

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความหมาย และประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นถูกนำส่งเข้าสู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้การช่วยฟื้นคืนชีพ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล ด้วยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินการวิจัย โดยอาศัยฐานแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาให้เป็นความไวเชิงทฤษฎีในการวิจัย 4 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 2) นโยบายแนวทางการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล 3) กฎหมายการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และ 4) แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ในการศึกษาผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย ระยะที่ 2 ระยะเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และระยะที่ 3 ระยะเขียนรายงานการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก เป็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลดังกล่าว ไม่จำกัดเพศ อายุ มีความยินดี ยินยอม และเต็มใจให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมาตามแบบฟอร์มการขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ส่วนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป เป็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยอาศัยหลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี และใช้วิธีการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในครั้งต่อไป เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ในระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจพัฒนาความไวเชิงทฤษฎีในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูล และให้การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะดำเนินการวิจัย ส่วนผลการวิจัยสามารถสรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 คน มีอายุระหว่าง 24-37 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกคน เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลดังกล่าวมากกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพมากกว่า 20 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพภายหลังจากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงประจำปี ในหน่วยงาน 2) การอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่หน่วยงานภายนอกได้จัดขึ้น และ 3) การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ด้วยการอ่านเอกสารตำรา หรือ การพูดคุยขอคำแนะนำจาก แพทย์และผู้ร่วมงานที่มีประสบการณ์มากกว่า โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงประจำปีของหน่วยงาน และการอ่านเอกสารตำรา มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 5 คน ที่ได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุยขอคำแนะนำจาก แพทย์และผู้ร่วมงานที่มีประสบการณ์มากกว่าร่วมด้วย และมีผู้ให้ข้อมูลเพียง 4 คน ที่ได้รับความรู้จากการอบรมที่หน่วยงานภายนอกจัดขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ความหมายของการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น 5 มิติ ดังต่อไปนี้คือ

มิติที่ 1 ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาวะการณของบุคคล จำแนกเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้นได้ และกรณีที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หายใจลำบากและ/หรือหัวใจใกล้หยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้น

มิติที่ 2 ด้านเป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพในเชิงเสรีวิทยา สามารถจำแนกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) เป็นการช่วยให้เลือดที่มีออกซิเจนส่งไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นภาวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิตรอดกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติอีกครั้ง และ 2) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยชีวิตผู้ป่วย

มิติที่ 3 ด้านความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพต่อบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติ ความสำคัญต่อพยาบาล และความสำคัญต่อองค์กรที่พยาบาลปฏิบัติงาน ตามลำดับ

มิติที่ 4 ด้านกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ ด้านบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพที่ใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต สามารถแบ่งการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การดูแลผู้ป่วยด้านทางเดินหายใจให้เปิดโล่ง 2) การดูแลผู้ป่วยให้มีการระบายอากาศเข้าสู่ปอด
- 3) การดูแลผู้ป่วยด้านการไหลเวียนโลหิต และระดับที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง มีการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ดังนี้คือ 1) การดูแลให้ยาเพื่อช่วยให้หัวใจกลับมาทำงานอีกครั้ง 2) การดูแลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ 3) การดูแลให้มีการกระตุ้นการทำงานของหัวใจด้วยไฟฟ้า

มิติที่ 5 ด้านประสิทธิภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพ ประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว 2) การปฏิบัติอย่างถูกต้อง และ 3) การปฏิบัติอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือ

ส่วนประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลพบว่า พยาบาลประจำการแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินมีประสบการณ์การเรียนรู้ต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ นับตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยที่มีภาวะ หายใจหยุดและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นเข้าสู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้การช่วยฟื้นคืนชีพ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถจำแนกเป็น 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยเริ่มการประเมินสภาพเริ่มตั้งแต่ รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ซึ่งมีการประเมินเป็นระยะ ๆ จนกระทั่งยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและจำหน่าย ออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถจำแนกการประเมินสภาพร่างกายได้ 2 วิธีการ ได้แก่

- 1) การประเมินสภาพร่างกายโดยไม่ใช้เครื่องมือ และ 2) การประเมินสภาพร่างกายโดยใช้เครื่องมือ

ประเด็นที่ 2 เทคนิควิธีที่ได้รับจากประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ กล่าวคือ การปฏิบัติ การช่วยฟื้นคืนชีพในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยเรียนรู้จากรูปแบบการพัฒนา จากประสบการณ์การปฏิบัติและ จากการแนะนำของผู้มีประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม และ การศึกษาดูงาน

ประเด็นที่ 3 การจัดการเมื่อยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผลการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ จำแนกเป็น 2 กรณี ดังต่อไปนี้คือ กรณีที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ และ กรณีที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมีการดูแลทั้งญาติและผู้ป่วย

ประเด็นที่ 4 ความตระหนักถึงเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งสามารถจำแนก เป็น 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ประสบเหตุการณ์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพ และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลา สถานที่/อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ และช่วงเวลาปฏิบัติงาน

และประเด็นที่ 5 ผลกระทบต่อความรู้สึกและการรับรู้ของพยาบาลจากการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ ด้านอารมณ์ มีผลให้พยาบาลมีความสุขและภาคภูมิใจ เมื่อประสบความสำเร็จจากการช่วยฟื้นคืนชีพ และในทางตรงข้ามพยาบาลเกิดความเครียดและเศร้าใจ เมื่อไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ และด้านการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้พยาบาลมีทักษะ ความชำนาญเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติ และมีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อผ่านประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพหลายครั้ง

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาวะการณของบุคคล มิติที่ 2 ด้านเป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพในเชิงสรีรวิทยา มิติที่ 3 ด้านความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ มิติที่ 4 ด้านกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ และมิติที่ 5 ด้านประสิทธิภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งสามารถอภิปรายในรายละเอียด ได้ดังต่อไปนี้

มิติที่ 1 ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาวะการณของบุคคล

จากการศึกษา พยาบาลให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะร่างกายของบุคคล สามารถจำแนกเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้นได้ และกรณีที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หายใจลำบากและ/หรือหัวใจใกล้หยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้น

จากข้อค้นพบ การให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล กรณีที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้นได้ กล่าวคือ เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น เพื่อให้ระบบหายใจและหัวใจสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้เป็นปกติอีกครั้งโดยการช่วยเหลือต้องปฏิบัติภายในเวลา 4 นาทีเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้้นั้น การให้ความหมายของพยาบาลประเด็นนี้ เป็นความหมายที่มีความสอดคล้องกับการให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพโดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นกระบวนการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หัวใจหยุด (Cardiac Arrest) และ/หรือหายใจหยุดทำงาน (Respiratory Arrest) (สันต์ หัตถิรัตน์, 2546, หน้า 107 ; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และ คารณิ จามจุรี, 2537, หน้า 396) ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดทำงาน เป็นเหตุให้เลือดไม่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ และภาวะหยุดหายใจเนื่องมาจากการอุดกั้น

ทางเดินหายใจไฟฟ้าช็อต การสูดดมสารพิษ การจมน้ำและโรคทางสมอง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ หัวใจยังสามารถทำงานต่อไปได้อีกหลายนาที แต่ถ้าผู้ป่วยหยุดหายใจนานเกินไปก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นตามมาได้ (ดวงพร หุ่นตระกูล, ม.ป.ป., หน้า 2-3) ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าผู้ช่วยเหลือสามารถเริ่มปฏิบัติได้รวดเร็วต่อเนื่อง และแต่ละขั้นตอนสามารถทำได้มีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น อีกทั้งจากรวรรณกรรมยังพบว่า ถ้าขาดออกซิเจนนานเกิน 4 นาที เซลสมองจะถูกทำลาย และไม่สามารถฟื้นกลับคืนเป็นปกติได้ (Freeman & Hedges, 2003, pp. 50 ; สุวรรรัตน์ สิริสมบัติ, 2540, หน้า 1)

