

E-Book
Version

การวางแผนการพยาบาล
ตามหัตถการสำคัญ
ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลพื้นฐาน

(Nursing Care Plan based on Essential Basic Procedures
for Fundamental Nursing Practice)

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก

การวางแผนการพยาบาลตามหัตถการสำคัญ

ที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลพื้นฐาน

**[Nursing Care Plan based on Essential Basic Procedures for
Fundamental Nursing Practice]**

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ISBN : (E-book) 978-616-631-141-9

พิมพ์ครั้งแรก : กุมภาพันธ์ 2569

จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย :

ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ออกแบบและจัดทำรูปเล่ม :

สำนักพิมพ์สานหนังสือ หมู่บ้านราชาดิการ์เดนวิลล์ 189/10 หมู่ 12

ตำบลท่าขอนยาง อำเภอขามเรียง จังหวัดมหาสารคาม 44150

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

ราคาปก 799 บาท

E-book 399 บาท

คำนำ

หนังสือ การวางแผนการพยาบาลตามหัตถการสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลพื้นฐาน เล่มนี้ ถูกสร้างขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือการสอนให้ผู้อ่าน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบความคิดหลักในการดำเนินงานทุกหัตถการ

บ่อยครั้งที่นักศึกษาเรียนรู้กระบวนการพยาบาล (การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล) แยกส่วนออกจากการฝึกปฏิบัติหัตถการหรือการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงในทางคลินิก นักศึกษาอาจปฏิบัติหัตถการหรือมีความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แต่กลับขาดการเชื่อมโยงเชิงตรรกะว่าการทำหัตถการและโรคนั้น ๆ ส่งผลต่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

หนังสือเล่มนี้จะไม่เพียงแต่สอนว่า ‘ต้องทำอะไร’ (how to do) แต่จะเน้นย้ำไปที่ ‘ต้องทำเมื่อใด’ (when to do) ‘ทำเพื่ออะไร’ (why) ‘ผลลัพธ์ที่คาดหวังคืออะไร’ (expected outcome) และ ‘ต้องประเมินผลอย่างไร’ (how to evaluate) เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลนั้น ๆ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โครงสร้างของเนื้อหา หนังสือเล่มนี้ได้รวบรวมหัตถการพื้นฐานที่สำคัญที่สุดไว้ 17 บท โดยแบ่งการนำเสนออย่างเป็นระบบในแต่ละบท ดังนี้

- 1. หลักการของหัตถการ :** ทบทวนวัตถุประสงค์และขั้นตอนทางเทคนิค
- 2. การบูรณาการ :** แสดงแผนภาพการเชื่อมโยงแต่ละขั้นตอนของหัตถการเข้ากับกระบวนการพยาบาล (ADPIE)
- 3. ข้อควรระวัง :** เน้นย้ำประเด็นด้านความปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อ และจริยธรรมที่ต้องระมัดระวังสูงสุด
- 4. กรณีศึกษา :** ยกตัวอย่างกรณีศึกษาจริงที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้อ่านได้ฝึกการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกหัตถการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ทางคลินิกที่หลากหลาย

หนังสือเล่มนี้ จะเป็นคู่มือสำคัญที่จะเปลี่ยนนักศึกษาและพยาบาลจากผู้ปฏิบัติการตามคำสั่ง ให้กลายเป็น **พยาบาลที่ขับเคลื่อนด้วยการคิดวิเคราะห์** ซึ่งพร้อมรับมือกับทุกความท้าทายในโลกของการพยาบาลได้อย่างมั่นคง และปลอดภัย



สารบัญ

หน่วยที่ 1 : ความรู้พื้นฐานของการวางแผนการพยาบาลเชิงบูรณาการ

บทที่ 1 : กระบวนการพยาบาลและภาษาทางการพยาบาล	3
บทที่ 2 : หลักการพื้นฐานของหัตถการทางการพยาบาลที่ปลอดภัย	
หลักสิทธิผู้ป่วย การบันทึก และการรายงาน	25

หน่วยที่ 2 : การบูรณาการการวางแผนการพยาบาลกับหัตถการที่สำคัญด้วยกรณีศึกษา

บทที่ 3 : การวัดและบันทึกสัญญาณชีพ	63
บทที่ 4 : การให้ออกซิเจน	103
บทที่ 5 : การดูแลแผลและการทำแผลปลอดภัย	137
บทที่ 6 : การสวนปัสสาวะและการดูแลสายสวนปัสสาวะ	175
บทที่ 7 : การบริหารยา	201
บทที่ 8 : การให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ	257
บทที่ 9 : การให้อาหารทางสายยางและการดูแล	303
บทที่ 10 : การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น	335
บทที่ 11 : การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและการดูแลผิว	377
บทที่ 12 : การประคบเย็นและประคบร้อน	401
บทที่ 13 : การพยาบาลเพื่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	425
บทที่ 14 : การพยาบาลผู้ป่วยระยะเฝ้าตัด	457
บทที่ 15 : การดูแลผู้ป่วยที่มีท่อและอุปกรณ์ทางการแพทย์	491
บทที่ 16 : การดูดเสมหะ	423
บทที่ 17 : การให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย	549

ดรรชนี	575
---------------	------------





หน่วยที่ 1
ความรู้พื้นฐานของการวางแผน
การพยาบาลเชิงบูรณาการ

บทที่ 1

กระบวนการการพยาบาล และภาษาทางการพยาบาล



แบบทดสอบ

1. ขั้นตอนใดของกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลต้องระบุความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยโดยใช้ภาษามาตรฐาน (NANDA-I)
 - ก. การวินิจฉัย (diagnosis)
 - ข. การปฏิบัติ (implementation)
 - ค. การประเมินผล (evaluation)
 - ง. การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment)
2. การกระทำของพยาบาลที่วัดความดันโลหิตและซักประวัติอาการปวดของผู้ป่วย จัดอยู่ในขั้นตอนใดของกระบวนการพยาบาล
 - ก. การปฏิบัติ (implementation)
 - ข. การวินิจฉัย (diagnosis)
 - ค. การวางแผน (planning)
 - ง. การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment)
3. ข้อใดคือความแตกต่างที่สำคัญที่สุดระหว่าง nursing diagnosis และ medical diagnosis
 - ก. nursing diagnosis ระบุได้โดยพยาบาลเท่านั้น ส่วน medical diagnosis ระบุได้โดยบุคลากรทุกคน
 - ข. medical diagnosis ต้องใช้ NANDA-I ส่วน nursing diagnosis ไม่ต้องใช้
 - ค. nursing diagnosis มุ่งเน้นไปที่การตอบสนองของผู้ป่วยต่อโรค ขณะที่ medical diagnosis มุ่งเน้นไปที่พยาธิสภาพของโรค
 - ง. medical diagnosis เปลี่ยนแปลงได้ nursing diagnosis ไม่เปลี่ยนแปลง
4. การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลควรเป็นไปตามหลักการใด เพื่อให้สามารถวัดผลและประเมินผลได้ชัดเจน
 - ก. หลัก SMART
 - ข. หลัก SOAP
 - ค. หลัก 5 Rights
 - ง. หลัก ADPIE

1. บทนำ

ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ไม่ว่าจะ เป็นนักศึกษาที่กำลังก้าวเข้าสู่โลกของการปฏิบัติงาน หรือพยาบาลจบใหม่ที่ กำลังค้นหาความมั่นคงในทักษะ **หัตถการทางการพยาบาล** คือ ทักษะสำคัญที่ต้องทำได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย แต่การพยาบาลที่แท้จริงนั้นไม่ได้จบลงที่การลงมือทำหัตถการเท่านั้น หากแต่หมายถึงการคิดวิเคราะห์ที่อยู่เบื้องหลัง ทุกการกระทำ หนังสือเล่มนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบความคิดหลักในการดำเนินงานทุกหัตถการจำเป็นที่ สำคัญ เพื่อเป็นพื้นฐานให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์

1.1 คำศัพท์เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลที่พบบ่อย

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการอย่างเป็นระบบที่ใช้ในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก (เรียกโดยย่อว่า ADPIE)

ตารางที่ 1.1 คำศัพท์ตามกระบวนการพยาบาล

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
Assessment	การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ขั้นตอนแรกของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งข้อมูลอัตวิสัย (subjective data) และข้อมูลวัตถุวิสัย (objective data)
Diagnosis	การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	การสรุปผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลประเมิน เพื่อระบุปัญหาที่แท้จริงหรือ ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (actual or potential health problems) โดยใช้ คำศัพท์ที่เป็นมาตรฐานของ NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International)
Planning	การวางแผนการ พยาบาล	การกำหนด เป้าหมาย (goals) และ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected outcomes) ที่สามารถวัดผลได้ โดยต้องสอดคล้องกับปัญหาที่วินิจฉัยไว้
Implementation	การปฏิบัติการ พยาบาล	การนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติจริง รวมถึงการทำ กิจกรรมการพยาบาล (nursing interventions) ต่าง ๆ
Evaluation	การประเมินผล	การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ เพื่อตัดสินใจว่า แผนการพยาบาลประสบความสำเร็จหรือไม่ หรือควรมีการปรับเปลี่ยน อย่างไรก็ตาม (continuing, modifying, or terminating the plan)
Subjective Data	ข้อมูลอัตวิสัย	ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย (เช่น อาการปวด คลื่นไส้ รู้สึกเหนื่อย)
Objective Data	ข้อมูลวัตถุวิสัย	ข้อมูลที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ (เช่น สัญญาณชีพ ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ สีผิว การเคลื่อนไหว)

8 III การวางแผนการพยาบาลตามหัตถการสำคัญที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลพื้นฐาน

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
Nursing Care Plan (NCP)	แผนการพยาบาล	แผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สรุปขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 1.2 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาษาทางการพยาบาลและข้อมูลผู้ป่วย

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
Vital Signs (VS)	สัญญาณชีพ	ประกอบด้วย อุณหภูมิ (temperature) ชีพจร (pulse/heart rate) อัตราการหายใจ (respiratory rate) และ ความดันโลหิต (blood pressure/BP)
Charting	การบันทึกทางการพยาบาล	การบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในเวชระเบียน (chart)
Admission	การรับผู้ป่วยใหม่	กระบวนการรับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาล (admit คือ การรับเข้า)
Discharge	การจำหน่ายผู้ป่วย	กระบวนการเตรียมผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พร้อมคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน (discharge planning)
Stat/ASAP	ทันที/ด่วนที่สุด	คำสั่งที่ระบุให้ทำกิจกรรมหรือให้ยาโดยเร่งด่วน
PRN (pro re nata)	เมื่อจำเป็น	คำสั่งที่ระบุให้ทำกิจกรรมหรือให้ยาเมื่อผู้ป่วยต้องการหรือมีอาการ
I/O (Intake/Output)	ปริมาณน้ำเข้า/ออก	การบันทึกปริมาณของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับ (ทางปาก หรือ IV) และขับออก (ปัสสาวะ อาเจียน)
Code Blue	รหัสสีน้ำเงิน	สัญญาณฉุกเฉินทางการแพทย์ มักหมายถึงภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ต้องทำ CPR (cardiopulmonary resuscitation - การกู้ชีพ)
A&E/ER	ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (emergency department หรือ ER) หมายถึงแผนกในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บสาหัสจากอุบัติเหตุ โรคหัวใจวาย หรือโรคหลอดเลือดสมอง
ICU	หอผู้ป่วยวิกฤต	หอผู้ป่วยหนักหรือหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit) เป็นหน่วยพิเศษในโรงพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก สาหัส หรือวิกฤต ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง
OPD	แผนกผู้ป่วยนอก	แผนกผู้ป่วยนอก (out-patient department) เป็นส่วนงานในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยซึ่ง ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษา ตรวจวินิจฉัย รักษา และจ่ายยาเสร็จแล้ว ก็สามารถกลับบ้านได้เลย โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
IPD	แผนกผู้ป่วยใน	แผนกผู้ป่วยใน (in-patient department) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป เพื่อให้แพทย์ได้สังเกตอาการและดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าอาการจะดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้

2. กระบวนการพยาบาล

บ่อยครั้งที่นักศึกษาเรียนรู้ กระบวนการพยาบาล (การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล) แยกส่วนออกจากการฝึกปฏิบัติหัตถการหรือการดูแลผู้ป่วย ทำให้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงในทางคลินิก นักศึกษาและพยาบาลอาจปฏิบัติหัตถการหรือมีความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แต่กลับขาดการเชื่อมโยงเชิงตรรกะว่าการทำหัตถการและโรคนั้น ๆ ส่งผลต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

การทบทวนกระบวนการพยาบาลและการใช้ภาษาทางการพยาบาลถือเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารในทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (nursing process: NP) เป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบและมีพลวัตที่พยาบาลใช้ในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเป็นองค์รวม เป็นระบบและมีเหตุผลในการให้การดูแลที่ได้มาตรฐาน โดยเน้นที่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ซึ่งเป็นวงจรที่ต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพของผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญ ที่ใช้ในการตัดสินใจและวางแผนการปฏิบัติหัตถการต่าง ๆ ดังนี้(1)

2.1.1 ขั้นตอนที่ 1 : การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

- **หลักการ :** การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลอัตวิสัย (subjective data) เช่น ผู้ป่วยรู้สึกหายใจลำบากหรือไม่ และข้อมูลวัตถุวิสัย (objective data) เช่น สัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) และปฏิกิริยาต่อหัตถการ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของการทำหัตถการ บริเวณที่ทำ สภาพผิวหนังบริเวณที่ทำ เพื่อระบุความต้องการและความผิดปกติของผู้ป่วย

ข้อมูลอัตวิสัย

ข้อมูลอัตวิสัย หมายถึง **ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่า** หรือเป็นประสบการณ์และความรู้สึกส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลไม่สามารถวัด ตรวจสอบ หรือสังเกตเห็นได้โดยตรง ข้อมูลประเภทนี้เรียกอีกอย่างว่า **อาการ (symptoms)**

รายละเอียด

1. **แหล่งข้อมูล** : ได้มาจากการซักประวัติ (health history) และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล
2. **ลักษณะ** : เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative) ที่สะท้อนมุมมอง ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
3. **ความสำคัญ** : ช่วยให้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ความรุนแรงของปัญหาในมุมมองของผู้ป่วย และให้ข้อมูลเชิงลึกที่จำเป็นต่อการวางแผนการดูแลแบบองค์รวม

