่ายเสร็จ ถ้าผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ ให้ผู้ป่วยไปถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้		
20.	ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ เตรียมอ่างน้ำ สบู่ ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดเองถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลต้องทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของผู้ป่วยตามวิธี		
21.	นำหมอนนอนออก ใส่กางเกงหรือผ้าถุง จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย		
22.	ล้างมือให้สะอาด		
23.	สังเกตลักษณะและจำนวนของอุจจาระ เวลาที่ขับถ่ายและอาการของผู้ป่วยแล้วบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล ถ้าพบสิ่งผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบด้วย		
สรุปผลการประเมิน (.....) ผ่าน (.....) ไม่ผ่าน			

5. วิธีการสวนเก็บ

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	บอกผู้ป่วยให้ทราบ		
2.	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม นำมาที่เตียงผู้ป่วย		
3.	ล้างมือให้สะอาด		
4.	จัดผู้ป่วยให้นอนท่าตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (Left sim's position)		
5.	ถอดกางเกงหรือเลื่อนผ้าถุงขึ้น		

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
6.	ไล่อากาศออกจากสายสวน ซึ่งต่อกับ toomy syringe โดยใส่น้ำยาใน toomy syringe แล้วเปิดแคลมป์ให้น้ำไหลลงขามรูปไตเล็กน้อย แล้วปิดแคลมป์		
7.	ทาหัวสวนด้วย K.Y. jelly ประมาณ 3-4 นิ้ว		
8.	เปิดผ้าคลุมบริเวณก้น		
9.	ใส่ถุงมือสะอาด		
10.	ใช้นิ้วชี้ และหัวแม่มือของมือข้างที่ไม่ถนัดแยกแถมกัน และบอกให้ผู้ป่วยหายใจออกช้าๆทางปาก เพื่อคลายกล้ามเนื้อหูรูดด้านนอกของทวารหนัก มืออีกข้างจับสายสวนแล้วค่อยๆ สอดปลายหัวสวนเข้ารูทวารหนักลึกประมาณ 3-4 นิ้ว		
11.	ยกกระบอกสูงไม่เกิน 12 นิ้ว จากระดับตัวผู้ป่วย เปิดแคลมป์และปล่อยให้ น้ำยาไหลช้าๆเพื่อให้ผู้ป่วยเก็บน้ำยาไว้ได้		
12.	ถ้าผู้ป่วยปวดท้องขณะที่ทำให้ปิดแคลมป์แล้วใช้มือที่ใส่ถุงมือกดปากทวารหนักไว้สักครู่หนึ่งจนกว่าอาการปวดท้องจะหายไป แล้วปล่อยให้ น้ำยาเข้าต่อไปจนหมด		
13.	จัดผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย เก็บน้ำยาไว้ในลำไส้ให้นานอย่างน้อย 30 นาที		
14.	เก็บเครื่องใช้ไปทำความสะอาด		
15.	บันทึกลงในแผ่นบันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับ วัน เวลา น้ำยาที่ใช้		

6. วิธีการล้างอุจจาระ

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	บอกให้ผู้ป่วยทราบ		
2.	จัดท่าผู้ป่วยให้นอนตะแคงซ้ายกึ่งคว่ำ (left Sim's position) และหันหลังให้พยาบาล		
3.	วางผ้าอย่างไต่กันผู้ป่วย คลุมผ้า (drape) และวางหมอนนอน ไว้ใกล้ตัวก้นปลายเท้าของผู้ป่วย		
4.	ใส่ถุงมือสะอาด และหล่อลื่นที่นิ้วชี้ด้วย K.Y. Jelly		
5.	ค่อยๆ สอดนิ้วชี้เข้าไปตามเรคตัมในทิศทางเดียวกับสะดือ (umbilicus) ของผู้ป่วย		
6.	ใช้ปลายนิ้วชี้เขี่ยก้อนอุจจาระให้เคลื่อนที่ และกดรอบ ๆ ก้อนเพื่อให้ก้อนอุจจาระแตกออกโดยไม่ทำให้ผนังของทวารหนักเป็นอันตราย		

7.	ค่อยๆ ล้วงอุจจาระให้ลงมาส่วนล่างของทวารหนัก และเอาอุจจาระก้อนเล็กๆ ออกให้มากที่สุดที่จะทำได้ ขณะล้วงอุจจาระคอยประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น อาการอ่อนเพลีย หน้าซีด และเหงื่อออกมาก (diaphoresis) ชีพจรเปลี่ยนแปลงหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากเส้นประสาททวารก๊ส (vagal nerve) ถูกกระตุ้นมากเกินไปต้องหยุดทำและรายงานแพทย์		
8.	เมื่อล้วงก้อนอุจจาระออกมาแล้ว ทำความสะอาดบริเวณทวารหนักหรือช่วยสอดหมอนอนให้ผู้ป่วย หรือให้นั่งเก้าอี้สำหรับนั่งถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ (Commode chair) เพราะการล้วงอุจจาระมักทำให้ผู้ป่วยอยากถ่ายอุจจาระได้		

7. วิธีการถอดสายสวนปัสสาวะ

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม มีถุงมือสะอาด กระบอกฉีดยา 10 มิลลิลิตร		
2.	อธิบายเหตุผลก่อนทำการถอดสาย		
3.	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และตรงรูเปิดของท่อปัสสาวะให้สะอาด		
4.	ใส่ถุงมือ ต่อกะบอกฉีดยากับปลายสายสวนปัสสาวะทางหางที่เป็นแถบสี ดึงน้ำกลั่นออกจากลูกโป่งให้หมด ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเจ็บป่วยขณะดึงสายออก บอกให้ผู้ป่วยหายใจเข้ายาวๆ ค่อยๆดึงสายออกอย่างเบามือ ชำระอวัยวะภายนอกอีกครั้ง		
 รูปแสดงการถอดสายสวนปัสสาวะ ที่มา http://www.bcnu.ac.th/e-learning1/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=60			

ข้อ	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
5.	ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเจ็บปวดขณะดึงสายออก บอกผู้ป่วยให้หายใจยาวๆค่อยๆดึงสายสวนปัสสาวะออกอย่างเบามือและชำระอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอีกครั้งหนึ่ง		
6.	บันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะที่อยู่ในถุงรองรับ และเวลาที่ถอดสายสวนปัสสาวะ		