สำหรับการให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพ กรณีที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะของบุคคลจากบุคคลที่หายใจลำบากและ/หรือหัวใจใกล้หยุดเต้น เป็นบุคคลที่สามารถหายใจและหัวใจเต้น กล่าวคือ เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นที่อาจเกิดตามมาภายหลัง และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งคล้ายคลึงกับวัตถุประสงค์การช่วยฟื้นคืนชีพของ ดวงพร หุ่นตระกูล (ม.ป.ป., หน้า 4) ที่กล่าวว่า เป็นการป้องกันการล้มเหลวของระบบหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิต หรือเป็นการประคับประคองระบบหายใจและระบบการไหลเวียนโลหิตที่ล้มเหลว ให้กลับมาทำหน้าที่ได้อีกครั้ง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ระบบหัวใจและ/หรือระบบหายใจกำลังจะหยุดทำงานนั่นเอง (สันต์ หัตถิรัตน์, 2546, หน้า 107) ซึ่งในปัจจุบัน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมิได้มีไว้เฉพาะการรักษาผู้ที่มีภาวะหัวใจหรือหายใจหยุด หรือกำลังจะหยุดเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงภาวะอื่น ๆ ที่อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจหรือหายใจหยุดด้วย เช่น ภาวะเจ็บหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ภาวะความดันเลือดตกมากหรือภาวะช็อค ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ภาวะผิดปกติของหัวใจหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (Post-CPR Arrhythmia and/or Impairment of Cardiac Function) เป็นต้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2546, หน้า 119) โดยเหตุที่ข้อค้นพบจากงานวิจัยตรงกับวรรณกรรม อาจเป็นเพราะ ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพโดยยึดหลักทฤษฎี

มติที่ 2 ด้านเป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพในเชิงสรีรวิทยา

จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า พยาบาลกล่าวถึงเป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพว่า เป็นการช่วยให้เลือดที่มีออกซิเจนส่งไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ซึ่งสมองเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิตรอดกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติอีกครั้ง ตลอดจนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยชีวิตผู้ป่วย

จากข้อค้นพบที่ว่า เป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล เป็นการป้องกันการเกิดภาวะสมองตาย เนื่องจากการช่วยฟื้นคืนชีพทำให้เลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงสมองและอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจ ตับ ไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิตรอด สอดคล้องกับ แนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่สมาคมโรคหัวใจของอเมริกา (American Heart Association, 2000 cited in Freeman & Hedges, 2003, p. 50) ได้กำหนดว่า เป้าหมายเบื้องต้นในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation หรือ CPR) คือ การรักษาสมองไว้ไม่ให้ถูกทำลาย เพราะเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นนานเกิน 4 นาที จะทำให้สมองและอวัยวะสำคัญของร่างกายถูกทำลาย ซึ่งเรียกว่า เป็นการตายทางชีวภาพ (Biological Death) (วิจิตรา กุสมภ์, 2543, หน้า 4-5) ดังนั้น การดูแลอย่างใกล้ชิดให้มีการเก็บ และ การแลกเปลี่ยนกาซออกซิเจนอย่างเพียงพอจะทำให้สามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสมองได้ จากเป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพดังกล่าว พยาบาลจึงมีการช่วยทดแทนการทำงานของระบบหายใจให้มีการระบายอากาศ และการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนกาซของปอดอย่างเพียงพอ และกระตุ้นให้หัวใจที่ทำหน้าที่สูบน้ำเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ทั้งร่างกาย แม้ว่าบางครั้งอาจจะช่วยให้อวัยวะสำคัญเหล่านี้ กลับมาทำหน้าที่ได้ไม่ดีเหมือนปกติก็ตาม แต่สามารถช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับที่ ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน (2538, หน้า 257) กล่าวว่า เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) และ/หรือการหายใจหยุด (Respiratory Arrest) ให้อวัยวะเหล่านี้กลับมาทำหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และอวัยวะสำคัญให้เพียงพอ

นอกจากนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นการช่วยเหลือที่ต้องปฏิบัติตามหลักการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยความรวดเร็วอย่างระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ (ทัศนมา มหานุภาพ, 2540, หน้า 11 ; วิจิตรา กุสมภ์, 2543, หน้า 19) เช่น Fracture Rib จากการออกแรงกดหน้าอกแรงเกินไป และ ไม่ถูกตำแหน่ง Flail Chest มีการฉีกของกล้ามเนื้อหัวใจ มีเลือดคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดมีการฉีกขาดของอวัยวะภายใน เช่น ตับ ม้าม สมองพิการจากการขาดออกซิเจนเป็นเวลานาน กระดูกสันหลังส่วนคอหักจากการแหงนคอผู้ป่วยมากเกินไป เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำการช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ถูกต้อง และไม่ระมัดระวังเพียงพออาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดำรงชีวิตต่อไป

มติที่ 3 ด้านความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพว่า การช่วยฟื้นคืนชีพ มีความสำคัญต่อบุคคล และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ ความสำคัญต่อผู้ป่วยและญาติ ความสำคัญต่อพยาบาล และความสำคัญต่อองค์กรที่พยาบาลปฏิบัติงาน ตามลำดับ

จากข้อค้นพบ พยาบาลทุกคนตระหนักว่าการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เนื่องจากการเป็นการกระทำเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยโดยตรงให้รอดพ้นจากความตาย และกลับมามีชีวิตได้อีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวและญาติ ทั้งในด้านสังคม ด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อนมุษย์อยู่ในภาวะของความเจ็บป่วย มีสภาพของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งทางกายและจิตใจนั้น บุคลากรทางวิชาชีพสุขภาพเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น (สวลี ศิริไล, 2542, หน้า 1-2) โดยพยาบาลเป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อให้คืนสู่สภาพปกติของมนุษย์ ซึ่งลักษณะของการพยาบาลมุ่งประโยชน์โดยตรงในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการและการคุกคามของโรค ตลอดจนประเมินภาวะสุขภาพส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ และป้องกันโรค ที่สำคัญและเข้ามาใกล้ชิดกับการรักษาโรคก็คือ การช่วยเหลือแพทย์ และกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และ ศิลปะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2540, หน้า 4) แม้ว่าจากผลการศึกษาจะเป็นที่ยอมรับของพยาบาลทุกคนว่า การช่วยฟื้นคืนชีพมีความสำคัญต่อทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นอันดับแรก แต่ในปัจจุบันการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพได้กระทำที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยกันญาติออกไปรออยู่หน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อความสะดวกคล่องตัว และรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เหตุผลหนึ่งของพยาบาลกล่าวว่า การปฏิบัติหัตถการต่าง ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย อาจทำให้ญาติไม่สามารถทนเห็นภาพที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่รักได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้ ซึ่งจากการศึกษาของ อิชฮอร์น และคณะ (Eichhorn, et al., 2001, pp. 48-55) เรื่อง การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยขณะทำหัตถการและช่วยฟื้นคืนชีพ : เสียงเรียกร้องจากผู้ป่วย โดยศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยจำนวน 9 ราย ที่เข้าทำการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีผู้ป่วย 1 รายที่ผ่านประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการให้ญาติอยู่ด้วยขณะที่ทำหัตถการต่าง ๆ อาทิ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายทรวงอก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะหลัง เป็นต้น ซึ่งจะมีผลดีและประโยชน์มากกว่าผลเสีย เนื่องจากเขาได้อยู่กับบุคคลที่รักทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งได้รับการดูแลอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งการอนุญาตให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวเข้ามาดูขณะช่วยฟื้นคืนชีพนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และ จำเป็นต้องมีคนคอยให้คำแนะนำ อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ให้ญาติเข้าใจ รวมทั้งการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (Meyers, et al., 2000, pp. 32-40 ; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2544, หน้า 340) อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภายใต้ระเบียบการปฏิบัติของ โรงพยาบาลในบริบทของสังคม วัฒนธรรมไทย ซึ่งมี

ข้อจำกัดในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมีญาติอยู่ร่วมกับผู้ป่วยขณะทำการช่วยชีวิต ผู้วิจัยขอเสนอแนะให้มีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวในบริบทของสังคมไทย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองความต้องการของทั้งผู้ป่วยและญาติได้อย่างองค์รวมมากขึ้น

จากข้อค้นพบที่ว่า ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพต่อพยาบาลนั้นพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพว่า เป็นกระบวนการที่มีความหมายต่อพยาบาล เนื่องจาก บทบาทหน้าที่ของพยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีสุขภาวะที่ดี โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการปฏิบัติ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2540, หน้า 3) ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพมักทำให้เกิดความรู้สึกได้บุญกุศล ภาณุภูมิใจ อิ่มเอิบใจ และเป็นสุขแก่พยาบาลที่ได้มีโอกาสช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิต อีกทั้งการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่เป็นประจำย่อมเพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติ และลดความรู้สึกตื่นเต้น ตกใจต่อเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะปฏิบัติการช่วยชีวิต

จากข้อค้นพบที่ว่า พยาบาลให้ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพต่อองค์กร สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้ป่วยย่อมนำมาซึ่งชื่อเสียงขององค์กร หรือหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงาน ทำให้เกิดภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลที่ดีต่อผู้รับบริการ และสาธารณชนในการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า งานบริการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนนั้น คือ หัวใจของโรงพยาบาล โดยเฉพาะแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านแรก ที่ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่าง รวดเร็ว แม่นยำ แก่ผู้ป่วยทั้งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเจ็บป่วยจากภาวะวิกฤตฉุกเฉินของโรค อาทิ ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้นต้องปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรีบด่วนทันที ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสที่จะเกิดความเข้าใจผิด และญาติอาจพบเห็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ ได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ จนกระทั่งบางครั้งมีการร้องเรียนทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ ซึ่งมีให้ พบเห็นอยู่เป็นประจำทางสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงของสถานบริการหรือองค์กร (สุนทรี วิโรจน์สำเร็จ, และคณะ, 2545, หน้า 164-168) ดังนั้น ผลสำเร็จของการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจะทำให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับของประชาชน

มิติที่ 4 ด้านกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า การให้ความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลกล่าวว่า การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ ด้านบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งการช่วยฟื้นคืนชีพใน โรงพยาบาลจะเป็น การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงควบคู่กันไปอย่างเป็นกระบวนการเดียวกัน

จากข้อค้นพบที่ว่า กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพเริ่มต้นตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนความพร้อมด้านบุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพ จำเป็นต้องมีความพร้อมตลอดเวลา นั้น สอดคล้องกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปัจจัยสำคัญย่อมขึ้นอยู่กับผู้ที่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (Resuscitator) ที่ต้องมีความพร้อม และการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทันทีทั้งที่ มีการแบ่งการทำงานในทีม (อดิสร วงษา, 2539, หน้า 113) ตลอดจนสมาชิกทีมแต่ละคนต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญในหน้าที่ของตนที่ได้รับมอบหมายว่า มีความหมายต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพภายหลังจากที่พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วย และพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบาก และ/หรือหัวใจใกล้หยุดเต้น โดยการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะดังกล่าว เมื่อเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้น พยาบาลมีการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยด้านทางเดินหายใจ ให้เปิดโล่ง โดยพยาบาลที่พบเห็นและเข้าถึงผู้ป่วยเป็นคนแรก กระทำการดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยการดูแลเปิดทางเดินหายใจให้โล่งทั้งทางปากและจมูก จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสม 2) การดูแลผู้ป่วยให้มีการระบายอากาศเข้าสู่ปอด โดยให้ออกซิเจน 100% ที่ต่อมาจากถุงบีบอากาศ (Ambu Bag with Mask) และเตรียมช่วยเหลือแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tube) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอในภาวะที่สมองขาดออกซิเจน และ 3) การดูแลผู้ป่วยด้านการไหลเวียนโลหิต ด้วยการกดนวดหน้าอกในทันที เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจจากภายนอก ซึ่งการกดนวดหน้าอกต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงส่วนที่หนึ่ง (Primary ABCD Survey) ที่ สันต์ หัตถิรัตน์ (2546, หน้า 115-117) และ สมนพร บุญยะรัตเวช (2544, หน้า 346) กล่าวว่า ภายหลังจากการประเมินผู้ป่วยพบว่าหมดสติ ไม่หายใจ และคลำชีพจรที่คอไม่ได้ คณะทีมช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมีการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอน ABCD ดังต่อไปนี้คือ A = Airway เป็นการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธีงยหน้าชิดคาง แต่ถ้าสงสัยคอหักให้ใช้วิธียกขากรรไกรแทนได้ B = Breathing ให้ช่วยหายใจทันที 2 ครั้งโดยใช้ Ambu Mask with Bag C = Chest Compression เป็นขั้นตอนการกดนวดหน้าอก เพื่อบริการหัวใจโดยกดนวดหน้าอก 15 ครั้งสลับกับการช่วยหายใจ 2 ครั้ง และ D = Defibrillation เป็นการติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือเฝ้าดูการเต้นของหัวใจ ถ้าพบว่คลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด VF หรือ VT ให้รีบช็อคหัวใจทันที

อนึ่ง จากข้อค้นพบในงานวิจัยพบว่า พยาบาลมีการติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แต่ไม่มีการกระชกไฟฟ้าหัวใจทันทีที่ประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติรุนแรงชนิด VF

หรือ VT ซึ่งในภาวะดังกล่าวผู้ป่วยจำเป็นต้องช่วยกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจในทันที จะทำให้โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า แนวทางการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล (แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอ่าวอุดม, ม.ป.ป., หน้า 16-18) โรงพยาบาลไม่มีบทบาทหน้าที่ในการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) เนื่องจาก การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการปฏิบัติหัตถการของแพทย์ ซึ่งเกินขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลที่สามารถกระทำได้ ทั้ง ๆ ที่มีการจัดส่งให้พยาบาลฝึกอบรม เกี่ยวกับการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจมาแล้วก็ตาม อีกทั้งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 สรุปได้ว่า “การพยาบาล” เป็นการกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาลในการปฏิบัติ (ดารารพร คงจา, 2541, หน้า 97) จากความหมายนี้ อาจกล่าวได้ว่า พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือแพทย์ในการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลต่อการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ของ เพ็ญศรี จันทโรจวงศ์, สมจิตร ชัยรัตน์, สุรพงศ์ สุขปัญญารักษ์, และเพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ (2542, หน้า 120-127) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 86.51 กลัวความผิดในแง่กฎหมายจากการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillation) ให้แก่ผู้ป่วยด้วยเหตุผลว่า บทบาทของพยาบาลไม่มีหน้าที่หลักในการรักษาผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ อีกทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่มีความมั่นใจในการทำ Emergency Defibrillation และแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.55 ที่คิดว่าพยาบาลไม่ควรทำ Emergency Defibrillation เนื่องจากกลัวเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า กลัวการวินิจฉัย VF และ VT ผิด ตลอดจนข้ออ้างลับของแพทย์สภาและสภาพยาบาลไม่อนุญาตให้พยาบาลทำ Defibrillation อย่างไรก็ตามการถือปฏิบัติตามข้ออ้างลับ ดังกล่าวอย่างเคร่งครัดจนเกินไป อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เช่น ทางครั้งพยาบาลเป็นคนแรกที่ประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดรุนแรงชนิด VF หรือ VT และไม่สามารถติดตามแพทย์มาให้การตรวจรักษาผู้ป่วยในทันทีได้ การไม่อนุญาตให้พยาบาลใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแก่ผู้ป่วย อาจทำให้พยาบาล และทีมช่วยฟื้นคืนชีพพลาดโอกาสช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทาง ในลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้อง แม่นยำในระดับที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อทำหน้าที่ในการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแทนแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน

สำหรับข้อค้นพบที่ว่า ภายหลังพยายามทำให้การดูแลด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแล้ว มีการดูแลช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงต่อไป โดยการใช้เวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์ และเครื่องมือในการช่วยเหลือ ซึ่งสามารถจำแนกการช่วยเหลือเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ 1) การดูแลให้ยาเพื่อช่วยให้หัวใจกลับมาทำงานอีกครั้ง โดยการเลือกให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย และเตรียมให้ ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ อาทิเช่น ยาอะดรีนาลีน (Adrenaline) ยาอะโทรปีน (Atropine) เมื่อแพทย์มาถึงจึงให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อไป 2) การดูแลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยพยายาม ในทีมมีหน้าที่ช่วยในการติดอุปกรณ์ตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG) เพื่อประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถให้การช่วยเหลือในทันที เมื่อมีอาการผิดปกติจากการเต้นของหัวใจ และ 3) การดูแลให้มีการกระตุ้นการทำงานของหัวใจด้วยไฟฟ้า ขณะที่รอแพทย์ อยู่นั้น ถ้าพบว่าผู้ป่วยใกล้เข้าสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทีมช่วยฟื้นคืนชีพต้อง เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ เพื่อทำให้หัวใจสามารถกลับมาทำงานได้ เป็นปกติอีกครั้ง ซึ่งวิธีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงนี้ มีความสอดคล้องกับ แนวปฏิบัติการช่วย ฟื้นคืนชีพขั้นสูงของ วิจิตรา กุศล (2543, หน้า 36) ที่กล่าวว่า การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance Cardiac Life Support หรือ ACLS) เป็นการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพต่อจากขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) โดยการใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือ ยาต่าง ๆ ซึ่งมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ ผ่านการอบรมด้านความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมาอย่างดี ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ คือ 1) D = Drug เป็นขั้นตอนการให้ยา และสารน้ำที่ใช้ เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการทำการช่วย ฟื้นคืนชีพ และแก้ไขภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากปัญหาของหัวใจ ยาที่ใช้จะต้องเข้าสู่ระบบการไหลเวียน เลือด อย่างรวดเร็วซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด 2) E = Electrocardiography (ECG หรือ EKG) เป็น ขั้นตอนการประเมินการเต้นของหัวใจโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจว่ามีการเต้นผิดปกติชนิดใด เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด VF, VT หรือ Ventricular Standstill และ 3) F = Fibrillation Treatment เป็นขั้นตอนกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อปรับการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติให้หัวใจสามารถกลับมาเต้นได้ ตามปกติ อนึ่ง แม้ว่าจะเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าทันทีที่พบว่า ผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจหยุดเต้น และตรวจพบว่า หัวใจเต้นผิดปกติอย่างรุนแรงทั้งชนิด VF และ VT ถ้าสามารถกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าได้ภายใน 3 นาทีมีโอกาสผู้ป่วยรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 70-80 (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2544, หน้า 343) ซึ่งการเริ่มกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าเข้าไปทุก ๆ นาที โอกาส รอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง 7-10 % (Weaver, 1986, pp. 752-7 cited in Winslow, & Beall, 2001, p. 24P) ในทางปฏิบัติพยาบาลไม่สามารถกระทำการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าได้ เนื่องจากไม่มี บทบาทหน้าที่โดยตรง และไม่มีกฎหมายที่คุ้มครองการทำหัตถการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล แม้จะเห็นประโยชน์ที่ได้รับแก่ผู้ป่วยก็ตาม

มิติที่ 5 ด้านประสิทธิภาพของการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลให้ความหมายการช่วยฟื้นคืนชีพว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยองค์ประกอบของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการช่วยเหลือ

จากข้อค้นพบที่ว่า การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาล และสมาชิกในทีมช่วยฟื้นคืนชีพต้องปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความรวดเร็วทันที ตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัย การตัดสินใจให้การรักษา และการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ภายในทีมช่วยฟื้นคืนชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดเหตุภาวะวิกฤตของระบบหายใจและ/หรือระบบหัวใจ จนกระทั่งได้รับการช่วยเหลือเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญ และมีความหมายมากต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตได้ ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 10 เมื่อเวลาผ่านไปทุก ๆ 10 นาที ดังนั้น และถ้าเริ่มปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพเข้าไป 10 นาทีโอกาสรอดชีวิตลดลงเกือบเป็นศูนย์ (Cummins, 1989, pp. 1269-75 ; Eisenberg, Bergner, & Hallstrom, 1979, pp. 1905-6 อ้างถึงใน สุรพงษ์ สุขปัญญารักษ์ และ เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ, 2542, หน้า 116) ดังนั้น การพบผู้ป่วยระยะแรก ๆ การประกาศแจ้งเหตุผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น การเรียกทีม การจัดตั้งทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรที่เกี่ยวข้องหาเครื่องมือ การช่วยฟื้นคืนชีพ การมีอุปกรณ์การแพทย์คือ Defibrillator และการดูแลต่อเนื่องหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยย่อมสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรพงษ์ สุขปัญญารักษ์ และ เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ (2542, หน้า 114-119) เรื่อง ผลการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลพุทธชินราช ที่สรุปว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย คือ การมีทีมช่วยฟื้นคืนชีพที่มีบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลและเครื่อง Defibrillator เข้าถึงผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และการประกาศเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ถึงที่เกิดเหตุได้เร็วทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะว่าควรจัดให้มีการเรียนการสอนและฝึกทักษะการปฏิบัติฟื้นคืนชีพ และมีเกณฑ์ตัดสินภาคปฏิบัติสำหรับผู้ผ่านการอบรมเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สมาชิกทีมมีความรู้อย่างถูกต้อง แม่นยำในการตัดสินใจ นอกจากนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็ว โดยยึดหลักความถูกต้องตามหลักวิธีปฏิบัติทางทฤษฎีที่ได้รับจากการฝึกอบรมมาทั้งจากการเรียนการสอนในหลักสูตร ความรู้เพิ่มเติมจากการศึกษาด้วยตนเอง การอบรมเชิงปฏิบัติการที่หน่วยงานจัดเป็นประจำทุกปี และการอบรมเพิ่มเติมที่นอกหน่วยงานจัดขึ้น โดยการปฏิบัติการช่วยชีวิตที่ถูกต้อง รวดเร็ว ย่อมลดการเกิดภาวะ

แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ทำให้การช่วยเหลือเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษา ประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีประสิทธิภาพการเรียนรู้ต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ นับตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นเข้าสู่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้การช่วยฟื้นคืนชีพจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถจำแนกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย 2) เทคนิควิธีที่ได้รับจากประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ 3) การจัดการเมื่อยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ 4) ความตระหนักถึงเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ และ 5) ผลกระทบต่อความรู้สึกและการรับรู้ของพยาบาลจากการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถอภิปรายในรายละเอียด ได้ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ทันทีที่ผู้ป่วยได้ส่งเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลที่พบเห็นผู้ป่วยเป็นคนแรกจะเข้ามาประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว โดยการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีวิธีการประเมินสภาพร่างกาย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเริ่มปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถจำแนกการประเมินสภาพร่างกายได้ 2 วิธีการ ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายโดยไม่ใช้เครื่องมือซึ่งเป็นทักษะการสังเกต ซึ่งการตรวจร่างกายโดยไม่ใช้เครื่องมือ สามารถจำแนกเป็นการทักษะ 3 อย่าง ได้แก่ ทักษะการดู ทักษะการฟัง และทักษะการสัมผัส จากการประเมินสภาพด้วยวิธีการเหล่านี้มีความสอดคล้องกับหลักการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจก่อนเริ่มการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพของ ทศนา มหานุภาพ (2540, หน้า 4) ที่กล่าวว่า การประเมินภาวะหยุดหายใจสามารถประเมินด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การดู (Look) โดยดูว่าผู้ป่วยมีการหายใจหรือไม่ จากการสังเกตการเคลื่อนไหวขึ้น-ลง ของทรวงอก 2) การฟัง (Listen) โดยการสังเกตว่าได้ยินเสียงหายใจผ่านทรวงอก หรือจมูกหรือไม่ และ 3) การสัมผัส (Feel) โดยใช้ความรู้สึกสัมผัสว่าอากาศผ่านออกจากปากและจมูกหรือไม่ ซึ่ง อติสร วงษา (2539, หน้า 115) เสนอแนะว่า การใช้การสัมผัสโดยการแตะบริเวณทรวงอกว่า มีการเคลื่อนไหวหรือไม่เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อค้นหาภาวะหยุดหายใจได้ สำหรับการประเมินสภาพร่างกายเพื่อค้นหาภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างรวดเร็ว สามารถประเมินได้จากการสัมผัส โดยการคลำชีพจรที่ตำแหน่งของเส้นเลือดแดงใหญ่ต่าง ๆ ได้ เช่น การคลำชีพจรที่คอ (Carotid Pulse) และชีพจรที่ขาหนีบ (Femoral Pulse) (ศิริรัตน์ เปลี่ยนบางยาง, 2542, หน้า 222) ภายหลังจากการประเมินสภาพแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้น ทีมช่วยฟื้นคืนชีพจะต้องให้การช่วยเหลือทันทีโดยการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากข้อค้นพบที่ว่า พยาบาลมีการประเมินสภาพร่างกายโดยใช้เครื่องมือ เพื่อเป็นการประเมินสภาพร่างกาย และเพิ่มความละเอียด แม่นยำของการวินิจฉัยให้มีความชัดเจน ถูกต้องทั้งก่อน ขณะ และหลังปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ อาทิเช่น การใช้เครื่องวัดความดันโลหิต การใช้หูฟังเพื่อฟังเสียงหัวใจเต้น การใช้ไฟฉายทดสอบปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงของรูม่านตา การใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาท (Glassgow Coma Score) สามารถอธิบายได้ว่า การช่วยฟื้นคืนชีพอย่างรวดเร็วทันทีที่ประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง การประเมินสภาพ ติดตามผลการรักษา เพื่อการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง แม่นยำจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการประเมิน เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง (Monitor EKG) เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า เป็นต้น โดยการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือเหล่านี้ ผู้ปฏิบัติต้องมีทักษะ ความชำนาญเป็นพิเศษ (สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ, 2535, หน้า 2) เนื่องจาก บุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมมาแล้ว หรือผ่านหลักสูตรและได้รับการอบรมเป็นพิเศษให้ทำหน้าที่ช่วยฟื้นคืนชีพโดยตรง จึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้อย่างชำนาญ ผู้วิจัยจึงขอ เสนอแนะให้มีการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่บุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการประเมินผล และติดตามการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. เทคนิควิธีที่ได้รับจากประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพมาเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ได้กล่าวว่า การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในปัจจุบัน มีการเรียนรู้รูปแบบการพัฒนาจากประสบการณ์การปฏิบัติ จากการแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม และการศึกษา คู่มือ อาทิเช่น รูปแบบทีมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้สารหล่อลื่นส่วนแกนนำ (Guide) ในการใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้ Ambu Bag ให้ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพมาเป็นเวลานานกว่า 5 ปี สามารถมองเห็นรูปแบบการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จึงได้มีการคิดค้นหาวิธีการในการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีความสะดวก รวดเร็ว และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ความมานะ พยายาม และระยะเวลาในการสั่งสมประสบการณ์ จากข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของเบนเนอร์ (Benner, 1984, pp. 81-105) อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, และดารัสณี โพธารส, 2541, หน้า 41-49) ที่กล่าวว่า ความเชี่ยวชาญเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ ความรู้ทางคลินิกจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น

ตลอดเวลาในการทำงาน ในขณะที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนเกินกว่าจะมีทฤษฎีใดสามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุม ความรู้เชิงทฤษฎีที่มีอยู่ จึงเป็นเพียงแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงเท่านั้น ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมานานกว่า 5 ปี จัดว่าเป็นผู้ที่มีความคล่องงาน (Proficient) ย่อมเป็นผู้ที่สามารถมองสถานการณ์ในภาพรวมของการพัฒนารูปแบบทีมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยอาศัยการรับรู้จากสถานการณ์ปัจจุบัน และการรับรู้จากประสบการณ์ในอดีตมาผสมผสานกัน (รุจา กาญจนมงคล, 2537, หน้า 161-163) มองเห็นปัญหาในการทำงานในแง่มุมต่าง ๆ ของการปฏิบัติทำให้ตอบสนองต่อปัญหาได้ และพยาบาลเกิดความตระหนักในคุณค่าของประสบการณ์

3. การจัดการเมื่อยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแพทย์ตัดสินใจยุติการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ 2 กรณี ดังต่อไปนี้คือ กรณีที่ 1 การช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ กล่าวคือผู้ป่วยรอดชีวิตโดยพยาบาลสามารถตรวจประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยได้ และ/หรือมีแนวโน้มของสัญญาณชีพดีขึ้นภายหลังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจากทีม เมื่อแพทย์มีแผนการรักษาให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลในทีมช่วยฟื้นคืนชีพมีการดูแลแก่ญาติ โดยการแจ้งญาติให้ทราบผลการรักษาและให้ญาติได้ปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษาและแผนการรักษาที่ควรดำเนินต่อไป สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อการช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม แพทย์เป็นผู้มีหน้าที่โดยตรงในการรักษาผู้ป่วยต่อไปหรือยุติการรักษา (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2545, หน้า 24) ภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ กรณีผู้ป่วยรอดชีวิตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสองอย่างเสมอคือ ผู้ป่วยกลับคืนเป็นปกติ รู้สึกตัวสามารถหายใจเองได้ หรืออีกกรณีหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ ภาวะหนึ่งหรือภาวะหลายอย่างล้มเหลว จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อประคับประคองชีวิตต่อไป (สุภารัตน์ สิทธิสมบัติ, 2540, หน้า 2) กรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถรับรู้ ตัดสินใจได้ พยาบาลควรตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตของชีวิต ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเอง (ชนิดา เขียรธำรงสุข, และกาวนา กิริติยุดวงศ์, 2541, หน้า 23) หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตจำนงของตนให้แพทย์ทราบได้ ญาติของผู้ป่วยเป็นบุคคลที่แพทย์จะต้องขอความเห็นต่อการตัดสินใจเลือกรักษาต่อ หรือหยุดการรักษาที่จะให้ต่อไป ในขณะที่เดียวกันพยาบาลในทีมช่วยฟื้นคืนชีพส่วนหนึ่งจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ โดยการดูแลทั้งด้านทางเดินหายใจ การดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการติดตามประเมินผลสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ ๆ ก่อนนำส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังแผนกหรือโรงพยาบาลอื่นต่อไป ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวนี้ เป็นการปฏิบัติ

ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังการช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอ่าวอุดม (ม.ป.ป.) กล่าวคือ เมื่อการช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ บุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพต้องมีการเฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหยุดหายใจและ/หรือหัวใจหยุดเต้นที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยพยาบาลในทีมต้องดูแลตรวจวัดสัญญาณชีพ เช่น คลื่นชีพจร ตรวจวัดความดันโลหิต สังเกตดูลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ เตรียมส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาต่อยังหน่วยงานที่มีความสามารถพร้อมรับดูแลผู้ป่วยต่อไป

สำหรับข้อค้นพบ กรณีที่ 2 การช่วยฟื้นคืนชีพไม่ประสบความสำเร็จ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่รอดชีวิตหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพ ผ่านไปเป็นเวลา 30-45 นาที ซึ่งหมายถึงพยาบาลตรวจไม่พบสัญญาณชีพผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยที่ตรวจพบว่า ไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเต็มที่ และแพทย์ให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถอธิบายได้ว่า การพิจารณาตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ มีความสอดคล้องกับ แนวทางการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถือปฏิบัติโดยทั่วไป คือ เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจตาย (Cardiac Death) โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า มีภาวะ Asystole นานมากกว่า 15 นาที ภายหลังจากการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว หรือมีภาวะสมองตาย (Brain Death) โดยตรวจการตอบสนองของรูม่านตาคัดแสง มักพบว่ายุติการช่วยฟื้นคืนชีพ เมื่อรูม่านตาดำขยายโตเต็มที่ (Pupils Dilated) ขนาด 4-5 มิลลิเมตร ไม่มีการหายใจ ไม่รู้สึกตัว และตรวจไม่พบรีเฟล็กซ์ก้านสมอง (Brainstem Reflex) ถ้าตรวจพบภาวะเหล่านี้นานกว่า 15-45 นาทีหลังจากช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์มักให้ยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ (ประดิษฐ์ ปัญญาวัฒน์, 2538, หน้า 271) จากนั้น พยาบาลในทีมช่วยฟื้นคืนชีพมีการดูแลแจ้งให้ญาติได้พูดคุยปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษา ซึ่งการแจ้งให้ญาติทราบอาการของผู้ป่วย การพูดคุยอาจเป็นข่าวร้ายสำหรับญาติ พยาบาลควรกระทำด้วยความซื่อสัตย์ จริงใจ และไวต่อความรู้สึกของญาติ (ทัศนา มหานุภาพ, 2540, หน้า 14)

4. ความตระหนักถึงเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพมีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถจำแนกเป็นปัจจัยหลัก 2 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลได้ให้ความสำคัญกับสิ่งที่เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ นั่นคือ ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ 1) ผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย และภาวะความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากข้อค้นพบที่ว่า พยาบาลส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า การช่วยฟื้นคืนชีพ

ควรมีการพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ วัยหรืออายุขัย ภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือไม่ จึงควรนำมาพิจารณาก่อนเริ่มตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจาก การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอาจต้องทำให้สูญเสียทรัพยากร เพราะช่วยชีวิตไม่ประสบความสำเร็จหรือผู้ป่วยเสียชีวิต อีกทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพอาจต้องทำหัตถการต่าง ๆ มากมายทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้น จากภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่ง นันทา มาระเนตร์ (2543, หน้า 14) กล่าวว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ใช่ปัจจัยในการตัดสินใจว่าไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะได้รับการช่วยเหลือ และรักษาเยี่ยงมนุษย์จนกระทั่งตาย โดยคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของผู้ป่วย และไม่ประเมินการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับความเชื่ออื่น ๆ (Beare, 1994, p. 428 อ้างถึงใน ธนิตา เขียวธำรงสุข, และภาวนา กิริยิตวงศ์, 2541, หน้า 23-24) นอกจากนี้ คำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกล่าวว่า ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ มีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ทัศนคติทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย และเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม (นันทา มาระเนตร์, 2543, หน้า 7-8)

สำหรับข้อค้นพบ 2) ผู้ประสบเหตุการณ์ ซึ่งหมยถึง ผู้ที่พบเห็นผู้ป่วยเป็นคนแรกและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ตลอดจนกระทั่งนำส่งผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลให้ข้อเสนอแนะว่า การสนับสนุน ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป การจัดกิจกรรมเหล่านี้ เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ประสบเหตุการณ์ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สันต์ หัตถิรัตน์ (2544, หน้า 25-26) ที่กล่าวว่า การให้การศึกษา และประสบการณ์ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการสอนการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนทุกคนรู้จักการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือในโรงเรียนสอนให้นักเรียนระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับง่ายในระดับประถมศึกษาไปจนถึงระดับยาก ในระดับมัธยมศึกษาควรแทรกวิธีปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตเบื้องต้นไว้ในวิชาสุขภาพ พลศึกษา ถูกเลือกและ/หรือดนตรี ส่วนในระดับอุดมศึกษาอาจแทรกอยู่ในวิชาที่เกี่ยวกับสุขภาพและ/หรือสังคม นอกจากนั้นการสอน และฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยเป็นประจำย่อมสร้างความมั่นใจ และจิตสำนึกในการช่วยเหลือกันและกันทันทีที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้น (สุพจน์

ศรีมหาโชตะ, 2544, หน้า 339) ซึ่งการเรียนรู้โดยการปฏิบัติการกับหุ่นที่ตอบสนองต่อการปฏิบัติ จะทำให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ ช่วยทำให้การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สำหรับข้อค้นพบ 3) ทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรด้านการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เวรเปล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นผู้ร่วมในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า ทีมช่วยฟื้นคืนชีพเป็นปัจจัยเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้การช่วยฟื้นคืนชีพมีประสิทธิภาพ ซึ่งความรู้ทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพที่แตกต่างกันของสมาชิกในทีมทุกระดับ ทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือแม้แต่พนักงานเปล ย่อมส่งผลให้การตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่างกัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วินสโลว์ และเบลล์ (Winslow & Beall, 2001, p. 24P) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการช่วยฟื้นคืนชีพคือ ความพร้อมของบุคลากร และอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างการผ่าตัดมีโอกาสรอดชีวิต 31 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในห้องผ่าตัดมีโอกาสรอดชีวิตเพียง 15% สามารถอธิบายได้ว่า ภายในห้องผ่าตัดมีทั้งบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการช่วยชีวิต เช่น วิทยุแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งทุกคนต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมาอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ตลอดเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในห้องผ่าตัด นอกจากนี้ แนวทางการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในบทความเรื่อง การเปลี่ยนแปลงใน CPR 2000 ที่เสนอแนะให้ผู้ที่จะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ควรได้รับการฝึกฝนให้ทักษะการปฏิบัติอย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วทันที เพื่อให้เกิดการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 2544, หน้า 345) ปัจจัยด้านบุคคลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะเวลา กล่าวคือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ประสบเหตุการณ์พบเห็น และให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จนกระทั่งนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยฟื้นคืนชีพซึ่งเป็นสิ่งที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจาก การเริ่มปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพช้า อาจหมายถึงการรอดชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับ วินสโลว์ และ เบลล์ (Winslow & Beall, 2001, p. 24M) ที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลคือ ระยะเวลาที่เริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพ กล่าวคือ ถ้าเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพเร็วกว่า 30 นาทีหลังจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 29 % และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือเพียง 1% เท่านั้น ถ้าเริ่มช่วยฟื้นคืนชีพช้ากว่านี้ และจากการศึกษาของ ค็อบบ์ และคณะ (Cobb et al., 1991 cited in Jevon, 2002, p. 41)

กล่าวว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และได้รับการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้ามีความสำคัญต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจาก ผลสำเร็จของการช่วยชีวิตจะลดลง 7-10 % ทุก ๆ นาทีที่ผ่านไป ซึ่งการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าภายในเวลา 3 นาทีจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ ดังนั้น ระยะเวลาจึงมีผลต่อความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ

สำหรับข้อค้นพบที่ว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 2) สถานที่และอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจาก ความพร้อมของสถานที่ที่มีการจัดบริเวณอย่างเป็นสัดส่วน สะอาด มีการจัดวางอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบ และอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพมีคุณภาพ ข้อม่งผลให้การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วินสโลว์ และ เบลล์ (Winslow & Beall, 2001, p. 24P) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล พบว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญคือ สถานที่ที่มีความพร้อมของบุคลากร และอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นของแผนกไอซียู และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีอัตราการรอดชีวิต 15-32 % เมื่อเปรียบเทียบกับแผนกผู้ป่วยในที่มีอัตราการรอดชีวิตเพียง 11 % เท่านั้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แผนกผู้ป่วยวิกฤต(ไอซียู) และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสถานที่ที่เป็นสัดส่วน โดยเฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งมีการจัดเตรียมความพร้อมของยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีความพร้อม สามารถใช้งานได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตของหัวใจและหายใจ ส่วนแผนกผู้ป่วยในส่วนใหญ่ มักเป็น ผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต และอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นน้อยกว่าแผนกผู้ป่วยวิกฤต และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้การจัดเตรียมความพร้อมของ สถานที่ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ มีความสำคัญน้อยลง

จากข้อค้นพบ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพคือ 3) ช่วงเวลาปฏิบัติงาน กล่าวคือ การปฏิบัติงานช่วงเวรเช้า (8.00-16.00 น.) บุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพมีจำนวนมาก จำนวน 5-8 คน และมีความพร้อมมากกว่าช่วงเวรบ่ายซึ่งมีพยาบาล 4 คนและเวรดึกมีพยาบาล 2-3 คน พยาบาลส่วนหนึ่งกล่าวว่า จากประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมา แม้จะมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพจะเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยทุกครั้ง ไม่ว่าการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากการะงานประจำที่ปฏิบัติอยู่จำเป็นต้องล่าช้าหรือหยุดชะงัก ทำให้ผู้รับบริการอื่น ๆ ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรอนานขึ้น และเกิดความไม่พึงพอใจ โดยเฉพาะกรณีที่การช่วยฟื้นคืนชีพยืดเยื้อ และมีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวนมากในเวลาเดียวหรือใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา มาระเนตร์ (2543, หน้า 2) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตให้ประสบความสำเร็จ ส่วนหนึ่งเป็นปัจจัยเรื่อง การบริหาร

จัดการด้านจำนวนบุคลากร กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตจะต้องมีบุคลากรเพียงพอ ดูแลผู้ป่วยด้วยอัตราส่วนอย่างน้อย 1:2 เป็นพยาบาลที่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษ ทักษะในการดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย ทำงานคล่องแคล่ว มีมนุษยสัมพันธ์ดี และมีแพทย์ที่ให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด เชี่ยวชาญกับปัญหาวิกฤต และเทคโนโลยีการรักษานี้อย่างดี นอกจากนั้นช่วงเวลาปฏิบัติงานยามวิกาล เจ้าหน้าที่ในทีมอาจเกิดความอ่อนล้า ต้องการการพักผ่อน ทำให้มีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ได้

5. ผลกระทบต่อความรู้สึกและการรับรู้ของพยาบาลจากการช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า ผลการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมาของพยาบาลมีผลกระทบต่อความรู้สึกของพยาบาลทุกคนไม่ว่าผลการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม โดยเฉพาะพยาบาลที่จบใหม่ และมีประสบการณ์การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพน้อย จะมีความรู้สึกด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการช่วยฟื้นคืนชีพมาก โดยทำให้มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในครั้งต่อไป นอกจากนี้ผลกระทบต่อความรู้สึกของพยาบาลด้านการเรียนรู้ พยาบาลมีการเรียนรู้ผลของการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งในด้านทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ และความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ

จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบของการช่วยฟื้นคืนชีพด้านอารมณ์ของพยาบาล เมื่อการช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านบวก อาทิ เช่น ดีใจ ปลื้มใจ ภาคภูมิใจ และมีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในครั้งต่อไปให้เกิดความรู้สึกมีความหวังในการปฏิบัติการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลประสบความสำเร็จในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวก ทำให้เกิดความปิติ เป็นสุขและต้องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพนี้ต่อไป

ในทางตรงกันข้ามผลของการช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ อาทิเช่น เสียใจ เศร้าใจ สลดหดหู่ และเกิดความท้อแท้ เหน็ดเหนื่อยต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ จากข้อค้นพบที่ว่า พยาบาลส่วนหนึ่งมีประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมา ถ้ามีผู้ป่วยที่จำเอนต้องช่วยฟื้นคืนชีพจะเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยทุกครั้งไม่ว่าการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากภาระงานประจำที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำต้องล่าช้าหรือหยุดชะงัก ทำให้ผู้รับบริการอื่น ๆ ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรอนานขึ้น เกิดความไม่พึงพอใจ โดยเฉพาะกรณีที่มีการช่วยฟื้นคืนชีพยืดเยื้อ และมีผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวนมากในเวลาเดียวหรือใกล้เคียงกัน สามารถอธิบายได้ว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแผนกที่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ชอบทำงาน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2544. หน้า 25-32) เนื่องจากมีการะงานหนัก ภาระสูง และเครียดจากการต้องรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติที่กำลังตื่นเต้น ตกใจ

อีกทั้งสังคมที่ไม่เคยรับรู้ความเหนื่อยยาก และคอยซ้ำเติมเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น ยิ่งต่อการเสื่อมเสียชื่อเสียงและการถูกฟ้องร้อง สอดคล้องกับโฮแอ็ก เอเปิล (Hoag-Apel, 1998, p. 60) ที่กล่าวว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่มีความเครียดสูง เกิดความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สิ่งเหล่านี้ทำให้แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นสถานที่ที่น่าเกลียด น่ากลัว และน่าเบื่อ สำหรับพยาบาลส่งผลให้เกิดการสะสมความเครียดจนกลายเป็นความเครียดเรื้อรังต่อพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายต่อการทำงาน (Burn out) สุขภาพเสื่อมโทรม และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง (Egan & Arnold, 2003, p. 52 ; American Heart Association, 1992 อ้างถึงใน อัจฉรา สุคนธสรณ์, 2540, หน้า 6) เกิดความไม่พึงพอใจต่องาน (Job Dissatisfaction) ไปจนถึงขั้นมีความคิดที่จะลาออกจากงานได้

จากการศึกษาพบว่า ผลด้านการเรียนรู้ของพยาบาลที่ผ่านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ มีประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติทั้งในด้านทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ อาทิเช่น การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากรู้ขั้นตอนการปฏิบัติการทำให้เกิดความคล่องแคล่ว รวดเร็วในการช่วยฟื้นคืนชีพ นอกจากนี้พยาบาลที่ผ่านประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ มีประสบการณ์ในด้านความรู้ที่เกิดจากการพูดคุย ปรีกษาภายในทีมช่วยฟื้นคืนชีพภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพยุติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สันต์ หัตถ์รัตน์ (2546, หน้า 120) ที่กล่าวว่า ภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้ง ไม่ว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตหรือไม่ก็ตาม สมาชิกในทีมช่วยฟื้นคืนชีพควรปรึกษารื้อกันในวันถัดมา กระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละขั้นตอนที่ได้ทำไปแล้วนั้น ยังมีจุดใดที่น่าปรับปรุงแก้ไขได้ นอกจากนี้สมาชิกในทีมช่วยฟื้นคืนชีพควรให้กำลังใจซึ่งกันและกันที่ได้ร่วมกันทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยไม่รอดชีวิต จากข้อค้นพบ พยาบาลกล่าวว่าการจัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้ และทักษะการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นประจำทุกปี ทำให้สมาชิกทีมมีความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุรพงศ์ สุขปัญญารักษ์ และ เพ็ญศรี เอี่ยมเก็บ (2542, หน้า 114-119) เรื่อง ผลการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลพุทธชินราช สรุปว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพแก่พยาบาล และการจัดทีมช่วยฟื้นคืนชีพ ทำให้อัตรารอดชีวิตสูงขึ้น เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาล ซึ่งผลการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และทักษะ ความชำนาญของพยาบาลด้วย จากข้อเสนอแนะของผลการวิจัยจึงเสนอให้มีการจัดการเรียนการสอน และฝึกทักษะการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพเป็นระยะ ๆ โดยมีเกณฑ์การตัดสินภาคปฏิบัติสำหรับผู้ผ่านการอบรมด้วย นอกจากนั้น เจริชา สุนทรานันท์ (2543, หน้า 99) แนะนำว่า การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพบุคลากรในทีมต้องมีการติดตามความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาตามหลักงานวิจัย

และประสบการณ์ทางคลินิกที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้คือ

1. ด้านการบริการ

1.1 จากข้อค้นพบที่ว่า เป้าหมายการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล เป็นการป้องกันการเกิดภาวะสมองตาย เนื่องจากการช่วยฟื้นคืนชีพทำให้เลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะสำคัญอื่นๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจ ตับ ไต ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิตนั้น อีกทั้งแนวปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่สมาคมโรคหัวใจของอเมริกาได้กำหนดว่า เป้าหมายเบื้องต้นในการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ การรักษาสมองไว้ไม่ให้ถูกทำลาย และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางว่าการเริ่มกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอย่างรวดเร็วทันทีที่ตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะ VF หรือ VT เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง เนื่องจาก การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าเข้าไปทุก ๆ นาที โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง 7-10 % แต่ในปัจจุบันการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการปฏิบัติหัตถการของแพทย์ ซึ่งเกินขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ อีกทั้งข้อบังคับของแพทยสภา และสภาพยาบาล ไม่อนุญาตให้พยาบาลทำ Defibrillation

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการประเมินสภาพผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว และมีการจัดการดูแลภายหลังปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเป็นระบบแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนสนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลประจำการให้เป็นพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced Practice Nurse หรือ APN) เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยตรง โดยทำหน้าที่ในการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง อาทิเช่น การทำหัตถการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า การใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ทั้งนี้ควรเสนอให้มีการปรับแก้ไขกฎระเบียบ ข้อบังคับของแพทยสภา และสภาพยาบาลให้มีการคุ้มครองการทำหัตถการช่วยฟื้นคืนชีพโดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง

1.2 จากข้อค้นพบว่า เป้าหมายของพยาบาลทุกคนว่า การช่วยฟื้นคืนชีพมีความสำคัญต่อทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นอันดับแรก แต่ในปัจจุบันการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยได้กันญาติออกไป เมื่อผู้ป่วยได้รับไว้ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพยาบาลให้เหตุผลว่าเพื่อความสะดวก

รวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการปฏิบัติหัตถการต่าง ๆ ที่กระทำอาจทำให้ญาติไม่สามารถอดทนเห็นภาพ ที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่รักได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานเหล่านั้นได้

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า พยาบาลควรเปิดโอกาสรับฟังความต้องการของญาติ กรณีที่ญาติมีความต้องการอย่างแท้จริง อาจพิจารณาเป็นกรณีตามความเหมาะสม โดยพยาบาลควรให้คำแนะนำ อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ แก่ญาติให้เกิดเข้าใจ ก่อนให้ญาติได้เฝ้าดูอาการขณะช่วยฟื้นคืนชีพ ตลอดจนการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยขณะช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากผลการวิจัยจำนวนหนึ่งในต่างประเทศพบว่า การให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยขณะทำหัตถการและช่วยฟื้นคืนชีพนั้น มีผลดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้อยู่กับญาติในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่รัก ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน นอกจากการอนุญาตให้ญาติเข้ามาเฝ้าดูอาการผู้ป่วยจะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติแล้ว การเฝ้าดูอาการของญาติจะทำให้ญาติเข้าใจ และยอมรับผลการช่วยฟื้นคืนชีพได้ง่ายขึ้น

1.3 จากข้อค้นพบที่ว่า การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา พยาบาลมีวิธีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ภายหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้วยการพูดคุย ปรึกษาภายในทีมช่วยฟื้นคืนชีพ และปรึกษามุคผลที่มีความรู้มากกว่าเพียง 5 ราย และมีการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงนอกหน่วยงานจัดขึ้นเพียง 4 รายเท่านั้น

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า ควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมช่วยฟื้นคืนชีพมีการประชุมปรึกษาร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน และจัดส่งพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับเทคนิค ความก้าวหน้าของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ซึ่งการอบรมต้อง มีการฝึกปฏิบัติท่าหุ้่นที่สามารถตอบสนองการปฏิบัติได้ เพื่อให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติ และมีการมอบประกาศนียบัตรหลังผ่านการฝึกอบรม เป็นการรับรองคุณภาพการอบรม ซึ่งเป็นการพัฒนาบุคลากรทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานอย่างแท้จริง โดยนำความรู้ใหม่ที่ได้รับการยอมรับมาพัฒนาระบบการช่วยฟื้นคืนชีพ และควรมีนโยบายการจัดสร้างทีมช่วยฟื้นคืนชีพที่มีบุคลากรในทีมที่มีความสามารถเฉพาะทาง เช่น แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น โดยบริหารจัดการให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งจะนำไปสู่การประกันคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ และมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

1.4 จากข้อค้นพบ ผลการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่ผ่านมาของพยาบาลมีผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกของพยาบาลทุกคนไม่ว่าผลการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ โดยผลของการช่วยฟื้นคืนชีพที่ประสบความสำเร็จ ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกทางอารมณ์

ด้านบวก อาทิเช่น ปิติ คีใจ ปลื้มใจ ภาคภูมิใจ รวมทั้งมีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในครั้งต่อไปให้เกิดความรู้สึกมีความหวังในการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ในทางตรงกันข้ามผลของการช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่ประสบความสำเร็จทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ อาทิเช่น เครียด เสียใจ เศร้าใจ สลดหดหู่ และเกิดความท้อแท้ เหน็ดเหนื่อยต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า ควรสนับสนุนให้พยาบาลและบุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพมีกิจกรรมในการดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกทางอารมณ์ด้านบวก ในขณะที่เดียวกันเมื่อการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ประสบความสำเร็จควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมสำหรับเบรทเทร และผ่อนคลายความรู้สึกทางอารมณ์ด้านลบ โดยกิจกรรมควรทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีการเติบโตทางความคิดจากอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น อาทิเช่น การทำกลุ่มพูดคุยปรึกษากับนักจิตวิทยา การจัดกิจกรรมปฏิบัติธรรม เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลในทีมช่วยฟื้นคืนชีพเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม ทำให้พยาบาลสามารถเผชิญกับภาวะทางอารมณ์ด้านลบของตนเองและจากการสูญเสียของญาติ และสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

1.5 จากข้อค้นพบ วิจัยด้านสิ่งแวดล้อม เรื่อง ขา เวชภัณฑ์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพมีปริมาณไม่เพียงพอ ส่วนเครื่องมือ อุปกรณ์มีการชำรุด เสียหาย ไม่มีคุณภาพ ทำให้เกิดปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ต่อเนื่อง และเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และบุคลากรในทีมช่วยฟื้นคืนชีพ

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีนโยบาย และกฎระเบียบในการบริหารจัดการให้มีการเตรียมขา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีปริมาณเพียงพอ และมีความพร้อมสำหรับใช้งานได้ตลอดเวลา ตลอดจนควรบริหารจัดการเตรียมเวชภัณฑ์ ยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีปริมาณเพียงพอสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพที่อาจมีมากกว่า 1 รายในเวลาเดียวกัน ซึ่งส่งผลให้การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

1.6 จากข้อค้นพบ ภายหลังแพทย์ตัดสินใจยุติการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ โดยตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ ๆ กรณีที่การช่วยฟื้นคืนชีพประสบความสำเร็จ จัดดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย และแจ้งญาติให้ทราบผลการรักษาและให้ญาติได้ปรึกษากับแพทย์เกี่ยวกับผลการรักษาและแผนการดูแลรักษาที่ควรดำเนินการต่อไป และพบว่ามีส่วนน้อยที่มีการดูแลทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และญาติ

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการช่วยฟื้นคืนชีพเท่านั้น แต่รวมทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิต และญาติที่ได้รับการสูญเสียจากการช่วยฟื้นคืนชีพไม่ประสบความสำเร็จ ควรจัดหากิจกรรมการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยและญาติ

1.7 จากข้อค้นพบที่ว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ หัวใจยังสามารถทำงานต่อไปได้อีกหลายนาที แต่ถ้าผู้ป่วยหยุดหายใจนานเกินไปก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นตามมาได้ ดังนั้นการช่วยฟื้นคืนชีพ ถ้าผู้ประสบเหตุการณ์/ผู้ช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุสามารถเริ่มปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และต่อเนื่อง โดยแต่ละขั้นตอนสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ข้อมเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากเซลล์สมองจะถูกทำลายและไม่สามารถฟื้นกลับคืนเป็นปกติได้ ถ้าขาดออกซิเจนนานเกิน 4 นาที และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไปโดยไม่ได้เริ่มต้นช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้อง

ผู้วิจัยให้การเสนอแนะว่า พยาบาลควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม ตั้งแต่เด็กนักเรียน จนถึงนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยแทรกวิธีปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตเบื้องต้นไว้ในวิชาสุขศึกษา พลศึกษา ลูกเสือและ/หรือเนตรนารี ส่วนในระดับอุดมศึกษาอาจแทรกอยู่ในวิชาที่เกี่ยวกับสุขภาพและ/หรือสังคม ให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง อาทิเช่น ครู ในโรงเรียน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในโรงงาน ญาติผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ หรือผู้ที่เคยผ่านการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้มีความรู้เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย และสนับสนุนให้มีการสอน และฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ย่อมสร้างความมั่นใจและจิตสำนึกในการช่วยเหลือกันและกันทันทีที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้น โดยจัดการเรียนรู้โดยการฝึกปฏิบัติกับหุ่นที่สามารถตอบสนองการปฏิบัติได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

2. ด้านการศึกษา

นำ “ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” ไปเป็นสาระ และแนวคิดสำหรับการจัดการศึกษาในระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ 4 ปี โดยควรจัดให้มีการบรรจุแนวคิดเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (Advance Cardiac Life Support) และการดูแลแบบองค์รวมในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Holistic CPR) ลงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นอกจากนี้ระบบการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล (Continuing Nursing Education Unit หรือ CNEU)

ควรจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เป็นหลักสูตรภาคบังคับของสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจกระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาล และเกิดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจและ/หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของพยาบาลผู้ให้บริการ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วยและญาติ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขต่อการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ให้ตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจากผู้ให้บริการและเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพต่อไป

3.2 ศึกษาเกี่ยวกับ ประสพการณ์ขณะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยขณะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และนำมาจัดรูปแบบการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างแท้จริง

3.3 ศึกษาเกี่ยวกับ อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยมีการประเมินผลการช่วยฟื้นคืนชีพ เก็บรวบรวมสถิติเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีคุณภาพ

4. ด้านการบริหาร

4.1 ผู้บริหารการพยาบาลนำผลการศึกษาที่ได้รับจาก ประสพการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลมาเป็นประเด็นในการพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพให้มีประสิทธิภาพในการดูแลได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติอย่างแท้จริง

4.2 ปรับนโยบายการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ชัดเจน และจัดสรรทรัพยากรของทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้เพียงพอ ครบถ้วน เชื้อต่อการปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว อาทิเช่น บริหารจัดการให้มีแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมงที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีพยาบาลวิชาชีพในทีมช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 3 คนต่อเวร มียา วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ที่มีคุณภาพ อย่างเพียงพอพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

4.3 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรนำผลการศึกษาที่ได้รับมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการ
สรรหาพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ในการทำงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มี
ลักษณะงานเฉพาะ ซึ่งจะทำให้บุคลากรพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดความรักในวิชาชีพ
และมีการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง