

แบบสอบถาม เรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของ
ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้อง CAPD

คำชี้แจง

แบบสอบถาม/สัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตผ่านทางช่องท้อง(CAPD) การ
ตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อท่านประการใด จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุก
ข้อ และขอขอบพระคุณที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ - สกุลผู้ป่วย อายุ ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย/หย่า/แยก
- 4.สถานภาพในครอบครัว ☐ ผู้นำครอบครัว ☐ สมาชิกที่มีรายได้ ☐ สมาชิกที่ไม่มีรายได้
- 5.อาชีพหลัก ☐ เกษตรกรรม (ทำไร่/ทำนาทำสวน) ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง (ทุกประเภท)
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
- 6.ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3)
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ปริญญาตรี
☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- 7.รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
- 8.สิทธิการรักษา ☐ บัตรทอง ☐ ประกันสังคม ☐ ข้าราชการ
- 9.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนน

ข้อมูลสุขภาพ

- 10.ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ☐ ไม่มีโรคอื่น ☐ มีโรคเรื้อรัง ได้แก่.....
- 11.ระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรัง.....ปี
- 12.ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.....ปีเดือน
- 13.ช่วงเวลาในการล้างไตแต่ละวัน.....
- 14.ชนิดของน้ำยาล้างไต.....
- 15.ปริมาณน้ำยาล้างไตที่ใส่ในช่องท้องแต่ละครั้ง.....มิลลิลิตร

16. ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
17. ประวัติการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ☐ ไม่เคยติดเชื้อ ☐ เคยติดเชื้อ.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
18. ยาที่รับประทานในปัจจุบัน ☐ ยาโรคไต ☐ ยาโรคเบาหวาน ☐ ยาลดความดันโลหิต
- ☐ ยาลดไขมัน ☐ ยาโรคหัวใจ ☐ ยาขับปัสสาวะ
- ☐ ยาโรคเกาต์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

ข้อมูลส่วนบุคคล

- ชื่อ - สกุลผู้ดูแล อายุ ปี
- เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ โสด ☐ หม้าย/หย่า/แยก
- สถานภาพในครอบครัว ☐ ผู้นำครอบครัว ☐ สมาชิกที่มีรายได้ ☐ สมาชิกที่ไม่มีรายได้
- อาชีพหลัก ☐ เกษตรกรรม (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน) ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง (ทุกประเภท)
- ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1-ม.3)
- ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....
- ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง
- ☐ ผ่านการฝึกปฏิบัติจาก รพ.
- ☐ เรียนรู้ด้วยคำบอกเล่าของผู้ป่วย
- ☐ ฝึกปฏิบัติจากการถ่ายทอดของผู้ที่ผ่านการปฏิบัติจาก รพ.
- หน้าที่หลักของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย.....
- ผู้ดูแลหลักพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ใน 4 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติการล้างไต การทำความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยปฏิบัติทุกวัน
- 4 หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์
- 3 หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์
- 2 หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโดยปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์
- 1 หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ

ลำดับ	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ	ระดับคะแนน				
		ปฏิบัติ ทุกวัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ เลย
		5	4	3	2	1
การปฏิบัติการล้างไต						
1	ท่านปิดพัดลมและหน้าต่างบริเวณใกล้เคียง เปลี่ยนถ่ายน้ำยา					
2	ท่านสวมผ้าปิดจมูกทุกครั้งที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา					
3	ท่านล้างมือให้สะอาดตามวิธีการล้างมือก่อน เปลี่ยนถ่ายน้ำยาทุกครั้ง					
4	ท่านทำความสะอาดโต๊ะวางอุปกรณ์เปลี่ยนถ่าย น้ำยาทุกครั้ง					
5	ท่านตรวจสอบสภาพถุงน้ำยา วันหมดอายุ เปอร์เซ็นต์ สภาพของสายน้ำยาทุกครั้ง					
6	ขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ถ้าสายน้ำยาไหลหลุดมือ หรือตกพื้น ท่านหยุดการปล่อยน้ำยาล้างไต ออกทันที ปิดสายที่ส่งน้ำยาปลดข้อต่อเดิมทิ้ง และเปลี่ยนปลายข้อต่อเข้ากับฝาปิดเชื้ออันใหม่					
7	ท่านตรวจเช็คการเปิดตัวหนีบ การหัก พับ งอ หรือการอุดตันของสายน้ำยา หากน้ำยาไม่ไหล หรือไหลช้ามาก และแก้ไขด้วยการบีบรูดสาย					

	ส่งน้ำยา หรือเปลี่ยนท่าจากท่านอน เป็นพลิก ซ้ายขวา หรือนั่ง					
8	ท่านตรวจสอบการรั่วซึมของน้ำยาล้างไตจาก บริเวณทางออกทุกครั้ง					
9	ท่านติดพลาสติกเพื่อตรึงสายล้างไตบริเวณที่ อยู่พันผ้าก๊อซให้อยู่กับที่ทุกครั้ง					
10	หลังเปลี่ยนน้ำยาทุกครั้ง ท่านสังเกตความ ผิดปกติของน้ำยาที่ออกมา เช่น ลักษณะ สี ความขุ่น ตะกอน เยื่อวัน เลือด					
11	ท่านคำนวณน้ำยา กำไร-ขาดทุน ในการเปลี่ยน ถ่ายน้ำยา					
การทำความสะอาดแผล						
1.	ท่านทำความสะอาดแผลหน้าท้อง และช่องสาย ออกของสายล้างช่องท้องทุกวัน					
2.	ท่านเช็ดทำความสะอาดแผลรอบสายที่ล้างไต ผ่านทางช่องท้องด้วยแอลกอฮอล์ 70 %					
3.	ท่านทำความสะอาดรอบแผลช่องออกของสาย ด้านบน โดยเช็ดผิวหนังให้ชิดรอบโคนสายล้าง ช่องท้อง ความสะอาดรอบแผลทางออกของ สายด้านล่าง แล้ววนรอบนอก ไม่เช็ดซ้ำที่เดิม					
4.	ขณะทำแผลหน้าท้อง ท่านดึง หีบสะกิด น้ำเหลืองออกจากบริเวณรอบแผล					
5.	ท่านใช้ก๊อซชุบน้ำเกลือวางไว้ที่บริเวณปากแผล 5-10 นาที					
6.	ท่านสังเกตรอบๆแผลว่ามีการอักเสบ บวม ติด เชื้อ มีเลือดออก มีสิ่งคัดหลั่งออกมา					
7.	ท่านปิดแผลหน้าท้อง หลังทำแผลทุกครั้ง					
8.	ท่านเปลี่ยนผ้าพันแผลทุกวันและเมื่อผ้าพันแผล สกปรกหรือเปียก					
การดูแลสิ่งแวดล้อม						
1	ท่านเก็บน้ำยาล้างไตแยกจากห้องที่ทำการ เปลี่ยนถ่ายน้ำยา					