ตัวอย่างข้อมูลอัตวิสัย

- **ความปวด** : ‘ฉันปวดท้องมาก ปวดเหมือนมีอะไรมาบิด’ (ระดับความปวด 8/10)
- **อาการอื่น ๆ** : ‘ฉันรู้สึกคลื่นไส้’ ‘ฉันรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย’ ‘ฉันนอนไม่หลับมา 3 คืนแล้ว’
- **ประวัติ** : ‘ฉันเป็นภูมิแพ้เกสรดอกไม้’ ‘เมื่อ 2 ปีที่แล้วฉันเคยผ่าตัดไส้ติ่ง’

ข้อมูลวัตถุวิสัย

ข้อมูลวัตถุวิสัย หมายถึง **ข้อมูลที่สามารถวัด สังเกต ตรวจสอบ และบันทึกได้โดยตรง** โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเหมือนกันไม่ว่าจะเก็บโดยใคร ข้อมูลประเภทนี้เรียกอีกอย่างว่า **อาการแสดง (signs)**

รายละเอียด

1. **แหล่งข้อมูล** : ได้มาจากการตรวจร่างกาย (physical examination) การวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab results) และผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ
2. **ลักษณะ** : เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative) และเชิงคุณภาพที่สามารถใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า (การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การดมกลิ่น) ในการประเมินและยืนยัน
3. **ความสำคัญ** : ใช้เป็นหลักฐานที่เป็นรูปธรรมเพื่อยืนยันปัญหาที่ผู้ป่วยแจ้งมา (subjective) หรือค้นพบปัญหาที่ไม่ถูกรายงาน และใช้เป็นค่าพื้นฐานในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการและผลการรักษา

ตัวอย่างข้อมูลวัตถุประสงค์

- **สัญญาณชีพ** : อุณหภูมิ 38.5°C ความดันโลหิต 150/92 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที
- **ผลการตรวจร่างกาย** : พบรอยแดง (erythema) และบวม (edema) ที่ขาซ้าย มีเสียงปอดผิดปกติ (wheezing)
- **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** : ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) 250 mg/dL ผล X-ray พบกระดูกซี่โครงหัก (fractured rib)
- **พฤติกรรมที่สังเกตได้** : ผู้ป่วยจับท้องแน่นขณะหายใจ มีสีหน้าซีดเผือด เตะนเซ

ตารางที่ 1.3 ตัวอย่างการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

กรณีศึกษา	ข้อมูลอัตวิสัย	ข้อมูลวัตถุประสงค์
1. ผู้ป่วยโรคหืดกำเริบ	ผู้ป่วยบอกว่า ‘หายใจลำบากมาก หายใจไม่ออก’ (dyspnea) และรู้สึกเหมือนมีเสียงดังในหน้าอก	<p>สัญญาณชีพ : อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที (tachypnea) SpO₂ 88%</p> <p>การตรวจปอด : ได้ยินเสียง หืด (wheezing) ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ</p>
2. ผู้ป่วยไข้สูง	ผู้ป่วยบอกว่า ‘รู้สึกหนาวสั่นมาก’ (chills) ‘ปวดหัว’ และ ‘ปวดเมื่อยตามตัว’ (body aches)	<p>สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 39.8°C (มีไข้) อัตราการเต้นของหัวใจ 105 ครั้ง/นาที</p> <p>การสังเกต : ผิวหนังแดงและร้อน ผู้ป่วยสั่นอย่างเห็นได้ชัด ริมฝีปากแห้ง</p>
3. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ขา	ผู้ป่วยบอกว่า ‘ปวดขาขวามาก’ (ระดับความปวด 9/10) ‘ขยับขาไม่ได้เลย’	<p>การสังเกต : ขาขวาบวมผิดรูป (deformity) มีรอยช้ำขนาดใหญ่ (ecchymosis)</p> <p>การสัมผัส : คลำได้ชีพจรเท้าเบา (weak pulse) ขาเย็นกว่าอีกข้าง</p> <p>ผล X-ray : พบกระดูกหน้าแข้งหักแบบเปิด</p>

- **การเชื่อมโยงกับเหตุการณ์หรืออาการ** : ขั้นตอนนี้กำหนด **ความจำเป็น** ในการทำเหตุการณ์ เช่น การวัดสัญญาณชีพพบว่าอุณหภูมิ 39°C นำไปสู่ความจำเป็นในการทำเหตุการณ์เช็ดตัวลดไข้ หรือการประเมินแผลพบหนองนำไปสู่การทำแผลแบบปลอดเชื้อ
- **ตัวอย่าง** : พยาบาลประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด : ฟังปอดได้ยินเสียงเสมหะมาก (objective) ผู้ป่วยบ่นหายใจลำบาก (subjective) → นำไปสู่การวางแผน ทำเหตุการณ์ดูดเสมหะ

2.1.2 ขั้นตอนที่ 2 : การวินิจฉัยทางการพยาบาล

- **หลักการ :** การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการระบุปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น โดยปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถให้การดูแลและแก้ไขได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการทำหัตถการ (procedures) หรือการรักษาพยาบาลต่าง ๆ การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมักมุ่งเน้นไปที่ **ความเสี่ยงหลัก (risks) ภาวะแทรกซ้อน (complications) และ ปฏิกริยาของผู้ป่วย (patient responses)** ต่อหัตถการนั้น ๆ ที่พยาบาลต้องให้การดูแล (เรียงลำดับตามความสำคัญ) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ และตีความข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อระบุปัญหาสุขภาพที่สามารถแก้ไขได้โดยการพยาบาล
- **รูปแบบ :** ใช้รูปแบบ P-E-S (problem-etiology-signs/symptoms) หรือตามข้อกำหนดของ NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association - International)

รายละเอียดการวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการทำหัตถการ

การทำหัตถการ ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ การผ่าตัด หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดที่ต้องมีการวินิจฉัยทางการพยาบาล

องค์ประกอบของการวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยหลัง/ระหว่างทำหัตถการ มักประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก (PES format) ได้แก่

1. **P (problem/diagnosis) :** ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
2. **E (etiology/related factors) :** สาเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหานั้น (มักเป็นตัวหัตถการหรือผลกระทบจากหัตถการ)
3. **S (signs and symptoms/defining characteristics) :** อาการและอาการแสดงที่ชัดเจน (ใช้ในกรณีที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง)

การวินิจฉัยการพยาบาลจากกลุ่มปัญหาที่เกิดจากการทำหัตถการ

การวินิจฉัยการพยาบาลจากกลุ่มปัญหาที่เกิดจากการทำหัตถการมุ่งเน้นไปที่การเฝ้าระวังและดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกหรือจากตัวหัตถการเอง และการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ฟื้นตัวได้ดี เช่น

1. **ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน (risk for complications) :** เช่น การติดเชื้อ การตกเลือด
2. **ความปวด (pain) :** ปวดบริเวณที่ทำหัตถการ
3. **ความกังวล/กลัว (anxiety/fear) :** ความรู้สึกที่เกิดจากการรอคอยหรือระหว่างทำหัตถการ

4. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะ (altered body function) : ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจทางเดินปัสสาวะ หรือการเคลื่อนไหว

ตารางที่ 1.4 ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการแพทย์จากการทำหัตถการ

ลำดับ	หัตถการ	การวินิจฉัยทางการแพทย์	เหตุผล/แนวทางการพยาบาล
1	การใส่สายสวนปัสสาวะ (indwelling catheterization)	เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (risk for urinary tract infection) เกี่ยวข้องกับการมีสิ่งแปลกปลอม (สายสวน) เข้าสู่ร่างกาย	สายสวนเป็นทางผ่านให้เชื้อโรคเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้ การพยาบาลเน้นการดูแลสายสวนให้ปราศจากเชื้อ และการดูแลสุขอนามัยบริเวณอวัยวะเพศ
2	การผ่าตัดช่องท้อง (abdominal surgery)	ปวดเฉียบพลัน (acute pain) เกี่ยวข้องกับการทำลายของเนื้อเยื่อจากขั้นตอนการผ่าตัด	เป็นปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บจากการผ่าตัด การพยาบาลเน้นการประเมินความปวด การให้ยาแก้ปวด และการใช้เทคนิคผ่อนคลายความปวดอื่นๆ
3	การตรวจสวนหัวใจ (cardiac catheterization)	เสี่ยงต่อการมีเลือดออก (risk for bleeding) เกี่ยวข้องกับภาวะสารกันเลือดแข็ง และแผลบริเวณที่เจาะหลอดเลือด (femoral/radial site)	ผู้ป่วยมักได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือสารกันเลือดแข็ง และมีการเจาะหลอดเลือดขนาดใหญ่ การพยาบาลเน้นการเฝ้าระวังการกดห้ามเลือด และการสังเกตอาการแสดงของการตกเลือด

การวินิจฉัยทางการแพทย์นำไปสู่การทำหัตถการ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่นำไปสู่การทำหัตถการ มักเป็นข้อวินิจฉัยที่บ่งชี้ถึงปัญหาจริงหรือความเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน หรือเพื่อสนับสนุนการรักษาทางการแพทย์ที่ต้องมีการเจาะหรือใส่เครื่องมือเข้าสู่ร่างกาย เช่น การวินิจฉัย ‘ภาวะแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง (impaired gas exchange)’ นำไปสู่การปฏิบัติหัตถการให้ออกซิเจน

ตารางที่ 1.5 การวินิจฉัยด้านการหายใจและการไหลเวียนโลหิต

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	คำอธิบายที่นำไปสู่หัตถการ	ตัวอย่างหัตถการที่เกี่ยวข้อง
ทางเดินหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Airway Clearance)	มีเสมหะหรือสิ่งกีดขวางในทางเดินหายใจ มากจนผู้ป่วยไม่สามารถไอขับออกมาได้เอง หรือมีภาวะอุดกั้นที่คอหอย/กล่องเสียง	การดูดเสมหะ (suctioning) การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) การเจาะคอ (tracheostomy)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	คำอธิบายที่นำไปสู่หัตถการ	ตัวอย่างหัตถการที่เกี่ยวข้อง
เสี่ยงต่อการสำลัก (Risk for Aspiration)	ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) หรือไม่รู้สึกตัว และเสี่ยงต่อการสำลัก อาหาร น้ำ หรือน้ำลายเข้าสู่ปอด	การให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube insertion - NGT) หรือ gastrostomy tube (GT)
ภาวะหัวใจส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง (Decreased Cardiac Output)	ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะช็อก ต้องมีการวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVP) อย่างแม่นยำเพื่อประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย	การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous catheter insertion - CVC)
เนื้อเยื่อส่วนปลายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Ineffective Peripheral Tissue Perfusion)	ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำรุนแรง หรือช็อก ที่ต้องให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ในปริมาณมากอย่างรวดเร็ว	การเปิดเส้นเลือดดำขนาดใหญ่ (large bore IV cannulation)

ตารางที่ 1.6 การวินิจฉัยด้านการขับถ่ายและโภชนาการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	คำอธิบายที่นำไปสู่หัตถการ	ตัวอย่างหัตถการที่เกี่ยวข้อง
ปัสสาวะคั่ง (Urinary Retention)	ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ทำให้กระเพาะปัสสาวะขยายตัว มีอาการปวดหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการบาดเจ็บของไต	การสวนปัสสาวะ (urinary catheterization - foley's catheter) เพื่อระบายปัสสาวะ
ภาวะขาดสารน้ำ (Deficient Fluid Volume)	ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำรุนแรงจากอาเจียน ท้องเสีย หรือเสียเลือด ต้องการการชดเชยสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเร่งด่วน	การแทงเข็มให้น้ำเกลือ/เปิดเส้น (peripheral IV cannulation)
ภาวะโภชนาการน้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ (Imbalanced Nutrition: Less than Body Requirements)	ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้อย่างเพียงพอเป็นระยะเวลานาน ต้องได้รับอาหารและสารอาหารโดยตรงเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร	การให้อาหารทางสายยาง (nasogastric tube insertion - NGT)

ตารางที่ 1.7 การวินิจฉัยด้านความปลอดภัยและความสมบูรณ์ของผิวหนัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	คำอธิบายที่นำไปสู่หัตถการ	ตัวอย่างหัตถการที่เกี่ยวข้อง
ผิวหนังไม่ต่อเนื่อง/บาดแผล (Impaired Skin Integrity)	ผู้ป่วยมีบาดแผลขนาดใหญ่ บาดแผลผ่าตัด หรือแผลกดทับที่มีเนื้อตายและจำเป็นต้องทำความสะอาดอย่างล้ำลึก	การทำความสะอาดและตกแต่งแผล (wound dressing and debridement) การตัดเนื้อตาย
เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Risk for Infection)	มีการติดเชื้อเฉพาะที่ (เช่น ฟิว) ที่ทำให้เกิดหนองสะสมและต้องระบายออกเพื่อลดการติดเชื้อและบรรเทาอาการปวด	การเจาะระบายหนอง (incision and drainage - I&D)

โดยสรุป การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นการระบุปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น โดยปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถให้การดูแลและแก้ไขได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการทำหัตถการ หรือการรักษาพยาบาลต่าง ๆ การวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมักมุ่งเน้นไปที่ **ภาวะแทรกซ้อน** และ **ปฏิกิริยาของผู้ป่วย** ต่อหัตถการนั้น ๆ

เมื่อการวินิจฉัยทางการแพทย์บ่งชี้ว่าปัญหาของผู้ป่วยนั้นต้องการการแก้ไขที่ต้องใช้วิธีการบุกรุก เช่น การใส่อุปกรณ์ หรือการเจาะผิวหนัง พยาบาลจะมีบทบาทในการเป็นผู้ดำเนินการหัตถการนั้น (ตามขอบเขตวิชาชีพ) หรือเป็นผู้ช่วยแพทย์ และที่สำคัญที่สุดคือ การพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลการฟื้นตัวของผู้ป่วย

2.1.3 ขั้นตอนที่ 3 : การวางแผนการพยาบาล

- **หลักการ :** การวางแผนการพยาบาล (planning) เป็นการกำหนดเป้าหมาย (goals) ชัดเจน วัดผลได้ และผลลัพธ์ที่คาดหวัง (outcomes) ที่เป็นไปตามหลัก SMART (specific, measurable, achievable, relevant, time-bound) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (interventions) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการป้องกันการติดเชื้อและการดูแล
- **การเชื่อมโยงกับหัตถการ :** การวางแผนคือการระบุ 'จะทำหัตถการใด เมื่อไหร่ และอย่างไร' เพื่อบรรลุเป้าหมาย
- **ตัวอย่าง :**
 - เป้าหมาย (NOC) : ผู้ป่วยมีระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) >95% ภายใน 30 นาที
 - กิจกรรม (NIC) : ให้ออกซิเจนทางสาย nasal cannula ในอัตรา 3 ลิตร/นาที

