

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร ทบทวนวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 1.1 ความหมายของครอบครัว
 - 1.2 ลักษณะของครอบครัวไทย
 - 1.3 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว
 - 1.4 ครอบครัวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต
2. แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต
 - 2.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการช่วยฟื้นชีวิต
 - 2.2 ขั้นตอนการช่วยฟื้นชีวิต
 - 2.3 การตัดสินใจเริ่มและยุติการช่วยฟื้นชีวิต
 - 2.4 ผลกระทบของการช่วยฟื้นชีวิต
3. ความต้องการ และการตอบสนองของความต้องการของครอบครัวในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ลักษณะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.2 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิวติกซ์
 - 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิวติกซ์
 - 4.4 การตรวจสอบความตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

1. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

1.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ต่อกัน มีความรัก ซื่อสัตย์ จงรักภักดีต่อกัน ซึ่งเป็นผลจากการสมรส หรือมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด (Dunbar & Mclain, 1993) เป็นสถาบันทางสังคมที่มีความใกล้ชิดบุคคลอย่างยิ่ง เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโตและพัฒนาตลอดช่วงการดำเนินชีวิต (รุจา, 2541)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกอยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ และมีความผูกพันใกล้ชิด สนใจทุกข์สุขซึ่งกันและกัน มีการกำหนดความรับผิดชอบตามบทบาท และหน้าที่ ได้แก่ เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นสามีภรรยา หรือเป็นบุตร ฯลฯ (พิมพีใจ, ศศกรณ, ปราณี, และอุทัยวรรณ, 2540) และครอบคลุมถึงการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรมด้วย (Hickey, 1993) ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเหล่านี้มีกรอบวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของครอบครัว ร่วมกัน (Friedman, 1986)

นอกจากนี้อาจกำหนดความหมายของครอบครัวโดยอาศัยความเกี่ยวข้องเฉพาะสาขา ในแต่ละสาขา ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พิมพีใจ และ คณะ, 2540)

ความหมายของครอบครัวทางชีววิทยา หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต เช่น สามี ภรรยา และบุตร โดยบุตรเกิดจากอสุจิของบิดาผสมกับไข่ของมารดา ด้วยเหตุนี้ บิดามารดากับบุตรจึงมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต แล้วแต่โครโมโซมและยีนส์ที่บุตรได้รับจาก บิดาและมารดา ดังนั้นความหมายของครอบครัวทางชีววิทยา จึงไม่รวมครอบครัวที่ไม่มีบุตรแต่ กำเนิด กล่าวคือหากมีบุตรเนื่องจากขอรับเป็นบุตรบุญธรรม ก็จะไม่คิดว่าเป็นครอบครัวชีววิทยา แต่อย่างใด

ความหมายของครอบครัวทางกฎหมาย หมายถึง ชายและหญิงที่จดทะเบียนสมรสกัน แล้วมีบุตร โดยบิดามารดาและบุตรมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อกันตามกฎหมาย และหากครอบครัวมี บุตรบุญธรรมโดยจดทะเบียนการรับรองบุตรอย่างถูกต้อง ถือว่าบุตรนั้นเป็นครอบครัวทางกฎหมาย

ความหมายของครอบครัวทางเศรษฐกิจ หมายถึง กลุ่มคนที่ใช้จ่ายร่วมกันจากเงินบ เดียวกัน โดยได้ทำการสมรสและแยกครอบครัวไปอยู่เป็นอิสระ

ความหมายของครอบครัวทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ร่วมอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยวข้องกันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมายก็ได้ แต่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ให้ความ รักและความเอาใจใส่ต่อกัน มีความปรารถนาดีต่อกัน

กล่าวโดยสรุป ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน โดยม ีความสัมพันธ์จากการสมรส หรือโดยสายโลหิต รวมทั้งการรับเป็นบุตรบุญธรรม ทั้งนี้สมาชิกจะ ต้องอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด แต่ละคนต่างมีบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งมีการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ และปลูกฝังขนบธรรมเนียม ประเพณีให้แก่สมาชิก

1.2 ลักษณะของครอบครัวไทย

ครอบครัวไทยมีวิวัฒนาการเพื่อความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมเรื่อยมา ซึ่งลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบันมีดังนี้

1.2.1 ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ส่วนใหญ่นิยมแยกไปใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังอย่างอิสระ ทำให้มีครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง (พิศวง, 2523; สุพัตรา, 2541; อุมาพร, 2544) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มเล็กๆ ระหว่างบิดา มารดา และบุตร (กมลลา และ ปาริชาติ, 2536) มักพบว่าคนวัยทำงานจะเคลื่อนย้ายเข้าสู่เขตเมืองเพื่อหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว (อุมาพร, 2544) ทำให้ครัวเรือนปัจจุบันมีขนาดเล็กลง

1.2.2 ในอดีตอำนาจสิทธิขาดอยู่ที่หัวหน้าครอบครัวหรือสามีแต่เพียงผู้เดียว แต่ปัจจุบันภรรยาใช้อำนาจมากขึ้นและมีโอกาสตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ภายในครอบครัว ส่วนสามีก็ช่วยรับผิดชอบงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น (อุมาพร, 2544) ความสัมพันธ์ของสามีภรรยา มักเป็นแบบเพื่อนกัน ถือว่าต่างเป็นที่พึ่งของกันและกัน (พิศวง, 2523)

1.2.3 ความผูกพันทางสายโลหิต บิดามารดาในครอบครัวไทยจะรักและห่วงบุตรของตน อยู่เสมอ แม้ว่าบุตรจะแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วก็ตาม และมักจะอุปการะเลี้ยงดูบุตรที่ยังเป็นโสดตลอดไป โดยบุตรจะได้รับความรัก ความอบอุ่น และการเลี้ยงดูระดับประคองจากพ่อแม่เท่าที่สามารรถจะทำได้ตามสภาพภาพของครอบครัว

1.2.4 ครอบครัวไทยยึดถืออาวุโสเป็นศูนย์รวมของความรัก ความรักดี เนื่องจากค่านิยมและวัฒนธรรมไทยมีการเคารพผู้อาวุโส ดังนั้นภายในครอบครัวไทยบุตรหลานจึงให้ความอุปการะเลี้ยงดูเอาใจใส่ให้ความรักญาติผู้ใหญ่ของตน (พิมพ์ใจ และ คณะ, 2540) ซึ่งถือเป็นลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวไทย คนไทยมักได้รับการสั่งสอนอบรมเรื่องความกตัญญูทวดเวทให้ช่วยเหลือและอุปการะแก่ญาติผู้ใหญ่ของตน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยชรา และขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (พิศวง, 2523)

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น หน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการตัดสินใจไม่ได้อยู่ที่สามีเพียงคนเดียวเช่นเมื่อก่อน ทั้งสามีและภรรยาต่างมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อครอบครัวเท่าเทียมกัน แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต แต่อย่างไรก็ยังคงไว้ซึ่งความรักความผูกพันที่มีต่อบุตรและความกตัญญูทวดเวทที่มีต่อญาติผู้ใหญ่หรือผู้อาวุโสในครอบครัวเช่นเดิม

1.3 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

การที่ครอบครัวจะมีความผาสุก มีการพัฒนา และมีความสมดุล สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างราบรื่น สมาชิกจะต้องมีความรับผิดชอบ กระทำกิจกรรมหน้าที่ร่วมกัน (Friedman, 1986) สำหรับในสังคมไทยหน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สมาชิกควรกระทำ เพื่อประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัว (รุจา, 2541) เพราะการมีโครงสร้างของครอบครัวที่เหมาะสม มีผลทำให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ (พิศวง, 2523) ซึ่งโดยทั่วไปครอบครัวไทยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (จิรเนาว์, 2547; สุพัตรา, 2541)

1. สร้างสรรค์สมาชิกใหม่ หน้าที่สำคัญประการแรกของครอบครัวคือ การให้กำเนิดบุตร ซึ่งถือเป็นการสืบทอดและรับช่วงระบบครอบครัว เป็นหลักประกันให้กับสังคมว่าจะมีสมาชิกใหม่มาแทนสมาชิกที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้มนุษย์สามารถดำรงเผ่าพันธุ์ต่อไป

2. นำบทความต้องการทางเพศ ซึ่งแสดงออกในรูปของการสมรสระหว่างชายและหญิง หลังจากการตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตร่วมกันฉันท์สามีภรรยาและเป็นครอบครัวเดียวกันแล้ว ส่วนใหญ่ผู้ชายจะเป็นใหญ่กว่าผู้หญิง หรือสามีมักมีอำนาจมากกว่าภรรยา ได้แก่ อำนาจในการตัดสินใจ อำนาจเกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สินในครอบครัว เป็นต้น

3. หาโภคทรัพย์ให้แก่สมาชิก ปัจจุบันครอบครัวในเมืองส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เป็นหน่วยบริโภคอย่างเดียว โดยบิดามารดาที่ทำหน้าที่หาเงินมักต้องออกไปทำงานนอกบ้านและซื้อสิ่งของต่างๆ ตามที่สมาชิกต้องการ เมื่อสมาชิกโตขึ้นและหางานทำได้ก็จะนำรายได้มาจุนเจือครอบครัว ในขณะที่สังคมดั้งเดิมสมาชิกในครอบครัวต้องรวมกลุ่มกันทำงานและแบ่งผลผลิตซึ่งกันและกัน

4. เลี้ยงดูบุตร ให้ความรัก ความอบอุ่น และปกป้องคุ้มครองให้ปลอดภัย ประดับประดาจนเติบโตใหญ่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้อย่างกล้าหาญและหาทางออกได้ถูกต้อง โดยการมีสุขภาพจิตที่แข็งแรงสมบูรณ์ หากสมาชิกคนใดประสบความล้มเหลวหรือมีปัญหา ไม่ว่าจะในด้านการทำงาน สุขภาพ หรืออื่นๆ ครอบครัวจะเป็นแหล่งสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือ คุ้มครอง และให้ความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิก ทำให้มีกำลังใจ และพลังอำนาจในการฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้

5. ช่วยเสริมสร้างและปลูกฝังระเบียบของสังคมให้แก่สมาชิก โดยเป็นแบบอย่างที่ดี และทำหน้าที่อบรมสั่งสอนด้วย เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

6. ให้การศึกษาแก่สมาชิก ส่งเสริมให้บุตรได้รับการศึกษาตามภาคบังคับของกฎหมาย เป็นอย่างน้อย และวางรากฐานทางศาสนา ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญให้แก่บุตร เพื่อเกิดความเลื่อมใส

ในศาสนาประจำชาติของไทย โดยบิดามารดาต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำนุบำรุงศาสนาและปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

กล่าวโดยสรุป ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่ตามที่สังคมกำหนดไว้เป็นบรรทัดฐาน โดยแต่ละครอบครัวมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติคือ ให้กำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม สนองความต้องการทางเพศ ช่วยเสริมสร้างและปลูกฝังระเบียบสังคมให้กับสมาชิก รวมทั้งหาโภชนาการ ให้การศึกษา และวางรากฐานทางศาสนาให้แก่สมาชิก หากครอบครัวใดสามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ สมาชิกในครอบครัวย่อมประสบความสำเร็จและเป็นสังคมที่เข้มแข็งต่อไป

1.4 ครอบครัวกับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต

ลักษณะของครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยตามบทบาทสมาชิกในครอบครัว (Hill, 1949 cited by Roberts, 1986) คือ ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (parent-child subsystem) ระบบย่อยสามีภรรยา (spouse subsystem) และระบบย่อยพี่น้อง (sibling subsystem) เป็นต้น เมื่อระบบย่อยของครอบครัวมีความผิดปกติ จะส่งผลกระทบต่อระบบโดยรวมของครอบครัวด้วย ทำให้ครอบครัวพยายามควบคุมสถานการณ์เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต และดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสมดุลของครอบครัว สุจิตรา (2534) และ โรเบิร์ต (Roberts, 1986) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิด จึงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง (Kleeman, 1994) ด้วยเหตุนี้โอกาสที่จะมีสิ่งเร้า (stressor) ทั้งที่เกิดจากภายในหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกมากกระทบกับระบบย่อยของครอบครัวย่อมเป็นไปได้โดยง่าย ก่อให้เกิดปัญหาและมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในครอบครัว การเจ็บป่วยของสมาชิกภายในครอบครัวถือว่าเป็นความผิดปกติหรือสิ่งเร้าประการหนึ่งที่พบได้บ่อย (Leske, 1998; Roberts 1986) ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เจ็บป่วยรุนแรง เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเรื้อรังที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตซึ่งเป็นเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทุกคนจะมีความเครียด (Daley, 1984; Kleeman, 1994; Roberts, 1986; Schweer, Hart, Glick, & Mobily, 1999) เนื่องจากโครงสร้างของครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิต รวมทั้งบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป (กอบกาญจน์ และ สุนนทนา, 2547; ซอลดา, 2536) ซึ่งสาเหตุของความเครียดอาจเนื่องมาจาก 1) เป็นวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ไม่มีสัญญาณเตือนให้ทราบล่วงหน้ามาก่อน 2) เมื่อไปถึงโรงพยาบาลต้องประสบกับสิ่งแปลกใหม่ที่ในแผนกฉุกเฉินทั้งการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น รวมทั้งการที่ต้องพบกับเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จักหรือมีความคุ้นเคยกันมาก่อน 3) การไม่รู้ถึงสภาวะที่แน่นอนของผู้ป่วยซึ่ง

อาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ 4) มีการพรากจากกัน (separated) ของสมาชิกในครอบครัว และ 5) มีความจำเป็นต้องเพิ่มรายจ่ายอย่างกะทันหัน เป็นต้น ซอลดา (2536) อธิบายว่าภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ส่งผลให้ครอบครัวมีความต้องการการปรับตัวเช่นเดียวกับการปรับตัวของบุคคลแต่ละบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ แต่หากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอยู่ในขั้นรุนแรง และครอบครัวไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ หรือไม่สามารรถแก้ปัญหาดังกล่าวจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้นในช่วงเวลานั้น ระดับของความเครียดก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งจะมีผลคุกคามต่อความรู้สึกของครอบครัวที่มีต่อตนเอง (Caplan, 1964 อ้างตาม บุญวดี, 2532; Murray & Hvelskoetter, 1983) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของโครงสร้างทางจิตใจและพฤติกรรม ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อตนเองและไม่สามารถใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาตามปกติได้ ซึ่งฟาร์รา (Farrar, 1998) ให้ความเห็นว่าไม่จำเป็นว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตจะต้องเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัวเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินการรับรู้ของครอบครัว บางครั้งสถานการณ์เดียวกันบางครอบครัวถือว่าเป็นภาวะวิกฤต แต่ขณะเดียวกันอาจไม่ใช่ภาวะวิกฤตสำหรับอีกครอบครัว

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัวได้ และเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสมดุลของระบบ ที่บุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถหาทางออกหรือแก้ปัญหาเหล่านั้นด้วยวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้ได้ผลในอดีต ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ไม่ไว้ใจ หมดหนทางที่จะช่วยเหลือ (helplessness) และรู้สึกสิ้นหวัง สุจิตรา (2534) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตของครอบครัวจะดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาของการสร้างครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิก ลักษณะครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ ธรรมชาติหรือความรุนแรงของความเจ็บป่วย รวมทั้งวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นต้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของไรเดอร์ (Rieder, 1994 cited by Schweer et al., 1999) เกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้การสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำนวน 75 ราย พบว่า ระดับความเครียดของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัว บทบาทที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ลักษณะของความเจ็บป่วย และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของครอบครัว

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัวอย่างรวดเร็วโดยไม่คาดคิด ไม่เพียงแต่จะมีผลต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลปกติของครอบครัวอีกด้วย หากสมาชิกครอบครัวไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ไขวิกฤตการณ์ดังกล่าว หรือไม่สามารถนำเอากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาใช้ เพื่อควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นทั้งในผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

2. แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต

2.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการช่วยฟื้นชีวิต

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “ซีพีอาร์” (cardiopulmonary resuscitation: CPR) ย่อมจะเป็นที่เข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน แต่เมื่อแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ปรากฏว่ามีชื่อเรียกต่างกันหลายชื่อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความนิยมหรือเหตุผลของแต่ละสถาบัน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ประคอง, 2543; ประพิน, 2541; เพ็ญจันทร์ และ ดารณี, 2536) ซึ่งเป็นคำที่ใช้เรียกกันตั้งแต่ดั้งเดิม ปัจจุบันที่พบเห็นยังมีคำว่า การช่วยฟื้นชีวิต (ดวงพร, 2541) การกู้ชีพ การกู้ชีวิต (วัชระ, 2543) หรือ การช่วยชีวิต (กำพล, 2526; พิกุล, 2545; สันต์, 2541) เป็นต้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอใช้คำว่า การช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งหมายถึง วิธีการปฐมพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีที่มการตายอย่างฉับพลัน (sudden cardiac and/or respiratory arrest)

การช่วยฟื้นชีวิตได้ปฏิบัติกันมาเป็นเวลานานแล้ว ที่รู้จักกันโดยทั่วไปคือ การผายปอด (ประพิน, 2541) ซึ่งวิธีที่ใช้กันแพร่หลายทั่วโลกคือวิธีการเป่าปาก (mouth-to-mouth) ทอสแซค (Tossack) เป็นบุคคลแรกที่ประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นชีวิตโดยวิธีเป่าปากในปี ค.ศ. 1744 (Todres, O'Malley, & Kleinman, 1996) และได้ใช้กันมานานกว่า 20 ปี แต่วิธีการนี้ไม่ค่อยได้รับการยอมรับเท่าที่ควรและไม่เป็นที่แพร่หลาย เพราะผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยชีวิตโดยการเป่าปากกลัวการติดเชื้อ หรือได้รับอันตรายจากการสัมผัสปากผู้ป่วยโดยตรง ในปี ค.ศ. 1946 เอลแลม (Elam) ได้ใช้วิธีเป่าลมทางจมูก (mouth-to-nose) ในผู้ป่วยที่หมดสติและหยุดหายใจจากการจมน้ำได้เป็นผลสำเร็จ หลังจากนั้นจึงได้ร่วมกับปีเตอร์ (Peter) พัฒนาการช่วยหายใจโดยวิธีเป่าลมผ่านหน้ากาก (mouth-to-mask) เพื่อจะได้ไม่ต้องสัมผัสปากผู้ป่วยโดยตรง (Safar, 1958 cited by Ward, 2000) ในปี ค.ศ. 1982 เฮนเดนสัน (Henderson) ได้พยายามใช้หลักการทางสรีรวิทยา (physiological reason) มาใช้ในการช่วยชีวิต โดยใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 5 เปอร์เซ็นต์ ผสมกับก๊าซออกซิเจน เพราะเชื่อว่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สามารถกระตุ้นการหายใจได้ จึงให้ก๊าซผสมนี้แก่ผู้ป่วยโดยวิธีใช้แรงดันบวก (positive pressure) ซึ่งที่ผ่านมานี้ปี ค.ศ. 1928 แฟล็ก (Flag) และในปี ค.ศ. 1935 เมลค

เลย์และกิบเบิร์ต (Blaikley & Gibberd) ก็เคยใช้หลักการเช่นเดียวกันนี้มาแล้ว โดยให้ก๊าซผสมระหว่างก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าทางท่อหลอดลมคอ และต่อมามีการดัดแปลงให้ทางหน้ากาก (face piece) แต่อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรและไม่เป็นที่ยอมรับ ระยะเวลาหลังจึงได้มีการพัฒนาโดยการใช้ถุงลมบีบช่วยการหายใจ (self-inflating lung bag) ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

สำหรับการช่วยเหลือทางระบบไหลเวียน มีรายงานว่าเมื่อ 100 กว่าปีที่ผ่านมามีการใช้วิธีการกดนวดหัวใจจากภายนอกและการกดนวดหัวใจโดยตรง (direct cardiac massage) โดยเริ่มแรกประสบความสำเร็จในการช่วยชีวิตสุนัขด้วยวิธีการกดนวดหัวใจจากภายนอก (Ward, 2000) ต่อมาในปี ค.ศ. 1960 คูเวนโฮเวนและคณะ (Kouwenhoven et al.) นำเทคนิคการกดนวดหัวใจจากภายนอกโดยการกดบนทรวงอกมาใช้แทนการผ่าตัดเข้าไปนวดหัวใจโดยตรงในช่องอก พร้อมทั้งทำการช่วยฟื้นชีวิตผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็กโดยการกดนวดหัวใจจากภายนอกได้เป็นผลสำเร็จร้อยละ 70 (Schleien, Kuluz, Shaffnes, & Rogers, 1996; Nakagawa, Weil, & Tang, 1999) หลังจากนั้นวิวัฒนาการของการช่วยฟื้นชีวิตก็มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติระดับนานาชาติโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA) ซึ่งทั่วโลกใช้เป็นหลักสากลในการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิต

โดยทั่วไปการช่วยฟื้นชีวิตจะกระทำเมื่อเกิดภาวะการหายใจหยุด และ/หรือหัวใจหยุดเต้นหรือที่ทางการแพทย์เรียกว่าเกิดการตายโดยฉับพลัน โดยคงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนอากาศภายในปอดและการไหลเวียนของเลือด เพื่อแก้ไขสิ่งบกพร่องในระยะเวลาที่สั้นที่สุด ป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อของอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่ควบคุมการมีชีวิตของบุคคล (vital organs) ได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนอย่างถาวร (ธาดา, มยุรี, และลักษมี, 2540; นันทา, 2545; Nakagawa et al., 1999; Ward, 2000) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตและกลับคืนสู่สภาพปกติ (เพ็ญจันทร์ และ ดารณี, 2536) ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดภาวะการหายใจหยุดและหัวใจหยุดเต้น จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะของร่างกาย เนื่องจากเซลล์จะขาดเลือดไปเลี้ยงและขาดออกซิเจน มีการทำลายเซลล์และอวัยวะสำคัญของร่างกายดังต่อไปนี้ (ประพิณ, 2541)

1. ระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อก้านสมอง (brain stem) ขาดเลือด ผู้ป่วยจะไม่รู้สติในเวลาไม่เกิน 10-15 วินาที รูม่านตาจะขยายกว้างตั้งแต่เวลา 45 วินาที และขยายเต็มที่ในเวลา 100 วินาที การหายใจหยุดในเวลาประมาณ 1-2 นาที โดยจะมีการหายใจเฮือกนำมาก่อน และเมื่อขาดเลือดนานกว่า 5 นาที สมองจะตาย แม้ว่าต่อมามีเลือดมาเลี้ยงสมองตามปกติก็ตาม จะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสติได้อีก

2. ระบบไหลเวียนเลือด เมื่อเกิดภาวะหัวใจไม่ทำงาน ไม่สามารถสูบฉีดเลือด โดยการบีบตัว (asystole) นานถึง 30 นาที จะไม่สามารถทำให้กลับมาเกิดการไหลเวียนของเลือดได้อีกต่อไป

3. ระบบหายใจ มีพยาธิสภาพของผนังถุงลมและบริเวณเส้นเลือดแดง (alveolar-capillary permeability) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดสภาวะขาดออกซิเจนทุกราย และเกิดภาวะเส้นเลือดดำที่ปอดบวม (pulmonary edema)

4. ระบบอื่นๆ พบว่า ไตมีเนื้อตาย (acute tubular necrosis) เนื่องจากมีการทำลายของเซลล์ และอาจพบมีเลือดออกบริเวณเยื่อบุทางเดินอาหาร ผนังลำไส้บวม ทำให้เชื้อโรค และพิษต่างๆ ได้รับการดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย

เมื่อร่างกายขาดออกซิเจน การไหลเวียนโลหิตในร่างกายจะหยุดชั่วขณะหนึ่ง จนเป็นเหตุให้เซลล์ทั่วร่างกายขาดออกซิเจน และหันมาใช้พลังงานจากการเผาผลาญน้ำตาลโดยไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งจะได้รับพลังงานน้อยกว่าการเผาผลาญน้ำตาลโดยใช้ออกซิเจน ภาวะเช่นนี้ทำให้เกิดกรดแลคติกสะสมในร่างกายจนเกิดเป็นพิษ ทำให้การทำงานของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเสียไป โดยเฉพาะเซลล์สมองที่ต้องการออกซิเจนจำนวนมาก และไม่สามารถทนต่อสภาวะการขาดออกซิเจนนานเกิน 4 นาที หากสมองขาดออกซิเจนนานเกินกว่านี้เซลล์สมองจะตาย และไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ อาการสำคัญที่ปรากฏคือ ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกดี คล้ายใจพรทึบหรือขาหนีบไม่ได้ วัดความดันโลหิตไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบรูมาตาขยาย ผิวหนังซีดเย็น หยุดหายใจ หายใจแผ่วเบา ฟังเสียงหายใจไม่ได้ยิน หากไม่ได้รับการแก้ไขทันทีผู้ป่วยอาจเสียชีวิต

2.2 ขั้นตอนการช่วยฟื้นชีวิต

สามารถกระทำได้โดยการช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support) ได้แก่ วิธีการผายปอด และการกดนวดหัวใจจากภายนอก ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ไม่ได้กระทำเฉพาะนอกโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ถือเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติขั้นแรกโดยเร็วทันทีเมื่อพบเห็นผู้ป่วยอยู่ในภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดทำงาน และ/หรือร่วมกับการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตขั้นสูง (advanced life support) ซึ่งจำเป็นต้องมีการใช้เวชภัณฑ์ เครื่องมือพิเศษต่างๆ และต้องกระทำโดยแพทย์และพยาบาล หรือผู้ที่มีความชำนาญทางด้านนี้ โดยทั่วไปมักกระทำในสถานพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพฉุกเฉิน (EMS) หรือหน่วยกู้ชีพที่ออกไปให้การช่วยเหลือนอกโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตในการสัมมนาของนานาชาติ ปี ค.ศ. 2000 ของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา สำหรับผู้ช่วยเหลือที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ กำหนดให้ประเมินการหยุดหายใจด้วยวิธีการดู ฟัง สัมผัส รวมทั้งอาการที่แสดงถึงหัวใจหยุดเต้น หรือ

การหยุดของการไหลเวียนเลือด โดยคลำชีพจรที่บริเวณคอ (carotid artery) ขาหนีบ (femoral artery) หรือข้อพับแขน (brachial artery) หากพบว่าการหยุดหายใจและคลำชีพจรไม่ได้ ให้ปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตทันที โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (นันทา, 2545; ประพิน, 2541; สันต์, 2541; ไสภณ, 2544; Cummins, 2000; Smith, 2000)

2.2.1 การจัดทำผู้ป่วย จัดให้อนอนราบบนพื้นแข็งโดยใช้กระดานหนาและแข็ง (CPR board) สอดรองใต้ลำตัวผู้ป่วยตั้งแต่ไหล่ถึงเอว ดูแลศีรษะและลำตัวผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพตรงตลอด การขยับตัวผู้ป่วยต้องทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยอุบัติเหตุให้ระมัดระวังบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอ

2.2.2 การดูแลทางเดินหายใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยตรวจดูในช่องปากและคอว่ามีสิ่งแปลกปลอม เช่น เลือด เศษอาหาร เสมหะ และฟันหรือไม่ ถ้ามีต้องคีบออกหรือใช้เครื่องดูดออก แล้วจัดทำเพื่อเปิดทางเดินหายใจ (open airway) ป้องกันไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญและมีความเร่งด่วนมากในการช่วยเหลือผู้ป่วยหมดสติ หรืออีกวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันลิ้นตกคือการใส่ท่ออากาศ (oropharyngeal) ที่มีขนาดเหมาะสม

2.2.3 การช่วยหายใจ โดยการใช้ถุงลมบีบช่วยหายใจ (self-inflating lung bag) ซึ่งต่อกับออกซิเจนประมาณ 10-15 ลิตร/นาที ผ่านทางหน้ากากที่ครอบปากและจมูกผู้ป่วย หรือท่อหลอดลมคอ อัตราการบีบ 12 ครั้ง/นาทีในผู้ใหญ่หรือเด็กโต และ 15 ครั้ง/นาทีในเด็กเล็ก แม้ผู้ป่วยจะยังหายใจได้บ้างก็ตาม จะต้องให้ออกซิเจนทุกรายถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจหรือระบบการไหลเวียนเลือด เพื่อขจัดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เพราะผู้ป่วยมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ต่ำ

2.2.4 การกดหน้าอกหรือการนวดหัวใจจากภายนอกทรวงอก เมื่อช่วยหายใจ 2 ครั้งแล้วยังคลำชีพจรหรือฟังเสียงหัวใจไม่ได้ ให้กดหน้าอกผู้ป่วยโดยใช้สันมือทั้งสองข้างกดลงที่ตอนล่างของกระดูกหน้าอก (sternum) ด้วยแรงที่ทำให้กระดูกหน้าอกยุบลงไปประมาณ 1.5-2 นิ้วในผู้ใหญ่ และใช้สันมือข้างเดียวกดที่กลางกระดูกหน้าอกให้ยุบประมาณ 1-1.5 นิ้วในเด็ก เพื่อให้มีความแรงพอที่จะช่วยการไหลเวียนของเลือดภายในร่างกาย โดยการกดหน้าอกจากภายนอก จะทำให้เกิดความดันในช่องทรวงอก (intrathoracic) และส่งแรงดันมายังทุกหลอดเลือดในทรวงอก ซึ่งจะส่งต่อไปยังหลอดเลือดแดงนอกทรวงอกที่ยังแฟบ (collapse) อยู่ การกดหน้าอกที่มีประสิทธิภาพจะต้องกระทำให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอสลับกับการช่วยหายใจในอัตรา 15:2 ใน 1 รอบ สำหรับผู้ช่วย 1 คน หรือ 2 คน ซึ่งจะได้อัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100 ครั้ง/นาที สำหรับกรณีที่ใส่ท่อช่วยหายใจแล้วให้ใช้อัตรา 5:1

2.2.5 การใส่ท่อช่วยหายใจ จะกระทำต่อเมื่อพบว่าการบีบอุ้งลมช่วยหายใจและการให้ออกซิเจนไม่สามารถแก้ไขภาวะการระบายอากาศได้อย่างเพียงพอ เพ็ญจันทร์ และ ดารณี (2536) ให้ข้อเสนอว่าในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวที่มีเสมหะมาก ควรใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยป้องกันการสูดสำลักเข้าหลอดลมและช่วยในการดูดเสมหะ แต่อย่างไรก็ดีควรกระทำโดยผู้ที่มีความชำนาญ เพราะหากใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 30 วินาที จะเป็นการขัดขวางการช่วยหายใจและกดหนดหัวใจ

2.2.6 การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะการหยุดหายใจและหรือภาวะหัวใจหยุดเต้น หากหาหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่ได้ควรผ่าตัดเปิดหลอดเลือดดำ (cut down) ซึ่งดุสิต (2539) ให้ข้อเสนอว่าในผู้ป่วยเด็ก ควรพิจารณาการแทงไขกระดูก (intraosseous cannulation) ในกรณีที่ยังเปิดเส้นเลือดไม่ได้ อาจบริหารยาบางชนิด ได้แก่ epinephrine, lidocaine และ atropine เข้าทางท่อช่วยหายใจ

2.2.7 การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillation) เป็นกระบวนการปล่อยไฟฟ้ากระแสตรงที่มีพลังงานสูงเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจในช่วงระยะเวลาสั้น เพื่อให้หัวใจที่กำลังเต้นพริ้ว (fibrillate) เกิดดีโพลาไรเซชัน (depolarization) และเปิดโอกาสให้กล้ามเนื้อหัวใจสามารถรับสัญญาณไฟฟ้าจากปมประสาทที่ผนังหัวใจ (SA node) ตามปกติได้ใหม่ ในเด็กใช้กระแสไฟฟ้าตรงขนาด 2 จูล/กิโลกรัม สำหรับผู้ใหญ่เริ่มต้นด้วยขนาด 200 จูล และซ้ำขนาดดังกล่าวนี้อีก 1 ครั้ง ถ้าเวทริเคิลเต้นเร็วกว่าผิดปกติ (Ventricle Tachycardia) หรือยังคงเต้นพริ้ว (Ventricle Fibrillation) อยู่ เมื่อต้องทำเป็นครั้งที่ 3 ให้เพิ่มกระแสไฟฟ้าเป็น 360 จูล หากหัวใจยังไม่กลับมาเต้นเองต้องทำการช่วยฟื้นชีวิตต่อ การใช้กระแสไฟฟ้าน้อย จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล แต่ถ้ากระแสไฟฟ้ามากเกินไปจะเกิดผลเสียคือ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะและกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายได้

2.2.8 มีการเฝ้าระวังความผิดปกติในการทำหน้าที่ของหัวใจตลอดเวลาระหว่างทำการช่วยฟื้นชีวิต โดยใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG monitoring)

การปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตจะประสบความสำเร็จได้นั้น นอกจากจะกระทำตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญ ผ่านการฝึกอบรม มีการฝึกซ้อมการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตเป็นระยะๆ และมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งนนทา (2545) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรมีการจัดตั้งทีมการปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตขั้นสูง (ACLS team) ขึ้นในโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของปริดา (2543) เกี่ยวกับผลของการพัฒนาทีมช่วยฟื้นชีวิตขั้นสูงต่อการรับรู้ประสิทธิภาพและการปฏิบัติของทีมในหอผู้ป่วยที่มีบุคลากรไม่ครบทีม

พบว่าภายหลังพัฒนาทีม หัวหน้าทีม สมาชิกทีมภายในหอผู้ป่วย และสมาชิกทีมคู่สาย มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิต สูงกว่าก่อนการพัฒนาทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $.001$ และ $.05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากการช่วยฟื้นชีวิตเป็นกิจกรรมการรักษาที่เป็นการปฏิบัติในลักษณะทีมงาน และจำเป็นต้องมีรูปแบบการทำงานร่วมกันที่ค่อนข้างตายตัว (สันต์, 2540) อีกทั้งต้องมีการกำหนดขั้นตอนและวิธีปฏิบัติของสมาชิกทีมแต่ละคนไว้อย่างชัดเจน (นันทา, 2545) เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนในบทบาทหน้าที่หรือวิธีการปฏิบัติ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยฟื้นชีวิตของทีม เพราะจะทำให้สมาชิกทีมทุกคนรับรู้เป้าหมาย บทบาท และสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

2.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต

2.3.1 การตัดสินใจเริ่มการช่วยฟื้นชีวิต

ก่อนมีการค้นพบวิทยาการด้านสุขภาพที่ทันสมัย มนุษย์ต้องประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมีการตายอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพช่วยให้หัวใจที่หยุดเต้นกลับมาทำหน้าที่ได้ใหม่ และมีเครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่ประคับประคองผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในทางปฏิบัติบุคคลแรกที่เป็นผู้พบเห็นผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นผู้ที่เหมาะสมเริ่มการช่วยฟื้นชีวิตโดยเร็วทันที โดยไม่ต้องพยายามดูว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ช่วยได้หรือไม่ ซึ่งกฤษณา (2545) ได้เสนอข้อคิดเห็นว่าการกระทำการช่วยฟื้นชีวิต บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องคำนึงถึงเจตจำนงเดิมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการอนุญาตให้ทำการช่วยฟื้นชีวิต และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้วย เนื่องจากความสามารถในการชะลอความตายออกไปดังกล่าว อาจก่อให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม หรือเกิดความยุ่งยากในการตัดสินใจเลือกการรักษาได้

ข้อบ่งชี้ในการเริ่มปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตมีดังนี้ (นันทา, 2545; ประพิน, 2541)

1. มีภาวะหยุดหายใจจากสาเหตุใดก็ตาม โดยที่หัวใจยังคงเต้นอยู่ประมาณ 2-3 นาที หรืออาจหายใจแบบเฮือกๆ หดสติ คลำชีพจรที่บริเวณขาหนีบ (femoral artery) บริเวณคอ (carotid artery) ไม่ได้ ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน
2. มีภาวะการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นพร้อมกัน หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่าการตายทางคลินิก (clinical death) ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจพบว่าเป็นเส้นตรงหยุดนิ่ง (asystole) หรือภาวะเวเนทริเคิลเต้นพริ้ว (Ventricle Fibrillation)

การปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตทันทีโดยการผายปอดเมื่อมีภาวะหยุดหายใจ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และช่วยป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนอย่างถาวร (Cummins, 1994) เมื่อมีการตายทางคลินิก (clinical death) เกิดขึ้น การปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตทันทีที่สามารถป้องกันการตายเชิงชีววิทยา (biological death) ได้ คือป้องกันการตายที่ไม่อาจฟื้นกลับมาได้อีก แม้ว่าการหายใจและหัวใจจะยังคงทำงานอยู่ได้ด้วยเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ ก็ตาม ซึ่งการจำแนกเวลาการเกิดการตายทางคลินิกแล้วกลายเป็นการตายเชิงชีววิทยา ไม่สามารถกำหนดได้ชัดเจนว่าเกิดขึ้นเวลาใด แต่โดยทั่วไปการเกิดการตายเชิงชีววิทยามักเกิดในช่วง 4-6 นาที หลังจากมีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (นันทา, 2545) ฉะนั้นการเริ่มปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตภายในเวลา 4 นาที จะช่วยให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนและมีการไหลเวียนโลหิตภายในเวลา 4 นาที ก่อนที่เนื้อเยื่อสมองจะขาดออกซิเจนอย่างถาวรและเกิดเนื้อเยื่อสมองตาย ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุรพงษ์ และ คณะ (2541) เกี่ยวกับการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิตในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิต จำนวน 42 ราย เสียชีวิตร้อยละ 71.43 และพบว่าในจำนวนที่เสียชีวิตใช้เวลาตั้งแต่เริ่มโทรศัพท์ตามแพทย์ จนถึงเวลาที่แพทย์มาถึงหอผู้ป่วย และเริ่มปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตเป็นเวลา 10 นาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิต

นอกจากการเริ่มการช่วยฟื้นชีวิตที่รวดเร็ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการที่มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการช่วยฟื้นชีวิต (ประพิณ, 2541; วัชรระ, 2543) เช่น

1. อายุ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก มีโอกาสรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย กล่าวคือเด็กที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตสำเร็จ รอดชีวิตร้อยละ 90 และได้กลับบ้านร้อยละ 65 ในขณะที่ผู้ใหญ่รอดชีวิตเพียงร้อยละ 56 และกลับบ้านได้ร้อยละ 29 จากการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการช่วยฟื้นชีวิต ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี มีการรอดชีวิตร้อยละ 73.9 ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีการรอดชีวิตร้อยละ 28.5 และ 23.9 ตามลำดับ (Parish, Dane, Montgomery, Wynn, & Durham, 1999)

2. ปัจจัยก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (prearrest factor) ผู้ป่วยที่มีสุขภาพเดิมไม่แข็งแรง ไม่สามารถทำธุรกิจนอกบ้าน มีอัตรารอดชีวิตหลังได้รับการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยที่สามารถทำงานปกติที่บ้านได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคเดิมอยู่ มีความดันเลือด (systolic) ต่ำกว่า 100 ทอร์ (torr) อยู่ยาวนานกว่า 1 วัน ปัสสาวะออกน้อย ไตวาย ปอดบวม น้ำ มีภาวะติดเชื้อ หรือมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและกลับบ้านได้ลดลง ภายหลังได้รับการช่วยฟื้นชีวิต นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจ และหัวใจหยุดทำงาน

จากสาเหตุหรือความผิดปกติทางด้านระบบการหายใจ จะมีโอกาสมากกว่าระบบหัวใจ (cardiac origin) โดยพบว่าถ้ามีสาเหตุจากระบบหัวใจมีโอกาสรอดเพียงร้อยละ 9 (ศุภชัย, 2545)

ผู้ป่วยที่มีโรคของระบบประสาทได้รับการช่วยฟื้นชีวิตบ่อย และจำหน่ายกลับบ้านได้น้อยกว่าผู้ป่วยโรคปอดหรือโรคหัวใจ การช่วยฟื้นชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุประสพความสำเร็จน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่มีโอกาสนำกลับบ้านได้สูงกว่า เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เดิม

การเริ่มต้นทำการช่วยฟื้นชีวิตอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบดี มีโอกาสรอดชีวิตและกลับบ้านมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าเริ่มต้นทำการช่วยฟื้นชีวิตภายใน 4 นาที และเริ่มทำการช่วยฟื้นชีวิตขั้นสูงภายในเวลา 8 นาที หลังจากหัวใจหยุดเต้น ปัจจัยที่ส่งผลให้ช่วยฟื้นชีวิตได้เร็วที่สุดคือการอบรมบุคคลทั่วไปให้สามารถทำการช่วยฟื้นชีวิตได้ เพราะว่าคุณคนเหล่านี้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าทีมสุขภาพ

3. ปัจจัยระหว่างหัวใจหยุดเต้น (during arrest) ในรายที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ (Ventricle Tachycardia) หรือว่าเต้นพริ้ว (Ventricle Fibrillation) มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystoly) หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแต่ไม่สามารถจับชีพจรได้ (EMD) (Landry, Parker, & Phillip, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพริช และ คณะ (Parish et al., 1999) ที่พบว่าลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ (VT) เวนทริเคิลเต้นพริ้ว (VF) มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจแต่ไม่สามารถจับชีพจรได้ (EMD) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystoly) มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 57.6, 32.0, 14.6, และ 9.1 ตามลำดับ

ความชำนาญของแพทย์และทีมช่วยฟื้นชีวิต การวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นอย่างรวดเร็ว ความพร้อม และประสิทธิภาพของอุปกรณ์หรือเครื่องมือ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ทำการช่วยฟื้นชีวิต ต้องรีบทำทุกอย่างด้วยความรวดเร็ว ใช้เวลาน้อยที่สุดในการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผู้ป่วยกลับมาหายใจเองได้และหัวใจเต้นได้ภายในเวลาสั้นๆ หลังจากหยุดเต้น โอกาสที่จะรอดชีวิตก็มีมากขึ้น ในรายที่ต้องทำการช่วยฟื้นชีวิตนานเกิน 30 นาทีพบว่าไม่มีผู้ป่วยรอดชีวิต

สถานที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดทำงาน กล่าวคือ ถ้าเกิดที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ผลสำเร็จของการช่วยฟื้นชีวิตร้อยละ 44 และที่แผนกฉุกเฉินร้อยละ 23 (Nichols, 1984 อ้างตาม วัชร, 2543)

4. ปัจจัยหลังจากหัวใจหยุดเต้น (postarrest factor) ถ้าหัวใจกลับมาเต้น

เป็นจังหวะ (sinus rhythm) หรือเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือเป็นชนิดเอเตรียมสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation) จะมีโอกาสรอดชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่หัวใจกลับมาเต้นช้า เพราะแสดงถึงการมีภาวะหัวใจหยุดเต้นนาน

นอกจากนี้ ขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดทำงาน ถ้ามีผู้เห็นเหตุการณ์ (witness) ย่อมจะมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าเกิดขึ้นในขณะที่ไม่มีผู้เห็นเหตุการณ์ เพราะการลงมือช่วยเหลือช่วยฟื้นชีวิตทันที หรือภายใน 2 นาที ย่อมจะมีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าการเริ่มปฏิบัติการช่วยเหลือนานกว่านี้

2.3.2 ยุติการช่วยฟื้นชีวิต

การในส่วนของการยุติการช่วยฟื้นชีวิต สมิท (Smith, 2000) ได้ให้ข้อเสนอว่าภายหลังช่วยฟื้นชีวิต 1 นาที ต้องประเมินผลการนวดหัวใจและการกลับมาหายใจได้เองของผู้ป่วย หากพบว่า ชีพจรไม่เต้นและยังหายใจเองไม่ได้ให้ทำการช่วยฟื้นชีวิตต่อไป และตรวจประเมินซ้ำอีกทุก 2-3 นาที ติดตามปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการช่วยฟื้นชีวิต โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยดังต่อไปนี้ (นันทา, 2545)

- 1) ระดับความรู้สึกตัวเริ่มรู้สึกตัวดีขึ้น
- 2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงใหญ่ได้ วัดความดันโลหิตได้
- 3) ผู้ป่วยเริ่มหายใจเองได้
- 4) ผิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่มีอาการเขียว
- 5) รุ่ฆ่านตามีปฏิกิริยาต่อแสง หากสมองได้รับออกซิเจนจะพบว่ารุ่ฆ่านตามีขนาด

เล็กลงและมีปฏิกิริยาต่อแสง

วัตถุประสงค์สำคัญในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อพยากรณ์โอกาสในการรอดชีวิต และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติการขั้นต่อไป ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการพิจารณาว่าจะยุติหรือดำเนินการช่วยฟื้นชีวิตต่อไป ประพิน (2541) กล่าวว่า บางครั้งที่มีสุขภาพอาจมีความลำบากใจในการพิจารณายุติการช่วยฟื้นชีวิต จึงควรใช้หลักในการพิจารณา ดังนี้

1) สภาพเดิมผู้ป่วย (previous condition) โดยเฉพาะสภาพของระบบหัวใจว่ามีโรครุนแรงอยู่ก่อนได้รับการช่วยฟื้นชีวิตหรือไม่

2) ความรวดเร็วของการเริ่มทำการช่วยฟื้นชีวิต

3) ประสิทธิภาพของการเพิ่มการไหลเวียนเลือดในร่างกาย (artificial circulation)

ถ้าปัจจัยทั้ง 3 ประการเหมาะสม คือผู้ป่วยแข็งแรง ไม่มีโรคหัวใจมาก่อน เริ่มทำการช่วยฟื้นชีวิตได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ควรกระทำต่อไปอย่างน้อย 1 ชั่วโมง แต่ส่วนมาก

ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตสำเร็จมักใช้เวลาน้อยกว่านี้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของแลนไดรและคณะ (Landry et al., 1992) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการช่วยฟื้นชีวิตน้อยกว่า 10 นาที มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการช่วยฟื้นชีวิตนานกว่า 10 นาที และการศึกษาเกี่ยวกับการความพยายามในการยุติการช่วยฟื้นชีวิตของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินพบว่า ร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่างจะยุติการช่วยฟื้นชีวิตหลังจากที่ทำการช่วยฟื้นชีวิตไปแล้ว 45 นาที ภายหลังจากประเมินว่าไม่สามารถคงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการยุติการช่วยฟื้นชีวิต ได้แก่ โรคที่ผู้ป่วยเป็นก่อนมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (ร้อยละ 92) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและมีการเริ่มต้นการช่วยฟื้นชีวิต (ร้อยละ 92) ระยะเวลาที่ปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต (ร้อยละ 90) อายุของผู้ป่วย (ร้อยละ 89) ลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ร้อยละ 83) การคงที่และการขยายตัวของรูมันตา (ร้อยละ 78) การไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองของก้านสมอง (ร้อยละ 31) และอุณหภูมิร่างกาย (ร้อยละ 12) (Mohr, Bahr, Schmid, Panzer, & Kettler, 1997)

เสาวมาศ (2537) ได้เสนอแนวทางสำหรับพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเพื่อพิจารณายุติการช่วยฟื้นชีวิต ดังนี้

- 1) รูมันตาขยายกว้างนานเกิน 15 นาที
- 2) หัวใจหยุดเต้นเกิน 4 นาทีก่อนที่จะเริ่มทำการช่วยฟื้นชีวิต
- 3) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 15 นาที โดยไม่ได้เป็นผลจากยา

ได้เป็นผลจากยา

นอกจากนี้ ประดิษฐ์ (2541) ได้เสนอความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดสินใจที่จะหยุดทำการช่วยฟื้นชีวิตว่าควรกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้

1) มีอาการแสดงของภาวะหัวใจตาย (cardiac death) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystole) เป็นเวลานานมากกว่า 15 นาที แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว

2) มีอาการแสดงของภาวะสมองตาย (brain death)

กล่าวโดยสรุปว่า การตัดสินใจเริ่มการช่วยฟื้นชีวิตจะกระทำทันทีเมื่อพบเห็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้นและการหายใจหยุด แต่จะต้องคำนึงถึงเจตจำนงเดิมของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยด้วย สำหรับการยุติการช่วยฟื้นชีวิตพิจารณาได้ 2 กรณีคือ ในทางบวกผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการช่วยฟื้นชีวิต และในทางลบ

ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายหลังทำการฟื้นชีวิต 15 นาที มีอาการแสดงของภาวะหัวใจตายหรือมีภาวะสมองตาย

2.3.3 ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการช่วยฟื้นชีวิต

เมื่อการตัดสินใจทางคลินิกไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เอง หรือไร้ซึ่งความสามารถ แพทย์มักจะขอทราบการตัดสินใจรับการตรวจหรือการรักษาจากสมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนสนิทของผู้ป่วย (Kellum & Lombard, 1999; Robinson, 2001) ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา กฎหมายของบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกากำหนดให้มีการตัดสินใจแทน (substituting decision making) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ อยู่ในภาวะหมดสติ ไม่รู้สึกตัว มีสิทธิที่จะยินยอม หรือปฏิเสธการตรวจรักษาได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ปกติ (Abramson et al., 2001) หรือแม้แต่สิทธิที่จะตายเมื่ออยู่ในสภาพไร้ความสามารถ (Robinson, 2001) โดยกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วย หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน (surrogate) เพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับสิทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายในลักษณะดังกล่าว แต่ได้มีผู้ให้ความคิดเห็นในเรื่องนี้ เช่น นรินทร์ (2543) ได้ให้ข้อเสนอว่า การตัดสินใจแทนควรอาศัยคำถามหลักสองข้อ คือ 1) ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ และ 2) การตัดสินใจใช้หลักการใด ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปในสังคมไทยว่าการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ควรใกล้เคียงกับการตัดสินใจเองของผู้ป่วยมากที่สุด โดยที่อรรถจินดา (2538) เสนอว่า ตัวแทนหรือผู้มีอำนาจการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ ดังต่อไปนี้ 1) การตัดสินใจของตัวแทนควรตั้งอยู่บนพื้นฐานค่านิยมของผู้ป่วย 2) ยึดถือตามความต้องการพื้นฐานของบุคคล 3) ตัดสินใจเสมือนผู้ป่วยในสถานการณ์จริง และ 4) คำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวม ผู้ที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต ควรจะเป็นบุคคลที่มีอำนาจโดยชอบธรรมหรือได้รับการเลือกโดยผู้ป่วยให้เป็นผู้ตัดสินใจแทน ได้แก่

2.3.3.1 *ครอบครัว* บิดามารดาเป็นบุคคลที่มีอำนาจโดยสมบูรณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิต (อรรถจินดา, 2538) โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยเด็กหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย นันทา (2543) ได้ให้ข้อเสนอว่า ในการตัดสินใจการรักษากรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง หรือไม่เคยแสดงเจตจำนงและตกลงกันล่วงหน้ามาก่อนนั้น แพทย์ควรได้ปรึกษากับผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน ซึ่งควรจะเป็นคู่สามีหรือภรรยา บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดา ผู้ปกครอง หรือเพื่อนสนิทตามลำดับ ส่วนใหญ่ในกรณีที่ผู้ป่วยสมรสแล้ว ผู้ที่ตัดสินใจให้ทำการช่วยฟื้นชีวิตมักจะเป็นคู่ชีวิตหรือคู่

สมรส เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด และตามกฎหมายเปรียบเสมือนบุคคลคนเดียวกัน สำหรับกรณีที่มีการตัดสินใจขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว โรบินสัน (Robinson, 2001) เสนอว่า วิธีที่จะช่วยแก้ปัญหาคือ บุคลากรที่มีสุขภาพจะต้องพยายามทำความเข้าใจสิ่งที่ครอบครัวยืนยันเกี่ยวกับความต้องการให้กระทำหรือยุติการช่วยฟื้นชีวิตอย่างถ่องแท้ มิฉะนั้นอาจนำไปสู่การตัดสินใจแทนที่ผิดพลาดได้ ในขณะที่ จีซิวสกี (Jezewski, 1996) เสนอว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะต้องเป็นคนตัดสินใจในการไม่ช่วยฟื้นชีวิตไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล โดยมี พยาบาลคอยให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในขณะที่ตัดสินใจ ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สบายใจ

2.3.3.2 แพทย์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ว่าประเภทใด จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนที่รับผิดชอบก่อน แต่ในสังคมไทยบ่อยครั้งที่แพทย์จะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่เป็นการยืด/ยุติการมีชีวิตของผู้ป่วย (อรรถจินดา, 2538) เนื่องจากครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทน มักเห็นด้วยกับคำแนะนำที่มีอำนาจเชื่อถือได้ของแพทย์ ซึ่งแพทย์มักจะได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรครุนแรงที่สุด ซึ่งการตัดสินใจในการกระทำหรือยุติการช่วยฟื้นชีวิต แพทย์จะต้องคำนึงถึงหน้าที่ความรับผิดชอบและจริยธรรมของวิชาชีพแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 10 ที่กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายของการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการร้องขอและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ (แสวง และ อเนก, 2540)

นอกจากนี้ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดมักจะประสบกับภาวะวิกฤตทางจิตใจด้วยเช่นกัน ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และมีเมื่องต่อสถานการณ์ หรืออยู่ในภาวะเสียสมดุลทางอารมณ์ (emotional disequilibrium) สับสน คิดอะไรไม่ออก ไม่สามารถตัดสินใจได้ ซึ่งบางครั้งการขอให้สมาชิกในครอบครัวตัดสินใจอาจจะไม่ทันการ ก่อให้เกิดความเสียหายและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งอรรถจินดา (2538) ยังได้กล่าวต่อไปอีกว่าการที่แพทย์มีประสบการณ์ในการรักษา และมีโอกาสเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกับรายอื่นๆ ทำให้แพทย์สามารถตัดสินใจเลือกการวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด และมีโอกาสเป็นไปได้สูงสุดแก่ผู้ป่วย

2.3.3.3 คณะกรรมการของโรงพยาบาล เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความชำนาญเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาหรือคณะกรรมการจริยธรรม (ethics committee) ซึ่งมีความสามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อน หรือในกรณีที่เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพไม่สามารถตัดสินใจได้ คณะกรรมการจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้ป่วย ช่วยในการดำเนินการเพื่อ

ขจัดข้อขัดแย้งที่จะนำไปสู่ความไม่เชื่อถือในการรักษา และเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ (advocacy) ให้ผู้ป่วย ในกรณีที่ครอบครัวหรือแพทย์มุ่งผลประโยชน์ของตนเองเป็นสำคัญ โดยไม่ตระหนักถึงความต้องการ ที่แท้จริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นกุญแจสำคัญในการประนีประนอม และตัดสินใจอย่างยุติธรรม คำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เสมอ เนื่องจากลักษณะงานที่ร่วมกันเป็นทีม ไม่ได้อาศัย การตัดสินใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่การตัดสินใจโดยคณะกรรมการอาจก่อให้เกิดความล่าช้าใน กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต และจำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจที่เร่งด่วน เช่น การช่วยฟื้นชีวิต การแก้ไขภาวะช็อก เป็นต้น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

2.3.3.4 ศาล สำหรับประเทศไทย การอาศัยอำนาจศาลในการตัดสินใจกรณี เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมเกี่ยวกับการรักษาที่เป็นการยึด/ยุติการมีชีวิต ยังไม่เป็นที่นิยมอย่าง แพร่หลาย ดังนั้นศาลจึงเป็นที่พึ่งสุดท้ายเมื่อบุคคลหรือครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจปัญหาได้ และ เมื่อมีความจำเป็นอย่างที่สุดเท่านั้น (อรรถจินดา, 2538)

2.3.4 มาตรฐานวิธีการตัดสินใจแทนผู้ป่วย

บางครั้งในสถานการณ์ที่จำเป็นและรีบด่วน อีกทั้งผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะ ตัดสินใจเองได้ เช่น ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการนำส่งแผนกฉุกเฉิน ส่วนหนึ่งอาจจะไม่รู้สึกร่าง และบ่อยครั้งที่ไม่มีความสติมาด้วย (แสง และ เอนก, 2540) อาจเนื่องมา จากเจ็บป่วยกะทันหันหรือประสบอุบัติเหตุระหว่างทาง โดยมีผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือหน่วยบริการ ฉุกเฉินทางการแพทย์ (EMS) ได้ให้ความช่วยเหลือและนำมาส่งยังสถานพยาบาล ซึ่งผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจอยู่ในภาวะที่เป็นอันตราย มีปัญหาคุณภาพชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทันที อาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ระบบหายใจล้มเหลว บาดเจ็บหลายระบบ บาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ หรือผู้ป่วยช็อก การตัดสินใจรักษาต้องกระทำอย่างเร่งด่วน และที่สำคัญที่สุดหากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต ซึ่งมีเวลาในการคิด การตัดสินใจที่จำกัด ดังนั้นบุคลากรที่ให้บริการในแผนกฉุกเฉินจึงต้องอาศัยระยะเวลาสั้นๆ เพียงเสี้ยววินาทีเท่านั้นในการ ประเมินสภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งซักประวัติอย่างรวดเร็ว แล้วอาศัยความรู้ความชำนาญประกอบกับ การตัดสินใจทางคลินิกว่าจะวางแผนและดำเนินการช่วยเหลืออย่างไรให้ทันท่วงที เพื่อให้โอกาส ในการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปได้สูงสุด ซึ่งนรินทร์ (2543) ให้ข้อเสนอว่าการกำหนดมาตรฐาน วิธีการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความปรารถนาของผู้ป่วยในครั้งก่อน ซึ่งบางครั้งอาจจะมาจากการพูดของ ผู้ป่วยเอง หรืออาศัยการติดต่อสื่อสารจากบุคคลใกล้ชิด

2. คุณค่า (value) ของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีประโยชน์น้อยกว่าข้อแรก แต่สามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ เนื่องจากการแสดงถึงการเคารพเอกลัทธิผู้ป่วย (respect for autonomy) โดยบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนจะต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยตัดสินใจอยู่บนความต้องการของผู้ป่วย

3. การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (beneficence) โดยการทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยภายใต้การดูแล ซึ่งจะรวมคุณค่า ความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ แต่บางครั้งการประวิงเวลาตายของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดอันตรายมากกว่าการยอมให้การตายเกิดขึ้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่จะต้องกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย

4. การไม่กระทำในสิ่งที่เป็นอันตราย (non-maleficence) หมายถึง ไม่กระทำสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการป้องกันอันตรายในผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันตนเองได้

ในทางปฏิบัติการตัดสินใจช่วยฟื้นชีวิตผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน มักอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสุมซัย (2542) กล่าวว่า แพทย์มักกระทำการช่วยฟื้นชีวิตทันทีภายหลังตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดเต้น โดยไม่ได้ถามความต้องการผู้ป่วยหรือครอบครัว ทั้งนี้เพราะหลักทางการแพทย์เชื่อว่าจะต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยก่อนเป็นสำคัญ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของ แสวง และ เอนก (2540) ที่ว่า หากแพทย์พิจารณาแล้วว่าอาการของผู้ป่วยอยู่ในขั้นวิกฤต คุกคามต่อชีวิต จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระทำการใดเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย แพทย์สามารถดำเนินการไปได้เลย โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือครอบครัว เพราะถือเป็นหน้าที่ตามกฎหมายและจริยธรรมที่ต้องกระทำอยู่แล้ว ซึ่งในแง่มุมของกฎหมายสามารถอธิบายได้ว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำด้วยความจำเป็น เป็นการกระทำเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย จึงถือว่าเป็นเรื่องที่สามารถจะกระทำได้โดยไม่มีคามผิด

จากคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยข้อ 4 ที่ว่า “ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิในการได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงถึงผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่” ข้อความที่ปรากฏแสดงให้เห็นว่าในกรณีฉุกเฉินและเร่งด่วนหรือจำเป็น มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถกระทำการช่วยฟื้นชีวิตได้แม้ว่าจะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวหรือไม่ก็ตาม (ประทักษ์, 2542)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางประเภทซึ่งอยู่ในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้ตามปกติ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตาย (suicidal behaviour) และถูกนำส่งมายังแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในภาวะที่มีความผิดปกติของจิตใจ ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นคนปกติทั่วไปได้ กรณีเช่นนี้คงต้องอาศัยอำนาจในการตัดสินใจจากครอบครัวหรือญาติสนิท สำหรับกรณีของการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำลายชีวิตตนเอง ในภาวะเช่นนั้นอาจมีการขอร้องหรือยืนยันกับแพทย์ พยาบาลว่าไม่ต้องทำการช่วยชีวิตเพราะไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่แพทย์และพยาบาลจะคล้อยตามคำร้องขอดังกล่าวนั้นไม่ได้ เนื่องจากเป็นการแสดงเจตนาในภาวะจิตที่ไม่ปกติ การปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตยังคงต้องดำเนินการต่อไป แม้จะเป็นการฝ่าฝืนความยินยอมของบุคคลนั้นก็ตาม (แสวง และ เอนก, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของวิฑูรย์ (2532) ที่ว่า หากการตายมาถึงก่อนระยะเวลาอันสมควรไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด และเป็นสภาวะที่สามารถเยียวยารักษาได้ ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบำบัดรักษาให้การตายนั้นยืดออกไป

กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจช่วยฟื้นชีวิตเป็นสิ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยคำนึงว่ากระทำดังกล่าวเป็นสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย และจะต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยหรือผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจในเองได้ นอกจากนี้จะเป็นกรณีฉุกเฉินที่แพทย์จำเป็นต้องรีบช่วยชีวิตผู้ป่วยทันที ซึ่งสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวยต่อการจะประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.4 ผลกระทบของการช่วยฟื้นชีวิต

2.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย

การช่วยฟื้นชีวิต เป็นกิจกรรมรักษาที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างยิ่ง ช่วยให้เนื้อเยื่อของร่างกาย โดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ แต่เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่จะต้องกระทำอย่างเร่งด่วน เพื่อที่จะรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ปลอดภัยและปราศจากความพิการ ดังนั้นอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ หากทีมสุขภาพขาดความระมัดระวังเกี่ยวกับเทคนิคในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

2.4.1.1 ผลกระทบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (นวลจันทร์, 2539; เพ็ญจันทร์ และ ดารณี, 2536)

1) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ที่เป็นอยู่นาน สาเหตุที่พบบ่อยคือ การใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจนานเกินไป โดยปกติควรใช้เวลาใส่ไม่เกิน 15-20 วินาที นอกจากนี้อาจเกิดจากเครื่องมือเครื่องใช้ไม่อยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้ หรืออาจเกิดจากเทคนิคการใส่ไม่ดี ผู้ใส่ไม่ชำนาญ ทีมผู้ช่วยเหลือไม่พร้อม และผู้ป่วยตื่นมาก บางครั้งอาจเกิดจากการไม่ได้ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะใส่ท่อ

2) ปัญหาจากกระเปาะของท่อช่วยหายใจ เช่น มีอากาศรั่วออกมารอบๆ ท่อ เนื่องจากกระเปาะรั่ว ลมบางส่วนเข้าไปในกระเพาะอาหาร ทำให้ท้องอืด หรือเกิดจากเป่าลมในกระเปาะมากเกินไปจนกระเปาะยื่น (herniate) มาอุดรอบปลายท่อ ความดันในกระเปาะสูงเกินไปทำให้หลอดสำลัก อาเจียนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ราสกิน และ เดวิส (Rashkin & Davis, 1986) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ร้อยละ 34.09 มีปัญหาอากาศรั่ว (cuff leak) และร้อยละ 9.09 เกิดการหลอดสำลัก

3) ปัญหาจากขนาดของท่อช่วยหายใจ เช่น ท่อเล็กเกินไป ทำให้ดูดเสมหะลำบาก เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือท่อใหญ่เกินไปจึงทำอันตรายต่อสายเสียง กล่องเสียง และเยื่อหุ้มหลอดลม เกิดการบวมและการตีบได้

4) ปัญหาจากตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เช่น ปลายท่ออยู่ลึกเกินไป จนเข้าไปอยู่ในหลอดลมใหญ่ข้างใดข้างหนึ่ง ส่วนใหญ่มักเป็นข้างขวา ทำให้มีการระบายอากาศของปอดเพียงข้างเดียว ส่งผลให้ปอดอีกข้างแฟบ (collapse) ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หรือการระบายของปอดข้างนั้นไม่ดีเกิดปอดอักเสบ นอกจากนี้ท่ออาจเลื่อนตำแหน่งได้ถ้าลึ้มเป่าลมในกระเปาะ หรือความดันในกระเปาะต่ำเกินไป ร่วมกับการที่ผู้ป่วยตื่น การไอ หรือเกิดจากการตรึงท่อไม่ดี จากการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใส่ท่อช่วยหายใจพบว่า สาเหตุของการถอดท่อช่วยหายใจครั้งแรก ร้อยละ 11.8 ผู้ป่วยดึงท่อออก ร้อยละ 9.1 ท่อเลื่อนหลุด และร้อยละ 0.9 กระเปาะรั่ว (วาริณี, ประคอง, จันทร์ทิพย์, และสุภาณี, 2543)

5) ปัญหาระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ไม่ถนัดหรือใส่ยากอาจใส่ผิดเข้าหลอดอาหาร ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ท้องอืด และอาจเกิดปอดอักเสบจากการหลอดสำลักอาเจียนเข้าปอด จากการศึกษาของราสกิน และเดวิส (Rashkin & Davis, 1986) พบว่า ร้อยละ 15.90 ทำให้เกิดปอดอักเสบ และร้อยละ 11.36 ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้อง หรือในขณะที่ใส่ท่อมมีการหนุนไหล่สูงมากหรือศีรษะห้อยข้างเดียว ทำให้หลอดลมเลื่อนไปข้างหน้ามาก ต้องใช้แรงมากในการใส่ท่อ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อเหงือกและฟันได้ นอกจากนี้การใส่ตัวนำ (stylet) เข้าในรูท่อช่วยหายใจ ถ้าปลายตัวนำยื่นออกมาจะเป็นอันตรายต่อกล่องเสียง หลอดลม

อาจเกิดการฉีกขาดหรือทะลุได้ อีกทั้งการดูดเสมหะที่รุนแรง อาจทำให้เกิดอันตรายมีเลือดออก และลิ้มเลือดอาจอุดตันรูท่อได้

6) ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก ทำให้มีเลือดออกมาก และหายใจไม่ออก เนื่องจากหลอดลากลึกเลือดเข้าไป ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะท่อที่ใส่ทางจมูก (nasotracheal) จะค่อนข้างแข็ง การใช้ท่อใหญ่เกินไปหรือการใส่ที่รุนแรง หรือการมีผนังกันในจมูก (septum) คงจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยขึ้น

2.4.1.2 ผลกระทบจากการกดหน้าอก

1) เกิดจากการวางมือไม่ถูกต้อง อาจทำให้กระดูกซี่โครงหัก และปลายกระดูกหน้าอกหัก ซึ่งปลายหักที่แหลมจะทิ่มแทงอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้ได้รับอันตรายได้ นอกจากนี้การวางมือต่ำกว่าตำแหน่งที่ถูกต้อง อาจกดส่วนบนของหน้าท้อง ทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะในช่องท้องได้

2) ไม่ปล่อยมือหลังจากการกดกระดูกหน้าอก ทำให้หัวใจขยายตัวไม่ได้ เลือดเข้าหัวใจน้อยลง ทำให้การกดหน้าอกครั้งต่อไปมีเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ไม่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

3) กดหน้าอกแรงและเร็วเกินไป ทำให้กระดูกหน้าอกกระดอนขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาจทำให้หัวใจซ้ำเลือดหรือกระดูกหักได้ นอกจากนี้การกดหน้าอกลึกเกิน 3 นิ้ว อาจทำให้เกิดรอยช้ำที่หน้าอกและหัวใจได้

นอกจากจากอันตรายดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังเป็นเหตุให้ผู้ที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตได้รับความเจ็บปวด ไม่สุขสบายอีกด้วย ทัศนคติที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น จากการศึกษาของเมนเดลสัน และ คดนะ (Mendelsohn et al., 2002) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายจากการคาท่อช่วยหายใจตลอดระยะเวลาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติช่วยฟื้น

ชีวิตที่นอกเหนือไปจากปัญหาทางด้านร่างกาย อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านอื่นๆ เช่นกัน ได้แก่ ภาวะที่เกี่ยวข้องด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านสังคม หรือรวมเรียกว่ามิติด้านจิตสังคม (พิบูล, 2545) เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน จึงไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับ

เหตุการณ์เหล่านั้น มักก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และมีความตึงเครียดมากในเวลาอันรวดเร็ว (วิจิตรา, 2544) เหตุการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัวได้รับการช่วยฟื้นชีวิต แม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตเพียงลำพัง แต่ขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญภาวะวิกฤตทางอารมณ์ร่วมด้วยเช่นกัน ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีแบบแผนปฏิสัมพันธ์ที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ มีความยุ่งยากที่จะสื่อถึงความหวังใยที่มีต่อกัน โดยครอบครัวอาจรู้สึกว่ปล่อยให้ผู้ป่วยเผชิญชะตากรรมคนเดียว ทั้งที่เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดอย่างที่สุด พิกุล (2545) กล่าวว่าในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น บุคลากรในทีมสุขภาพส่วนใหญ่มักพุ่งความสนใจไปที่การช่วยชีวิตผู้ป่วยจนลืมคิดถึงครอบครัวและญาติ ในทางปฏิบัติครอบครัวมักจะไม่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ หรืออาจถูกขอร้องให้ออกไปจากเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ซึ่งปัญหาด้านจิตสังคมที่อาจพบได้ในระหว่างที่เฝ้ารอผลการช่วยฟื้นชีวิต ได้แก่

2.4.2.1 *ระยะแรกรับรู้* เป็นระยะที่ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดรับทราบว่ามีผู้ป่วยอาการหนัก หยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดเต้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิตอย่างเร่งด่วน ผลกระทบด้านจิตสังคมที่เกิดขึ้นอาจเป็นไปได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่

1) ความกลัว (fear) เป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกับความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นใจและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ความกลัวที่เกิดขึ้นในระยะนี้มักเป็นความกลัวการพลัดพราก หรือการสูญเสียบุคคลที่ตนรักและมีความผูกพัน เป็นความกลัวที่มักเกิดจากความไม่แน่ใจ (uncertainty) เกี่ยวกับผลของการช่วยเหลือของแพทย์และพยาบาล ในระยะแรกบรรยากาศของการดูแลด้านจิตสังคมมักเกิดขึ้นน้อยมาก เนื่องจากแพทย์และพยาบาลต่างมุ่งให้การช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งความกลัวจะทวีความรุนแรงขึ้นหากเหตุการณ์ยังคงดำเนินต่อไปยาวนาน โดยปราศจากการได้รับข้อมูลจากจากทีมสุขภาพ

2) ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นสภาวะทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ความรู้สึกไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การที่สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วนในห้องฉุกเฉินทันที ทำให้จำกัดความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัว เนื่องจากอาจกำลังอยู่ในภาวะไม่ยอมรับความจริง รู้สึกสับสน มีเดมน ไม่เชื่อในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไบร์ด (Byrd, 1994 cited by Oliver, 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเฝ้ารอคอยของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า การที่บุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิดได้รับการช่วยฟื้นชีวิต ไม่ว่าจะสาเหตุจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยก็ตาม เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลอย่างรุนแรง ส่วนใหญ่ความวิตกกังวลจะมุ่งเน้นไปที่โอกาสในการ

รอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นลำดับแรก นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการถูกกีดกันไม่ให้พบเห็นหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวร่วมด้วย เช่น กลัวว่าจะมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น พิกุล (2545) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจะแตกต่างจากความกลัวตรงที่ว่า ความวิตกกังวลมักจะเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้สาเหตุว่ากังวลเกี่ยวกับเรื่องใด หรือเพราะเหตุใด เช่น วิตกกังวลว่าบุคคลที่ตนรักอาจจะเสียชีวิต กังวลว่าจะเกิดปัญหาอะไรตามมาได้บ้างกับชีวิตของสมาชิกครอบครัวที่เหลืออยู่ ซึ่งความวิตกกังวลมักจะมีความเป็นเหตุเป็นผลมากกว่าความกลัว และในภาวะปกติบุคคลจะมีการใช้ความสามารถทางสติปัญญา ในการจัดการกับความวิตกกังวลได้ดีกว่าความกลัว

3) ความตื่นตระหนก หวาดวิตกจนควบคุมตนเองไม่ได้ (panic) เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง เนื่องมาจากความหวาดกลัวที่มีมากเกินไปจะสามารถควบคุมตนเองได้ จากสภาพของผู้ป่วยที่แน่นิ่ง หุดหายใจ และหมดสติไปในทันที อาจสร้างความตระหนกตกใจให้แก่ครอบครัวที่ประสบเหตุการณ์ด้วยตนเอง และในขณะที่เฝ้ารอดด้วยความกระวนกระวายอยู่นั้นหากไม่ได้รับข้อมูลใดๆ เลยเกี่ยวกับการรักษา อาจทำให้ครอบครัวเกิดอาการหวาดวิตก คือ มักคิดอะไรไม่ออก ไม่รู้สึกตัวว่าพูดหรือกระทำการสิ่งใดลงไป กระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลอน (agitation) หรืออาจร้องไห้ คร่ำครวญเหมือนคนเสียสติ บางคนถึงกับเป็นลมหมดสติไป

4) ภาวะซึมเศร้า (depress) สมาชิกในครอบครัวบางรายอาจมีปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ซึมเศร้า หดหู่ เสียใจ หรืออาจมีลักษณะอาการแบบเก็บตัวเงียบ ซึม ไม่แสดงออก ไม่พูด ไม่สนใจบุคคลอื่นหรือเหตุการณ์รอบตัว เป็นลักษณะเก็บกด และอาจโทษตัวเอง ซึ่งมักพบได้เสมอในผู้ที่รู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (guilty feeling)

5) อารมณ์โกรธและก้าวร้าว (anger and aggressive) ครอบครัวผู้ป่วยบางรายอาจมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในลักษณะที่มีความโกรธ อาจโกรธตนเอง หรือคนอื่น ๆ ที่คิดว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิต อาจมีอารมณ์วิตกกังวลร่วมไปกับความเจ็บแค้น อาฆาตพยาบาท บางรายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวกับทุกคนที่เกี่ยวข้อง ไม่เว้นแม้แต่กับแพทย์และพยาบาล

2.4.2.2 ระยะเวลาผล แบ่งเป็น 2 กรณี คือ

กรณีการช่วยฟื้นชีวิตประสบความสำเร็จ ภายหลังจากที่มีการปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตและผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตได้ พิกุล (2545) กล่าวว่า จำเป็นต้องได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด อาจเป็นการดูแลต่อในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีมากมาย ผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่น่าตกใจสำหรับสมาชิกครอบครัวหรือผู้พบเห็น ต้องมี

การรักษาที่ใช้เครื่องมือและยาที่มีราคาแพง มีความสิ้นเปลืองและค่าใช้จ่ายสูงมาก ผู้ป่วยหลายรายที่แพทย์ยังไม่สามารถบอกได้ว่าการแก้ปัญหาจะลุกลังไปได้ด้วยดีจนถึงที่สุด จากสภาพการณ์ดังกล่าวผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิดขึ้นในระยะนี้ได้แก่

1) ความเครียด (stress) และความวิตกกังวล (anxiety) ครอบครัวผู้ป่วยมักเผชิญกับภาวะเครียดและวิตกกังวลได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ อาการที่ไม่น่าไว้วางใจของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นที่จะตามมาซึ่งต้องเป็นภาระของครอบครัว การสูญเสียภาระหน้าที่การงานที่รับผิดชอบ การขาดรายได้ ขาดผู้นำ ขาดที่พึ่งในการแก้ปัญหา ความวิตกกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์นี้เป็นไปอย่างมีเหตุผล พยาบาลแผนกฉุกเฉินสามารถให้การดูแลโดยการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ ประเมินปัญหา คิดหาทางเลือกในการแก้ไข ซึ่งอาจเสนอทางเลือกเสนอความช่วยเหลือ เช่น แหล่งประโยชน์ทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถแสวงหาได้ในสถานการณ์วิกฤตเช่นนี้ ครอบครัวอาจจะไม่อยู่ในสภาพที่จะคิดหรือตัดสินใจเองได้

2) ความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) มักเกิดขึ้นเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่จะตามมา ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะตายหรือจะรอดชีวิต ภาวะเช่นนี้จะเกิดขึ้นได้มากเมื่อจะต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา เช่น การที่แพทย์จะต้องทำการผ่าตัดทันที หรือต้องใช้ยาและเครื่องมือที่มีราคาแพง ญาติต้องตัดสินใจทันทีในการที่จะเสี่ยง และยอมเสียค่าใช้จ่ายเพื่อแลกกับความไม่แน่นอนครั้งนี้ อาจทำให้มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม หากไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงอย่างครบถ้วนจากแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งต้องพบกับความสูญเสียในที่สุด สมาชิกครอบครัวหลายรายอาจตัดสินใจที่จะยุติการรักษาหากทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย และอาจไม่ต้องเป็นภาระของครอบครัวตามมาอย่างชนิดที่เรียกว่าไม่คุ้มค่าเลยก็ได้ ซึ่งประคอง (2543) ได้ให้ความเห็นว่าความขัดแย้งดังกล่าวถือเป็นประเด็นจริยธรรม จะต้องมีการพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาที่อาจเกิดขึ้นทุกด้าน และที่สำคัญที่สุดคือจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริงให้มากที่สุด

3) ความรู้สึกโทษตนเองและรู้สึกผิด (guilty feeling) มักจะพบได้เสมอเป็นการได้รับอุบัติเหตุ หรือคิดว่าเป็นเพราะความไม่สนใจเอาใจใส่เท่าที่ควร ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิต อาจรู้สึกผิดเมื่อใกล้จะสูญเสีย โดยคิดว่าที่ผ่านมานั้นไม่เคยทำดีกับผู้ป่วยเลย ความรู้สึกดังกล่าวถ้าเป็นในระดับที่รุนแรง อาจทำให้สมาชิกครอบครัวผู้นั้นถึงกับคิดทำร้ายตนเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ปรับเปลี่ยนความคิดมาเป็นทางบวก เช่น การส่งเสริมให้ครอบครัวมีโอกาสเข้าไปอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้นในแผนกฉุกเฉินเพื่อลดความรู้สึกผิดนั้น

4) ไม่สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ (ineffective coping) สมาชิกครอบครัวบางรายที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากๆ อาจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นไม่ได้ บางรายไม่สามารถทนเห็นสภาพบุคคลที่ตนรักได้รับการช่วยฟื้นชีวิตได้ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่กล้ารับฟังข้อมูลใดๆ อาจมีอาการเครียดจนเกิดอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร ใจสั่น เป็นต้น บางรายอาจใช้พฤติกรรมกลบเกลื่อนที่ไม่เป็นผลดีแก่ตนเอง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ

5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (economic problem) ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายหลังการช่วยฟื้นชีวิตผู้ป่วยดูเหมือนว่าจะเป็นเงินจำนวนมาก แต่หากพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการที่ผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ (Kang, Derek, & James, 1999) จากการศึกษาของ วาเลนซูลา และ คณะ (Valenzuela et al., 1990 cited by Kang et al., 1999) พบว่าค่าใช้จ่ายในการช่วยฟื้นชีวิตนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital) ของผู้ป่วยจำนวน 190 ราย คิดเป็นมูลค่าประมาณ 118,939 เหรียญสหรัฐ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้รอดชีวิตเพียง ร้อยละ 7 เท่านั้น ในขณะที่การศึกษาของเกรย์ และ คณะ (Gray et al., 1991 cited by Kang et al., 1999) พบว่า ร้อยละ 9 ของผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จหลังจากได้รับการช่วยฟื้นชีวิต เข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก เฉลี่ย 2.3 วัน และปรากฏว่าในจำนวนนั้นไม่มีผู้รอดชีวิตออกจากโรงพยาบาลได้เลย ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย คิดเป็น 11,307 เหรียญสหรัฐ นอกจากนี้แล้วยังทำให้สูญเสียรายได้ของบุคคลในครอบครัวอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวที่ต้องละทิ้งหน้าที่การงานหรืออาชีพเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ประกอบกับรายจ่ายประจำวันและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ล้วนแต่นำมาซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจทั้งสิ้น

กรณีช่วยฟื้นชีวิตไม่สำเร็จ การปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิตบ่อยครั้งที่ประสบกับความล้มเหลว (สุรพงษ์ และ เพ็ญศรี, 2542) ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ผลที่ตามมาซึ่งต้องเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือ การดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องเผชิญกับกระบวนการปรับตัวเกี่ยวกับการสูญเสีย (process of grief and loss) โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด ก่อให้เกิดความเศร้าโศก อาลัยอาวรณ์ อันเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดจากความผูกพัน รักใคร่กับผู้ป่วย ได้ถูกตัดขาด หรือถูกแยกออกไปจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ (Taylor, Lillis, & Mone, 1989) ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นในชีวิต ซึ่งลีวิทท์ (Leavitt, 1982 อ้างตาม รุจา, 2541) แบ่งระยะการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดจากการสูญเสียเป็น 4 ระยะ ตามลำดับดังนี้

1) ระยะช็อกหรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะของบุคคลได้รับรู้หรือได้รับผลกระทบรุนแรงจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซ้ำไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง บางรายอาจมีอาการหลายชั่วโมง

2) ระยะถอยหลังหรือระยะสับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง อาจมีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ในชีวิต เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกซึมเศร้า เป็นระยะที่บุคคลหรือครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3) ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลหรือครอบครัวเริ่มยอมรับ พยายามหาทางแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4) ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ระยะนี้ครอบครัวมีการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ สามารถควบคุมเหตุการณ์ และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือนานเป็นปี

พิกุล (2545) ได้จำแนกระยะต่างๆ ของปฏิกิริยาตอบสนองของสมาชิกครอบครัวเมื่อมีการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่ตนรัก เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะช็อกและปฏิเสธ (shock and denial) มักจะมีการร้องไห้ คร่ำครวญ กรีดร้อง หรือตื่นตกใจจนพูดอะไรไม่ออก ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วจริงๆ มักจะคิดอะไรไม่ออก บางรายจะรู้สึกชา (numbness) บุสช์ (Busch, 1986) กล่าวว่า ระยะนี้ครอบครัวจะ

แสดงออกโดยการปฏิเสธ ไม่ยอมรับและไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่รับฟังเหตุผล ซึ่งมักจะเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น

2) ระยะตระหนักรู้ถึงการสูญเสีย (conscious awareness) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มคิดได้ถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มีความเสียใจ สูญเสีย ใจหาย แต่ก็สามารถคิดวางแผนและจัดลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ คิดเรื่องการจัดการเรื่องพิธีศพได้ ดูเหมือนว่าบุคคลนั้นได้กลับมาเป็นตัวของตัวเองอีกครั้ง สามารถคิดถึงการทำติดต่อกับผู้ที่รู้จักและเกี่ยวข้อง บุคคลเริ่มที่จะเก็บความรู้สึกสูญเสียไว้ชั่วคราวและสามารถจัดการทุกอย่างได้เป็นอย่างดี

3) ระยะของการไว้ทุกข์ (mourning) เริ่มตั้งแต่การประกอบพิธีศพและเหตุการณ์หลังจากนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับศาสนา ประเพณี ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น อาจมีการไว้ทุกข์ด้วยการแต่งกายสีขาวหรือดำตามประเพณี มีการบวช การปฏิบัติธรรม การทำบุญตักบาตร เป็นต้น ในระยะนี้บรรยากาศในครอบครัวจะเริ่มมีการปรับเข้าสู่ภาวะปกติ เริ่มยอมรับสภาพที่ไม่มีบุคคลที่เคยมี มีการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

ระยะต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานซึ่งพยาบาลในแผนกฉุกเฉินอาจไม่ได้ประสบกับปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ครบถ้วนทุกระยะ แต่อาจประสบกับภาวะเครียดของครอบครัวในระยะช็อกและปฏิเสธความจริงได้บ่อยที่สุด ซึ่งพฤติกรรม การสูญเสียที่เกิดขึ้น และการแสดงออกที่แตกต่างกันของครอบครัว ต้องการความเข้าใจและการประเมินปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูญเสียสามารถปรับตัวยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้

3. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต

3.1 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต

การเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นชีวิตกะทันหัน ถือเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงมีความต้องการที่จะปรับสมดุลเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ทำให้ครอบครัวมีความต้องการด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ในทางการพยาบาลได้มีผู้สนใจ และมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างแพร่หลาย ดังนี้ จูทามาต, สุภาภรณ์, สมพร, และวิไลวรรณ (2536) ได้ทำการศึกษาและเปรียบเทียบความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา คู่สมรส และบุตรของผู้ป่วยจำนวน 15, 37 และ 47 ราย ตามลำดับ ใช้แบบสอบถามซึ่งปรับปรุงมา

จากเครื่องมือวัดความต้องการของญาติในภาวะวิกฤตของอุไรพร ซึ่งประกอบด้วยความต้องการ 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยหนัก ทั้งที่เป็นบิดามารดา สามีภรรยา หรือบุตรมีความต้องการในแต่ละด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) และในความต้องการทั้ง 6 ด้าน ซึ่งญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร สำหรับบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือพยาบาล รองลงมาคือ แพทย์

ธิติมา (2540) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 55 ราย และพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตของมอลเตอร์ (Molter, 1979 อ้างตาม ธิติมา, 2540) แบ่งความต้องการออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด และพยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการ ข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเช่นกัน

แซนฟอร์ด, พุคซ์, และวอร์เรนซ์ (Sanford, Pugh, & Warren, 2002) ได้ศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการอนุญาตให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยขณะปฏิบัติการช่วยฟื้นชีวิต พบว่ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ ในด้านบวกครอบครัวไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกกีดกันจากทีมสุขภาพ ทำให้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่ตนรักและได้บอกครั้งสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวลของครอบครัว เพราะได้ให้การช่วยเหลือและเฝ้าดูผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในวาระสุดท้าย อีกทั้งยังมีโอกาสได้เห็นการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ ได้ระบายข้อข้องใจหรือซักถามข้อสงสัยต่างๆ และที่สำคัญคือช่วยลดความเศร้าโศกเสียใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สำหรับในด้านลบ ทีมสุขภาพเกรงว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น เนื่องจากต้องเห็นสภาพผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน และอาจขัดขวางการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้อาจทำให้มีการฟ้องร้องเกิดขึ้นหากครอบครัวไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ

นอกจากนี้ แฟนสโลว์ (Fanslow, 1983) ได้ศึกษาถึงความต้องการของคู่สมรสในสถานการณ์ที่มีการตายอย่างกะทันหันของสามี/ภรรยา ผู้ให้ข้อมูลคือคู่สมรสที่สามี/ภรรยาเสียชีวิตภายในห้องฉุกเฉินหลังจากได้รับการช่วยฟื้นชีวิตจำนวน 7 ราย โดยการศึกษาย้อนหลังและใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยมีความต้องการ ดังนี้ 1) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยทันที 3) ต้องการได้รับความมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ตระหนักถึงการตายของผู้ป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น 4) ต้องการระบายความวิตกกังวล 5) การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือครอบครัว และ 6) กำลังใจและการยอมรับจากเจ้าหน้าที่

กากลิโอเน (Gaglione, 1984 cited by Kleinpell, 1991) ได้สรุปความต้องการของครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (informational need) เป็นความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยและการดูแลรักษา ซึ่งเป็นความต้องการที่สำคัญของครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต โดยครอบครัวจะระบุว่ามีความต้องการข้อมูลข่าวสารมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เช่น ข้อมูลที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะนั้น คำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตรวจรักษา กิจกรรมการพยาบาลหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ รัตน (2541) ให้ข้อเสนอว่าควรใช้คำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป สอดคล้องกับความเห็นของฮิคกี้ (Hickey, 1993) ที่ว่าเมื่อครอบครัวได้รับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยตามความต้องการแล้ว ทำให้รู้สึกว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ขจัดความขัดแย้งและทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา เพื่อปรับระบบครอบครัวให้คืนสู่ภาวะสมดุลได้ตามปกติ

2. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological need) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดสบายต่างๆ ได้แก่ ห้องพักใกล้ผู้ป่วยขณะรอเวลาเยี่ยม ห้องน้ำ สถานที่ขายอาหารและของใช้ที่จำเป็นในโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งส่วนใหญ่ในระยะแรกที่เผชิญกับสถานการณ์วิกฤตที่แผนกฉุกเฉิน ครอบครัวมักจะไม่ได้อำนวยความสะดวกตามความต้องการทางด้านร่างกายของตนเองมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่การรอดชีวิตของผู้ป่วยเพียงประการเดียว แต่จะให้ลำดับความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญสถานการณ์วิกฤต

3. ความต้องการด้านจิตสังคม (psycho-social need) เป็นความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การมีบุคคลคอยให้การดูแล พุดคุย ปลอบประโลม และให้กำลังใจ เนื่องจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ (psychological crisis) ของครอบครัว

ซึ่งความต้องการทางด้านจิตสังคมของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ การปฏิบัติพยาบาลที่นุ่มนวล ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยคอยช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ต้องการพูดคุยและระบายความรู้สึกที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งอาจเกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจและความไม่แน่ใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะในขณะที่ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่จิตใจให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ สมาชิกในครอบครัวก็ต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

ในภาวะวิกฤตครอบครัวต้องการอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อจะได้ทราบความรุนแรงของการเจ็บป่วย การวินิจฉัย และการพยากรณ์โรค (ณรงค์, 2531 อ้างตาม จุฑามาศ และ คนะ, 2536) สมาชิกครอบครัวบางคนอาจรู้สึกว่าการได้อยู่กับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ต่อเนื่องเริ่มจากการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งนำส่งถึงโรงพยาบาล ด้วยความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในห้องฉุกเฉิน (วราภรณ์ และ อุสาร์, 2546) ครอบครัวจึงคาดหวังว่าได้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย (Powers, Goldstein, Plank, Thomas, & Conkright, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮมป์ (Hampe, 1975 cited by Fanslow, 1983) ที่ศึกษาความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจำนวน 27 ราย พบว่า สิ่งที่คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการมากที่สุดคือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้ทันที

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual need) เป็นความมั่นคงทางจิตใจ ก่อให้เกิดความหวังและกำลังใจ อาทิ การยึดมั่นในศาสนาหรือการปฏิบัติความเชื่อของบุคคลและมีการเลือกใช้วิธีทางจิตวิญญาณในการเผชิญปัญหา เช่น การบนบานสานกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือขอให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต การสวดอ้อนวอน การภาวนา การนำวัตถุ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจมาไว้กับผู้ป่วยขณะรักษาตัวหรืออาการทรุดหนัก และต้องการได้รับการบอกกล่าวว่าจะประกอบพิธีอะไรทางศาสนาได้บ้าง ในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3.2 การตอบสนองความต้องการของครอบครัว

ส่วนใหญ่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต มักจะคาดหวังว่าต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญอย่างมาก สามารถให้การช่วยเหลืออาการที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนได้ มีทักษะในการใช้เครื่องมือสำหรับช่วยชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากความคาดหวังนี้จึงทำให้พยาบาลมุ่งความสนใจไปยังสิ่งดังกล่าวมาก (ซอลดา,

2536; Tapp, 2000) จึงให้ความสนใจต่อครอบครัวผู้ป่วยลดน้อยลง หรือบางครั้งอาจจะเลยไม่ได้ ให้ความสนใจในความต้องการของครอบครัว ความสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างพยาบาลและครอบครัวจึงลดลง ทำให้การให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย สมพันธ์ (2541) ได้เสนอความเห็นว่ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤต จะต้องระลึกลักษณะของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งต่างมีผลกระทบและมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือครอบครัวจะทำให้ผลดีได้นั้น พยาบาลจะต้องเข้าใจลักษณะของครอบครัว รับรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว รู้ระดับความเครียด ตลอดจนทราบวิธีการและกระบวนการในการแก้ปัญหาของครอบครัวที่ผ่านมาอีกด้วย ซึ่งแนวปฏิบัติในการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตมี ดังนี้

1. การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ในการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลต้องมีท่าทีที่เป็นกันเอง น้ำเสียงเป็นมิตร ให้ข้อมูลที่เป็นจริงอย่างชัดเจน ไม่รีบเร่งจนเกินไป ซึ่งในบางครั้งอาจต้องให้ซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง (รัตนว, 2541) นอกจากนี้ต้องใช้ภาษาหรือคำพูดที่ครอบครัวมีความคุ้นเคยเข้าใจได้ง่าย (Johnson, 1986 อ้างตาม สมพันธ์, 2541) ยินดีและเต็มใจในการให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถาม และจะต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริง (Hickey, 1990 cited by Leske, 1998) เพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งบรม (Broome, 1985 อ้างตาม จุฑามาศ และ คณะ, 2536) กล่าวว่า การให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ครอบครัว ไม่ว่าจะป็นข่าวดี หรือข่าวร้าย ทำให้ครอบครัวมีความเชื่อใจที่มสุขภาพ และเมื่อครอบครัวรับรู้เรื่องราวที่เป็นจริง จะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โดยที่สมาชิกครอบครัวไม่ได้รับทราบข้อมูลหรือมีการเตรียมใจมาก่อน การตายในลักษณะนี้จะกระทบกระเทือนจิตใจครอบครัวและ ผู้ใกล้ชิดอย่างรุนแรง (ซอลดา, 2536) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการแจ้งข่าวการตายแก่ครอบครัว โดยไม่ควรแจ้งข่าวการตายทางโทรศัพท์ (Dubin & Sarnoff, 1986) และไม่ควรรบอกให้ทราบในที่ ค่อยๆ บอกให้รับรู้ว่ผู้ป่วยอาการหนัก (รัตนว, 2541) ซึ่งประณีต (2532) ให้ความเห็นว่ หากเป็นไปได้ควรให้ครอบครัวมารับทราบข่าวการตายของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมาถึงพยาบาลควรรีบไปพบโดยทันที ทักทายอย่างเป็นมิตร พาไปในสถานที่ไม่พลุกพล่าน และเล่าเหตุการณ์เกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยให้ชัดเจน ด้วยภาษาพูดที่เข้าใจง่าย และเต็มไปด้วยข้อเท็จจริง

2. การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การที่ครอบครัวมีความวิตกกังวลอย่างมากมายในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง

หรือในสิ่งที่ไกลตัวออกไป ซึ่งบางครั้งสิ่งที่กลัวก็มีได้เกิดขึ้นดังที่กังวล จะทำให้สมาชิกครอบครัวมีความเหนื่อยล้าทางจิตใจมากยิ่งขึ้น และไม่สามารถที่จะช่วยเหลืออะไรแก่ผู้ป่วยได้เลย (ชอลดา, 2536) พยาบาลควรมีส่วนชี้แนะและช่วยเหลือในการทำให้เป้าหมายของครอบครัวแคบลง โดยเบนความสนใจครอบครัวไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน (สมพันธ์, 2541)

นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความเครียดเล่าถึงความวิตกกังวล หรือปัญหาที่ประสบ จะทำให้ครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และอาจทำให้พยาบาลได้ข้อมูลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังเรื่องราวหรือคำบอกเล่าต่างๆ ของครอบครัวด้วยความเต็มใจ จะทำให้ครอบครัวรู้สึกอบอุ่น มีที่พึ่ง ในขณะที่พิกุล (2545) เสนอว่าการรับฟังและสนับสนุนให้สมาชิกภายในครอบครัวได้ระบายปัญหาหรือความรู้สึก และได้ดูแลกันเองในหมู่ญาติโดยพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมและอำนวยความสะดวกให้ มีส่วนส่งเสริมให้ครอบครัวยอมรับวิกฤตการณ์นั้นได้เร็วขึ้น วิจิตรา (2544) กล่าวว่า สิ่งที่สำคัญอีกประการคือ การช่วยเสริมพลังอำนาจแก่ครอบครัว โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวรู้สึกว่าตนมีคุณค่าได้รับความสำคัญ และมีบทบาทในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งอาจเป็นวาระสุดท้ายของผู้ป่วย สิ่งผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ กำลังใจจากบุคคลที่รักใกล้ชิด (ชอลดา, 2536) จากการศึกษาของแฮนสัน และ คณะ (Hanson et al., 1992) พบว่า การเปิดโอกาสให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยระหว่างทำการช่วยฟื้นชีวิต ทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงเหตุการณ์และความรู้สึกที่แท้จริงที่เกิดขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการปฏิเสธความจริงที่ครอบครัวยอมรับไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือการตายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

สำหรับในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ควรให้เวลาครอบครัวได้เห็นร่างกายของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกครอบครัวอาจยังไม่เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจริง ควรให้เวลาสมาชิกครอบครัวอย่างน้อย 15 นาที ไม่ควรใช้เวลาอันเกินไป (ชอลดา, 2536) และไม่ควรถอยให้อยู่ตามลำพัง พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนด้วย ซึ่งประณีต (2532) เสนอว่า ก่อนจะเปิดโอกาสให้ญาติเข้าไป ควรกำจัดสิ่งสกปรกออกให้หมด เช่น เสมหะ เลือด รอยอาเจียน พร้อมทั้งจัดสภาพร่างกายไม่ให้เป็นที่น่าตกใจแก่ผู้ที่พบเห็น

3. การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตนั้น ครอบครัวมีหน้าที่เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด อาจทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ น้ำหนักลด ขาดความสนใจ

ตนเอง การที่พยาบาลให้ความสนใจติดตามเอาใจใส่ในเรื่องดังกล่าว โดยจัดสถานที่ให้นั่งพัก และสถานที่จำหน่ายอาหารใกล้หอผู้ป่วย หรืออาสาดูแลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวได้มีเวลาพักผ่อน จะช่วยให้ครอบครัวได้รับความสะดวกและสุขสบายยิ่งขึ้น (ซอลดา, 2536)

4. การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ นอกจากสมาชิกในครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย และปัญหาครอบครัวที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียด กระวนกระวายใจ วิตกกังวลอย่างรุนแรง จึงต้องการบุคคลที่เข้าใจ ให้กำลังใจ และช่วยประคับประคองจิตใจ ซึ่งวิจิตรา (2544) เสนอว่า พยาบาลควรจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือครอบครัวหรืออาจช่วยส่งเสริม โดยจัดหาสิ่งที่ครอบครัวยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ได้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ ตามความเหมาะสม หรืออำนวยความสะดวกในการให้ครอบครัวได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาโดยที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาตามความศรัทธา ตลอดจนการเปิดโอกาสให้พระสงฆ์ หรือบุคคลทางศาสนาได้มาเยี่ยม สอน และประกอบพิธีทางศาสนาในหอผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปว่า ความต้องการของครอบครัวในภาวะวิกฤต เป็นความประสงค์ของบุคคลที่จะจัดระบบในชีวิตใหม่ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับความเครียดที่เกิดขึ้น และสร้างสมดุลของครอบครัวใหม่ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ จึงมีความต้องการมากกว่าในภาวะปกติ ได้แก่ ความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหากครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้มีการตอบสนองอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้านที่กล่าวจะเป็นการช่วยประคับประคองให้มีเสถียรภาพเพิ่มขึ้น

4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเชิงปรัชญาที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้ ในแนวความคิดเชิงปรัชญาที่เป็นแบบปฏิฐานนิยม (positivism) มีความเชื่อว่าความจริงแท้มีความแน่นอนตายตัว คงที่ มีความเป็นเหตุเป็นผลที่สามารถประเมิน วัด หรือสัมผัสได้ และในการศึกษาถ้าเหตุการณ์ใดมีการเคลื่อนไหว แนวคิดนี้ก็จะมีสมมติหรือจำลองเหตุการณ์นั้นให้หยุดนิ่ง หรือสร้างเงื่อนไข (Van Manen, 1990) ลักษณะของงานวิจัยจากแนวคิดนี้ จึงเป็นการศึกษาในลักษณะวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (natural science) เป็นการมุ่งทดสอบทฤษฎี แนวคิด หรือสมมุติฐานเป็นสำคัญด้วยการใช้สถิติ ซึ่งยังคงมีขั้นตอนของการทดลองและการวิเคราะห์เชิงประมาถน โดยมีความเชื่อว่าความรู้ที่ได้จากการวิจัยนั้น ต้องสามารถทดสอบได้ และเป็นความจริงในทุกสถานการณ์ ในอีกแนวความคิดหนึ่งของการแสวงหาความรู้ที่มีพื้นฐานของความเชื่อในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มีความเชื่อว่าปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมหรือด้านมนุษยศาสตร์ (human science) นั้น

ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ (natural law) เพราะสังคมหรือธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา (Boyd, 1993) ปรัชญาการณีสังคมเกิดขึ้นเพราะตัวมนุษย์ หรือสมาชิกของสังคม มีการรับรู้ ให้ความหมายและแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ดำรงอยู่ นั่นหมายความว่า ความเป็นจริงต่างๆ ที่ปรากฏหรือเกิดขึ้น ผู้กระทำพฤติกรรมเป็นผู้ที่รู้ดีกว่าคนอื่นซึ่งเป็นคนนอก โดยที่ตัวผู้วิจัยเองก็เปรียบเสมือนคนนอก ดังนั้นการวิจัยบนพื้นฐานปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาจึงนิยมสืบค้นและแสวงหาความจริงจากทัศนะของบุคคลในสังคมที่ถูกศึกษา (Van der Zalm & Bergum, 2000) และพัฒนาความรู้ทฤษฎีจากข้อมูลรูปธรรมของประสบการณ์ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในบริบท (textual form) ของสังคมนั้น (Van Manen, 1997 cited by Van der Zalm & Bergum, 2000) ซึ่งลักษณะของการวิจัยในแนวคิดนี้คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ

ความหมาย

ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มีรากฐานมาจากวิชาปรัชญา (philosophy) และจิตวิทยา (psychology) (Polit & Hungler, 1999) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก 2 คำ คือ คำว่า phainomenon และ logos (Walters, 1994) phainomenon หมายถึง การปรากฏตัว สิ่งที่เกิดขึ้น หรือ ลักษณะท่าทาง ส่วน logos หมายถึง เหตุผล ความสำนึก การพินิจพิจารณา การแสดงเหตุผล รวมความแล้วปรากฏการณ์วิทยาน่าจะหมายถึง การพินิจพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่ปรากฏขึ้นอย่างมีเหตุมีผล โดยอาศัยความสำนึกย้อนระลึกอย่างมีสติสัมปชัญญะ

4.1 ลักษณะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยการค้นหาความหมาย ทำความเข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคลโดยผ่านกระบวนการหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติ (Merleau-Ponty, 1962 cited by Carpenter, 1999; Van Manen, 1990) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และมนุษย์กับมนุษย์ด้วยกันในวิถีที่เกิดขึ้นจริงอย่างถ่องแท้และลึกซึ้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นจริงตามที่ปรากฏ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องสืบค้นโดยปราศจากการจินตนาการล่วงหน้า หรือคาดการณ์มาก่อน และไม่ต้องศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่เดิม (Omery, 1983; Polit & Hungler, 1999; Spiegelberg, 1976 cited by Boyd, 1993)

ศรีเพ็ญ (2533) อธิบายวิธีศึกษาวิจัยด้วยวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยาไปในแนวทางเดียวกันว่า เป็นการมุ่งศึกษาปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ใดที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาอย่างพินิจพิจารณาที่รอบด้านและเป็นอิสระ แล้วทบทวนและตรึงตรองในปรากฏการณ์นั้นให้ซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึก จนกลายเป็นประสบการณ์ของผู้ศึกษาวิจัย โดยพยายามมิให้ความคิด ความรู้ และทฤษฎีต่างๆ ที่มีอยู่เดิมเข้ามาจำกัดแนวทางการมองและพิจารณาปรากฏการณ์นั้น หลังจากนั้นทำการรวบรวมสิ่งแปลกย่อยสำคัญต่างๆ ที่สังเกตได้ เข้ามาจัดเป็นหมวดหมู่ และหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ความรู้เหล่านั้น จนได้เป็นโครงสร้างสำคัญของปรากฏการณ์ทั้งหมดที่ทำการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักปรากฏการณ์วิทยาหลายท่านได้ทำการศึกษาระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้อย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะเข้าถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ซ่อนเร้นของบุคคล โดยการอธิบายสาระสำคัญของประสบการณ์ชีวิต (essence of the lived experience) อันจะนำไปสู่ความเข้าใจในการให้ความหมายของประสบการณ์ที่กำลังศึกษาอย่างชัดเจน (Spiegelberg, 1976 cited by Boyd, 1993) ซึ่งสปีเจลเบิร์ก (Spiegelberg, 1975 cited by Streubert & Carpenter, 1999) ได้สรุปลำดับขั้นของวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ลำดับ ดังนี้

1. การพรรณนาปรากฏการณ์เชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการสืบสวน สืบหาข้อมูล และบรรยายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้วิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริงอย่างลึกซึ้ง โดยวิธีการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ 1) ความสามารถในการรับรู้ (intuiting) 2) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) 3) การบรรยายข้อมูล (describing)

2. เน้นสาระสำคัญของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นการรับรู้ (perception) และสืบค้นข้อมูล (probing) เพื่อค้นหาลักษณะสำคัญ หรือแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา เพื่อจะได้เข้าใจถึงโครงสร้างและความเกี่ยวข้องกันในปรากฏการณ์นั้น

3. การสังเกตการปรากฏขึ้นของปรากฏการณ์ (phenomenology of appearances) ผู้วิจัยต้องให้ความสนใจ ใฝ่สังเกตดูการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่ความกระจ่างชัดในปรากฏการณ์เหล่านั้น

4. สืบหาการรวมกันเป็นปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นกระบวนการที่ศึกษารายละเอียดที่ประกอบขึ้นเป็นปรากฏการณ์ ทำให้สามารถมองเห็นโครงสร้างโดยรวมของปรากฏการณ์ทั้งหมด

5. การตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการกำจัดความลำเอียงเพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษามีความตรงและความเที่ยง โดยผู้วิจัยจะต้องไม่นำพื้นฐานของความเข้าใจ ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของตนเองเข้าไปรบกวนการศึกษา (bracketing) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ที่แท้จริงของบุคคลที่ต้องการศึกษา

6. การตีความปรากฏการณ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ซ่อนเร้น เกี่ยวกับการให้ความหมายของปรากฏการณ์ ด้วยวิธีการแปลความหรือตีความโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูลบรรยายประสบการณ์เหล่านั้น

4.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์

คำว่า “เฮอร์เมนิวติกส์” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก จากคำว่าว่า hermeneueuen (Pascoe, 1996) ซึ่งเป็นคำกริยา หมายถึง แปลความหมาย ตีความ หรือมาจากคำนามว่า hermeneia (Annells, 1996; Pascoe, 1996) หมายถึง การแปลความหมาย การเข้าใจความหมาย หรือการตีความ ซึ่งลีโอนาร์ด (Leonard, 1989) อธิบายว่า เป็นวิธีการที่นำมาซึ่งความเข้าใจของการใช้ภาษาอย่างลึกซึ้ง ในขณะที่ไฮเดกเกอร์ ได้อธิบายวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์ว่าเป็นการทำทำความเข้าใจปรากฏการณ์ชีวิต (lived experience) ที่เกิดขึ้นจริงหรือตามที่เป็นอยู่ (existential phenomenology) (Heidegger, 1958 cited by Annells, 1996) นอกจากนี้ยังกล่าวอีกว่า การทำความเข้าใจพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ได้รับถ่ายทอดมาแต่กำเนิด มีอิทธิพลต่อการให้ความหมาย ไม่สามารถกำจัดออกจากการศึกษาได้ (Koch, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับที่ลีโอนาร์ด (Leonard, 1989) อธิบายว่า ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติที่แสดงออกและภาษาที่ได้รับจากวัฒนธรรมซึ่งติดตัวมาแต่กำเนิด รวมทั้งการทำความเข้าใจภูมิหลังของบุคคลมีความสำคัญต่อความเข้าใจพฤติกรรมหรือประสบการณ์ของบุคคล และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้นักวิจัยสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น โดยภาษาจะเป็นสิ่งที่ช่วยหล่อหลอมความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่กำลังศึกษา ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และละเอียดลึกซึ้ง ตามการให้ความหมายและการรับรู้ของแต่ละบุคคล

แวน มาเนน (Van Manen, 1990) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์ ดังนี้

1. เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ (the study of lived experience) มุ่งเน้นในการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง สามารถให้ความหมายประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต จึงมีความแตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่น เนื่องจากเป็นการเอาใจใส่ตั้งใจทำความเข้าใจกับประสบการณ์นั้นอย่างถ่องแท้ เพื่อให้ความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาจึงไม่อาจสร้างทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้ในขณะนั้น แต่จะนำเราไปสู่ปรากฏการณ์ (world) โดยตรง

2. เป็นการอธิบายปรากฏการณ์โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด (the explication of phenomena as they present themselves to consciousness) มนุษย์สามารถสะท้อนคิดพิจารณาประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตในขณะที่กำลังดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าจะให้อธิบายหรือให้ความหมายของความโกรธในขณะที่บุคคลกำลังมีอาการโกรธอยู่นั้น จะพบว่าเราไม่สามารถสะท้อนความรู้สึกออกมาได้ในขณะนั้น ดังนั้นการอธิบายปรากฏการณ์จึงไม่ใช่การตรวจสอบความคิดและความรู้สึกของบุคคล แต่เป็นการคิดทบทวนย้อนหลังถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว

3. เป็นการศึกษาสาระสำคัญ (the study of essences) เป็นการศึกษาธรรมชาติสาระสำคัญที่เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความคิด หรือความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ซึ่งผู้วิจัยอาจรับรู้ได้โดยสัญชาตญาณ หรือเข้าใจได้จากการศึกษาอย่างพิถีพิถัน รวมทั้งเหตุการณ์ที่เคยประสบในอดีต จากแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา เราอาจสนใจในสถานการณ์ที่แท้จริงของประสบการณ์ว่า มีบางสิ่งเกิดขึ้นจริงหรือไม่ แนวโน้มในการเกิดเป็นอย่างไร และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ทั่วไปอย่างไร เพื่อให้เข้าใจในปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้งในทิศทางเดียวกับผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์

ดังนั้น ในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีความเข้าใจบุคคล เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงการให้ความหมายของบุคคลที่สัมพันธ์กับสังคม วัฒนธรรม และความคิด ซึ่งแฝงอยู่ในพฤติกรรมที่แสดงออกโดยการกระทำของบุคคล ซึ่งไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1982 cited by Leonard, 1989) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับบุคคล ดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีภาษา การปฏิบัติ วัฒนธรรมที่สืบทอดติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and value) ในการทำความเข้าใจบุคคล จำเป็นต้องศึกษาบริบท

ที่เขาเป็นอยู่ ให้คุณค่า และความสำคัญของสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันตามพื้นฐานของแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์

3. บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) การให้ความหมายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล สามารถให้ตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ภาษาและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา

4. บุคคลเป็นหน่วยรวมที่ถูกหล่อหลอมด้วยประสบการณ์ (the person as embodied) บุคคลมีการสั่งสมสิ่งต่างๆ เชื่อมโยงเข้าด้วยกันรวมเป็นประสบการณ์ แล้วสามารถถ่ายทอดออกมาตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ตามศักยภาพในการรับรู้ รวบรวมสิ่งต่างๆ

5. บุคคลอยู่ในช่วงมิติของเวลา (the person in time) กาลเวลามีความต่อเนื่องจากอดีต สู่ยุคปัจจุบัน และเชื่อมโยงไปยังอนาคต การศึกษาประสบการณ์ชีวิตเป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาที่เป็นอยู่ (being-in-time) โดยบุคคลจะมีความรู้สึกต่อมิติของเวลาแตกต่างกันตามความรู้สึกของแต่ละบุคคล

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิติกซ์ (analysis of hermeneutic phenomenology)

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นกระบวนการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (induction) โดยนักวิจัยประมวลความคิดขึ้นจากข้อมูลเชิงรูปธรรมทำเป็นข้อสรุป ซึ่งมีลักษณะนามธรรม (สุภางค์, 2542) ก่อให้เกิดการสรุปสาระสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ที่มีความหลากหลายลึกซึ้ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ แวน มาเนน (Van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะสามารถทำให้เข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างละเอียดลึกซึ้งเกี่ยวกับการให้ความหมาย การแปลความประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยเหลือชีวิตที่แผนกฉุกเฉินได้อย่างชัดเจนและเข้าใจอย่างถ่องแท้ ซึ่งกระบวนการในการวิเคราะห์จะช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความชัดเจนในการตีความหรือแปลความ และขยายความในการศึกษาเชิงปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาที่มุ่งบรรยายและอธิบายความหมายของปรากฏการณ์ของมนุษย์ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างของการดำรงชีวิต การมีชีวิตอยู่ เป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อแสดงถึงปฏิภาณไหวพริบในทางปฏิบัติ แวน มาเนนได้อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ 6 ขั้นตอน คือ

1. การย้อนไปทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ (turning to the nature of lived experience) เป็นการมุ่งมั่นสืบเสาะ ค้นหา โดยใช้ประเด็นคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังจุดเริ่มต้นของปรากฏการณ์ (being-given-over) แวน มาเนนอธิบายว่าการกระทำไม่ได้เกิดขึ้นจากความคิดเพียงความคิดเดียวที่ลึกซึ้ง แต่เป็นการแสดงออกที่เปี่ยมไปด้วยความคิด นั่นไม่ได้หมายความว่าเราแสดงออกถึงทุกสิ่งทั้งหมดที่มีอยู่ในจิตใจ แต่หมายถึงการที่เราย้อนระลึกถึงทุกสิ่งทุกอย่างทั้งหมดในจิตใจ

2. การค้นหาประสบการณ์ที่มีอยู่ (investigating experience as we live it) ในการศึกษามุ่งเน้นที่การค้นหาความหมายของประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ถ่ายทอดออกมา เพื่อเข้าถึงและสัมผัสประสบการณ์ในความหมายของประสบการณ์ชีวิตตามบริบทที่ศึกษา ซึ่งกระบวนการที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลนั้น ในขั้นตอนของการเก็บข้อมูล และการสัมภาษณ์จะต้องค้นหาความเข้าใจในธรรมชาติของประสบการณ์ที่คงอยู่ในความทรงจำ และเก็บเกี่ยวการสะท้อนความหมายของผู้ให้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

3. การสะท้อนคิดคำหลักสำคัญ (reflecting on essential themes) เป็นการหยั่งรู้ถึงสาระสำคัญของปรากฏการณ์ สะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและลักษณะของประสบการณ์เสมือนว่าได้มีส่วนร่วมในประสบการณ์นั้นด้วย หรืออีกนัยหนึ่งก็คือการพยายามทำความเข้าใจสาระสำคัญของประสบการณ์นั้นอย่างแท้จริง ซึ่งสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของประสบการณ์มีหลายมิติ หลายหน่วยย่อยจึงมักมีความซับซ้อน ดังนั้นการพยายามทำความเข้าใจความหมายของแต่ละมิติหรือหน่วยย่อยของโครงสร้างของความหมาย และความหมายของคำหลักจึงมีความจำเป็นเพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ศึกษาอย่างแท้จริง ซึ่งแวน มาเนน เรียกกระบวนการนี้ว่า การวิเคราะห์คำหลัก (thematic analysis)

การวิเคราะห์คำหลัก หมายถึง กระบวนการที่ดึงเอาใจความหรือสาระสำคัญออกมา ซึ่งสาระสำคัญที่มีอยู่จะสอดแทรกอยู่ในการให้ความหมาย แล้วใช้คำเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นภาพ แวน มาเนน ได้อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ถอดข้อความจากบทสัมภาษณ์บันทึกโดยละเอียด

3.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงข้อความสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาแล้วเรียบเรียงภาษาใหม่ (composing linguistic transformation) ซึ่งมี 3 วิธี คือ

1) วิธีรวมทั้งหมด (the wholistic or sententious approach) คือ อ่านข้อความทั้งหมดที่ศึกษา ดึงประโยคหรือวลีที่แสดงความหมายสำคัญหรือใจความสำคัญของบริบททั้งหมด แล้วอธิบายความหมายโดยการสร้างข้อความที่ชัดเจนแจ่มแจ้ง

2) วิธีการเลือกจุดเด่น (the selective or highlighting approach) คือ การฟังหรืออ่านข้อความที่ได้มาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง และค้นหาประโยค วลี หรือคำสำคัญ ที่แสดงถึงการอธิบายปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ โดยการขีดเส้น หรือแสดงเครื่องหมายเน้นข้อความเหล่านั้น

3) วิธีศึกษารายละเอียด (the detailed or line-by-line approach) คือ การอ่านทุก ๆ ประโยคหรือกลุ่มคำ และค้นหาประโยคหรือกลุ่มคำที่บ่งบอกความหมายหรือประสบการณ์ที่ศึกษา

3.3 รวบรวมสาระสำคัญหรือคำหลักที่ได้จากประสบการณ์ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3.4 นำคำหลักสำคัญกลับไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

4. การเขียนและบรรยายที่สื่อให้เห็นปรากฏการณ์ (the art of writing and rewriting) แวนมาเนน กล่าวว่า ภาษาและความคิดเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของกาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Van Manen, 1990) ที่อธิบายว่า ความคิด การพูด การให้เหตุผล และการสื่อภาษาเป็นการนำมาซึ่งการให้ความหมายร่วมสมัย ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นการเขียนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายแง่มุม ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยตัวของปรากฏการณ์เองโดยแสดงให้เห็นภาพของสิ่งนั้นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ดำรงไว้ซึ่งคำหลักสำคัญที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (maintaining a strong and oriented relation) ผู้วิจัยจะต้องกำหนดทิศทางให้มั่นคง เพื่อป้องกันไม่ให้คำหลักสำคัญหลุดออกนอกประเด็นที่ต้องการจะศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องไม่นำทฤษฎีหรือธรรมชาติที่เป็นจริงไปควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคิดในการกำหนดความหมายของปรากฏการณ์เป็นไปอย่างผิวเผินและไม่เป็นความจริงแท้

6. ทำให้คงไว้ซึ่งบริบทที่ศึกษา โดยพิจารณาส่วนย่อยและภาพรวมทั้งหมด (balancing the research context by considering parts and whole) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยและประสบการณ์ในภาพรวมในบริบทที่ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และบททวนในทุกกระบวนการแล้ว ไม่เกิดคำหลักหรือสาระสำคัญอื่นๆ ตามมา

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น เป็นวิธีการศึกษาประสบการณ์ชีวิตที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์อย่างถ่องแท้ แล้ววกกลับกรองออกมาเป็นภาษาที่บ่งบอกความหมายร่วมสมัย ทำให้สามารถมองภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ในหลายแง่มุม ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง

4.4 ความตรงและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ผ่านกระบวนการทดสอบทางสถิติเพื่อหา ค่าความเชื่อถือได้ของข้อมูล (สุภางค์, 2542) ซึ่งลักษณะการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติกซ์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่อาจถูกสงสัยได้ในความเที่ยง ความตรงของการ เก็บรวบรวมข้อมูล และสงสัยในเรื่องความลำเอียง (bias) ในการตีความของผู้วิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึง ต้องมีเทคนิคที่ทำให้ข้อมูลที่ได้มามีความตรงและมีความน่าเชื่อถือให้มากที่สุด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ จะช่วยกำจัดจุดอ่อน และความคลางแคลงใจในเรื่องความลำเอียงของการศึกษา โดยวิธีการดังต่อไปนี้

4.4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นแรกค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สามารถอธิบายหรือ ถ่ายทอดประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาได้โดยตรง จำนวนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความอึดตัวของ ข้อมูลอย่างน้อยมีประมาณ 10 คน (Polit & Hungler, 1999) ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล หลายๆ คน จะช่วยให้สามารถจำแนกรูปแบบของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลได้ วิธีการ ได้มาซึ่งข้อมูลจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด ซึ่งเหมาะในการค้นหาความหมายของบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจะต้องใช้คำถามเจาะลึกจนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลไม่มีข้อมูลใหม่ เพิ่มเติม และเก็บข้อมูลจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลครบถ้วนและมีความอึดตัว เนื่องจากตัวผู้วิจัยเป็น เครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยจึงมีความ สำคัญมาก เพราะจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ เต็มใจ และกล้าแสดงความคิดเห็นที่ตรง ตามความรู้สึกที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะต้องรับฟัง อย่างตั้งใจ และมีสมมติตลอดการสัมภาษณ์ มีการติดตาม และแปลความระหว่างการสัมภาษณ์ อย่างต่อเนื่องตามบริบทและตามสภาพที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องใช้เทคนิคการ สะท้อนคิด (reflection) การทวนความ การอธิบายให้กระจ่าง ล้วนแต่มีความสำคัญทั้งสิ้น ในการ สนทนาอาศัยเทคนิคการเงี่ยบ การสบตา ประสานสายตา พยักหน้ารับในส่วนที่เห็นคล้อยตาม รวมทั้งการจดบันทึกประเด็นสำคัญ การจดบันทึกภาคสนาม การบันทึกเทป การสังเกต หรือแม้แต่ การแสดงพฤติกรรมอื่นๆ ออกมา ได้แก่ การหยุดชะงัก การร้องไห้ น้ำเสีียง ผู้วิจัยจะต้องรู้จักสังเกต และพร้อมที่จะแก้ไขสถานการณ์หากมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้น

4.4.2 การแปลความหรือการตีความ ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ต้องจำแนกการบรรยายข้อมูลตามลำดับก่อนหลัง ในส่วนของข้อมูลที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน สามารถนำ กลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลใหม่เพื่อทำการแก้ไขเพื่อหาความตรง (validity) และความชัดเจน

(clarification) จนมีความเห็นที่สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลที่ได้จากการแปลความและผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบความตรงของข้อมูล

วิธีการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validity) ที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย คือ วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดย เดนซิน (Denzin, 1970 อ้างตาม สุภางค์, 2537) อธิบายว่า เป็นการตรวจสอบโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มา 3 แหล่ง คือ

1.1 การตรวจสอบแหล่งเวลา หมายถึง การตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้ อยู่ในช่วงเวลาต่างกันหรือเหมือนกัน ถ้าเหมือนกันควรตรวจสอบในช่วงเวลาที่ต่างกันด้วยว่าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่

1.2 การตรวจสอบแหล่งสถานที่ หมายถึง การตรวจสอบว่าเป็นข้อมูลที่ได้รับจากสถานที่เดียวกันหรือไม่ หากมาจากสถานที่เดียวกันมีผลออกมาเหมือนกัน ผู้วิจัยควรตรวจสอบในสถานที่ที่แตกต่างกันว่ามีคามเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

1.3 การตรวจสอบแหล่งบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนแปลงไป หรือเปลี่ยนจากปัจเจกบุคคลเป็นกลุ่มบุคคล กลุ่มสังคม ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) เป็นการตรวจสอบข้อมูลจากผู้วิจัยแต่ละคนว่าได้ข้อมูลอย่างไร เช่น การเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนวิธีการใช้ผู้วิจัยคนเดียวกันสังเกตโดยตลอด ทำให้สร้างความมั่นใจได้มากกว่าผู้วิจัยเพียงคนเดียว

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) คือการตรวจสอบว่าถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจทำได้ง่ายในระดับสมมติฐานชั่วคราว (working hypothesis)

4. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (method triangulation) เป็นการใช่วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสาร เป็นต้น

นอกจากนี้ ลินคอล์นและกูปา (Lincoln & Guba, 1985 cited by Polit & Hungler, 1999) ได้เสนอแนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ผู้วิจัยต้องมีวิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลและข้อสรุป เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความจริงของข้อมูลที่ได้ ความเชื่อถือได้ของการสืบค้นข้อมูลมี 2 ลักษณะ คือ

1.1 วิธีการสืบค้นที่น่าเชื่อถือ

1.2 ขั้นตอนที่แสดงให้เห็นความน่าเชื่อถือ

เทคนิคในการสร้างความเชื่อถือได้และยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลในวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) การใช้เวลาในการมีส่วนร่วมนานขึ้น (prolonged engagement) เป็นการสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย โดยใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อศึกษาถึงวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการค้นหาและตรวจสอบการให้ข้อมูลที่ผิดพลาด หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ตลอดจนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความศรัทธา และความไว้วางใจในงานของผู้วิจัย

2) การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

2. ความสามารถนำไปอ้างอิง (transferability) หมายถึง ความสามารถนำไปอ้างอิงของข้อมูล ขอบเขตของข้อมูลในการอ้างอิงไปยังสถานการณ์หรือกลุ่มตัวอย่างอื่น รวมทั้งการสุ่มตัวอย่างเป็นประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นของข้อมูล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยต้องมีข้อมูลเชิงพรรณนาอย่างเพียงพอในการรายงานการวิจัย เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านสามารถประเมินการประยุกต์ใช้ข้อมูลในบริบทอื่นได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถกำหนดความตรงภายนอกจากการสืบค้นได้ เนื่องจากมีเฉพาะการบรรยายที่ลึกซึ้ง ซึ่งมีผลให้ผู้อ่านบางรายสนใจในการอ้างอิงในบทสรุป

3. ความมีเสถียรภาพ (dependability) หมายถึง ความมีเสถียรภาพของข้อมูลในทุกเวลาทุกสถานการณ์ วิธีประเมินเสถียรภาพของข้อมูล คือ

3.1 การใช้กระบวนการ “stepwise replication” ซึ่งวิธีนี้มีกรอบแนวคิดคล้ายกับเทคนิคการแบ่งครึ่ง (split-half technique) โดยมีกลุ่มนักวิจัยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป แบ่งเป็น 2 ทีม โดยแต่ละทีมต่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลในการค้นหา การจัดการปัจจัยพื้นฐาน และความมีเสถียรภาพในการสื่อสารระหว่างทีม เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้การวิจัยประสบความสำเร็จ

3.2 inquiry audit เป็นวิธีการตรวจสอบข้อมูลอย่างละเอียดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะต้องอาศัยความอดทนสูงและมีความอดทนอย่างสูงในการตรวจสอบอย่างพิถีพิถันเพื่อรับรองและยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

4. การรับรองความถูกต้อง (confirmability) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเที่ยงของข้อมูล เป็นการตรวจสอบความเที่ยงโดยบุคคลภายนอกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เกี่ยวกับความสำคัญหรือความหมายของข้อมูล เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และเป็นการรับรองหรือยืนยันความถูกต้อง

ของข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องพัฒนาวิธีการตรวจสอบความถูกต้อง (audit trail) ซึ่งเป็นกลวิธีในการรวบรวมใจความสำคัญ และหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ผ่านการรับรองจากผู้ตรวจสอบอิสระในการสรุปข้อมูลอย่างเป็นระบบ แม้ว่าภาระในการตรวจสอบจะเป็นงานที่ต้องอาศัยความละเอียดถี่ถ้วน และเป็นงานที่ซับซ้อน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างพินิจพิเคราะห์แล้ว จะมีผลให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมีคุณค่าควรแก่การเชื่อถือมากขึ้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมนนิติกส์ดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยต้องศึกษาให้เข้าใจถึงการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อมรวมทั้งภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายและบรรยายประสบการณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมาย ให้คุณค่า และความสำคัญในปรากฏการณ์นั้น รวมทั้งผสมผสานเทคนิคการสะท้อนกลับ การยกตัวอย่างเหตุการณ์ประกอบ การทวนความ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกับผู้ให้ข้อมูล และเห็นภาพของประสบการณ์ได้มากที่สุด เสมือนผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมนนิติกส์ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการศึกษาครั้งนี้

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นชีวิตอย่างกะทันหันไม่เพียงแต่จะมีผลต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วยอย่างที่สุดด้วย นอกจากนี้ในระหว่างที่ประสบกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ครอบครัวอาจเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และมีความต้องการด้านต่างๆ ที่นอกเหนือไปจากเดิม ซึ่งหากครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้อง ก็จะทำให้สามารถปรับสมดุลสภาพปกติได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคลากรทีมสุขภาพละเลยการปฏิบัติต่อครอบครัว หรือไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิต อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือความยุ่งยากตามมาได้