2	ท่านวางน้ำยาล้างไตสูงจากพื้นเล็กน้อยเพื่อป้องกันแมลงต่างๆ					
3	ท่านตรวจสอบสภาพแวดล้อมของบริเวณในห้องเก็บถุ้งน้ำยา เช่น ความชื้น ฝุ่นละออง					
4	ท่านตัดถุ้งน้ำยาและเททิ้งน้ำยาลงโถส้วม โดยทำความสะอาดโถส้วมด้วยน้ำยาผงซักฟอกอย่างน้อยวันละครั้ง					
5	ท่านแยกถุ้งน้ำยาในภาชนะที่มีดขีด ก่อนทิ้งขยะตามปกติ					
6.	ท่านดูแลความสะอาดในพื้นที่ห้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยา เช่น ความชื้น ฝุ่นละออง					
7.	ท่านป้องกัน ดูแลไม่ให้สัตว์เลี้ยงเข้ามาในพื้นที่การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา					
8.	ท่านดูแลความสะอาดของห้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเป็นประจำทุกสัปดาห์					
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
1.	ท่านล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องน้ำ					
2.	ท่านอาบน้ำและรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณรอบๆท่ออย่างสม่ำเสมอ					
3.	ท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดทุกวัน					
4.	ท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อเสื้อผ้าของท่านเปียกชื้น					
5.	ท่านหลีกเลี่ยงการรัดเข็มขัดบริเวณหน้าท้อง					
6.	ท่านดูแลเล็บให้สั้นอยู่เสมอ และไม่มีสิ่งสกปรก					
7.	ท่านหลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีการระคายเคืองบริเวณหน้าท้อง					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลร่วมกัน (Share Care Instrument-3 : SCI-3) โดยซีเบิร์น (Sebern,2005) ประเมิน 2 ส่วน คือ แบบประเมินที่ใช้ประเมินผู้ป่วยและแบบประเมินที่ใช้สำหรับครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีการตอบสนองต่อการช่วยเหลือ
- 2 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองต่อการให้ความช่วยเหลือน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือมาก
- 5 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองการให้ความช่วยเหลือมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		5	4	3	2	1
ด้านการสื่อสาร						
1.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเสมอ					
2.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวทุกคนเปิดใจและรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น					
3.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องทำความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ					
4.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ความชื้น ฝุ่นละออง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ					
5.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีการพูดคุยเกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ถูกต้อง เช่น การล้างมือ การใส่แมส การทำความสะอาดโต๊ะ และวิธีการเปลี่ยนน้ำยา					

ด้านการตัดสินใจ						
1.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตัดสินใจปรับพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง					
2.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางช่องท้อง					
3.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจในการแก้ปัญหาาร่วมกันเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา น้ำยาล้างไตหมด การเก็บถุงน้ำยา					
ด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน						
1.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองก่อนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ					
2.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำความสะดวกบริเวณแผล					
3.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เช่น เปลี่ยนถ่ายน้ำยาอย่างถูกต้องตามขั้นตอน					
4.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น การทำความสะอาดพื้นที่ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา					
5.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การใส่แมส					
6.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตบุคคล เช่น ความสะอาดของเสื้อผ้า					

ส่วนที่ 4 สัมภาษณ์แผนภูมิครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสายเลือด

1. แผนภูมิครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ตัวอย่างคำถาม

- ☐ ในครอบครัวของผู้ป่วยมีจำนวนกี่คน ประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละคนอาศัยอยู่ที่ใด
- ☐ บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ประกอบด้วยใครบ้าง ใครเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วย

2. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย หัวหน้าครอบครัวที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างคำถาม ได้แก่

- ☐ ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ใดกับผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจในบ้านคือใคร
- ☐ ผู้ป่วยสนิทสนมพูดคุยกับใครบ้าง เมื่อมีปัญหาที่ต้องตัดสินใจ ผู้ป่วยพูดหรือปรึกษาใคร
- ☐ มีบุคคลใดมาสลับในการดูแลเปลี่ยนถ่ายน้ายาหรือไม่

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์สถานะสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

- ☐ ภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผล การเปลี่ยนถ่ายน้ายา การดูแลสิ่งแวดลอม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

ด้านการดูแลแผล

- ☐ ท่านดูแลทำความสะอาดแผลทุกวันหรือไม่ ทำวันละกี่ครั้ง
- ☐ ท่านมีวิธีการทำแผลอย่างไรบ้าง ประสบปัญหาในการทำแผลหรือไม่ ท่านคิดว่าปัญหาสาเหตุเกิดจากอะไร ท่านมีความต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือไม่ และควรแก้ไขอย่างไร
- ☐ ท่านเป็นคนทำแผลเองหรือมีบุคคลอื่นช่วยทำ

ด้านการปฏิบัติล้างไต

- ☐ การปฏิบัติล้างไตที่ท่านปฏิบัติในขณะนี้เป็นอย่างไบ้าง ท่านประสบปัญหาในการปฏิบัติล้างไต

ในแต่ละวันบ้างหรือไม่ ท่านคิดว่าปัญหา สาเหตุ เกิดจากอะไร ท่านมีความต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือไม่ และควรแก้ไขอย่างไร

- ☐ ท่านคิดว่าพฤติกรรมในการปฏิบัติล้างไตในขณะนี้ ท่านปฏิบัติได้ดีแล้ว และมีความพอใจเรื่องใดบ้าง ยังมีส่วนใดที่ต้องการปรับปรุงบ้างหรือไม่
- ☐ ท่านคิดว่าจุดด้อยหรืออุปสรรคในการปฏิบัติล้างไตที่ผ่านมาคืออะไร จะแก้ไขอย่างไร

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

- ☐ ท่านประสบปัญหาในการจัดการสิ่งแวดล้อมของท่านบ้างหรือไม่ ท่านคิดว่าปัญหาสาเหตุเกิดจากอะไร ท่านมีความต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหรือไม่ และควรแก้ไขอย่างไร

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

- ☐ ท่านดูแลทำความสะอาดตนเองอย่างไรบ้างในแต่ละวัน

ส่วนที่ 6 แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

คำชี้แจง : ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

- 2 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องทั้งหมด
1 คะแนน ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องบางส่วน
0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ปฏิบัติ

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	ระดับคะแนน		
		2	1	0
1.	ปิดฝักหลุมและหน้าต่างบริเวณใกล้เคียงเปลี่ยนถ่ายน้ำยา			
2.	ใส่แมสปิดจมูกทุกครั้งที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา			
3.	ล้างมือให้สะอาดตามวิธีการล้างมือก่อนเปลี่ยนถ่ายน้ำยา			
4.	ทำความสะอาดโต๊ะก่อนวางอุปกรณ์เปลี่ยนถ่ายน้ำยา			
5.	ขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ถ้าสายน้ำยาไหลหลุดมือ หรือตกพื้น จะหยุดการปล่อยน้ำยาล้างไตออกทันที ปิดสายที่ส่งน้ำยาปลดข้อต่อเดิมทิ้ง และเปลี่ยนปลายข้อต่อเข้ากับฝาปิดเชื้ออันใหม่			
6.	มีตรวจสอบการรั่วซึมของน้ำยาล้างไตจากบริเวณทางออก			
7.	หลังเปลี่ยนน้ำยามีการสังเกตความผิดปกติของน้ำยาที่ออกมา เช่น ลักษณะ สี ความขุ่น ตะกอน เยื่อวุ้น เลือด			
8.	เช็ดทำความสะอาดแผลรอบสายที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยแอลกอฮอล์ 70 %			
9.	ทำความสะอาดรอบแผลช่องออกของสายด้านบน โดยเช็ดผิวหนังให้ซีดรอบโคนสายล้างช่องท้อง ความสะอาดรอบแผลทางออกของสายด้านล่าง แล้ววนรอบนอก ไม่เช็ดซ้ำที่เดิม			

10.	มีการสังเกตรอบๆแผล ว่ามีการอักเสบ บวม ตึง มีเลือดออก มีสิ่งคัดหลั่งออกมา			
11.	เปลี่ยนผ้าพันแผลทุกวันและเมื่อผ้าพันแผลสกปรกหรือเปียก			
12.	วางนํ้ายาล้างไตสูงจากพื้นเล็กน้อยเพื่อป้องกันแมลงต่างๆ			
13.	มีการตรวจสอบสภาพแวดล้อมของบริเวณที่เก็บนํ้ายา เช่น ความชื้น ฝุ่น ละออง สัตว์กัดแทะ			
14.	ดูแลไม่ให้สัตว์เลี้ยงเข้ามาในพื้นที่การเปลี่ยนถ่ายนํ้ายา			
15.	อาบน้ำและรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณรอบๆท่อ และไม่มีคราบสกปรก			
16.	เปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อมีการเปียกชื้น			
17.	ดูแลเล็บให้สั้นและไม่มีสิ่งสกปรก			