2.1.4 ขั้นตอนที่ 4 : การปฏิบัติการพยาบาล

- **หลักการ :** การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ โดยเน้นความระมัดระวังเป็นพิเศษ รวมถึงการทำหัตถการตามมาตรฐาน (standard operating procedure : SOP) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ใช้เทคนิคที่ถูกต้อง (เช่น เทคนิคปราศจากเชื้อ) ความแม่นยำในการดูแล และมีการบันทึกการปฏิบัติอย่างละเอียด
- **การเชื่อมโยงกับหัตถการ :** ขั้นตอนที่ทำหัตถการถูก ดำเนินการ อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยต้องมีการเตรียมความพร้อมและเฝ้าระวังตลอดกระบวนการ

2.1.5 ขั้นตอนที่ 5 : การประเมินผล

- **หลักการ :** การประเมินผล (evaluation) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินว่าการปฏิบัติหัตถการนั้นบรรลุผลหรือไม่ และจะดำเนินการตามแผนต่อไป หรือจำเป็นต้องมีการปรับแผนหรือยกเลิกแผน
- **การเชื่อมโยงกับหัตถการ :** การประเมินผลคือการ ตรวจสอบประสิทธิผลของหัตถการ เช่น หลังให้ O₂ แล้ว SpO₂ เพิ่มขึ้นหรือไม่ หลังทำแผล แผลมีอาการดีขึ้นหรือแย่ลง

ตารางที่ 1.8 สรุปขั้นตอนและรายละเอียดของกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอน	รายละเอียด	วัตถุประสงค์หลัก
1. การประเมินภาวะสุขภาพ	การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผู้ป่วย ทั้งข้อมูล อัดวิสัย (subjective data : สิ่งที่ผู้ป่วยบอก) และข้อมูลวัตถุวิสัย (objective data : สิ่งที่สังเกต/วัดได้) เพื่อระบุปัญหาและความต้องการที่แท้จริง	ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวินิจฉัย
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ เพื่อระบุปัญหาทางสุขภาพที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างอิสระ (เน้นที่การตอบสนองของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพ) โดยใช้ภาษาทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เช่น NANDA-I	ระบุปัญหาทางคลินิกที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล	การกำหนดเป้าหมาย (goals) หรือผลลัพธ์ (outcomes) ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (เน้นที่ผู้ป่วย) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (nursing interventions) ที่เฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับปัญหา และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ	กำหนดทิศทางการดูแลเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ
4. การปฏิบัติการพยาบาล	การนำกิจกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติจริง รวมถึงการบันทึกกิจกรรมและการตอบสนองของผู้ป่วย	ดำเนินการตามแผนเพื่อให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย
5. การประเมินผล การพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ (อาจประเมินเป็นผลลัพธ์ต่อเนื่อง เช่น NOC) หากไม่บรรลุเป้าหมาย ต้องทบทวนกระบวนการทั้งหมดเพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล	ตรวจสอบประสิทธิภาพของการดูแลและนำไปสู่การปรับปรุง

2.2 แนวคิดการบูรณาการแผนการพยาบาลกับหัตถการพื้นฐาน (integrated nursing care & procedure model)

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาล (nursing intervention) ที่ผสมผสานหัตถการพื้นฐานทางการพยาบาลนั้น มุ่งเน้นการใช้ กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีระบบ ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

2.2.1. ยึดหลักกระบวนการพยาบาล

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดหลักตามกระบวนการพยาบาล (adherence to the nursing process) ดังนี้

- การประเมินภาวะสุขภาพ
 - รวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุม ทั้งข้อมูลอัตวิสัยและข้อมูลวัตถุวิสัย รวมถึงการประเมินความสามารถและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับหัตถการพื้นฐาน (เช่น การเคลื่อนไหว ความสะอาด การรับประทานอาหาร การขับถ่าย)
 - ประเมินความพร้อมและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการใด ๆ
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล
 - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการ (เช่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการทำหัตถการ พร่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ปวดเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับหัตถการ)

ตารางที่ 1.9 การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัย

องค์ประกอบ	คำอธิบาย/เป้าหมาย	ตัวอย่างผลลัพธ์
A. การรวบรวมข้อมูล	ประเมินข้อมูลอัตวิสัย และวัตถุวิสัย เพื่อระบุความต้องการ/ปัญหาของผู้ป่วย	ผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำจากการอาเจียน มีแผลกดทับที่ระดับ 2
B. การวินิจฉัยการพยาบาล	ระบุปัญหาที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้ โดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ประเมิน	ภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ (deficient fluid volume) เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนัง (risk for infection)

● การวางแผนการพยาบาล

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด โดยพยาบาลจะกำหนดผลลัพธ์และเลือกวิธีการพยาบาล (interventions) ซึ่งวิธีการเหล่านี้เองจะถูกนำไปจับคู่กับ **หัตถการพื้นฐาน (essential procedures)** ประกอบด้วย

- กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected outcomes) ที่ชัดเจนและวัดผลได้
- เลือกกิจกรรมการพยาบาล (nursing interventions) ที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงการเลือกใช้หัตถการพื้นฐานทางการพยาบาล โดยพิจารณาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) และสอดคล้องกับวินิจัยการพยาบาล
- ลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1.10 การวางแผนและการบูรณาการ

องค์ประกอบ	คำอธิบาย/เป้าหมาย	การบูรณาการกับหัตถการ
C. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กำหนดเป้าหมายที่วัดผลได้ (SMART goal) ภายในกรอบเวลาที่กำหนด	ภายใน 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะแสดงอาการของภาวะสารน้ำสมดุล (เช่น ปัสสาวะออกปกติ ผิวหนังชุ่มชื้น)
D. การกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาล	เขียนกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุผลลัพธ์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย 2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. ทำความสะอาดแผลตามหลัก aseptic technique

● การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการจะเกิดขึ้นเมื่อวิธีการพยาบาล (intervention) ถูกแปลเป็นการดำเนินการทางกายภาพ (physical procedures) ประกอบด้วย

- ปฏิบัติหัตถการพื้นฐานด้วยความถูกต้องตามมาตรฐาน (standard procedure) และหลักการปราศจากเชื้อ (aseptic technique) หรือเทคนิคสะอาด (clean technique) ที่เหมาะสม
- บูรณาการทักษะหัตถการเข้ากับการสื่อสาร การให้กำลังใจ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
- ประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยในระหว่างและหลังการทำหัตถการ

ตารางที่ 1.11 การปฏิบัติการและการใช้หัตถการ

การปฏิบัติการพยาบาล	หัตถการพื้นฐานที่จำเป็น
ติดตามและบันทึกปริมาณสารน้ำ	การวัดและการบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs monitoring) การบันทึกสารน้ำเข้าออก (intake/output: (I/O)
ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	การเตรียมและบริหารสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid administration) การดูแลสายน้ำเกลือ
ทำความสะอาดและดูแลแผล	การทำทำความสะอาดแผลและปิดแผลที่ปราศจากเชื้อ (sterile wound dressing)
การช่วยดูแลเรื่องขับถ่าย	การใส่สายสวนปัสสาวะ/การสวนอุจจาระ (catheterization/enema)
การให้อาหารทางสายยาง	การใส่และดูแลสายให้อาหาร (NG tube insertion and feeding)

● การประเมินผล

- ประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่
- ประเมินประสิทธิภาพของหัตถการที่ใช้ และปรับแผนการพยาบาลตามความเหมาะสม

ตารางที่ 1.12 การประเมินผลและการปรับปรุงแผน

องค์ประกอบ	คำอธิบาย/เป้าหมาย	ตัวอย่างผลลัพธ์
E. การประเมินผล	เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ในขั้นตอนที่ 2	สารน้ำในร่างกายของผู้ป่วยยังไม่สมดุลตามเป้าหมาย
F. การปรับปรุง	หากผลลัพธ์ไม่บรรลุเป้าหมาย กระบวนการทั้งหมด (ขั้นตอนที่ 1-4) จะถูกทบทวนและปรับปรุง	เพิ่มความถี่ของการให้สารน้ำ/เปลี่ยนชนิดของหัตถการดูแลแผล

2.2.2. การพยาบาลแบบองค์รวม

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care) กล่าวคือ

- พิจารณาผู้ป่วยในทุกมิติ : ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในระหว่างการทำหัตถการ
- การทำหัตถการพื้นฐานไม่ได้เป็นเพียงการทำตามขั้นตอน แต่ต้องทำด้วยความใส่ใจต่อความรู้สึก ความสบาย และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (เช่น การจัดทำที่สบาย การขออนุญาต การรักษาความเป็นส่วนตัว)

2.2.3. การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) กล่าวคือ

- ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและหัตถการ
- ปรับวิธีการทำหัตถการให้สอดคล้องกับความต้องการ ค่านิยม วัฒนธรรม และความสามารถเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2.4. ความปลอดภัยและการป้องกันความเสี่ยง

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดความปลอดภัยและป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วย (safety and risk prevention) กล่าวคือ

- ปฏิบัติหัตถการพื้นฐานด้วยความรอบคอบ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ และการบาดเจ็บ (เช่น การตรวจสอบสิทธิผู้ป่วย 5R's การล้างมือ การใช้เครื่องมือที่สะอาด)
- มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.2.5. หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice – EBP) กล่าวคือ

- เลือกและปฏิบัติหัตถการพื้นฐานโดยอิงจากแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice guidelines) และผลการวิจัยทางการแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่สุด

2.2.6. การสื่อสารและการประสานงาน (communication and collaboration)

หลักการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลยึดการสื่อสารและการประสานงาน (communication and collaboration) กล่าวคือ

- บันทึกกิจกรรมการพยาบาลและผลการทำหัตถการอย่างครบถ้วนและทันเวลา
- สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพอื่น ๆ และผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน

ตารางที่ 1.13 ตัวอย่างที่ 1 การบูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการฉีดยา

ขั้นตอน	การดำเนินการ	ภาษาทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (SNL)
1. การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ผู้ป่วยปฏิเสธการฉีดยาเพราะกลัวเข็มและไม่ทราบ วัตถุประสงค์ของการฉีด	ข้อมูล : ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวล และขาดความรู้
2. การวินิจฉัย	ภาวะวิตกกังวลเฉียบพลัน (anxiety) เกี่ยวข้องกับการขาด ความรู้เกี่ยวกับหัตถการและกระบวนการฉีดยา	NANDA-I : วิตกกังวล (anxiety)
3. การวางแผน	เป้าหมายคือผู้ป่วยแสดงความกังวลลดลงและรับทราบ ขั้นตอนการฉีดยาได้อย่างถูกต้อง	NOC : ควบคุมภาวะวิตกกังวล (anxiety control)
4. การปฏิบัติ	การบูรณาการหัตถการ : ให้ข้อมูลอย่างละเอียด จัด สภาพแวดล้อมให้สงบ ดำเนินการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (IM injection) อย่างถูกวิธีและรวดเร็ว	NIC : ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ขั้นตอนของหัตถการ วิธีการลดความ วิตกกังวล การฉีดยา (IM)
5. การประเมินผล	ผู้ป่วยกล่าวว่า ‘รู้สึกดีขึ้นมากหลังจากที่พยาบาลอธิบาย และฉีดยาได้เร็ว’ ไม่พบรอยช้ำหรือปวดหลังฉีด	ผลลัพธ์ : การควบคุมภาวะวิตกกังวล บรรลุเป้าหมาย : ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนของหัตถการ

ตารางที่ 1.14 ตัวอย่างที่ 2 การบูรณาการการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระบวนการ พยาบาล	การดำเนินการ	ภาษาทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (SNL)
การประเมินภาวะ สุขภาพ	ข้อมูลอัตวิสัย (S) : ผู้ป่วยรายงานว่า ‘ปวดแผล ผ่าตัดมากจนขยับไม่ได้’ ให้คะแนนความปวด 8/10 ข้อมูลวัตถุวิสัย (O) : อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีสีหน้าเจ็บปวด เกาๆ บริเวณแผล	อาการอัตวิสัย : ระดับความปวด 8/10 (ใช้ VAS/NRS) อาการแสดง : หัวใจเต้นเร็ว อาการปวดเกร็ง
การวินิจฉัย	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุสาเหตุและความรุนแรง ของปัญหาความปวด	NANDA-I : ปวดเฉียบพลัน (acute pain) เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากขั้นตอนการผ่าตัด
การวางแผน	กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับการจัดการความ ปวด	NOC : ระดับความปวด (pain level) เป้าหมาย : ระดับความปวดลดลง $\leq 3/10$ ภายใน 30 นาทีหลังได้รับยาแก้ปวด
การปฏิบัติ	ลงมือปฏิบัติตามแผนการจัดการความปวด	NIC : การจัดการความปวด (pain management) ปฏิบัติการ : 1. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา (opioid analgesic)

กระบวนการพยาบาล	การดำเนินการ	ภาษาทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (SNL)
		2. สอนการกดประคองแผลขณะไอหรือขยับ 3. ใช้เทคนิค การเบี่ยงเบนความสนใจ
การประเมินผล	ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวด	ข้อมูล : ผู้ป่วยรายงานความปวด 3/10 อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที สรุปผล : บรรลุผลลัพธ์

สรุปการบูรณาการ

แผนการพยาบาล ทำหน้าที่เป็น **พิมพ์เขียว (blueprint)** ที่กำหนดว่า

1. **ต้องทำอะไร (intervention)** เพื่อแก้ปัญหา
2. **หัตถการใด (procedure)** เป็นวิธีการทางเทคนิคในการทำให้ Intervention นั้นประสบผลสำเร็จ
3. **โรคนั้นมีอาการที่สำคัญอะไรบ้าง**

หลักการสำคัญ : การบูรณาการนี้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลพื้นฐานเน้นที่ **การประเมินองค์รวม** และ **การจัดการการดูแลพื้นฐาน (basic care)** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นหลัก

