



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
สุราษฎร์ธานี

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์



ฉบับร่าง

ทดลองใช้ พฤศจิกายน 2563

เอกสารนี้ใช้ภายในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์เท่านั้น ห้ามนำไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

สารบัญ

หน้า

เอกสารหมายเลข 1	แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3
เอกสารหมายเลข 2	แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง	5
เอกสารหมายเลข 3	แนวปฏิบัติ การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยวิธีการผูกยึด	8
เอกสารหมายเลข 4	แนวปฏิบัติในการป้องกันผู้ป่วยอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม	10
เอกสารหมายเลข 5	แนวปฏิบัติ การป้องกันการหลบหนี	13
เอกสารหมายเลข 6	แนวปฏิบัติการบริหารยาผู้ป่วยใน	14
เอกสารหมายเลข 7	แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดื่มน้ำมากผิดปกติ (polydipsia)	16
เอกสารหมายเลข 8	แนวปฏิบัติผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะดื่มน้ำมาก	19
เอกสารหมายเลข 9	แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยทำ Modified ECT	20
เอกสารหมายเลข 10	แนวปฏิบัติการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	22
เอกสารหมายเลข 11	แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	24
เอกสารหมายเลข 12	แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดทำงาน (Cardiac arrest)	26
เอกสารหมายเลข 13	แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยถึงแก่กรรม	28
เอกสารหมายเลข 14	แนวปฏิบัติการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดในระบบ พรบ.สารเสพติด	30
เอกสารหมายเลข 15	แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลาม	33
เอกสารหมายเลข 16	แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช	35
เอกสารหมายเลข 17	แนวปฏิบัติการเบิกยาในระบบ Unit dose และเวชภัณฑ์ที่มีโซยา	37
เอกสารหมายเลข 18	แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานบริการประจำวันของพยาบาลวิชาชีพ	38
เอกสารหมายเลข 19	แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานบริการประจำวันของพยาบาลเทคนิค	40
เอกสารหมายเลข 20	แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานบริการประจำวันของผู้ช่วยเหลือคนไข้	42

แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลประเมินอาการ กรณีพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 8Q หรือแบบประเมิน PVSS ข้อที่ 2 เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เล็กน้อย ปานกลาง สูง
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าคะแนน 8Q คะแนน ≥ 17 คะแนน หรือค่าคะแนน PVSS ข้อที่ 2 = 4 คะแนน พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลดังต่อไปนี้
 - 2.1 ประเมิน High risk suicide เผื่อระวังอาการ โดยสามารถมองเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมอบหมายผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด รายงานแพทย์ซ้ำกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง
 - 2.2 สื่อสารทีมโดยการติดกระดาษสีแดงที่แฟ้มประวัติผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยใส่เสื้อ SAFE และประเมิน SAFE-S ทุกเวร พร้อมลงบันทึก
 - 2.3 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกที่สามารถมองเห็นชัดเจน กรณีไม่มีห้องแยกหรือห้องแยกเต็ม จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงหน้าเคาน์เตอร์และมีการจำกัดพฤติกรรมในเวรตึก
 - 2.4 ใช้ Pad Alarm รองที่นอนเพื่อให้มีเสียงเรียกเตือนเมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นจากเตียง
 - 2.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย มีการตรวจนับอุปกรณ์ก่อนและหลังใช้ทุกครั้ง
 - 2.6 ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเวร
 - 2.7 ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย ยกเว้นมีเจ้าหน้าที่พาไปรักษาอื่นๆ
3. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนน 8Q คะแนน 9-16 หรือคะแนน PVSS ข้อที่ 2 = 2-3 คะแนน
 - 3.1 พยาบาลประเมิน High risk suicide อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเวร
 - 3.2 สื่อสารทีมโดยการติดกระดาษสีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยใส่เสื้อ SAFE และประเมิน SAFE-S ทุกเวร พร้อมบันทึก
 - 3.3 ใช้ Pad Alarm รองที่นอนซึ่งจะมีเสียงเรียกเตือนเมื่อผู้ป่วยขยับลุกขึ้นจากเตียง
 - 3.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงบริเวณหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลและจำกัดพฤติกรรม
 - 3.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย มีการตรวจนับอุปกรณ์ก่อนและหลังใช้ทุกครั้ง
 - 3.6 ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยออกนอกหอผู้ป่วย ยกเว้นมีเจ้าหน้าที่พาไปรักษาอื่นๆ
 - 3.7 ประเมินความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคม และส่งบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา ดังนี้
Cognitive behavior therapy, Symptom management, Problem solving therapy
4. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ ประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนน 8Q ได้คะแนน 1-8 คะแนน คะแนน PVSS ข้อที่ 2 = 1 คะแนน

- 4.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำทุกวัน
- 4.2 สื่อสารทีมโดยการติดกระดาษสีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยใส่เสื้อ SAFE และประเมิน SAFE-S ทุกเวอร์
- 4.3 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย มีการตรวจนับอุปกรณ์ที่ใช้ก่อนและหลังใช้ทุกครั้ง
- 4.4 กรณีผู้ป่วยต้องออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง
- 4.5 ประเมินความพร้อมในการบำบัดทางจิตสังคม และส่งบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา ดังนี้
Cognitive behavior therapy, Symptom management, Problem solving therapy, Satir psychotherapy, จิตบำบัดแบบประคับประคอง, จิตสังคมบำบัด, สุขภาพจิตศึกษา
5. เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา รายงานแพทย์จำหน่ายและส่งต่องานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อประสานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)
2. ให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรงของพฤติกรรม

ความรุนแรงระดับ 1

1. จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่กระตุ้นผู้ป่วย แยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นที่วุ่นวาย แยกผู้ป่วยไว้ห้องแยก
2. จัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นอันตราย
3. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง
4. เผื่อระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ความรุนแรงระดับ 2

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเองและการดูแลของพยาบาล
2. พิจารณาจำกัดพฤติกรรมและฉีดยา prn.
3. ประเมินอาการข้างเคียงจากยา
4. ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย
5. เผื่อระวังอย่างต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง

ความรุนแรงระดับ 3

1. ประสานทีมช่วยเหลือ
2. ประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยในการให้การพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือ ให้ทีมเข้าไปควบคุมพฤติกรรม
3. ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา
4. เผื่อระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

(OAS: Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

คำแนะนำ : แบบประเมินชุดนี้ใช้สำหรับการประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย ต่อตนเอง หรือต่อผู้อื่นที่แสดงออกมาทั้งทางคำพูดและการกระทำ หรือต่อทรัพย์สิน โดยให้พยาบาลทำการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกขณะปัจจุบันตามรายการที่ระบุไว้ในแบบประเมิน และให้คะแนนตามระดับที่ประเมินได้

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง				คะแนนที่ ประเมินได้
	ระดับ 3	ระดับ 2	ระดับ 1	ระดับ 0	
1.พฤติกรรม ก้าวร้าวต่อตนเอง	ทำร้ายตนเอง รุนแรง เช่น มีรอย กรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บ ของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตี ตนเอง ดึงผม โขก ศีรษะ กรีดตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก	-	ไม่พบ	
2. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อ ผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้าย ผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก ฯฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรก รุนแรง	หงุดหงิด ส่งเสียง ดังตะโกนด้วย ความโกรธหรือ ตะโกนด่าผู้อื่น ด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง	ไม่พบ	
3. พฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงต่อ ทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทูบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็น อันตราย หรือจุดไฟ เผา ฯฯ	ขว้างปา/เตะ/ทุบ วัตถุหรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัด กระจาย	ไม่พบ	

การแปรผลคะแนน : การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรง จะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงค่าเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับนี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มฟื้นฟู (Convalescent) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช

คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช

คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก (Semi-critical) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช

คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเองผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก (critical) ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช

แนวปฏิบัติ การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยวิธีการผูกยึด

วัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. ผ้าผูกยึด และ เสื่อผูกยึด
2. แบบบันทึกการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 60 นาที
3. แบบบันทึกการพยาบาล (N1) และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N2)
4. เตียงที่ได้มาตรฐานสำหรับผูกยึด (เตียงเจาะรู ทั้ง 4 ด้าน)

ข้อบ่งชี้ในการผูกยึด

1. ผู้ป่วยที่ควบคุมพฤติกรรมได้น้อย แสดงท่าทีคุกคามเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น
2. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง
3. ผู้ป่วยที่มีอาการสับสน งุนงง เพ้อ
4. ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาธิ กระโดดโลดเต้น หรือการทรงตัวไม่ดี ควบคุมพฤติกรรมได้น้อยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
5. ภาวะอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่นการให้สารน้ำ ก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่องดน้ำดอาหาร เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ

1. ทีมการพยาบาลเตรียมอุปกรณ์สำหรับผูกยึดผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้
2. อธิบายเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรมโดยวิธีการผูกยึด และตกลงบริการ ระยะเวลา ในการจำกัดพฤติกรรมกับผู้ป่วย
3. ผูกยึดข้อมือ ข้อเท้าผู้ป่วย ตามเหมาะสม และท่าที่ถูกต้อง ดูแลความต้องการทางร่างกายจิตใจ ทุก 30 นาที ถึง 60 นาที
4. ดูแลการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ดูแลการไหลเวียนโลหิตบริเวณที่ผูกยึด ทุก 30 นาที ถึง 60 นาที
5. บันทึกการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยลงในใบการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 60 นาทีให้ครบถ้วน
6. บันทึกอาการของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล
7. หลังจากยกเลิกการผูกยึดผู้ป่วย ตรวจสอบบริเวณผิวหนัง ข้อต่อ บริเวณที่ผูกยึด และให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้น เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน

แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาล/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยทุกราย ตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
2. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง A ดูแลให้ผู้ป่วยสวมเสื้อ SAFE และติดป้ายชื่อที่มีสัญลักษณ์สีแดงในช่อง A
3. เผื่อระวังความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยมอบหมายให้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ขณะผู้ป่วยเข้าห้องน้ำต้องติดตามผู้ป่วยทุกครั้ง หรือจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่จัดไว้เฉพาะซึ่งบุคลากรสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลา กรณีผู้ป่วยนั่งผ้าถูงให้ชายผ้าถูงสูงขึ้นหรือเปลี่ยนเป็นสวมกางเกง
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ผู้ป่วยนอนพักอย่างเพียงพอแนะนำการเปลี่ยนท่าอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหน้ามืด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ตรวจสอบสถานที่ บริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 1 ชม. ได้แก่
 - ตรวจสอบความเรียบร้อยไม่วางอุปกรณ์ในห้องผู้ป่วย
 - ใช้ Pad Alarm รองที่นอนเพื่อให้มีเสียงเรียกเตือนเมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นจากเตียง
 - จัดหาแผ่นกันลื่นในห้องน้ำผู้ป่วยแทนผ้าเช็ดเท้า
 - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่บนเตียงต้องยกราวกันเตียงขึ้นทุกครั้ง กรณีที่ไม่มีราวกันเตียง ให้จัดชิดกัน เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง
 - จัดหาอุปกรณ์เพื่อหุ้มเหล็กที่ล้อเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรือผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับการนอนเตียงให้นำที่นอนวางบนพื้นห้องนอน
 - ผู้ป่วยมีอาการสับสน งุนงงมากๆ มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง บุคลากรสามารถผูกยึดผู้ป่วยตามความจำเป็นและเหมาะสม
 - ดูแลผู้ป่วยสวมรองเท้าขณะออกไปทำกิจกรรมนอกตึก เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การสะดุด หรือเหยียบสิ่งของที่ทำให้บาดเจ็บได้ และรองเท้าควรใส่ขนาดพอดีเท้าไม่หลวมหรือใหญ่เกินไปเพราะอาจสะดุดเท้าตนเองแล้วหกล้มได้
 - เมื่อญาตินำผู้ป่วยออกนอกตึกแนะนำให้ดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
6. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ลงบันทึกในแบบบันทึกตามตารางเวลาเผื่อระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุก 1 ชั่วโมง

การป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวช

การป้องกัน การพลัดตกหกล้มเป็นมาตรการหนึ่งในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการเฝ้าระวังการเกิด อุบัติเหตุ ได้แก่ Accident : A

A : Accident : หมายถึงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยจิตเวชจะเกิดจาก สาเหตุต่างๆ ดังนี้

1. การทรงตัวไม่ดี มีอาการง่วงนอนเดินเซ หลังได้รับยาทางจิตเวช
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีนงง การทรงตัวไม่ดี
3. ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) ที่มีภาวะสับสน งุนงง หรือกระวนกระวาย
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อ (Delirium) ภาวะถอนพิษสุราหรือผู้ป่วยที่ขาดสารเสพติด สับสน กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง
5. ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายร่วม
6. ผู้ป่วยลมชัก ผู้ป่วยล้มขณะเกิดอาการชัก วูบโดยไม่มีอาการนำก่อน
7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการขับถ่ายผิดปกติ ควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ หรือผู้ป่วยท้องเสีย ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย
8. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง ประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินคนสั่งให้หกล้ม พยายามหลบหนี
9. ผู้ป่วยพิการ/ประสาทสัมผัสผิดปกติ เช่น ตาบอด หูตึง หูหนวกแขนขาด้วน เป็นต้น

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาต้านโรคจิตมี
- 1.2 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างรุนแรง
- 1.3 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เดินบ่อย มีการเปลี่ยนอิริยาบถหรือท่าทางอย่างรวดเร็ว หรือผู้ป่วยเดินไปปัสสาวะบ่อยๆ
- 1.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะทุโภชนาการหรือขาดสารอาหาร หรือ มีภาวะสมดุลของเกลือแร่ที่ผิดปกติ (Electrolyte imbalance)
- 1.5 ผู้ป่วยที่มี มีความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย
- 1.6 ผู้ป่วยที่มี ความดันโลหิตต่ำ มีไข้สูง หลับมาก มีนงง สับสน

2. ทักษะการประเมิน/สังเกตผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

- 2.1 มีการรับ-ส่งเวร อย่างละเอียดทุกครั้งก่อนการปฏิบัติงานเพื่อทราบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ
- 2.2 มีการทำ Pre-pose conference ก่อนและหลังปฏิบัติงาน เพื่อรู้ข้อมูลละเอียดมากขึ้นและกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

2.3 จัดทำตารางจ่ายยากลุ่มเสี่ยง เช่น Clopaze ,Lithium, Carbamazepine และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้น หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวในผู้ป่วยให้รายงานให้หัวหน้าเวรทราบ

3. ทักษะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้ปลอดภัยไม่พลัดตกหกล้ม

3.1 จัดแบ่ง Unit ผู้ป่วยให้อยู่ตามZoneที่กำหนด โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากจัดให้อยู่ใกล้เจ้าหน้าที่ หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมาก จัดให้อยู่ในห้องแยก เป็นต้น

3.2 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยการจัดทางเดินให้กว้างเพียงพอเพื่อสะดวกต่อการเดิน หลีกเลี่ยงการมีพื้นต่างระดับ จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นไม่เปียกชื้น และไม่ควรถัดอุปกรณ์กีดขวางทางเดิน

3.3 บริเวณห้องน้ำผู้ป่วยที่พื้นมักจะเปียกตลอด ให้ติดพดลุมที่ฝานั่งหรือเพดานเพื่อเปิดเป่าพื้นให้แห้งตลอดเวลา และใช้แผนยางกันลื่นปูในบริเวณที่เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

3.4 มอบหมายให้เจ้าหน้าที่คอยดูแลทำความสะอาดห้องน้ำ เพื่อป้องกันคราบโคลสบูเกาะพื้นทำให้พื้นลื่นได้

3.5 อุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียง รถเข็น ต้องมีการตรวจสอบคุณภาพตลอดเวลา หากพบมีการชำรุด งดใช้กับผู้ป่วยเด็ดขาดและให้ส่งซ่อมโดยด่วน

3.6 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องนอนบนเตียง ให้อยู่ไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้างทุกครั้ง หลังให้การพยาบาลและผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการป็นเตียงให้ผูกยึดผู้ป่วยไว้กับเตียงตามความเหมาะสม

3.7 ติดตั้งกล้องวงจรปิดในบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

4.เทคนิคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิต

4.1 ในผู้ป่วยที่มีการทรงตัวไม่ดีเดินเรื่อยเปื่อย สับสน ให้ใช้วิธีจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยให้ปลอดภัย

4.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีการทรงตัวไม่ดี จัดเจ้าหน้าที่คอยดูแลช่วยเหลือใกล้ชิดตลอดเวลา และไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง

4.3 การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงให้ช่วยเหลือใกล้ชิด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาบน้ำ

4.4 จัดให้ผู้ป่วยได้สวมเสื้อผ้าที่พอดีตัวไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป เพื่อป้องกันผู้ป่วยสะดุดผ้าหกล้ม

4.5 เลือกใช้เตียงและไม้กั้นเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยอาจป็นเตียงและพลัดตกลงมาได้

แนวปฏิบัติ การป้องกันลอบหนี

วิธีปฏิบัติ

1. ประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมลอบหนี ในผู้ป่วยรับใหม่ต้องประเมิน SAFE ทุกราย ประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการลอบหนี ตามแบบประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยลอบหนี ทุกวันทุกเวร ผู้ป่วยที่เสี่ยงลอบหนีให้สวมเสื้อ SAFE ติดป้ายชื่อ และทำเครื่องหมายการเฝ้าระวัง SAFE-E
2. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงลอบหนี ประเภท E1 สามารถพาออกไปทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วยได้ โดยจัดจับคู่ Buddy กับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงลอบหนี ประเภท E2 ออกไปทำกิจกรรมนอกหอผู้ป่วยได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลควบคุมใกล้ชิด และประเภท E3 ให้ทำกิจกรรมในหอผู้ป่วย และเฝ้าระวังใกล้ชิด ตรวจสอบเช็คและเฝ้าระวังผู้ป่วยตามระยะเวลาและบันทึกในแบบบันทึกการเฝ้าระวัง SAFE
3. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังลอบหนีทุกวันทุกเวร
4. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา ระยะเวลาบำบัด ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธ ให้ใช้หลักการเจรจาต่อรอง และให้กำลังใจ ขณะรับใหม่และระหว่างบำบัดในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ
5. ก่อนเปิดประตูเข้าไปทำกิจกรรมการพยาบาลให้ผู้ป่วยไปนั่งประจำที่เตียงทุกคนหรือให้อยู่ห่างจากประตูเข้า-ออก
6. ก่อนพาผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมนอกตึก พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมกันประเมินผู้ป่วยก่อน ทุกครั้ง กรณีผู้ป่วยที่อนุญาตให้ออกไปทำกิจกรรมข้างนอกตึก ให้บอกเหตุผลว่าผู้ป่วยที่อนุญาตให้ออกไปทำกิจกรรมนอกตึกเพราะผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดี อาการทางจิตทุเลา เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะให้กลับบ้าน
7. มอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยที่เสี่ยงลอบหนีดูแลผู้ป่วยอื่นและยกย่องให้เขาเป็นฮีโร่ เป็นแบบอย่างของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดี เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และละอายที่จะทำผิด
8. จัดผู้ป่วย Buddy เพื่อนช่วยเพื่อน ให้ผู้ป่วยที่ดีดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยง ลักษณะฝากดูแล
9. ก่อนพาผู้ป่วยออกมาทำกิจกรรมในห้องกลุ่มกิจกรรม หรือรับประทานอาหารที่มีทางเข้าออกหลายทางให้ปิดล็อกประตู ที่ผู้ป่วยสามารถใช้ลอบหนีได้ ให้มีประตูเข้าออกทางเดียวเพื่อง่ายต่อการเฝ้าระวัง
10. ผู้ป่วยที่ออกมาช่วยทำงาน /กิจกรรมพัฒนาสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแล พูดคุยและให้กำลังใจไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
11. เมื่อผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมนอกตึก เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแล ตรวจสอบนับผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาเป็นระยะๆ
12. เจ้าหน้าที่ไม่ควรพาผู้ป่วยไปตรวจพิเศษ/ทำกิจกรรมครั้งละหลายคน
13. กรณีญาติมาเยี่ยมผู้ป่วย จะต้องบอกญาติทุกครั้งก่อนญาติจะกลับให้นำผู้ป่วยกลับมาส่งกับเจ้าหน้าที่ห้ามปล่อยให้ผู้ป่วยเดินกลับมาคนเดียว จัดสถานที่ญาติเยี่ยม ให้ปลอดภัยเป็นสัดส่วนอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ ติดกล้องวงจรปิดไว้ในห้องให้ญาติเยี่ยมในมุมเสี่ยง
14. ตรวจสอบนับผู้ป่วยทุกครั้งก่อนรับ-ส่งเวร และทุก 1 ชั่วโมง

