

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 2

การรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัว แนวคิดหลัก

บุคคลทุกคนมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้ตลอดเวลา บางคนเจ็บป่วยไม่มากสามารถดูแลตนเองได้หรือรับบริการสถานบริการใกล้เคียง แต่บางคนที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือที่มีปัญหาเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการในการรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัวได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาพยาบาลได้และถึงแก่กรรม

หัวข้อเนื้อหา

1. การรับใหม่ การย้ายและจำหน่ายผู้รับบริการ
 - 1.1 ความหมายการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 1.2 ประเภทการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 1.3 กิจกรรมการพยาบาลในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 1.4 กระบวนการพยาบาลสำหรับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 1.5 ความหมายการย้ายผู้ป่วย
 - 1.6 ประเภทของการย้ายผู้ป่วย
 - 1.7 ข้อควรคำนึงถึงเมื่อย้ายผู้ป่วย
 - 1.8 กระบวนการพยาบาลสำหรับการย้ายผู้ป่วย
 - 1.9 ความหมายการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
 - 1.10 การวางแผนเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 - 1.11 กระบวนการพยาบาลสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ถึงแก่กรรม
 - 2.1 ความหมายของผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรม
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม
 - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม (การแต่งศพ)
 - 2.4 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากจบบทเรียนแล้ว นักศึกษาสามารถ

1. การรับใหม่ การย้ายและจำหน่ายผู้รับบริการ
 - 1.1 บอกความหมายการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
 - 1.2 ระบุประเภทการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
 - 1.3 อธิบายกิจกรรมการพยาบาลในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
 - 1.4 ใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้
 - 1.5 บอกความหมายการย้ายผู้ป่วยได้
 - 1.6 บอกประเภทของการย้ายผู้ป่วยได้
 - 1.5 บอกข้อควรคำนึงถึงเมื่อย้ายผู้ป่วยได้
 - 1.6 กระบวนการพยาบาลสำหรับการย้ายผู้ป่วย

- 1.7 บอกความหมายการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้
- 1.8 บอกถึงการวางแผนเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
- 1.9 ใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้
2. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ถึงแก่กรรม
 - 2.1 บอกความหมายของผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้
 - 2.2 อธิบายถึงการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรมได้
 - 2.3 อธิบายการพยาบาลผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรมได้
 - 2.4 อธิบายถึงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้

วิธีการสอน และกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

1. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนบทที่ 2 การรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัว
2. ผู้สอนบรรยายให้องค์ความรู้เกี่ยวกับการรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัว
3. อภิปราย ซักถาม
4. ตอบคำถามท้ายบท
5. สรุปบทเรียน โดยการบรรยายประกอบ Power Point

สื่อการเรียนการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน และเอกสารอื่น ๆ
2. สื่อวีดิทัศน์

การวัดและการประเมินผล

1. แบบบันทึกการเข้าชั้นเรียน
2. สอบกลางภาค
3. การร่วมอภิปรายจากสถานการณ์ตัวอย่าง

บทที่ 2

การรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัว บทนำ

การรับ การย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยถึงแก่กรรมและครอบครัว เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่เป็นศูนย์กลางและมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1. การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission)

ความหมาย

ัญลักษณ์ บรรลิตกุล (2558; 79) ให้ความหมายของ การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการรับผู้ป่วยใหม่เข้ามารับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพในโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และเป็นการวินิจฉัยโรค ให้การรักษาได้ทันทั่วถึงเมื่อพบปัญหารุนแรง

สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์ (2560; 176) ให้ความหมายของ การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรค การพยาบาล การรักษา หรือการผ่าตัด เป็นการรับทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลันเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการหรือได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

ดังนั้น การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการรับผู้ป่วยเก่าและใหม่ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลันเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยาบาล หรือการผ่าตัด

การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ (สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 177)

1. แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษ หรือเฉพาะทางโดยจะเลือกให้อยู่ในหอผู้ป่วยตามความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น
2. เวชระเบียนหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประวัติสุขภาพ และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
3. แผนการรักษา และแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเบื้องต้น
4. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจ่ายเอง เป็นต้น

ประเภทการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีหลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียด (สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 177) ดังนี้

1. ผู้ป่วยใน (Inpatient) ระยะเวลาของการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 24 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยโรคปอดบวม ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุกระดูกหัก ผู้ป่วยถูกงูกัด เป็นต้น ประเภทผู้ป่วยใน ประกอบด้วย

- 1.1 วางแผนเป็นผู้ป่วยในหรือกรณีไม่เร่งด่วน (Planned or non-urgent) หรือผู้ป่วยในตามปกติ

เป็นการรับแบบที่มีการจัดตารางนัดผู้ป่วยล่วงหน้า เช่น ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัด (Elective surgery) นัดมาฉายแสง นัดมาให้เคมีบำบัด นัดมาคลอดลูก เป็นต้น

1.2 การรับแบบฉุกเฉิน (Emergency admission) เป็นการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลแบบไม่ได้วางแผนไว้ รักษาที่แผนกฉุกเฉินก่อนจนอาการคงที่จึงย้ายไปนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง มีเลือดออกปริมาณมาก

1.3 การรับโดยตรง (Direct admission) เป็นการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลแบบไม่ได้วางแผนไว้ ไม่ได้ตรวจที่แผนกฉุกเฉิน อาจตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกและรับเข้าพักที่หอผู้ป่วยโดยตรง เช่น ผู้ป่วยที่มีไข้สูงเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดอย่างทรมาณ ผู้ป่วยท้องเสีย เป็นต้น

2. ผู้ป่วยนอก (Outpatient) ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง เช่น กลุ่มที่มาตรวจเป็นครั้งๆ ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เมื่อตรวจเสร็จแพทย์ให้กลับบ้านได้ หรือกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก การให้ยาเคมีบำบัดแบบเป็นครั้งๆ การทำกายภาพ เป็นต้น

สัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล, 2558 (79) แบ่งประเภทการรับผู้ป่วยใหม่ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การรับผู้ป่วยใหม่แบบปกติ (Routine admission) เป็นการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในสถานพยาบาล โดยมีการวางแผนการเข้าอยู่ในสถานพยาบาลไว้ล่วงหน้า (Planned/ Nonurgent/ Elective admission) เพื่อเข้ามารับการรักษา ผ่าตัด ตรวจร่างกายหรือวิเคราะห์โรค โดยผู้ป่วยบางรายสามารถเลื่อนกำหนดเวลาเพื่อเข้ารับการักษาได้ และโดยส่วนมากมักใช้เวลาการรักษาในสถานพยาบาลระยะเวลาสั้น รวมทั้งผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัดแบบวันเดียว (Same day surgery) ซึ่งกระบวนการทั้งหมดเกิดขึ้นในวันเดียวกัน ถือว่าเป็นการรับผู้ป่วยใหม่แบบปกติเช่นกัน

2. การรับผู้ป่วยใหม่แบบฉุกเฉิน (Emergency admission) เป็นการรับผู้ป่วยแบบไม่ได้วางแผนหรือนัดหมายล่วงหน้า มักเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยแบบกะทันหัน หรือการได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ดังนั้นการรับผู้ป่วยใหม่ประเภทนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมการพยาบาลในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลในการรับผู้ป่วย มีดังนี้