การบูรณาการที่สมบูรณ์ทำให้มั่นใจได้ว่า **ทุกหัตถการที่ทำ (หัตถการ)** มีความสัมพันธ์โดยตรงและมีเหตุผลสนับสนุนจาก **แผนการพยาบาล** เพื่อมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วย

การทบทวนกระบวนการพยาบาล ในบริบทของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล คือ การตรวจสอบว่าการปฏิบัติการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนเป็นไปอย่าง **ครบถ้วน ชัดเจน เป็นไปตามมาตรฐาน** และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยหรือไม่ การทบทวนนี้ยังเป็นหลักฐานสำคัญทางกฎหมายและเป็นเครื่องมือในการสอนและประเมินสมรรถนะของพยาบาลด้วย

3. ภาษาทางการพยาบาล

ภาษาทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน (standardized nursing language : SNL) หมายถึง ระบบคำศัพท์เฉพาะที่ได้รับการรับรองและมีโครงสร้างชัดเจนสำหรับใช้ในการระบุการวินิจฉัย การปฏิบัติการ และผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและสามารถเปรียบเทียบข้อมูลทางการพยาบาลได้

ระบบภาษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากล ได้แก่ (2)

1. **NANDA international (NANDA-I) :** ใช้สำหรับ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เป็นการระบุปัญหาที่พยาบาลสามารถให้การดูแลได้

2. Nursing outcomes classification (NOC) : ใช้สำหรับ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcomes) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับกิจกรรมการพยาบาล
3. Nursing interventions classification (NIC) : ใช้สำหรับ กิจกรรมการพยาบาล (nursing interventions) เป็นการระบุการปฏิบัติของพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1 หลักการใช้ภาษาทางการพยาบาลในการบันทึก

หลักการใช้ภาษาทางการพยาบาลในการบันทึกประกอบด้วย

- การวินิจฉัย (nursing diagnosis) : ควรใช้รูปแบบที่ชัดเจนและหลีกเลี่ยงการใช้คำที่อาจนำไปสู่ปัญหาทางกฎหมาย (เช่น ไม่ใช่ 'มีสาเหตุจาก/ due to') แต่มักใช้คำว่า 'เกี่ยวข้องกับหรือสัมพันธ์กับ/ related to' เช่น ไม่สุขสบาย : ปวดเกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
- การบันทึก : ต้องบันทึกตามข้อเท็จจริง (fact) ที่ได้จากการสังเกต ไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัว (opinion) และต้องครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน (A-D-P-I-E) หรือรูปแบบการบันทึกอื่น ๆ ที่ใช้ในองค์กร เช่น focus charting (F-A-I : focus - assessment - intervention)

การใช้ SNL ช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถสื่อสารและบันทึกข้อมูลการดูแลได้อย่างเป็นสากล ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และช่วยในการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

4. สรุป

การทบทวนกระบวนการพยาบาลและการใช้ภาษาทางการพยาบาล เป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติงานพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ การใช้กระบวนการพยาบาลและภาษาที่ได้มาตรฐานเหล่านี้ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย และสามารถพิสูจน์ได้ตามหลักฐานทางวิชาการ (evidence-based practice) ส่วนชุดคำศัพท์ที่เป็นที่รู้จักและนิยมใช้ เช่น NANDA-I (สำหรับการวินิจฉัย) NOC (สำหรับผลลัพธ์) และ NIC (สำหรับกิจกรรมการพยาบาล)

เฉลยแบบทดสอบพร้อมคำอธิบาย

1. **เคล็ดลับ** : คำตอบเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมและตั้งชื่อปัญหา คำตอบที่ถูกต้องคือ ก. การวินิจฉัย (diagnosis) เพราะเป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน (assessment) มาวิเคราะห์และระบุปัญหาของผู้ป่วยในรูปแบบของ การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยใช้ภาษามาตรฐานอย่าง NANDA-I เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลต่อไป
- ข. การปฏิบัติ (implementation) : ขั้นตอนนี้คือการลงมือทำกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ไม่ใช่การระบุปัญหา
- ค. การประเมินผล (evaluation) : ขั้นตอนนี้คือการประเมินว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่

ง. การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment) : ขั้นตอนนี้คือการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและแหล่งข้อมูลอื่นๆ ซึ่งเป็น ข้อมูลนำเข้า ก่อนจะนำไปสู่ขั้นตอนการวินิจฉัย

2. **เคล็ดลับ** : นี่คือนขั้นตอนแรกสุดของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นรากฐานของการดูแลทั้งหมด ซึ่งการกระทำของพยาบาลที่วัดความดันโลหิตและซักประวัติอาการปวดของผู้ป่วย จัดอยู่ใน **ขั้นตอน ง. การประเมินภาวะสุขภาพ (assessment)** ของกระบวนการพยาบาล

การวินิจฉัย (diagnosis) : เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหาหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย

การวางแผน (planning) : เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ระบุได้

การปฏิบัติ (implementation) : เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติจริง

3. **เคล็ดลับ** คิดถึงขอบเขตการปฏิบัติงาน : สิ่งที่ยาบาลสามารถ ‘รักษา’ หรือ ‘จัดการ’ ได้เทียบกับสิ่งที่แพทย์ ‘วินิจฉัย’ เพื่อรักษาโรค **ข้อ ค.** เป็นความแตกต่างที่สำคัญที่สุด คือ nursing diagnosis มุ่งเน้นไปที่การตอบสนองของผู้ป่วยต่อโรค ในขณะที่ medical diagnosis มุ่งเน้นไปที่พยาธิสภาพของโรค

nursing diagnosis : ระบุถึงความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ โดยพิจารณาจากการตอบสนองของผู้ป่วยต่อปัญหานั้นๆ เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล หรือภาวะที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้

medical diagnosis : ระบุชื่อของโรคหรือพยาธิสภาพที่แพทย์วินิจฉัย เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ หรือมะเร็ง

4. **เคล็ดลับ** : หลักการนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายในการจัดการโครงการและใช้ได้ดีกับการกำหนดเป้าหมายที่ต้องวัดผลได้ การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลควรเป็นไปตาม **หลักการ ก.** หลัก SMART เพื่อให้สามารถวัดผลและประเมินผลได้อย่างชัดเจน หลักการ SMART ย่อมาจาก specific (เฉพาะเจาะจง ไม่คลุมเครือ) measurable (วัดผลและประเมินความก้าวหน้าได้) achievable (บรรลุได้จริง ทำได้จริง ไม่ใช่แค่ความฝัน) relevant (เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราต้องการและสอดคล้องกับสถานการณ์) และ time-bound (มีกรอบเวลาที่ชัดเจนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย) ซึ่งช่วยให้เป้าหมายที่ตั้งไว้มีความชัดเจนและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลได้ง่ายขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Penelope AH, editor. fundamental nursing skills. London ; Philadelphia: Whurr; 2004.
2. Timby BK. Fundamental nursing skills and concepts. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.

บทที่ 2

หลักการพื้นฐานของหัตถการทางการแพทย์
พยาบาลที่ปลอดภัย หลักสิทธิผู้ป่วย
การบันทึกและการรายงาน



แบบทดสอบ

- ก่อนเริ่มหัตถการใด ๆ พยาบาลควรทำสิ่งใดเป็นอันดับแรกตามหลักความปลอดภัย
ก. ล้างมือตามหลัก 7 ขั้นตอน
ข. อธิบายขั้นตอนให้ผู้ป่วยทราบเพื่อขอความยินยอม
ค. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาและยืนยันตัวตนผู้ป่วย 2 ทาง
ง. สวมถุงมือและเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม
- หลักการใดที่สำคัญที่สุดที่ต้องใช้ในการทำหัตถการที่มีการเปิดผิวเผยผิวเนื้อผู้ป่วย เช่น การทำแผลผ่าตัด หรือการสวนปัสสาวะ
ก. หลักการ body mechanics (กลไกของร่างกาย)
ข. หลักการ universal precautions (มาตรการป้องกันสากล)
ค. หลักการ surgical asepsis (เทคนิคปลอดเชื้อ)
ง. หลักการ medical asepsis (เทคนิคสะอาด)
- การบันทึกหัตถการที่ถูกต้อง ควรบันทึกรายละเอียดใดเป็นหลัก เพื่อใช้ในการประเมินผลต่อเนือง
ก. บันทึกเฉพาะชื่อหัตถการและชื่อพยาบาลผู้ปฏิบัติ
ข. บันทึกเวลาที่ทำ วิธีการที่ใช้ และการตอบสนองของผู้ป่วยหลังทำหัตถการ
ค. บันทึกเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการ
ง. บันทึกเฉพาะวัสดุที่ใช้ในการทำหัตถการเท่านั้น
- หากพยาบาลพบว่าใบสั่งยาไม่ชัดเจน หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของยา ควรปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและความปลอดภัยตามข้อใด
ก. ดำเนินการให้ยาตามที่เขียนไว้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้า
ข. ปรีกษาพยาบาลคนอื่นในวอร์ดและดำเนินการตามที่ตกลงกัน
ค. ติดต่อและสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์ผู้สั่งยาโดยตรงเพื่อยืนยันคำสั่ง
ง. ระวังการให้นั้นและบันทึกไว้ในบันทึกทางการพยาบาลเท่านั้น

1. บทนำ

หลักการพื้นฐานของหัตถการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัย (safety in nursing procedures) และการบันทึกและรายงาน (documentation and reporting) เป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย

บทนี้จะเน้นย้ำถึงกรอบการปฏิบัติที่รับประกันความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในบริบทของการทำหัตถการ การทำความเข้าใจและยึดมั่นในหลักการเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.1 คำศัพท์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำศัพท์ที่พบบ่อยและมีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ **หลักการพื้นฐานของหัตถการทางการแพทย์ที่ปลอดภัย** โดยจะเน้นไปที่การควบคุมการติดเชื้อ (infection control) และความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุด คำศัพท์ที่พบบ่อยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย การควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อดังตารางที่ 2.1 และ 2.2

ตารางที่ 2.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
IPSG	เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล	International patient safety goals (JCI) ซึ่งเน้นการปฏิบัติที่สำคัญ เช่น การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง ความปลอดภัยในการให้ยา และการป้องกันการติดเชื้อ
Patient identification	การระบุตัวผู้ป่วย	ขั้นตอนการยืนยันตัวตนผู้ป่วยอย่างน้อย 2 วิธี ก่อนทำหัตถการ ให้ยา หรือให้การรักษาใด ๆ เพื่อป้องกันการทำผิดคน
The 5 rights	หลัก 5 ประการ (ในการให้ยา)	หลักการพื้นฐานเพื่อความปลอดภัยในการให้ยา ได้แก่ ถูกคน (right patient) ถูกยา (right drug) ถูกขนาด (right dose) ถูกเวลา (right time) และ ถูกทาง (right route)
Fall risk	ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	การประเมินและการใช้มาตรการป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในโรงพยาบาล (เช่น การยกราวกันเตียง การติดตั้งปุ่มเรียกพยาบาล)
Informed consent	การยินยอมรับการรักษา	การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับหัตถการ/การรักษา และการได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนเริ่มทำหัตถการที่รุกรานร่างกาย

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
Time-out	การหยุดชั่วขณะ	การหยุดกิจกรรมทั้งหมดก่อนเริ่มหัตถการที่รูกำลังร่างกาย หรือการผ่าตัด เพื่อทบทวนและยืนยันซ้ำว่า ถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ (correct-patient, correct-site, correct-procedure)
Sharps	ของมีคม	อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นของมีคม เช่น เข็มฉีดยา (syringe) ใบมีด (scalpel) ซึ่งต้องมีการกำจัดอย่างปลอดภัย (safe disposal)

ตารางที่ 2.2 คำศัพท์เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

คำศัพท์ (ภาษาอังกฤษ)	คำศัพท์ (ภาษาไทย)	ความหมาย/รายละเอียดที่เกี่ยวข้อง
Hand hygiene	การล้างมือ/สุขอนามัยของมือ	การปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการล้างด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (alcohol-based hand rub: ABHR)
Standard precautions	ข้อควรระวังมาตรฐาน	การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อขั้นต่ำสุดที่ใช้กับผู้ป่วยทุกคน ทุกสถานการณ์ เช่น การล้างมือ การสวมถุงมือ เมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง
Aseptic technique	หลักการปราศจากเชื้อ	วิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเชื้อจุลินทรีย์เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยระหว่างการทำหัตถการที่รูกำลังร่างกาย เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ การทำแผลที่ต้องอาศัยเทคนิคไร้เชื้อ
PPE	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	personal protective equipment เช่น ถุงมือ (gloves) หน้ากาก (mask) ชุดคลุม (gown) และ แว่นตาป้องกัน (goggles)
Sterilization	การทำให้ปราศจากเชื้อ	กระบวนการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมถึงสปอร์ของเชื้อด้วยวิธีการทางกายภาพหรือเคมี เพื่อให้อุปกรณ์สามารถนำไปใช้ในหัตถการที่รูกำลังร่างกายได้
Disinfection	การทำลายเชื้อ	กระบวนการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ส่วนใหญ่บนพื้นผิวหรืออุปกรณ์ แต่ไม่จำเป็นต้องทำลายสปอร์ของเชื้อ
Antiseptic	น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนัง	สารเคมีที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนัง (intact and non-intact skin) เพื่อลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ก่อนการทำหัตถการ
Contamination	การปนเปื้อน	ภาวะที่วัตถุหรือพื้นผิวสัมผัสกับเชื้อจุลินทรีย์หรือสารอันตราย ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ในบริเวณปลอดเชื้อได้
HCAI	การติดเชื้อในสถานพยาบาล	healthcare-associated infection หรือ HAI (hospital acquired infection) การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่ได้รับการทางการแพทย์

1.2 หลักการพื้นฐานของหัตถการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยและปลอดภัย

หลักการสำคัญที่สุดในการทำหัตถการ (procedures) คือ การป้องกันการบาดเจ็บ การติดเชื้อ และความผิดพลาด โดยเน้นไปที่ผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติ(1)

1.2.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วย

หลักการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ที่เกี่ยวข้องกับหัตถการ ดังตารางที่ 2.3 ตารางที่ 2.3 หลักการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