แนวปฏิบัติการบริหารยาผู้ป่วยใน

วิธีปฏิบัติ

1. เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาพยาบาลรับคำสั่งโดยใช้ปากกาแดง ลงชื่อ วันที่และเวลาไว้ให้ชัดเจน พร้อมส่งสำเนาไปให้ห้องยา เพื่อจ่ายยา แบบ Unit does โดยที่สายยาปกติจะเริ่มในวันถัดไป แต่ถ้าเป็น order one day หรือยา Antibiotic ห้องยาจะจัดให้ในมือถัดไป พยาบาลคัดลอกยาลงในใบ MAR โดยมีรายการดังนี้ชื่อยาขนาดยาที่ใช้ วิธีบริหาร(O, m) ความถี่ (tid, bid)
2. กรณีแพทย์สั่ง review treatment ใหม่ ให้ทำปึกการรายการยาทุกรายการ และเขียน review treatment ใหม่ด้วยปากกาสีแดง พร้อมลอกรายการยาใหม่ทุกตัวลงในใบ MAR ทุกครั้ง
3. กรณีแพทย์สั่ง OFF ยา ให้เขียนคำว่า OFF ในใบ MAR ด้วยปากกาแดง แล้วขีดเส้นยาว เมื่อแพทย์สั่งยาใหม่ ให้เขียนยาใหม่ทุกครั้ง
4. พยาบาลรับสายยาจากห้องยานำมาตรวจสอบกับ Doctor's order sheet สีสชมพูกับใบ MAR ให้ตรงกัน ถ้าพบไม่ตรงกันให้ประสานห้องยาทันที เพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง
5. ขณะจ่ายยาให้ผู้ป่วย จะต้องตรวจ cheek อีกครั้งว่าสายยา Doctor's order sheet และใบ MAR ตรงกัน หรือไม่ และต้องถามชื่อ –สกุล เพื่อยืนยันตัวผู้ป่วยและความถูกต้องครอบคลุม โดยคำนึงถึง 6 Right และไม่ควรรีกสายยาก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย ดังนี้
 - ถูกคน โดยยืนยันจากการถาม ชื่อ – สกุล
 - ถูกยา โดยตรวจสอบกับใบ MAR และสำเนา Doctor's order sheet สีสชมพู
 - ถูกขนาด เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ
 - ถูกวิธีบริหาร ให้เฝ้าระวังยาที่มีเทคนิคพิเศษ
 - ถูกเวลา ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 6
 - ถูกเทคนิค โดยเฉพาะยา ที่มีความเสี่ยงสูง
6. การเรียกชื่อผู้ป่วยขณะจ่ายยาให้เรียกตามลำดับเตียง ยกเว้นผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยถูกจำกัดพฤติกรรม
7. พยาบาลลงชื่อการให้ยาผู้ป่วยในใบ MAR ตามเวลาที่จ่ายจริง ในการบริหารยาแต่ละครั้ง โดยกำหนดช่วงเวลา ดังนี้
 - ยาก่อนอาหาร = ก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง ยกเว้น ยาบางชนิดที่มีข้อแนะนำพิเศษ
 - ยาหลังอาหาร = หลังอาหาร 15 นาที ถึง ครึ่งชั่วโมง

- ยาหลังอาหารทันที = หลังอาหารทันที
- ยาพร้อมอาหาร = พร้อมกับอาหารในมือนั้น ๆ

8. เมื่อพบว่ามีกรลิมให้ยาผู้ป่วยสามารถให้ก่อนเวลาเมื่อต่อไป 2 ชั่วโมง

9. กรณีผู้ป่วยนำยามาจากบ้าน ให้เขียนลงใน Doctor's order sheet พร้อมทั้งรายงานแพทย์และส่งยาให้ห้องยาตรวจ เพื่อจัดเข้าสายยาต่อไป

10. กรณีพบความเสี่ยงการบริหารยา ให้รายงานความเสี่ยงทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการดื่มน้ำมากผิดปกติ (polydipsia)

คำว่าดื่มน้ำมากผิดปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวันเป็นระยะเวลานาน

อาการ (มักจะปรากฏอาการตอนบ่าย หรือช่วงเย็นๆ)

1. กระวนกระวาย กระสับกระส่าย
2. หงุดหงิด ก้าวร้าวมากขึ้น
3. ปวดศีรษะมาก ในผู้ป่วยบางราย
4. มีนงง สับสน
5. อ่อนล้า หดแรงแรง
6. อาเจียนเป็นน้ำ
7. กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ปัสสาวะราด
8. หากเป็นมากอาจเดินเซ เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง
9. อาจเกิดอาการชักเกร็ง กระตุก ถึงขั้นเสียชีวิตได้ (ระดับโซเดียมต่ำกว่า110mgq/L)

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงเกิดปัญหาดื่มน้ำมากผิดปกติที่พบได้บ่อยๆ มี 3 ลักษณะเด่นดังนี้

1. มักจะถือแก้วน้ำหรือขวดน้ำติดตัวบ่อยๆ เกือบตลอดเวลา
2. เข้าห้องน้ำนานและเสื่อเปียกบ่อยๆ
3. ไม่ยอมกินอาหาร หรือกินอาหารน้อยลงแต่จะขอดื่มน้ำชนิดต่างๆ แทน

วิธีปฏิบัติ

1. สังเกตการดื่มน้ำ
 - มักจะถือแก้วน้ำหรือขวดน้ำติดตัวบ่อยๆ เกือบตลอดเวลา
 - มักอยู่บริเวณที่มีน้ำ
 - เสื่อผ้าเปียกน้ำบ่อยๆ
 - เข้าห้องน้ำบ่อยและเป็นเวลานาน(ปัสสาวะ/ดื่มน้ำ)
2. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื่มน้ำมากผิดปกติ
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา

4. ให้ข้อมูลความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มน้ำมากให้ผู้ป่วยฟังทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม หรือ
ในขณะที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกเช้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ ตระหนักถึงผลเสียและอันตรายจากการดื่มน้ำมาก
5. จำกัดบริเวณผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะในหอผู้ป่วยหรือห้องแยกเพื่อสังเกตอาการ
6. จำกัดปริมาณ fluid intake ให้น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (ปกติผู้ชายดื่มน้ำประมาณ 13 แก้ว (3ลิตร)/วัน
ผู้หญิงดื่มน้ำประมาณ 9 แก้ว (2.2ลิตร)/วัน
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกลือแกงหรือสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
8. จัด Buddy เพื่อนผู้ป่วยในห้องช่วยดูแล สังเกต ขณะผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ป้องกันการแอบดื่มน้ำในห้องน้ำ
9. สังเกต ประเมินอาการผู้ป่วยถ้าพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิดง่าย เดินเซ สับสน กระวนกระวาย
ร้าว ออกเสียงไม่ชัด ให้รายงานแพทย์
10. ส่งต่อข้อมูลทุกเวอร์เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
11. ก่อนจำหน่ายให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และให้บันทึกข้อมูลลงในปัญหาความต้องการใน
OPD Card เพื่อการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำในการมารับการรักษาทั้ง OPD Case และการ Admit ในครั้งต่อไป
รวมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในระบบ Thai COC เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

1. ทำข้อตกลงและให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับลดปริมาณน้ำดื่ม โดยให้จดบันทึกปริมาณน้ำดื่ม หากทำได้ อาจมี
รางวัลให้ผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยจิบน้ำทีละน้อย หรือให้ออมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ หรือเคี้ยวหมากฝรั่งชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล
แทนก็ได้ จะทำให้ชุ่มคอ ช่วยลดอาการกระหายน้ำได้
3. ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้แหล่งน้ำ
4. หากิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ ไม่ให้ผู้ป่วยหมกมุ่นกับการดื่มน้ำอย่างเดียว เช่น ชวนเล่นเกมง่ายๆ ที่
ผู้ป่วยเล่นได้ หรือสนุกสนาน
5. หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารรสจัด เช่น เค็ม เผ็ด หวาน เนื่องจากจะกระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก

แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดื่มน้ำมากผิดปกติ

- ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี การวินิจฉัยโรค.....
- ระยะเวลาที่รับประทุกันยาทางจิตเวช.....ปี
- ประวัติสมาชิกในครอบครัวมีภาวะดื่มน้ำมากผิดปกติ () มี () ไม่มี

ที่	หัวข้อประเมิน	มี	ไม่มี
1	พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ดื่มน้ำบ่อยๆ ถู้อาาขณะดื่มน้ำตลอดเวลา อยู่ในแหล่งดื่มน้ำ ตัวเปียก แอบดื่มน้ำในที่ๆไม่เหมาะสม เช่น ในห้องน้ำ มีการปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะรดที่นอน		
2	ดื่มน้ำมากกว่า 3,000 cc / วัน วันที่.....เวรเข้า.....cc เวรป่วย..... cc เวรดีก.....cc %BWได้ =..... วันที่.....เวรเข้า.....cc เวรป่วย..... cc เวรดีก.....cc %BWได้ =..... วันที่.....เวรเข้า.....cc เวรป่วย..... cc เวรดีก.....cc %BWได้ =..... มีค่า %BW มากกว่า/เท่ากับ 5 % ทำข้อ 7 และ 8 การคำนวณ %BW= [(น้ำหนักเย็น-น้ำหนักเข้า)/น้ำหนักเข้า] X 100		
3	ความเจ็บป่วย เช่น Pulmonary lesions ต่อมหมวกไต เบาหวาน อุบัติเหตุสมอง ไต แคลเซียมในเลือด โฟสเฟสเซียมต่ำ		
4	มีอาการแสดงว่าอยากบุงหรือซ้าๆ		
5	รับประทุกันยาตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปในรายการต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมายในช่อง () () Chropromazine () Perphenazine () Clozapine () Trihexyphenidyl () Lithium () Carbamazepine () Amitriptyline () Nortriptyline () Imipramine () HCTZ		
6	สังเกตอาการทางจิต เช่น หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น พูดออกเสียงไม่ชัด/พูดเร็ว เดินวนเวียน มีอาการสัน เดินเซ สับสน กระวนกระวาย ซึ่งเปลี่ยนแปลงในช่วงป่วยของแต่ละวัน (ประเมินอาการที่สัมพันธ์กับภาวะดื่มน้ำมากผิดปกติ)		
7	ตรวจ Urine มีค่า Sp.gr. <1.008 (ตรวจเมื่อ %BW มากกว่า/เท่ากับ 5 %) ตรวจพบค่า Sp.gr.=.....		
8	ค่า Na ในเลือด < 130 mmol/L (ตรวจเมื่อ %BW มากกว่า/เท่ากับ 5 %) ค่า Na =..... mmol/L		

เกณฑ์การประเมิน

- กลุ่มปกติ: มีอาการข้อ 1-6 น้อยกว่า 3 ข้อ และไม่มีข้อ 6
- กลุ่มเสี่ยงน้อย-ปานกลาง: มีอาการข้อ 1-6 น้อยกว่า 1 ข้อ และไม่มีข้อ 6-7 รวมด้วย
- กลุ่มเสี่ยงสูง: มีอาการข้อ 1-6 น้อยกว่า 1 ข้อ และไม่มีข้อ 6-7-8 รวมด้วย

สูตรการคำนวณ

$$\text{การคำนวณ \%BW} = [(\text{น้ำหนักเย็น}-\text{น้ำหนักเข้า})/\text{น้ำหนักเข้า}] \times 100$$

$$\text{การคำนวณปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน} = [\text{น้ำหนักตัว (ก.ก.)} \times 2.2 \times 30] / 2$$

แนวปฏิบัติผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะดื่มน้ำมาก

แนวปฏิบัติ

1. เมื่อพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำมากหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการดื่มน้ำมาก ให้รายงานพยาบาลเวรทราบ เพื่อประเมินคัดกรอง
2. จำกัดพฤติกรรมการดื่มน้ำของผู้ป่วย โดยการให้อยู่ในห้องแยก และเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยอื่นส่งน้ำให้
3. ให้ผู้ป่วยใส่เสื้อ SAVE ของการเฝ้าระวังพฤติกรรมดื่มน้ำมาก เพื่อการสังเกตที่ง่าย และสะดวกขึ้น
4. ควบคุมปริมาณน้ำดื่มของผู้ป่วยไม่ให้เกิน 2 ลิตรต่อวัน (2,000 cc ต่อวัน) หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ โดย
 - 4.1 ให้เตรียมน้ำดื่ม ใส่ขวด จำนวน 2,000 cc (หรือตามแผนการรักษา) และเขียนชื่อผู้ป่วยแต่ละรายติดที่ขวดสำหรับคนนั้นๆ
 - 4.2 ให้น้ำผู้ป่วยดื่มทุก 2 ชั่วโมง ได้แก่ 06.00 น., 08.00 น., 10.00 น., 12.00 น., 14.00 น., 16.00 น., 18.00 น., 20.00น, ครั้งละ 250 cc และมีการบันทึกปริมาณน้ำเข้าทุกเวร และบันทึกในแบบบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ของตึก
 - 4.3 ให้เวรตึกเป็นคนเติมน้ำในขวดของผู้ป่วยแต่ละรายให้เต็ม จำนวน 2,000 cc (หรือตามแผนการรักษา) ทุกวัน
 - 4.4 ให้เตรียมแกลลอนสำหรับใส่ปัสสาวะของผู้ป่วยแต่ละราย และติดชื่อของผู้ป่วยนั้นๆ เพื่อการสังเกตปริมาณน้ำออก (output) และให้เทปัสสาวะทิ้งก่อนลงเวรในทุกเวร บันทึกปริมาณน้ำออกทุกเวร (ได้แก่ ปัสสาวะ อาเจียน ฯลฯ) ในแบบบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ของตึก
 - 4.5 ให้ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย 2 เวลา คือก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น และบันทึกในแบบบันทึกสารน้ำเข้า-ออก ของตึก โดยให้ใช้เครื่องชั่งตัวเดียวกัน
5. ให้ติดตามและควบคุมผู้ป่วยเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร ทุกครั้ง
6. รายงานข้อมูลให้พยาบาลทราบเมื่อสังเกตเห็นความผิดปกติ เช่น ดื่มน้ำในขณะที่อาบน้ำอยู่ ปัสสาวะเป็นสีเหลืองเข้ม ปริมาณน้ำเข้ากับน้ำออกไม่สัมพันธ์กัน หรือมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิดง่าย มือสั่น เดินเซ สับสน กระวนกระวาย พูดเร็ว/ออกเสียงไม่ชัด
7. มีการส่งต่ออาการและข้อมูลปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก ในทุกเวร
8. เมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมดื่มน้ำมาก และให้ออกจากห้องแยกแล้ว ให้ชั่งน้ำหนัก ผู้ป่วย 2 เวลา คือก่อนอาหารเช้า และก่อนอาหารเย็น และบันทึกลงในแบบฟอร์มปรอท จนกว่าผู้ป่วยจะจำหน่าย

แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยทำ Modified ECT

วิธีปฏิบัติ

1. แพทย์มีคำสั่ง การรักษาให้ ECT พยาบาลประจำหอผู้ป่วย Tel.แจ้ง หน่วย M.ECT เบอร์ 62523 , 62183, 62143 แจ้งรายละเอียดผู้ป่วย ดังนี้
 รายละเอียดทั่วไป ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ
 โรคประจำตัวทางกาย ยาที่รับประทานปัจจุบัน
 เหตุผลที่ส่งทำรักษาด้วยไฟฟ้า
2. เจาะเลือด ส่ง Auto lab ได้แก่ CBC , Bun Cr, E'lyte หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นหรือ มีประวัติ ใช้สุรา พิจารณาตรวจ LFT เป็นรายกรณี หากผู้ป่วยเคยมีผลตรวจแล้ว ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ไม่ต้องเจาะซ้ำ
 หมายเหตุ ในกรณี ผู้ป่วยมีภาวะอ้วน Morbid obesity (BMI \geq 35) ดูแล NPOผู้ป่วยตั้งแต่ 20.00 น. และรายงานหมอให้ยาป้องกันการเกิดภาวะกรดสำลัก (Ranitidine iv or Omeprazole iv) และในกรณี ผู้ป่วยมี ภาวะอ้วน obesity ร่วมกับมีโรคประจำตัวเช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หรือ GERD ดูแล NPOผู้ป่วยตั้งแต่ 20.00 น. และรายงานหมอให้ยาป้องกันการเกิดภาวะกรดสำลัก (Ranitidine iv or Omeprazole iv) เช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวจะมีระยะเวลาการย่อนานและผิดปกติจึงความเสี่ยงต่อการดูดสำลักได้มาก
3. ส่งทำ CXR 1 วันก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า (ถ้าไม่เคยตรวจภายในระยะเวลา 1 ปี หรือในกรณีที่ ผู้ป่วยเคยทำ CXR ไม่เกิน 1 ปี แต่มี อาการแสดงเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ พิจารณาส่ง CXR ซ้ำได้)
4. ส่งทำ EKG ถ้าไม่เคยตรวจภายในระยะเวลา 1 ปี (ในกรณีที่ ผู้ป่วยเคยทำ EKG ไม่เกิน 1 ปี แต่มี อาการแสดงเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ พิจารณาส่ง EKG ซ้ำได้)
5. มีใบยินยอมรับการรักษาหรือใบบังคับรักษาของคณะกรรมการจากสถานบำบัดรักษา
6. งดน้ำและอาหารก่อนทำอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนทำ เจาะ DTX at 6.00น. หากพบต่ำกว่า 70 mg% สูงกว่า 200 Mg% พิจารณารายงานแพทย์ประจำเวรวันนั้น เพื่อแก้ไข
7. เตรียมร่างกายผู้ป่วย เช่น ถอดคอนแทคเลนส์ ถอดฟันปลอมออก (ถ้ามี) เพื่อป้องกันฟันปลอมหลุดร่วงลง อุดทางเดินหายใจ ให้ผู้ป่วยปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนส่งทำ ในกรณีผู้ป่วยชายดูแลผู้ป่วยโกนหนวดก่อนวันทำการรักษา ทุกครั้ง (หากหนวดยาว จะทำให้การ hold mask ผู้ป่วยยากและไม่มีประสิทธิภาพ เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย)
8. จัดให้มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำตีคมาพร้อมผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คน ในเช้าวันทำ และให้มาถึงหน่วย M.ECT เวลา 7.45 น. เพื่อเปิดเส้นให้ IV และลงทะเบียนประเมินผู้ป่วยก่อนทำ
9. กรณีงดการรักษากรุณาโทรศัพท์แจ้งหน่วย M.ECT อย่างช้าก่อน 7 โมงเช้าวันส่งทำ ECT เพื่อจะได้ไม่ต้องเตรียมยาและอุปกรณ์เพราะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

10. พยาบาลวิสัญญี จะไปประเมินผู้ป่วยก่อนทำ 1 วัน ในเวลา 14.00 น. ของทุกครั้งที่ทำ M.ECT ครั้งแรก และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำในเวลา 14.00 น. ทุกราย

11. ในกรณี หากผู้ป่วยที่ทำ M.ECT ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป หากพบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเช่น มีไข้ $BT \geq 37.5$ c , มีอาการหอบ, เจ็บหน้าอก , เป็นหวัดมีน้ำมูก มีเสมหะ , V/S ผิดปกติ หรือมีอาการอื่นที่ผิดปกติ กรุณา โทรแจ้ง หน่วย M.ECT เพื่อพยาบาลวิสัญญีไปประเมินซ้ำว่าสามารถทำการรักษาได้หรือไม่

12. ในกรณีผู้ป่วย NPO ไม่ครบ 8 ชั่วโมง (ดื่มน้ำ , กินอาหาร) ก่อนมา ECT ทางหอผู้ป่วยติดต่อแจ้ง รายละเอียดให้พยาบาลประจำหน่วยรักษาด้วยไฟฟ้าทราบไม่เกิน 7.30 น.ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าวันทำ เพื่อพิจารณาว่า สามารถทำ ECT ในวันนั้นได้หรือไม่

13.ในกรณีหอผู้ป่วยในช่วงนั้นมีโรคระบาด เช่น อีสุกอีใส ริม ตาแดง งูสวัด แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วย ECT รับทราบก่อนวันไปประเมิน ทางหน่วย ECT จะดูแลทำการรักษาผู้ป่วยรายนั้นเป็นรายสุดท้าย พร้อมทั้งแยกผู้ป่วยในที่อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากหัตถการของ ECT มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อได้ มากในขั้นตอนการ Face mask ventilation Suction และการดูแลให้ Nebulizer

14. ในกรณีอยู่ในช่วงโรคระบาด โควิด 19 หากมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ PUI แจ้งเจ้าหน้าที่หน่วย ECT รับทราบก่อน วันไปประเมิน หรือหากผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ PUI แต่ Admit ไม่ถึง 14 วัน ทางหน่วย ECT จะดูแลทำการรักษาผู้ป่วยราย นั้นเป็นรายสุดท้าย พร้อมทั้งแยกผู้ป่วยในที่อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากหัตถการของ ECT มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อได้มากในขั้นตอนการ Face mask ventilation Suction และการดูแลให้ Nebulizer

ในกรณีแพทย์ สั่งทำ M. ECT นอกเวลาราชการ หรือเคสฉุกเฉิน

ในวันหยุดติดต่อแจ้งหน่วยรักษาด้วยไฟฟ้าก่อน 1 วันก่อนส่งทำ ECT (เพื่อเตรียมเจ้าหน้าที่)

- ในกรณีทำเคสฉุกเฉิน จะต้องมีพยาบาลประจำตึก 1 คน และ เจ้าหน้าที่ประจำตึก 1คน มาในการดูแลผู้ป่วยในวันหยุด
 - พยาบาลประจำหอผู้ป่วย แจ้งรายละเอียดตามข้อมูลข้างต้น (ข้อที่ 1) กับพยาบาลวิสัญญี
- | | |
|----------|------------------|
| กรวิการ์ | tel. 083-3937459 |
| จิรพร | tel. 081-5929655 |
| ปานทิพย์ | tel. 089-9411046 |

หากไม่สามารถติดต่อพยาบาลวิสัญญีได้โทรแจ้ง ที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน 62529, 62183 พร้อมแจ้ง รายละเอียดข้อมูลผู้ป่วย และถามชื่อสกุลผู้รับข้อมูล และแจ้งชื่อผู้ส่งข้อมูล เพื่อให้สามารถตามข้อมูลได้ถูก คน ลงบันทึกข้อมูลการแจ้งไว้ในใบสหวิชาชีพ

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ดูแลส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Auto lab) นอกเวลาราชการ และ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แพทย์ประจำเวรวันนั้นพิจารณาแก้ไขหากพบผิดปกติ (CXR , EKG รอทำตอนเช้าก่อนทำ ECT

แนวปฏิบัติ การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

วัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. คอมพิวเตอร์ และโปรแกรม HIS
2. แบบบันทึกการให้ยาฉีดและสารน้ำ
3. แบบบันทึกการให้ยารับประทาน
4. แบบฟอร์มปรอท (รพจ.15)
5. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
6. แบบบันทึกการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรม

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด การแพ้ยา การตรวจสภาพร่างกายและจิตใจ และอาการแรกรับ ในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
2. พยาบาลบันทึกสัญญาณชีพ ส่วนสูง น้ำหนัก อาหาร Intake/Out put (ถ้ามีคำสั่งการรักษา) และการขับถ่าย ในฟอร์มปรอท (รพจ.15) และในระบบHIS หน้า TAP ตรวจร่างกาย กรณีผู้ป่วยรับใหม่และผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง V/S และ N/S
3. พยาบาลลงการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการเฝ้าระวัง SAFE-D ในระบบ E-Kardex ทุกวันทุกเวร และลงการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการเฝ้าระวัง SAFE-D ในระบบHIS ทุกครั้งที่บันทึกการพยาบาลในระบบHIS ตามเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช
4. พยาบาลบันทึกในระบบHISหน้าTap Progress ในส่วนของปัญหา/วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ในช่องปัญหาและอาการ (F) ในผู้ป่วยแต่ละรายให้ลงเฉพาะปัญหา/วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ประเมินได้/พบในเวร
5. พยาบาล ลงข้อมูล การประเมิน ที่กำหนดให้ตามกลุ่มโรค ในช่องแบบประเมิน (A1) และลงข้อมูลสนับสนุน ที่สอดคล้องกับปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ในช่อง (A2)
6. พยาบาลบันทึกการให้ยา สารน้ำ ในแบบบันทึกการให้ยาฉีดและสารน้ำ บันทึกการให้ยารับประทาน ในแบบบันทึกการให้ยารับประทานและบันทึกการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในแบบบันทึกการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะจำกัดพฤติกรรม และลงกิจกรรมการพยาบาลในระบบ HIS หน้าTap Progress ช่องIntervention (I) สามารถเลือกกิจกรรม รายการ และพิมพ์เพิ่มได้ในช่องหมายเหตุ
7. พยาบาลบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในส่วนของการประเมินผล หลังให้การพยาบาล ในช่องการประเมินผล (E) โดยประเมินตาม Staging หรือตามเป้าหมายของแต่ละระยะของการบำบัด และต้องสอดคล้องกับปัญหาที่ตั้งไว้
8. พยาบาลบันทึกในส่วนของการวางแผนการพยาบาล ในช่องการวางแผนการรักษา (P) โดยต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น เช่น บันทึกการวางแผนเพื่อดูแลต่อเนื่อง การประสานการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล การติดตามผลLab และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจพิเศษ ฯลฯ

9. ช่อง Note ให้บันทึกข้อมูลสำคัญ เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ แผนการรักษาที่ต้อง monitor ต่อเนื่อง เช่นการส่งตรวจLab ทุกสัปดาห์ หรือการให้ยาฉีดยาประจำเดือน วันนัดญาติเพื่อเตรียมครอบครัว/ จำหน่าย สามารถดูรายงานได้โดยคลิก Tapประวัติต่าง ๆ ด้านบนทางซ้ายมือหน้า Progress

แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

วิธีปฏิบัติ

1. แพทย์เขียนข้อมูลผู้ป่วยที่จะส่งต่อไปรักษาในแบบบันทึกการส่งต่อ ประเมินอาการและอาการแสดงที่สำคัญของผู้ป่วยที่จะต้องส่งต่อไปในหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่า และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อ สื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย ให้กับทีมของสถานพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยที่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และสื่อสารข้อมูลหรืออาการสำคัญของผู้ป่วยต่อญาติทราบ

2. ประเมินอาการสำคัญ ระดับความรุนแรง ความเร่งด่วนของผู้ป่วยเพื่อเตรียมทรัพยากร และบุคลากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. เตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติ มอบหมายผู้รับผิดชอบเตรียมความพร้อมใช้ ของเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการส่งต่อ รวมทั้งมีการเตรียมข้อมูลและเอกสารที่สำคัญก่อนการส่งต่อตามระดับความสำคัญเร่งด่วนของผู้ป่วย พยาบาลเตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบบบันทึกการส่งต่อของแพทย์ ให้ผู้ช่วยเหลือนำไปลงเลขที่เวชระเบียนให้เรียบร้อย เตรียมเอกสารต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น สำเนาบัตรประชาชน หนังสือส่งตัวของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นที่ส่งมารักษาตัว โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

4. วางแผนเส้นทางการส่งต่อ การดูแลระหว่างการส่งต่อ และประสานการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลโทรศัพท์ประสานโรงรถเพื่อขออนุญาตใช้รถและมอบหมายให้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปเขียนบันทึกการใช้รถโดยปฏิบัติดังนี้

ในเวลาราชการ เขียนบันทึกการใช้รถที่ห้องธุรการ

นอกเวลาราชการ เขียนบันทึกการใช้รถที่โรงรถ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่โรงรถเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและร่วมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถ refer

5. ขณะส่งต่อพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินรายโรคตามมาตรฐานวิชาชีพ ติดตามสัญญาณชีพที่สำคัญ

6. กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินตำแหน่งและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น บันทึกข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญระหว่างการส่งต่อ และรายงานให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วย ก่อนเคลื่อนย้ายลงจากรถ

7. ส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูล และเอกสารสำคัญให้แก่สถานพยาบาลปลายทาง พยาบาลเขียนใบแบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำไปให้โรงพยาบาลที่รับ refer ผู้ป่วยเซ็นหลังเซ็นจัดใส่แฟ้มผู้ป่วย และมีการประสานศูนย์ refer เพื่อความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ (ในเวลาราชการ)

8. กลับจาก refer พยาบาลตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือบนรถ refer ว่าใช้อะไรบ้าง และ เบิกอุปกรณ์เครื่องมือคืนให้ครบในกรณีที่มีการใช้

9. พยาบาลบันทึกทบทวน 12 กิจกรรม (กิจกรรมที่ 3: การส่งต่อ)

10. กำหนดให้มีระบบ ผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วย หลังการส่งต่อ พยาบาลเขียนใบติดตามผู้ป่วยส่งจิตเวชชุมชน เพื่อติดตามผล
11. ประเมินคุณภาพการส่งต่อจากสถานพยาบาลปลายทาง

หมายเหตุ ในกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ ไม่มีบัตรประชาชน ประสานให้ห้องธุรการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ก่อนส่งต่อและนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปด้วย

แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดทำงาน (Cardiac arrest)

วิธีปฏิบัติ

1. ผู้ประสบเหตุการณ์คนที่ 1

1.1 ตรวจสอบว่าผู้ป่วยหมดสติหรือไม่ โดยการเรียกชื่อ จับไหล่เขย่าเบา ๆ ประเมินภาวะหมดสติ ถ้าไม่รู้สีกตัว เรียกคนมาช่วย และตามทีม EMS โดยการโทรศัพท์หมายเลข **62199** หลังเที่ยงคืน 24.00 น. ใช้หมายเลข 62523 (ER) พุดรหัสว่า “ช่วยฟื้นคืนชีพ/CPR” ที่หอผู้ป่วย.....บอกชื่อแพทย์เจ้าของหอ/แพทย์เวร

1.2 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้

1. Head tilt-chin lift maneuver คือวิธีแหงนศีรษะและเขยคางใช้ฝ่ามือข้างหนึ่งกดหน้าผากไปข้างหลัง ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งดึงคางมาข้าง

2. Jaw-thrust maneuver ใช้ศอกทั้งสองข้างยันบนพื้นเตียง มือทั้งสองข้างจับขากรรไกรล่าง โดยให้นิ้วหัวแม่มือกดที่ด้านหน้าของกระดูกขากรรไกรล่างบริเวณใต้มุมปากทั้งสองของผู้ป่วย นิ้วที่เหลือทั้งแปดนิ้วกางออกเกี่ยวขอบขากรรไกรทั้งสองข้าง ออกแรงใช้นิ้วทั้งแปดยกกระดูกขากรรไกรล่างไปข้างหน้า พร้อมใช้นิ้วหัวแม่มือกดด้านหน้ากระดูกขากรรไกรล่างให้อ้าปากออก ระวังให้ปลายนิ้วกดบนขากรรไกรเท่านั้น เพราะ หากกดปลายนิ้วลงบนเนื้ออ่อนใต้คางจะยิ่งกดให้ลิ้นลงไปอุดกั้นทางเดินหายใจ(วิธีใช้ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ)

1.3 ตรวจสอบสิ่งแปลกปลอมในปาก ถ้ามีฟันปลอม เศษอาหารให้อาาออก หากมีอาการอาเจียนหรือสำรอกตะแคงหน้าผู้ป่วยไปด้านข้าง แล้วใช้สายดูดเสมหะออกทันที

1.4 สังเกตการณ์เคลื่อนไหวของหน้าอก และตรวจสอบการหายใจ 5-10 นาที โดยนึ่งคุกเข้าใกล้กับไหล่ผู้ป่วยเอียงหน้าให้หูอยู่ใกล้จมูกและปากผู้ป่วย ตามองที่หน้าอก เพื่อดูการเคลื่อนไหวขยับขึ้นลงตามการหายใจหรือไม่ จับชีพจรที่คอ (Carotids pulse) ว่ามีหรือไม่ พร้อมแจ้งให้ทีมทราบ

2. ผู้ประสบเหตุการณ์คนที่ 2

2.1 เคลื่อนรถ Emergency ชุดให้ออกซิเจนไปที่จุดเกิดเหตุใช้ไม้กระดานรองหลังผู้ป่วย

2.2 เปิดออกซิเจน 10-15 ลิตร/นาที ต่อกับ Ambu bag และ Mask

2.3 ครอบ Mask ปิดปาก และจุมูกผู้ป่วยให้แน่น บีบ Ambu bag 2 ครั้ง ใช้เวลา 1-2 วินาที

2.4 คุกเข้าข้างลำตัวผู้ป่วยวัดตำแหน่งเพื่อวางสันมือ บนกลางกระดูก Sternum โดยใช้สันมือทั้งสองข้างวางซ้อนกัน โน้มตัวไปข้างหน้าเหยียดแขนตรง

2.5 กดหน้าอกโดยถ่ายน้ำหนักลงบนสันมือแขนเหยียดตรงและมือไม่ขยับเคลื่อนจากตำแหน่งที่วางไว้กดหน้าอกให้ลึกประมาณ 1 ½ - 2 นิ้ว แล้วผ่อนน้ำหนักการกดเพื่อให้ทรวงอกขยายตัวกลางกดต่อเนื่อง สม่ำเสมอ 30 ครั้ง ความเร็ว 100 ครั้งต่อนาทีปีบ Ambu bag 2 ครั้ง ปฏิบัติ 5 รอบ (ประมาณ 2 นาที) ผู้ที่ทำการกดหน้าอกผู้ป่วย คำศัพท์ที่คอถ้าไม่มีศัพท์ บอกว่า...ยังไม่เต้น ... และกดหน้าอกเพื่อนวดหัวใจรอบต่อไป

2.6 การขอเปลี่ยนผู้ทำการกดหน้าอกบอก “เปลี่ยน” แก่ผู้ทำหน้าที่ช่วยนวดหัวใจก่อนทำการเปลี่ยนหน้าที่ 1 รอบ (การเปลี่ยนหน้าที่ใช้เวลาไม่เกิน 10 วินาที)

3. พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยอื่นที่มาช่วยเหลือ Check neuro sings,Vital sings ทันที จากนั้น Check ทุก 15 นาที 4 ครั้ง , Check ทุก 30 วินาที 2 ครั้ง Check ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง , และ Check ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะ Stable

4. พยาบาล EMS เมื่อมาถึงให้ผู้ป่วย และปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติการพยาบาล EMS

ข้อบ่งชี้ในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

1. คำศัพท์ได้ เริ่มหายใจได้เอง
2. ม่านตาหดตัว และมีปฏิกิริยาต่อแสง
3. สนิมค่อย ๆ กลับคืนสู่สภาพปกติ
4. นวดหัวใจนานเกิน 30 นาที และหัวใจยังไม่เต้น
5. ดุลยพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาจาก ข้อ1-4

แนวปฏิบัติ การจัดการผู้ป่วยถึงแก่กรรม

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลรายงานแพทย์ประจำหอผู้ป่วย/แพทย์เวร เพื่อตรวจชันสูตรศพ

กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรมผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ไม่เคลื่อนไหวหรือแปลงสภาพศพ ยกเว้น กรณียังไม่แน่ใจเสียชีวิต ให้เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลรายงานแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวร และแจ้งตำรวจเพื่อชันสูตร โดยมีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ตำรวจ

2. แพทย์บันทึกข้อมูลในหนังสือรับรองรายงาน แบบรายงานการถึงแก่กรรม(รพจ.25) รพจ.4และ รพจ.3
3. พยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานถึงแก่กรรม (รพจ.25) และสมุดทะเบียนหลบหนี-ถึงแก่กรรม ประจำหอผู้ป่วย (QF-IPD-02.16) ส่งงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

4. พยาบาลแต่งศพ โดยปฏิบัติดังนี้

- 4.1 Complete bath และเปลี่ยนผ้าแต่งแผลถ้ามี
- 4.2 ใช้สำลีปิดช่องต่างๆที่มีสิ่งขับออก(สำหรับทางทวารหนัก ใช้สำลีอุดและใช้พลาสติกแผ่นใหญ่ปิดอีกครั้ง)
- 4.3 ปิดตาโดยดึงหนังตามาปิดลูกตา ถ้าลืมตาอยู่ให้ใช้วาสลีนทาหนังตาเพื่อให้อาบน้ำ
- 4.4 ปิดปากให้สนิทถ้ามีฟันปลอมให้ใส่ฟันปลอมก่อน ถ้าอ้าปากให้ใช้ผ้าพันรัดใต้คางมาผูกกลางศีรษะ เมื่อหุบปากแล้วจึงแก้ออก
- 4.5 ผูกป้ายข้อมือ เขียนชื่อ-สกุล วันที่ เวลาที่เสียชีวิต
- 4.6 คลุมผ้า และแยกไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ ให้ปฏิบัติตามคู่มือ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (QD-ICH-1.01) และเก็บศพไว้ที่หอผู้ป่วยเป็นเวลา 2 ชั่วโมง

5. แพทย์โทรศัพท์แจ้งข้อมูลให้ญาติผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสาเหตุ การถึงแก่กรรมและให้ญาติติดต่อโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

6. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ หรือญาติไม่สามารถมารับศพได้ หลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม 2 ชั่วโมง ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่มูลนิธิมารับศพไปดำเนินการต่อไป

7. กรณีผู้ป่วยมุสลิม หากญาติไม่มารับศพ แจ้งมูลนิธิรับศพเพื่อไปทำพิธีกรรมที่มีสยิดกลางท่าทองใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง หากญาติไม่มารับศพ แจ้งให้มีสยิดรับศพเพื่อไปทำพิธีกรรมทางศาสนาที่มีสยิดกลางท่าทองใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง (เบอร์โทร 077-287130, 077-255083-7)

8. การแจ้งการตายต่อเทศบาล กรณีในเวลาราชการ งานเวชระเบียนเป็นผู้แจ้ง นอกเวลาราชการ พยาบาลแจ้งทางโทรศัพท์ ภายใน 24 ชั่วโมง (เบอร์โทร 077-311833)

9. กรณีญาติมารับศพ ที่โรงพยาบาล และงานเวชระเบียน (OPD) ยังไม่ได้แจ้งทำใบมรณะบัตร ให้ถ่ายเอกสารหนังสือการตาย ให้กับญาติหรือมูลนิธิ เพื่อนำไปเป็นหลักฐานในการผ่านทาง

10. ถ้าญาติต้องการมารับใบมรณะบัตรเอง ติดต่อที่งานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวลา 08.00-24.00 น. ได้ทุกวัน และในเวลาหลัง 24.00 น. – 8.00 น. ติดต่อรับใบมรณะบัตรที่งานจิตเวชฉุกเฉิน

11. กรณีมีญาติต้องการให้ส่งใบมรณะบัตรให้ญาติกรอกแบบฟอร์ม ส่งใบมรณะบัตร โรงพยาบาลจะดำเนินการส่งให้

แนวปฏิบัติ การบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดในระบบ พรบ.สารเสพติด

วัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. สมุดบันทึกข้อมูลทางโทรศัพท์
2. สมุดทะเบียนประจำหอผู้ป่วย (QF-IPD-02.09)
3. สมุดฝากเงินและทรัพย์สิน(QF-IPD-02.11)
4. กฎระเบียบของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล
5. กฎระเบียบและข้อบังคับของญาติ
6. ใบสงวนสิทธิการเข้าเยี่ยมของญาติ
7. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติด
8. แบบรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาเสพติด (บพ.8-2)
9. แบบรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาเสพติด(เมื่อครบระยะเวลา)(บพ.8-3)
10. แบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาเสพติดแบบไม่ควบคุม(บพ.8-4)
11. แบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดยาเสพติดผู้ป่วยใน(บพ.8.5)
12. ใบนัดติดตามผลหลังบำบัด 1 ปี (บสต.5)

วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลศูนย์สารเสพติด ได้รับแจ้งจากพยาบาลงานผู้ป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์แจ้งรับผู้ป่วยไว้รักษาพร้อมรายงานข้อมูลเบื้องต้น ชื่อ-สกุล HN.AN อายุ การวินิจฉัยโรค อาการ แผนการรักษา ชนิดสารเสพติดที่ใช้ ชื่อหน่วยงานที่ส่งเข้ารับการรักษา พยาบาลศูนย์สารเสพติด บันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกข้อมูลทางโทรศัพท์
2. พยาบาลผู้รับโทรศัพท์แจ้งข้อมูลกับหัวหน้าเวร/หัวหน้าหอผู้ป่วย เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ ดังนี้
 - 2.1 เตรียมแฟ้มเอกสารชุดรับใหม่
 - ใบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ
 - แผนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดตามพรบ.
 - ใบ Lab และใบติด Lab (รพจ.26)
 - ใบฟอร์มปรอท (รพจ.15)
 - แบบรับผู้ป่วยเอกสารและยา
 - ค่าบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
 - แบบบันทึกการให้ยารับประทาน/หัตถการ
 - แบบบันทึกกิจกรรมกลุ่มบำบัด
 - 2.2 สมุดรับฝากเงินและทรัพย์สิน
 - 2.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ
 - 2.4 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมอุปกรณ์ เครื่องนอน เสื้อ กางเกงให้ผู้ป่วย
3. พยาบาลประเมินผู้ป่วย ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและยา พร้อมเซ็นรับผู้ป่วย เอกสารและยา

4. พยาบาลซักประวัติการเจ็บป่วยจากผู้นำส่ง บันทึกในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเวช ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ-จำหน่าย
5. พยาบาลให้ญาติเซ็นใบยินยอมในการบำบัดและทำข้อตกลง
 - 5.1 กฎระเบียบของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาพยาบาล
 - 5.2 กฎระเบียบและข้อปฏิบัติของญาติ
 - 5.3 ใบสงวนสิทธิ์การเข้าเยี่ยมของญาติ
 - 5.4 แจ้งระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วยและชื่อญาติที่เข้าเยี่ยมได้ตามใบสงวนสิทธิ์การเข้าเยี่ยมของญาติพร้อมทำกิจกรรมกลุ่มครอบครัว เฉพาะวันจันทร์ เวลา 10.00-12.00 น. การโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วย ทุกวันอังคาร และพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 12.30น. -13.30 น.
 - 5.5 ระยะเวลาในการบำบัด 120 วัน ตามการตัดสินใจของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด
6. พยาบาลตรวจร่างกายอย่างละเอียด สังเกตภาวะอาการของการขาดยาของผู้ป่วย และประเมินสภาพปัญหา รวมทั้งความต้องการเพื่อตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลตามปัญหาความต้องการตามระบบ Patient agent ในระบบ HIS
7. พยาบาลประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมิน BPRS Stage of change ในระบบ HIS
8. เจ้าหน้าที่ตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติ/สารเสพติด โดยนำข้อมูลมาประกอบการให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการ
9. พยาบาลตรวจทรัพย์สิน กรณีมีญาติคืนทรัพย์สินให้แก่ญาติ
10. กรณีไม่มีญาติ บันทึกรับฝากทรัพย์สิน
11. ขั้นตอนแรกเริ่ม พยาบาลใช้กระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกยา ประกอบการให้การพยาบาลตามแผนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดตามพรบ.และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต
12. ขั้นตอนการบำบัดแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 บำบัดแบบผู้ป่วยใน พยาบาลให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยโปรแกรมบำบัดแบบผสมผสานโดยโปรแกรม Matrix และFAST model ตามคู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติดของศูนย์สาริต ระยะเวลา 60 วัน (ในเดือนที่ 1 – 2) สรุปจำหน่ายเพื่อบำบัดต่อที่คลินิกผู้ป่วยนอก

ระยะที่ 2 บำบัดแบบผู้ป่วยนอก พยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติเพื่อทำข้อตกลงในการบำบัดต่อที่คลินิกผู้ป่วยนอก โดยนัดบำบัดในวันอังคาร ทุก 15 วัน เวลา 10.00 น. -12.00 น. (เดือนที่ 3 – 4) อย่างต่อเนื่อง 120 วัน
13. โดยดำเนินกลุ่มตามแผนการบำบัดรักษา เมื่อครบระยะดำเนินการรายงานเพื่อการบำบัดให้หน่วยงานที่นำส่ง ดังนี้

13.1	90 วัน	รายงาน	บพ.8-2
		รายงาน	บพ.8-5
13.2	120วัน	รายงาน	บพ.8-3
		รายงาน	บพ.8-4
		รายงาน	บพ.8-5