1. การช่วยผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับโรงพยาบาลได้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่แพทย์ให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในกรณีผู้ป่วยลุกเดินได้ ช่วยพยุงให้ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินสำหรับกรณีที่ผู้ป่วยเดินไม่ได้ พยาบาลต้องให้การดูแลหรือเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง อาจให้ญาติช่วยให้ข้อมูลหรืออยู่เป็นเพื่อนช่วยเหลือผู้ป่วย ถ้าไม่ขัดต่อระเบียบของโรงพยาบาล

2. การเตรียมเตียงหรือห้องผู้ป่วย อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มตั้งแต่หน่วยรับผู้ป่วยในแจ้งการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรดำเนินการดังนี้

2.1 เตรียมเตียงหรือห้องผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อต้อนรับการพักรักษาตัวของผู้ป่วย

2.2 เตรียมเอกสารหรือแบบบันทึกต่างๆ สำหรับการรับผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละ

โรงพยาบาล และในแต่ละหอผู้ป่วย เอกสารหรือแบบบันทึกต่างๆ เช่น ใบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) แบบบันทึกการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet) เป็นต้น

2.3 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น ชุดผู้ป่วย เหยือกน้ำดื่ม เสื่อน้ำเกลือ

อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เป็นต้น

2.4 ปูเตียงให้สะอาด เรียบร้อย จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดแสงสว่างเพียงพอและมีการถ่ายเทอากาศที่ดี

2.5 เตรียมเครื่องใช้ส่วนตัว อาจแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติเตรียมมาให้พร้อม เช่น สบู่ ทีวี แป้ง ฯลฯ

3. การต้อนรับผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจเมื่อมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการต้อนรับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาถึง พยาบาลต้องตรวจสอบป้ายชื่อมือของผู้ป่วยให้ตรงกับตัวผู้ป่วย ถ้าไม่ตรงควรแจ้งให้หน่วยรับผู้ป่วยในทราบเพื่อตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง

3.2 การทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความประทับใจครั้งแรก โดยการทักทายด้วยสีหน้าท่าทาง พฤติกรรม น้ำเสียงและภาษาที่เป็นมิตร และให้ความเคารพหรือให้เกียรติผู้ป่วย แนะนำตนเองอย่างสั้นๆ รวมทั้งบอกตำแหน่งและบทบาทของพยาบาล เช่น สวัสดีคะ ดิฉันชื่อ..... เป็นพยาบาลวิชาชีพ เวลาเรียกผู้ป่วย ครั้งแรกควรเรียกว่า คุณ และตามด้วยชื่อผู้ป่วย เพื่อความเหมาะสมและเป็นการให้เกียรติผู้ป่วย ไม่ควรเรียกโดยใช้สรรพนาม เช่น คุณลุง คุณป้า คุณยาย ยกเว้นผู้ป่วยอนุญาตให้เรียก

3.3 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยชี้แจงนโยบายของโรงพยาบาลและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ป่วยใน การเยี่ยมของญาติ การใช้โทรศัพท์ การงดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล เป็นต้น รวมทั้งการแนะนำสถานที่ภายในหอผู้ป่วย สาธิตวิธีการใช้สิ่งต่างๆ เช่น การควบคุมเตียงโดยใช้อุปกรณ์ ควบคุม กริ่งหรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ เป็นต้น การแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติเรื่องเวลาในการให้การพยาบาล การทำกิจกรรมต่างๆ และให้ผู้ผู้ป่วยฝากของมีค่าให้ญาติเอากลับบ้าน สำหรับยาที่นำมาจากบ้านควรให้พยาบาล เก็บไว้เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ควรประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องต่อไปนี้ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น ความเจ็บป่วย ยา และการรักษาที่ได้รับ อุบัติเหตุ การผ่าตัด เป็นต้น ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป็นต้น

4.2 การตรวจร่างกาย พยาบาลควรตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น ดังนี้ การประเมินระดับความรู้สึกตัว บันทึกสัญญาณชีพ การสังเกตดูส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นต้น

4.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เช่น เลือด เสมหะ ปัสสาวะ เป็นต้น

5. ข้อคำนึงด้านวัฒนธรรมสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังนี้

5.1 การสื่อสาร ถ้าผู้ป่วยพูดภาษาไทยไม่ได้ อาจต้องหาคนที่พูดภาษาที่ผู้ป่วยพูดได้มาเป็นล่ามช่วยแปลให้ พยายามสื่อสารให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

5.2 การให้ความเคารพผู้ป่วย หลีกเลี่ยงที่จะตัดสินความสามารถด้านสติปัญญาจากภาษาที่ใช้

5.3 หลีกเลี่ยงการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมด้วยการพยาบาลที่แตกต่างกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยอื่นจนดูเหมือนเป็นการให้การพยาบาลเป็นกรณีพิเศษ

5.4 อย่าทักท้วงว่าผู้ป่วยก้าวร้าว โกรธง่าย หรือต่อต้าน เมื่อผู้ป่วยพูดเสียงดัง หรือพูดแบบมีอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยอื่น

5.5 ใช้ภาษาพูดท้องถิ่นกับผู้ป่วยบางรายถ้าเป็นไปได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการพยาบาล

5.6 หลีกเลี่ยงความพยายามทำให้ผู้ป่วยประทับใจโดยการบอกผู้ป่วยว่า พยาบาลเคยมีเพื่อนที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ หรือศาสนาเดียวกับผู้ป่วย

5.7 ให้ความสนใจกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาพูดได้ แต่ใช้ภาษากายแทนซึ่งจะช่วยให้อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้ได้ชัดเจน

5.8 ถ้าไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ให้ถามผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อให้เกิดความกระจ่าง อย่าอายที่จะถาม เพราะความไม่เข้าใจอาจอาจทำให้เสี่ยงต่อการพยาบาลที่ไม่ถูกต้องได้

5.9 ถ้าผู้ป่วยต้องการมีสิ่งยึดเหนี่ยวติดตัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล เช่น พระ ตะกรุด ผ้ายันต์ พวงมาลัย ดอกไม้ ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ กำลังใจ และพลังของผู้ป่วย พยาบาลควรพิจารณาความเหมาะสม เช่น หาที่วางที่เหมาะสมบริเวณข้างเตียงให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น

ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมและความเชื่อที่เป็นของตนเองและแปลกไปจากที่พยาบาลเคยรับรู้ พยาบาลควรพิจารณาให้เหมาะสม มีความยืดหยุ่น ถ้าไม่ได้ทำให้เกิดอันตราย ไม่เสียหาย ก็อาจยอมรับให้ทำต่อ และไม่ควรรแสดงพฤติกรรมหัวเราะเยาะ หรือการดูถูกผู้ป่วย แต่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆปรับตัวเอง เมื่อได้รับข้อมูลจากคนรอบข้าง

6. การติดป้ายเพื่อแจ้งข้อที่ควรปฏิบัติกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเป็นการแจ้งให้แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้รับทราบและปฏิบัติตาม เช่น แพ้อาหารทะเล จำกัดน้ำดื่ม งดอาหารและน้ำดื่ม เก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เป็นต้น

7. การแจ้งแพทย์เจ้าของผู้ป่วยหรือแพทย์ประจำหอผู้ป่วยรับทราบการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ถ้ายังไม่มีคำสั่งแผนการรักษา แพทย์ควรเขียนคำสั่งแผนการรักษาในขั้นตอนนี้

กระบวนการพยาบาลสำหรับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บทบาทพยาบาลในการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อทบทวนแผนการพยาบาลและจัดลำดับความสำคัญของการพยาบาล จะได้ให้การพยาบาลตามความสำคัญก่อน-หลัง ดังนั้นกระบวนการพยาบาลสำหรับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิช, 2560; 188) มีดังนี้