หลักการ	รายละเอียด	เหตุผล
การระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง (patient identification)	ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล และเลขประจำตัวผู้ป่วย (หรือข้อมูลยืนยันตัวตนอื่น ๆ ที่สำคัญ) อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ ก่อนทำหัตถการทุกครั้ง	เพื่อป้องกันการทำหัตถการผิดคน (wrong patient error) ซึ่งเป็นความผิดพลาดร้ายแรงที่สุด
การให้ข้อมูลและได้รับความยินยอม (informed Consent)	อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และทางเลือกอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ ก่อนได้รับลายลักษณ์อักษรแสดงความยินยอม	เพื่อเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา
เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique)	ปฏิบัติตามดูแลที่เกี่ยวกับส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ (เช่น การใส่สายสวน การทำแผลผ่าตัด) ด้วยอุปกรณ์ที่ปลอดเชื้อและปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด	เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ (healthcare-associated infections: HAIs) เช่น central line-associated bloodstream infection: CLABSI และ catheter-associated urinary tract infections: CAUTI
การจัดท่าที่เหมาะสม (proper positioning)	จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับหัตถการที่ทำ คำนึงถึงกลไกการเคลื่อนไหวของร่างกาย (body mechanics) และใช้อุปกรณ์ช่วยยกเมื่อจำเป็น	เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับ (pressure injury) หรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ/กระดูก (musculoskeletal injury) ทั้งในผู้ป่วยและพยาบาล
การใช้ยาอย่างปลอดภัย (medication safety)	ปฏิบัติตามหลัก 5 Right (right patient, right drug, right dose, right route, right time) และเพิ่ม right documentation (บันทึกถูกต้อง) right reason (ให้ยาถูกเหตุผล) right response (ประเมินการตอบสนอง)	เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการให้ยา และให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและติดตามผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำ

1.2.2 ความปลอดภัยของบุคลากร

หลักการเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร (staff safety) ที่เกี่ยวข้องกับหัตถการ ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 หลักการเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร

หลักการ	รายละเอียด	เหตุผล
การล้างมือ (hand hygiene)	ล้างมือตามหลัก 5 moments for hand hygiene ด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์เจล อย่างเคร่งครัด	เป็นมาตรการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพที่สุด ในการป้องกันการติดเชื้อข้ามคน (cross-contamination)
การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)	สวมถุงมือ หน้ากาก เสื้อคลุม และอุปกรณ์ป้องกันดวงตา เมื่อมีโอกาสสัมผัสกับเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย	เพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ตัวพยาบาล และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากพยาบาลไปยังผู้ป่วยรายอื่น
กลไกการเคลื่อนไหวของร่างกาย (body mechanics)	ใช้กล้ามเนื้อขาในการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ยืนในท่าที่มั่นคง และหลีกเลี่ยงการบิดตัวขณะยกของหนัก	เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของพยาบาลเอง โดยเฉพาะบริเวณหลัง (low back injury)

1.3 หลักการที่สำคัญเพื่อความปลอดภัยและการปลอดภัย

การควบคุมการติดเชื้อเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยี่ยมเยียน แนวทางปฏิบัติพื้นฐานที่พยาบาลทุกคนควรยึดถือและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดคือ **standard precautions** (มาตรการป้องกันการติดเชื้อมาตรฐาน) ซึ่งใช้กับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยโรครวมถึง **transmission-based precautions** (มาตรการป้องกันตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ) ที่ใช้เพิ่มเติมเมื่อสงสัยหรือทราบว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อเฉพาะอย่าง หัตถการทางการพยาบาลที่ปลอดภัยยึดหลักการสำคัญเพื่อปกป้องทั้งผู้ป่วยและบุคลากร โดยสามารถสรุปได้เป็น 5 หลักการหลัก ดังนี้

1.3.1 หลักความปลอดภัยและความถูกต้อง

หลักการนี้รับประกันว่าหัตถการจะดำเนินการกับผู้ป่วยที่ถูกต้อง ถูกขั้นตอน และถูกเวลา (accuracy and patient safety) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

การระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง (patient identification)

- ต้องตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล และ เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) อย่างน้อย 2 จุด ก่อนเริ่มหัตถการทุกครั้ง (เช่น ตรวจสอบจากป้ายข้อมือ ถามผู้ป่วย และแผนการรักษา) เพื่อป้องกันการทำหัตถการผิดคน

การตรวจสอบคำสั่งการรักษา (verification of order)

- ทบทวนคำสั่งของแพทย์หรือแผนการพยาบาลเพื่อให้แน่ใจว่าหัตถการนั้น ถูกต้องตามข้อบ่งชี้ และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยปัจจุบัน

การเตรียมพร้อมของสภาพแวดล้อม (environmental readiness)

- จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและอยู่ในสภาพใช้งานได้ดี จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม และปรับระดับเตียงให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ (ergonomics) เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงานของพยาบาล

1.3.2 หลักการปลอดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ

หลักการปลอดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (aseptic technique and infection control) เป็นหัวใจสำคัญของการทำหัตถการที่ปลอดภัย การเลือกระหว่างเทคนิคที่ปราศจากเชื้อและเทคนิคสะอาดขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของการติดเชื้อในแต่ละหัตถการ

สุขอนามัยของมือ (hand hygiene) : รากฐานของความปลอดภัย

การล้างมือเป็นมาตรการสำคัญที่สุด ต้องล้างมือให้ถูกต้องตามหลัก 5 moments for hand hygiene ขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ ก่อนสัมผัสผู้ป่วย ก่อนทำหัตถการปลอดเชื้อ หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง/ของเหลวในร่างกาย หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย และการใช้แอลกอฮอล์เจล : ข้อดีและข้อจำกัด

การล้างมือของพยาบาลตามหลักองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือที่เรียกว่า ‘5 moments for hand hygiene’ และเทคนิคการล้างมือ (handwashing technique) เป็นมาตรการพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล

5 จังหวะสำคัญในการล้างมือ (the 5 moments for hand hygiene)

หลักการ 5 moments ของ WHO เน้นย้ำว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรรู้ว่าเมื่อใดที่ต้องล้างมือหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อของผู้ป่วยและบุคลากร

ตารางที่ 2.5 จังหวะสำคัญในการล้างมือ

ลำดับ	จังหวะ	จุดประสงค์
1.	ก่อนสัมผัสผู้ป่วย (before patient contact)	ป้องกันการนำเชื้อโรคจากภายนอกหรือจากตัวบุคลากรไปสู่ผู้ป่วย
2.	ก่อนทำหัตถการปราศจากเชื้อ (before aseptic procedure)	ป้องกันไม่ให้เชื้อโรคจากมือบุคลากรเข้าไปในร่างกายผู้ป่วย ระหว่างทำหัตถการเสี่ยง (เช่น การใส่สายสวน, การดูแลแผล)
3.	หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง/สิ่งของที่เปื้อน (after body fluid exposure risk)	ป้องกันบุคลากรจากการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบริเวณที่มีเชื้อไปยังสิ่งแวดล้อมอื่น
4.	หลังสัมผัสผู้ป่วย (after patient contact)	กำจัดเชื้อโรคที่อาจได้รับจากผู้ป่วยออกไปก่อนสัมผัสสิ่งแวดล้อมภายนอก
5.	หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (after contact with patient surroundings)	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยไปยังผู้ป่วยรายอื่น หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก

เทคนิคการล้างมือที่ถูกต้อง (hand washing technique)

การล้างมือให้มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาที่เหมาะสมและมีขั้นตอนที่ครอบคลุมทุกส่วนของมือ โดยใช้เวลาในการถูมือทั้งหมด 20–30 วินาที สำหรับการใช้อัลกอฮอล์เจล และ 40–60 วินาที สำหรับการล้างด้วยสบู่และน้ำ

ขั้นตอนการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ (40–60 วินาที)

1. เปียกและชโลม : เปิดน้ำ ชโลมมือด้วยน้ำและใช้สบู่ในปริมาณที่พอเหมาะ
2. ฝ่ามือถูฝ่ามือ : ถูฝ่ามือเข้าหากัน
3. หลังมือสลับข้าง : ถูหลังมือข้างหนึ่งด้วยฝ่ามืออีกข้าง โดยถูซอกนิ้ว
4. ฝ่ามือถูฝ่ามือ (ประกบนิ้ว) : ถูฝ่ามือเข้าหากัน โดยถูตามซอกนิ้ว
5. หลังนิ้วถูฝ่ามือ (กำมือ) : ใช้หลังนิ้วมือข้างหนึ่งถูฝ่ามืออีกข้างในลักษณะกำมือและถูไปมา
6. ถูหัวแม่มือสลับข้าง : ถูรอบหัวแม่มือข้างหนึ่งด้วยฝ่ามืออีกข้าง
7. ถูปลายนิ้ว : ถูปลายนิ้วมือข้างหนึ่งด้วยฝ่ามืออีกข้าง โดยวนเป็นวงกลม
8. ล้างและเช็ด : ล้างมือด้วยน้ำสะอาดจนหมดสบู่ และเช็ดให้แห้งด้วยกระดาษเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง (หรือใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาด)



ภาพที่ 2.1 แสดงขั้นตอนการล้างมือ(2)

สรุป การยึดหลัก 5 จังหวะในการล้างมือของ WHO ไม่ได้เป็นเพียงการปฏิบัติตามระเบียบ แต่เป็น **ความรับผิดชอบต่อจริยธรรม** ที่พยาบาลต้องมีต่อผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections - HAIs) ซึ่งเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญที่สุด

การใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE)

การใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- ประเภทและการเลือกใช้ : ถุงมือ หน้ากาก เสื้อคลุม (gown) และแว่นตาป้องกัน (goggles) ให้เหมาะสมกับความเสี่ยงของหัตถการ
- ลำดับการสวมใส่ (donning) และถอด (doffing) ที่ถูกต้อง

ตารางที่ 2.6 การสวมใส่ PPE ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย

อุปกรณ์	เมื่อใดที่ต้องสวมใส่	ข้อควรปฏิบัติ
ถุงมือ (gloves)	เมื่อคาดว่าจะสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง, เยื่อหุ้ม หรือผิวหนังที่ไม่สมบูรณ์ของผู้ป่วย	เปลี่ยนถุงมือ ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการดูแลผู้ป่วยหนึ่งราย และ ล้างมือ ทันทีหลังถอดถุงมือ
เสื้อคลุม (gowns)	เมื่อคาดว่าเสื้อผ้าจะเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งระหว่างทำหัตถการ	ถอดทั้งทันทีที่ออกจากบริเวณดูแลผู้ป่วย และ ล้างมือ
หน้ากากอนามัย/ผ้าปิดปากปิดจมูก และแว่นตา/face shield	เมื่อคาดว่าอาจมีการกระเด็นของเลือดหรือสารคัดหลั่งเข้าตา จมูก หรือปาก	สวมใส่ก่อนเข้าถึงตัวผู้ป่วย และถอดออกทันทีหลังเสร็จสิ้นการดูแล

ลำดับขั้นตอนการใส่เครื่องป้องกันส่วนบุคคล (donning sequence)

ขั้นตอนการใส่เครื่องป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) ของพยาบาลเรียกว่า ‘doffing’ และต้องทำตามลำดับที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด เพื่อให้มั่นใจว่าร่างกายได้รับการปกป้องจากเชื้อโรคและป้องกันการปนเปื้อน

การใส่ PPE จะเริ่มจากส่วนที่ปกป้องลำตัว และจบลงด้วยส่วนที่สัมผัสกับมือ ซึ่งเป็นจุดที่สำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อ ขั้นตอนเหล่านี้เป็นไปตามคำแนะนำมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC)

1. ล้างมือ (hand hygiene)

- เริ่มจากการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล ตามหลัก 5 จังหวะการล้างมือเพื่อให้มือสะอาดก่อนสัมผัส PPE

2. สวมชุดป้องกัน (gown/coverall)

- หยิบชุดป้องกัน (เสื้อคลุมแขนยาว/ชุด coverall) สวมใส่ให้คลุมลำตัวทั้งหมดตั้งแต่คอถึงเข่า และคลุมแขนจนถึงข้อมือ
- มัด : ผูกเชือกหรือติดกระดุมให้แน่น โดยเฉพาะบริเวณคอและเอว เพื่อให้ชุดปิดสนิท

3. สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากาก N95 (mask/respirator)

- หน้ากาก N95 (หากจำเป็น) : วางหน้ากากบนใบหน้า ให้คลุมตั้งแต่สันจมูกถึงใต้คาง
 - คล้องสายรัดด้านล่างที่ท้ายทอย และสายรัดด้านบนที่กลางศีรษะ
 - ทดสอบความกระชับ (seal check) : หายใจออกแรง ๆ เพื่อตรวจสอบว่ามีอากาศรั่วไหลออกมาหรือไม่
- หน้ากากอนามัย : สวมให้ปิดจมูกและปาก หนีบแถบโลหะบริเวณสันจมูกให้แน่น

4. สวมแว่นตา/อุปกรณ์ป้องกันใบหน้า (eye/face protection)

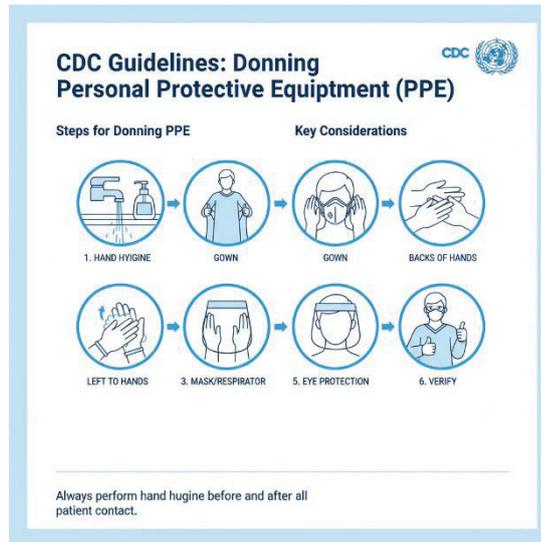
- สวมแว่นตานิรภัย (goggles) หรือ face shield เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งเข้าสู่ดวงตาและใบหน้า
- สำคัญ : แว่นตาต้องทับอยู่ด้านนอกของหน้ากาก

5. สวมถุงมือ (gloves)

- สวมถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง
- ดึงข้อมือ : ดึงถุงมือให้คลุมปลายแขนเสื้อของชุดป้องกันให้สนิท เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวหนังบริเวณข้อมือสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมโดยตรง

การตรวจสอบขั้นสุดท้าย

- ตรวจสอบความสมบูรณ์ของ PPE ว่ามีการคลุมร่างกายอย่างมิดชิด ไม่มีช่องว่างที่ผิวหนังอาจสัมผัสกับภายนอกได้



ภาพที่ 2.2 แสดงขั้นตอนการสวมใส่ PPE(2)

การทำตามลำดับที่ถูกต้องนี้จะช่วยให้มั่นใจได้ว่า PPE ถูกติดตั้งอย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมสำหรับการทำงานกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อ

เทคนิคปราศจากเชื้อและเทคนิคสะอาด

- **เทคนิคปลอดเชื้อ (sterile technique) :** การทำให้พื้นที่ทำหัตถการปราศจากจุลชีพโดยสมบูรณ์ (เช่น การสวนปัสสาวะคา การทำแผลผ่าตัดปิดใหม่)
- **เทคนิคสะอาด (clean/modified aseptic technique) :** การลดจำนวนจุลชีพอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น การใส่สายให้อาหารทางจมูก การดูแลความสะอาดช่องปาก)

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้

- **หัตถการ :** การใส่สายสวนปัสสาวะคา (indwelling catheterization)
- **หลักการความปลอดภัย :** ต้องใช้ sterile technique (เทคนิคปลอดเชื้อ) เพราะเป็นการนำวัสดุเข้าสู่ช่องทางเดินปัสสาวะโดยตรง ซึ่งเป็นช่องทางปลอดเชื้อตามธรรมชาติ (sterile area) ดังนั้นต้องใช้ถุงมือปลอดเชื้อและอุปกรณ์ทุกชิ้นที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว

ความปลอดภัยในการฉีดยาและการจัดการของมีคม (safe injection practices and sharps management)

ความปลอดภัยในการฉีดยาและการจัดการของมีคม ประกอบด้วย

- การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาใหม่ สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และไม่ใช่ซ้ำแม้แต่กับผู้ป่วยคนเดิม
- การใช้ยาที่อยู่ใน vial หรือ ampule สำหรับใช้ครั้งเดียว
- ห้ามคลุมปลอกเข็มด้วยมือ หลังการใช้งาน (no recapping) ให้ทิ้งเข็มทันทีใน ภาชนะสำหรับทิ้งของมีคมที่ได้มาตรฐาน



ภาพที่ 2.3 การทิ้งเข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว

การจัดการอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย (patient-care equipment)

การจัดการอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย (เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หรือ stethoscope)
- อุปกรณ์ที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้ ต้องได้รับการทำความสะอาด/ทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อ อย่างเหมาะสม

การจัดการสิ่งแวดล้อมและผ้าปูที่นอน (environmental and linen management)

การจัดการสิ่งแวดล้อมและผ้าปูที่นอน ประกอบด้วย

- ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อยในบริเวณดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- จัดการผ้าปูที่นอนที่ใช้แล้วด้วยความระมัดระวัง ไม่สะบัด ผ้าเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในอากาศ และใส่ในถุงที่กำหนด

1.3.3 มาตรการป้องกันตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ

มาตรการป้องกันตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ (transmission-based precautions) ใช้เพิ่มเติมจาก standard precautions เมื่อทราบหรือสงสัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่แพร่กระจายได้ง่าย เช่น เชื้อดื้อยา วัณโรค หรือ ไข้หวัดใหญ่ โดยมี 3 ประเภทหลัก

มาตรการป้องกันการสัมผัส (contact precautions)

มาตรการป้องกันการสัมผัสใช้สำหรับเชื้อที่แพร่ผ่านการสัมผัสโดยตรง (มีอนุภาค) หรือทางอ้อม (อุปกรณ์/พื้นผิวปนเปื้อน)

- ตัวอย่างเชื้อ : VRE, MRSA, *C. difficile*
- ข้อปฏิบัติเพิ่มเติม
 - ห้องแยก : จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก หรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีเชื้อชนิดเดียวกัน
 - PPE : สวม เสื้อคลุม และ ถุงมือ ก่อนเข้าห้องผู้ป่วย และถอดทิ้งก่อนออกจากห้อง
 - จำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้อง

มาตรการป้องกันละอองฝอย (droplet precautions)

มาตรการป้องกันละอองฝอยใช้สำหรับเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอยขนาดใหญ่ที่เกิดจากการไอ จาม หรือพูด ซึ่งเดินทางได้ในระยะใกล้ (ประมาณ 3 ฟุต)

- ตัวอย่างเชื้อ : ไข้หวัดใหญ่ (influenza) คางทูม (mumps) ไอกรน (pertussis)
- ข้อปฏิบัติเพิ่มเติม :
 - ห้องแยก : จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก
 - PPE : สวม หน้ากากอนามัย (surgical mask) เมื่อเข้าไปในระยะ 3 ฟุตจากผู้ป่วย
 - ให้ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยเมื่อต้องออกจากห้อง

มาตรการป้องกันทางอากาศ (airborne precautions)

มาตรการป้องกันทางอากาศใช้สำหรับเชื้อที่แพร่ผ่านอนุภาคขนาดเล็กในอากาศ ซึ่งสามารถลอยอยู่ในอากาศ และแพร่เชื้อได้ในระยะทางไกล

- ตัวอย่างเชื้อ : วัณโรค (TB) หัด (measles) อีสุกอีใส (varicella)
- ข้อปฏิบัติเพิ่มเติม
 - ห้องแยก : ต้องเป็น ห้องแยกความดันลบ (negative pressure room)

- PPE : บุคลากรต้องสวม หน้ากากกรองอนุภาค (เช่น N95 respirator) ก่อนเข้าห้องผู้ป่วย และถอดออกหลังออกจากห้อง
- จำกัดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้อง และถ้าจำเป็นต้องใส่หน้ากากอนามัยให้ผู้ป่วย

1.4 หลักสิทธิผู้ป่วยและการขอความยินยอม

ทุกหัตถการจะต้องเคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (patient's rights) ของผู้ป่วย(3)

1.4.1 การให้ข้อมูลและการขอความยินยอม

เป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยและสร้างความร่วมมือในการรักษา

- การให้ข้อมูล (providing information)
 - อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของหัตถการให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยภาษาที่ง่าย
- การได้รับความยินยอม (informed consent)
 - สำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (written consent) ส่วนหัตถการทั่วไปอาจเป็นการยินยอมด้วยวาจา (verbal consent)
- การประเมินความรู้ (knowledge assessment)
 - ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังทำหัตถการ (เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ)

1.4.2 การรักษาความเป็นส่วนตัวและการสร้างความสุขสบาย

การรักษาความเป็นส่วนตัว (privacy) และการสร้างความสุขสบาย (comfort) ประกอบด้วย

- การเปิดเผยร่างกาย : ต้องมีการปิดม่านหรือใช้ผ้าคลุม (draping) เพื่อไม่ให้ร่างกายผู้ป่วยถูกเปิดเผยเกินความจำเป็น
- การลดความวิตกกังวล : การพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน การอธิบายขั้นตอนก่อนเริ่ม และให้ผู้ป่วยได้ตั้งคำถาม

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้

- หัตถการ : การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

- **หลักการความปลอดภัย :** ก่อนเริ่มฉีด พยาบาลต้องแจ้งผู้ป่วยว่า ‘ขออนุญาตฉีดยา... เพื่อรักษาอาการ... นะคะ/ครับ’ และรอการตอบรับจากผู้ป่วย (informed consent) จากนั้นจึงดึงมันปิดรอบเตียงก่อนเปิดเผยผิวหนังบริเวณที่จะฉีด (privacy)

1.5 การเตรียมความพร้อมของพยาบาล อุปกรณ์ และผู้ป่วย

ความผิดพลาดของพยาบาลส่วนใหญ่มักเกิดจากการเตรียมตัวไม่พร้อม การตรวจสอบอย่างเป็นระบบช่วยลดความเสี่ยงได้

1.5.1 การเตรียมความพร้อมของพยาบาล

การเตรียมความพร้อมของพยาบาล (self-preparation) ประกอบด้วย

- **ทบทวนความรู้ :** ทบทวนขั้นตอนตาม SOP (standard operating procedure) และความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง
- **ความมั่นใจและการมีสมาธิ :** มั่นใจในทักษะของตนเองและหลีกเลี่ยงการถูกรบกวนขณะทำหัตถการ

1.5.2 การเตรียมอุปกรณ์

การเตรียมอุปกรณ์ (equipment check) ประกอบด้วย

- **หลักการ 5 ถูกต้อง :** ตรวจสอบอุปกรณ์ให้ถูกต้อง (ชนิด ขนาด วันหมดอายุ สภาพปลอดภัย)
- **จัดเรียง :** จัดเรียงอุปกรณ์ตามลำดับการใช้เพื่อความรวดเร็วและคงสภาพปลอดภัย

1.5.3 การเตรียมผู้ป่วย

การเตรียมผู้ป่วย (patient preparation) ประกอบด้วย

- **ตำแหน่งที่เหมาะสม :** จัดท่าทางผู้ป่วยให้เหมาะสมกับหัตถการนั้น ๆ เพื่อให้เข้าถึงบริเวณที่ต้องการทำได้ง่ายและผู้ป่วยรู้สึกสบาย
- **การให้กำลังใจ :** สนับสนุนผู้ป่วยและแจ้งเตือนเมื่อใกล้จะเริ่มหัตถการเพื่อลดการตกใจ

ตัวอย่างการประยุกต์ใช้

- **หัตถการ :** การใส่สายให้อาหารทางจมูก (NGT insertion)

- **หลักการความปลอดภัย :** พยาบาลต้องวัดระยะสายยาง (จากจมูกถึงติ่งหูถึงลิ้นปี่) ให้ถูกต้อง ตรวจสอบ pH paper/syringe พร้อมใช้งาน และจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่า fowler's position เพื่อป้องกันการสำลัก

ตารางที่ 2.7 ตัวอย่างการบูรณาการหลักการพื้นฐานกับหัตถการ

หัตถการ	หลักการพื้นฐานที่ใช้	ตัวอย่างการปฏิบัติที่ปลอดภัย
การให้ยา (medication administration)	ความถูกต้องและความปลอดภัย (accuracy)	ใช้หลัก 5Rs/10Rs (right patient, right drug, right dose, right route, right time เป็นต้น) ตรวจสอบยา 3 ครั้งก่อนให้ผู้ป่วย
การทำความสะอาดแผล (wound dressing)	การปลอดเชื้อ (aseptic)	ล้างมือและสวมถุงมือสะอาด/ปราศจากเชื้อตามประเภทของแผล ใช้สารน้ำและวัสดุสำหรับทำแผลที่ปราศจากเชื้อในการทำแผลผ่าตัด
การช่วยเหลือผู้ป่วยลุกนั่ง/เคลื่อนย้าย	ความปลอดภัย (safety)	ถือกล้อเตียงและรถเข็นทุกครั้ง ประเมินกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วย จัดท่าที่ถูกต้องตามหลักกลศาสตร์ (body mechanics) และใช้พยาบาลหลายคนหากจำเป็น
การสวนปัสสาวะ (urinary catheterization)	การปลอดเชื้อและการให้ข้อมูล	ใช้ sterile technique ตลอดการทำหัตถการ อธิบายขั้นตอนให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และขอความยินยอม

2. การบันทึกและการรายงานผลหัตถการอย่างครบถ้วน

การบันทึก (documentation) และการรายงาน (reporting) ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมายและเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ของการดูแล การบันทึกและการรายงานผลหัตถการอย่างครบถ้วน ถือเป็นส่วนสำคัญในการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและให้ข้อมูลที่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่ดี

2.1 การบันทึก

โดยทั่วไป การบันทึก (documentation) การบันทึกต้องเป็นไปตามหลัก FACCO และจะครอบคลุม S.O.A.P.E หรือองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ วันที่/เวลา ชื่อหัตถการ ข้อบ่งชี้ การเตรียมผู้ป่วย ขั้นตอนการทำ ผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อน และการลงนามของผู้ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 2.8 การบันทึกตามหลัก FACCO

หลักการ	รายละเอียด	เหตุผล
Factual	บันทึกเฉพาะข้อมูลที่สังเกตได้จริงและเป็นข้อเท็จจริง ไม่ใช่ การตีความหรือความคิดเห็นส่วนตัว (เช่น บันทึกว่า 'ปัสสาวะ สีเข้ม' ไม่ใช่ 'ผู้ป่วยขาดน้ำ')	เพื่อให้การบันทึกมีความเที่ยงตรง (objective) และเป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือทางกฎหมาย
Accurate	บันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ เช่น สัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำ หรือเวลาที่แน่นอนในการทำหัตถการ	เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือและป้องกันความผิดพลาด
Complete	บันทึกทุกขั้นตอนของการดูแลที่สำคัญ ทุกการตอบสนองของผู้ป่วย และทุกการสื่อสารที่เกิดขึ้น	เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นไปอย่างราบรื่นและมีหลักฐานครบถ้วน
Concurrent	บันทึกทันทีที่ทำหัตถการเสร็จสิ้น หรือทันทีที่สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ	เพื่อให้ข้อมูลที่บันทึกมีความทันสมัย (timely) และมีความแม่นยำสูง
Organized	บันทึกอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามลำดับเวลา และอ่านง่าย (ใช้ลายมือที่ชัดเจนหรือการพิมพ์ที่ถูกต้อง)	เพื่ออำนวยความสะดวกในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตัวอย่างการบันทึกทั่วไป

ตัวอย่างที่ 1 : การใส่สายสวนปัสสาวะชนิดค้าง

องค์ประกอบการบันทึก	รายละเอียดการบันทึก (ตัวอย่าง)
วันที่/เวลา	08/10/2568 เวลา 10:00 น.
ชื่อหัตถการ	การใส่สายสวนปัสสาวะชนิดค้าง (indwelling foley catheter)
ข้อบ่งชี้	ผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) และวัดปริมาณปัสสาวะคงเหลือ (post-void residual: PVR) ได้ 500 ml
การเตรียมผู้ป่วย	อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า
ขั้นตอนการทำ	ล้างมือและสวมถุงมือปราศจากเชื้อ ทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 3 ครั้ง ทำการใส่สายสวน foley ขนาด No.14 Fr. โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique) พบปัสสาวะไหลออกมาทันที และทำการเติมน้ำกลั่น 10 ml เข้าบอลูนเพื่อยึดสายสวน
ผลลัพธ์/ลักษณะ	ปัสสาวะที่ไหลออกมามีลักษณะใส สีเหลือง ปริมาณรวม 650 ml ไม่มีเลือดออกบริเวณท่อปัสสาวะ
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดขณะใส่สายสวน
คำแนะนำ/การดูแลต่อ	แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อสังเกตอาการ และสอนวิธีการดูแลถุงปัสสาวะ
ผู้ปฏิบัติงาน	(ลงชื่อพยาบาล)

