

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ
  - 1.1 ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ
  - 1.2 ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
  - 1.3 การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ
2. ผลกระทบต่อครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ
3. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

#### แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ

##### 1. ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ

การช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation : CPR) จะกระทำขึ้นเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดเต้น หรือที่ทางการแพทย์ เรียกว่า เกิดการตายโดยฉับพลัน (ประดิษฐ์, 2541; ปรีชา, ประดิษฐ์, จริยา และ วิมลรัตน์, 2544) เมื่อหัวใจหยุดเต้นนานเกิน 4 นาที จะทำให้สมองและอวัยวะสำคัญของร่างกายถูกทำลาย (วิจิตรา, 2543; Neumar & Ward, 2002) ถ้าเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพภายใน 2 นาทีแรก ใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าทำการกระตุ้นหัวใจ ภายใน 4 นาทีแรกและให้ยาภายใน 8 นาที จะมีอัตราการรอดชีวิตประมาณร้อยละ 30 (Eisenberg, Cummins, Damon, Larsen, & Hearne, 1990; Hirshon, 2004) การเข้าถึงผู้ป่วยที่หัวใจหยุดทำงานเร็วที่สุด โดยการสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีอาการเตือนล่วงหน้า เช่น หอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรผิดปกติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น การช่วยฟื้นคืนชีพที่รวดเร็ว ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (ปรีชาและคณะ, 2544; มยุรี, 2545) ผู้ป่วยมีโอกาหายดีเป็นปกติ ไม่มีผลแทรกซ้อนและสามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ สำหรับผู้ป่วยที่เกิดภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดเต้นเป็นเวลานานกว่า จะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและระบบอื่นของร่างกายตามมา การพยากรณ์โรคไม่ดี และนำไปสู่การสูญเสียชีวิตในที่สุด (สมศักดิ์ และ ศิริพร, 2548)

## 2. ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

นักวิชาการได้มีการวิวัฒนาการหาแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992-2000 โดยการรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และหลักฐานทางวิชาการมาประกอบกันอย่างเป็นระบบ มาประมวลเพื่อสนับสนุนแนวทางการรักษา และได้มีการประชุมหาข้อสรุปร่วมกัน ของผู้เชี่ยวชาญระดับชาติทั่วโลก มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพล่าสุดและใช้ในปัจจุบัน คือ มติเอกฉันท์ของนานาชาติ ปี ค.ศ. 2005 ในการช่วยฟื้นคืนชีพและการดูแลระบบหลอดเลือดหัวใจ (2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (Hazinski & Nolan, 2005) เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ก่อนที่หัวใจจะหยุดเต้น จนกระทั่งหลังจากที่ชีพจรกลับคืนมาแล้ว โดยมีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support : BLS) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance cardiac life support : ACLS) ในการศึกษาครั้งนี้ ขอกล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงซึ่งเป็นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Hazinski & Nolan, 2005)

เมื่อพบว่าผู้ป่วยหมดสติและอยู่ในภาวะหยุดหายใจ (respiratory arrest) กล่าวคือ ผู้ป่วยหยุดหายใจหรือมีการหายใจบ้างแต่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และคลำชีพจรที่บริเวณคอ (carotid artery) ขาหนีบ (femoral artery) หรือข้อพับแขน (brachial artery) ไม่ได้ นั่นหมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจหยุดทำงาน ต้องรีบให้การช่วยฟื้นคืนชีพทันที โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 จัดทำผู้ป่วย โดยจัดให้นอนราบบนพื้นแข็งโดยใช้กระดานหนาและแข็ง สอดรองใต้ลำตัวผู้ป่วยตั้งแต่ไหล่ถึงเอว ดูแลศีรษะและลำตัวผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพตรงตลอด การขยับตัวผู้ป่วยต้องทำอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยอุบัติเหตุต้องระมัดระวังบริเวณกระดูกสันหลัง ส่วนคอ

2.2 เปิดทางเดินหายใจ โดยตรวจสอบสิ่งแปลกปลอมในช่องปากและคอ เช่น เศษอาหาร เลือด เสมหะหรือฟันปลอม เป็นต้น ถ้ามีต้องคีบออกหรือใช้เครื่องดูดออก แล้วจัดทำแขนศีรษะเขยका (head tilt-chin lift) เพื่อเปิดทางเดินหายใจ แต่หากสงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนคอ ให้เปิดทางเดินหายใจโดยใช้วิธียกขากรรไกร (jaw thrust) เพื่อป้องกัน ลื่นตกอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือใส่ท่ออากาศ (oropharyngeal) ที่มีขนาดเหมาะสม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ ประเมินประสิทธิภาพในการหายใจ หากผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ หรือหายใจเองได้น้อยกว่าปกติ ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) และตรวจตำแหน่งของท่อให้ถูกต้องทุกครั้ง