1. การประเมิน ซึ่งจะเริ่มประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งจะมาจากการจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ข้อมูลดังกล่าว เช่น มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกไม่แน่นอน มีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยหรือได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

3. ผลลัพธ์ที่คาดหวังและการวางแผนการพยาบาล เช่น

เป้าหมายข้อที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการรักษาพยาบาลระหว่างเข้ารับการรักษา

เป้าหมายข้อที่ 2 ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่างๆและให้ความร่วมมือกับพยาบาลระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เป้าหมายข้อที่ 3 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลหรือความกลัวในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เป้าหมายข้อที่ 4 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลได้ปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เช่น

4.1 แนะนำข้อมูลต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

- 4.2 ระบุพฤติกรรมเสี่ยงและข้อจำกัดเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 4.3 พูดคุยกับผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจเรื่องการรักษาพยาบาลหรือหัตถการพยาบาลต่างๆ
- 4.4 เผื่อระวังและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง
- 4.5 ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น การใช้เตียง การเปิด-ปิดไฟ หรือการใช้กริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ

5. การประเมินผล พยาบาลควรประเมินผลหลังให้การพยาบาลแล้ว เช่น
 - เป้าหมายข้อที่ 1 ผู้ป่วยได้รับทราบขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - เป้าหมายข้อที่ 2 ผู้ป่วยได้รับทราบการรักษาพยาบาลและหัตถการต่างๆ ที่ตนเองจะได้รับระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - เป้าหมายข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างเข้ารับการรักษา

2. การย้ายผู้ป่วย (Transferring a client)

ความหมาย

การย้ายผู้ป่วย หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การย้ายจากหอผู้ป่วยหนึ่งไปอีกหอผู้ป่วยหนึ่งในโรงพยาบาลเดียวกัน หรือย้ายจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง หรือย้ายไปสถานพักฟื้น (สุภาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 189)

การย้ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม สาเหตุของการย้ายผู้ป่วยนอกจากขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว บางครั้งอาจขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลมีจำนวนเตียงที่จำกัด ศักยภาพของบุคลากรและทรัพยากรของสถานพยาบาลในการดูแลตรวจรักษาโรคที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วย

ประเภทของการย้ายผู้ป่วย

1. การย้ายภายในสถานพยาบาล (Intra-agency transfer) เป็นกระบวนการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นภายในสถานพยาบาลเดียวกันเนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้ย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือ หากผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีอาการรุนแรงมากขึ้นจึงต้องย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก เป็นต้น หรือการย้ายจากหอผู้ป่วยพิเศษไปหอผู้ป่วยสามัญเนื่องจากปัญหาการรักษาพยาบาล

2. การย้ายผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการด้านสุขภาพยังสถานพยาบาลอื่น (Interagency transfer) ถือว่าเป็นการส่งต่อผู้ป่วย (Referring a client) โดยคำว่า “Refer in” หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการตรวจและรักษาต่อ และ คำว่า “Refer out” หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการดำเนินงานเพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางไปยังโรงพยาบาลปลายทางเป็นข้อมูลเดียวกันทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบ iRefer, Thai refer เป็นต้น

ข้อควรคำนึงถึงเมื่อย้ายผู้ป่วย (สุภาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 190) มีดังนี้

1. จัดการย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีการเคลื่อนย้ายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นไปกับผู้ป่วย
2. ให้ความเอาใจใส่กับเอกสารทุกชนิดของผู้ป่วย ต้องบันทึกเอกสารให้เรียบร้อย ให้ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ เพื่อส่งต่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยต่อไป

3. แจ้งให้พยาบาลของหอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยทราบถึงภาวะสุขภาพ และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยละเอียด การสื่อสารที่ดีจะช่วยให้การย้ายผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น และทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
4. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้รู้ว่าผู้ป่วยได้ย้ายไปอยู่อีกหอผู้ป่วยหนึ่ง เช่น ห้องยา หน่วยโภชนาการ เป็นต้น รวมทั้งแก้ไขข้อมูลให้เป็นข้อมูลปัจจุบันในคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้อง
5. การส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลต้องตรวจสอบให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่จำเป็น เรียบร้อยแล้วก่อนย้ายผู้ป่วย เช่น การดูดเสมหะ การให้ยาที่จำเป็นต้องให้ทันที การเปลี่ยนผ้าที่สกปรกเปื้อนเลือด หรือการทดสอบคัดหลังที่ออกมาจากสายหรือท่อที่ต่อออกมาจากตัวผู้ป่วย เป็นต้น
6. เอาใจใส่ความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยระวังอุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่ติดตัวกับผู้ป่วยมิให้เคลื่อนไปจากที่ๆควรอยู่ เช่น สายน้ำเกลือ ท่อหรือสายระบายที่ออกมาจากแผล สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

กระบวนการพยาบาลสำหรับการย้ายผู้ป่วย

พยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการย้ายผู้ป่วย เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลในการย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (สุปราณี เสนาติสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 192) ดังนี้

1. การประเมิน ควรประเมินข้อมูลต่อไปนี้ เหตุผลของการย้ายผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระดับความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการย้ายผู้ป่วย และวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น มีความวิตกกังวล มีความกลัว มีความรู้สึกไม่แน่นอน มีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยหรือได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น
3. ผลลัพธ์ที่คาดหวังและการวางแผนการพยาบาล สำหรับการวางแผนการพยาบาลย้ายผู้ป่วยจะเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเป็นไปตามการวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น
 - เป้าหมายข้อ 1 ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงระหว่างการย้ายผู้ป่วย
 - เป้าหมายข้อ 2 ผู้ป่วยได้รับทราบเหตุผลของการย้ายผู้ป่วย
 - เป้าหมายข้อ 3 ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หรือความกลัวระหว่างการย้ายผู้ป่วย
 - เป้าหมายข้อ 4 ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยระหว่างการย้ายผู้ป่วย
4. ปฏิบัติการพยาบาล เช่น
 - 4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผลของการย้ายผู้ป่วย วันเวลาการย้ายผู้ป่วย และหัตถการการพยาบาลที่จะทำให้แก่ผู้ป่วยในการย้ายผู้ป่วย
 - 4.2 ตอบคำถามที่ผู้ป่วยและญาติเพื่อทำความเข้าใจ
 - 4.3 ยืนยันเหตุผลการย้ายให้ผู้ป่วยเข้าใจ รวมถึงขอความร่วมมือในการทำหัตถการพยาบาลต่างๆ ก่อนย้ายผู้ป่วย
 - 4.4 ประเมินวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดทำผู้ป่วยบนพาหนะที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เหมาะสม
 - 4.5 เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างที่อยู่หอผู้ป่วยเดิมและก่อนเคลื่อนย้าย เพื่อให้มั่นใจว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยยังคงที่อยู่
5. การประเมินผล เช่น
 - เป้าหมายข้อ 1 สัญญาณชีพผู้ป่วย
 - เป้าหมายข้อ 2 ผู้ป่วยได้รับทราบเหตุผลของการย้ายหอผู้ป่วยและให้ความร่วมมือในการย้าย
 - เป้าหมายข้อ 3 ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลในการย้ายหอผู้ป่วย

เป้าหมายข้อ 4 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge a client)

ความหมาย

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ที่บ้านหรือไปอยู่ที่สถานบริการพยาบาล เช่น สถานฟื้นฟูสุขภาพ สถานพยาบาล เป็นต้น หรือหมายถึง การให้ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหรือมีอาการหายจากความเจ็บป่วยได้ออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับเข้ามาดูแลรักษาในโรงพยาบาลจะสามารถจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยได้ 3 กรณี ซึ่งทุกกรณีเป็นการยุติการดูแลรักษาในสถานพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ธัญลักษณ์ บรรลิตกุล, 2558: 81)

1. การจำหน่ายกลับบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือปัญหาสุขภาพทุเลาลง ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะจำหน่ายได้
2. การจำหน่ายเนื่องจากผู้ป่วยไม่สมัครอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งในกรณีนี้ แพทย์และพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลรักษาจะไม่รับผิดชอบใดๆ กับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะต้องลงชื่อเป็นหลักฐานไว้ว่าไม่สมัครใจอยู่ในเอกสารไม่สมัครใจรับการรักษาตามระเบียบของโรงพยาบาล

3. การจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยถึงแก่กรรม

การวางแผนเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิช, 2560; 194) มีดังนี้

1. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องความเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็น แลผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ และความรู้เรื่องการดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยหรือโรค
3. ให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
4. สอนเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เช่น การออกกำลังกาย การป้องกันข้อยึดติด
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำการพยาบาลให้กับตัวเองบางอย่าง เช่น การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การทำแผล เป็นต้น
6. ให้ความรู้เรื่องวิธีการที่จะปรับตัวให้เข้ากับชีวิตประจำวัน
7. แนะนำกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อน เพื่อจะได้มีเพื่อนแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเหมือนกัน เช่น กลุ่มมะเร็งเต้านม กลุ่มญาติผู้ดูแล (Caregivers) เป็นต้น
8. ให้ข้อมูลแหล่งความช่วยเหลือในชุมชนใกล้เคียงที่ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือได้
9. ส่งต่อผู้ป่วยให้สถานบริการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
10. แนะนำช่วงที่ต้องมารับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม
11. ช่วยครอบครัวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้การดูแลเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย

พยาบาลสามารถวางแผนเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามหลัก METHOD ซึ่งย่อมาจาก Medication-Environment-Treatments-Health teaching-Outpatient referral-Diet มีรายละเอียด (สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพาณิช, 2560; 196) ดังนี้

1. ยา (Medication) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ การให้ความรู้เรื่องชนิดของยา การให้ช่วย

อาการข้างเคียง เช่น การใช้ยาฆ่าเชื้อ ยาอินซูลิน เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ ประเมินสิ่งแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยที่สามารถดัดแปลงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน เช่น การจัดระเบียบบ้าน การกำจัดฝุ่นและขยะ เป็นต้น

3. การรักษาพยาบาล (Treatments) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ สาธิตให้ดูและให้ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยให้พยาบาลประเมินอีกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง เช่น การทำแผล การฉีดยาอินซูลิน เป็นต้น

4. การสอนสุขศึกษา (Health teaching) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ สอนและให้ข้อมูลหรือความรู้ที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมและการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี เช่น อาการและอาการแสดงของอาการแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น

5. การส่งต่อไปยังหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (Outpatient referral) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ การอธิบายถึงการบริการสุขภาพในชุมชนที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถไปใช้บริการได้ เช่น การทำกายภาพ การทำแผลขนาดใหญ่ การฉีดยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น

6. อาหาร (Diet) กิจกรรมที่พยาบาลวางแผน คือ การอธิบายถึงอาหารที่ผู้ป่วยต้องการรับประทานที่บ้านหรือกรณีที่ต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค ก็ควรจัดให้พบกับนักกำหนดอาหารที่สามารถพูดคุยและให้ข้อมูลที่ เป็นเอกสารเพื่อให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจอาหารที่ต้องรับประทานที่บ้าน เป็นต้น

สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้การจำหน่ายผู้ป่วยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงสิ่งที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. คำสั่งแพทย์ที่ให้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร
2. การแจ้งห้องยาเพื่อคืนยาในระบบยา และซื้อยากลับบ้านให้ผู้ป่วย เป็นการตรวจสอบและตัดยอดยาที่ใช้กับผู้ป่วย ป้องกันการสั่งยาที่ซ้ำซ้อน
3. ข้อเสนอแนะการเตรียมตัวกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลต้องแจ้งผู้ป่วยเรื่องการกลับบ้าน ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ที่บ้านพร้อมอาการข้างเคียงที่ควรเฝ้าระวัง อาหารที่ต้องรับประทาน กิจกรรมที่สามารถทำได้ที่บ้าน อาการและอาการแสดงผิดปกติที่ผู้ป่วยควรสังเกตและรีบมาโรงพยาบาล บัตรนัดมาตรวจกับแพทย์ และการให้ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้านแก่ผู้ป่วย
4. การช่วยผู้ป่วยเก็บของเครื่องใช้ส่วนตัว รวมทั้งการส่งคืนของมีค่าของผู้ป่วยถ้ามีการฝากไว้
5. เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สัญญาณชีพ และให้ผู้ป่วยเซ็นรับยากลับบ้าน และบัตรนัด
6. การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
7. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
8. การติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแจ้งเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น หน่วยการเงินเพื่อคิดค่ารักษาพยาบาล หน่วยโภชนาการ เป็นต้น
9. การประสานกับแม่บ้านหรือเจ้าหน้าที่เพื่อทำความสะอาดเตียงหรือห้องของผู้ป่วย

ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลในเรื่องต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการดูแลตนเองต่อเมื่อออกจากโรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลรักษาพยาบาลที่ได้รับระหว่างอยู่โรงพยาบาล
2. รายการยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานต่อที่บ้าน โดยบอกขนาด เวลา และความถี่ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
3. อาการที่ต้องสังเกต เช่น มีไข้สูง ปวดมาก เลือดออก หายใจลำบาก อาเจียน เจ็บหน้าอก เป็นต้น ถ้ามีอาการผิดปกติต่างๆ ให้รีบมาโรงพยาบาล
4. วันและเวลานัดหมายเพื่อมาตรวจ
5. การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล เช่น กิจกรรมที่สามารถทำได้ เป็นต้น
6. ข้อมูลของโรงพยาบาลที่สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาทำการ

กระบวนการพยาบาลสำหรับการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1. การประเมิน พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจไม่สามารถดูแลสุขภาพได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคของหลายระบบรวมกัน ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ที่มีจิตใจหรืออารมณ์ไม่คงที่ โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพของตนเอง ร่วมกับสอนให้สามารถปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านได้

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาล โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เช่น ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือได้รับการผ่าตัดทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก เป็นต้น

3. ผลลัพธ์ที่คาดหวังและการวางแผนการพยาบาล เช่น

เป้าหมายข้อ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน

เป้าหมายข้อ 2 ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยได้

เป้าหมายข้อ 3 ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

เป้าหมายข้อ 4 แหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านมีเพียงพอที่ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การปฏิบัติการพยาบาล เช่น จัดการซื้อยา อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ผู้ป่วยต้องนำไปใช้ที่บ้านให้พร้อม ประเมินและตรวจสอบผู้ป่วยและญาติเรื่องความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ส่งต่อผู้ป่วยให้กับพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่จำเป็น เป็นต้น

5. การประเมินผล เช่น

เป้าหมายข้อ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องการดูแลที่บ้านได้ สามารถซักถามและตอบคำถามได้

เป้าหมายข้อ 2 ผู้ป่วยและญาติสามารถสาธิตกลับการทำหัตถการพยาบาลให้ผู้ป่วยที่บ้านได้

เป้าหมายข้อ 3 ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ถึงแก่กรรม

ความหมายของผู้ป่วยเจ็บหนัก ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม และผู้ป่วยถึงแก่กรรม

ผู้ป่วยเจ็บหนัก หมายถึง บุคคลผู้ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่แย่งลง (Timby, 2009: 876)

ปฏิภพกิจกรรยของผูผู้ป่วยเมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง สามารถแบ่งได้ 5 ระยะ ดังนี้ (Kuber-Ross, 1969)

ระยะที่ 1 ปฏิเสธ (Denial) เป็นระยะที่ไม่ยอมรับความจริงความจริงที่เกิดการสูญเสียหรือใกล้ถึงแก่กรรม เช่น ผู้ป่วยจะพูดว่า “ไม่ใช่ฉัน” “หมอวินิจฉัยโรคผิด” “ผลการทดสอบต่างๆผิด” เป็นปฏิกิริยาป้องกันตนเองเหมือนกับการป้องกันภัยอื่นๆ ที่มาถึง ซึ่งผู้ป่วยจะคิดว่าการวินิจฉัยนั้นผิด หรือปฏิเสธว่าคงมีบางสิ่งบางอย่างผิดพลาด บางรายไปพบแพทย์หลายคนหรือไปหาแนวทางที่ตนเองพอใจเพื่อหาคำตอบ บางคนอาจจะหันไปหาความเชื่อทางไสยศาสตร์ เพื่อหาการวินิจฉัยโรคที่ตนเองพอใจหรือหาแหล่งการรักษาอื่นๆ เพื่อยืดเวลาการไม่ยอมรับหรือจะหนีความจริงที่รับทราบมา ระยะนี้อาจเป็นระยะสั้นๆชั่วคราวและอาจจะเริ่มเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องจัดการด้านธุรกิจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร ปลายระยะนี้ผู้ป่วยจะเลิกปฏิเสธเมื่อรู้ว่ามีผู้ที่อยู่กับตนและจะช่วยเหลือจริงๆ หรือบางคนอาจจะปฏิเสธตลอดการดำเนินโรคหรือจนถึงภาวะสุดท้ายของชีวิตก็ได้ โดยผู้ป่วยพยายามหาบุคคลที่ไว้วางใจเพื่อมอบหมายงานที่รับผิดชอบอยู่

พยาบาลควรรับฟังเรื่องต่างๆจากผู้ป่วยด้วยความตั้งใจและจริงใจ ไม่ต้องตกใจไปกับผู้ป่วยตอบคำถามด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน แสดงอาการเห็นใจและไม่ต้องตกใจไปกับผู้ป่วย แต่ต้องเป็นความจริงเพื่อกระตุ้นผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะต่อไป

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) เมื่อปฏิเสธความจริงไม่ได้ ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธพระเจ้า โกรธโชคชะตา และโกรธที่ป่วย ด้านอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงง่าย ต่อต้าน ใครทำอะไรให้ก็ไม่ถูกใจ มีแต่คำตำหนิติเตียนตลอดเวลา ผู้ป่วยโกรธตนเองที่กำลังจะสูญเสียทุกอย่างในชีวิต มักจะพูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ระยะนี้ผู้ป่วยจะก้าวร้าว หรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบเกินจริงต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรำคาญ

พยาบาลจะต้องเข้าใจผู้ป่วย ไม่แสดงความโกรธตอบผู้ป่วย วางเฉยและพยายามให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความโกรธไปในทางที่ถูก หลังจากนั้นให้กำลังใจ และช่วยให้เขารู้สึกว่ามีความปลอดภัยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ญาติและครอบครัวผู้ป่วยอาจอยู่ในระยะนี้เช่นกันจึงต้องช่วยเหลือให้พ้นระยะนี้ด้วย

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นกลไกการประวิงเวลาเพื่อต่อรองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการต่อรองต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ยืดระยะเวลาชีวิตออกไปให้ได้ทำภารกิจสำคัญบางอย่างให้สำเร็จ เช่น อยู่ร่วมงานรับปริญญาหรืองานแต่งของลูก เป็นต้น ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วยเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป เช่น ถ้าหายป่วยคราวนี้แล้วจะบวช หรือขอมีอายุยืนยาวต่อไปสักกระยะจนลูกโตสักหน่อย หรือผู้ป่วยต้องการจะกลับไปอยู่บ้านและทำอะไรให้คนที่ตนรักก็ได้

ในระยะนี้ พยาบาลอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำบางอย่างตามต้องการ เช่น นิมนต์พระสงฆ์มาเยี่ยมหรือทำบุญ หรือต้องการไปเยี่ยมญาติสนิท หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความในใจก็จะลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ บางครั้งพยาบาลจะต้องยอมทำตามที่ผู้ป่วยขอร้องถ้าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยหรืออาการรุนแรงขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นความรู้สึกเศร้าใจเมื่อรู้ว่าความตายจะมาถึงในอีกไม่นานอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ไม่อยากจะทำอะไร ไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเอง อาจเป็นมากจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตรงกันข้ามกับบางคนพูดมากขึ้นมักเป็นเรื่องการสูญเสียเงินทองหรือการงานที่ผ่านมาแล้ว บางคนตาเหม่อลอย นอนไม่หลับ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารน้อยลง ชอบอยู่คนเดียวไม่ต้องการให้ใครมาเยี่ยม ผู้ป่วยมักจะคิดว่าครอบครัวจะจัดการอย่างไรกับตัวเขาเมื่อตายไปแล้ว ระยะนี้ควรมีพระสงฆ์หรือเพื่อนสนิทที่จะช่วยเหลือหรือพูดคุยถึงเรื่อง que ผู้ป่วยกังวล เช่น เมื่อเสียชีวิตไปแล้วครอบครัวจะทำอย่างไร ระยะนี้จะให้การพยาบาลลำบากที่สุด ควรจะให้ผู้ป่วยได้ระบายความเศร้าโศกออกมา

พยาบาลควรนั่งเป็นเพื่อนโดยไม่ต้องพูดแต่ใช้มือสัมผัสแทน ระยะนี้ควรให้ญาติหรือผู้ผู้ป่วยรักและวางใจอยู่ด้วย โดยให้นั่งเงียบๆและใช้มือสัมผัสแทนการพูดปลอบใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจและอาจให้ญาติเข้าเยี่ยมได้บ่อยครั้งกว่าปกติ

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (Acceptance) เมื่อผู้ป่วยผ่านเข้าสู่ระยะยอมรับการสูญเสีย จะสงบเงียบและใจเย็นรอความตายที่จะเกิดขึ้น ระยะนี้ไม่มีอาการเศร้าโศกหรือโกรธเคืองอีก การดิ้นรนต่อสู้ต่างๆจะสิ้นสุดลง ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะจากไปโดยไม่มีวันกลับ ผู้ป่วยอาจลดความสนใจสิ่งแวดล้อมและผู้คนที่มาให้กำลังใจ แต่ต้องการคนที่ตนรักคนเดียวมาอยู่เป็นเพื่อน ให้การดูแลที่อ่อนโยน ต้องการคนเยี่ยม น้อยลงและระยะเวลาสั้นๆ ผู้ป่วยไม่ต้องการสังคมกับใคร และไม่อยู่ในอารมณ์ที่จะพูดคุยด้วย