ตัวอย่างที่ 2 : การเจาะให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ (peripheral intravenous cannulation)

องค์ประกอบการบันทึก	รายละเอียดการบันทึก (ตัวอย่าง)
วันที่/เวลา	08/10/2568 เวลา 11:30 น.
ชื่อหัตถการ	การแทงเข็มเพื่อให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral IV cannulation)
ข้อบ่งชี้	เพื่อให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา (IV fluid and medication administration)
การเตรียมผู้ป่วย	อธิบายขั้นตอนและขอความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ตรวจสอบข้อมือผู้ป่วยสำหรับการแพ้ยา/สารอื่น
ขั้นตอนการทำ	ล้างมือและสวมถุงมือ ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 70% alcohol แทงเข็ม ขนาด 20 G ที่บริเวณหลังมือข้างซ้าย (left dorsal hand) สามารถแทงสำเร็จในครั้งแรก
ผลลัพธ์/ลักษณะ	ตำแหน่งที่แทงไม่มีบวมแดง สามารถให้สารน้ำ 0.9% NSS ได้ไหลดี ไม่มีการรั่วซึม มีเลือดไหลย้อนกลับมาในสาย (flashback) ยืนยันว่าเข้าหลอดเลือด
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สังเกตว่าผู้ป่วยบ่นเสียวเล็กน้อยขณะแทงเข็ม
คำแนะนำ/การดูแลต่อ	เน้นย้ำให้ผู้ป่วยระมัดระวังบริเวณที่แทงเข็ม และแจ้งพยาบาลหากมีอาการปวด บวม หรือเย็นบริเวณนั้น
ผู้ปฏิบัติงาน	(ลงชื่อพยาบาล)

ตัวอย่างที่ 3 : การให้ยาทางหลอดเลือดดำ (intravenous medication administration)

องค์ประกอบการบันทึก	รายละเอียดการบันทึก (ตัวอย่าง)
วันที่/เวลา	08/10/2568 เวลา 13:00 น.
ชื่อหัตถการ	การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ (IV antibiotic administration)
ข้อบ่งชี้	ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในปอด (pneumonia)
การเตรียมผู้ป่วย	ตรวจสอบผู้ป่วยถูกต้อง, ยาถูกต้อง, ขนาดถูกต้อง, เวลาถูกต้อง, และเส้นทางถูกต้อง (5 rights) ซักถามเรื่องการแพ้ยาซ้ำ ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้
ขั้นตอนการทำ	ทำการผสมยา ceftriaxone 1g ใน 0.9% NSS 100 ml ให้ยาโดยการหยดเข้าทางสายน้ำเกลือเดิมของผู้ป่วยในอัตรา 30 หยด/นาที (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)
ผลลัพธ์/ลักษณะ	ยาเข้าสู่ร่างกายได้ครบถ้วนตามเวลาที่กำหนด สายน้ำเกลือไหลดี ไม่มีบวมแดงบริเวณที่แทงเข็ม
ภาวะแทรกซ้อน	สังเกตอาการแพ้ (anaphylaxis): ผู้ป่วยไม่มีผื่นขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือบ่นคัน ติดตามสัญญาณชีพขณะให้ยาครั้งที่
คำแนะนำ/การดูแลต่อ	ติดตามอาการแพ้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังให้ยา และบันทึกในใบให้ยา
ผู้ปฏิบัติงาน	(ลงชื่อพยาบาล)

2.1.1 การบันทึกตาม S.O.A.P.E.

ตารางที่ 2.9 องค์ประกอบการบันทึกทางการพยาบาล (S.O.A.P.E.)

องค์ประกอบ	คำอธิบาย	ตัวอย่าง (คำพูดหรือข้อมูลที่บันทึก)
S: subjective data (ข้อมูลอัตวิสัย)	ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การรับรู้ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยเอง รวมถึงคำพูดโดยตรงที่ผู้ป่วยเล่า (quoted statements)	‘ปวดท้องมากเลยคะ ปวดบิด ๆ ตรงลิ้นปี่’ ‘นอนไม่หลับมา 3 คืนแล้ว’
O: objective data (ข้อมูลวัตถุวิสัย)	ข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย การสังเกต การวัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab/investigation) หรือผลจากเครื่องมือวัด	V/S: BP 140/90 mmHg, P 98/min, R 20/min, T 37.5 C. ผิวหนังร้อน ท้องอืดตึง มีเสียงลำไส้ลดลง (hypoactive bowel sound)
A: assessment (การประเมินภาวะสุขภาพ)	การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงข้อมูล S และ O เข้ากับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)	ปวดเฉียบพลันเกี่ยวเนื่องกับการขยายตัวของกระเพาะอาหาร (pain, acute related to gastric distention) หรือ แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective breathing pattern)
P: plan (แผนการพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาลที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไข ปัญหาหรือบรรเทาอาการในข้อ (A) ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงเป้าหมาย (goal)	1. ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 3. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4. สอนเทคนิคการหายใจเพื่อลดความปวด
E: evaluation (การประเมินผล)	การประเมินผลการดำเนินการตามแผน (P) ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ โดยใช้ข้อมูล S และ O ใหม่	บรรลุเป้าหมาย : ผู้ป่วยรายงานว่าความปวดลดลง จาก 8/10 เหลือ 2/10 หลังได้รับยาแก้ปวด 30 นาที

ตัวอย่างกรณีศึกษาการบันทึกแบบ S.O.A.P.E.

กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (heart failure)

องค์ประกอบ	ข้อมูลที่บันทึก
S	ผู้ป่วยบอกว่า ‘เหนื่อยมาก หายใจไม่ออก’ เวลาเดินไปเข้าห้องน้ำ และบอกว่ารู้สึกเท้าบวมขึ้น
O	V/S : BP 130/85 mmHg, P 110/min (ผิดปกติ) R 28/min (หายใจตื้น) O ₂ Sat 88% on room air ฟังปอดได้ยินเสียง crepitation ที่ฐานปอดทั้งสองข้าง (bilateral basal crackles) มีอาการบวมกดบวมระดับ +3 ที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง (bilateral pitting edema)
A	ทนต่อกิจกรรมไม่ได้ เกี่ยวเนื่องกับภาวะออกซิเจนไม่สมดุล (activity intolerance related to imbalance between oxygen supply and demand) และภาวะมีน้ำเกินในร่างกาย (excess fluid volume)

องค์ประกอบ	ข้อมูลที่บันทึก
P	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ O₂ nasal cannula 3 L/min 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 45 องศา 3. ติดตามและบันทึก I/O (intake/output) อย่างเคร่งครัด 4. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ (furosemide) ตามแผนการรักษา
E	<p>หลังให้ O₂ และจัดท่านอนสูง O₂ Sat เพิ่มขึ้นเป็น 94% อัตราการหายใจลดลงเหลือ 22/นาที</p> <p>ผู้ป่วยรายงานว่า อาการเหนื่อยลดลง สามารถพูดได้เป็นประโยคยาวขึ้น</p> <p>บรรลุเป้าหมาย : ภาวะออกซิเจนดีขึ้น</p>

กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยบาดแผลหลังผ่าตัด (post-operative wound)

องค์ประกอบ	ข้อมูลที่บันทึก
S	ผู้ป่วยรายงานว่า ‘รู้สึกตึงและปวดแผลผ่าตัด ตรงหน้าท้องมากเลยคะ’ ให้คะแนนความปวด 7/10
O	แผลผ่าตัดหน้าท้องยาวประมาณ 10 ซม. มีผ้าก๊อชปิดแผลเปียกชุ่มเล็กน้อย มีสีผิวรอบแผลแดงเล็กน้อย และมีน้ำเหลืองปนเลือด (serosanguinous drainage) ซึมออกมาเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 °C ผล blood count เมื่อเช้า : WBC 11,500 cells/mm ³
A	เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เกี่ยวเนื่องกับบาดแผลผ่าตัดและภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (risk for infection related to surgical wound and immunosuppression) และ ปวดเฉียบพลัน เกี่ยวเนื่องกับการบาดเจ็บทางกายภาพ (acute pain related to physical injury)
P	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง 2. ทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) และเปลี่ยน dressing 3. ติดตาม V/S ทุก 4 ชั่วโมง โดยเน้นอุณหภูมิร่างกาย 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
E	<p>หลังได้รับยาแก้ปวด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายงานว่าความปวดลดลงเหลือ 3/10 แผลผ่าตัดสะอาดดี ไม่มีหนอง การซึมของน้ำเหลืองลดลง</p> <p>บรรลุเป้าหมาย : ความปวดลดลง</p>

2.2 การรายงาน (reporting)

หลักการรายงานทางการพยาบาล (nursing reporting principles) เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยหลักการสำคัญมี ดังนี้

ตารางที่ 2.10 หลักการทั่วไปของการรายงานทางการแพทย์

หลักการ	คำอธิบาย
ความถูกต้อง (accuracy)	รายงานข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง ไม่มีการคาดเดา หรือใส่ความรู้สึกส่วนตัว (objective) ข้อมูลต้องเป็นปัจจุบันที่สุด
ความกระชับและชัดเจน (conciseness and clarity)	ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตรงประเด็น ไม่เยิ่นเย้อ หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะที่เข้าใจยาก หรือตัวย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน
ความเป็นปัจจุบัน (timeliness)	รายงานทันทีเมื่อมีเหตุการณ์สำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของอาการ หรือเมื่อต้องส่งต่อความรับผิดชอบการดูแล (เช่น การรายงานเวร)
ความสมบูรณ์ (completeness)	ครอบคลุมข้อมูลสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาการ การรักษา การเปลี่ยนแปลง และแผนการดูแลผู้ป่วย
ความเป็นระเบียบ (organization)	จัดลำดับการรายงานอย่างมีระบบ มักใช้รูปแบบมาตรฐาน เช่น SBAR (Situation, background, assessment, recommendation) หรือ head-to-toe เพื่อให้ผู้รับรายงานสามารถทำความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว
การรักษาความลับ (confidentiality)	ข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ รายงานเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท่านั้น

ตารางที่ 2.11 โครงสร้างและหลักการของ SBAR (ใช้ในการรายงานส่งต่อเวร หรือรายงานแพทย์)

องค์ประกอบ	คำอธิบาย (สิ่งที่ต้องรายงาน)
S - situation (สถานการณ์)	รายงานว่าเกิดอะไรขึ้นในขณะนี้ (ระบุชื่อ-สกุล อายุ วินิจฉัย, ปัญหาหลักที่เกิดขึ้น)
B - background (ข้อมูลพื้นฐาน)	ข้อมูลความเป็นมาที่เกี่ยวข้อง (ประวัติการเจ็บป่วย วันที่เข้ารับการรักษา การรักษาสำคัญที่ผ่านมา)
A - assessment (การประเมินภาวะสุขภาพ)	การประเมินสถานการณ์ปัจจุบันตามหลักการพยาบาล (V/S ผลการตรวจร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ)
R - recommendation (ข้อเสนอแนะ/แผน)	สิ่งที่ต้องการหรือแนะนำให้ดำเนินการต่อไป (สิ่งที่ต้องทำต่อ สิ่งที่ต้องการจากแพทย์ เช่น ต้องการ lab ต้องการสั่งยาเพิ่ม)

2.2.1 ตัวอย่าง กรณีศึกษาการรายงานทางการแพทย์

ตัวอย่างที่ 1 : การรายงานแพทย์กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน (ใช้ SBAR)

องค์ประกอบ	ตัวอย่างการรายงาน
S (Situation)	‘คุณหมอคะ ดิฉันพยาบาลวอร์ดอายุรกรรม ขอรายงานผู้ป่วยชื่อ นายใจดี มีสุข อายุ 68 ปี วินิจฉัย pneumonia (ปอดอักเสบ) ค่ะ ผู้ป่วยมีอาการ หอบเหนื่อยมากขึ้นและ SpO ₂ ลดลง อย่างรวดเร็วตั้งแต่ 10 นาทีที่แล้ว’

องค์ประกอบ	ตัวอย่างการรายงาน
B (Background)	‘ผู้ป่วยแอดมิตเมื่อ 3 วันก่อน มีประวัติโรคประจำตัวเป็น COPD และ DM ได้รับการรักษาด้วย antibiotic และ O ₂ mask with bag 8 ลิตร/นาที่. V/S เมื่อ 4 ชั่วโมงก่อนยังคงที่ค่ะ’
A (Assessment)	‘V/S ล่าสุด : BP 100/60 mmHg, P 125/min, R 32/min, T 37.0 C, SpO ₂ 85% ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้งสองข้าง ผู้ป่วยใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจมาก (accessory muscle use) และกระสับกระส่าย’
R (Recommendation)	‘ดิฉันได้ปรับ O ₂ เพิ่มเป็น non-rebreather mask 10 ลิตร/นาที่ และโทรตามนักรักษาพยาบาลมาพบยาขยายหลอดลมแล้วค่ะ เรียนปรึกษาคณะหมอฟิจารณาให้ยา steroid IV และพิจารณาความจำเป็นในการย้ายผู้ป่วยเข้า ICU ค่ะ’

ตัวอย่างที่ 2 : การรายงานส่งต่อเวร (handover report)

ประเด็นการรายงาน	ตัวอย่างข้อมูลที่รายงาน (ครอบคลุม)
ข้อมูลทั่วไป	นางสมศรี ปรีดา อายุ 55 ปี วินิจฉัย post-operative TAH+BSO (วันที่ 2 หลังผ่าตัดมดลูก) admit 4 วันก่อน
ปัญหาสำคัญ	pain control (ยังปวดแผล 4/10 แม้ได้รับยา) และ risk for VTE (มีภาวะเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน)
การรักษาที่สำคัญ	ให้ IV fluid D/NSS 100 ml/hr. ได้รับ ceftriaxone IV ทุก 12 ชม. ได้รับ enoxaparin (LMWH) ใต้ผิวหนัง 40 mg. ทุกเช้า (ให้ไปแล้ว)
การประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน	V/S คงที่ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มี discharge ผู้ป่วยเริ่มเดินได้ระยะสั้น ๆ (ambulate x 2) bowel sound กลับมาปกติเมื่อวาน
แผนการดูแลเวรต่อไป	1. ดูแลเรื่องความปวด : ติดตามอาการปวดอย่างใกล้ชิด ให้ยาแก้ปวด PO เมื่อปวดถึงเกณฑ์ (PRN) 2. สอนการออกกำลังกาย เพื่อป้องกัน VTE 3. ติดตามผล Hgb/Hct ที่จะเจาะเลือดตอน 08:00 น.

3. การบูรณาการการวางแผนพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อและการดูแลหลักสิทธิผู้ป่วย

3.1 กรณีศึกษาการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ

กรณีศึกษาที่ 3 : การป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI)

ผู้ป่วย : หญิงอายุ 60 ปี ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous catheter: CVC) เพื่อให้ยาและสารอาหารเป็นเวลานาน

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินตำแหน่งทางเข้าของ CVC ทุกเวร (มีอาการบวม แดง ร้อน ปวด หรือมีสารคัดหลั่งซึมหรือไม่) ประเมินสัญญาณชีพ (มีไข้ ซีฟจรเร็ว) และประเมินผลการนับเม็ดเลือดขาว (WBC count)</p> <p>เหตุผล : เพื่อค้นหาสัญญาณแรกเริ่มของการติดเชื้อเฉพาะที่ (local infection) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (systemic infection) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง</p>
Diagnosis	<p>รายละเอียด : ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด (high risk for CLABSI) เกี่ยวเนื่องกับการมีสายสวนหลอดเลือดดำค้างอยู่เป็นเวลานาน</p> <p>เหตุผล : เพื่อเน้นย้ำปัญหาที่ต้องจัดการคือการป้องกันการนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่กระแสเลือด</p>
Planning	<p>รายละเอียด : วางแผนการทำความสะอาดและเปลี่ยนชุดปิดแผล CVC ตามแนวทางปฏิบัติที่ปราศจากเชื้อ (aseptic technique) อย่างเคร่งครัด เปลี่ยนสายชุดให้สารน้ำตามกำหนด และวางแผนการถอดสายสวนออกทันทีหากไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้</p> <p>เหตุผล : การลดระยะเวลาที่สายสวนค้างอยู่ในร่างกายเป็นมาตรการหลักในการลดความเสี่ยง CLABSI</p>
Implementation	<p>รายละเอียด : พยาบาลทำหัตถการเปลี่ยนชุดปิดแผล CVC โดยใช้ maximum barrier precautions (สวมหมวก หน้ากาก เสื้อคลุม ถุงมือปราศจากเชื้อ) ใช้ chlorhexidine ในการทำความสะอาดผิวหนัง และปฏิบัติตามหลัก hub care ก่อนการให้ยาหรือสารน้ำ</p> <p>เหตุผล : การใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดช่วยลดการปนเปื้อนของเชื้อจุลชีพจากสิ่งแวดล้อมและผิวหนัง</p>
Evaluation	<p>รายละเอียด : ตำแหน่ง CVC ไม่มีสัญญาณการติดเชื้อ (แดง บวม) อุณหภูมิร่างกายปกติ และผลเพาะเชื้อจากปลายสายสวน (หากมีการถอด) เป็นลบ</p> <p>เหตุผล : เพื่อยืนยันว่ามาตรการควบคุมการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ</p>

กรณีศึกษาที่ 4 : การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (MRSA precaution)

ผู้ป่วย : ชายอายุ 70 ปี มีการติดเชื้อ Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) ที่บาดแผล

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินประเภทของการแยกผู้ป่วยที่เหมาะสม (contact isolation) ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการแยกตัว และประเมินว่ามีแผลเปิดหรือมีสารคัดหลั่งจำนวนมากหรือไม่</p> <p>เหตุผล : เพื่อให้มั่นใจว่ามาตรการแยกผู้ป่วยถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา</p>

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Diagnosis	<p>รายละเอียด : ความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ (risk for infection transmission) เกี่ยวเนื่องกับการมีเชื้อดื้อยา (MRSA)</p> <p>เหตุผล : เพื่อระบุปัญหาที่ต้องจัดการคือการป้องกันการนำเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม</p>
Planning	<p>รายละเอียด : วางแผนการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยก เตรียมป้ายและอุปกรณ์ป้องกัน (ถุงมือ เสื้อคลุม) ใ้หน้าห้อง และวางแผนการสอนผู้เยี่ยมเยียนเกี่ยวกับการล้างมือ</p> <p>เหตุผล : การแยกผู้ป่วยเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ MRSA ผ่านการสัมผัส</p>
Implementation	<p>รายละเอียด : พยาบาล สวมเสื้อคลุมและถุงมือ ทุกครั้งก่อนเข้าห้องผู้ป่วยและ ถอดออกทันทีก่อนออกจากห้อง ทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับผู้ป่วยอื่น และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยล้างมือเป็นประจำ</p> <p>เหตุผล : การถอดอุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธีและล้างมือทันทีเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุดในการทำลายวงจรการแพร่กระจายเชื้อ</p>
Evaluation	<p>รายละเอียด : ไม่มีรายงานการติดเชื้อ MRSA ในผู้ป่วยรายอื่นในห้องผู้ป่วย พยาบาลทุกคนปฏิบัติตามมาตรการแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือ</p> <p>เหตุผล : เพื่อยืนยันว่าการควบคุมการติดเชื้อดื้อยามีประสิทธิภาพ</p>

กรณีศึกษาที่ 5 : การป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับสายสวน (CAUTI)

ผู้ป่วย : หญิงอายุ 85 ปี ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ (indwelling catheter)

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะ (พยายามถอดสายสวนออกหากไม่มีข้อบ่งชี้) ประเมินสุขอนามัยของบริเวณท่อปัสสาวะ และประเมินว่าถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะหรือไม่</p> <p>เหตุผล : การลดระยะเวลาที่สายสวนค้างอยู่เป็นกลยุทธ์สำคัญที่สุดในการป้องกัน CAUTI การประเมินความจำเป็นจึงต้องทำทุกวัน</p>
Diagnosis	<p>รายละเอียด : ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (high risk for CAUTI) เกี่ยวเนื่องกับการมีสายสวนปัสสาวะค้างอยู่</p> <p>เหตุผล : เพื่อระบุปัญหาที่ต้องจัดการคือการป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ</p>
Planning	<p>รายละเอียด : วางแผนการดูแลทำความสะอาดบริเวณท่อปัสสาวะทุกวัน วางแผนการดูแลระบบปิดของสายสวนไม่ให้มีการปนเปื้อน และวางแผนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ</p> <p>เหตุผล : การดูแลท่อปัสสาวะภายนอกและรักษาระบบปิดช่วยลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย</p>
Implementation	<p>รายละเอียด : พยาบาลทำความสะอาดบริเวณทางออกของสายสวนด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน ๆ ตรวจสอบว่าสายสวนไม่หักพับ และถุงเก็บปัสสาวะไม่สัมผัสพื้น และถอดสายสวนออกทันทีที่แพทย์อนุญาต</p>

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
	เหตุผล : การป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ
Evaluation	รายละเอียด : ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ (หลังถอดสาย) และไม่มีปัสสาวะขุ่น เหตุผล : เพื่อยืนยันว่าการควบคุมการติดเชื้อได้ผลดี

กรณีศึกษาที่ 6 : การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (VAP prevention)

ผู้ป่วย : ชายอายุ 50 ปี ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Assessment	รายละเอียด : พยาบาลประเมินความสะอาดของช่องปาก สารคัดหลั่งในท่อช่วยหายใจ การจัดท่าทางผู้ป่วย (ศีรษะสูง 30–45 องศา) และประเมินความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจทุกวัน เหตุผล : การสะสมของเชื้อโรคในช่องปากเป็นสาเหตุหลักของภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (VAP)
Diagnosis	รายละเอียด : ความเสี่ยงสูงต่อภาวะปอดอักเสบ (high risk for pneumonia) เกี่ยวเนื่องกับการใส่ท่อช่วยหายใจ เหตุผล : เพื่อระบุปัญหาที่ต้องจัดการคือการทำตามมาตรการป้องกัน VAP Bundle
Planning	รายละเอียด : วางแผนการทำความสะอาดช่องปากด้วย chlorhexidine ทุก 4 ชั่วโมง วางแผนการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน และวางแผนการควบคุมแรงดัน cuff ของท่อช่วยหายใจ เหตุผล: การลดปริมาณเชื้อโรคในช่องปากและลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นมาตรการหลักในการป้องกัน VAP
Implementation	รายละเอียด : พยาบาลทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามแผน ตรวจสอบให้แน่ใจว่าศีรษะของผู้ป่วยถูกยกสูง 30–45 องศาตลอดเวลา และทำหัตถการดูดเสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เหตุผล : การจัดทำศีรษะสูงช่วยลดการสำลักสารคัดหลั่งในช่องปากเข้าสู่ปอด
Evaluation	รายละเอียด : ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีอาการหายใจลำบาก และผลเอกซเรย์ปอดไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะปอดอักเสบ เหตุผล: เพื่อยืนยันว่ามาตรการป้องกัน VAP ประสบความสำเร็จ

กรณีศึกษาที่ 7 : การเน้นการล้างมือเพื่อควบคุมการติดเชื้อทั่วไป

ผู้ป่วย : ทุกคนในหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินความร่วมมือของบุคลากรในการล้างมือ (hand hygiene compliance) ใน 5 จังหวะ (5 moments for hand hygiene) และประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ล้างมือ (แอลกอฮอล์เจล สบู่ อ่างล้างมือ)</p> <p>เหตุผล : การล้างมือเป็นมาตรการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพที่สุดในการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p>
Diagnosis	<p>รายละเอียด : ความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ (risk for infection transmission) เกี่ยวเนื่องกับการไม่ล้างมือตามมาตรฐาน</p> <p>เหตุผล : เพื่อระบุปัญหาที่ต้องจัดการคือการสร้างและคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมการล้างมือที่ถูกต้อง</p>
Planning	<p>รายละเอียด : วางแผนการฝึกอบรมการล้างมือเป็นระยะ, ติดป้ายเตือนและป้ายแสดง 5 จังหวะการล้างมือ และให้แน่ใจว่ามีการเข้าถึงแอลกอฮอล์เจลในทุกจุดของการดูแลผู้ป่วย</p> <p>เหตุผล : การสร้างระบบสนับสนุนและย้ำเตือนอย่างต่อเนื่องช่วยให้บุคลากรปฏิบัติได้ถูกต้อง</p>
Implementation	<p>รายละเอียด : พยาบาลทุกคนล้างมือหรือใช้แอลกอฮอล์เจลใน 5 จังหวะ : ก่อนสัมผัสผู้ป่วยก่อนทำหัตถการปลอดเชื้อ หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสผู้ป่วย และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบผู้ป่วย</p> <p>เหตุผล : การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอใน 5 จังหวะช่วยทำลายห่วงโซ่การแพร่กระจายเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
Evaluation	<p>รายละเอียด : ผลการสังเกตการล้างมือ (audit result) ของบุคลากรในหน่วยงานเพิ่มขึ้นถึงเป้าหมาย (เช่น 90%) และอัตราการติดเชื้อในหอผู้ป่วยลดลง</p> <p>เหตุผล : เพื่อวัดผลว่าการส่งเสริม hand hygiene ส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในภาพรวมหรือไม่</p>

3.2 กรณีศึกษาการบูรณาการการวางแผนการพยาบาลในการดูแลตามหลักสิทธิผู้ป่วย

การบูรณาการการวางแผนการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยตามหลักสิทธิผู้ป่วย (patient rights) เป็นรากฐานสำคัญของจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและกฎหมายสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และเคารพในความเป็นมนุษย์

กรณีศึกษาที่ 8 : สิทธิในการตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษา

ผู้ป่วย : หญิงอายุ 70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และปฏิเสธการผ่าตัดและเคมีบำบัด

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลในการดูแลตามสิทธิผู้ป่วย
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ผลของการรักษา (ประโยชน์และความเสี่ยง) และผลของการปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ยังประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย (ความรู้สึกร่างกาย ความสับสน) และแรงจูงใจในการปฏิเสธ</p> <p>เหตุผล : เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยมาจากความเข้าใจที่สมบูรณ์และเป็นอิสระ (informed refusal) ไม่ใช่จากความสับสนหรือแรงกดดันจากผู้อื่น</p>
Diagnosis	<p>รายละเอียด : การตัดสินใจทางสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective health management) เกี่ยวเนื่องกับการปฏิเสธการรักษาและ/หรือการขาดความรู้ที่ถูกต้อง</p> <p>เหตุผล : เพื่อระบุปัญหาที่ต้องจัดการคือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
Planning	<p>รายละเอียด : วางแผนการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีแพทย์ร่วมด้วย ให้เวลาผู้ป่วยในการซักถามและพิจารณาอย่างอิสระ และเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยแม้ว่าจะต่างจากคำแนะนำของแพทย์</p> <p>เหตุผล : การให้ข้อมูลอย่างเป็นกลางและใช้เวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจเป็นหัวใจสำคัญของสิทธิผู้ป่วย</p>
Implementation	<p>รายละเอียด : พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์อย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัว ร่วมเป็นพยานในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน และให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการทำใจกับการตัดสินใจที่เลือก</p> <p>เหตุผล : เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการตัดสินใจเป็นไปอย่างถูกต้องและโปร่งใส</p>
Evaluation	<p>รายละเอียด : ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาได้อย่างชัดเจน ครอบครัวยอมรับและให้การสนับสนุนการตัดสินใจนั้น และบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการของผู้ป่วย</p> <p>เหตุผล : เพื่อยืนยันว่าการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยประสบความสำเร็จและให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย</p>

กรณีศึกษาที่ 9 : สิทธิในข้อมูลและการเข้าถึงประวัติสุขภาพ

ผู้ป่วย : ชายอายุ 50 ปี ต้องการทราบรายละเอียดของผลการตรวจเลือดและผลเอกซเรย์ปอดทั้งหมด

ขั้นตอน	การบูรณาการการพยาบาลในการดูแลตามสิทธิผู้ป่วย
Assessment	<p>รายละเอียด : พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูล ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และประเมินข้อจำกัดทางกฎหมายในการเปิดเผยข้อมูล</p> <p>เหตุผล : เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและอยู่ในขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ</p>