14. การยุติบำบัดผู้ป่วยที่ไม่ครบบำบัด 120 วัน ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและไม่ยอมรับการบำบัด โดยพยายามหลบหนีออกจากศูนย์ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เช่น ก้าวร้าวรุนแรง พกของแหลมหรือของมีคม ติดตั้ง ดัดแปลง วัตถุเป็นอาวุธ ก่อกวนทะเลาะวิวาท ทำทนายสังคม และใช้สารเสพติดขณะบำบัดพยาบาลดำเนินการดังนี้
 - 14.1 แจ้งสำนักงานควบคุมประพฤติทราบทางโทรศัพท์ เพื่อขอยุติการบำบัด
 - 14.2 เขียนรายงานพฤติกรรมที่จำเป็นต้องยุติการบำบัดส่งสำนักงานคุมประพฤติต้นสังกัด เพื่อส่งสำนวนรายงานเข้าคณะอนุกรรมการตัดสินใหม่อีกครั้ง
 - 14.3 แจ้งญาติ และแจ้งผู้ป่วยทราบเหตุที่จำเป็นต้องยุติบำบัด
15. ขั้นตอนการจำหน่าย
 - 15.1 กรณีบำบัดครบโปรแกรม (120 วัน) และผ่านการประเมินผลการบำบัด
 - 15.2 พยาบาลตรวจสอบเอกสารและหนังสือส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับจากสำนักงานคุมประพฤติ
 - 15.3 พยาบาลให้ใบนัดติดตามผลหลังการบำบัด 1 ปี
 - 15.4 กรณีบำบัดที่ไม่ครบบำบัด 120 วัน (ยุติบำบัด) ผู้ป่วยได้ทำการหลบหนีออกจากศูนย์สาธิตขณะบำบัดปฏิบัติดังนี้
 - 15.4.1 เจ้าหน้าที่ติดตามทันที ทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล ตามสถานที่ต้องสงสัย
 - 15.4.2 พยาบาลรายงานแพทย์ประจำหอ/แพทย์เวร /หัวหน้าหอ/พยาบาลตรวจการ/หัวหน้างาน
 - 15.4.3 เจ้าหน้าที่นำใบแจ้งความที่งานธุรการ ไปแจ้งความลงบันทึกประจำวันที่สถานีตำรวจในเขตพื้นที่โรงพยาบาล
 - 15.4.4 พยาบาลบันทึกข้อมูลเหตุการณ์หลบหนี หรือบำบัดไม่ครบ
 - 15.4.5 พยาบาลแจ้งสำนักงานประพฤติต้นสังกัดทราบ
 - 15.4.6 พยาบาลแจ้งญาติทราบ
 - 15.4.7 สรุปร่วมเพิ่มผู้ป่วย เสนอเช่นตามลำดับขั้น
 - 15.4.8 ส่งเพิ่มผู้ป่วยที่งานเวชระเบียน
 - 15.5 กรณีไม่มาบำบัดตามนัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก ปฏิบัติดังนี้
 - 15.5.1 พยาบาลโทรติดตามผู้ป่วยและครอบครัว แจ้งการยุติการบำบัด
 - 15.5.2 พยาบาลสรุปการบำบัดไม่ครบในใบบพ.ระยะเวลา 90 วัน หรือ 120 วัน ส่งคุมประพฤติเพื่อปรับแผนการบำบัดต่อไป

เอกสารหมายเลข 15

แนวปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลาม

วัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. สถานที่สำหรับประกอบพิธีทางศาสนา (จัดแยกพื้นที่ในห้องผู้ป่วย) มีลูกศรชี้ทิศกิบลัต(สำหรับประเทศไทย คือทิศตะวันตกเฉียงเหนือ)
2. เครื่องแต่งกายสำหรับประกอบพิธีทางศาสนาอิสลาม เช่น หมวกสำหรับผู้ชาย ผ้าคลุมละหมาดสำหรับผู้หญิง
3. สถานที่สำหรับอาบน้ำละหมาด
4. พรหมหรือผ้าปูละหมาด
5. คัมภีร์อัลกุรอาน
6. อิหม่าม หรือผู้นำทางศาสนา
7. อุปกรณ์เครื่องเสียงสำหรับเปิดเสียงอัลอาซาน (เสียงเรียกให้ละหมาด)และเสียงคุตบะ(บรรยายธรรม)
8. ลูกตุ้มแบบะ (ประจำสำหรับใช้นับขณะนั่งซิกะต)
9. คู่มือต่างๆ เช่น คู่มือการทำละหมาด คู่มือมุสลิมเบื้องต้น เป็นต้น

ศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระเจ้าอัลลอฮ์ เป็นผู้สร้างมนุษย์ในโลก มนุษย์มีหน้าที่ เคารพ ศรัทธา พระเจ้า ด้วยการทำความดี ปฏิบัติตามหลักการพื้นฐานของศาสนาอิสลาม ได้แก่

1. หลักศรัทธา (ความเชื่อ) มี 6 ประการ คือ ศรัทธาในพระเจ้า(อัลลอฮ์) ศรัทธาในมาลาอิกะฮ์ ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต ศรัทธาในคัมภีร์(อัลกุรอาน) ศรัทธาในวันพิพากษาและศรัทธาในลิขิตของพระเจ้า
2. หลักปฏิบัติ(หน้าที่) มี 5 ประการ คือ การปฏิญาณตน การละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทานและการประกอบพิธีฮัจญ์

การละหมาด หมายถึง การเฝ้าอัลลอฮ์ เป็นบทบัญญัติที่สำคัญของศาสนาอิสลาม ที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติเป็นการสรรเสริญพระเกียรติคุณ การวิงวอน ขอพร และการขอภัยโทษต่อพระองค์ การละหมาดเป็นการแสดงการเคารพพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ ซึ่งประกอบด้วย คำกล่าวท่าทางหรืออิริยาบถ

การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงดี ย่อมเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิต และกระบวนการพัฒนาในทุกด้านทุกมิติ ดังที่ท่านนบีมุฮัมมัด ได้กล่าวถึงสุขภาพไว้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมปัจจัยแห่งสุขภาพะ อิกทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของสุขภาพไว้อย่างเป็นองค์รวม ว่า “ผู้ใดที่ตื่นเช้าขึ้นมา มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจที่สงบร่มเย็น ไม่มีความวิตกกังวลทุกข์ร้อน มีอาหารสำหรับบริโภคในวันนั้นก็ประหนึ่งว่าเขาผู้นั้นได้ครองโลกไว้ทั้งโลก”(ตริมีซีย์ อิบนิมาเยฮ์ และบุคอรี(อัลฮะดีษ) (เอกสารวิชาการ “องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพะ”,2558)

การละหมาดยามออต คือการละหมาดวันศุกร์ (เฉพาะผู้ชาย)

วิธีปฏิบัติ

1. การเตรียมผู้ป่วยเข้าร่วมละหมาดยุมอัต(เฉพาะผู้ป่วยชายอาการทางจิตสงบ) โดยพยาบาลประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำแนก พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เตรียมสถานที่ เครื่องแต่งกายตามหลักศาสนา พนักงานช่วยเหลือคนไข้ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำละหมาด เปลี่ยนเสื้อผ้าและสวมหมวกละหมาด พยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความรู้ตามหลักศาสนา เป็นผู้นำพิธีละหมาด เปิดเสียงตุตบะ และเสียงอัลอาซาน ผู้นำละหมาด กล่าวบทสวดตามหลักศาสนา ผู้นำละหมาด สรุปกิจกรรมละหมาด พนักงานช่วยเหลือคนไข้เก็บวัสดุ อุปกรณ์ และดูความเรียบร้อยสถานที่ ส่วนการละหมาด 5 เวลาจะทำเฉพาะคนที่อาการสงบ อาจใช้สถานที่ที่เตรียมไว้หรือบริเวณข้างเตียงก็ได้เช่นกัน
2. การเตรียมผู้ป่วยเข้าร่วมฟังบรรยายความรู้เรื่องศาสนาโดยอิหม่ามหรือผู้นำทางศาสนาโดยพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำแนก(เฉพาะผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้เตรียมสถานที่ (จัดโซนแยกชาย- หญิง) หลังจากนั้นร่วมละหมาดด้วยกัน
3. การเตรียมผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มบำบัด เป็นวันอ่านหนังสือของสัปดาห์โดยการใช้คู่มือมุสลิมเบื้องต้น บริเวณมุมพักผ่อนของตึก
4. การนำหลักปฏิบัติทางศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การนั่งซิกะตและขอมะอัฟ (นั่งสมาธิรำลึกถึงพระเจ้า และขอภัยกัน) ในตอนเช้าเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง

เอกสารหมายเลข 16

แนวปฏิบัติ การดูแลนิติจิตเวช

วัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือ

1. แฟ้มประวัติผู้ป่วย
2. เอกสารทางราชการ
 - หนังสือส่งตัวจากศาล ตำรวจ หรือ อื่นๆ
 - ใบอายัดตัวในรายที่เจ้าหน้าที่เรือนจำนำส่ง แต่กรณีเจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่งอาจจะมีหรือไม่ก็ได้
 - เอกสารอื่น ๆ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน ในนัดจากศาล พกติดกรรมคดี
3. เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนิติจิตเวช แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ มาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช และโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี

วิธีปฏิบัติ

1. ขั้นตอนแรกรับ
 - 1.1 ตรวจสอบเอกสารราชการ หน่วยงานที่นำส่ง วัตถุประสงค์การนำส่ง และหนังสืออายัดตัว
 - 1.2 ชักประวัติ , ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจอาวุธ ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะสุขภาพ
 - 1.3 ประเมินอาการ จำแนกประเภทและให้การพยาบาล ตามประเภทผู้ป่วย
 - 1.4 ให้ข้อมูลญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิทางกฎหมาย และขั้นตอนกระบวนการยุติธรรม
 - 1.5 ประสานงานกับเวชระเบียนเพื่อประสานทีมสหวิชาชีพ
2. ขั้นตอนการบำบัดรักษาก่อนประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวช
 - 2.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและ พฤติกรรมคดี
 - 2.2 ฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก และฝ้าระวังผู้ป่วยรับประทานยาที่มีความเสี่ยงสูง
 - 2.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการตาม Focus list และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล
 - 2.4 ติดตามการรวบรวมข้อมูลของทีมสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวช
3. ขั้นตอนการวินิจฉัยทางนิติจิตเวช
 - 3.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมประชุม เกี่ยวกับขั้นตอนการวินิจฉัย ร่วมกับบุคลากรในทีม
 - 3.2 รวบรวมข้อมูลสรุปอาการและพฤติกรรมตั้งแต่แรกรับจนถึงปัจจุบัน
 - 3.3 ร่วมประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวช
 - 3.4 ติดตามการรายงานผลการประชุมวินิจฉัยจากงานเวชระเบียน
4. ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 4.1 เตรียมผู้ป่วยเพื่อต่อสู้คดี ตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดี รายบุคคล/กลุ่ม

- 4.2 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับขั้นตอน กระบวนการยุติธรรม การดูแลต่อเนื่อง และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในสังคม
5. ขั้นตอนการเตรียมและจำหน่าย
 - 5.1 ประสานงานเวชระเบียน แจ้งหน่วยงานเกี่ยวข้องมารับกลับ
 - 5.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วย ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เรื่องการดูแลป้องกันการก่อคดีซ้ำตาม Method และสิทธิทางกฎหมาย D-
 - 5.3 ตรวจสอบเอกสารการมารับกลับ
 - 5.4 จำหน่ายผู้ป่วยตามขั้นตอนการจำหน่าย (QW-IPD-05.01)
6. ติดตามหลังจำหน่าย
 - 6.1 ประสานจิตเวชชุมชน เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการเบิกยาในระบบ Unit dose และเวชภัณฑ์ที่มีไซยา

วิธีปฏิบัติ

1. การเบิกยาในระบบ Unit dose

- 1.1 พยาบาลตรวจสอบความชัดเจนและรับคำสั่งการรักษา
- 1.2 ส่งใบ Doctor ' s order Sheet ห้างยา
- 1.3 ส่งใบรายชื่อผู้ป่วยที่เบิกยา Unit dose ในแต่ละวัน
- 1.4 พยาบาลตรวจเช็คยา **Unit dose** กับ Doctor ' s order Sheet และแบบบันทึกการให้ยา
รับประทาน

กรณีผู้ป่วยมีมารับประทานมาจากบ้าน ยาประจำตัว หรือยาที่ญาตินำมาให้ผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลตรวจรับยา เช็คยา และรายงานแพทย์
2. ส่งยาพร้อมใบ Doctor ' s order Sheet ไปห้างยา
3. พยาบาลตรวจรับยาที่เภสัชกรจัดยามาในการเบิกยา Unit dose ในแต่ละวัน
4. เภสัชกรจะแจ้งพยาบาลตีก่อนยาหมด 1 สัปดาห์ เพื่อให้พยาบาลแจ้งญาติให้นำยามาให้ผู้ป่วย
รับประทานอย่างต่อเนื่อง และเมื่อยามาถึงหอบผู้ป่วยให้ส่งไปห้างยา งานเภสัชกรรมจัดยา Unit dose

2. การเบิกเวชภัณฑ์ที่มีไซยา

- 2.1 พยาบาลตรวจเช็คเวชภัณฑ์ที่มีไซยาสัปดาห์ละ 1 ครั้งและลงจำนวนที่ต้องเบิกใช้ในใบเบิก
เวชภัณฑ์ที่มีไซยา
- 2.2 ส่งใบเบิกเวชภัณฑ์ที่มีไซยาที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน ทุกวันอังคารก่อนเวลา 12.00 น. (กรณีตรงกับ
วันหยุดให้เบิกก่อนหรือหลังได้ตามความเหมาะสม) และไปรับเวชภัณฑ์ที่มีไซยาที่หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยในเวลา
15.00 น.