2.3 ช่วยการหายใจ ให้ตรวจสอบตำแหน่งและความโล่งของท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงลมหายใจออก การตรวจตำแหน่งให้ใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้การบีบถุงลมช่วยหายใจ (ambu bag) ให้ใช้ช่วงเวลาเข้า อัตราการบีบช่วยหายใจ 8-10 ครั้ง/นาที บีบให้ได้ปริมาตรทั้งหมด (total volume) 6-7 มล./น้ำหนักตัวผู้ป่วย/กก./ครั้ง (ปริมาตรโดยประมาณ 400-600 มล./ การบีบ 1 ครั้ง) เพื่อไม่ให้แรงดันมากเกินไปทำให้ลมเข้าทางหลอดอาหารแทนหลอดลม และการบีบแต่ละครั้งจะต้องเห็นการกระพือมของทรวงอก ผู้ป่วยควรได้รับออกซิเจน 100%

2.4 กดหน้าอกหรือนวดหัวใจภายนอกทรวงอก ภายหลังจากบีบลมช่วยหายใจ 2 ครั้ง ถ้าไม่ตอบสนองให้เริ่มการกดหน้าอก โดยสันมือทั้งสองข้างกดลงที่ตอนล่างของกระดูกหน้าอก ด้วยแรงที่ทำให้กระดูกหน้าอกยุบลงไปประมาณ 1.5-2 นิ้ว ในอัตรา 100 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยจะมีท่อนช่วยหายใจคาอยู่ ผู้ช่วยกดหน้าอกกับผู้บีบบวมช่วยหายใจต่างคนต่างทำหน้าที่โดยไม่ต้องรอสลับกัน

2.5 เปิดหลอดเลือดหรือทางให้ยาและสารน้ำ ในกรณีที่เริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ยังไม่สามารถเปิดหลอดเลือดดำใหญ่ สามารถให้ยาได้ 3 วิธี คือ ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายทางท่อนช่วยหายใจ และทางไขกระดูก แต่ที่นิยมและให้ผลดีที่สุดคือการให้ทางหลอดเลือดดำใหญ่

2.6 ติดเครื่องบันทึกภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiograph : ECG) เพื่อดูจังหวะ ลักษณะการเต้นของหัวใจ จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปรากฏบนจอภาพ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาตามสภาวะที่จำเป็น ระหว่างการติดแผ่นนำคลื่นไฟฟ้า ห้ามแปะตรงตำแหน่งที่ใช้สำหรับวางอุปกรณ์กระตุ้นหัวใจไฟฟ้า

2.7 ให้ยาในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ จะพิจารณาให้ตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสภาวะของผู้ป่วย ยาที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่

2.7.1 เอพิเนฟริน (epinephrine) ใช้ในกรณีที่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ (ventricular tachycardia : VT) หรือลักษณะสั่นพริ้ว (ventricular fibrillation : VF) ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าใน 1-2 ครั้งแรก โดยให้ขนาด 1 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 3-5 นาที ตามด้วยการกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าภายใน 30-60 วินาที หรือใช้ในลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะผิดปกติชนิดอื่น เช่น ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเส้นตรง (asystole) เป็นต้น โดยให้ขนาด 1 มิลลิกรัม ทุก 3-5 นาที

2.7.2 อะมิโอดาโรน (amiodarone) ใช้ในกรณีที่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ (VT) หรือลักษณะสั่นพริ้ว (VF) ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า หลังจากที่ใช้เอพิเนฟรินไป 2-3 ครั้งแล้ว โดยให้ขนาด 300 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และหากพิจารณาในภายหลังเมื่อลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ การเต้นของเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติ หรือลักษณะสั่นพริ้วกลับเป็นขึ้นมามาก ให้ในขนาด 150 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ รวมแล้วไม่เกิน 2.2 กรัม ใน 24 ชั่วโมง

2.7.3 อะโทรปีน (atropine) ใช้ในกรณีที่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ มีอัตราการเต้นที่ช้า (brady cardia) โดยให้ในขนาด 1 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 3-5 นาที รวมแล้วไม่เกิน 0.04 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัว

2.8 กระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (defibrillation) พิจารณาในกรณีที่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบเวนทริเคิลเต้นเร็วกว่าปกติจนคล้ำซีพอร์ไม่ได้ หรือลักษณะสั่นพริ้ว การกระตุ้นหัวใจโดยใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าหากทำได้ภายใน 3 นาที จะเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น และเมื่อใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า 3 ครั้งติดต่อกันแล้วไม่ได้ผล ต้องกลับไปทำการกดนวดหัวใจต่อ 1 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้หยุดพักจากการถูกกระตุ้นโดยพลังงานกระแสไฟฟ้า

ขนาดของพลังงานที่ปล่อย แบ่งเป็น 2 ชนิดตามลักษณะของเครื่อง คือ ชนิดโมโนเฟส (monophasic) คือ มีทิศทางกระแสไฟฟ้าที่ใช้ในการกระตุ้นในทิศทางเดียว ใช้พลังงาน 360 จูล ครั้งถัดไป 360 จูล และอีกชนิดหนึ่ง คือ ไบเฟส (biphasic) คือ มีทิศทางกระแสไฟฟ้าในการกระตุ้น 2 ทิศทาง ใช้พลังงาน 200 จูล ครั้งถัดไป 200 จูลเช่นกัน

2.9 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ และ/หรือหัวใจหยุดเต้นและแก้ไข โดยทบทวนสาเหตุที่พบบ่อย 5 อันดับ พร้อมแนวทางแก้ไข คือ