การพยาบาลในระยะนี้ควรใช้การติดต่อด้วยกิริยาและสัมผัสที่อ่อนโยนนุ่มนวล พยาบาลควรอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา หรือควรเข้าไปดูแลบ่อยๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกรบกวน และให้ตระหนักว่าถึงแม้จะเจ็บหนักก็ยังมีคุณค่าและความสำคัญ ระยะนี้ไม่ควรพูดจาให้ความหวังเรื่องการรักษากับผู้ป่วยอีก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมย้อนกลับไปในระยะต้นๆ อีกได้ พยาบาลควรอธิบายให้ครอบครัวและญาติเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยในระยะนี้ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม สังคม คนมาเยี่ยมอยู่ระยะเวลาสั้นและเงียบสงบ

ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ป่วยหนักที่มีสัญญาณบอกว่าร่างกายไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป อาจมีระยะเวลาเป็นชั่วโมง วัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือนก่อนถึงแก่กรรม (สายพิณ, 2553: 35)

อาการแสดงของผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

1. อ่อนเพลีย
2. ปวด
3. การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนและหลอดเลือด
4. ปริมาณปัสสาวะลดลง
5. ลักษณะการหายใจเปลี่ยนแปลง
6. ความอยากอาหารลดลง
7. การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ประสาทสัมผัส

การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม

จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้ใกล้ถึงแก่กรรมที่กล่าวข้างต้น พยาบาลหรือญาติผู้ดูแลมีหน้าที่สำคัญที่จะให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายแม้จะอยู่ในสภาวะสุดท้ายของชีวิต (สุปาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพาณิชย์, 2560; 804)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม	การดูแล
ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยสื่อสาร - สัมผัสผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน - พุดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน นุ่มนวล - จัดให้ญาติที่ผู้ป่วยพอใจนั่งข้างเตียงผู้ป่วยเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยและปลอดภัย - หาโอกาสที่จะพุดคุยกับผู้ป่วยถึงการเตรียมตัวสู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยอาจใช้เรื่องที่ผู้ป่วยเล่าเกี่ยวกับการฝันถึงคนที่เสียชีวิตไปแล้ว หรือโอกาสที่ผู้ป่วยพุดถึงความตาย นำสู่การพุดคุยให้ผู้ป่วยเตรียมตัวเตรียมใจเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตด้วยจิตที่เป็นกุศล

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม	การดูแล
ประสาทสัมผัสเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการมองเห็น ลดลง แต่มีความไวต่อแสงสว่าง	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ที่ห้องที่เงียบสงบ ไม่มีแสงจ้าเพื่อลดการกระตุ้นประสาทสัมผัสของผู้ป่วยทั้งเสียงและแสงสว่าง - แนะนำให้ญาติระมัดระวังการพูด ไม่ส่งเสียงอะอะโวยวาย ผู้มาเยี่ยมควรอยู่อย่างสงบ ไม่นำเรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวุ่นวายใจมาพูดในห้องผู้ป่วย
การหายใจมีเสียงคล้ายเสมหะ ในลำคอ การหายใจไม่ สม่ำเสมอ หยุดหายใจเป็นช่วง สั้นๆ หรือหายใจแบบเซนส์โตก	<ul style="list-style-type: none"> - ฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หากไม่มีลักษณะของการขาดออกซิเจน (Hypoxia) ไม่จำเป็นต้องให้ออกซิเจนหรือดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะ อาจใช้เพียงลูกยางแดงดูดในจมูกและคอก็เพียงพอ - จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงกึ่งคว่ำหรือตะแคงให้ศีรษะต่ำเล็กน้อยเพื่อขับเสมหะเพื่อขับเสมหะและน้ำลายได้ดีขึ้น
ความต้องการอาหารและน้ำ ลดลง	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อลง ผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายยางหากพบว่าอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารมากจนไม่สามารถให้อาหารมื้อต่อไปได้ให้พิจารณาลดมื้ออาหาร พิจารณาให้อาหารที่มีปริมาณแคลอรีต่อหน่วยปริมาตรอาหารสูงขึ้นเพื่อที่จะได้รับพลังงานจากอาหารเพิ่มขึ้นในขณะที่ได้รับปริมาณอาหารเท่าเดิม - ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากในระยะนี้ความสามารถในการกลืนอาหารจะลดลง ควรจัดอาหารเหลวที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ และให้ระวังการสำลัก การที่ผู้ป่วยทานได้น้อยกว่าปกติถือเป็นเรื่องปกติของผู้ป่วยในระยะนี้
ปัสสาวะลดลง และมีปัสสาวะ คั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> - รองผ้าอ้อมที่มีคุณสมบัติดูดซึมปัสสาวะได้ดี หมั่นเปลี่ยนผ้าและทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ - พิจารณาการใส่สายสวนปัสสาวะหากมีปัสสาวะคั่งมาก
ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลดลง เริ่มต้นจากกล้ามเนื้อขา และต่อเนื่องไปยังกล้ามเนื้อ แขน	<ul style="list-style-type: none"> - ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันครบถ้วน ทำความสะอาดร่างกายปากฟัน จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด - พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชม. ตามความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หมายถึง ผู้ที่มีอวัยวะต่างๆ ของร่างกายหยุดทำงาน มักตัดสินใจจากการหยุดหายใจและการหยุดเต้นของหัวใจ ตามกฎหมายแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินว่าผู้ป่วยถึงแก่กรรม (Timby, 2009: 882)

การพยาบาลผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม

1. การเปลี่ยนแปลงหลังการตายในช่วงต้น (Early post-mortem changes) คือการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังการตาย มีดังนี้

- ไม่มีการหายใจ หัวใจหยุดเต้น
- ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น รวมถึงการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง
- ไม่มีสัญญาณชีพใดๆ
- ผิวหนังโดยทั่วไปจะเริ่มซีดเนื่องจากเนื้อเยื่อและเซลล์ขาดเลือดมาเลี้ยง

- กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อที่เป็นส่วนประกอบของหูรูด (Sphincters) เริ่มคลายตัว
- เริ่มมีการแข็งตัวของเลือดทั่วร่างกาย

2. การเปลี่ยนแปลงภายหลังการตายในช่วงท้าย (Late post-mortem changes)

- การแข็งตัวของกล้ามเนื้อหลังการตาย (Rigor moris) คือ การที่กล้ามเนื้อแข็งตัวเกิดขึ้นหลังการตาย เนื่องจากเมื่อเซลล์ตายจะมีการรวมตัวของสารแอกติน (Actin) และไมโอซิน (Myosin) ในกล้ามเนื้อโดยที่ไม่มีการคลายออก ทำให้กล้ามเนื้อแข็งตัวไม่สามารถยืดหยุ่นได้ เป็นเหตุให้ข้อต่างๆ ไม่สามารถเคลื่อนที่ งอหรือเหยียดได้ตามปกติ (Rigidity) จะตรวจพบที่ข้อต่อเล็กๆ ได้ก่อนข้อต่อใหญ่ๆ โดยเริ่มพบที่ใบหน้า ขากรรไกร นิ้วมือและนิ้วเท้าได้ในเวลาประมาณ 2 ชม. ภายหลังกการตาย เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 4 ชม. จะตรวจพบได้ที่ข้อศอกและเข่า และตรวจพบที่ข้อไหล่และสะโพกในเวลาประมาณ 6 ชม. หลังจากนั้นกล้ามเนื้อจะแข็งตัวมากขึ้นเรื่อยๆ จนเต็มที่ในเวลาประมาณ 6-12 ชม. หลังการตาย และคงอยู่อย่างนั้น จนกระทั่งกระบวนการเน่าเริ่มเกิดขึ้น คือ ประมาณ 24 ชม. หลังการตาย