3. การเบิกยาผู้ป่วยจำหน่าย

- 3.1 พยาบาลตรวจเช็คการวางแผนการจำหน่าย Home medication ใบ Doctor ' s order Sheet
- 3.2 รอญาติมารับผู้ป่วยตามแผนการรักษา
- 3.3 ส่งใบเบิกยา Doctor ' s order Sheet พร้อม OPD Card ไปยังหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน

แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานบริการประจำวันของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีปฏิบัติ

เวรเช้า (8.00 - 16.00 น.)

1. พยาบาลหัวหน้าตึกเป็นหัวหน้าทีมในการรับเวรตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงทางคลินิกและอาการข้างเคียงจากยา
2. พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรเป็นผู้นำประชุมปรึกษา(Pre-Conference) เพื่อวางแผนก่อนให้การพยาบาล และให้ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรในทีม และมอบหมายงานแก่บุคลากรในทีมการพยาบาล
3. พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้การพยาบาล/การดูแลตามปัญหาและพฤติกรรม ของผู้ป่วย และป้องกันการแก้ไขความเสี่ยงต่าง ๆ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด/ทำจิตบำบัดกับผู้ป่วย เป็นผู้นำทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ
4. กรณีผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ รายงานอาการผู้ป่วยและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจพิเศษต่าง ๆ และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนส่งตรวจพิเศษ ตรวจสอบยา Unit dose ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยามื้อเที่ยงตามหลัก 7 R ส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจ หรือรับการรักษาโรงพยาบาลอื่นเมื่อจำเป็น
5. ประสานงานกับหน่วยงาน/ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้อง
6. พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรเป็นหัวหน้าทีมในประชุมปรึกษาเตรียมความพร้อมการส่งเวร (Post Conference) เพื่อประเมินผลการพยาบาล และควบคุมกำกับกำกับการบันทึกในแบบบันทึก Focus list และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N₂)
7. ส่งเวร

เวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.)

1. เป็นหัวหน้าทีมในการรับเวรตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพประเมินความเสี่ยงทางคลินิกและอาการข้างเคียงจากยา
2. พยาบาลให้การพยาบาล/การดูแลตามปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย และป้องกันการแก้ไขความเสี่ยงต่าง ๆ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด/ทำจิตบำบัดกับผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการ
3. ตรวจสอบยาและแจกยา ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยามื้อเย็นและมื้อก่อนนอน
4. ทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด/ดูแลให้ผู้ป่วยทำกลุ่มกิจกรรมทางศาสนา
5. ดูแลสุขภาพอนามัยผู้ป่วย ให้การพยาบาลทางกายต่าง ๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา ทายา

และ Check V/S

6. ตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษาของแพทย์กับชื่อยา และแบบบันทึกการให้ยา
รับประทาน

7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ รายงานแพทย์กรณีที่มีอาการ
เปลี่ยนแปลงฉุกเฉินตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา

8. ให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

9. เตรียมความพร้อมเพื่อการส่งเวร ประเมินผลการพยาบาล บันทึกการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการ
เปลี่ยนแปลง ในแบบบันทึกFocus list และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N₂)

10. ส่งเวร

เวรดึก (24.00 – 08.00 น.)

1. เป็นหัวหน้าทีมในการรับเวรตรวจเยี่ยม ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงและอาการ
ข้างเคียงจากยา และตรวจนับจำนวนและสภาพของเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมใช้

2. ให้การพยาบาล/การดูแลตามปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วย และป้องกันการแก้ไขความเสี่ยงต่าง ๆ
สังเกตอาการผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมทุก 2 ชั่วโมง หากมีอาการเปลี่ยนแปลงให้ยา Prn. ตามแผนการรักษาหรือรายงาน
แพทย์เวร และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

3. เตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจและรักษาพิเศษ และการรักษาด้วยไฟฟ้า

4. ตรวจสอบยาและแจกยา ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยามื้อเช้า

5. เตรียมความพร้อมเพื่อการส่งเวร ประเมินผลการพยาบาล บันทึกการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการ
เปลี่ยนแปลง ในแบบบันทึกFocus list และแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N₂)

6. ส่งเวร

เอกสารหมายเลข 19

แนวปฏิบัติ การปฏิบัติงานบริการประจำวันของพยาบาลเทคนิค

วิธีปฏิบัติ

เวรเช้า (8.00 - 16.00 น.)

1. ร่วมรับเวรและตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กับทีมการพยาบาล
2. ร่วมประชุมปรึกษา เพื่อวางแผนก่อนให้การพยาบาล (Pre – Conference)
3. ตรวจสอบจำนวนและสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ และของใช้ประจำวันให้พร้อมใช้
4. นำผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพโดยพาผู้ป่วยไปร่วมกลุ่มกิจกรรมกลุ่มอื่น ๆ และการรักษาด้วยไฟฟ้า
5. ให้การพยาบาลตามปัญหาและพฤติกรรม สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย
6. เป็นผู้นำ/ผู้ช่วยผู้นำทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ทั่วไปตามที่ได้รับมอบหมาย
7. ช่วยเตรียมผู้ป่วยพบแพทย์ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ตามที่พยาบาลวิชาชีพ

มอบหมาย

8. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยา ดูแลสุขภาพอนามัยผู้ป่วย
9. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
10. ร่วมประชุมปรึกษาหลังให้การพยาบาล (Post Conference) เพื่อประเมินผลการพยาบาล และบันทึกการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N₂)
11. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

เวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.)

1. ร่วมรับเวรและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมการพยาบาล
 2. ตรวจสอบจำนวนและสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และของใช้ประจำวันให้พร้อมใช้
 3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยา
 4. ดูแลสุขภาพอนามัยผู้ป่วย ให้การพยาบาลทางกาย เช่น ทำแผล ฉีดยา ทายา และ Check V/S
 5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอน
 6. ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มสวดมนต์/กิจกรรมทางศาสนา/เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรม
 7. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
 8. กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้ยา prn. ตามแผนการรักษาหรือรายงานพยาบาลวิชาชีพ
- หัวหน้าเวรเพื่อพิจารณารายงานแพทย์
9. บันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (N₂)
 10. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

เวรดึก (24.00 – 08.00 น.)

1. ร่วมรับเวรตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กับทีมการพยาบาล
2. ทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ และจัดเตรียมของใช้ประจำวัน
3. สังเกตอาการผู้ป่วย แล้ให้การพยาบาลตามปัญหาและพฤติกรรมผู้ป่วย
4. ตรวจเยี่ยมทุก 2 ชั่วโมง หากมีอาการเปลี่ยนแปลงให้ยา prn . ตามแผนการรักษาหรือรายงาน

พยาบาลวิชาชีพ เพื่อรายงานแพทย์เวร และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ตามที่พยาบาลวิชาชีพมอบหมาย

5. เตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจพิเศษ และเตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า
6. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยา
7. บันทึกการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ในแบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล(N₂)
8. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

แนวปฏิบัติการปฏิบัติงานบริการประจำวันของผู้ช่วยเหลือคนไข้

วิธีปฏิบัติ

เวรเช้า (8.00 - 16.00 น.)

1. ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วย
2. ร่วมรับเวรและตรวจเยี่ยมผู้ป่วย กับทีมการพยาบาล
3. ร่วมประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนก่อนให้การพยาบาล (Pre – Conference)
4. ตรวจสอบจำนวนและสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอ และจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และของใช้ประจำวันให้พร้อมใช้
5. ดูแลความสะอาดผู้ป่วย ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม สถานที่จัดเตรียมเสื้อผ้าและของใช้สำหรับผู้ป่วย
6. นำส่งผู้ป่วยไปตรวจพิเศษ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และร่วมส่งผู้ป่วยร่วมกิจกรรม
7. ช่วยเหลือพยาบาลในการทำหัตถการต่างๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา
8. ร่วมประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก
9. ช่วยเตรียมผู้ป่วยในการพบแพทย์
10. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมือเที่ยง
11. จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และพาผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
12. ร่วมประชุมปรึกษาหลังการให้การพยาบาล เพื่อประเมินผลการพยาบาล
13. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

เวรบ่าย (16.00 – 24.00 น.)

1. ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วย
2. ร่วมรับเวรและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมการพยาบาล
3. ร่วมประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก
4. ดูแลความสะอาดและความเรียบร้อยของสถานที่
5. ช่วยพยาบาลในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ยามือเย็นและก่อนนอน
6. ช่วยเตรียมและดูแลผู้ป่วยขณะพยาบาลให้การพยาบาล
7. ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายและเปลี่ยนเสื้อผ้า กรณีมีการเตรียมผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้า ดูแลให้ผู้ป่วยสระผมให้สะอาด
8. เป็นผู้นำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมทางศาสนามีก่อนนอน
9. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับ และตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ
10. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

เวรดึก (24.00 – 08.00 น.)

1. ตรวจสอบนับจำนวนผู้ป่วย
2. ร่วมรับเวรและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกับทีมการพยาบาล
3. ร่วมประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก
4. ตรวจสอบนับจำนวนและสภาพของเครื่องมืออุปกรณ์ และจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และของใช้ประจำวันให้เพียงพอและพร้อมใช้
5. ดูแลความสะอาดความเรียบร้อยของสิ่งแวดล้อมและสถานที่
6. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 30-60 นาที หากพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงให้รายงานพยาบาล
7. ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน
8. ช่วยพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วย ส่งตรวจพิเศษ/รักษาด้วยไฟฟ้า
9. ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เช่น ที่นอน เตียงนอน ห้องน้ำผู้ป่วย ฯลฯ
10. ช่วยพยาบาลในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยามื้อเช้า
11. เตรียมและส่งเสื้อผ้าผู้ป่วยไปทำความสะอาดที่งานซักฟอก
12. ร่วมส่งเวรกับทีมการพยาบาล