2.9.1 ปริมาณน้ำในเลือดต่ำ (hypovolemia) สาเหตุจากการตกเลือด การสูญเสียทางไต การสูญเสียทางทางเดินอาหาร การสูญเสียทางผิวหนัง หรือการสูญเสียน้ำไปสู่ส่วนที่เป็นเยื่อช่องท้อง เป็นต้น และต้องรีบทำการแก้ไขโดย ลดหรือหยุดภาวะเลือดออก พร้อมทั้งให้สารน้ำ ให้เพียงพอทันทีขาดเข้าไปทดแทนในระบบไหลเวียนเลือดเพื่อที่จะเพิ่มปริมาณของเลือดที่ถูกสูบลุด ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งและการขนส่งออกซิเจนไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย ปรับสมดุลให้ร่างกายกลับคืนมาสู่ความปกติโดยเร็วที่สุด

2.9.2 ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) สาเหตุที่พบบ่อย คือ การบาดเจ็บรุนแรง มีแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกขนาดใหญ่ มีการติดเชื้อในร่างกาย ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ซึ่งสามารถแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและช่วยหายใจ

2.9.3 มีความเป็นกรดในกระแสเลือด (hydrogenion-acidosis) แก้ไขโดยให้ โซเดียม-ไบคาร์บอเนต (sodium bicarbonate) พร้อมทั้งช่วยหายใจ

2.9.4 ระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูง / ต่ำเกินไป (hyper/hypo kalemia) สาเหตุที่พบบ่อยในการเกิดระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดสูงเกินไป ได้แก่ การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ได้รับยา/อาหารที่มีโปแตสเซียมปริมาณสูง แก้ไขโดยให้แคลเซียมคลอไรด์ (calcium chloride) ส่วนสาเหตุที่พบบ่อยในการเกิดระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำเกินไป ได้แก่ สูญเสียจากทางเดินอาหาร สูญเสียจากความบกพร่องของไต การแก้ไขส่วนใหญ่จะต้องให้โปแตสเซียมทดแทน

2.9.5 อุณหภูมิในร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) พบบ่อยในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะช็อก เกิดจากการสูญเสียเลือด แก้ไขโดยให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วย

2.10 ให้การดูแลหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (prolong life support : PLS) คือ ผู้ป่วย ที่รอดจากการช่วยฟื้นคืนชีพ ส่วนมากมักจะเสียชีวิตจากการที่สมองและหัวใจทำงานได้ไม่ปกติ จึงควรพยายาม ควบคุมประคองให้อวัยวะทั้งสองอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด

2.10.1 ผู้ป่วยหลังจากการเกิดหัวใจหยุดเต้นที่ยังมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ ไม่ควรรีบให้ความอบอุ่นเพื่อปรับอุณหภูมิทันที ควรปล่อยให้อุณหภูมิค่อยๆ เพิ่มขึ้นเองอย่างช้าๆ

2.10.2 ในผู้ป่วยที่มีไข้สูง ควรได้รับการรักษาให้อุณหภูมิกลับมาเป็นปกติโดยเร็ว

2.10.3 การช่วยหายใจในอัตราที่เร็วอัตราการหายใจปกติ (hyperventilation) เป็นข้อห้าม ในกรณีที่มีอาการแสดงของสมองเลื่อน (cerebral herniation) จะมีผลทำให้ความดันในสมองสูงได้

สำหรับการจัดระบบการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีการจัดตั้งทีมช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2543 โดยทีมช่วยฟื้นคืนชีพจะประกอบด้วย อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยเด็ก วิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ อย่างละ 1 คน ร่วมกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามความเชี่ยวชาญของแพทย์และพยาบาล (ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มปป) ดังนี้

1. อายุรแพทย์ เป็นหัวหน้าทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ ชักประวัติน้อยๆจากผู้ที่ช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ก่อนหรือผู้นำส่ง เพื่อสั่งการรักษาในการให้ยาและการกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า และประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับทีมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ศัลยแพทย์ ทำหน้าที่ เปิดเส้นทางหลอดเลือดดำใหญ่ตรงบริเวณข้อพับหรือคอ ในกรณีที่เปิดเส้นทางหลอดเลือดดำส่วนปลายไม่ได้ หรือทีมการช่วยฟื้นคืนชีพเห็นสมควรว่าควรให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำใหญ่ และทำหน้าที่กดหน้าอกผู้ป่วยสลับกับแพทย์ที่ให้การช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ก่อน

3. วิสัญญีแพทย์ ทำหน้าที่ ประเมินการหายใจของผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจ และช่วยการหายใจ

4. พยาบาล ทำหน้าที่ จัดหา บันทึกรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยลงแบบฟอร์ม พยาบาลรับคำสั่งการรักษาโดยทวนคำพูดคำสั่งที่ตรงกันกับอายุรแพทย์แล้วจึงปฏิบัติ อีกทั้งต้องเตือนทีมช่วยฟื้นคืนชีพเป็นระยะหากถึงเวลาที่ต้องให้ยาตัวหนึ่งตัวใดซ้ำและหากมีการกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า ต้องช่วยปรับระดับพลังงานที่จะกระตุ้นหัวใจให้อายุรแพทย์