- รอยเลือดตกลงสู่เบื้องต่ำ (Hypostasis: Livor mortis) คือรอยจ้ำแดงหรือม่วงแดงที่เกิดขึ้นหลังการตาย เมื่อหัวใจหยุดเต้นเม็ดเลือดแดงจะตกลงสู่ที่ต่ำตามแรงดึงดูดของโลก ทำให้เกิดรอยจ้ำแดงในบริเวณที่อยู่ต่ำสุดของร่างกาย หากศพนอนหงายเลือดจะตกอยู่ในบริเวณแผ่นหลังและแขนขาด้านหลัง โดยจะปรากฏให้เห็นได้ภายหลังกการตายประมาณ 30 นาทีถึง 2 ชม. ซึ่งในช่วงแรกนี้หากมีการเคลื่อนย้ายศพรอยเลือดที่ตกจะย้ายไปอยู่ที่จุดต่ำสุดของร่างกายในตำแหน่งใหม่ แต่หากเวลาผ่านไปเกินกว่า 8 ชม. รอยเลือดที่ตกจะคงอยู่ที่เดิมไม่เปลี่ยนที่ไปเนื่องจากสีของเม็ดเลือดแดงติดอยู่ที่เนื้อเยื่อบริเวณนั้นแล้ว

- การลดลงของอุณหภูมิร่างกาย (Algor mortis) หลังเสียชีวิตศพจะค่อยๆ เย็นลงประมาณ 1 °C ต่อชั่วโมงจนมีอุณหภูมิเท่ากับสิ่งแวดล้อม แต่ยังไม่แน่นอนอนอยู่มากเนื่องจากมีปัจจัยซึ่งมีผลกระทบต่อการลดลงของอุณหภูมิของร่างกายศพหลายอย่าง เช่น อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม เสื้อผ้าเครื่องแต่งกายของผู้เสียชีวิต และอุณหภูมิของร่างกายผู้เสียชีวิตก่อนตาย เป็นต้น

- กระบวนการเน่าของศพ (Decomposition of the body) คือการเน่าสลายของเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายภายหลังกการตาย สิ่งแรกที่บ่งบอกว่าร่างกายเริ่มมีการเน่าเกิดขึ้นแล้ว คือ สีเขียวบริเวณหน้าท้องซึ่งเกิดจากการเน่าของลำไส้ มักพบที่หน้าท้องส่วนล่างด้านขวาก่อนจะเห็นได้ในเวลาประมาณ 24 ชม. ภายหลังกการตาย หลังจากนั้นจุลินทรีย์จะเริ่มเข้าไปเจริญเติบโตในเลือดทำให้เลือดที่อยู่ภายในหลอดเลือดเกิดการเน่า เห็นเป็นสีม่วงคล้ำปนเขียวตามลายหลอดเลือด คล้ายลายของหินอ่อน (Marbling) ซึ่งมักเห็นได้ในเวลาประมาณ 48 ชม. ภายหลังกการตาย ประมาณ 3 วันหลังตายแก๊สที่จุลินทรีย์สร้างขึ้นจะทำให้ร่างกายพองโตขึ้น ลิ้นจุกปากดวงตาถลน ผิวดำคล้ำ และประมาณ 5 วันหลังตาย หนังกาพรั้าจะพองตัวหลุดลอกออกไปจากลำตัว

5. การดูแลร่างกายผู้ถึงแก่กรรม

การเข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้ป่วยเมื่อถึงแก่กรรมโดยเฉพาะในช่วงต้นนั้นช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลร่างกายของผู้ถึงแก่กรรม (การแต่งศพ) ได้อย่างเหมาะสม

การแต่งศพ

- จุดประสงค์** เพื่อ
1. เตรียมพร้อมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยที่จะมาพบเห็น
 2. ทำความสะอาดศพ
 3. ให้ศพเรียบร้อยพร้อมที่จะทำพิธีต่างๆ ได้

- เครื่องใช้**
1. เครื่องใช้เกี่ยวกับการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง
 2. ชุดทำแผล พลาสเตอร์แผ่นใหญ่ ขามรูปเต กรรไกร ผ้าพันแผล สำลีเป็นม้วน ก๊อส วาสลิน
 3. ไบรณบัตร บัตรประจำตัวผู้ป่วย ใบส่งศพ ใบแจ้งความมรณบัตร

วิธีปฏิบัติ ให้ปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมเครื่องใช้ให้พร้อม ยกไปวางที่ตู้ข้างเตียง 2. กั้นม่านหรือปิดประตู 3. ขอร้องให้ญาติผู้ป่วยออกไปคอยข้างนอกก่อน 4. ให้ศพนอนราบหรือหนุนหมอนเตี้ยๆ ท่านอนหงาย แขนวางไว้ข้างตัว ฝ่ามือคว่ำลงขาอยู่ในท่าตรง การเคลื่อนไหวหรือพลิกตัวศพให้ทำอย่างเบามือ 5. ปิดตาทั้งสองข้างโดยดึงหนังตาลงมาปิดลูกตา ถ้าตาไม่ปิดให้ใช้วาสลินทาที่หนังตาทั้งสอง ข้าง ถ้ามีตาปลอมต้องใส่กลับเข้าที่เดิม 6. ปิดปากให้สนิทถ้ามีฟันปลอมใส่ไว้ด้วย ใน รายที่อ้าปากอยู่ ใช้ผ้าพันแผลรัดได้คางแล้วมาผูกบนศีรษะ เมื่อปากหุบแล้วค่อยแกะออก 7. ปลดสายยางหรือเครื่องช่วยต่างๆ ออกจากศพ แต่ก่อนดึง ต้องดูว่าอาจมีถุงลมโป่งอยู่ที่ปลายสายยางหรือไม่ 8. ทำความสะอาดร่างกายตามแบบการอาบน้ำบนเตียง หลังจากนั้นใช้สำลีผ้าก๊อสอุดตามรูเปิดใหญ่ เช่น ทวารหนัก ช่องคลอดแล้วใช้พลาสเตอร์แผ่นใหญ่ปิดให้แน่นหรือใช้ผ้าก๊อสห่อสำลีหรือผ้าอนามัยปิดบริเวณกัน และใช้สำลีอุดรูจมูกและรูหูด้วย ถ้ามีแผลทำแผลให้ใหม่ ถ้ามีรอย พลาสเตอร์ให้ใช้เบนซินเช็ดออกให้สะอาด(อาจให้ญาติมาร่วมเช็ดตัวหรือทำพิธีการ เช่น คนจีนจะเช็ดตัว) 9. เสริมแล้วสวมเสื้อผ้าชุดที่เก็บไว้หรือชุดที่ญาตินำมา ห่มผ้าห่มให้ถึงคอหุ้มมให้เรียบร้อย 10. ผูกบัตรประจำตัวผู้ป่วยและไบรณบัตรที่ข้อมือ 11. นำของเครื่องใช้ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย 12. ให้ศพอยู่ที่หอผู้ป่วยประมาณ 2 ชั่วโมงจึงส่งไปห้องศพ พร้อมใบส่งศพควรรยกรวากันเตียงของรถนอนขึ้นด้วยและควรใช้ลิฟท์ที่ไม่ค่อยมีคนใช้ ขณะศพลงไปยังห้องศพ 13. เก็บผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ส่งซัก และเช็ดทำความสะอาดเตียง 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อเป็นสัดส่วนและไม่ให้ผู้ป่วยอื่นตกใจเกินไป - เพื่อจะได้ทำการพยาบาลสะดวกจัดให้เหมือนท่านอนปกติ ต้องรีบจัดท่านอน ตั้งแต่ถึงแก่กรรมใหม่ ๆ เพราะถ้าตัวแข็งแล้วจะจัดท่ายาก - ป้องกันฟกช้ำหรือผิวหนังเป็นแผล - ให้เหมือนกับนอนหลับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นไม่ตื่นกลัว ฟันปลอมทำให้ส่วนคางงรูปเหมือนเดิม - เพื่อไม่ให้เนื้อเยื่อฉีกขาดเวลาดึงสายยางออก - เพราะอาจมีสิ่งไหลออกมาตามรูเปิดต่างๆ ได้ - เพื่อให้สะอาดและปฏิบัติเหมือนผู้ป่วยทั่วไป - เพื่อให้เหมือนคนนอนหลับ - ป้องกันการผิดพลาดเมื่อรับศพไป - เพื่อให้สะอาดเรียบร้อย - เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้ถึงแก่กรรมแน่นอน เพื่อป้องกันศพลื่นตกไป หลีกเลียงการเพิ่มความเครียดแก่ผู้มาเยี่ยม ผู้ป่วยคนอื่นๆ - เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
14. เขียนใบรายงานต่างๆ ด้วยหมึกแดง เช่น แผ่นบันทึกการพยาบาลใบรายงานผู้ป่วยถึงแก่กรรม	

หมายเหตุ

1. ในรายที่เป็นโรคติดต่อ ต้องแยกเครื่องใช้ทุกชนิด และทิ้งผ้าเปื้อนในถุงผ้าติดเชื้อ
2. ของมีค่าต่างๆ เช่น เงิน แหวน หนังสือสัญญาหรือเอกสารต่างๆ ให้ส่งคืนญาติสนิทของผู้ป่วย โดยให้ญาติเซ็นชื่อรับของ ลงวัน เวลาที่รับของพร้อมทั้งมีพยานรับรองด้วย
3. ในรายที่ต้องการตรวจศพ ต้องให้ญาติเซ็นใบอนุญาตให้ตรวจศพแล้วส่งใบนี้พร้อมเวชระเบียนไปพร้อมกับศพด้วย
4. พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานให้แพทย์เขียนใบรับรองการตายเพื่อให้ญาตินำไปเป็นหลักฐานในการทำใบมรณบัตรต่อไป

การดูแลครอบครัวของผู้ป่วย

ครอบครัวผู้ป่วยที่เจ็บหนักใกล้ถึงแก่กรรมเป็นกลุ่มบุคคลที่พยาบาลจะต้องให้การดูแลเช่นเดียวกัน กระบวนการปรับตัวของครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บหนักใกล้เสียชีวิต มีดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่
2. ความรู้สึกเป็นภาระ ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระ แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างลงตัว ไม่มีใครต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเพียงคนเดียวก็จะทำให้ทุกคนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างไม่รู้สึกว่ามีความภาระมากเกินไป
3. การต่อสู้กับความรู้สึกที่ขัดแย้งกัน เป็นความรู้สึกของการมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตได้ยืนยาวต่อไปอีก หรืออาจจะเกิดขึ้นได้จากสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการจะดูแลผู้ป่วยในขณะที่เดียวกับที่มีความต้องการที่จะดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างปกติ
4. การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านสัมพันธภาพ บทบาทหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมและการทำงาน
5. การค้นหาความหมายของชีวิต เป็นการค้นหาคำตอบให้กับปัญหาเชิงปรัชญาและปัญหาทางจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการให้ความหมายกับชีวิตของตนเอง เช่น เมื่อพบว่าญาติที่ตนเองรักเจ็บหนักและใกล้ถึงแก่กรรม จึงเข้าใจว่าทำงานเพื่อให้ได้เงินทองมากมายไม่ใช่สิ่งสำคัญของชีวิต การใช้เวลาและประคับประคองให้คนที่รักมีสภาวะสุดท้ายอย่างสงบเป็นสิ่งสำคัญกว่า เป็นต้น
6. การดำเนินชีวิตแบบวันต่อวัน บางครอบครัวมีทัศนคติของการดำเนินชีวิตของการดำเนินชีวิตเป็นวันต่อวัน ทำปัจจุบันให้ดีที่สุดไม่วิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง รวมทั้งไม่พุ่มพวยกับอดีตที่แก้ไขไม่ได้
7. การเตรียมสำหรับความตาย การให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ตนเป็นความกังวล เช่น การแบ่งสมบัติให้กับลูกหลาน การได้ทำบุญให้กับสิ่งที่ตนเองเคยเบียดเบียน เป็นต้น บางรายอาจต้องการทำ “พินัยกรรมชีวิต (Living will)” หรือ “หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (กฎกระทรวง, 2553) ดังนั้นผู้ป่วยสามารถที่จะไม่ขอรับการรักษาที่ทำไปเพื่อยืดการตาย หรือยื้อชีวิตที่ไม่อาจฟื้นกลับมาเหมือนเดิมได้ เป็นการขอให้แพทย์รักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด แต่เมื่อถึงเวลาที่ต้องปล่อยให้เสียชีวิตไป

ตามธรรมชาติ เช่น ขอให้แพทย์ไม่ต้องเจาะคอใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้องใส่สายยางให้อาหาร เป็นต้น ถือว่าเป็นการเตรียมตัวที่จะเผชิญความตายได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ ได้ทำภารกิจที่ค้างค้างให้เสร็จสิ้น และแจ้งความประสงค์ที่จะให้มีการตายอย่างสงบอย่างเป็หลายลักษณะอักษร ในส่วนของครอบครัวจะต้องวางแผนล่วงหน้าถึงผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่แทนภาระงานต่างๆ ในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว หรือแม้แต่การวางแผนจัดงานศพ

จากกระบวนการปรับตัวของครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวผ่านช่วงเวลาเหล่านั้นไปได้ โดยสรุปพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวได้ดังนี้

1. รับฟังความเศร้าโศก กังวลใจของญาติผู้ดูแลโดยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ไม่อยู่ในบริเวณที่ผู้ป่วยจะรับรู้ได้ เพื่อให้ญาติสามารถระบายความรู้สึกได้เต็มที่
2. วางแผนร่วมกับญาติถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ญาติเข้าใจและยอมรับสภาวะของผู้ป่วย ประคับประคองให้ญาติผ่านพ้นความโศกเศร้าและมุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีวาระสุดท้ายของชีวิตที่สงบ ไม่ทรมาน
3. หากผู้ป่วยต้องการกลับบ้าน ให้ความมั่นใจกับครอบครัวว่า เขาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา รวมถึงการจัดทำคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ
4. หากผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น พยาบาลควรปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างและให้คำแนะนำถึงกิจกรรมที่ญาติสามารถปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นได้

ดังนั้นจะเห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บหนักและผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคมมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องเข้าใจพฤติกรรมระยะต่างๆ ของผู้ป่วยที่ใกล้ถึงแก่กรรมและครอบครัว เพื่อจะได้ให้กำลังใจและปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพ และมีผู้ป่วยถึงแก่กรรมแล้ว พยาบาลต้องช่วยเหลือญาติในการติดต่อขอรับศพและอำนวยความสะดวกต่างๆ พร้อมทั้งต้องแต่งศพให้เรียบร้อยซึ่งเป็นการพยาบาลจนถึงวาระสุดท้าย

รายการอ้างอิง

- สุปาณี เสนาดิสัย และมณี อาภานันท์กุล (บรรณาธิการ). (2552). **คู่มือปฏิบัติการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (บรรณาธิการ). (2560). **การพยาบาลพื้นฐาน**
ปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.