สำหรับขั้นตอนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1. เมื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลคำชีพจรผู้ป่วยไม่ได้หรือผู้ป่วยหยุดหายใจ ต้องรีบให้การช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โดยโทรศัพท์เรียกเครือข่ายช่วยฟื้นคืนชีพ ขณะเดียวกันแจ้งแพทย์เจ้าของผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นต้นก่อนทีมช่วยฟื้นคืนชีพจะมาถึง

2. พยาบาลต้องเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพและช่วยแพทย์ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขึ้นต้น

3. เมื่อทีมช่วยฟื้นคืนชีพมาถึง รีบทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กำหนดเวลาไว้ไม่เกิน 3 นาที ในการเตรียมความพร้อมของทีมช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ คาดหวังว่าสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของวรวิฑู, เจียมจิต และ ประสพสุข (2548) ศึกษาผลของปฏิบัติการกู้ชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า มีการเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ เฉลี่ย 32 ครั้งต่อเดือน เกิดขึ้นบ่อยที่หอผู้ป่วยฉุกเฉินและหอผู้ป่วยไอซียู การเตรียมความพร้อมของทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2.53 นาที ผลการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วยจากการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสูงถึงร้อยละ 92.4 อธิบายผลการศึกษาว่า การเกิดภาวะช็อกของผู้ป่วย มักเป็นเหตุการณ์สุดท้ายของโรคต่างๆ ที่ไม่ได้รับการแก้ไข การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการช่วยเรื่องการหายใจและเพิ่มอัตราการไหลเวียน

ของโลหิตแต่ไม่ได้รักษาโรคที่ต้นเหตุ โอกาสการรอดชีวิตจึงน้อย แต่กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคหัวใจแล้ว หัวใจหยุดเต้น เช่น จากภาวะหัวใจเต้นพรีว เป็นต้น การกระตุ้นหัวใจด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าของทีมช่วยฟื้นคืนชีพช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

### 3. การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

แพทย์และทีมสุขภาพยืนยันหยุดช่วยฟื้นคืนชีพ 2 กรณี คือ

3.1 กรณีผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยดังนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้น 2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงใหญ่ได้ วัดความดันโลหิตได้ 3) ผู้ป่วยเริ่มหายใจได้ 4) ศิวหนัง เยื่อบุตา ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าไม่มีอาการเขียว และ 5) รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงหากสมองได้รับออกซิเจนจะพบว่ารูม่านตามีขนาดเล็กลงและมีปฏิกิริยาต่อแสง (นันทา, 2545)

3.2 กรณีแพทย์ยืนยันว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พิจารณาจากการช่วยฟื้นคืนชีพติดต่อกัน 30 นาที โดยที่ไม่มีการไหลเวียนเลือดกลับสู่ปกติ ในบางกรณีที่มีการไหลเวียนเลือดกลับสู่ปกติเป็นระยะ สลับกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้นับเฉพาะช่วงเวลาที่ไม่มีการไหลเวียนเลือดปกติ ซึ่งรวมกันแล้วนานเกิน 30 นาที (มยุรี, 2545) ทั้งนี้แพทย์ควรใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ เพราะการยุติช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีนี้เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ยากสำหรับญาติผู้ป่วยบางราย (ประพิน, 2541)

กล่าวโดยสรุป การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพจะยุติเมื่อผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพหรือยุติเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้มีอำนาจตัดสินใจควรเป็นแพทย์ร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย (Robinson, 2001)

### ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยขณะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งมีการพึ่งพากันทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางด้านกฎหมายหรือทางสายโลหิต (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการเจ็บป่วยรุนแรงและต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย (รุจา, 2541) เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวรู้สึกถึงความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นในสถานการณ์ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤต ครอบครัวรู้สึกว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญภาวะวิกฤตทางอารมณ์ร่วมด้วยเช่นกัน (สหัสยา, 2547) อีกทั้งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจต่อครอบครัว ได้แก่

1. ความวิตกกังวล โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวมักถูกแยกออกจากผู้ป่วยทันที ทำให้ถูกจำกัดความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัว (Wagner, 2004) การเฝ้ารอคอยอยู่ด้านนอกขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ว่าจะสาเหตุจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย

ก็ตาม เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลอย่างรุนแรง (สัทธา, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของแมทธิว (Matthews, 1993 cited by Offord, 1998) ได้ศึกษาประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยที่เฝ้ารอคอยผลการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่ด้านหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ทีมสุขภาพรีบปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย ครอบครัวจะถูกแยกออกจากผู้ป่วย เพิ่มความวิตกกังวลให้กับครอบครัวเป็นอย่างมาก

2. ความเครียด (Stress) จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัว ความเครียดซึ่งอาจเกิดจากความไม่แน่ใจในชีวิต เสี่ยงต่อการสูญเสียบุคคลที่รัก (สัทธา, 2547) การต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา (พัชรี, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ (2538), มณฑิพย์ (2542) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก และจากการศึกษาของมาร์รอนและฟอก (Marrone & Fogg, 2003) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพพบว่า สาเหตุความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดจาก กลัวการสูญเสียบุคคลที่รัก ความไม่แน่ใจในการรอดชีวิตของผู้ป่วย และการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการรักษา

3. ความเศร้าโศก (grief) ภาวะนี้มักพบเมื่อผลการช่วยฟื้นคืนชีพไม่สำเร็จ ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลที่รัก จะเกิดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย ครอบครัวจะแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมออกมาโดยการร้องไห้ คร่ำครวญหาบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียที่เกิดขึ้นทันทีโดยไม่มีอาการมาก่อนมีผลให้การแสดงความรู้สึกเศร้าโศกอย่างรุนแรงกว่าการสูญเสียที่สามารถพยากรณ์ไว้ล่วงหน้า (มานิต และ จำลอง, 2542) การสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นสิ่งที่กระทบกระเทือนใจและเจ็บปวดเป็นอย่างมาก (เขาลักษณ์ และ ถัดดา, 2541) ครอบครัวรู้สึกต่อผลการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อไม่สำเร็จ ว่าเป็นความรู้สึกแทบขาดใจ แทบสิ้นใจตามไปด้วย (สัทธา, 2547) โดยเฉพาะการสูญเสียคู่ชีวิตหรือการสูญเสียบุตร ความโศกเศร้าโศกในระยะเวลาแรก (initial grief) มีการแสดงออกของภาวะช็อก (a state of shock) หมดความรู้สึก งงววย ไม่ค่อยเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ความทุกข์ทรมานใจจะทำให้ร้องไห้ ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในบางรายมีความรู้สึกผิด กล่าวโทษตนเอง (รุจา, 2541)

จากเหตุการณ์ดังกล่าว เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องเผชิญและหากต้องเผชิญโดยลำพัง ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล การดำเนินชีวิตของครอบครัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนขาดความสมดุล ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแลครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดภาวะสมดุลของครอบครัว

ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความวิตกกังวล เครียด และเมื่อผลการรักษาหมดหนทางที่จะเยียวยาช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ความเศร้าโศก เป็นผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย และอาจนำมาซึ่งความเจ็บป่วยทางกายได้ (Urden, Stacy,& Lough, 2002) ครอบครัวจำเป็นต้องใช้กลไกการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อปรับตัวกับความสมดุลของครอบครัวไว้ โดยการแสดงออกถึงสิ่งที่ครอบครัวต้องการและแสวงหาหนทางที่จะตอบสนองความต้องการนั้น (Hudak, Gallo,& Morton, 1998)การได้รับการตอบสนองความต้องการจะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ที่วิกฤตได้ (สุภารัตน์, ชื่นฤดี และวิมลวัลย์, 2542) โดยเฉพาะการตอบสนองทางอารมณ์ จิตสังคม และทางจิตวิญญาณ (วงรัตน์, 2544) ครอบครัวมีความต้องการและการตอบสนองความต้องการแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. ความต้องการด้านข้อมูล (information needs) ครอบครัวต้องการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขณะที่ครอบครัวต้องเฝ้ารออยู่ด้านนอก (Weslien et al, 2005) ครอบครัวต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา กิจกรรมการพยาบาลหรือเหตุการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ และโอกาสการรอดชีวิต (Wagner, 2004; Weslien et al, 2005) จากผลการศึกษาของ สหัชยา (2547) ได้ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่า ความต้องการของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ 9 ใน 10 ราย มีความต้องการให้แพทย์ พยาบาล อธิบายให้ครอบครัวได้ทราบว่าจะทำอะไรกับผู้ป่วยบ้าง ต้องการทราบความคืบหน้าของการรักษา และโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วย โดยต้องการให้บอกข้อมูลเป็นระยะ ตลอดการช่วยเหลือ ไม่ต้องรอให้เสร็จสิ้นกระบวนการช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีความต้องการข้อมูลที่เป็นจริงตลอดการช่วยเหลือ จากผลการศึกษาของแวกเนอร์ (Wagner, 2004) ซึ่งได้ศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า ครอบครัวต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นจริงขณะที่มีความสุขให้การช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากขณะรอผู้ป่วยอยู่ด้านนอก ครอบครัวส่วนใหญ่กลัวว่ามีความสุขจะปกปิดข้อมูลในระหว่างให้การช่วยเหลือ ทั้งนี้ เพราะครอบครัวเชื่อว่า การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ครอบครัวจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพิจารณาตัดสินใจรับการช่วยฟื้นคืนชีพหรือยุติการช่วยฟื้นคืนชีพแทนการตัดสินใจของผู้ป่วย (Gaglione, 1984) จากผลการศึกษาของสหัชยา (2547) ยังพบว่า ครอบครัว 8 ใน 10 ราย ได้รับการบอกผลการช่วยฟื้นคืนชีพตามความเป็นจริงโดยไม่อ้อมค้อม แต่จะได้รับการทราบข้อมูลภายหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพสิ้นสุดลงและมีเพียง 4 ใน 10 ราย ที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโดยละเอียดในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ทั้งนี้เป็นการให้ข้อมูลเมื่อการช่วยฟื้นคืนชีพสิ้นสุดลงเช่นกัน

การได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยของครอบครัว เป็นความต้องการที่สำคัญและเป็นความต้องการอันดับแรกของครอบครัว (ชิตินา, 2540; พวงเพชร, 2540; Gaglione, 1984; Leske, 1986) เพราะในขณะที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต ครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวล ความเครียด (Hudak, Gallo,& Morton, 1998)

การได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ จะทำให้ครอบครัวเกิดความหวัง และคลายความวิตกกังวลลงได้ (Molter, 1979) แต่หากความต้องการครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนอง หรือความต้องการกับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับไม่สอดคล้องกัน ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง และเกิดความเครียดรุนแรงได้ จากผลการศึกษาของพวงเพชร (2540) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กมากกว่าร้อยละ 50 มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของบุตรตลอดเวลาขณะเฝ้าดูแลบุตร แต่ผลการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า น้อยกว่าร้อยละ 50 ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ส่งผลให้มารดาผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรขณะที่เฝ้าดูแลบุตรในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาล

2. ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความปรารถนาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา การช่วยฟื้นฟูจิตใจ ครอบครัวต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเพื่อถ่ายทอดความรัก ความหวังใย โดยการสัมผัส หรือถ้อยคำต่างๆ ส่งไปยังบุคคลที่เป็นที่รัก ให้มีกำลังใจ ในการต่อสู้กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (สหัสยา, 2547) ผลการศึกษาของเมเยอร์และคณะ (Meyers et al, 1998) พบว่า ร้อยละ 80 ของครอบครัวผู้ป่วยปรารถนาอยู่กับผู้ป่วยตลอดการช่วยฟื้นฟูจิตใจ และจากศึกษาต่อมาของเมเยอร์และคณะ (Meyers, Eichhorn, Guzzetta, Clark, & Taliaferro, 2004) พบว่า ครอบครัวเชื่อว่าการอนุญาตให้ครอบครัวอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะได้รับการช่วยฟื้นฟูจิตใจ ครอบครัวเชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 95 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสหัสยา (2547) เกี่ยวกับผลจากการตอบสนองความต้องการของครอบครัวให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นฟูจิตใจ พบว่า 7 ใน 10 ราย รู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างมาก ครอบครัวได้รับรู้อาการของผู้ป่วยตลอด และยอมรับในผลการช่วยฟื้นฟูจิตใจที่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น เนื่องจากได้เห็นการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มที่ และหากผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต เริ่มรู้สึกตัว ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการอนุญาตให้ครอบครัวอยู่ใกล้ๆ ทำให้รู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง ให้อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง หากผู้ป่วยรอดชีวิตแต่ยังไม่รู้สึกตัว การได้ยิน เป็นประสาทสัมผัสที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ การได้บอกรักจะก่อให้เกิดกำลังใจแก่ผู้ป่วย (Furukawa, 1996)

นอกจากนี้ ครอบครัวต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลาเพราะต้องการความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากทีมแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (ชิตินา, 2540; Weslien et al, 2005) ครอบครัวเชื่อว่าหากครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นฟูจิตใจ ครอบครัวสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Meyers et al, 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสหัสยา (2547) พบว่าการตอบสนองความต้องการของครอบครัวโดยอนุญาตให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นฟูจิตใจ ครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลที่ปรึกษาแก่แพทย์และพยาบาลในการให้การรักษาผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ และอาการผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นต้น แต่ยังมีงานวิจัยที่พบว่า พยาบาลยังไม่เห็นด้วย และไม่ตอบสนองความต้องการของ

ครอบครัวในการให้อยู่กับผู้ป่วยขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น การศึกษาของวราภรณ์, สุดาพรรณ และ อุสาห์ (2546) ได้ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลฉุกเฉินต่อการให้อยู่กับผู้ป่วยขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ 17 แห่ง จำนวน 179 ราย พบว่า พยาบาลแสดงความคิดเห็นว่า การให้อยู่กับผู้ป่วยขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน ร้อยละ 96.1 อีกทั้งต้องคอยดูแล และควบคุมพฤติกรรม ของญาติ ร้อยละ 65.9

การศึกษาของแวกเนอร์ (Wagner, 2004) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ นอกจากไม่ได้อยู่ใกล้ชิดบุคคลอันเป็นที่รักแล้ว ครอบครัวมักถูกละเลยและไม่ได้ได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพ เพราะทุกคนมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วย ทั้งที่สถานการณ์ดังกล่าวล้วนเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวต้องการการดูแลจากพยาบาล มีการสบตา พูดคุย ให้กำลังใจด้วยความเต็มใจ การปลอบใจ หรือการแสดงความคิดเห็น ความห่วงใย สามารถคลายความวิตกกังวลลงได้ (Verhaeghe et al, 2005) รวมทั้งต้องการได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่บีบคั้นอัดอั้นใจ เป็นความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบุว่าสำคัญมาก แต่ได้รับการตอบสนองน้อย (Molter, 1979) นอกจากนี้ การศึกษาของ อารีย์ (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยบำบัดพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 90 ราย พบว่า ความต้องการที่ครอบครัวต้องการมากเป็นอันดับแรกคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล และได้รับการตอบสนองความต้องการลดความวิตกกังวลอยู่ระดับมากเช่นกัน แต่ความต้องการกำลังใจและการต้องการมีโอกาสได้ระบายความรู้สึกได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับน้อยที่สุด นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่า ครอบครัวยังมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ซึ่งหากครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าว จะช่วยครอบครัวคลายความวิตกกังวลลงได้ ดังนั้นครอบครัวที่ได้รับการปลอบใจและสัมผัสที่อบอุ่นจากแพทย์และพยาบาล มีกำลังใจและมีพลังในการต่อสู้กับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ (สหัชยา, 2547)

3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นความต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ ความรู้สึกต้องการความหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต จากการศึกษาของ เลสเก (Leske, 1984) ศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความต้องการที่ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตให้ความสำคัญมากเป็นอันดับแรก คือ ความต้องการมีความหวัง โดยเฉพาะเมื่อรับรู้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าวุ่น สับสน และเกิดความหวาดกลัว กลัวบุคคลอันเป็นที่รักเสียชีวิต จึงพยายามหาหนทางจัดความรู้สึกดังกล่าว โดยการพึ่งพาอำนาจ บารมีของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือตามความเชื่อเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ พึ่งสิ่งที่มีอำนาจเหนือคนให้ปกป้องคุ้มครองให้บุคคลอันเป็นที่รักปลอดภัย ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความหวัง (สหัชยา, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของฟูรุกาวา (Furukawa, 1996) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตและสูญเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 36 ราย พบว่า จากการสอบถามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยขณะผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยวิกฤตอยู่ในภาวะใกล้ตาย ครอบครัวต้องการความหวังให้บุคคลอันเป็นที่รักรอดชีวิต ร้อยละ 62 โดยการสวดมนต์ อ้อนวอน ภาวนา บนบานสานกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ หวังว่าจะช่วยให้บุคคลอันเป็นที่รัก

รอดชีวิตได้ การอธิษฐานทุกประเภทให้ผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้อธิษฐาน ถือเป็นหนทางหนึ่งในการช่วยชลอความเครียด เพราะผู้ที่อธิษฐานมีโอกาสระบายความคับข้องใจออกมา เป็นการลดภาวะเครียดที่กดดันลงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น อวัยวะต่างๆภายในสามารถกลับสู่ภาวะปกติ (เอเชิล และ กิตติพร, 2545) วัฒนธรรมความเชื่อของคนไทย เชื่อว่าการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในภาวะที่เสี่ยงต่อความเป็นความตายซึ่งอาจเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต กรณีที่ผู้ป่วยหมดหวังอย่างสิ้นเชิง การได้บอกเล่าในโอกาสสุดท้ายเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ครอบครัวต้องการกระทำ เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด และความรู้สึกผิดของครอบครัว (Marrone & Fogg, 2003) และการได้บอกทางให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบตามความเชื่อ ไม่ทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งดีงามและเมตตาธรรมที่มนุษย์ควรได้รับก่อนที่จะจบชีวิต (สิวลี, 2544)

4. ความต้องการด้านร่างกาย (physical needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายในระยะแรกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต ครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสนใจกับความต้องการด้านร่างกายมากนัก เนื่องจากจะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วย แต่จะให้ความสำคัญมากขึ้นในระยะหลังของการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต (Verhaeghe et al, 2004) ครอบครัวต้องการสถานที่ให้นั่งพักหรือสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ทั้งนี้เพราะความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพราะต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วิจิตรา, 2544) อย่างไรก็ตามในภาวะวิกฤตขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวต้องทนเห็นผู้ป่วยถูกคอดหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจและถูกช็อกด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าเป็นภาพที่ครอบครัวไม่อยากดู ครอบครัวต้องการแยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อมดังกล่าว (สหัชยา, 2547) จึงทำให้ครอบครัวมีความต้องการด้านร่างกายในเรื่องสถานที่พักหรือสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเช่นกัน ดังการศึกษาของแวกเนอร์ (Wagner, 2004) ศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า ครอบครัวมีความต้องการให้แพทย์พยาบาลจัดสถานที่หรือแบ่งพื้นที่ให้ครอบครัวอยู่อย่างชัดเจนขณะเฝ้ารอผู้ป่วยอยู่ด้านนอก เนื่องจากไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้หากอาการผู้ป่วยยังไม่คงที่ ซึ่งในปัจจุบันแพทย์และพยาบาลได้มีความตระหนักในความต้องการของครอบครัวและดูแลให้ครอบครัวได้รับการตอบสนองตามความต้องการดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า มีโรงพยาบาลที่กำหนดมาตรฐานการดูแลครอบครัวผู้ป่วยขณะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมีการจัดสถานที่พักที่เป็นส่วนตัวและมีความสะดวกสบายให้ครอบครัวที่ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในห้องช่วยฟื้นคืนชีพ (Tracy, Sue, Timothy, Leslie, & Mary, 2005)

หน้าที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลครอบครัวในภาวะวิกฤต ที่สถานการณ์กำลังคุกคามชีวิตผู้ป่วย คือการช่วยประคับประคองจิตใจครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ การตอบสนองความต้องการของครอบครัว สามารถช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นสถานการณ์นั้นได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

ครอบครัวสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้นั้นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น ซึ่งความต้องการของครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจะมีความแตกต่างกันในแต่ละครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีดังนี้ (Verhaeghe et al, 2004; Urden, Stacy, & Lough, 2002; สุนิศา, 2544)

1. อายุ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแสดงออกถึงความต้องการต่างๆ (สมพร, 2541) ครอบครัวที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีประสบการณ์การเรียนรู้ครบสมบูรณ์ มีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิต มีความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถรับรู้ความต้องการของตนเองและแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ดีกว่าวัยอื่น (สุนิศา, 2544) แต่จากการศึกษาของนิตยา (2540) พบว่า วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่สามารถยอมรับความตายและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้ดีกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ จากการศึกษาของอินไครยาวัตติ (Indriyawati, 2004) พบว่าอายุยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กล่าวคือ ครอบครัวที่มีอายุมากจะมีความต้องการความสะดวกสบายด้านร่างกายมากกว่าครอบครัวที่มีอายุน้อย

2. เพศ ครอบครัวที่เป็นเพศหญิง สัมผัสยอมรับให้ระบายหรือแสดงออกถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก การสูญเสีย ได้มากกว่าเพศชาย เมื่อเพศหญิงต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่วิกฤต เกิดความกดดันภายในจิตใจ มักต้องการการระบายความรู้สึกบีบคั้น เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ในขณะที่เพศชายมักเก็บความรู้สึกและการแสดงออกไว้ในตนเอง ไม่ให้ผู้อื่นรับรู้ ไม่กล้าแสดงออกถึงความต้องการที่แท้จริง ทำให้เพศหญิงมีการแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการมากกว่าเพศชาย อีกทั้งยังได้รับการตอบสนองความต้องการมากกว่าเพศชายด้วย (สหัชชา, 2547)

3. ศาสนา เป็นความเชื่อและศรัทธาเฉพาะบุคคล คนจะนำความเชื่อทางศาสนาไปเติมเต็มความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยบุคคลจะให้ความหมายในชีวิต ความเจ็บป่วยวิกฤตและความตาย เพื่อสร้างความรู้สึกลึกถึงความปลอดภัย สร้างความเข้มแข็งในการพบกับภาวะวิกฤตในชีวิต ใช้เสียสละและประคับประคองจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาของบุคคลนั้น (Craven & Himle, 2000) ครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมากกว่าครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ เนื่องจากครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามมีการให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตหลังความตาย และมีความเชื่อในบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม รวมถึงสิ่งที่นอกเหนือตนมากกว่าครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ (สมพร, 2541)

4. ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มภูมิปัญญา บุคคลสามารถมองชีวิตด้วยมุมมองที่กว้างขึ้น เพิ่มความสามารถของบุคคลในการใช้กระบวนการการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง เกิดการเรียนรู้

ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ดีกว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาน้อย ทำให้ครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการและใช้ทักษะในการแสวงหาการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่าครอบครัวที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า (Pender, 1982) จากการศึกษาของ สุภารัตน์, ชื่นฤติ และ วิมลวัลย์ (2542) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของครอบครัวแต่สัมพันธ์กับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการใช้คำถามเพื่อขอความช่วยเหลือและแสดงความต้องการได้มากกว่าครอบครัวที่มีการศึกษาน้อย มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้มากกว่าและตรงตามความต้องการมากกว่าครอบครัวที่มีการศึกษาระดับน้อย

5. สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นอีกปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัว จากการศึกษาที่ครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีความผูกพันรักใคร่และห่วงใยกันมากกว่าบุคคลอื่นที่มีใ้ได้อยู่ในครอบครัวเดียวกัน เช่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตใกล้สูญเสียชีวิตผู้ป่วยอันเป็นที่รักจึงส่งผลต่อภาวะสมดุลในครอบครัวอย่างมาก ทำให้ครอบครัวต้องการการพยาบาลช่วยเหลือในระดับมากเช่นกัน (สุนิสา, 2544) การศึกษาของอารีย์ (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่า ความต้องการของครอบครัวที่มีบทบาท ความสัมพันธ์ เป็นบิดามารดา คู่สมรส และบุตร ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเพราะความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นญาติสายตรงและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย

6. ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพในครั้งก่อนของครอบครัว ในสถานการณ์ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน บุคคลจะไม่สามารถทำนายลักษณะของเหตุการณ์นั้นได้ ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลจึงประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล (สมจิต, 2540) เกิดการแสดงออกถึงสิ่งที่ต้องการและแสวงหาหนทางที่จะตอบสนองความต้องการ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ดังนั้น เมื่อครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีประสบการณ์การเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมาก่อนจะเกิดการเรียนรู้และเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ (Kinney et al, 1993)

### *สรุปการทบทวนวรรณกรรม*

การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเพียงลำพังแต่มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เกิดความเครียดอย่างรุนแรง จนเสียสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ปัญหาเช่นในเวลาปกติได้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวเกิดความต้องการและแสวงหาหนทางตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น เป็นความต้องการด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและตรงตามความต้องการที่แท้จริง ก็จะทำให้สามารถ

ปรับสู่ความสมดุลให้ตัวเองได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวผ่านพ้นวิกฤตนั้นได้โดยเร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องที่มีผลกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพในครั้งก่อนของครอบครัว เป็นต้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวขณะผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนั้นพยาบาลต้องรับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงและตอบสนองตรงตามความต้องการของครอบครัว เพื่อช่วยครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว