



สุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย
Spiritual Health of Caregiver in Case of End Stage Cancer Muslim Patients

ไหมมูน่า คลังห้อง

Maimoonah Klungkong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Arts in Human and Social Development
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Topic	Spiritual Health of Caregiver in Case of End Stage Cancer Muslim Patients
Author	Miss Maimoonah Klungkong
Department	Human and Social Development
Academic Year	2009

ABSTRACT

This research aims to study Spiritual Health of Caregiver in Case of End Stage Cancer Muslim Patients. This qualitative research chosen methodologies of study were ethnography and phenomenology. Study areas were Songklanagarind Hospital, Yensira Patient Building at Kok Nao Temple. Researcher followed participants to their residences which located in Satun, Songkhla, Pattani Yala and Naratiwas to observe phenomenon and to conduct participative and non-participative observation and both informal interview and in-dept interview. Participants of the study were 9 specifically-selected caregivers. The research tools were researcher, demographic data record form, questionnaires about spiritual health and field note record forms developed for data processing. Descriptive analyses were performed for final report. The study finds that caregivers had diversity of behavior during care and study reveals that a situation of end-stage cancer has emotional impacts on caregivers which often affect the relationship between caregivers and patients. The affected emotions resulted in changes of both feeling and behaviors of both patients and the caregivers. This phenomenon has a very complex relation which plays a key role during the crisis phase of life. The results revealed that all caregivers believed that pain and disease was decreed by God or Allah. Despite several problems encountered during the care of the patients, the caregivers deeply believed in God's help. If patients died, the caregivers would accept. This reflected that caregivers' wills were from religious studying of Islam. Their wills to conduct their duties determinably therefore these had become spiritual strength based on religious studying. The spiritual strength and understanding the phenomenon religiously ultimately reflected good spiritual health of the caregivers.

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความเมตตาปราณีจากเอกองค์อัลลอฮฺพระผู้เป็นเจ้าที่ทรงทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลง ได้ รวมถึงการ ได้รับความ กรุณาและความ ช่วยเหลือจาก คณาจารย์ หน่วยงาน และบุคคล ต่างๆ โดยเฉพาะผู้ ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่ ได้หยิบยื่น ไมตรีแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาและน้ำใจที่ได้รับ กล่าวได้ว่าหากปราศจาก ความกรุณาเอื้ออาทร ช่วยเหลือรวมทั้งความร่วมมืออย่างดี เหล่านั้น วิทยานิพนธ์เล่มนี้คงไม่อาจสำเร็จลงได้ ผู้วิจัยจึงขอจารึกคำขอบขอบคุณทุกหน่วยงาน และทุกท่านให้ปรากฏไว้ ณ ที่นี้ ถึงแม้ไม่อาจจะกล่าวนามได้ทั้งหมด

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.สกล สิงหะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่มีความกรุณาถ่ายทอดความรู้แง่วิชาการและปรัชญาชีวิตแก่ผู้วิจัย และคอยผลักดันให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ กำลังใจในการทำงาน ชื่นชื่นสำเร็จ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.พรทิพา บรรทมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำอย่างดีและมีคุณค่าต่อการเขียน งานวิทยานิพนธ์ รวมทั้ง เสริมสร้างแรงใจให้กับผู้วิจัยได้ อย่างมาก ขอขอบพระคุณ ดร.ยูโซะ ตาและ เป็นอย่างสูง ที่เสียสละเวลาอันมีค่า ตรวจสอบแก้ไขและให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการเขียนงานวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วันชัย ธรรมสังการ ผู้ที่เพาะเมล็ดพันธุ์แห่งความรู้การวิจัยตั้งแต่ต้น ศ.อำนวยการ ยศโยธาที่ช่วยขัดเกลาโครงร่างฯ ให้เดินหน้าต่อไป ขอขอบพระคุณ ผศ .ดร .กิตติกร นิลมานัต อาจารย์มัสดัน มาหะมะ คุณกานดาวศรี ตูลาธรรมกิจ ที่ช่วยตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือและเนื้อหาวิทยานิพนธ์ ดร.สุรพงษ์ ยัมละมัย ที่ให้คำแนะนำการเขียนงานวิทยานิพนธ์ให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รศ .นพ.สุเมธ พิรวิฑู คณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่เปิดโอกาสให้ได้เปิดโลกทัศน์เพื่อนำความรู้ไปเพื่อแผ่ต่อเพื่อนร่วมอุดมการณ์และยังประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้ง ยัง สนับสนุนทุนอุดหนุนการศึกษาจาก คณะ แพทย ศาสตร์ ตลอดทั้งสองปีการศึกษา ขอขอบพระคุณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้พบเจอชีวิตที่ดีงามและมีความหมาย รวมทั้งสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิจัยจากกองทุนวิจัยคณะศิลปศาสตร์

ขอขอบคุณ มิตรภาพที่ดี ออย ตาล จำ เอ็ม แบดี และรอซี ขอขอบคุณเพื่อนร่วมอุดมการณ์แห่ง ความถูกต้องดีงาม ญาดา ใหม่ แอนท์ ก้อย จอย ชู และคุณสิ ขอขอบคุณทุกอุปสรรคระหว่างทางเดินที่ ทดสอบชีวิตให้มีความหมายและมีค่ายิ่ง ขอขอบคุณกำลังใจที่น้องตระกูลคลังซึ้งทุกคน

ขอขอบคุณ “ปะ มะ มา” ผู้ที่คอยดูแลให้กับลูกในทุกภารกิจชีวิต รวมทั้งบ่มเพาะเลี้ยงดูให้ ลูก เดินอยู่บนหนทางที่ถูกต้องและดีงาม ขอขอบคุณพี่น้องในครอบครัวอันอบอุ่นที่คอยให้กำลังใจ สุดท้าย “แบมา” ผู้ซึ่งควรได้รับคำขอบคุณเป็นพิเศษ สำหรับการคอยอยู่เคียงข้างในทุกห้วงคำนึง

โหมมูณะ คลังซึ้ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(9)
รายการภาพ.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	8
คำถามการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดทฤษฎี.....	9
ประโยชน์ของการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	13
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
ทฤษฎีสุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ.....	15
ปรัชญาอิสลาม.....	25
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลแบบองค์รวม.....	46
ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย.....	62
ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา(ethnographic).....	65
ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(phenomenology).....	68
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
วิธีการวิจัย.....	73
ผู้ให้ข้อมูลและการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล.....	74
การเลือกพื้นที่ศึกษา.....	75
	(6)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	77
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
แผนการดำเนินการวิจัย.....	80
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณนักวิจัย.....	81
การสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
4 ภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย.....	85
การให้ความหมายต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในฐานะพื้นที่การดูแล รักษา.....	85
การทำความเข้าใจต่อการใช้ชีวิตในอาคารศิระแห่งวัด โศกนาถ.....	86
ถักทอความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เปลี่ยนแปรจากคนแปลกหน้าสู่คนคุ้นเคย.....	88
ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	93
ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย	98
5 ผู้ดูแลบนเวทีมะเร็งระยะสุดท้าย.....	129
ภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล.....	129
ภาวะโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล.....	142
อิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล.....	153
6 สรุปผลและข้อเสนอแนะ.....	165
บรรณานุกรม.....	169
ภาคผนวก	
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	180
ข แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะ สุดท้าย.....	181
ค แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Fieldnotes).....	184
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยและเนื้อหา.....	185
จ คัมภีร์พระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน.....	186

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
จ. รายนามผู้ให้สัมภาษณ์.....	187
ข. ประมวลภาพการลงพื้นที่.....	188
ประวัติผู้เขียน.....	199

รายการตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวนผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งในปี 2550 ที่พบบ่อย.....	3
2 แสดงตารางการดำเนินการวิจัย.....	80
3 แสดงจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และพบเจอผู้ให้ข้อมูล.....	82
4 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	94
5 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย.....	96
6 แสดงภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	99

รายการภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงภาพกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา.....	9
2 แสดงภาพองค์ประกอบของแนวคิด ทฤษฎีสุนัขภาวะทางจิตวิญญาณ.....	25
3 แสดงภาพพื้นที่ศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และอาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ.....	75
4 แสดงภาพแผนที่พื้นที่ศึกษา.....	76
5 แสดงภาพที่พักผู้ป่วยอาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ บันทึกภาพจากตึกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	76
6 แสดงภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาพศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด และภาพห้องฉาย แสง.....	85
7 แสดงภาพทางเข้าอาคารเย็นศิระ และภาพหน้าอาคารเย็นศิระ.....	87
8 แสดงภาพการบริการของอาคารเย็นศิระ.....	87
9 แสดงภาพอาคารเย็นศิระที่กำลังก่อสร้างหลังใหม่เมื่อปี 2552.....	88
10 แสดงภาพสภาพทั่วไปภายในอาคารเย็นศิระ.....	91
11 แสดงภาพภูมิทัศน์ของพื้นที่ข้อมูลหลัก.....	98
12 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 1 พร้อมพ่อและแม่ที่บ้านอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี.....	100
13 แสดงภาพผู้วิจัย ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิระ.....	102
14 แสดงภาพผู้วิจัย แม่ผู้ดูแล ผู้ดูแล และผู้ป่วย จากซ้ายไปขวา ช่วงที่ไปเยี่ยมบ้านที่ บ้านบางตาวา อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี.....	103
15 แสดงภาพผู้วิจัยส่งผู้ดูแลและผู้ป่วยกลับบ้านหน้าโรงพยาบาล.....	105
16 แสดงภาพผู้ดูแล(แบแข็ง)ขณะขายข้าวต้มยามเช้าหน้ามัสยิดประจำหมู่บ้าน.....	106
17 แสดงภาพแผนที่ภูมิทัศน์และภาพผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2-3-4-5และ6.....	107
18 แสดงภาพแสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 2.....	108
19 แสดงภาพเส้นทางและการเยี่ยมบ้านแบละะห์ที่ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส..	110
20 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3.....	111
21 แสดงภาพเส้นทางที่ผู้วิจัยเดินทางลงพื้นที่.....	112
22 แสดงภาพบ้านของผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยะห์)	113
23 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยะห์) กับพืชสมุนไพร.....	114
24 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยะห์) กับเพื่อนบ้านต่างคนชาติพันธุ์.....	114

รายการภาพ(ต่อ)

25	แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 4 (กะเยาะห์)	115
26	แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมผู้ดูแลรายที่ 4 (กะเยาะห์)ที่บ้านอำเภอหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส..	117
27	แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 5 (กะเมาะห์).....	117
28	แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้ดูแลรายที่ 5 (กะเมาะห์) ที่อ.หรือเสาะ จ.นราธิวาส.....	119
29	แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 6.....	119
30	แสดงภาพแผนที่ภูมิสำเนาของผู้ดูแลรายที่ 7 อำเภอละงู จังหวัดสตูล.....	122
31	แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมกะคะห์ ที่บ้านอำเภอละงู จังหวัดสตูล.....	123
32	แสดงภาพแผนที่ภูมิสำเนาของผู้ดูแลที่อ.รามัน จ.ยะลาและภาพผู้ดูแลรายที่ 8.....	124
33	แสดงภาพลูกชายมาเยี่ยมและเฝ้าพ่อ(แบมะ)ที่อาคารเย็นศิระ.....	125
34	แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมกะตาและผู้ป่วย ที่บ้านอำเภอรามัน จังหวัดยะลา.....	126
35	แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 9 และภาพแผนที่ภูมิสำเนา ที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา.....	127
36	แสดงภาพช่วงที่ผู้วิจัย ไปเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้าน.....	128
37	แสดงภาพองค์ประกอบของภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของ ผู้ดูแล.....	141
38	แสดงภาพองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลภายใต้อิทธิพลของ การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย.....	152
39	แสดงภาพองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยภายใต้อิทธิพลของความเชื่อ ทางศาสนาอิสลาม.....	164

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นภาระอันหนักหน่วงของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย และในประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก และภาระนี้ดูเหมือนจะสูงมากขึ้น ผลกระทบจากโรคมะเร็งไม่เพียงแต่กระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแต่ก็ยังมีผลต่อคนดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย การรักษาพยาบาลโรคมะเร็งต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ จำนวนมาก ทั้งทรัพยากรบุคคล อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ทีมแพทย์ต้องมีการตรวจวินิจฉัยและมีการวางแผนอย่างละเอียด ซึ่งต้องการทีมสนับสนุน เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ในปี 2547 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่มากที่สุดในประเทศไทย และแนวโน้มอุบัติการณ์ใหม่ ๆ ของโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ พบว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ (สกล สิงหะ, 2548 :37) และจากสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปี 2549 และ 2550 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1

แม้ว่าในปัจจุบัน การเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของผู้ป่วยมะเร็งได้มีจำนวนลดน้อยลงมาก เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ที่เป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล รวมทั้งการยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยืนยาวไปได้มากขึ้น แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคในระยะลุกลาม หรือมีการดำเนินของการเจ็บป่วยไปจนถึงระยะสุดท้าย กลับต้องการการดูแลในอีกลักษณะหนึ่งเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเมื่ออาการของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าโครงการรักษาระยะยาวอาจใช้เวลา 6 เดือน หรือ 12 เดือน และหลังจากนั้นผู้ป่วยยังต้องมาติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ นับเป็นเวลาหลายปี อาจจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) ดังนั้นผู้ป่วย และครอบครัวจึงมีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ลักษณะการดูแลแบบนี้คือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำทนายระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีศักยภาพสูงสุดในภาคใต้ ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่ยากและซับซ้อน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองพบได้เสมอในทุกหอผู้ป่วย (อวยพร สมใจ, 2549: 126) ดังนั้นทีมบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยต้องค้นหา

วิธีการ หรือกระบวนการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดอย่างเป็นองค์รวม โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ จึงได้เริ่มนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้อย่างเป็นทางการเมื่อ พฤศจิกายน 2540 (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2547 :35) และมีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย ดำเนินงานตามหลักของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วย และ ครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ย่อม ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ บทบาทหน้าที่และแบบแผนการดำเนินชีวิตเดิมที่เป็นอยู่ของ สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับให้เข้ากับสภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลใน ครอบครัว ครอบครัวต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมี ความตึงเครียดจากการดูแลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาระอันยากลำบากที่บุคคลใน ครอบครัวต้องเผชิญ เพราะนอกจากจะต้องดูแลรักษาโรคทางกายภาพแล้ว ยังต้องเข้าใจ และ สามารถดูแลถึงซึ่งถึงสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงต้องมีหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลมี ภาระที่ต้องแบกรับความรู้สึกรับผิดชอบอีกมากมาย ต่อเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่ผู้ดูแล ผู้ป่วยต้องรับรู้ตลอดเวลา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาภาวะทางจิตอันเกิดจากความตึงเครียด ของความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังมีน้อยมากในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศ ส่วนใหญ่การศึกษาวิจัยในประเทศอื่นจะอยู่ใน ต่างประเทศ ส่วนงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายนั้นก็ยังมีน้อยเช่นกัน เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นผลกระทบ ไม่ได้เกิดแก่เฉพาะตัวผู้ป่วยเองแต่ ส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัวทุกคน เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีภาระงานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำให้กับผู้ป่วย ประกอบกับงานและ ชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้

เนื่องจากในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยประกอบด้วยประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะประชากรส่วนใหญ่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ บนหลักการและคำสอนทางศาสนาที่ยาวนาน ดังนั้นชาวมุสลิมจึงมีหลักการของศาสนาเป็น แนวทางปฏิบัติ (มานี ชูไทย, 2544) ในทัศนะและหลักการตามคำสอนของศาสนาอิสลาม ศาสนา และจิตวิญญาณไม่มีสิ่งใดเด่นหรือสำคัญไปกว่าสิ่งใด ทั้งนี้เนื่องจากมุสลิมมีความสัมพันธ์กับ พระเจ้าตลอดเวลา และดำเนินชีวิตไปตามบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งเป็นหลักคำสอนของ พระผู้เป็นเจ้า คือพระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮานาสุวาตาอาลา (พระองค์อัลลอฮ์ที่เป็นผู้ทรงมหาวริสุทธียิ่ง) และ จริยวัตรหรือแบบปฏิบัติ (สุนนะฮ์) ของท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวซัลลิม

(ขอพระองค์อัลลอฮฺทรงสรรเสริญและให้ความสันติแก่ท่านศาสดามุฮัมมัด) ซึ่งเป็นธรรมเนียมสูงสุด ดังนั้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วย มุสลิมมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากการทดสอบความอดทนในการบำบัดรักษา หากเจ็บป่วยทางกายก็ใช้ยาในการบำบัดรักษา แต่หากเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ สิ่งที่จะช่วยได้คือศาสนา และความศรัทธา หากผู้ป่วยมุสลิมมีความเข้าใจ และมีความศรัทธาต่อพระเจ้าก็จะทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (ดำรง เวอาลี, 2547)

ปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีผู้ป่วยมุสลิมอยู่ในความดูแลจำนวนมาก จากสถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าในปี 2550 มีผู้ป่วยมุสลิมจำนวน 23,602 ราย แยกเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 1,990 ราย (เวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2550) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งในจำนวนทั้งหมดพบว่าใน 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อยมีจำนวนทั้งหมด 319 ราย ส่วนจำนวนที่เหลือเป็นมะเร็งชนิดอื่น ดังตาราง

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งในปี 2550 ที่พบบ่อย

อันดับ	ชนิดของโรคมะเร็ง	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ทั้งหมด (คน)
1	มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดลิมโฟยด์	67	29	96
2	มะเร็งรังไข่	0	75	75
3	มะเร็งปอด	45	13	58
4	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	30	15	45
5	มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดไมอีลอยด์	30	15	45
	รวม	175	294	319

ดังนั้นทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการดูแลทั้งผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดกำลังใจ ความหวังและมีพลังที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยและในที่สุดก็จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อไป นอกจากนี้ยังมีบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ที่ยังไม่เคยสัมผัสและเข้าถึงในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม จึงไม่มีความมั่นใจหรืออาจก่อให้เกิดความบกพร่องในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม จากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแห่งหนึ่งในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่นับถือศาสนาพุทธ 5 ราย พบว่า 3 ใน 5 ราย ไม่แน่ใจว่าต้องดูแลผู้ป่วยมุสลิมและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไรให้สอดคล้องกับความเชื่อและ

วัฒนธรรม แต่จะใช้วิธีสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยว่าต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไรบ้าง และจะดูแลตามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วน 2 ใน 5 ราย ทราบวิธีปฏิบัติว่าต้องดูแลอย่างไรเช่นให้โอกาสผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านคัมภีร์อัลกุรอานเมื่อผู้ป่วยถึงวาระสุดท้าย การลดขั้นตอนต่าง ๆ ของระบบราชการเท่าที่ทำได้เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำศพไปประกอบพิธีภายใน 24 ชั่วโมงตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มั่นใจว่าได้ดูแลอย่างครอบคลุมเนื่องจากไม่ทราบแนวปฏิบัติที่แท้จริง อาศัยเพียงประสบการณ์ที่เคยพบเห็นมาและจากการสอบถามพยาบาลมุสลิม 5 ราย พบว่าทั้ง 5 รายทราบวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ในทางปฏิบัติเมื่อถึงเวลาสุดท้าย อาจจะไม่ปฏิบัติตามแนวทางทั้งหมด เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมและมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายแต่ละราย

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยในการลงพื้นที่ เบื้องต้น ตัวอย่างผู้ดูแลเพศหญิง สถานภาพคู่สมรส อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ทำหน้าที่ดูแลน้องชายซึ่งป่วยเป็นมะเร็งสมอง ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยพักอาศัยที่อาคารเย็นศิระ พบว่าการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด และนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐานของมนุษย์ที่มีความจำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ แต่การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องให้การดูแลและคอยเอาใจใส่ผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาทำให้เวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ คือการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพของสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (อาคารเย็นศิระ) ทำให้การขาดความเป็นส่วนตัว ต้อง ปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมใหม่ ทำให้นอนหลับได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติที่ไม่รุนแรงจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยได้

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยอันอาจมาจากสาเหตุจากการกลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียเป็นสภาพการที่บุคคลต้องแยกจากกันเป็นเหตุที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่รู้ล่วงหน้าเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และอยู่เหนือความคาดหมาย อาจเป็นการสูญเสียที่ฉับพลัน และความรู้สึกของการสูญเสียขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลให้คุณค่า และให้ความสำคัญ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ป่วยมะเร็งว่าเป็นผู้ป่วยหนัก หดหวัง และไม่มีทางรักษาให้หาย และการที่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแย่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เครียด กลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาวะนี้จึงถือเป็นภาวะวิกฤตหากผู้ดูแลผู้ป่วยมีความกังวลในระดับสูง

การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่ชัดเจนไม่เพียงพอก็เป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดได้เช่นกัน โดยผู้ดูแลผู้ป่วยหวังว่าจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลมากที่สุด แต่มักจะพบว่าพยาบาลมีงานมากไม่มีเวลาพูดคุย และอธิบายถึงข้อมูลความเจ็บป่วย ปัญหา และความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ความไม่เข้าใจด้านภาษาระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยอาจส่งผลให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่กล้าต่อรองซักถามเมื่อไม่เข้าใจ เรื่องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเนื่องจากเกรงใจแพทย์ และพยาบาล หรือถ้าถามมากก็เกรงว่าจะไม่ถูกใจ และถูกตำหนิ จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความไม่กระจ่างในเรื่องที่สงสัย ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจนจึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ว่าการฉนั้นมีความยุ่งยากเกิดความกลัวและก่อให้เกิดความเครียดตามมา

นอกจากเรื่องข้อมูลข่าวสารแล้ว การไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาก็เป็นสาเหตุของความเครียดได้เช่นกัน เนื่องจากการละหมาดเป็นหลักปฏิบัติ และเป็นรากฐานสำคัญของศาสนาอิสลาม การละหมาดเป็นหน้าที่ของมุสลิมไม่อาจจะละเว้นได้ไม่ว่ากรณีใดๆ การทิ้งละหมาดเป็นการบ่งบอกถึงการปฏิเสธของอัลลอฮ์ ส่งผลให้ความเคร่งครัดในศาสนาหายไป (บรรจง บินกาซัน, 2543) และเป็นการปฏิเสธคุณความดี ดังนั้นการขาดละหมาดจึงอาจเป็นสถานการณ์หนึ่งที่เกิดจากความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เช่นกัน

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านสิ่งแวดล้อมก็มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย กล่าวคือ สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เสียงการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ การพูดคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกัน หรือญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความกังวล สภาพความแออัดของสถานที่ ก่อให้เกิดความไม่เป็นส่วนตัวและรู้สึกเครียดได้ นอกจากนี้ความไม่สะดวกของสถานที่ในการทำละหมาดก็มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การละหมาดเป็นหน้าที่ที่มุสลิมไม่อาจละเว้นได้ไม่ว่ากรณีใดก็ตาม มุสลิมทุกคนต้องดำรงการละหมาดอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง เป็นประจำทุกวันตามเวลาที่กำหนด ก่อนละหมาดทุกครั้งผู้ทำละหมาดต้องทำการชำระร่างกายบางส่วน ที่บทบัญญัติของศาสนาได้กำหนดไว้ และสถานที่ที่ใช้ทำละหมาดต้องสะอาด ดังนั้นหากสถานที่ละหมาดไม่สะดวก หรือไม่สะอาด ทำให้เกิดเป็นอุปสรรคแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และก่อให้เกิดความเครียด และความคับข้องใจได้เช่นกัน

อีกประเด็นที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยคือการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ กล่าวคือเมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย การที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ อาจทำให้ไม่มีรายได้ หรือรายได้ลดลง ซึ่งจากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 46 ปี มีสถานภาพโสด และทำหน้าที่ดูแลน้องชายผู้ป่วยเป็นมะเร็ง หลอดอาหาร ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสตูล ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยในอาคารเย็นศิระได้ให้ข้อมูลว่า

ในช่วงระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจะต้องระมัดระวังในเรื่องค่าใช้จ่ายมาก เนื่องจากตนเองต้องดูแลน้องชายที่ป่วยเป็นมะเร็ง จึงไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติ ทำให้ขาดรายได้ ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดูแลในขณะนี้เงินที่เก็บออมเอาไว้และเงินบริจาคจากญาติ และพี่น้องคนอื่น ๆ ปัจจุบันค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันสำหรับตนเองกับผู้ป่วย ประมาณ 70 - 100 บาท สำหรับ 2 คน ซึ่งเป็นค่าอาหาร 3 มื้อ และค่าเช่าที่พักอาศัยในอาคารเอ็นศิริเป็นเงิน 5 บาทต่อคนต่อคืน และผู้ดูแลผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าจากการที่ต้องนำผู้ป่วยมารักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี ทำให้เงินที่เก็บออมไว้เหลือลดลง ปัจจุบันจึงมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตทั้งประเด็นค่าใช้จ่าย และอาการของโรคของผู้ป่วย ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างรับรังสีรักษา

จากที่ กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการที่ต้องเข้ามาดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องหยุดอาชีพที่ทำอยู่ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น บางรายก็ต้องใช้เงินที่เก็บออมไว้จนหมดจนต้องกู้ยืม จะเห็นได้ว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และเป็นสาเหตุที่ก่อความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

จากการลงพื้นที่ศึกษาเบื้องต้นในอาคารเอ็นศิริ พบว่าข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้าพัก มีผู้ป่วยมุสลิมเป็นจำนวนร้อยละ 40 ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และในจำนวนผู้ป่วยมุสลิมทั้งหมดมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนร้อยละ 80 และสถิติดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับการฉายแสงและรักษาเคมีบำบัด และมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการของโรครุนแรงและแพร่กระจาย ระหว่างการรักษาและกลับเข้ามาเสียชีวิตในโรงพยาบาลก่อนที่กระบวนการรักษาจะสิ้นสุด (สถิติผู้ป่วย อาคารเอ็นศิริ, 2551)

การที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประเด็นเหล่านี้เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาเป็นเวลานาน โดยมีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในลักษณะที่หลากหลายอยู่ในความดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้ป่วยมะเร็งตับ ผู้ป่วยมะเร็งในสมอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผู้ป่วยมะเร็งกระดูก และระบบประสาทไขสันหลัง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีโอกาสดำเนินการวิจัยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเรื่อยมา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยคนต้องเผชิญกับความทุกข์ ความยากลำบาก ความเหนื่อยล้า และความท้อแท้ของผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีฐานะร่ำรวยหรือยากจน ทุกชนชั้น ทุกอาชีพ ทุกเชื้อชาติ และทุกศาสนา จะมีความรู้สึกแบบเดียวกันแทบทั้งสิ้น

ภาพความรู้สึกเหล่านี้ที่ผู้วิจัยได้รับรู้ และมองเห็นอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน ค่อย ๆ ซึมซับให้ผู้วิจัยเกิดความตระหนัก อยากรู้ และอยากทำความเข้าใจต่อเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตที่สำคัญ ช่วงหนึ่งของมนุษย์ รวมถึงต้องการศึกษาเรียนรู้เรื่องความหมายของการมีชีวิตอยู่ และความหมายแห่งการตายว่าเป็นอย่างไร ในทัศนะของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการตรวจสอบความรู้สึก

นึกคิด ทักษะของตัวเองต่อเรื่องราวเหล่านี้ด้วยอีกทางหนึ่ง ถึงแม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับใช้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย แล้วก็ตาม แต่เนื่องจากประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นที่มีความแตกต่างกับการพยาบาลด้านอื่น มีความเป็นเอกลักษณ์ มีความเป็นนามธรรมสูง และเป็นเรื่องที่ลึกซึ้งซึ่งมีมิติที่ต้องนำมาพิจารณาหลายด้านด้วยกัน ประกอบกับเรื่องความตายเป็นเรื่องที่หลายคนปฏิเสธที่จะกล่าวถึง จึงไม่แปลกที่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความยากลำบากอย่างยิ่ง สำหรับทีมสุขภาพส่วนใหญ่ของทุกโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นกุญแจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ที่บุคลากรในทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นสุขภาพจิต และภาวะอื่น ๆ ของญาติย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเข้าใจวิธีการรักษา และเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยกันปรับเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาจากการมุ่งเน้นการพ้นหายจากโรค มาเป็นการบรรเทาอาการ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ช่วงหนึ่งของชีวิตครอบครัวผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญกับความตึงเครียดต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด หากมีสุขภาพจิตดีผลการดูแลผู้ป่วยก็จะมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ความเข้าใจในเรื่องของความตาย และวาระสุดท้ายของชีวิต หรือแม้กระทั่งจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้การดูแลเป็นไปโดยไม่ขัดแย้งหรือลดทอนความตึงเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ จึงเป็นความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับบริบทของครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย และจำเป็นต้องทราบข้อมูลที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างถ่องแท้รอบด้าน รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการรักษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เนื่องจากเป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีเพียงเพื่อบรรเทาอาการและลดความเจ็บปวด ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเข้าใจในวัตถุประสงค์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันโดยใช้หลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) นั่นเอง หากสามารถลดความเครียดและความกังวลของผู้ดูแลรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของทีมสุขภาพจะช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์เชิงบวกต่อการรักษาพยาบาลโรค ทำให้การรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้นและหากมีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศที่ผ่านมามีในอดีต พบว่ายังไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมุสลิมนั้น ทีมสุขภาพ มีทั้งที่นับถือศาสนาอิสลาม และนับถือศาสนาอื่นๆ ซึ่งในทางปฏิบัติทีมสุขภาพไม่สามารถเลือกดูแลผู้ป่วยตามศาสนาที่ตนนับถือเท่านั้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางศาสนาต่างจากตนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในหลักคำสอนของศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการให้การรักษา การดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมุสลิม ได้สอดคล้องกับบริบท และความเป็นจริง

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงสุขภาวะ ทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเนื่องจากผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ทรัพยากรมนุษย์คือสิ่งที่สำคัญที่สุดของสังคม ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา ทรัพยากรมนุษย์เปรียบเสมือนกลไกที่คอยเป็นแรงขับเคลื่อนให้ระบบ โครงสร้างทุก โครงสร้างทางสังคมมีการปรับเปลี่ยน และพัฒนา สังคมจะพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดนั้น ล้วนแล้วแต่ขึ้นอยู่กับศักยภาพของมนุษย์ทั้งสิ้น ดังนั้นมีความจำเป็นที่บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อจะเป็นพลังในการพัฒนาสังคม และประเทศ หรือสังคมใดแม้จะขาดแคลน ทรัพยากรธรรมชาติ แต่หากบุคคลในสังคมมีคุณภาพ สุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี ส่งผลให้มีความสามารถเป็นแรงผลักดันในการพัฒนาสังคมให้รุ่งเรืองได้ แต่ในทางกลับกันหากสังคมมีคนเจ็บป่วยจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายภาพ หรือเป็นความบกพร่องทางจิตวิญญาณก็ตาม สังคมจะเกิดปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาให้มีความก้าวหน้าได้ และเป็นข้อจำกัดอันจะนำไปสู่ความล้มเหลวต่อการพัฒนาประเทศในที่สุด

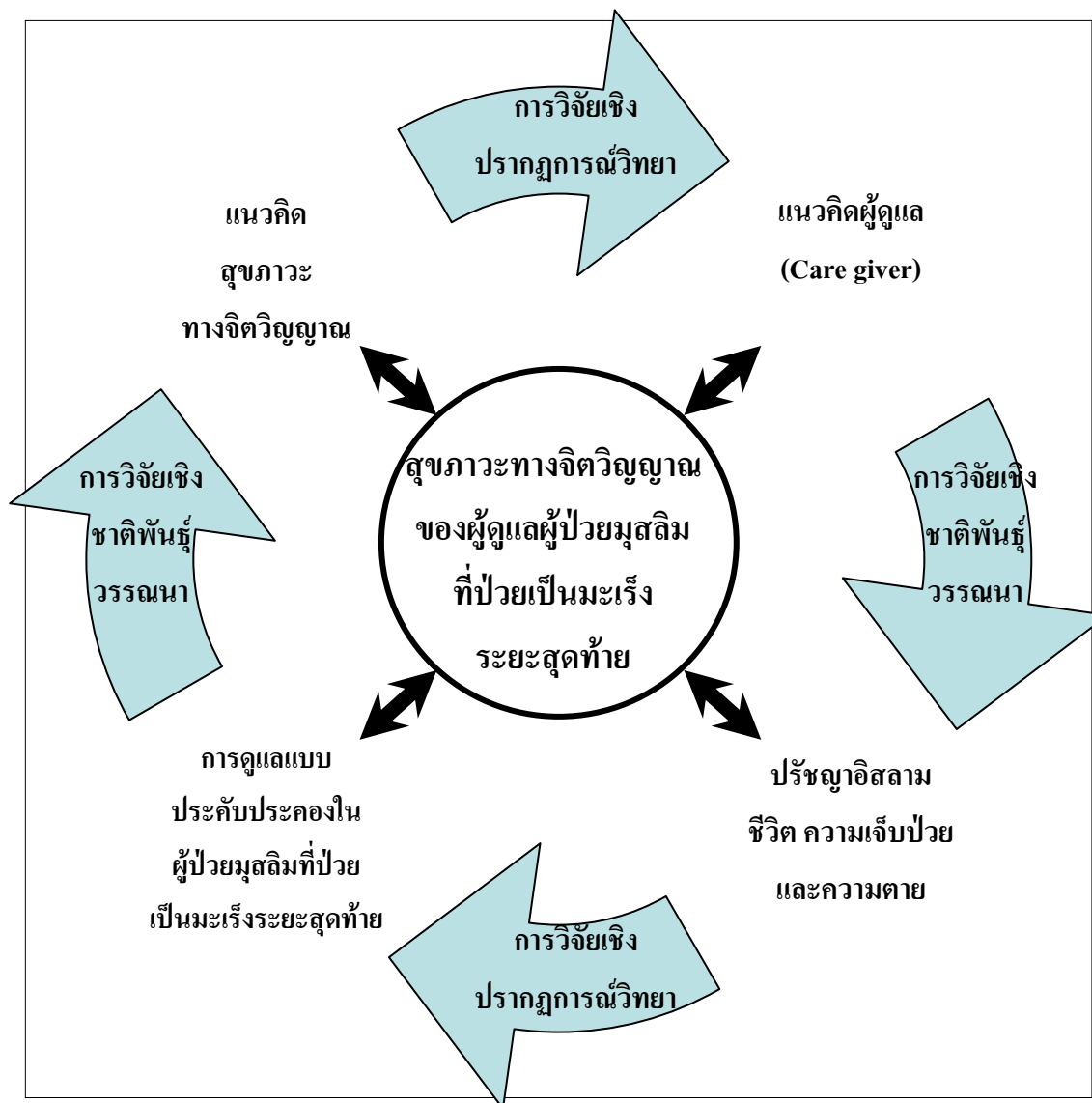
วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับความรู้สึกร่วมกันของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นปัจจัยอันทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีและสามารถให้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตของตนเอง โดยผู้วิจัยมุ่งค้นหาประสบการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ประสบตามความเป็นจริงเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

คำถามการวิจัย

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดทฤษฎี



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาวะทาง จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล การทำความเข้าใจในบริบทดังกล่าวอย่างลึกซึ้ง นั้น ผู้ที่จะอธิบายได้ดีคือบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์นั้น โดยตรง เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์ วรรณา (Ethnography) และปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อศึกษาชีวิตและ เน้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ โดยการ ค้นหา วิเคราะห์ และบรรยายประสบการณ์เหล่านั้นออกมาตามบริบทที่เกี่ยวข้อง จากตัวหนังสือที่

ได้จากการสัมภาษณ์ ผ่านพื้นฐานการรับรู้ และพื้นฐานส่วนบุคคล รวมทั้งภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรม ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่แนวคิด ทฤษฎีด้านจิตวิญญาณ แนวคิดผู้ดูแล ปรัชญาศาสนาอิสลาม ชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การศึกษาวิจัยเชิงชาติพันธุ์ วรรณกรรม การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความครอบคลุม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัยได้ถูกต้อง แต่ไม่ได้ใช้เป็นกรอบแนวคิดที่จะตีกรอบความคิด ในการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลที่ ใกล้เคียงความจริง เป็นจริง มากที่สุด ตามการให้ความหมาย และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริงซึ่งแต่ละแนวคิดดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดสุขภาพจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสุขภาพจิตวิญญาณ มาศึกษาการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อค้นหาสุขภาพจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยมีความเชื่อว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) จะเป็นพลังสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. แนวคิดผู้ดูแล (Caregiver)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ผู้ดูแล (Caregiver) มาศึกษาเพื่อค้นหาสุขภาพจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีความเชื่อว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยใน ระยะสุดท้ายมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด (total care) ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใน ครอบครัว โดยการมอบหมายสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งให้รับบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย

3. วิถีอิสลาม ชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี ปรัชญาอิสลาม ชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย มาศึกษา เนื่องจากศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย วิถีชีวิตของมุสลิมจึงมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับศาสนาอิสลามจนไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจถึงสภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

4. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมา

ศึกษาเนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการการประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณอย่างมากเนื่องจากความทุกข์ทรมานของ โรคในระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ไม่ใช่การดูแลโรคแต่เป็นการดูแลในฐานะบุคคลที่มีสิทธิ์และยังคงมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

5. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnography)

ทฤษฎีนี้เป็นวิธีการศึกษาชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน สถาบันรวมถึงกลุ่มองค์กร เพื่อหาข้อเท็จจริง ใช้ตัวนักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการรวบรวมข้อมูลซึ่งมีลักษณะที่สำคัญได้แก่ มโนทัศน์ทางวัฒนธรรมเป็นแนวคิดหลักชาติพันธุ์วรรณามีรากที่ฝังแน่นอยู่ในมโนทัศน์ทางวัฒนธรรม ถ้าปราศจากมโนทัศน์ทางวัฒนธรรมแม้จะมีคุณสมบัติอย่างอื่นก็ไม่จัดว่าเป็นชาติพันธุ์วรรณา ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหลักเน้นความเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญอย่างมากแก่บริบทเพราะถือว่าบริบทคือปัจจัยที่เป็นสภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังไม่ว่าจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจและวัฒนธรรม การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายแบบ ใช้ข้อมูลหลายชนิด ข้อมูลอาจมาจากแหล่งบุคคลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนาแบบเป็นกันเอง จากการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม จากเอกสาร หรือข้อมูลประวัติศาสตร์จากการบอกเล่าของผู้รู้

6. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(phenomenology)

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ของบุคคลได้ประสบ โดยมุ่งทำความเข้าใจว่าคนเรารู้สึกความปรากฏการณ์เพื่อสร้างความหมายและสร้างโลกทัศน์ที่มีประสบการณ์นั้นๆอย่างไร นั่นหมายถึงผู้วิจัยต้องสังเกตและพิจารณาข้อมูลประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ

ประโยชน์ของการวิจัย

1. ประโยชน์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะพัฒนาองค์ความรู้อันจะนำไปสู่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

1.2 เป็นแนวทางให้เกิดการปรับเปลี่ยนและพัฒนาหลักสูตร การเรียนการสอนที่เน้นการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม แนวคิดด้านจิตวิญญาณ อาจกำหนดหัวข้อ “ประสบการณ์ชีวิตและสุขภาวะ ด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ” ไว้เป็นส่วนหนึ่งของหัวข้อในการจัดสัมมนาอบรมเพื่อให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ประโยชน์ด้านการวิจัยและพัฒนา

2.1 นำไปสู่งานวิจัยเพื่อศึกษาชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือศึกษาเปรียบเทียบชีวิตของผู้ดูแลที่มาจากภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมที่ต่างกัน

3. ประโยชน์ต่อผู้วิจัย

3.1 ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจสามารถพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นและเห็นความสำคัญของการศึกษาปรัชญาชีวิตในศาสนาอิสลามรวมทั้งหาแนวทางประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาและวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.2 ผู้วิจัยมีโอกาสได้ใคร่ครวญเกี่ยวกับสภาวะจิตวิญญาณของตนเอง และการค้นหาความจริง ความดี และความงามในชีวิต

ขอบเขตของงานวิจัย

1. ขอบเขตพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิริระ วัดโคกนาว อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา รวมถึงพื้นที่ภูมิถิ่นเนาของผู้ให้ข้อมูลบางส่วน

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคัดเลือกมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 9 ราย โดยวิธีการเลือกเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) โดยแจกแจงคุณสมบัติไว้ดังนี้คือ ต้องเป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งทั้งที่อยู่ที่บ้านและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เป็นผู้ดูแลหลัก) สามารถพูดภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจเป็นผู้ร่วมวิจัย โดยพิจารณาว่า เป็นผู้ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาคือมีข้อมูลมาก และจำนวน ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งกำหนดไว้ในเบื้องต้น 9 รายเนื่องจากเพื่อที่จะสามารถศึกษาในระดับลึกได้โดยไม่ยากลำบากนัก แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นผู้วิจัยยังคงให้ความสำคัญในการเลือก ผู้ให้ข้อมูล ที่เหมาะสมกับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ส่วนผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่อาคารเย็นศิริระ โดยผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติสำคัญ คือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนระยะเวลาที่ศึกษาคือ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2551- กุมภาพันธ์ 2553

นิยามศัพท์เฉพาะ

จิตวิญญาณ (spiritual) หมายถึง เป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคลที่สัมพันธ์กับการให้คุณค่าและการให้ความหมายของชีวิต เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสัมผัสได้ถึงความงาม ความดี ความมีคุณค่า ความมีศักดิ์ศรี ความเมตตา ความมีน้ำใจ และความเอื้ออาทร เป็นต้น โดยสัมพันธ์กับคำถามว่าเป้าหมายสูงสุดของชีวิตคืออะไร การมีคุณค่าของชีวิตหมายความว่าชีวิตมีอยู่และดำรงอยู่เพื่ออะไรบางอย่าง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นที่ด้านในของชีวิตหรือเป็นประสบการณ์เฉพาะตัว

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการ ไม่รับค่าตอบแทนเป็นลักษณะการจ้างโดยอาจเป็นญาติ หรือบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร พี่น้อง นอกจากนี้อาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติโดยสายเลือด แต่เป็นผู้ที่รับหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หมายถึง เป็นการบริบาลเชิงปฏิบัติการทั้งหมดของผู้ป่วยที่โรคของเขาไม่ตอบสนองต่อการรักษาให้หายได้ เป็นเพียงการควบคุมอาการปวด และอาการอื่น ๆ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการแพทย์แบบมนุษยนิยม (humanistic medicine) เป็นการดูแลรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่คำนึงแต่โรค เน้นการเชื่อมโยง ของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจิตวิญญาณเป็นมิติที่อยู่ชั้นสูงสุด และมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยง ให้ทุกมิติรักษาภาวะสมดุล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ดูแลคนทั้งคน (whole person)

ชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เป็นแนวคิดที่ศึกษา ชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน โดยเน้นความเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญกับบริบท มีการพรรณนาและวิเคราะห์ที่เน้นปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมเป็นตัวแปรสำคัญ

ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นแนวคิดที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความรู้สึกนึกคิด และการอธิบายความหมายจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น และ สะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะ ด้านจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น มีประเด็นที่ต้องมาพิจารณาพร้อมกันหลายมิติเนื่องจากจิตวิญญาณมีความเป็นนามธรรมสูงยากแก่การทำความเข้าใจ ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดสุขภาวะ ด้านจิตวิญญาณ มาศึกษา เพื่อค้นหาสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยความเชื่อว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) จะเป็นพลังสู่การมีสุขภาวะที่ดี ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แนวคิดผู้ดูแล (Caregiver) ส่วนประเด็นของผู้ดูแลมีความสำคัญเนื่องจาก มีความเชื่อว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด (total care) ซึ่งต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยการมอบหมายสมาชิกคนใดคนหนึ่งรับหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย

ส่วนแนวคิด ทฤษฎี ปรัชญาอิสลาม ชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย มาศึกษาเนื่องจากศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย วิถีชีวิตของมุสลิมจึงมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับศาสนาอิสลามจนไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจถึงสภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงหลัก คำสอนของศาสนาอิสลาม และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณอย่างมากเนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด ผู้ป่วยต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ไม่ใช่การดูแลโรคแต่เป็นการดูแลในฐานะบุคคลที่มีสิทธิ์และยังคงมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ในขณะที่แนวคิดการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา เป็นวิธีการศึกษาชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน สถาบันรวมถึงกลุ่มองค์กร เพื่อหาข้อเท็จจริง ใช้ตัวนักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการรวบรวมข้อมูลซึ่งมีลักษณะที่สำคัญได้แก่ มโนทัศน์ทางวัฒนธรรมเป็นแนวคิดหลักชาติพันธุ์วรรณนามีรากที่ฝังแน่นอยู่ในมโนทัศน์ทางวัฒนธรรม ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหลัก เน้นความเป็นองค์รวมและให้ความสำคัญอย่างมากแก่บริบทเพราะถือว่าบริบทคือปัจจัยที่เป็นสภาพแวดล้อมหรือภูมิหลัง ไม่ว่าจะบุคคล เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจและวัฒนธรรม การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายแบบ ใช้ข้อมูลหลายชนิด ข้อมูล

อาจมาจากแหล่งบุคคลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนาแบบเป็นกันเอง จากการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม จากเอกสาร หรือข้อมูลประวัติศาสตร์จากการบอกเล่าของผู้รู้

ส่วนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ของบุคคลได้ ประสบโดยมุ่งทำความเข้าใจว่าคนเรารู้สึกถึงความปรากฏการณ์เพื่อสร้างความหมายและสร้างโลกทัศน์ที่มีประสบการณ์นั้นๆ อย่างไร นั่นหมายถึงผู้วิจัยต้องสังเกตและพิจารณาข้อมูลประสบการณ์ของบุคคลที่ต้องการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ ดังนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีสุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ
2. ปรัชญาอิสลาม
3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลแบบองค์รวม
4. ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย
5. ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา(ethnographic)
6. ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(phenomenology)

1. ทฤษฎีสุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ

สุขภาวะคือภาวะอันเป็นพลวัตของความสุขที่สมบูรณ์พร้อมทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะทางกาย หมายถึง การปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ สุขภาวะทางใจ หมายถึง การมีความสุขใจ มีความร่าเริง แจ่มใส ไม่เครียด หรือทุกข์ร้อนใจ สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การปลอดพ้นจากการบีบคั้นทางสังคม การกดขี่ขูดรีด การถูกละเมิดเหยียดหยาม หรือความรุนแรงอื่นๆ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรู้สึกมีคุณค่าและมีความหมายในชีวิตการรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมายและดำรงอยู่เพื่ออะไร

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยาม คำว่า “สุขภาพ” (health) หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทางกาย (physical well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางใจ (mental well-being) ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม (social well-being) และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ทั้งสี่มิตินี้ไม่ได้แยกกันจากกัน หากแต่เชื่อมโยงสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องในกันและกันอย่างแยกไม่ออก ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ใจ และสังคม เป็นภาวะที่คนส่วนใหญ่เข้าใจได้ง่าย ส่วนภาวะทางด้านจิตวิญญาณ นั้นมีคนจำนวนน้อยที่จะเข้าใจเรื่องดังกล่าว ซึ่งบางครั้งอาการแสดงของการเจ็บป่วยอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความไม่เป็สุขทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมิติของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยครอบคลุมในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ ความหมายของจิตวิญญาณ

พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ ความสำคัญของจิตวิญญาณ และความต้องการด้านจิตวิญญาณและระดับ
ภาวะของจิตวิญญาณรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1.1 ความหมายของจิตวิญญาณ

คำว่า “จิตวิญญาณ” แปลมาจากภาษาอังกฤษคือ spiritual มีรากศัพท์เดิมมาจากภาษาละติน
คำว่า spiritus ซึ่งแปลว่าลมหายใจ (breath) ความมีชีวิต (life) วิญญาณ (soul) และจิตใจ (mind) เป็น
ส่วนที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิต และเพราะว่ามีความเชื่อมโยงกับคำว่าวิญญาณ (anima) ในภาษา
ละติน คำว่า จิต (spirit) จึงมักสัมพันธ์กับการศึกษาประวัติศาสตร์ของคำวิญญาณ (soul) หรือตัวตน
(self) (Rune, 1975; นุบผา ซอบไช้, 2536: 1) เริ่มมีการใช้ จิต (spirit) จิตวิญญาณ (spiritual) พลัง
ชีวิต (spirituality) ในการพยาบาล เมื่อราวต้นศตวรรษถึงกลางศตวรรษที่ 20 (O'Brien, 1999;
สิริรัตน์ สมัครสมาน, 2550: 20-21) พจนานุกรมภาษาอังกฤษ (Oxford English Dictionary, 1989:
1233) ได้เสนอนิยามที่หลากหลายสำหรับ spirit ในพจนานุกรมนี้มีความหมายเหมือนกันกับนิยาม
ของ spirituality ซึ่งหมายถึงความมีชีวิตหรือพลังชีวิต (vital force) สิ่งเหนือธรรมชาติ จิตใจ (mind)
ทักษะพิเศษของจิตใจภายในตัวบุคคล หรือการสะสมบุคลิกภาพที่จำเป็น ธรรมชาติ หรือคุณภาพ
ของบางสิ่ง ความชาญฉลาด หรือความสามารถภายในตัวบุคคล ความเข้มแข็งของจิตใจ ความกล้า
หาญ ความกระตือรือร้น ลักษณะของการมีชีวิต ซึมซับอยู่ในชีวิตหรือพลังภายในบุคคล ความมี
ชีวิตชีวา ความท้าทาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความหมายของ จิต (spirit) หรือ พลังชีวิต (spirituality)
มีความหลากหลาย เข้าใจยาก และยังไม่มีการจำกัดความที่ชัดเจน บางส่วนมีแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับ
ศาสนา หรือการปฏิบัติศาสนพิธี แต่จิตวิญญาณ และศาสนาก็มีความแตกต่างกัน คือความต้องการ
ด้านจิตวิญญาณหมายถึงความต้องการที่จะสัมผัสแก่นแท้ของความเป็นอยู่ เป็นการหาความหมาย
ของบุคคล นำไปยังสถานที่ซึ่งบุคคลแสวงหา เป็นความรักโดยไม่มีเงื่อนไข การให้อภัย ความหวัง
ความศรัทธา หรือความหมายของชีวิต และเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ในขณะที่ศาสนา
หมายถึง การนับถือความเชื่อโดยทั่วไปที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล การปฏิบัติศาสนพิธี และการ
ประกอบพิธีกรรม

ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยังไม่ได้บัญญัติคำนี้ไว้แต่ได้ให้ความหมายของ
คำว่า “จิต” และ “วิญญาณ” ไว้ดังนี้ คำว่า “จิต” หมายถึง ใจ สิ่งที่มีหน้าที่รู้คิด และนึก ส่วนคำว่า
“วิญญาณ” หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตน ทำให้เป็นบุคคลขึ้น เมื่อร่างกายเปื่อยเน่าก็ยังอยู่ต่อไป
ความรู้แจ้ง ความรู้สึกรู้ตัว จิตใจ ส่วนในพจนานุกรมพุทธศาสน์ ฉบับประมวลศัพท์ (พระธรรมปิฎก
ป.อ. ปยุตโต), 2538; ลักณา แพทยานันท์, 2542; แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2544) ได้ให้ความหมายของ

คำว่า “จิต” และ “วิญญาณ” แยกกันไว้ดังนี้ คำว่า “จิต” หมายถึงธรรมชาติที่รู้อารมณ์สภาพที่นึกคิด ความคิด ส่วนคำว่า “วิญญาณ” หมายถึงความรู้แจ้ง อารมณ์ เช่น รู้อารมณ์เมื่อรูปมากระทบตา

ส่วน สอ เสถบุตร ได้ให้ความหมายที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณไว้ว่า วิญญาณ ทำหน้าที่ รู้ดี รู้ชั่ว รู้สุข รู้ทุกข์ รู้ยึดมั่นทุกชีวิตไม่เหมือนกันเป็นไปตามปัจจัยที่ถูกฝึกฝนอบรม คำว่า จิตวิญญาณ มาจากคำภาษาอังกฤษ spirit (n) spiritual (adj) และ spirituality (n) ซึ่งหมายถึง วิญญาณ จิตใจ เกี่ยวกับใจ ความมองอาจ เจตนา ผู้มีปัญญา ความอดทน และภูตผีปีศาจ (สอ เสถบุตร: พจนานุกรมฉบับภาษาอังกฤษ-ไทย, 2544: 714-715)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ (Spiritual) ไว้หลากหลาย ได้แก่ จิตวิญญาณหมายถึง สภาพจิตที่หลุดออกจากการกักขังในความคับแคบของตนเอง ทำให้จิตปริมณฑลขยายใหญ่ออกไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งต่างจากจิตและวิญญาณคือ จิตหมายถึง ความรู้สึก ทุกข์สุข ชอบไม่ชอบ วิญญาณหมายถึงการรู้ (consciousness) เช่น รู้ทางตา เรียกว่า จักขุวิญญาณ รู้ทางหู เรียกว่า โสตวิญญาณ เป็นต้น (ประเวศ ะสี, 2539)

ส่วน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ได้แยกคำว่าจิตกับจิตวิญญาณว่า จิตคือ ความสบายใจ ความสนุกสนาน ไม่เครียด คำว่า จิตวิญญาณหมายถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิตคืออะไร อนันตราช และไฮท์ (Anandarajah and Hight. 2001; พีระศักดิ์, 2546) ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าเป็นประสบการณ์ของมนุษย์ที่ซับซ้อน และมีหลายมิติประกอบด้วยด้านสติปัญญา (cognitive) ประสบการณ์ (experience) และพฤติกรรม (behavior) มิติด้านสติปัญญาและปรัชญา ได้แก่ การค้นหาความหมาย วัตถุประสงค์ และความจริงในชีวิต ความเชื่อ และคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ มิติด้านประสบการณ์และอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกของการคาดหวัง ความรัก ความสัมพันธ์ ความสงบภายใน สิ่งปลอบใจ และผู้ให้การสนับสนุน มิติด้านพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อทางจิตวิญญาณของแต่ละคน

คำว่าวิญญาณ (spirit) ที่นำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาลคือ พลังชีวิตของคน ที่ซึ่งแสวงหาจุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพ และการมีชีวิตอยู่รอดเป็นวิญญาณที่แสวงหาจุดมุ่งหมายของความรัก ความไว้วางใจ ความหวัง และการให้อภัย แก่ตนเอง และผู้อื่น เกี่ยวข้องกับความมีชีวิตจิตใจ และการให้ความหมายที่สำคัญแก่ชีวิต (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2545) ส่วน จิตวิญญาณ (spiritual) แปลว่า เกี่ยวกับจิตวิญญาณ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ทศนา บุญทองกล่าวว่า บุคคล ประกอบด้วย กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ จิตวิญญาณ (spiritual) หมายถึงตัวตนของมนุษย์ส่วนลึกที่สุด เป็นส่วนที่เป็นเฉพาะเจาะจงของคนคนนั้น โดยจิตวิญญาณที่มนุษย์แสดงออกเป็นแต่ละบุคคลในด้านความคิด ความรู้สึกการตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรคต่างๆ จิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจให้มนุษย์มี

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรู้จักให้ความรัก และรู้จักรับความรักจากบุคคลอื่น จิตวิญญาณช่วยให้มนุษย์เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

พุทธศาสนาได้กล่าวถึงธรรมชาติของคน ว่าประกอบด้วยขั้น 5 คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ โดยวิญญาณจะเป็นการรู้แจ้งของอารมณ์ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และทางใจ คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส การรู้สัมผัสทางกาย และการรู้อารมณ์ทางใจ นอกจากนี้ขั้น 5 ดังกล่าวแล้ว คนยังอยู่ภายใต้กฎไตรลักษณ์ คือ ความไม่เที่ยงแท้ ความเป็นทุกข์ ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง นั่นคือ พุทธศาสนา สอนให้บุคคลเข้าใจธรรมชาติของร่างกายว่าเป็นสิ่งไม่คงที่มี การเสื่อมสลายตามกฎของธรรมชาติ ดังนั้นบุคคลจึงต้องเข้าใจสภาวะของตนเพื่อจะไม่ให้เกิดความทุกข์ ความเสียใจ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในชีวิต (สิวลี สิริไล, 2542: 109)

ทวี สุขสม โภชน์ ได้กล่าวว่ธรรมชาติอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของคนเรา ที่ช่วยตัดสินใจ หรือปรุงแต่งจิตใจในการทำบุญ และทำบาปคือเจตสิก ซึ่งเจตสิกนี้เกิดพร้อมกับจิตดับพร้อมกับจิต มีอารมณ์เดียวกันกับจิต อาศัยวัตถุเดียวกันกับจิต เหมือนกระแสไฟและแสงสว่าง ที่ต้องอาศัยหลอดไฟเกิดขึ้น เจตสิก มีลักษณะพิเศษ ๔ อย่าง คือเกิดพร้อมกับจิตดับพร้อมกับจิตมีอารมณ์เดียวกันกับจิตอาศัยวัตถุอันเดียวกันกับจิต (ทวี สุขสม โภชน์, 2551: ข้อมูลออนไลน์)

ในส่วนการทำงานของเจตสิก จิตกับ เจตสิก เป็นนามธรรมเหมือนกัน จึงเข้าประกอบกันได้สนิท เหมือนน้ำกับน้ำตาล หรือน้ำกับสีพลาสติก โดยจิตเป็นธรรมชาติที่รู้อารมณ์ และเจตสิกเป็นธรรมชาติที่ปรุงแต่งจิต ให้รู้อารมณ์เป็นไปต่าง ๆ ตามลักษณะของเจตสิก เช่นจิตเห็นพระพุทธรูปกำลังเดินบิณฑบาต เจตสิกก็ปรุงแต่งจิตให้อยากทำบุญใส่บาตร กับพระพุทธรูปองค์นั้นเป็นต้น ในกรณีนี้จึงนับว่าจิต (เห็น) เป็นใหญ่เป็นประธาน เจตสิกที่คิดจะทำบุญใส่บาตร จึงได้อิงอาศัยจิตเกิดขึ้น ส่วนพระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช) ได้ให้ความหมายของเจตสิกว่า เจตสิก (อ่านว่า เจตะสิก) แปลว่า ธรรมที่ประกอบกับจิต , สิ่งที่เกิดในใจ , ทางใจ เจตสิกหมายถึงอาการหรือการแสดงออกของจิต จัดเป็นสมรรถนะของจิต มีลักษณะที่เกิดดับพร้อมกับจิต รับอารมณ์เดียวกับจิต มีวัตถุที่อาศัยเดียวกับจิต (พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), 2551: ข้อมูลออนไลน์)

ในศาสนาคริสต์กล่าวถึงธรรมชาติของคนว่าเป็นสิ่งที่พระเจ้าทรงสร้างขึ้นมา เช่นเดียวกับสิ่งอื่นในจักรวาล โดยส่วนที่สำคัญของคนคือ ส่วนวิญญาณ อันเป็นสิ่งที่มาจากพระเจ้าโดยตรง และจะกลับไปสู่พระเจ้าเมื่อสิ้นชีวิตไปจากโลกนี้ มนุษย์พึงให้ความสำคัญแก่จิตวิญญาณเหนือกว่าร่างกาย ความสงบทางจิตวิญญาณ สำคัญกว่าความสุขสำราญทางด้านร่างกาย การที่ทุกคนไม่อาจจะเข้าถึงพระเจ้าได้เหมือนกัน เนื่องจากความบกพร่องทางจิตวิญญาณนั่นเอง (สิวลี สิริไล, 2542: 129)

จากคำนิยามต่าง ๆ ข้างต้นสังเกตได้ว่า การให้ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณในประเทศไทยนั้น ได้อาศัยกรอบของคำจำกัดความจากต่างประเทศ ซึ่งมีความเป็นนามธรรมสูง มีความ

หลากหลายทำให้ยากแก่การทำความเข้าใจสำหรับบุคคลทั่วไป และบุคคลที่ไม่ได้ศึกษาที่มาของคำ เกิดการเข้าใจความหมายที่คลาดเคลื่อน ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง จิตวิญญาณจึงเป็นประเด็นที่ถูกละเอียด พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) ได้ตั้งข้อสังเกตถึงสาเหตุ พื้นฐานที่คำเหล่านี้ก่อให้เกิดความสับสน ยากที่จะเข้าใจน่าจะมีสาเหตุจาก ประเด็นแรก เรื่องของ จิตเป็นเรื่องที่ลึกลับ เป็นนามธรรม ยากต่อการพิสูจน์ ชั่ง ตวง และวัดไม่ได้ ประเด็นที่สอง ไม่มีคำ ในภาษาไทยที่พอจะนิยามแทนจิตวิญญาณได้ จึงต้องนำภาษาบาลีมาใช้แทน คำบาลีมาจาก หลักธรรมทางศาสนา เดิมทีนั้นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้จากภายในเรื่องของธรรมชาติ และจักรวาล ความเร้นลับ สัมผัสไม่ได้นั้น คนไทยมักเอาไปพร้อมกับคำว่า ผี หรือ เจ้า ทั้งหมด เนื่องจากวัฒนธรรม ทางศาสนาพราหมณ์แพร่เข้ามาในประเทศไทยก่อนศาสนาพุทธ จึงมีเรื่องของการดำรงอยู่ของ วิญญาณหลังความตายที่ย้ายจากร่างกายสู่ร่างกายในชาติภพที่ต่างกัน คำว่าวิญญาณเลยให้ความหมายว่าเป็นผีชนิดหนึ่งที่ทุกคนยอมรับกันด้วยความเคยชิน ประเด็นที่สาม เรื่องของจิตเป็น ความรู้ทางวิชาการแท้ๆ เป็นของตะวันตก ซึ่งหาข้อสรุปยอมรับกันเป็นเอกฉันท์ไม่ได้ ดังนั้นเมื่อ คนไทยรับเอาเรื่องของจิตเวชศาสตร์ รวมทั้งเรื่องของจิตวิเคราะห์ และประสาทวิทยาซึ่งเป็นศาสตร์ ของตะวันตกมาทั้งหมด ที่สำคัญคือ ความรู้วิชาการทางตะวันตกอื่น ๆ ที่เรารับมาพร้อมกันนั้น ต่าง ล้วนมีวัฒนธรรมความเชื่ออิงศาสนาทางตะวันตก ติดเคลือบอย่างแนบสนิทมาด้วยอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ ด้วยวัฒนธรรม ความรู้ ความเชื่อที่แตกต่างซับซ้อนหลากหลายนี้ และด้วยความเร้นลับของ การรับรู้จากภายในที่พิสูจน์สัมผัสไม่ได้อยู่แล้ว ประกอบกับด้วยคำศัพท์ที่น้อย และมีข้อจำกัดใน ความหมาย ปัญหา และความสับสนจึงเกิดขึ้น (พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต), 2538; สิดารัตน์ สัมครสมาน, 2550: 24)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550 : 33) กล่าวว่า ลักษณะของจิตวิญญาณที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) ทำให้ไม่สามารถทำการตรวจวัดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้ วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ จึงไม่ตอบคำถามเกี่ยวกับจิตวิญญาณ และการไม่สามารถตอบคำถามนั้น มีมูลเหตุรากฐานมาจาก กระบวนทัศน์ที่ปฏิเสธการดำรงอยู่ของมิติอื่นใดที่ไม่สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณแต่อย่างไรก็ตาม จิตวิญญาณ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิต เพราะชีวิตต้องการการเข้าถึงความดี ความงาม ความถูกต้อง ต้องการความลุ่มลึกทางปรัชญา และความละเอียดอ่อนซึ่งจะช่วยปลุกเร้าความเป็น มนุษย์ให้สมบูรณ์ กล่าวโดยสรุป จิตวิญญาณหมายถึง การมีพลังภายในและพลังอำนาจของชีวิต ซึ่งนำบุคคลให้ชีวิตสงบสุข มีความรู้สึกกลมกลืนต่อเนื่องในชีวิต และรับรู้ว่ามีความรู้สึกนึกคิดที่ ซึ่งพลังเหล่านี้ทำให้คนมองถึงสิ่งที่เป็นไปได้ และเป็นสิ่งซึ่งทำหน้าที่ผสมผสานมิติร่างกาย และจิต สังกมเข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดการสร้างสรรค์ ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะเหนือตน จิตวิญญาณเป็นมิติที่เป็น แกนกลางของบุคคล เป็นสิ่งที่ทำให้คิดตรึงฝังแน่นอย่างลึกซึ้งอยู่ในส่วนลึกที่สุดของจิตใจ

มีความละเอียดซับซ้อน เป็นนามธรรม และจับต้องไม่ได้ มิตินี้พัฒนาจากความผูกพันด้านจิตใจของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ พลังพื้นฐาน ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี สิ่งของ วัตถุ และศาสนา เป็นต้น

1.2 พัฒนาการของการเกิดจิตวิญญาณ

คำว่าจิตวิญญาณ ไม่ใช่คำใหม่ มีมานานกว่า 2500 ปีแล้ว และจิตวิญญาณเกิดขึ้นมาตั้งแต่เริ่มมีชีวิต หรือเริ่มปฏิสนธิ เนื่องจากพัฒนาการด้านจิตวิญญาณของคนเป็นผลรวมระหว่าง พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับพัฒนาการในส่วนอื่น ๆ แต่สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญเพราะ สิ่งแวดล้อมเป็นตัวขัดเกลาจิตใจคนได้ ดังนั้นพัฒนาการของจิตวิญญาณจึงเป็นขบวนการที่ต้องผ่านการอบรมเลี้ยงดูอย่างสร้างสรรค์ด้วยวิธีสั่งสอน ซึ่งเน้น ตักเตือน เป็นตัวแบบที่ดี เพื่อให้เด็กมองเห็น และรับเป็นความเชื่อที่ฝังลึกในตัวเด็ก และแสดงออกมาในทางพฤติกรรมที่ถูกที่ควร เนื้อหาใจความที่ใช้ในการอบรมสั่งสอนคือ เนื้อหาในปรัชญา ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งการปลูกฝังให้เกิดความศรัทธาความรู้ความเข้าใจ ได้สำเร็จจะช่วยนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี เข้าใจ ธรรมชาติของมนุษย์ และการดำเนินไปของชีวิต (ฟารีดา อิบราฮิม, 2534)

ภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่มีความเกี่ยวพันกับมิติอื่น ๆ ทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม เมื่อใดที่บุคคลมีภาวะเบี่ยงเบนในมิติใดมิติหนึ่งย่อมส่งผลต่อมิติอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นพยาบาลควรตระหนัก และให้การดูแลบุคคลในลักษณะองค์รวม ซึ่งการพยาบาลในด้านจิตวิญญาณ จะประกอบรวมอยู่ในการพยาบาลด้านอื่น ๆ และจะเป็นในลักษณะการสนับสนุน เอื้ออำนวยความ สะดวกตามความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล โดยคงสภาพการบำบัด ด้วย และชักชวนให้ผู้ป่วยศรัทธาในงานพยาบาลและทีมการรักษา สร้างสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับใน ความเชื่อของบุคคลโดยผสมกลมกลืนกับการแพทย์ในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความจริงใจพร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการ พยาบาลต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านจิตวิญญาณของผู้อื่นและตนเองให้มีความสมบูรณ์ ผาสุก อย่างสม่ำเสมอ และช่วยให้ผู้รับบริการมีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลผู้นั้นมีพลังในตัว มีความหวัง กำลังใจ รู้สึกว่ามีคุณค่า และสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้

1.3 ความสำคัญของจิตวิญญาณ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าจิตวิญญาณเป็นความมีตัวตนของมนุษย์ในส่วนที่ลึกที่สุดเป็น ลักษณะเฉพาะของบุคคล จิตวิญญาณ เปรียบเหมือนขุมพลังของสุขภาพ ซึ่ง ฮิลและสมิธ (Hill and Smith, 1990; เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2544: 8) ได้กล่าวถึงจิตวิญญาณว่ามีความสำคัญดังนี้

จิตวิญญาณเป็นการสร้างสรรค์ (to be spiritual is to create) จะเกิดจากส่วนลึกของ

บุคคล จักช่วยในการสร้างความสมดุลของชีวิต และจิตวิญญาณ เป็นการ แสดงออกในด้านความ สนุกสนาน (spirituality express itself as joy) จิตวิญญาณยังรวมถึงการเกี่ยวพันกับความปีติยินดี มีการเพิ่มความสามารถที่จะให้ความรัก ความไว้วางใจในการให้ความหมายของชีวิต มีความยินดี หรือสนุกสนาน ที่เกิดจากการแสดงออกของคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นลักษณะประสบการณ์ทาง จิตวิญญาณอย่างหนึ่ง และจิตวิญญาณต้องการความรับผิดชอบ และทางเลือก (spirituality require & responsibility and choice) การมีชีวิตอยู่นั้นคนจะรับรู้ถึงจิตสำนึก ซึ่งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมถึงการดูแลสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับความสามารถในการมีชีวิตอยู่ของคน กับศีลธรรม สุดท้าย จิตวิญญาณให้ความศรัทธา และความหวัง (spirituality provide & faith and hope) เป็นความเชื่อถือ ในการไว้วางใจในบุคคล เป็นพลังอำนาจที่มีผลกระทบในการช่วยให้คนมีความรู้สึกสมดุล มีจิตใจสงบ และมีความหวังเกิดขึ้น

การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อการรักษาแผนปัจจุบันที่ผู้รักษามุ่งที่โรคเพียงอย่าง เดียว จะทำให้ผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะคิดว่า พยาธิสภาพทางกายเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ตัดเรื่อง จิตวิญญาณออกไป โดยไม่พยายามทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อม และความเชื่อของบุคคล มีความแตกต่างของคำว่า การดูแล (care) และการรักษา (cure) การดูแลหมายถึง ความเอาใจใส่ ความเป็นห่วง ความรับผิดชอบ หรือความปรารถนาที่ดีที่จะทำอะไรๆ ด้วยความตั้งใจจริง แต่ถ้า มุมมองของการรักษาเน้นที่โรค การดูแลบุคคลจะเป็นการรักษาซึ่งแพทย์มุ่งค้นหาคำตอบเพื่อความ สมบูรณ์ของการศึกษา และวิจัยโรคจนบางครั้งลืมมองคนที่เป็นเจ้าของชีวิต และไม่สนใจศึกษา บริบทของผู้ป่วย

จากสาเหตุดังกล่าว เมื่อทีมสุขภาพเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด ถ้า ทีมสุขภาพ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน และช่วยเหลือด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณแล้ว ย่อมส่ง ผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้รับบริการอย่างแน่นอน เนื่องจากไม่สามารถสัมผัส และเข้าถึง จิตวิญญาณของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง

1.4 ความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการทางด้านความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมี ความสัมพันธ์ต่อปัจจัยที่ให้ความรู้สึกที่คิดตรงฝังแน่นอยู่ในส่วนลึก ๆ ในจิตใจของบุคคลนั้น นักจิตวิทยาหลายคน รวมทั้งมาสโลว์ได้อธิบายว่า ความต้องการถึงความสำเร็จแห่งตน หรือ self actualization มีความหมายลึกซึ้ง ซึ่งรวมถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วย

ไฮฟิลด์ และคาสัน (Highfield and Cason, 1983; ทศนา บุญทอง, 2534) ได้อธิบายถึงความ ต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์มีด้วยกัน 4 ด้าน ประการแรก ความต้องการการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต และพฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก โดยการดำเนินชีวิตด้วยการยึดถือ

ค่านิยมแห่งตน แสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศาสนา ประการที่ 2 ความต้องการได้รับความรัก พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่า ตนได้รับความเมตตา และการให้อภัยจากผู้อื่น และพระผู้เป็นเจ้า ประการที่ 3 ความต้องการแสดงความรักต่อผู้อื่น พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงความรักต่อผู้อื่น ประการสุดท้าย ความต้องการความหวัง และสร้างสรรค์ พฤติกรรมที่แสดงออกคือตั้งเป้าหมายในชีวิตที่แสดงออกอย่างเหมาะสม และมีความเป็นไปได้

ไฮฟิลด์ (Highfield) ได้จัดแบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแรก ความต้องการ การมีความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิตเพื่อยอมรับในตนเองและบุคคลอื่น ด้านที่ 2 ความต้องการการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตนเอง ศาสนา ซึ่งเป็นความศรัทธา ใ่ว่างใจ การให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข ด้านสุดท้าย ความต้องการความหวัง ซึ่งเป็นความต้องการที่ให้ตนเองได้พบสิ่งดี ๆ (Highfield, 1992; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548: 24)

ตัน ยี (Tan yee) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณว่า เป็นการที่บุคคลได้รวมเอาความต้องการด้านจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นไว้ด้วยกัน คือความใ่ว่างใจ การให้อภัย ความรัก ความสัมพันธ์ที่ดี ความเชื่อ ความหวัง การมีความหมาย เป้าหมายของชีวิต และคุณความดี (Tanyee, 2002; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548: 24) ดังนั้นความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นความต้องการความหวัง และความมุ่งหมายในชีวิต รวมทั้งการมีโอกาสที่ได้แสดงความรักต่อผู้อื่น และการสนองตอบต่อความรักที่ได้รับจากบุคคลอื่นด้วยเช่นกัน เมื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ จะเกิดความไม่สุขสบาย หรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณขึ้น ซึ่งภาวะของจิตวิญญาณมีลักษณะที่ต่อเนื่องตั้งแต่ความผาสุก (spiritual well-being) การตอบสนองไม่เพียงพอ (spiritual need deficit) และการขาดการตอบสนองหรือความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (spiritual distress)

อวยพร ต้นมุขยกุล (2534) กล่าวถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าเป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ บุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้มีไบหน้าสดชื่น สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่น และตอบสนองการแสดงความรักของผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม สามารถแสดงความพึงพอใจหรือชื่นชมในประสบการณ์ของตนกับสิ่งแวดล้อม และ ฟารีดา อิบราฮิม (2539) กล่าวว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นการแสดงออกถึงความมั่นคงของชีวิตที่สัมพันธ์กับสิ่งสูงสุดกับตนเอง กับชุมชน และสิ่งแวดล้อมซึ่งช่วยฟูมฟักและสร้างความเป็นองค์รวม จากความหมายดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่าความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ บุคคลเหล่านี้สามารถแสดงความรักต่อ

ผู้อื่น และตอบสนองต่อการแสดงความรักต่อผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความสมบูรณ์ของชีวิต

อวยพร ต้นมุขยกุล (2534) กล่าวถึงระดับความทุกข์ทางจิตวิญญาณว่า มีทั้งภาวะที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณไม่เพียงพอ และภาวะขาดการตอบสนองทางจิตวิญญาณ หรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณมีการแสดงออกได้ในหลายรูปแบบเช่น หวาระแวงผู้อื่น ๆ รู้สึกตนเองค้อยคุณค่า ว่าเหว ก้าวร้าว แยกตัว ซึมเศร้า ส่วน ฟารีดา อิบราฮิม (2539) อธิบายว่าความทุกข์ทางจิตวิญญาณหมายถึง การรบกวน หรือความบกพร่องที่ขัดขวางไม่ให้เกิดความกลมกลืนในองค์ประกอบทางชีวภาพและจิตสังคม ทำให้บุคคลหมดความรู้สึกรักพอใจ หรือสงบสุข

คนทุกคนมีความต้องการ การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ นั่นคือ การตอบสนองความต้องการของชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมาย สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมตามค่านิยมของตนเอง มีพลังในการดำเนินชีวิต สามารถรัก และให้อภัยผู้อื่น ขณะเดียวกันก็ต้องการความรัก และการให้อภัยจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน ดังนั้น ระดับภาวะของจิตวิญญาณในบุคคลจึงขึ้นอยู่กับปริมาณการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งภาวะจิตวิญญาณของบุคคลแบ่งออกได้เป็นสองลักษณะคือ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ บุคคลเหล่านี้สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่น และตอบสนองต่อการแสดงความรักต่อผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม ส่วนภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการสนองตอบความต้องการด้านจิตวิญญาณ บุคคลเหล่านี้มักอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง ท้อแท้ น้อยเนื้อต่ำใจ ขาดขวัญ และกำลังใจ เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการพบกับความต้องการของจิตวิญญาณมีผลทำให้เกิดการคุกคามระบบความเชื่อของบุคคลในระหว่าง อยู่ในสถานการณ์คับขันของชีวิต หลักยึดในการดำรงชีวิตถูกบั่นทอนทำให้กระทบต่อความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น

จากการศึกษาของสมพร (2542) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลพบว่า ศาสนาอิสลามเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากศาสนาอิสลามมีระบบความเชื่อ และแนวทางการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมทุกด้านตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งมุสลิมจะต้องยึดมั่น และปฏิบัติในทุกแง่มุม จึงทำให้สังคมมุสลิมมีลักษณะที่เฉพาะของตนเอง และจากการศึกษาของโซเคนและคาร์สัน (Soeken & Carson) พบว่าพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในหลักคำสอนของศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือจะสามารถรับรู้และให้การตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติพยาบาลคือ การดูแลรักษาคนทั้งคนที่เป็นองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้การบริการพยาบาล

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลบนพื้นฐานของการเคารพต่อศักดิ์ของความเป็นมนุษย์ (Soeken&Carson,1986 cite by Stranahan, 2001; จินตนา คำเกลี้ยง, 2548: 3)

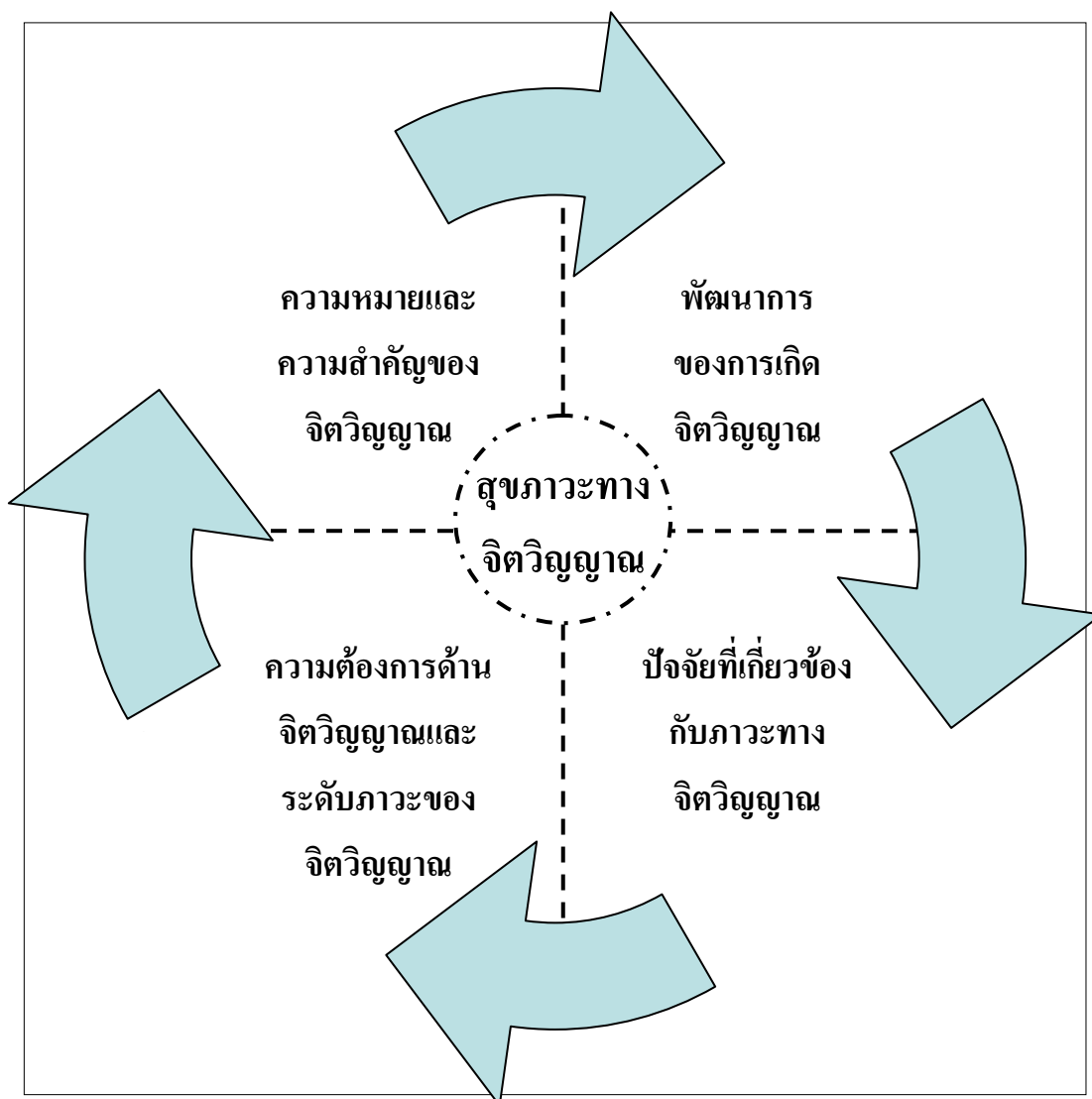
ส่วน เสาวลักษณ์ มณีรักษ์ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต” ผลสรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณที่สอดคล้องกัน 6 ลักษณะคือ เป็นที่พึงพอใจ เป็นความรู้สึกส่วนลึกของบุคคล เป็นพลังภายในที่ทำให้เกิดแรงขับ เป็นเหมือนยารักษาใจ เป็นความหวัง และเป็นศูนย์รวมของร่างกาย

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ อายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเอง และการแปลความหมาย ส่วนเพศนั้นในสังคมไทยเพศชายมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่สถานภาพสมรสก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และมีสุขภาพดี กำลังใจดี อายุยืนสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี การศึกษาก็เป็นการช่วยเพิ่มภูมิปัญญาในการใช้กระบวนการคิดแก้ปัญหาและการตัดสินใจทำให้ชีวิตมีคุณค่า ส่วนปัจจัยด้านรายได้ หรือฐานะทางเศรษฐกิจ นั้นก็มีผลต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณเช่นกันเพราะผู้มีรายได้ดี มีเงินใช้จ่ายจะไม่เป็นภาระกับใครและปัจจัยด้านศาสนาก็มีความสำคัญเช่นเดียวกันเนื่องจากการปฏิบัติศาสนาจะช่วยให้จิตวิญญาณของคนสมบูรณ์ขึ้นศาสนาช่วยให้คนเข้าใจตนเองและมีกำลังใจ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีผลกระทบต่อบุคคลแบบองค์รวม

ส่วนการรับรู้ว่าโรคไม่อาจรักษาได้หรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการ ทำให้ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต กระทบต่อความหมายและเป้าหมายในชีวิต ภาวะวิกฤตในชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดได้กับทุกคน การประสบกับภาวะวิกฤตเป็นการเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับคน เป็นการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวก็เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจาก ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพัน การได้รับความรักการประคับประคองจากครอบครัวเป็นหนทางในการสร้างจิตวิญญาณ ในขณะที่ปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก็มีความสำคัญเนื่องจากการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการพื้นฐาน เป็นตัวชี้วัดความผาสุกในชีวิต การถูกแยกจากแหล่งที่สร้างภาวะทางจิตวิญญาณ เช่น ถูกแยกจากสิ่งที่คุ้นเคย เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางจิตวิญญาณ สูดท้ายความไม่เหมาะสมในการดูแล เช่น ความบกพร่องในการดูแลของทีมสุขภาพ หรือมองความเชื่อของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งเหลวไหล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ

ดังกล่าวทั้งหมดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับจิตวิญญาณซึ่งมีบริบทที่ซับซ้อนและลึกซึ้งผู้วิจัยจึงขอสรุปเป็นแผนภาพเพื่อให้ง่ายแก่การทำความเข้าใจดังภาพ



ภาพที่ 2 แสดงภาพองค์ประกอบของแนวคิด ทฤษฎีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

2. ปรัชญาอิสลาม

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่สำคัญศาสนาหนึ่งของโลก ผู้นับถือศาสนานี้มีปรากฏอยู่ทั่วโลก ทุกเชื้อชาติ ทุกภาษา บทบัญญัติของศาสนาอิสลามเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดชีวิตของมนุษย์นับตั้งแต่เกิดจนตาย วิธีชีวิตความเป็นอยู่ของมุสลิม จึงมีความสัมพันธ์แนบแน่นกับศาสนา จนไม่สามารถแยกจากกันได้ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจถึงสภาพสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และประเพณี ตลอดจนความเชื่อถือของชาวไทยมุสลิม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงหลักของศาสนาอิสลาม

คำว่า “อิสลาม” มาจากรากศัพท์ภาษาอาหรับว่า “อัสละมะ” มีความหมายว่าหนทางสู่ความสงบ และสันติ ศาสนิกชนผู้นับถือศาสนาอิสลามเรียกว่า มุสลิม แปลว่า ผู้ยอมมอบตน นอบน้อม

ยอมจำนนต่อพระเจ้า และผู้ที่ไฝ่หาสันติ เพราะฉะนั้นศาสนาอิสลามจึงมีความหมายถึง ความสงบสุข สันติ และการยอมรับต่อสภาวะของพระเจ้าเป็นเจ้า ศาสนาอิสลามมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัวคือ เป็นศาสนาที่ประทานลงมาสู่มนุษย์โดยพระเจ้า คือพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา หลักการ และคำสอนที่สำคัญของศาสนาอิสลามมาจากคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา ประทานโอวาทลงมาแก่ท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวซัลลัม มุสลิมทุกคนต้องมีความเชื่อ และศรัทธาว่าอัลกุรอานได้ถูกประทานมาจากพระเจ้า โดยให้มนุษย์ปฏิบัติครอบคลุมถึงชีวิตทุกด้านเช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคม กฎหมาย ปรัชญา และวัฒนธรรม ตลอดจนสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ เป็นต้น

ส่วนสุขภาพในทัศนะของอิสลามนั้นเน้นหนักในส่วนของมิติด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากมีความเชื่อว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะเป็นพลังนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยรวม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (ดำรง แวอาลี, 2546: 3) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมเพื่อให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณได้นั้น พยาบาลจึงต้องคำนึงถึงความคิด ความเชื่อ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งได้มีหลักคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอาน และอัลหะดีษ (สุนนะห์ หรือจริยวัตรของท่านศาสดาศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวซัลลัม) ที่มุสลิมใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตในทุกด้าน และทุกแง่มุมของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย

2.1 ความหมายของชีวิต ความเจ็บป่วย และความตายในทัศนะอิสลาม

ผู้วิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) มาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้ครอบคลุมเชื่อมโยงเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในทัศนะอิสลาม ซึ่ง ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992; จิตสิริ, 2548) ได้แบ่งความต้องการด้านจิตวิญญาณ ออกเป็น 3 ด้าน คือ ความต้องการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต (need for meaning and purpose in life) ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กับสิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตน (The needs for relationships with others and/or a supreme other) และความต้องการความหวัง (need for hope) ดังรายละเอียดดังนี้

1) **ความต้องการมีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต (need for meaning and purpose in life)** หมายถึงการมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน และมีศักยภาพในการดำรงชีวิต เป็นการหาความหมาย ที่ต้องการความลึกซึ้งซึ่งเป็นนามธรรม และละเอียดอ่อน อยู่ในส่วนลึกของจิตใจ ความต้องการที่จะรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ โดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือมีการดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง มีการแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

ความว่า และอาการมีนงแห่งความตายได้ปรากฏขึ้นอย่างประจักษ์แจ้ง และนั่นคือสิ่ง
ที่เจ้าจะหลีกเลี่ยงจากมันไปไม่ได้ (กัณฑ์:19)

โดยพระองค์อัลลอฮฺซุบฮานาสุวตาอาลาได้กำหนดเกี่ยวกับการเกิดการตายของมุสลิมไว้ว่ามุสลิม
เกิดมาเพื่ออะไร ตายแล้วไปไหน โดยแบ่งชีวิตของมุสลิมเป็น 5 ช่วง (นุรุดดิน สารีมิง, 2540: 79) คือ

ช่วงที่ 1 ช่วงกำเนิดวิญญาณ (รูฮานียะฮฺ) วิญญาณของมนุษย์ในช่วงกำเนิดครั้งแรก
ต่างให้คำมั่นสัญญาและปฏิญาณตนยอมรับในความมีอยู่ และเอกภาพของพระองค์อัลลอฮฺ ซุบฮา
นาสุวตาอาลา และจะยึดปฏิบัติตามคำสอนของพระองค์ วิญญาณของมนุษย์เริ่มมีเมื่อใด มีมา
อย่างไร และอยู่ที่ไหน เป็นอำนาจและความรอบรู้ของพระองค์ องค์เดียวเท่านั้น พระองค์ได้ทรงให้
มนุษย์สืบเผ่าพันธุ์จากเชื้ออสุจิจนเป็นรูปร่างที่สมบูรณ์แล้วพระองค์ทรงเป่าวิญญาณลงไป
ร่างกายนั้น ดังที่อัลลอฮฺได้กล่าวว่

عَلَّمَهُ الْقُرْآنَ وَالْحِكْمَةَ وَجَعَلَ فِيهِ سَمْعًا وَبَصَرًا وَفُؤَادًا وَنَفْسًا وَرُوحًا وَجَعَلَ فِيهِ قُوَّةً وَكَلِمَاتٍ عَالِيَةً وَدَلِيلًا لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ
وَجَعَلَ فِيهِ قُوَّةً وَكَلِمَاتٍ عَالِيَةً وَدَلِيلًا لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ
وَجَعَلَ فِيهِ قُوَّةً وَكَلِمَاتٍ عَالِيَةً وَدَلِيلًا لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ

ความว่า และขอสาบานว่า แน่อนเราได้สร้างมนุษย์มาจากธาตุน้ำของดิน แล้วเราทำ
ให้เขาเป็นเชื้ออสุจิ อยู่ในที่ที่กอันมันคง (คือมดลูก) แล้วเราได้ทำให้เชื้ออสุจิกลายเป็น
ก้อนเลือดแล้วเราได้ทำให้ก้อนเลือดกลายเป็นก้อนเนื้อแล้วเราได้ทำให้ก้อนเนื้อ
กลายเป็นกระดูก แล้วเราหุ้มกระดูกนั้นด้วยเนื้อ แล้วเราได้เป่าวิญญาณให้เขากลายเป็น
อีกรูปร่างหนึ่ง ดังนั้นอัลลอฮฺทรงจำเรื่อยิ่ง ผู้ทรงเลิศแห่งปวงผู้สร้าง (อัลมูมิnun:12-14)

ช่วงที่ 2 ช่วงชีวิตในครรภ์มารดา (ซุคฺรอ) ดังที่พระองค์อัลลอฮฺ ได้กล่าวว่

عَلَّمَهُ الْقُرْآنَ وَالْحِكْمَةَ وَجَعَلَ فِيهِ سَمْعًا وَبَصَرًا وَفُؤَادًا وَنَفْسًا وَرُوحًا وَجَعَلَ فِيهِ قُوَّةً وَكَلِمَاتٍ عَالِيَةً وَدَلِيلًا لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ

ความว่า แล้วเราทำให้เขาเป็นเชื้ออสุจิ อยู่ในที่ที่กอันมันคง (คือมดลูก) (อัลมูมิnun:13)

แล้วอสุจิกก็กลายเป็นก้อนเลือด แล้วพระองค์ทรงทำให้ก้อนเนื้อกลายเป็นกระดูก เนื้อหุ้มกระดูก และ
ทรงเป่าวิญญาณให้กำเนิดอีกรูปร่างหนึ่ง กำเนิดมนุษย์ในช่วงนี้โดยใช้เวลาประมาณ 8-9 เดือน ก็
จะหมดวาระโดยคลอดออกมาสู่โลกภายนอกซึ่งเป็นการเริ่มต้นชีวิตใหม่ ท่ามกลางสภาพแวดล้อมใหม่

ช่วงที่ 3 ช่วงชีวิตในโลกปัจจุบัน (คนยา) ช่วงชีวิตในโลกปัจจุบันนั้นไม่แน่นอน บางคนมีอายุสั้นบางคน มีอายุยืนยาว โดยที่คนส่วนมากมีอายุขัยระหว่าง 60-70 ปี ในช่วงที่กำหนด อยู่ใน โลกที่หนึ่ง และ โลกที่สอง มนุษย์ต้องรับสภาพตามกำหนดของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา แต่ใน โลกที่สาม มนุษย์เริ่มรู้ตัวเองและบรรลุนิติภาวะทางศาสนา ทุกคนต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสอนที่พระองค์วางไว้ หน้าที่ของมนุษย์คือยำเกรง และศรัทธาในพระองค์ ชีวิตบนโลกที่สามนี้เป็นเพียงช่วงหนึ่งของการดำรงชีวิตก่อนชีวิตในโลก อนาคตอีก สองโลก ซึ่งเป็นโลกแห่งการรับผลกรรมที่มนุษย์ได้กระทำขณะมีชีวิตอยู่ใน โลกปัจจุบัน

ช่วงที่ 4 ช่วงชีวิตในสุสาน (บรัชัค) ดังที่พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ได้กล่าวว่า

أَلَمْ يَجْعَلْ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا

ความว่า และเบื้องหน้าของพวกเขานั้นมีโลกบรัชัค จนกระทั่งถึงวันที่พวกเขาจะถูกฟื้นคืนชีพขึ้นมา (อัลมูมินุน:100)

โลกที่สี่เริ่มตั้งแต่วันตายจนถึงวันที่ถูกฟื้นคืนชีพมาใหม่ในวันอวสาน (กียามะฮฺ) การตายจากโลกนี้เป็น การสิ้นสุดของร่างกายส่วนที่เป็นรูปธรรม ร่างกายจะเน่าเปื่อยกลายเป็นดินแต่วิญญาณของมนุษย์ไม่ตายไม่สลาย และคงอยู่ต่อไป ในสุสานหรือใน โลกที่สี่นี้ มนุษย์ต้องรับกรรมจากการกระทำรับผลตอบแทนความดีด้วยความสุขสบายและรับผลตอบแทนความชั่วด้วยความทุกข์ทรมาน

ช่วงที่ 5 ชีวิตในปรโลก (อาคีเราะฮฺ) ดังที่พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ได้กล่าวว่า

أَلَمْ يَجْعَلْ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا

ความว่า แล้วแท้จริงพวกเขาจะถูกทำให้ฟื้นคืนชีพในวันกียามะฮฺ (อัลมูมินุน:16)

ชีวิตในโลกนี้เป็นวาระสุดท้ายของมนุษย์ ซึ่งเริ่มต้นด้วยการสิ้นสุดของโลกสุสาน ชีวิตที่ตายจะถูกทำให้ฟื้นขึ้นมาใหม่อีกวาระหนึ่ง และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

أَلَمْ يَجْعَلْ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا

ความว่า จงกล่าวเถิดมุฮัมมัด พระผู้ทรงให้กำเนิดมันครั้งแรกนั้น ย่อมจะทรงให้มันมีชีวิตขึ้นมาอีก และพระองค์เป็นผู้ทรงรอบรู้การบังเกิดทุกสิ่ง (ยาซีน:79)

โดยที่พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา จะเป็นผู้ดลบันดาลร่างกายกับวิญญาณขึ้นมาใหม่ หลังจากนั้นมนุษย์จะถูกสอบสวน และรับผลตอบแทนจากสิ่งที่ปฏิบัติในโลกปัจจุบัน สถานที่รองรับสำหรับเป็นที่อาศัยของมนุษย์ในโลกสุดท้ายคือสวรรค์และนรก สวรรค์เป็นสถานที่ที่เต็มไปด้วยความผาสุกอันยิ่งใหญ่ สำหรับตอบแทนผู้ที่เคารพภักดี ศรัทธา ยำเกรงต่อพระองค์ ส่วนนรกเป็นแดนโทษที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานอันปวดร้าวอย่างที่สุด สำหรับผู้ที่ปฏิเสธต่อพระองค์

2) ความต้องการด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กับสิ่งอื่น สิ่งนอกเหนือตน

(The needs for relationships with others and/or a supreme other) ความต้องการด้านนี้ประกอบด้วย ความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งนอกเหนือตน เช่น การรัก (love) โดยไม่มีเงื่อนไข ความไว้วางใจ (trust) การให้อภัย (forgiveness) และความสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตน ความศรัทธา (faith) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความต้องการให้ความรักและรับความรัก (The need to give and receive love)

เป็นการได้รับความรักจากบุคคลอื่นและพระเจ้า เป็นการแสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีเพื่อผู้อื่น การได้รับความรักจากบุคคลอื่นช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความหวัง และมีพลังที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามกันหากบุคคลไม่ได้รับความรักอาจก่อให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้ ในศาสนาอิสลาม ได้กล่าวถึงแง่มุมของความรักโดยพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา ได้กล่าวว่า

وَمَا مِنْكُمْ مِنْ أَحَدٍ عَدُوٍّ لِحَبِيبِي إِلَّا يَكُونُ عَدُوًّا لِي

وَمَنْ كَفَرَ بِي فَقَدْ كَفَرَ بِرَبِّهِ

ความว่า และในหมู่ชนุญนั้น มีผู้ที่ยึดถือบรรดาภาคี อื่นจากองค์อัลลอฮ์ ซึ่งพวกเขารักภาคีเหล่านั้น เช่นเดียวกับรักอัลลอฮ์ แต่บรรดาผู้ศรัทธานั้น เป็นผู้ที่รักอัลลอฮ์มากกว่า และหากบรรดาผู้ธรรมจะได้เห็น ขณะที่พวกเขาเห็นการลงโทษอยู่นั้น (แน่นอนพวกเขาจะต้องตระหนักดีว่า) แท้จริง อัลลอฮ์นั้น เป็นผู้ทรงลงโทษที่รุนแรง (อัลบาคอเราะฮ์:165)

ให้รักพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา และศาสนทูตของพระองค์มากกว่าสิ่งอื่นใดทั้งหมด และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَتَّبِعُوا الدِّينَ الَّذِي كَفَرُوا بِهِ

ความว่า จงกล่าวเถิด (มุฮัมมัด) ว่า พวกเขาหากพวกท่านรักอัลลอฮ์ก็จงปฏิบัติตามฉัน อัลลอฮ์ก็จะทรงรักพวกท่าน และจะทรงอภัยให้แก่พวกท่านซึ่งโทษทั้งหลายของพวกท่าน และอัลลอฮ์นั้นเป็นผู้ทรงอภัยโทษ ผู้ทรงเมตตาเสมอ (อาลิอิมรอน:31)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾

ความว่า บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลาย ! ผู้ใดในหมู่พวกเจ้ากลับออกจากศาสนาของพวกเขา ไป อัลลอฮ์ก็จะทรงนำมาซึ่งพวกหนึ่ง ที่พระองค์ทรงรักพวกเขาและพวกเขาก็รักพระองค์ เป็นผู้มอบน้อมถ่อมตนต่อบรรดามุอมีน ไว้เกียรติแก่บรรดาผู้ปฏิเสธศรัทธา พวกเขาจะเสียดสละและต่อสู้ในทางของอัลลอฮ์ และไม่กลัวการดำเนินของผู้ดำเนินคนใด นั่นคือความโปรดปรานของอัลลอฮ์ซึ่งพระองค์จะทรงประทานมันแก่ผู้ที่พระองค์ทรงประสงค์ และอัลลอฮ์นั้นเป็นผู้ทรงกว้างขวาง ผู้ทรงรอบรู้ (อัลมาอิดะฮ์:54)

และอัลลอฮ์กล่าวไว้ว่า

﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنِّي جَاءْتُكُمْ بِالْبَيِّنَاتِ ۖ إِنِّي أَخَذْتُ مِنَ اللَّهِ عَهْدًا أَنَّكُمْ تُرِيدُونَ ۚ وَأَنَّكُمْ سَاءَ عُتْقَادٌ ۚ﴾

ความว่า จงกล่าวเถิด (มุฮัมมัด) ว่า หากบรรดาบิดาของพวกเจ้าและบรรดาลูกๆของพวกเจ้าและบรรดาพี่น้องของพวกเจ้า และบรรดาผู้ครองของพวกเจ้า และบรรดาญาติของพวกเจ้า และบรรดาทรัพย์สินสมบัติที่พวกเจ้าแสวงหาไว้ และสินค้าที่พวกเจ้ากลัวว่าจะจำหน่ายมันไม่ออก และบรรดาที่อยู่อาศัยที่พวกเจ้าพึงพอใจมันนั้น เป็นที่รักใคร่แก่พวกเจ้ายิ่งกว่าอัลลอฮ์ และร่อซูลของพระองค์ และการต่อสู้ในทางของพระองค์แล้วไซ้ร้ ก็จงรอคอยกันเถิดจนกว่าอัลลอฮ์ จะทรงนำมาซึ่งกำลังของพระองค์ และอัลลอฮ์นั้นจะไม่ทรงนำทางแก่กลุ่มชนที่ละเมิด (อัตเตาบะฮ์:24)

นอกจากนี้การรักพี่น้องร่วมศาสนาเป็นลักษณะเด่นของมุสลิม เป็นความรักที่ไม่ได้ต้องการผลประโยชน์ เป็นความรักที่ศิงาม สูงส่ง บริสุทธิ์ และถาวร ซึ่งความรักต่อพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา แสดงออกได้ด้วยความยำเกรง ความนอบน้อมยอมปฏิบัติตน ตามบทบัญญัติของพระองค์ ส่วนความรักต่อเพื่อนมนุษย์แสดงออกด้วยการเชิญชวนให้กระทำความดี กระทำในสิ่งที่พระองค์ทรงใช้ และดักเตือนไม่ให้กระทำในสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม

ความต้องการความไว้วางใจ (The need for trust) ในศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความไว้วางใจว่าเป็นการไว้วางใจต่อพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา เนื่องจากชีวิตของมุสลิมจะได้รับการคุ้มครองดูแลจากพระองค์ตั้งแต่เกิดจนตาย และพระองค์เท่านั้นที่จะทำให้ความทุกข์ทรมานหายไป โดยอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

﴿وَأَلَّفْنَا بَيْنَهُمْ الْوَدَانَ لِيَنْفَعُوا فِى الدِّىْنِ وَآلِئِنَّهُمْ لَكَاثِبُونَ﴾
﴿وَأَلَّفْنَا بَيْنَهُمُ الْوَدَانَ لِيَنْفَعُوا فِى الدِّىْنِ وَآلِئِنَّهُمْ لَكَاثِبُونَ﴾

ความว่า สำหรับเรามีลาอิกะฮ์ผู้เฝ้าติดตามทั้งข้างหน้าและข้างหลังเขารักษาเขาตามพระบัญชาของอัลลอฮ์ แท้จริงอัลลอฮ์จะมีทรงเปลี่ยนแปลงสภาพของชนกลุ่มใดจนกว่าพวกเขาจะเปลี่ยนแปลงสภาพของพวกเขาเอง และเมื่ออัลลอฮ์ทรงปรารณาความทุกข์แก่ชนกลุ่มใดก็จะมีผู้ตอบโต้พระองค์ และสำหรับพวกเขาไม่มีผู้ช่วยเหลือนอกจากพระองค์ (อัลเราะอู:11)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

﴿وَلَا يَلْمِزُكَ فِى دِيْنِكَ﴾

ความว่า และแท้จริงมีผู้คุ้มกันรักษาพวกเจ้าอยู่ (อัลอินฟิฏอ:10)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

﴿لَا يَلْمِزُكَ فِى دِيْنِكَ﴾

ความว่า ไม่มีชีวิตใด (อยู่โดยลำพัง) เว้นแต่มีผู้เฝ้ารักษามัน (อัลญอริก:4)

พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา ทรงทำให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วยผ่านการบำบัดรักษา โดยวิธีการรักษาต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา ถ้าหากผลสำเร็จเป็นที่พอใจมุสลิมต้องไม่คิดว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเองหรือผู้อื่น แต่ผลสำเร็จนั้นเกิดขึ้นเพราะความโปรดปราน และความเมตตา

ของพระองค์ และมุสลิมต้องไม่เสียใจ หรือผิดหวังหากการบำบัตร์ภยานั้นไม่ได้ผลเนื่องจากทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของพระองค์

ความต้องการการให้อภัย (The need for forgiveness) เป็นการที่บุคคลยอมรับความผิดพลาดของตนเอง และผู้อื่น สามารถมองการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง และมองว่าพระเจ้าเป็นผู้ที่ยอมรับการให้อภัย ในศาสนาอิสลามการให้อภัยเป็นคุณลักษณะหนึ่งของพระองค์ อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูตาอาลา โดยที่การให้อภัยเป็นความเมตตาของพระองค์ที่ทรงนำบาปไปจากตัวผู้ป่วย เปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยได้ชดใช้ความผิดที่ผ่านมา และพระองค์จะให้อภัย นอกจากนั้นอิสลามมองว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ใกล้เคียงกับความตาย จึงเป็นโอกาสที่ผู้ป่วยได้หันกลับมามองตนเอง ทบทวน ไตร่ตรอง พิจารณาถึงชีวิตที่ผ่านมา ทำให้มีโอกาขออภัยต่อผู้อื่น และต่อพระองค์ในความผิดที่ผ่านมาเพราะในอีกนัยยะหนึ่งการเจ็บป่วยเป็นการทดสอบถึงระดับความศรัทธาที่มีต่อพระองค์ โดยอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

﴿كَذَٰلِكَ يُخَيِّبُ اللَّهُ النَّاسَ الَّذِينَ كَفَرُوا﴾ (The Quran, Surah Al-Ankabut, Verse 25)

﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَتَّبِعُوا هَذِهِ السُّبُلَ فَتَفْسَدُوا دِينَكُمْ﴾ (The Quran, Surah Al-Baqara, Verse 217)

ความว่า “และแน่นอนเราจะทดสอบพวกเจ้าด้วยสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากความกลัว ความหิว และความสูญเสีย อย่างใดอย่างหนึ่งจากทรัพย์สินสมบัติ ชีวิตและพืชผล และเจ้าจงแจ้งข่าวดีแก่บรรดาผู้ออกตนเถิด คือบรรดาผู้ที่เมื่อเคราะห์ร้ายประสบแก่พวกเขาแล้วพวกเขาก็กล่าวว่าแท้จริงพวกเราเป็นกรรมสิทธิ์ของอัลลอฮ์และแท้จริงพวกเราจะกลับไปยัง พระองค์ (อัลบาคอเราะฮ์:155-156)

ความต้องการสัมพันธ์กับสิ่งนอกเหนือตน ความศรัทธา (Faith) (The needs for relationships with a supreme other) ศาสนาเป็นข้อผูกพันระหว่างชีวิตมนุษย์กับความจริงสูงสุดที่มนุษย์เชื่อและศรัทธา ความศรัทธาเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อบุคคล หรือต่อสิ่งต่าง ๆ ที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ อาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของบุคคล ความเชื่อของบุคคลจะมีผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก (สิวลี, 2544: 142) ในด้านความศรัทธาในพระเจ้าและศาสนา สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม เชื่อว่าความศรัทธาเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมุสลิมทุกคน ทำให้เกิดคุณค่าของชีวิต ก่อให้เกิดความเชื่อในตนเองตามมา เพราะตนเองมีสิ่งยึดมั่นอย่างมั่นคง ถ้ามุสลิมขาดความศรัทธาก็จะมีความท้อถอยในชีวิตความศรัทธาในศาสนาอิสลามมีทั้งหมด 6 ประการ ซึ่งมุสลิมต้องยึดมั่น จะละเว้นข้อใดข้อหนึ่งไม่ได้เด็ดขาดดังนี้

ความว่า หาใช่คุณธรรมไม่ การที่พวกเจ้าผินหน้า ของพวกเจ้าไปทางทิศตะวันออก และ
ทิศตะวันตก แต่ทว่าคุณธรรมนั้นคือผู้ที่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ และ วันปรโลก และศรัทธา
ต่อมลาอิกะฮ์ ต่อบรรดา คัมภีร์ และนบีทั้งหลาย (อัลบากอเราะฮ์:177)

5.การศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกียามะฮ์)
อัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

أَلَمْ نَجْعَلِكَ يَتِيمًا ۖ أَلَمْ نَكْنِزْ لَكَ الْكَنزَ ۖ أَلَمْ نَجْعَلِ لَكَ نُجُودًا ۖ أَلَمْ نَجْعَلِ لَكَ الْإِسْمَ الْكَبِيرَ ۚ

ความว่า ผู้ที่ศรัทธาในคัมภีร์ ที่เราได้ส่งมาให้แก่เจ้า และในคัมภีร์ที่เราได้ส่งมา ก่อน
หน้าเจ้า และเชื่อมั่นใน โลกหน้า (อัลบากอเราะฮ์:4)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ۚ وَأَطِيعُوا أَمْرَ اللَّهِ وَأَطِيعُوا أَمْرَ الرَّسُولِ ۚ وَأَقِمُوا الصَّلَاةَ لِذِكْرِهِ ۚ وَآتُوا الزَّكَاةَ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ۚ

أَلَمْ يَجْعَلْ لَكُمْ نُجُودًا ۚ أَلَمْ يَجْعَلْ لَكُمْ الْإِسْمَ الْكَبِيرَ ۚ

ความว่า และมันไม่มีอำนาจใด ๆ เหนือพวกเขา เว้นแต่เพื่อเราจะได้ว่าผู้ใดศรัทธาต่อ
วันปรโลก จากผู้ที่เขามีความสงสัยในเรื่องนั้น และพระเจ้าของเจ้านั้นเป็นผู้ทรงดูแล
คุ้มครองทุกสิ่งทุกอย่าง (สะบะฮะ:21)

คือศรัทธาว่าโลกนี้เป็นสถานที่แห่งการทดสอบ และมนุษย์ต้องถูก
ตัดสินในการทดสอบ พร้อมทั้งสามารถบอกเรื่องราวที่ได้กระทำไป เพราะวันหนึ่งโลกที่เราอยู่
ซึ่งเป็นวัตถุธาตุย่อมมีการแตกสลาย เมื่อโลกดับสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างในโลกย่อมดับสิ้นด้วย และ
พระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮานาสุวาตาอาลา จะทำให้ทุกคนฟื้นคืนชีพมารับผลการกระทำของตนเองขณะ
อยู่ในโลกนี้

6. การศรัทธาต่อการกำหนดสภาพการณ์

พระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮานาสุวาตาอาลาได้กล่าวว่า

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ۚ وَأَطِيعُوا أَمْرَ اللَّهِ وَأَطِيعُوا أَمْرَ الرَّسُولِ ۚ وَأَقِمُوا الصَّلَاةَ لِذِكْرِهِ ۚ وَآتُوا الزَّكَاةَ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ۚ

أَلَمْ يَجْعَلْ لَكُمْ نُجُودًا ۚ أَلَمْ يَجْعَلْ لَكُمْ الْإِسْمَ الْكَبِيرَ ۚ

ความว่า และมีเคยปรากฏแก่ชีวิตใดที่จะตายนอกจากด้วยอนุมัติของอัลลอฮ์เท่านั้น ทั้งนี้
เป็นลิขิตที่ถูกกำหนดไว้ และผู้ใดต้องการผลตอบแทนในโลกนี้ เราก็จะให้แก่เขาจาก

โลกนี้ และผู้ใดต้องการผลตอบแทนในปรโลก เราก็จะให้แก่เขาจากปรโลกและจะตอบแทนแก่ผู้กตัญญูทั้งหลาย (อาลิอิมรอน:145)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

أَلَمْ نَجْعَلِكَ لِلْعَالَمِينَ أَمِينًا ۖ وَنَدْنُوكَ عَلَيْنَا سَاعِدًا ۖ وَمَا كُنَّا بِعَبِيدٍ إِلَيْهِ

ความว่า พระองค์คือ ผู้ที่ทรงบังเกิดพวกเจ้าจากดิน แล้วได้ทรงกำหนดเวลาแห่งความยากไว้ และกำหนดที่ถูกระบุนไว้อีกกำหนดหนึ่งนั้น อยู่ที่พระองค์แต่แล้วพวกเจ้าก็ยังสงสัยกันอยู่ (อัลอันอาม: 2)

การศรัทธาว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่อุบัติขึ้นในจักรวาล โลก และมนุษย์ มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงหรือดับสูญ เกิดจากกฎกำหนด หรือการบันดาลของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลาทั้งสิ้น ซึ่งการกำหนดสภาพการณ์แบ่งเป็นสองลักษณะคือ กฎที่ตายตัว และกฎที่ไม่ตายตัว กฎที่ตายตัวไม่มีผู้ใดจะเปลี่ยนแปลงได้นอกจากพระองค์ ทุกสิ่งทุกอย่างจะต้องเป็นไปตามพระประสงค์ของพระองค์ สถานะนี้ยกตัวอย่างเช่น การโคจรของดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ และดวงดาวต่าง ๆ ที่มีอยู่ในจักรวาล การหมุนเวียนเปลี่ยนของฤดูกาลในรอบปี การผันผวนแปรปรวนของดินฟ้าอากาศ การเกิด และการตายของสิ่งมีชีวิต ริสกี (ปัจจัยยังชีพ) ของมนุษย์ การประสบกับโชคดี และเคราะห์ร้าย ชาติพันธุ์ของมนุษย์ ส่วนกฎที่ไม่ตายตัวจะเป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลโดยมนุษย์ใช้สติปัญญาที่พระองค์ประทานมาเลือกปฏิบัติตามข้อห้ามและข้อ ใช้อย่างต่าง ๆ

3) ความต้องการความหวัง (need for hope) ความหวังเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกาลเวลา เป็นจินตนาการถึงอนาคต และเป็นพลังที่ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า ความหวังเป็นหนทางให้บุคคลได้ประสบ หรือใกล้ชิดกับความ ต้องการความจำเป็นของชีวิต เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อน อธิบายได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความศรัทธาของบุคคลที่มั่นใจว่าความต้องการจะได้รับการตอบสนอง เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความอดทน เมื่อมองเห็นชัยชนะอยู่เบื้องหน้า บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า หากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุจุดมุ่งหมาย ชีวิตของเขาจะเปลี่ยนแปลงไปไปในทางที่ดี หรือสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ หลักของศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความต้องการความหวังไว้ว่า มุสลิมไม่ควรสิ้นหวังในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา

2.2 อิสลามกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย

การมีสุขภาพที่ดีเป็นความกรุณาจากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวตาอาลาที่ประทานให้กับ บ่าวของพระองค์ ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่พระองค์ประทานมา ผู้ใดฆ่า หรือทำลายชีวิตมนุษย์ ผู้นั้นได้ ชื่อว่าทำลายมนุษยชาติ ในทำนองเดียวกันผู้ใดช่วยชีวิตมนุษย์ ผู้นั้นได้ชื่อว่าช่วยชีวิตมนุษยชาติ ทั้งหมด การจงใจทำลายชีวิตถึงแม้ด้วยเจตนาให้พ้นทุกข์ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด มนุษย์มีค่าในตัวเองเหนือ สิ่งอื่นใด ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ และผู้เจ็บป่วยถือเป็นทั้งหน้าที่ และบุญกุศลของมุสลิม

จากการที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า “เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่แค่เพียงการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น ” แสดง ถึงการให้ความสำคัญของมิติจิตใจ และสังคมว่าเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพดีซึ่งจิตใจ และ สังคมนั้นเป็นเรื่องของความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรมของบุคคล และสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องกล่าวได้ ว่าเป็นเรื่องของจิตวิญญาณ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ ได้ยกร่างคำว่าสุขภาพไว้ว่า “เป็นสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ”

2.2.1 จิตวิทยาผู้ป่วยในศาสนาอิสลาม

สุขภาพในทัศนะของศาสนาอิสลามเน้นมิติทางจิตวิญญาณซึ่งจะเป็นพลังนำไปสู่ การมีสุขภาพที่ดีโดยรวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ศาสนาอิสลามจึงสนับสนุนให้มนุษย์มี สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการบำบัดรักษา สัจธรรมอย่างหนึ่ง ที่พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวตาอาลาได้กำหนดไว้คู่โลก และชีวิตก็คือความเปลี่ยนแปลงการ เจ็บป่วยก็เป็นหนึ่งในความผันแปรที่เกิดขึ้นกับมนุษย์เช่นเดียวกับสิ่งมีชีวิตทั่วไป หรือบางครั้ง มนุษย์อาจเป็นสิ่งมีชีวิตเดียวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยมากกว่าสิ่งอื่น อันเนื่องมาจากปัจจัยด้าน ความต้องการที่ไม่สิ้นสุดในตัวเองบวกกับปัจจัยธรรมชาติอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคภัยมากมายตามมา

ศาสนาอิสลามถือว่าความเจ็บป่วยเป็นปกติวิสัยของมนุษย์เป็นบททดสอบคุณค่า ความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับบททดสอบอื่น ๆ ดังนั้นศาสนาอิสลามจึงสอนให้ทำความเข้าใจความ เจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งปกติที่พระเจ้ากำหนดมา ผู้ป่วยต้องอดทน และบำบัดรักษาในยามเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากอิสลามมีความเชื่อว่า ร่างกายเป็นสิ่งที่พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวตาอาลา มอบหมายให้ เราเป็นผู้ดูแล ห้ามทำร้ายร่างกาย หรือปล่อยให้ปละละเลย ให้บำบัดรักษาด้วยวิธีการที่พระองค์อนุมัติ ดังนี้คือ จงรีบบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่ และความจำเป็นของมนุษย์ที่ เจ็บป่วย โดยวิธีการศึกษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การบนบานสิ่งอื่นนอกจากพระองค์ การใช้ไสยศาสตร์ การใช้สิ่งต้องห้ามมาเป็นยาในการบำบัด ส่วนการหายนั้นอยู่ที่พระประสงค์ของ

พระองค์ท่านนั้น มุสลิมจึงต้องวิงวอน และศรัทธาต่อพระองค์ผู้เป็นเจ้า มีความอดทน มีความเชื่อมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง หากการบอมนั้นไม่ได้ผล เพราะทุกอย่างเกิดจากความประสงค์ของพระองค์

การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ ผู้ป่วยที่เข้าใจ และศรัทธาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยจะวิงวอนขอพรจากพระองค์อัลลอฮ์ ชุบฮานาฮูวาตาอาลา ให้หายจากโรค หากไม่เข้าใจในเรื่องนี้จิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะอ่อนแอต่อเหตุที่ไม่มีพลังในการต่อสู้ การเจ็บป่วยเป็นการลงโทษ หรือยาเตือนจากพระองค์เพื่อให้สำนึกตัวกลับเป็นผู้ที่มีความศรัทธามากขึ้น ซึ่งอาจไม่เกิดเฉพาะผู้ที่ฝ่าฝืนเท่านั้น อาจทำให้ผู้ศรัทธาทั่วไปได้รับผลกระทบตามมาด้วยซึ่งเป็นการทดสอบความศรัทธาของมุสลิมทุกคน การเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตาด้วย ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้เคียงกับความตาย ดังนั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รำลึกถึงพระเจ้า ได้หันกลับมามองตัวเองในสิ่งที่กระทำที่ผ่านมา ในส่วนของการกู้ชีวิต หรือการหยุดช่วยชีวิต ศาสนาอิสลามถือว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็ไม่อนุญาตให้ฆ่าตัวตาย หรือการช่วยให้ตาย ผู้ป่วย หรือญาติอาจร้องขอไม่ให้กู้ชีวิต หรือหยุดการกู้ชีวิตในกรณีที่เห็นว่ามีความทุกข์ทรมาน หรือเห็นว่าการช่วยชีวิตนั้นไม่ได้ผล

ความทุกข์ทรมานอันเกิดจากความเจ็บป่วย ในทัศนะของศาสนาอิสลามมองว่าเป็นหน้าที่ส่วนบุคคล และหน้าที่ของสังคมส่วนรวมในการช่วยเหลือ บรรเทา และในกรณีที่ความทุกข์ทรมานไม่อาจหลีกเลี่ยง หรือบำบัดได้ ให้ยึดเอาความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญ เนื่องจากศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าผู้ใดได้รับความทรมานมากเพียงใด พระองค์อัลลอฮ์ ชุบฮานาฮูวาตาอาลาจะยกโทษบาปแก่เขาออกไป เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยร่างกาย และจิตวิญญาณ มนุษย์ก็จะประสบกับความเจ็บป่วยทั้งสองด้าน ถ้าองค์ประกอบด้านใดได้รับการกระทบกระเทือน หรือเจ็บป่วยแล้ว องค์ประกอบอีกด้านหนึ่งก็จะพลอยผิดปกติไปด้วย หรือได้รับผลกระทบ แต่ลักษณะของความเจ็บป่วยต่างกัน และต้องการการบำบัดรักษาที่ต่างกัน ยารักษาโรคทั่วไปจะช่วยบำบัดรักษาความเจ็บป่วยของร่างกาย แต่ถ้าจิต หรือวิญญาณประสบความเจ็บป่วย สิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษาคือศาสนา หรือความเชื่อ ความศรัทธา ทั้งนี้เพราะยาวนานนี้จะสามารถรักษาได้ดีสำหรับผู้ศรัทธา ส่วนผู้ที่ศรัทธาน้อย หรือขาดความเข้าใจในคำสอนทางศาสนาอิสลาม จะเป็นความลำบากที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางใจของเขาได้ และความเจ็บป่วยนั้นอาจยิ่งทวีเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากความหวาดระแวง กระวนกระวาย และความกลัวนานปีการ

2.2.2 การปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในศาสนาอิสลาม

อิสลามเป็นวิถีชีวิตที่ไม่เพียงแต่กล่าวถึงเพียงความศรัทธาและการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อยืนยันความศรัทธาเท่านั้น แต่อิสลามยังให้ความสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมและคุณธรรมเป็นอย่างมาก เพราะจริยธรรมและคุณธรรมมีรากฐานมาจากคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่แสดงถึงความเคารพภักดี และความศรัทธาต่อพระเจ้า และเป็นการกระทำดีต่อ

เพื่อนมนุษย์ ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยเนื่องจากอิสลามถือว่าการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ หรือ ผู้เผชิญกับความเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ที่จะต้องปฏิบัติ ดังนั้นการเยี่ยมผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ต้องปฏิบัติ เพื่อเป็นการเยี่ยมเยียน และขอพร (ดูอาอฺ) จากพระเจ้าเป็นเจ้าเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (บรรจง บินกาซัน, 2543) จึงสังเกตได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมจะมีญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมาก และมีการเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ (ลีวี่ ลีริไล, 2544: 149) การได้รับการเยี่ยมเยียนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เกิดกำลังใจ เกิดความอบอุ่น รู้สึกถึงความปรารถนาดีที่ญาติมิตรมีให้ ก่อให้เกิดพลังในการต่อสู้กับโรคร้าย ด้วยเหตุนี้ศาสนาอิสลามจึงส่งเสริมการเยี่ยมเยียนและว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากคนที่สุขภาพแข็งแรง (อาซิส พิทักษ์कुมพล, 2547: 95)

มุสลิมไม่ควรสิ้นหวังในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ฉะนั้นในการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยสิ่งที่ควรปฏิบัติคือ การเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น การให้ความหวังแก่ผู้ป่วยหมายถึง การพูดที่ทำให้เขาหวังว่าเขาจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกเพื่อจะได้กระทำความดีต่อไป นอกจากการให้ความหวัง และการเสริมสร้างกำลังใจแล้ว ญาติมิตร ผู้ดูแล หรือผู้มาเยี่ยม จะต้องชักชวนให้ผู้ป่วยประกอบความดี และเลิกปฏิบัติสิ่งที่ไม่ดีทั้งหลาย เพราะมุสลิมมีหน้าที่ดักเตือนระหว่างกันเสมอ และทุกคนควรน้อมรับคำดักเตือนให้กระทำความดี

เมื่อมีการเจ็บป่วยศาสนาอิสลามเชื่อว่าทุกอย่างเกิดขึ้นจากพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ดังนั้นผู้ป่วยที่อดทนต่อความเจ็บป่วยย่อมได้รับการลดบาป และได้กุศลผลบุญ เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา เพราะฉะนั้นผู้ที่อดทนต่อการทดสอบของพระองค์ถือเป็นลักษณะหนึ่งของการศรัทธา ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวะซัลลิม ได้กล่าว

ความว่า “ผู้ใดเจ็บป่วยหนึ่งคืนและเขาอดทนและยอมรับว่ามาจากอัลลอฮ์ แน่แน่นอน เขาจะได้รับ ออกมาจากบาปของเขาประดุจดังที่มารดาของเขาได้กำเนิดเขามา ”
(รายงาน โดย อัลสะกิมและอัตตีรมีซี) (มัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป.: 30)

นอกจากนั้นเมื่อบุคคลเจ็บป่วย ให้เอามือของตนวางลงบนส่วนที่เจ็บแล้วให้ขอพร (ดูอาอฺ) จากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา โดยท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวะซัลลิม กล่าวว่า

ความว่า “ในนามของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าฉันได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองและในอำนาจ
ปกครองของพระองค์จากความร้ายแรงของโรคที่ฉันกำลังประสบและที่ฉันกำลัง
เจ็บปวด” (รายงานโดย มุสลิม) (Hasan Al-Banna, 1985: 156-157)

และขอควรปฏิบัติเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยให้ขอพรจากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา เพื่อให้เขา
หายจากอาการป่วย และต้องกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ดี พร้อมขอพรในสิ่งที่ดีให้เขา

2.2.3 ภาวะใกล้ตายและความตายในทัศนะอิสลาม

ในศาสนาอิสลามความตายมิได้เป็นการสิ้นสุด หรือเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตหากแต่
เป็นจุดเริ่มต้นของการที่มนุษย์จะก้าวไปสู่ชีวิตที่แท้จริง และนิรันดร์ เพราะการตายเป็นการเริ่มต้นที่
ยิ่งใหญ่ของโลกหน้า (ยูซุฟ นิมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550: 24) เมื่อใกล้วาระสุดท้ายของชีวิตที่
พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา กำหนดไว้ไม่มีใครรอดพ้นไปจากความตายได้ โดยพระองค์
อัลลอฮ์ กล่าวว่า

أَلَمْ نَكُنْ مِنْكُمْ نَفْسًا وَجَاهًا ۖ وَلَمْ نُعَمِّرْكُم مِّنْ دُونِ ۚ بَلْ أَنتُمْ بِنِعْمَتِنَا كَارِهُونَ

ความว่า ฉัน ที่ใดก็ตามที่พวกเจ้าปรากฏอยู่ ความตายก็ย่อมมาถึงพวกเจ้า และแม้ว่า
พวกเจ้าจะอยู่ในป้อมปราการอันสูงตระหง่านก็ตาม (อันนิชาฮะ:78)

สำหรับมุสลิมที่มีความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา และท่าน
ศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวซัลลัม เขาย่อมตระหนักคืออยู่แล้วว่าเขามาจากไหน
โดยอัลลอฮ์กล่าวว่า

وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ
وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْจِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ
وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ

وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ وَمَا كُنَّا بِمُعْجِزِينَ ۗ

ความว่า และขอสาบานว่า แน่อนเราได้สร้างมนุษย์มาจากธาตุน้ำของดินแล้วเราทำให้
เขา(มนุษย์) เป็นเชื้ออสุจิ อยู่ในที่ที่กอันมันคง (คือมดลูก)แล้วเราได้ทำให้เชื้ออสุจิ
กลายเป็นก้อนเลือดแล้วเราได้ทำให้ก้อนเลือดกลายเป็นก้อนเนื้อแล้วเราได้ทำให้ก้อน
เนื้อกลายเป็นกระดูก แล้วเราหุ้มกระดูกนั้นด้วยเนื้อ แล้วเราได้เป่าวิญญาณให้เขา
กลายเป็นอีกรูปร่างหนึ่ง ดังนั้นอัลลอฮ์ทรงจำเริญยิ่ง ผู้ทรงเลิศแห่งปวงผู้สร้างหลังจาก

นั่น แท้จริงพวกเจ้าต้องตายอย่างแน่นอนแล้ว แท้จริงพวกเจ้าจะถูกให้ฟื้นคืนชีพขึ้น ใน วันกิยามะฮฺ (อัลมูมิनुน:12-16)

ดังนั้นถือเป็นหน้าที่มุสลิมทุกคน เมื่อยังมีชีวิตอยู่ และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ ก็จำเป็นที่จะต้องเร่งรีบทำหน้าที่ของมุสลิมให้ดีที่สุด และต้อง สะสมความดีเอาไว้ให้มาก ๆ พร้อมรำลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพราะในทัศนะของศาสนาอิสลาม มุสลิมทุกคนต้องเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอที่จะเผชิญกับความตาย โดยอัลลอฮ์กล่าวว่า

عَمَّا آمَنُوا بِيَوْمِ الْحِسَابِ ۚ إِنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ ۚ

أَلَمْ يَعْلَمُوا أَنَّهُمْ فِي شَكٍّ مِمَّا يَدْعُونَ ۚ

ความว่า แต่ละชีวิตนั้น จะได้ลิ้มรสแห่งความตาย และแท้จริงที่พวกเจ้าจะได้รับรางวัล ของพวกเจ้าโดยครบถ้วนนั้น คือวันปรโลก แล้วผู้ใดที่ถูกให้ห่างไกลจากไฟนรก และถูก ให้เข้าสวรรค์แล้วไซ้รแน่นอน เขาก็ชนะแล้ว และชีวิตความเป็นอยู่แห่งโลกนี้นั้น มิใช่ อะไรอื่นนอกจากสิ่งอำนวยความสะดวกแห่งการหลอกลวงเท่านั้น (อาลีอิมรอน:185)

เมื่อถึงวาระใกล้ตายเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่จะต้องสำนึกและตระหนักในกฎ สภาวะการณ์ของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยการอนุมัติ ของพระองค์ทั้งสิ้น จะต้องอดทน และหวังในความเมตตาจากพระองค์ ดังท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮุ อะลัยฮิวัซซัลลิม กล่าวว่า

ความว่า “บุคคลใดก็ตามในหมู่พวกท่านจงอย่าตายจนกว่าเขาจะอยู่ในสภาพที่คิดดี (หวังในสิ่งที่ดี)ต่ออัลลอฮ์” (บันทึกโดย มุสลิม รายงานจากท่าน ญาบิร อิบน์ अब್ದิลลาฮฺ) (เชค अब್ದุลลอฮฺ บิน अब್ದุลเราะฮฺมาน อัลญะบะรอนญุ แปลโดยมยุรา วงสันต์, ๕)

ถึงแม้มีอาการเจ็บปวดหนักสาหัสขนาดไหน ไม่อนุญาตให้มุสลิมท้อแท้ ต่อการมี ชีวิต และสิ้นหวังในความเมตตาจากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ไม่อนุญาตให้คิดสิ้น หรือหวังในความตาย เพราะหากเราเป็นคนดี การที่จะได้มีชีวิตยืนยาวต่อไปนั้น เป็นสิ่งที่จะเพิ่ม คุณงามความดี หากเราเป็นคนไม่ดีการมีชีวิตยืนยาวออกไปจะทำให้มีโอกาสในการปรับปรุงตัว และเมื่อบุคคลใดถึงภาวะใกล้ตาย หากมีหนี้สินต้องชดใช้ หรือมีสิ่งที่ได้รับมอบหมายอยู่ในความ รับผิดชอบของตน จำเป็นต้องจัดการให้เสร็จสิ้น โดยเร็วแต่หากมีความจำเป็นที่ไม่สามารถจัดการ หรือชดใช้หนี้สิน ได้ก็ให้สั่งเสียทายาท หรือหาผู้รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว

ความตายในศาสนาอิสลามนั้นถือเป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าซึ่งไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ศาสนาอิสลามจึงได้มีทศนะเพื่อการทำความเข้าใจความตายดังนี้

1. อัลลอฮฺทรงเป็นผู้ให้มนุษย์เกิด ตาย และเป็นจุดหมายของสรรพสิ่ง

อัลลอฮฺ กล่าวว่า

أَلَمْ يَكُنْ لَهُ الْبَدَنُ إِذْ يَخْتَصِمُونَ ۗ

ความว่า เพื่อเป็นปัจจัยยังชีพแก่พวกบ่าว และด้วยน้ำนั้นเราทำให้ดินแดนที่แห้งแล้งมีชีวิตชีวาขึ้นมา เช่นนั้นแหละการฟื้นคืนชีพ (กอฟ:11)

และอัลลอฮฺ ได้กล่าวว่า

أَلَمْ نَكُنْ بِمُتَوَكِّلِينَ ۗ

ความว่า “และอัลลอฮฺ ไม่พ้อพ้น(ความตาย)แก่ชีวิตใดทั้งสิ้น เมื่อถึงกำหนดของมัน ” (อัลมุนาฟิฏน: 11)

และอัลลอฮฺ ได้กล่าวว่า

أَلَمْ يَكُنْ لَهُ الْبَدَنُ إِذْ يَخْتَصِمُونَ ۗ

ความว่า และไม่มีสิทธิ์ของชีวิตใดที่จะตาย นอกจากโดยการอนุมัติของอัลลอฮฺเท่านั้น ทั้งนี้เป็นลิขิตที่ถูกกำหนดการที่แน่นอน (อาลิอิมรอน:145)

และอัลลอฮฺกล่าวว่า

أَلَمْ يَكُنْ لَهُ الْبَدَنُ إِذْ يَخْتَصِمُونَ ۗ

أَلَمْ يَكُنْ لَهُ الْبَدَنُ إِذْ يَخْتَصِمُونَ ۗ

ความว่า และพระองค์อัลลอฮฺส่งบรรดาผู้บันทึก (มะลาอิกะฮฺ) ความดีความชั่วมายังพวกเขา จนเมื่อความตายได้มาถึง คนหนึ่งคนใดในพวกเขาแล้ว บรรดาทูตของเราก็จะทำให้เขาสิ้นชีพโดยพวกเขา(มะลาอิกะฮฺ) ไม่ได้ทำบกพร่องแต่ประการใด (อัลอันอาม:61)

2. อัลลอฮฺ ชูบฮานาฮฺวาทาอาลาเป็นผู้ทรงกำหนดอายุขัยของมนุษย์

โดยอัลลอฮฺกล่าวว่า

ΑΑΑΑς ἡμῶν Εἰς τὴν ἄβυσσον ἔξωκε τὴν ψυχήν αὐτοῦ

ความว่า และไม่มีผู้สูงอายุคนใดจะถูกขี้อายุออกไป และไม่มีผู้ใดถูกตัดทอนอายุให้สั้นลง นอกจากมีปรากฏอยู่แล้วในบันทึก (ของอัลลอฮ์) แท้จริงสิ่งนั้นเป็นเรื่องง่ายดายสำหรับอัลลอฮ์ (ฟาฏีร:11)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

ΑΑΑΑς ἡμῶν ἔπι τὴν ἄβυσσον ἔξωκε τὴν ψυχήν αὐτοῦ

ความว่า อัลลอฮ์ทรงกำหนดเวลาแห่งอายุขัยไว้และอายุขัยก็เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดไว้ ณ พระองค์ (อัลอันอาม:2)

และอัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

ΑΑΑΑς ἡμῶν ἔπι τὴν ἄβυσσον ἔξωκε τὴν ψυχήν αὐτοῦ

ความว่า เมื่ออายุขัยของเขาได้มาถึงพวกเขาก็ไม่สามารถขอผ่อนผันให้ล่าช้าแม้แต่สักยามเดียว และพวกเขาไม่สามารถขอร่นเวลาของอายุขัยออกไป จากกำหนดที่มีอยู่แล้วสักยามเดียว (อัลมูมิनुน:43)

3. อายุขัยของมนุษย์ปัจจุบัน หมายถึงมนุษย์ทุกคนตั้งแต่ ศาสดามูฮัมมัดเป็นต้นมา หรือที่เป็นประชาชาติของท่าน ส่วนมากจะมีอายุขัยระหว่าง 60-70 ปี ดังที่ท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวัซซัลลัม ได้กล่าวว่า

ความว่า “อายุขัยของ ประชาชาติของข้าพเจ้านั้นอยู่ระหว่าง 60-70ปี และมีจำนวนน้อยของพวกเขาที่มีอายุเกิน หรือ น้อยกว่านั้น ” (รายงานโดย ตีร์มีซี) (อรุณ บุญชม และมรวาน สะมะฮุน, ม.ป.ป. : 216)

4. มนุษย์ไม่สามารถรู้ได้ว่า ที่ใด และเมื่อใดเขาจะตาย เรื่องนี้อยู่ในความรอบรู้ของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลาเท่านั้น ดังที่อัลลอฮ์ได้กล่าวว่า

ΑΑΑΑς ἡμῶν ἔπι τὴν ἄβυσσον ἔξωκε τὴν ψυχήν αὐτοῦ

ความว่า “และไม่มีชีวิตใดยอมรู้ได้ว่า ณ แผ่นดินใดที่เขาจะตาย” (ลูกมาน: 34)

5. มนุษย์ทุกคนต้องรำลึกถึงความตายให้มาก ดังที่ท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวัซซัลลัมกล่าวว่า

ความว่า “ท่านทั้งหลายจงระลึกถึงความตายให้มากๆ” (รายงานโดย ตีร์มีซี และ นาสาอี) (อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป.: 214)

6. ห้ามไม่ให้มนุษย์อยากตาย ถ้าจำเป็นจริง ๆ เมื่อมีความทุกข์มากก็ให้วิงวอนหรือขอพรต่ออัลลอฮ์ ดังที่ท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม ได้สอนไว้

ความว่า “คนใดคนหนึ่งจากพวกท่าน จงอย่าให้มีความรู้สึกอยากตาย เพราะเกทภัยที่ประสบกับเขา ถ้าหากถึงขั้นที่จำเป็นอยากตาย ก็ให้เขากล่าววิงวอนว่า โอ้อัลลอฮ์ พระผู้เป็นเจ้า ขอได้โปรดให้ข้าพเจ้ามีชีวิตอยู่ต่อไป ถ้าหากการมีชีวิตอยู่นั้นเป็นผลดีแก่ข้าพเจ้า และได้โปรดให้ข้าพเจ้าตาย ถ้าหากความตายนั้นเป็นผลดีแก่ข้าพเจ้า ” (รายงานโดยผู้รายงานทั้งห้า) (อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป. : 213)

7. ความตายคือข่าวดี และความสบายใจสำหรับผู้ศรัทธา แต่เป็นสิ่งที่น่ากลัวและน่าเกลียดสำหรับผู้ที่ไม่ศรัทธา ดังที่ท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม ได้กล่าวไว้

ความว่า “ผู้ใดที่ศรัทธานั้นเมื่อความตายมาเยือน เขาจะได้รับข่าวดีด้วยความยินดี และโปรดปรานของอัลลอฮ์ และจะไม่มีสิ่งที่เขาพอใจนอกจากสิ่งที่อยู่เบื้องหน้าของพวกเขา ดังนั้นเขาจะมีความปรารถนาที่จะพบกับอัลลอฮ์ และอัลลอฮ์ก็ปรารถนาที่จะพบกับเขา และแท้จริงผู้ที่ไม่ศรัทธานั้น เมื่อความตายได้มาเยือนเขา เขาจะได้รับข่าวนี้ด้วยการลงโทษ และทุกขุทรมานจากอัลลอฮ์ ไม่มีสิ่งใดที่เขารังเกียจยิ่งกว่าการที่จะพบอัลลอฮ์ และอัลลอฮ์ก็จะรังเกียจที่จะพบเขา ” (รายงานโดยผู้รายงานทั้งห้า นอกจากอะบูตะวุด) (อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป. : 213)

ดังกล่าวทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าในทัศนะของศาสนาอิสลามนั้นการตายของมนุษย์ได้ถูกกำหนดจากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวาทาอาลา ศาสนาอิสลามห้ามไม่ให้มนุษย์รู้สึกอยากตาย แต่ให้รำลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพื่อจะได้เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะกลับไปสู่พระองค์และทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญความตายด้วยความยินดี

2.2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในอิสลาม

ข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยในมรณวิถีนั้น ศาสนาอิสลามเน้นเรื่องการรำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้าเป็นหลัก ดังที่ท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม ได้กล่าวไว้

ความว่า “ท่านทั้งหลายจงสอนคนที่ใกล้ตายของท่านด้วยคำว่า (“ลาอีลาฮาอิลลัลลอฮ์ มูฮัมมาตุรอรุซซุลลอฮ์”) لا إله إلا الله محمد رسول الله” หมายความว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์และศาสดามูฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์” เพื่อว่าคำ

นั่นเป็นคำสุดท้ายที่อามาลาโลก (รายงานโดย บุคอรีย์) (อรุณ บุญชม และ มรวาน
สะมาออน, ม.ป.ป.: 214)

นอกจากนั้นหากมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยให้ขอคูอาอู (พร) ต่อ
พระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ให้มาก ๆ ไม่อนุญาตผู้ศรัทธาค่าว่าความเจ็บป่วย และให้รีบ
สำนึกผิดและกลับตัวก่อนที่ความตายจะมาถึง เมื่อถึงวาระสุดท้ายให้ผู้ใกล้ชิดตายนอนตะแคงขวาผิน
หน้าไปทางกิบละฮ์ (ทิศตะวันตก) และให้คนที่ผู้ใกล้ชิดตายมีความใกล้ชิดเข้ามาหาขณะที่เขาใกล้จะ
สิ้นใจ เพราะผู้ผู้นั้นจะได้สั่งสอนเขาตัดเดือนเขาให้เขารำลึกถึงพระองค์ และสำนึกผิดในสิ่งที่เป็นการ
ฝ่าฝืนและที่สำคัญเหนือสิ่งอื่นใดคือให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้กล่าวชอาฮะฮ์ (คำปฏิญาณตนว่าเป็น
มุสลิม) หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถกล่าวเองได้ ผู้ใกล้ชิดต้องกล่าวแทนด้วยคำพูดที่ว่า “ไม่มีพระเจ้า
เป็นเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ และ มุฮัมมัดเป็นศาสนดาของพระองค์ ” การกล่าวแทนผู้ป่วยให้กล่าว
เบา ๆ ไม่ควรกล่าวซ้ำ ๆ ซาก ๆ แต่หากเป็นไปได้ให้ผู้ป่วยพูดเองบ่อย ๆ เพื่อที่ประโยคนี้จะเป็น
คำพูดสุดท้ายของเขาและลาจาก โลกนี้ไปในสภาพมุสลิมโดยสมบูรณ์

เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความ
ตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ดังนั้นการตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ได้เป็นความทุกข์ การพ้น
ทุกข์ หรือเป็นการเพิ่มทุกข์ อิสลามถือว่าการตายคือการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้า พระองค์
อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลาได้กล่าวว่า

مَا نَدَىٰ فِيهَا نَفْسٌ وَلَا حَسْرَةٌ وَلَا تَكْبُورٌ

ความว่า “แท้จริงเราเป็นสิทธิของอัลลอฮ์และเราจะต้องกลับคืนสู่พระองค์”

(อัลบาคอเราะฮ์:156)

นอกจากการนำผู้ป่วยที่จะตายให้กล่าวคำดังกล่าวข้างต้น ท่านนบีมุฮัมมัด
ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวซัลลัม ได้แนะนำให้มุสลิมอ่านบทซูเราะฮ์ยาซีนให้ผู้ป่วยฟัง บทยาซีนคือบท
หนึ่งในอัลกุรอานที่อัลลอฮ์ได้ประทานให้แก่ท่านนบีมุฮัมมัด ในขณะที่ท่านพำนักอยู่ที่นครมักกะฮ์ คำว่า
ยาซีน เป็นคำประกอบด้วยอักษรอาหรับ สองตัวคือ ตัว “ยา” และ ตัว “ซีน” ซึ่งไม่มีผู้ใดทราบ
ความหมายที่แท้จริงเว้นแต่ อัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้นยาซีนประกอบด้วยโองการทั้งหมด 83
โองการ เป็นบทที่ 36 ของคัมภีร์อัลกุรอาน (นุรุดดีน สารีมิง, 2540: 89-90)

กล่าวโดยสรุปความตายในทัศนะอิสลามคือ จุดหมายปลายทางของการเดินทาง
ชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็น
ชีวิตนิรันดร์ ความตายทำให้มนุษย์สมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของความตายมาถึงแน่ชัด

การพยายามเหนี่ยวรั้ง หรือปฏิเสธความตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ความตายเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทุกคนต้องเผชิญและยอมรับ เพราะเป็นพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ชุบฮานาสุวาตาอาลา ซึ่งเมื่อผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ตายสิ้นลมหายใจแล้วต้องปฏิบัติดังนี้

1. ให้ปิดเปลือกตาทั้งสองข้างของผู้ตาย เนื่องจากดวงตาของเขาจะเบิกค้างอยู่ เช่นนั้น ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮูอะลัยฮิวัซซอลัม ได้กล่าวไว้ว่า “แท้จริงเมื่อวิญญาณถูกถอดออก สายตาก็จะมองตามไปด้วย”

2. ให้ขยับข้อตามร่างกาย ให้ท่าเบา ๆ เท่าที่สามารถทำได้ เพื่อไม่ให้ร่างกายแข็ง และสะดวกในการอาบน้ำศพ

3. ให้เอาผ้าคลุมทั่วร่างกาย

4. ให้แจ้งข่าวการตายแก่ญาติพี่น้อง และคนทั่วไป

5. ให้เร่งรีบจัดการกับศพ และรีบฝัง ณ สถานที่ที่เขาเสียชีวิตให้เสร็จเรียบร้อย โดยเร็ว และประหัดที่สุด ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เป็นภาระ และสร้างความยุ่งยากลำบากให้แก่คนข้างหลัง ซึ่งโดยปกติการฝังศพมุสลิมจะต้องทำให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมง

6 ให้รีบจัดการศพให้สิ้นใจให้แก่ผู้ตาย หรือให้มีผู้รับผิดชอบในหน้าที่นั้น

7. ห้ามแสดงอาการเศร้าโศกอย่างมากด้วยวิธีการ ตีอกชกตัว ตบหน้าตัวเอง นึกเสื่อผ้า ร้องไห้เสียงดังรำพึงรำพันถึงผู้ตายส่วนการร้องไห้เจิบ ๆ ไม่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามแต่อย่างใด

8. ส่งเสริมให้มีการทำอาหารไปให้ครอบครัวของผู้ตายเนื่องจากพวกเขาอาจมีความเศร้าโศกจนละเลยเรื่องการรับประทานอาหาร อาจทำให้ร่างกายทรุดโทรม และเจ็บไข้ได้ป่วย และผู้ที่ไปเยี่ยมที่บ้านผู้ตายไม่ควร ไปนั่งชุมนุมกันเพื่อรับประทานอาหาร เพราะการกระทำเช่นนั้นเป็นการสร้างภาระให้แก่ครอบครัวผู้ตายเพิ่มขึ้นอีก

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าศาสนา และวิถีชีวิตของมุสลิมเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ดังนั้นการที่จะเข้าใจทัศนคติ และวิถีของมุสลิมจึงต้องเข้าใจทั้งมิติด้านศาสนา และวิถีชีวิตของมุสลิมอันจะนำมาซึ่งการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ครอบคลุมถึงมิติด้านจิตวิญญาณอย่างแท้จริง

3. ผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายและการดูแลแบบองค์รวม

3.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และได้รับการพยากรณ์โรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย มีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี่ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน และมีแนวโน้มทรุดลงเรื่อย ๆ ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ หรือตระหนักได้ว่าความตายจะเข้ามาคุกคามต่อชีวิตของตนในระยะเวลาอันใกล้นี้ ต้องทนทรมานต่อ

ความเจ็บปวด เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับค่านิยม ความเชื่อ ความอาลัยรักระหว่างบุคคล (สันต์ หัตถิรัตน์, 2521)

สมิธ และ โบนเนท (Smith & Bohnet, 1983; กฤษณา เฉลียวศักดิ์, 2545: 14) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ดังนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหมายถึง ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (Living - dying interval) และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการให้การพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มที่จะทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอซึ่งการดูแลระยะนี้จะเปลี่ยนเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มากกว่าการรักษา ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมี 3 ประการคือเป็นผู้ป่วยหนักด้วยโรคมะเร็งลุกลาม หรือโรคอื่นที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่สามารถรักษาทางการแพทย์ได้อีกต่อไป และผู้ป่วยที่แพทย์พยากรณ์ว่าอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

เหตุผลที่ต้องให้ความสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจอย่างมาก เนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ แต่การดูแลร่างกายยังจำเป็นอยู่ มิฉะนั้นจะเพิ่มทวีความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา เพราะผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่หมดหวังจากการรักษาแล้ว แต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ต้องการการดูแลมากกว่า การดูแลในระยะนี้ไม่ใช่การดูแลโรค แต่เป็นการดูแลในฐานะบุคคล ที่ต้องการได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มีชีวิตอยู่เพียงลำพัง หากแต่ยังมีบริบทรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว และสมาชิกทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และร่วมรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยอีกด้วย

ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายล้วนถูกคุกคามจากความตายซึ่งปฏิบัติการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย และภาวะใกล้ตายต่างกัน โดยคูเบล-รอสส์ (1926-2004) (Elizabeth Kubler Ross, 1969; Baker, 1994: 30) ได้ลำดับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย และภาวะใกล้ตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตออกเป็น 5 ระยะได้แก่

1. ระยะปฏิเสธ และแยกตัว (stage of denial and isolation) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความตายของตน และทราบว่าตนกำลังจะเสียชีวิต จะเกิดอาการตกใจอย่างรุนแรง และปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง พยายามบอกว่าผลการตรวจผิดพลาด ไม่ใช่เรื่องจริง บางคนอาจไปพบแพทย์อีกหลายคนเพื่อให้ยืนยันว่าตนเองไม่ได้ป่วยด้วยโรคร้าย ผู้ป่วยต้องการเวลาในช่วงนี้เพื่อจะ

หลีกเลี่ยงหนีความเป็นจริงที่ตนยังยอมรับไม่ได้ การปฏิเสธจะเป็นกลไกป้องกันตนเองอย่างหนึ่ง โดยทั่วไประยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และจะค่อย ๆ ยอมรับได้ แต่ในบางรายอาจเกิดขึ้นซ้ำไปซ้ำมาจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต สิ่งที่ต้องทำในระยะนี้คือ การสื่อสารกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษา ซึ่งสามารถจำแนกระยะของผู้ป่วยได้ดังนี้

2. ระยะมีโทสะ และโกรธ (stage of anger) เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธในความโชคร้ายของตัวเอง โกรธแพทย์ พยาบาล และคนอื่น ๆ ในครอบครัว โชคชะตา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าไม่ยุติธรรมต่อตน ผู้ป่วยจะเกิดคำถามตลอดเวลาว่า ทำไมต้องเป็นตัวเรา ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการ โกรธง่าย หงุดหงิด ต่อต้าน และคิดว่าไม่ยุติธรรมที่ตนเองกำลังต้องสูญเสียทุกอย่างในชีวิต

3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เมื่อทราบว่าจะต้องจากไปอย่างแน่นอน ผู้ป่วยเริ่มยอมรับ แต่ก็พยายามต่อรองอย่างมีความหวัง ให้สัญญาในการแลกเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่าง อาจมีการบนบานสาธยายต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อขอให้มีชีวิตยืนยาวออกไป

4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เมื่อความเจ็บป่วยไม่ทุเลาลง และยังทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างเด่นชัด ท้อแท้ หมดหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจแยกตัว ไม่สนใจใคร ระยะนี้อาจคิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายได้

5. ระยะยอมรับ (stage of acceptance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความตายเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ ยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น ด้วยอารมณ์ที่สงบไม่ทุรนทุราย ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆ ลดลง แยกตัวอยู่คนเดียวมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย และภาวะใกล้ตายของคูเบล-รอสส์นั้น อาจไม่เฉพาะเจาะจงตามลำดับดังกล่าวเสมอไปเนื่องจากในสภาวะดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดเป็นลำดับขึ้นอาจมีการเปลี่ยนกลับไปกลับมาในแต่ละระยะ เนื่องจากในบางกรณียากที่จะจัดว่าอยู่ในลำดับใด แต่แนวคิดดังกล่าวมีส่วนช่วยในการประเมินผู้ป่วย ส่วน Robert Buckman ได้เสนอแง่คิดว่า ระบบจิตใจของมนุษย์มักไม่ชัดเจน ยากที่จะแบ่งตามระยะเวลาเนื่องจากมนุษย์อาจมีอารมณ์ความรู้สึกหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกันได้ (Robert Buckman, 1992; ภูงศ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550: 119)

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ คำว่าองค์รวมมีการกล่าวถึงในเชิงสุขภาพตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ และในปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในบริบททางสุขภาพ มีการกล่าวถึงในเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) การแพทย์แบบองค์รวม (holistic medicine) และการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing)

คำว่าองค์รวม (holism) โฮลิซึม เป็นคำนาม มาจากภาษาอังกฤษโบราณ คือคำว่า ฮอล (hal) หมายถึงทั้งหมด (whole) หรือเพื่อบำบัด (to heal) หรือความสุข (happy) และใช้แทนกันได้ทั้งสอง คำคือคำว่าโฮลิสติก ซึ่งภาษาอังกฤษเขียนเป็น holistic หรือ wholistic และมาจากรากศัพท์ภาษากรีก คือคำว่าโฮลอส (holos) มีความหมายว่าหน่วยรวม หรือองค์รวมเช่นเดียวกับคำว่า โฮล (whole) นั่นเอง ส่วนความหมายตามพจนานุกรมหมายถึง การรวมสิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นหน่วยเดียวกัน (Longman, 1991:500) ดังนั้นกล่าวโดยสรุปองค์รวมคือ สิ่งที่เป็นหน่วยเดียวกัน โดยรวมทั้งหมด ไม่สามารถทำความเข้าใจโดยการศึกษาแยกเป็นส่วน ๆ ได้ นั่นหมายถึงการที่เราจะเข้าใจภาพรวมของสิ่งใดเราจำเป็นต้องรู้ส่วนประกอบย่อยของสิ่งนั้น ขณะเดียวกันการรู้จักส่วนย่อยของแต่ละส่วน ก็ไม่สามารถทำให้เข้าใจสิ่งนั้นได้ ถ้าขาดการมอง โดยองค์รวม คือผสมผสานส่วนประกอบแต่ละ ด้านทั้งหมดเข้าด้วยกัน เมื่อนำคำว่าองค์รวมมาใช้ในด้านสุขภาพการหาความหมายที่ชัดเจนตายตัว เป็นเรื่องที่ยุ้งยาก ดอกเตอร์ดอน ฟิน (Dr. Don Finb) ศาสตราจารย์แห่งคณะแพทยศาสตร์ ซาน ฟรานซิสโก ได้ให้คำจำกัดความคำว่าสุขภาพแบบองค์รวมไว้ว่า เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการแพทย์ แบบมนุษยนิยม (humanistic medicine) (สิวลี สิริโล, 2544: 154)

แนวคิดองค์รวมเป็นปรัชญาพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่มีความสำคัญ ในการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์ ส่วนการพยาบาลแบบองค์รวมมีลักษณะของหลักการ พื้นฐานเดิมของวิชาชีพพยาบาลแต่มีการขยายขอบเขต และวิธีการคิด การให้คุณค่า การเข้าใจใน การมองผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ ด้วยความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา ยอมรับความแตกต่างของ บุคคล เคารพต่อศักดิ์ศรี และเสรีภาพของมนุษย์ ผสมผสานความรู้แต่ละด้านที่เกี่ยวกับมนุษย์ มาใช้ ในการปฏิบัติหน้าที่ให้บริการแก่นมนุษย์อย่างมีวิจารณญาณ เข้าใจความหลากหลายของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การดูแลแบบองค์รวม มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สำคัญในการทำ ความเข้าใจลักษณะทางธรรมชาติของภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล เพราะเป็นการแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักของบุคคลในมิติต่าง ๆ ได้แก่ กาย จิต และจิตวิญญาณ รวมทั้ง การคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่อย่างสมดุล ดังนั้นบุคลากรที่มีหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพโดยตรง จึงต้องให้ความสำคัญต่อการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการ อย่างมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองการให้บริการได้อย่างครอบคลุม

เนด คัสเซม (Ned H. Cassem, 1997) แห่งโรงพยาบาลเมซซาชูเซต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Massachusetts general hospital) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยระยะ สุดท้ายไว้ 9 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นการดูแลเอาใจใส่ (Concern) เป็นความเมตตากรุณา ของทีม สุขภาพทำให้เกิดความเข้าใจ และห่วงใยผู้ป่วยในระหว่างการรักษาวางตัวกับผู้ป่วยอย่าง เพื่อนมนุษย์สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง ด้านความรู้ความสามารถของผู้ดูแล

(Competency) เนื่องจากปัญหาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความซับซ้อน อาการต่าง ๆ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งปัญหาทางร่างกายระบบต่าง ๆ และความทุกข์ทางจิตใจ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้ และประสบการณ์เสมอ ต่อมาเป็นประเด็นการสื่อสาร (Communication) การสื่อสารนั้น ขาดไม่ได้ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยในรูปแบบใด และในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีความสำคัญเพราะมีประเด็นทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเกี่ยวข้องอย่างมาก จำเป็นต้องสื่อ “สาร” ให้เข้าใจตรงกัน ประเด็นความเมตตา กรุณา (Compassion) การเมตตา กรุณา เป็นการแสดงอย่างจริงใจว่ามีความปรารถนาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ พยายามช่วยอย่างเต็มความสามารถ และไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ประเด็นความสุขสบาย (Comfort) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นทุกสิ่งที่ทำให้คำนึงถึงความสุขสบายเป็นหลัก ไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยลำบากกายกับสิ่งใด การดูแลรักษาจึงเน้นที่บรรเทาอาการปวด และอาการไม่สบายตัวต่าง ๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่สบาย ประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัว (Children) เมื่อมีญาติที่เป็นลูกหลานเล็ก ๆ เข้าเยี่ยมมักช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข รู้สึกดี และภูมิใจที่มีบุคคลเป็นช่วงต่อของชีวิต ไม่ควรกังวลในการพาเด็กเข้าเยี่ยม เด็กที่เข้ามาพบญาติใกล้ตายจะเรียนรู้ความจริงของชีวิตมากขึ้น ประเด็นความผูกพันปรองดองในครอบครัว (Cohesion) ในกรณีที่ญาติมาเยี่ยมพร้อมหน้าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรักที่ครอบครัวมีให้อย่างเต็มที่ ความผูกพันปรองดองในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีหวัง หรือไม่ลำบากใจว่าครอบครัวมีปัญหาถ้าตนเองไม่อยู่ ประเด็นเกี่ยวกับการปรับสภาวะทางอารมณ์ (Cheerfulness) ทีมสุขภาพและญาติควรวางตัวให้อารมณ์ดีสีหน้าแจ่มใสมากกว่าท่าทีหวังกังวลหรือซึมเศร้า เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่เป็นต้นเหตุของความเศร้า ความเครียดของคนอื่น และประเด็นสุดท้าย ประเด็นความสม่ำเสมอ (Consistency) การมาเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยควรมาอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักรู้สึกถูกลดทิ้งได้ง่ายจากความตายที่จะเกิดจากตนคนเดียวไม่มีใครเผชิญด้วย เวลาเพียงเล็กน้อยมีคุณค่ามากสำหรับผู้ป่วย ผู้ที่เวลาในชีวิตกำลังจะหมดลง

นายแพทย์จำลอง ดิษยวนิช ได้ให้ทัศนะเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าวว่า ในการช่วยเหลือทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น ยังต้องมีหลัก 3 E ได้แก่ Empathy หมายถึงความร่วมรู้สึกโดยการมีอารมณ์ร่วมกัน เอาใจเขามาใส่ใจเรา Encouragement การสนับสนุนให้กำลังใจในความพยายามของผู้ป่วยทุกด้าน เพื่อควบคุมความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าไม่ให้หมดหวังหรือหมดอาลัยในชีวิต Equanimity อุเบกขา ความมีใจเป็นกลาง เป็นการมองสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง วางจิตเรียบสม่ำเสมอมั่นคง ไม่แสดงความเครียดความวิตกกังวล ความกลัว ความเบื่อหน่าย ความสิ้นหวัง เพื่อช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยและครอบครัว (จำลอง ดิษยวนิช, 2547: 73)

จากการศึกษาของ สมณันท์ สุขสม (2547) เรื่อง “ประสบการณ์การพยาบาลแบบองค์รวมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ” พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ และให้ความหมายการพยาบาลแบบองค์รวมใน 4 ลักษณะ คือเป็นการดูแลเสมือนญาติ เป็นการดูแลที่ครอบคลุมเสมือนการปลูกต้นไม้ เป็นแกนหลักในการดูแล และการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นหลัก และคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และการศึกษาของ กัลยา แซ่ชิต (2547) เรื่อง “ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ” ผลการวิจัยพบว่า การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ครอบคลุม และเพียงพอที่จะสนองต่อความคาดหวังของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความก้าวหน้าของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยหมดหวัง หมดทางที่จะรักษาให้หายได้ด้วยวิธีทางการแพทย์ปัจจุบันมีอาการกำเริบของอาการต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (สกล สิงหะ, 2548: 40) และเมื่อวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แผนการรักษาที่มุ่งเพื่อการรักษา เปลี่ยนเป็นการดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลในระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายใช้หลัก การบริหารแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นวิชาแพทยเฉพาะทางสาขาหนึ่งที่เน้นเกี่ยวกับการจัดการรักษาอาการต่าง ๆ ที่มีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้บทนิยามไว้ว่าเป็นการบริหารเชิงปฏิบัติการทั้งหมดของผู้ป่วยที่โรคของเขาไม่ตอบสนองต่อการรักษาให้หายได้เป็นเพียงการควบคุมอาการปวด อาการอื่นๆ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ(จำลอง ดิษยวุฒิข, 2547: 64) ปรัชญาของการดูแลแบบประคับประคองเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพ มีความหมาย และยอมรับในสัจธรรมที่ว่า ความตายเป็นกระบวนการปกติตามธรรมชาติของชีวิต เน้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในทางเลือกในการรักษา พิจารณาถึงการมีชีวิตอยู่ และการมองความตายเป็นกระบวนการธรรมดา โดยไม่มีการเร่งหรือเหนี่ยวรั้งความตาย ให้การบรรเทาจากความเจ็บปวด และอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมการดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย จัดเตรียมระบบค้ำจุนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขเท่าที่จะเป็นไปได้ จนกว่าจะเสียชีวิต และจัดเตรียมระบบค้ำจุนที่จะช่วยเหลือครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รักระหว่างที่เผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และความเศร้าโศกเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ตอบสนองต่อผลการรักษาในเชิงรุกที่ครอบคลุมถึงการควบคุมอาการ

เจ็บปวด และอาการแสดงต่าง ๆ ของโรค เป็นการดูแลที่เน้น จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นหลัก (เกษินี เพชรศรี, 2549: 106)

แนวคิด และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถือว่ามีความสำคัญมากในระบบสาธารณสุข โดยเป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองคือผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดการดูแลครอบครัวทั้งหมด ความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นตัวกำหนดถึงปฏิบัติการชนิดต่าง ๆ ต้องการพิธีกรรมด้านความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาชนิดใดก็ได้หากไม่ต้องการ แม้ว่าการบำบัดนั้นจะเป็นการช่วยชีวิต หรือต่อชีวิตให้ยืนยาว ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานใด ๆ ขึ้นกับผู้ป่วย รวมไปถึงการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จึงถือได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบองค์รวมให้แก่ตนเอง

3.3 ชีวิต ความตาย และการบริหารผู้ป่วยใกล้ตาย

การทราบว่าตนกำลังจะเสียชีวิตเป็นสถานการณ์ที่การปรับตัวใหม่ทำได้ยากของมนุษย์ สิ่งทีหลีกเลี่ยงไม่ได้คือความกลัวเกี่ยวกับความตาย ซึ่งย่อมมีมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไปในแต่ละคน ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายที่อยู่ในภาวะเช่นนี้ มักจะเกิดความขัดแย้งระหว่าง “การกำลังตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dying with dignity)” กับ “การต่อสู้เพื่อชีวิต (fighting for life)” ความกลัวตายแบ่งออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้ ประเด็นแรก ความตายเป็นความเจ็บปวด (painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (pain) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ประเด็นความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (undignified) เนื่องด้วยความเจริญทางด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้การรักษา และการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยบางคน ละอายใจ และอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตาย คิดว่าตนเองสิ้นหวัง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และศักดิ์ศรี ประเด็นความตายเป็นภาระต่อคนอื่น (burden to other) บางคนมีความคิดว่าความเจ็บป่วย และความตายของตนเองที่จะมาถึงจะเป็นภาระต่อผู้อื่น สูญเสียเวลา และทรัพย์สินเงินทอง และอาจเกิดการขัดแย้งกันระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวในระหว่างการรักษา ประเด็นความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (loss of life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายราย มีความรู้สึกว่าจะตาย ไม่พร้อมที่จะตาย มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก อาจรู้สึกโกรธหรือ ซึมเศร้า ที่ไม่มีโอกาสที่จะทำภารกิจให้สำเร็จ และคิดว่าการสูญเสียชีวิตหมายถึง การพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคล และสิ่งที่ตนรัก ประเด็นสุดท้าย การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรหลังความตาย (what happens after death) การตายหมายถึง การทำลายของร่างกายแต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่า ยังมีอีก

ส่วนที่หลงเหลือ คือ “จิต” “วิญญาณ” หรือบางที่เรียกว่า “soul” “self” ซึ่งความเชื่อนี้จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ศาสนา (จำลอง ดิษยวินิชย, 2547: 66-67)

คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายขึ้นอยู่กับความรู้ ความตระหนัก เจตคติ และความเข้าใจของทีมผู้รักษาซึ่งมีต่อการเสียชีวิต ผู้รักษาบางรายมีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตาย และผู้ป่วยใกล้ตาย รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพราะผู้ป่วยเป็นเสมือนตัวแทนของความล้มเหลว เจตคติไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหา อัน ได้แก่ ผู้รักษาหงุดหงิดคิดว่าตนไร้ความสามารถ กลัวความตาย และทอดทิ้งผู้ป่วย หน้าที่หลักของผู้รักษาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย คือ การให้ความเห็นอกเห็นใจและการประคับประคองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของการดูแลที่เหมาะสมคือ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การสบตา การสัมผัสผู้ป่วยตามความเหมาะสม การฟังสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการพูด และการยินดีตอบทุกคำถามอย่างให้เกียรติ

ดังนั้น ผู้ดูแลรักษาควรให้ผู้ที่กำลังจะตายอยู่ในความสงบมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ควรหลีกเลี่ยงใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่จำเป็นเพราะนอกจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้ว ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้ วัตถุประสงค์อย่างถูกต้อง และเหมาะสมแก่ผู้ที่กำลังจะตายจึงจำเป็นมาก เพราะเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ผู้รักษาควรช่วยให้ผู้กำลังจะตายเข้าสู่ความตายอย่างสงบ สง่างาม และมีศักดิ์ศรี

กระบวนการตายเริ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการตาย ทีมสุขภาพ และครอบครัว ได้มีการเตรียมการสำหรับการตายของผู้ป่วย มีการตัดสินใจว่าไม่ต้องทำอะไรเพิ่มเติม เนื่องจากการสิ้นสุดของชีวิตกำลังจะเกิดขึ้น และนำไปสู่ชั่วโมงสุดท้าย การรอกอยความตาย และการสิ้นสุดความตายเกิดขึ้น ซึ่ง แบคเคอร์, แฮนนอน และรัสเซล (Backer, Hannon & Russel) ได้แบ่งกระบวนการตายตามระยะเวลาดังนี้ (Backer, Hannon & Russel 1994; กัญญา สุทธิพงษ์, 2548: 10)

ระยะแรก หนึ่งถึงสามเดือนก่อนตาย เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแยกออกจากสิ่งแวดล้อม และคนรอบข้างสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงอยู่กับตนเองมากขึ้นความอยากอาหารลดลงและหลับมากขึ้น

ระยะที่สอง หนึ่งถึงสองสัปดาห์ก่อนตาย ผู้ป่วยจะไม่สามารถจดจำสถานที่ หรือเพื่อนฝูงได้ พูดในสิ่งที่มองไม่เห็น สับสน ความดันโลหิตลดลง ชีพจรลดลง หรือเพิ่มขึ้น หายใจเร็วและไม่สม่ำเสมอ ผิวเริ่มซีด บ่นว่าร่างกายหนัก และเหนื่อย นอนหลับมากขึ้น แต่ยังมีปฏิกิริยาตอบสนองอยู่ ไม่กินอาหาร ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย ในช่วงเวลานี้ทีมสุขภาพจะต้องทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม แก้อาการไม่สบายที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพรับฟังความต้องการ และรับฟังความทุกข์ใจของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความหมายของชีวิต และความตาย

ระยะที่สาม วันสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นกว่าสองระยะข้างต้น ญาติต้องเผชิญกับการตัดสินใจหลายประเด็น เช่น การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป การเลือกสถานที่ที่จะเสียชีวิต เป็นต้น

ระยะที่สี่ ชั่วโมงสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจแบบหิวอากาศ ปลุกไม่ตื่น การสิ้นสุดของชีวิตกำลังจะเกิดขึ้น สามารถแบ่งพฤติกรรมในช่วงนี้เป็น 4 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงเวลาแห่งการรอคอยความตาย และการสิ้นสุด ทีมสุขภาพต้องดูแลอย่างใกล้ชิดป้องกันการตายอย่างไม่พึงประสงค์ โดยจะต้องดูแลให้มีการตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน และไม่ตายอย่างเฉียดตาย
2. ภาพการตาย เป็นระยะที่ร่างกายหยุดทำหน้าที่ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเสียชีวิต
3. ความตาย ระยะนี้เชื่อว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างแท้จริง และได้รับการยืนยันอย่างเป็นทางการจากแพทย์ผู้ทำการรักษาว่าผู้ป่วยเสียชีวิต
4. กล่าวคำลา

ดังนั้นการเข้าใจกระบวนการตายจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวอย่างแท้จริง

3.4 ปัญหารายธรรมกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

3.4.1 ความหมายของจริยธรรม

ความหมายของคำว่าจริยธรรมมีหลายความหมาย จากความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้นิยามคำว่าจริยธรรมไว้ว่าเป็นธรรมอันเป็นข้อประพฤติปฏิบัติ (มัญชุภา ว่องวิระ , 2541: 2) ขณะที่สุลักษณ์ สิวลักษณ์ (2522: 68 ; สิวลี สิริไล, 2544: 162) ให้ความหมายว่าจริยธรรมไว้ว่าเป็นหลักแห่งการดำรงชีวิตอันประเสริฐ ส่วนพระยาอนุমানราชชน เห็นว่าจริยธรรมเป็นสิ่งที่มิได้อยู่ในตัวมนุษย์เป็นธรรมชาติ หน้าที่ของมนุษย์ทุกคนจึงมีเพียงแต่นำเอาจริยธรรมที่มีอยู่ในตัวนำออกมาใช้ และช่วยกันพัฒนาทั้งจริยธรรมที่มีต่อมนุษย์ด้วยกัน และจริยธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อสังคม (ภนิกา กุสกูล, 2532; มัญชุภา ว่องวิระ , 2541: 2) นอกจากนี้ ก่อสวัสดิพานิชย์ ได้ให้มุมมองในงานอภิปรายเรื่องจริยธรรมในสังคมไทยว่า จริยธรรมคือ ประมวลความประพฤติ และความนึกคิดในทางที่เหมาะสม (สิวลี สิริไล, 2544: 162)

สรุปได้ว่าจริยธรรมคือกฎเกณฑ์ความประพฤติที่มนุษย์ควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณสมบัติแห่งความเป็นมนุษย์เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจเลือก หรือปฏิเสธที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อความถูกต้อง และเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ หรืออาจเปรียบได้ว่า

จริยธรรมคอยเป็นเส้นบรรทัดที่จะคอยล้อมเกล้าให้มนุษย์เคลื่อนไหว และประพฤติน้อย่างมีกติกาก้าวไปสู่เรื่องของความดี และความงาม

3.4.2 จริยธรรมกับวิชาชีพพยาบาล

วิชาชีพพยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่ถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมมากเพราะต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับมนุษย์ที่มีความทุกข์ คือผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากความหวังที่จะหายจากโรคแล้ว เขาเหล่านั้นยังต้องการความอบอุ่นทางใจ กำลังใจ การให้คำปรึกษาที่ดี ความช่วยเหลือ และต้องการความเข้าใจในฐานะที่เป็นมนุษย์ด้วยกัน หากปฏิสัมพันธ์ดำเนินไปด้วยดีก็จะเกิดความประทับใจ แต่ในทางกลับกันบ่อยครั้งที่พบว่าเกิดสถานการณ์ที่ไม่คาดหวังขึ้นคือความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการของพยาบาล ก่อให้เกิดความขัดแย้งตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง หากมองปัญหาเหล่านี้ด้วยสายตาที่เป็นธรรมพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากทั้งสองฝ่าย ด้านหนึ่งก็คือ ผู้ป่วยมีความคาดหวังสูงเมื่อพยาบาลปฏิบัติไม่ได้ตามที่คาดหวัง เกิดความรู้สึกขุ่นเคือง ส่วนอีกด้านหนึ่งพยาบาลบางคนอาจละเลยต่อเรื่องของจริยธรรม ขาดความเข้าใจในหน้าที่และปรัชญาของวิชาชีพมุ่งปฏิบัติงานแต่ด้านรักษา (curing) แต่ละเลยต่อการเอื้ออาทรอันอบอุ่น (warm caring) การปฏิบัติงานของพยาบาลจะมีคุณค่าก็ต่อเมื่อหลอมรวมด้วยความเมตตา ความอ่อนโยน ความเอื้ออาทร และตระหนักในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย

สิวลี สิริไล (2548) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบด้านจริยธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลประกอบด้วย ความเอื้ออาทร (caring) เนื่องจากความเอื้ออาทรเป็นสิ่งสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ลักษณะคล้ายคลึงกับการให้ความอบอุ่นในใจ แต่มีความหมายลึกซึ้งกว่า เกิดจากการตระหนักในคุณค่าของบุคคล ความเข้าใจในชีวิต และก่อให้เกิดความปรารถนาดีต่อกัน การแสดงออกถึงความเอื้ออาทรคือ ความอ่อนโยน ห่วงใย เคารพในความเป็นตัวของตัวเองของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความคุ้นเคย และอบอุ่นแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ความเชื่อถือ และความไว้วางใจ (trust and confidence) ก็เป็นองค์ประกอบด้านจริยธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลเช่นกัน เพราะเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการตระหนักรู้ว่าในโลกส่วนตัวของคนเรานั้น ไม่มีเป็นอิสระ เราต้องการความช่วยเหลือ และในความรู้สึกดังกล่าวมีบุคคลหนึ่งที่มีความเอื้ออาทร สามารถช่วยเหลือ และมีความเป็นมิตร ความเชื่อถือ และไว้วางใจทำให้บุคคลกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตน กล้าปรึกษาหารือ และขอความเห็นในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล ความรู้สึกเชื่อถือ และไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาลมีส่วนก่อให้เกิดผลดีต่อกระบวนการรักษา และก่อให้เกิดความร่วมมืออันดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy) ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเราไม่ได้หมายถึงความเข้าใจ (understanding) แต่หมายถึงการที่เรา¹ และยอมรับว่าคนแต่ละคนมีโลกส่วนตัวของตัวเอง มีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเองที่แตกต่างจากคนอื่น มีโลกทัศน์ที่ต่างกันความเห็นอกเห็นใจ (sympathy) เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกทางสังคมที่สมบูรณ์ของบุคคลเพราะเมื่อใดก็ตามที่บุคคลแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพของความเจริญทางวิวุฒิ การแสดงออกถึงความรู้สึกความเห็นอกเห็นใจได้แก่การรับรู้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ความสนใจความเมตตา และการเข้ามามีส่วนร่วมในการหาทางแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถูกทอดทิ้ง มีคนเข้าใจ คอยให้คำปรึกษา และเป็นผู้ให้กำลังใจ มิใช่เป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น

องค์ประกอบทางจริยธรรมพยาบาลอีกข้อหนึ่งคือ การให้ความเคารพ (respect) เนื่องจากในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลต้องพบปะผู้คนจำนวนมาก ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งทางด้าน ชาติวุฒิ วิวุฒิ และคุณวุฒิ การแสดงความเคารพต่อคุณลักษณะทั้งสามประการนี้เป็นกฎธรรมชาติ เป็นสิทธิมนุษยชนที่พึงได้รับ และรักษาไว้ พยาบาลต้องให้ความเคารพต่อคุณลักษณะทั้งสามประการนี้ของผู้ป่วยเท่า ๆ กับการเคารพตนเอง

ประการสุดท้ายคือ ความเป็นผู้มีอารมณ์ขัน (humor) เนื่องจากชีวิตของมนุษย์ย่อมมีทั้งสุข และทุกข์ การที่คนเรามีอารมณ์ขันจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิต เนื่องจากช่วยลดความ ตึงเครียด และสร้างบรรยากาศที่ดี ความเป็นผู้มีอารมณ์ขันจะช่วยให้พยาบาล และผู้ป่วยมีความเป็นกันเอง แต่ต้องระวังอารมณ์ขันที่ล้อแหลมต่อการเข้าใจผิด หรือเป็นการล้อเลียน เพราะอาจส่งผลทางลบได้

3.4.3 ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาล (ethical problem in nursing)

ปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลหมายถึง ปัญหาที่พยาบาลต้องใคร่ครวญ ว่าอะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของปัญหาอย่างรอบคอบ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง นอกจากนี้ยังหมายถึง สถานการณ์ขัดแย้งที่ต้องตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (ethical dilemmas) ซึ่งเคอร์เทน (leach curtain) ได้อธิบายลักษณะกว้าง ๆ ของปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำไว้ดังนี้คือ เป็นปัญหาที่ไม่อาจหาข้อยุติได้จากเพียงข้อเท็จจริงที่ประจักษ์ (empirical data) แต่เพียงด้านเดียว และเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนจนยากที่จะกำหนดได้แน่ชัดว่าจะใช้ข้อเท็จจริง และข้อมูลอย่างไรในการตัดสินใจรวมทั้งผลของปัญหาจริยธรรมที่เกิดไม่เพียงกระทบต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าในปัจจุบันเท่านั้น แต่มีผลกระทบเชื่อมโยงไปถึงเหตุการณ์ภายหน้าด้วย (สิวลี สิริไล, 2544: 214)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้ค้นพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมมีมากมายหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล ผู้เป็นพยาบาล และสุดท้ายคือ ปัจจัยด้านองค์กร

ปัจจัยด้านสังคม ในอดีตนั้นทัศนคติ และความคาดหวังของสังคมต่อวิชาชีพพยาบาลนั้นได้รับการมองว่าเป็นงานบริการที่เป็นบุญกุศล เป็นผลให้พยาบาลถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นคนที่มีจิตใจดีงาม เอื้อเฟื้อ มีความเมตตา ปรารถนาต่อเพื่อนมนุษย์ และผู้ที่เจ็บป่วย และถูกคาดหวังว่าจะต้องมีการแสดงออกที่เหมาะสม จนเมื่อมีการให้บริการที่ผิดพลาดในบางครั้งซึ่งเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ก็ไม่มีการฟ้องร้องทางคดีความ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกเชื่อถือในเมตตาธรรมของพยาบาล แต่ปัจจุบันทัศนคติดังกล่าวได้เปลี่ยนไป เนื่องจากกระแสสังคมได้รับการปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย บุคคลได้รับการศึกษาอย่างมากยิ่งขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีการปกป้องสิทธิเสรีภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นไปในลักษณะที่เคารพยกย่อง เกรงใจ และรู้สึกสำนึกบุญคุณ อาจเปลี่ยนเป็นการเรียกร้องสิทธิ เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจจากการบริการ

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย บางกรณีผู้ป่วยมีอคติต่อวิชาชีพพยาบาล คาดหวังการให้บริการจากพยาบาลในลักษณะของผู้รับใช้ (สิวลี สิริโล, 2544: 218) และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ขาดความอดทน ตลอดจนเรียกร้อง และจับผิด สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่อาจนำมาสู่ความขัดแย้งในความสัมพันธ์ได้ ส่วนปัจจัยด้านตัวบุคคลที่เป็นพยาบาลนั้น ก็มีผลต่อการเกิดปัญหาจริยธรรมได้ เนื่องจากมีพยาบาลบางส่วนขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ละเลยต่อหลักการ และจรรยาบรรณวิชาชีพ ให้การพยาบาลอย่างขาดคุณภาพ ขาดความไวต่อความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความไม่รัก และไม่ไ้รู้สึกภูมิใจในวิชาชีพ

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านหน่วยงาน หรือองค์กร โดยเฉพาะระบบบริหารจัดการ หน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ ก็มีผลต่อการเกิดปัญหาจริยธรรมได้เนื่องจากองค์กรที่ขาดการจัดการที่ดี ภาระงานที่หนัก บุคลากรมีความเหนื่อยล้า ขาดขวัญ และกำลังใจ ขาดการเพาะบ่มความรู้ด้านจริยธรรม ย่อมทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกท้อแท้ ขาดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ ขาดความกระตือรือร้นที่จะใช้ทั้งศาสตร์ และศิลป์ในการปฏิบัติหน้าที่ ดังกล่าวนี้น่าจะยอมอาจก่อให้เกิดปัญหาจริยธรรมได้

3.4.4 ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นเนื่องจากการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเรื่องความตาย เกิดกรณีผู้ป่วยหนัก และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการยืดชีวิต และเกิดความทุกข์ทรมาน โดยไม่จำเป็นในขณะที่ญาติเองไม่ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการของ

ผู้ป่วย ประกอบกับกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่ไม่เอื้อให้ญาติได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามคุณค่า และ ความเชื่อเมื่อถึงวาระสุดท้าย ประเด็นจริยธรรมที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ การเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย (respect for autonomy) การรักษาเพื่อยืดชีวิต ยุติหรือยับยั้ง การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อน เกี่ยวข้องกับประเด็นจริยธรรม และกฎหมาย ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถในการ ตัดสินใจของทีมผู้รักษา และการเคารพเอกสิทธิ์ในการที่จะไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ซึ่งในสถานการณ์เช่นนี้ผู้ดูแลมัก เกิดความรู้สึกขัดแย้งเกี่ยวกับประเด็นจริยธรรม ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการทำประโยชน์ (beneficence) การบรรเทาทุกข์ ทรมานจากความเจ็บปวด และการพัฒนาคุณภาพชีวิตซึ่งเป้าหมาย สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ด้วยการรับยาแก้ปวดที่เหมาะสม และ การยุติการรักษาที่ไร้ประโยชน์ (futile treatment) ซึ่งเป็นประเด็นจริยธรรมอีกประเด็นหนึ่ง ที่ เกี่ยวข้องกับหลักการทำประโยชน์ เนื่องจากการรักษาบางอย่างเป็นการรักษาที่สิ้นเปลือง โดยที่ไม่ สามารถช่วยให้ผู้ป่วย ฟื้นชีวิตได้ถือว่าการรักษาที่ไร้ประโยชน์

อย่างไรก็ตามในบางกรณีทีมสุขภาพเห็นว่าควรยุติการรักษาในผู้ป่วยบางรายเพื่อ ประโยชน์แก่ผู้ป่วย และครอบครัว เพราะนอกจากจะไม่เป็นประโยชน์ทางการรักษาแล้ว ยังทำให้ ครอบครัวต้องสูญเสียเศรษฐกิจ และเพิ่มภาระการดูแลแก่ครอบครัว และทีมสุขภาพ แต่ครอบครัว ผู้ป่วยกลับเรียกร้องให้แพทย์รักษาต่อด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งทีมสุขภาพมักยอมทำตามที่ครอบครัว ของผู้ป่วยต้องการ แม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม ประเด็นจริยธรรมในลักษณะดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิด จากคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต และความตายที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีม สุขภาพ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างคุณค่า (values conflict) ระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และ ครอบครัว ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการไม่ทำอันตราย (non-maleficence) การรักษาที่ยืดชีวิตแต่ ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และครอบครัว ประเด็นจริยธรรมที่พบได้เสมอคือการตัดสินใจว่าการ รักษาที่ยืดชีวิตควรจะยุติเมื่อใด จึงไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เนื่องจากการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต (life sustaining treatment) ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจของครอบครัวผู้ป่วย แต่การรักษาเพื่อยืดชีวิตต่อไปเรื่อย ๆ ก็อาจก่อให้เกิดอันตราย หรือผลเสียอื่นๆ ต่อผู้ป่วย และ ครอบครัว เช่น ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการรักษา และเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้การให้ และงดการให้อาหาร และน้ำ ประเด็นนี้เกิดจากความคิดเห็นที่ต่างกันของ ทีมสุขภาพ กลุ่มหนึ่งเชื่อว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ ในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ในบางทศนะเห็นว่า การให้อาหาร และน้ำแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่ง

ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองนั้น ก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าก่อให้เกิดประโยชน์ ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรม/เสมอภาค (justice) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญคือ จะกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดความยุติธรรมได้อย่างไร โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และราคาแพง ซึ่งใช้ในการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่สำคัญคือ จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดให้เกิดความยุติธรรมสูงสุด

ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง (veracity : truth telling) การบอกความจริง เป็นหลักการของการพัฒนา และการคงไว้ซึ่งความเชื่อถือ และความไว้วางใจระหว่างมนุษย์ มนุษย์มีความคาดหวังที่จะได้รับการบอกความจริง ดังนั้นบุคคลจึงมีหน้าที่ที่จะต้องพูดความจริง และในขณะที่เดียวกันบุคคลทุกคนมีสิทธิ์ที่จะได้รับการบอกความจริง และไม่ถูกหลอกลวง ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับ (confidentiality) ความลับเป็นข้อตกลง สัญญา พันธะ และหน้าที่ ที่บุคคลหนึ่งทำกับอีกบุคคลหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการให้ข้อมูลที่เป็นความลับ ผู้ที่ได้รับข้อมูลจะถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ปกปิดข้อมูล และใช้ข้อมูลนั้นอย่างเหมาะสม การปกปิดความลับเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความซื่อสัตย์ (fidelity) ซึ่งเป็นหลักการทางจริยธรรมข้อหนึ่งสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ การปกปิดความลับสอดคล้องกับทฤษฎีหน้าที่นิยม จากทฤษฎีนี้บุคลากรจากทีมสุขภาพเป็นผู้ที่ได้รับความเชื่อถือ ไว้วางใจจากผู้ป่วย ทีมสุขภาพจึงมีหน้าที่ที่จะต้องปกปิดความลับของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลความลับของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเท่านั้น ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการปกปิดความลับของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้แก่ การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแก่ผู้อื่นที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งโดยตั้งใจ และไม่ตั้งใจ ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความซื่อสัตย์ (fidelity) ความซื่อสัตย์หมายถึงพันธะสัญญาที่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามบทบาทวิชาชีพที่พึงกระทำอย่างสมบูรณ์ รวมถึงการกระทำตามสัญญาที่ได้ให้ไว้ไม่ว่าจะมาจากตนเอง หรือบุคคลอื่น ซึ่งจะนำไปสู่ความไว้วางใจ (อรัญญา เชาวลิศ , 2547: 148-161)

นอกจากนี้ยังมีประเด็นทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่สำคัญ และยังหาข้อสรุปแน่ชัดเป็นหลักเกณฑ์ที่แน่นอนไม่ได้คือ ประเด็นเรื่องเมตตามรณะ หรือการตายอย่างสงบ เมตตามรณะ (euthanasia) มาจากรากศัพท์ภาษากรีก (euthanatos) แปลว่าการตายที่ดี (good death) (Babara A. Baker, 1994: 215) หมายถึงการตายอย่างสงบ หรือการปล่อยให้ผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษา และต้องทุกข์ทรมาน จากอาการของโรคร้ายให้คืนสู่สภาพปกติ และได้พบกับความตายอย่างสงบ ในทางปรัชญามีการบัญญัติศัพท์เพื่ออธิบายลักษณะการตายเช่นนี้ว่า การุณยฆาต (แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ขมจินดา , 2540: 155) ซึ่งหมายถึงการที่แพทย์ยอมให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยไม่พยายามยืดชีวิต เพื่อลดเวลาแห่งความทุกข์ทรมานออกไปเมื่อแพทย์ ผู้ป่วย และ

ผู้ป่วยหนักจะมีผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่เรียกว่าผู้ป่วย DNAR(Do not Attempt Resuscitation) เป็นการแสดงว่าไม่ต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะหัวใจหยุดการทำงาน

ในทัศนะของศาสนาอิสลามนั้น เชื่อว่าการเกิด และตายถูกกำหนดวันเวลาที่แน่นอนแล้ว โดยพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานูวาตาอาลา ดังนั้นไม่มีใครสามารถเหนี่ยวรั้งความตายให้ช้าลง หรือเร่งระยะเวลาแห่งการตายให้มาถึงเร็วขึ้นตามความต้องการของตนได้ มุสลิมที่ศรัทธาจึงควรต้องรอคอยความตายด้วยจิตใจที่สงบ เพื่อเตรียมตัว เตรียมใจกลับไปสู่พระผู้เป็นเจ้า ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่ามุสลิมจะปฏิเสธการรักษา แต่หากความสามารถของทีมผู้รักษาได้สิ้นสุดลง หรือความรุนแรงของโรครุนแรงเกินที่จะเยียวยาได้ ทุกคนที่ศรัทธาก็พร้อมยอมจำนนที่จะกลับคืนสู่พระองค์

จากการศึกษาเรื่อง “ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ของกฤษณา เจริญศักดิ์ (2545) พบว่าผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายใน 4 ประเด็น ประเด็นแรกการยืดชีวิตหรือยุติชีวิต ประเด็นที่สอง การปกปิดความลับผู้ป่วย หรือบอกความจริงกับญาติ ประเด็นที่สาม เกณฑ์การตัดสินใจคุณค่าที่แตกต่างกัน และประเด็นสุดท้าย ทรัพยากรจำกัดจะจัดสรรให้ใครดี ส่วนการศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระยะสุดท้ายของชีวิต: การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความคับข้องใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ” ของกัญญา สุทธิพงษ์ (2548) พบว่า ความถี่ของการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตแต่ละรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง โดยรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ รูปแบบการตัดสินใจที่เน้นกฎเกณฑ์ของหน่วยงานเป็นศูนย์กลาง และรูปแบบการตัดสินใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามลำดับ สำหรับความคับข้องใจในการตัดสินใจทั้ง 3 รูปแบบ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ส่วนหลักการ และเหตุผลที่พยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมีดังต่อไปนี้ตามลำดับคือ ความต้องการของผู้ป่วย และการตัดสินใจของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายมาถึงหลักจริยธรรม กฎหมาย และศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล คำประกาศสิทธิผู้ป่วย คุณค่า และความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาทักษะการตัดสินใจของพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ กาญจนา รักชาติ (2542) เกี่ยวกับเรื่อง “ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ” พบว่า พยาบาลได้ให้ความหมายของคำว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมใน 4 ลักษณะ ลักษณะแรกไม่แน่ใจว่าจะไปทางไหนดี ลักษณะที่สอง บางสิ่งที่ทำไปก็ยังไม่แน่ใจว่าถูกหรือผิด ลักษณะที่สาม ต้องเลือกทำอย่างใดอย่างหนึ่งทั้งที่ใจไม่ยอมเลือก และลักษณะสุดท้าย เป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้เพราะไร้อำนาจ

4. ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด (total care) และเนื่องจากในสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวประมาณ 3-4 คน เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จึงเป็นเรื่องยากที่จะหาผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตามครอบครัวจะมอบหมายสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งให้รับบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วย ซึ่งวิธีการได้มาซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยอาจจะมาโดยสมาชิกครอบครัวอาสาเป็นผู้ดูแลด้วยตนเอง เพื่อทดแทนความรักของผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อบุพการี สงสาร และเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วย หรือผู้ดูแลอาจจะถูกเลือก และมอบหมายจากครอบครัวให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นน้องคนเล็กสุด หรือเป็นผู้ที่ไม่มีภาระในครอบครัวให้ลาออกจากงานโดยพี่น้องให้เงินสนับสนุนเป็นการตอบแทน เป็นต้น

4.1 บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Duty of Care)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติมาก่อนต้องใช้ความพยายาม และความอดทนค่อนข้างสูง และบางครั้งต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาระในการดูแลผู้ป่วยแต่ละคน จะมีความแตกต่างกันตรงบริบทของการเจ็บป่วย และความต้องการการดูแล บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญยิ่ง นอกจากนี้ยังต้องเรียนรู้การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะฉุกเฉิน การเป็นตัวกลางตัวแทนของผู้ป่วยในการสื่อสารประสานงานกับทีมสุขภาพ และที่สำคัญยิ่งจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการเพื่อให้มีเวลาส่วนตัวสำหรับตนเองเพื่อพักผ่อน ไม่ให้ความเหนื่อยล้าจนเกินไป กล่าวโดยสรุป ภาระงาน และกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบได้แก่ กิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิต การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของมะเร็งแต่ละชนิด ให้การช่วยเหลือปลอดภัยทั้งด้านอารมณ์ และจิตใจ ประสานกับทีมสุขภาพ และเรื่องสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การช่วยผู้ป่วยในเรื่องการเงิน

ภาระงานที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องทำให้กับผู้ป่วยประกอบกับงาน และชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ แม้ว่าจะมีผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกที่ดีจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเป็นที่ต้องการ แต่พบว่าการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า หรือเป็นภาระในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วยแล้ว ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความขัดแย้ง

ในหมู่ผู้ดูแลผู้ป่วย โกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภาวะเครียด และสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และภาวะจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ภาระจากการดูแลนี้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกหมดหวังและหมดพลัง รวมทั้งสุขภาพทางกายเสื่อมลง ซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จึงมีคำเรียกผู้ดูแลผู้ป่วยว่าเป็น “ผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น” (Hidden patient) ผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจ เพราะเมื่อพิจารณาถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่ามีความโน้มที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ถดถอยลงตามลำดับ และส่งผลต่อสุขภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546)

บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง (ทัตดาวและคณะ, 2542 ; ปาริชาติ, 2537) การเข้ามารับบทบาทหน้าที่นี้อาจจะด้วยความรัก สงสาร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย เป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาเพื่อป้องกันคำครหาในตาของเพื่อนบ้าน หรือ ไม่มีทางเลือกเลย เพราะไม่สามารถผลักภาระให้กับคนอื่นได้ เมื่อเข้ามารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้ว ปฏิบัติการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง อยู่เป็นเพื่อน ให้ความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ เกื้อกูลอย่างเต็มใจ จริงใจ ดูแลด้วยความอดทน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีความสุขในระยะสุดท้าย และจากไปอย่างสงบ บทบาทหน้าที่ดังกล่าวมีลักษณะดังนี้ (วิลาวัลย์ และคณะ, 2542) ได้แก่การให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้กำลังใจ ในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ยกเว้นกิจกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะ โรค ศึกษาความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยยึดมั่นในความดี ทำตัวให้มีประโยชน์ต่อสังคม และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

จากการลงพื้นที่เบื้องต้นบทบาทหน้าที่ของญาติ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีหลายบทบาท แต่มีเป้าหมายเดียวคือ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บทบาทที่สำคัญได้แก่ การได้รับความสุขสบาย ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ฝึกระวังอย่างใกล้ชิด ด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ เข้าใจ เห็นใจ ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง พุดคุยให้กำลังใจ ไม่ขัดใจ ช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนชีวิตในอนาคต เสริมสร้างกำลังใจ ต่อสู้กับชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลักแสดงบทบาทหน้าที่ได้ดี ทีมสุขภาพควรมีบทบาทช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแล การมีส่วนร่วม (caregiver participation) ในการร่วมกับทีมสุขภาพ ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีอำนาจในการจัดการ ควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการตัดสินใจ ปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล

หลัก และทีมสุขภาพ เนื่องจากเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีผลกระทบอย่างมากต่อสถานะด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยอันได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รู้สึกคลุมเครือต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการตกอยู่ในภาวะที่ไม่แน่นอนในสถานการณ์ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียการควบคุมสถานการณ์ รู้สึกกลัวอนาคต วิตกกังวล ซึมเศร้า อึดอัด โกรธ และเมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จะทำให้เกิดภาวะเครียด

4.2 ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในยามเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว เป็นประเพณีอันดีงามของสังคมไทยที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ ครอบครัวไทยมีความผูกพันกัน เอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่ทอดทิ้งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย มีผู้ดูแลในครอบครัวคอยดูแล อาจเป็นมารดา บิดา สามี ภรรยา หรือบุตรหลาน เป็นต้น ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างใกล้ชิด เข้าใจ เป็นที่ไว้วางใจ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วยได้ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ อาจเป็นผลมาจากความรุนแรง และความเรื้อรังของโรค ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติกรดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา จึงมีผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสามารถ และเกิดพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ อาจเป็นวิธีการจากตัวผู้ดูแลผู้ป่วยเอง หรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ทีมสุขภาพ หรือแหล่งอื่น ๆ ในชุมชน เป็นผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลไว้มากมายโดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) เช่น จิตสิริ ปรียานิชย์ ได้ศึกษาเรื่องความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ในภาวะเจ็บป่วยผู้ดูแลเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณที่มีค่าสำหรับผู้ป่วย (O'Brien, 1999; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548) เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมีความคุ้นเคย และรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยได้ดี (วิลรัตน์ จงเจริญ, 2537; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮฟิลด์ (Highfield) เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งตามทฤษฎีของ ผู้ป่วย และพยาบาลพบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณมากที่สุดคือบุคคลในครอบครัว จึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Highfield, 1992 ; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548)

การศึกษาเรื่อง “การให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล” ซึ่งวิภา วิเสโส (2546) ได้ศึกษาไว้ โดยเน้นการศึกษาถึงการให้ความหมายของการ

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้ผลสรุปว่า ความหมายของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมี 4 ความหมายคือ โอกาสตอบแทนบุญคุณ ดูแลได้ดีกว่าคนที่ไม่ใช่เป็นญาติ มีความสงสาร ความเห็นใจ เต็มใจที่จะให้การดูแล และมีหน้าที่ที่จะต้องดูแล

จิตสิริ ปรียานิชย์ (2548) ศึกษาเรื่อง “ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ” ได้ผลสรุปว่าในภาวะเจ็บป่วยผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีความคุ้นเคย และรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยได้ดี ผลการศึกษากับการศึกษาของไฮฟิลด์ (Highfield) เรื่อง “สุขภาพทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งตามทฤษฎีของผู้ป่วยและพยาบาล ” พบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้ดูแลด้านจิตวิญญาณของตนมากที่สุดคือ บุคคลในครอบครัว (Highfield, 1992 ; จิตสิริ ปรียานิชย์, 2548) สรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กำไล สมรักษ์ (2545) ศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ” พบว่าพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน หมายถึง ความสามารถในการจัดการดูแลได้ทุกอย่างคนเดียว เลี้ยงดูเหมือนลูกอ่อน และเหมือนการดูแลของหมอ และพยาบาลประจำตัว มีคุณลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ต้องการการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระดับพลังอำนาจเต็มศักยภาพ เหมือนกับการเติมน้ำมันในตะเกียงเพื่อให้ตะเกียงส่องสว่างอยู่ตลอดเวลา การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน หมายถึง การจัดการให้เกิดสมดุล ผู้ดูแลสามารถจัดการให้เกิดสมดุลได้ด้วยตัวเองโดยการควบคุมจิตใจ การแสดงพฤติกรรม และการแสวงหาทรัพยากรจากภายนอก นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านยังหมายถึง การจัดการให้เกิดสมดุลได้เมื่อต้องรับความช่วยเหลือเมื่อต้องการทรัพยากร ส่วนปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมีสองปัจจัยคือ ปัจจัยภายในตนของผู้ดูแลหลัก และปัจจัยระหว่างผู้ดูแลหลักกับบริบท การวิจัยนี้วิจัยใช้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ สามารถทราบ และเข้าถึงการเป็นไปของผู้ป่วย และมีส่วนอย่างยิ่งต่อผลการรักษาผู้ป่วย

5. ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography)

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) การวิจัยลักษณะนี้อาจมีคำที่เขียนต่างกัน เช่น “ชาติพันธุ์วรรณา” หรือ “งานเขียนทางชาติพันธุ์” คำว่า Ethno เป็นภาษากรีกซึ่งหมายถึงคนอื่นหรือคนป่าเถื่อนที่ไม่ใช่ชาวกรีก การวิจัยในแนวทางนี้พัฒนามาจากแนวทางของนักมานุษยวิทยา (Anthropologist) ซึ่งสนใจศึกษาวัฒนธรรมของกลุ่มชนและวิถีชีวิตกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมของ

ชุมชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยการศึกษาใกล้ชิดกับชุมชนนั้นและทำการศึกษาอย่างละเอียด เป้าหมายของการศึกษาเพื่อตอบคำถามว่า “วัฒนธรรมของชนกลุ่มนี้เป็นอย่างไร ” โดยมีฐานความคิด (Assumption) ว่า เมื่อมนุษย์มาอยู่รวมเป็นกลุ่มนานสักระยะหนึ่ง จะเกิดวัฒนธรรมในการปฏิบัติและความเชื่อร่วมกัน ทำให้เกิดมาตรฐานการปฏิบัติของบุคคลในสังคมนั้น ในยุคแรกๆ นักมานุษยวิทยาสงสัยใจศึกษาชุมชนแบบบรรพกาล แต่ปัจจุบันได้นำวิธีการนี้มาใช้ศึกษากับกลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมแนวคิดของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา จะศึกษาพฤติกรรม การกระทำ การดำเนินชีวิตและวิถีชีวิตของกลุ่มทางสังคมและวัฒนธรรมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แล้วพรรณนาโดยละเอียดถึงพฤติกรรม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และอื่นๆ อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนในกลุ่มนั้นๆ (อ้างในกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุล, 2546: 66) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้หลายประเภท ได้แก่

ชาติพันธุ์วรรณาแนวคลาสสิก เป็นการศึกษากลุ่มคนพื้นเมืองอย่างกว้างๆ โดยมองคนพื้นเมืองอย่างเป็นกลุ่มก้อนที่มีขอบเขตแน่นอน มีชีวิตวัฒนธรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก

ชาติพันธุ์วรรณาแนวสะท้อนย้อนดูตน (Reflexive ethnography) เป็นแนวการศึกษาที่ย้อนดูตัวของผู้ศึกษาเอง เพื่อให้ผู้อ่านเห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษากับเรื่องที่ศึกษา ทำให้มองเห็นเบื้องหลัง ภูมิหลัง และความเป็นมาของผู้ศึกษาและเรื่องที่ศึกษาชัดเจนมากขึ้น

ชาติพันธุ์วรรณาแนวเล่าเรื่อง (Narrative ethnography) การศึกษาในแนวนี้คล้ายการเล่านิยายที่มีบทเริ่มต้น ดำเนินเรื่อง และการจบเรื่อง

ชาติพันธุ์วรรณาแนวสตรีนิยม (Feminism ethnography) เป็นการศึกษาในแนวอุดมการณ์ของสิทธิสตรี ความแตกต่างของสถานภาพทางเพศ และความเป็นธรรมของสตรีในทางสังคม

ชาติพันธุ์วรรณาแนวบทสนทนา (Dialogical ethnography) เป็นการศึกษาที่เน้นการนำเสนอในรูปของบทสนทนาหรือการแลกเปลี่ยนโต้ตอบ ระหว่างผู้เขียนกับบุคคลอื่น นำมาวิเคราะห์โดยตรง

ชาติพันธุ์วรรณาแนวความร่วมมือกับเจ้าของวัฒนธรรม (Collaborative ethnography) เป็นการศึกษาโดยเปิดโอกาสให้เจ้าของวัฒนธรรมหรือเจ้าของเรื่องราวมีส่วนในการศึกษาและเรียบเรียงตรวจสอบผลการศึกษา เช่น การศึกษาประวัติชีวิตของบุคคล การศึกษาวัฒนธรรมของชุมชนขนาดเล็ก เป็นต้น

ซึ่งในงานนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแนวเล่าเรื่อง โดยเรื่องเล่าเป็นเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงชีวิตของตนเองและคนอื่น การเล่าเรื่องช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าการประสบการณ์ของตนเองมีความหมาย ผู้ให้ข้อมูลจะดำเนินชีวิตไปตามเรื่องเล่า ดังนั้นทั้งชีวิตและ

เรื่องเล่าจึงเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันมิได้เฉพาะคนมีชีวิตอยู่ตามเรื่องเล่าหรือเรื่องราวที่แทรกตัวอยู่ในบริบทที่ห้อมล้อม บุคคลจึงรับรู้ จินตนาการและเลือกที่จะทำหรือไม่ทำหรือไม่ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามโครงสร้างของเรื่องเล่า เรื่องเล่ามิได้เป็นอิสระจากสิ่งที่เป็นกฎเกณฑ์ สถาบัน วัฒนธรรมและศาสนา สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อเรื่องเล่า ถือเป็นสิ่งที่มีผลต่อการที่บุคคลจะเลือกที่จะเล่าและจะเล่าเรื่องอย่างไร เรื่องเล่าแทรกตัวอยู่ในความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ปรากฏอยู่ใน อายุ ชาติพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ตำแหน่งทางสังคม เรื่องเล่าจึงมิใช่มีฐานะเพียงคำบรรยายเกี่ยวกับชีวิตของบุคคล แต่เป็นตัวโครงสร้างของชีวิต เรื่องเล่าจึงเป็นวิธีวิทยา ที่เหมาะสำหรับการศึกษาวิจัยของชีวิต

กล่าวโดยสรุป ชาติพันธุ์วรรณานั้นเป็นวิธีการศึกษาชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน สถาบันรวมถึงกลุ่มองค์กรในรูปแบบอื่น ๆ วิธีการนี้มีลักษณะเป็นวิทยาศาสตร์ เป็นการค้นคว้าหาข้อเท็จจริง ใช้ตัวนักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการรวบรวมข้อมูล(ชาย โปธิสิตา ,2551:148) หลีกเลี้ยงที่จะให้ความหมายในเชิงนิยามแต่กล่าวถึงลักษณะสำคัญของวิธีการนี้ว่าประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้คือใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล เป็นการวิจัยที่เน้นการเป็นองค์รวม เป็นการวิจัยที่ให้ความสำคัญแก่บริบท รวมทั้งมีการพรรณนาและการวิเคราะห์ที่เน้นปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมเป็นตัวแปรสำคัญ (ชาย โปธิสิตา, 2551: 148)ซึ่งในประเด็นดังกล่าวชาย โปธิสิตาได้กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของการวิจัยชาติพันธุ์วรรณาไว้ดังนี้

1. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาใช้ประโยชน์จากมโนทัศน์ทางวัฒนธรรมเป็นแนวคิดหลักในการอธิบายและการตีความผลการศึกษาจนอาจกล่าวได้ว่ามโนทัศน์ทางวัฒนธรรมเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ชาติพันธุ์วรรณาไม่ปรากฏที่ฝังแน่นอยู่ในมโนทัศน์ทางวัฒนธรรม (ชาย โปธิสิตา, 2551: 154)ถ้าปราศจากมโนทัศน์ทางวัฒนธรรมแม้จะมีคุณสมบัติอย่างอื่นก็ไม่จัดว่าเป็นชาติพันธุ์วรรณา

2. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล ลักษณะสำคัญของวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมคือนักวิจัยอยู่ใกล้ชิดกับชุมชนที่ตนเองศึกษาเป็นเวลานานเพื่อซึมซับและทำความเข้าใจถึงวิถีชีวิต ตลอดจนความคิดเห็นของกลุ่มคนที่ตนศึกษานั้นหมายความว่านักวิจัยเล่นบทบาททั้งในฐานะนักวิจัยที่มาจากภายนอกและในฐานะของคนใน นักวิจัยเอาตัวเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะเดียวกันก็ใช้วิธีการที่เหมาะสมและเป็นไปได้ทุกอย่างที่ช่วยให้เข้าถึงและเก็บข้อมูลที่เข้าข่ายได้อย่างมากและอย่างดีที่สุด ในฐานะคนในนักวิจัยสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจเพื่อเปิดประตูเข้าถึงข้อมูลที่เข้าถึงได้ยากแต่ขณะเดียวกันต้องระวังอย่าติดกับดักแห่งความสัมพันธ์อันดี จนบทบาทของนักวิจัยหย่อนไป

3. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา เป็นการวิจัยที่เน้นความเป็นองค์รวมคือต้องเข้าใจว่าองค์ประกอบต่างๆในสังคมทุกมิติจะเชื่อมโยงต่อกันเป็นหนึ่งเดียวและนักวิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาอย่างเป็นองค์รวมไม่ใช่เลือกมองเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้นเพราะเราไม่สามารถทำความเข้าใจบุคคลที่เราศึกษาได้ด้วยการเพ่งดูเฉพาะมิติใดมิติหนึ่ง คำอธิบายเชิงชาติพันธุ์วรรณาจึงมักจะเป็นคำอธิบายที่ให้ทั้งความกว้างและความลึกของประเด็นนั้น

4. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาให้ความสำคัญอย่างมากแก่บริบทเพราะถือว่าบริบทคือปัจจัยที่เป็นสภาพแวดล้อมหรือภูมิหลังไม่ว่าจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจและวัฒนธรรมเหล่านี้เป็นข้อมูลที่นักวิจัยต้องไม่ละเลย การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาขนานแท้จึงมักมีการพรรณารายละเอียดของบริบทต่างๆเป็นส่วนสำคัญที่ขาดเสียมิได้

5. นักวิจัยชาติพันธุ์วรรณาใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายแบบใช้ข้อมูลหลายชนิด ข้อมูลอาจมาจากแหล่งบุคคลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนาแบบเป็นกันเอง จากการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม จากเอกสาร หรือข้อมูลประวัติศาสตร์จากการบอกเล่าของผู้รู้ ซึ่งนักวิจัยต้องมีทักษะในการเก็บข้อมูลหลายๆแบบสามารถจัดการข้อมูลหลายๆประเภท

ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา

1. นักวิจัยควรมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับมานุษยวิทยาวัฒนธรรมซึ่งเป็นวิชาที่ว่าด้วยพฤติกรรมทางวัฒนธรรมของมนุษย์
2. การเก็บข้อมูลภาคสนามของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาต้องใช้เวลาตั้งแต่หกเดือนถึงหนึ่งปี นักวิจัยต้องพร้อมที่จะทุ่มเทเวลา
3. ข้อมูลของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรนามักมีหลากหลายทั้งในด้านปริมาณและชนิดของข้อมูลจึงทำให้การวิเคราะห์เป็นงานที่ยากเพราะการวิเคราะห์ไม่ใช่เพียงแต่สรุปเรื่องออกมาจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลแต่ต้องเป็นการย่อยข้อมูลและกลั่นเอาสาระที่เข้าข่ายจริงๆออกมาเป็นคำอธิบายที่มีลักษณะเป็นนามธรรมหรือเป็นข้อเสนอของนักวิจัย

6. ทฤษฎีการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

แนวคิดการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นแนวคิดพื้นฐานหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นการศึกษาโดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ของสภาพแวดล้อมนั้น (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2546) หรือวิเคราะห์ปรากฏการณ์โดยอาศัยมิติทางสังคม และวัฒนธรรมเป็นหลัก ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นความจริงของประสบการณ์ในมุมมองที่

หลากหลาย รวมทั้งการอธิบายวิธีการ ปรัชญา และ แนวคิดที่มีลักษณะทางมนุษยศาสตร์ให้ความสำคัญต่อข้อมูลความรู้ที่นึกคิด และคุณค่าของมนุษย์อาจกล่าวได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ตามความรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ

ปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นปรัชญาหรือทัศนต่อภาวะการมีอยู่ ดำรงอยู่ (existence) ของมนุษย์ไม่ใช่วิธีการวิจัย (ชาย โปธิลิตา, 2550: 189) แต่ถูกนักวิจัยนำมาใช้เสมือนว่าเป็น “วิธีการ” เพื่อศึกษา ปรากฏการณ์ ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมาย ประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก ส่วนสุภางศ์ จันทวานิชให้ทัศนะว่าปรากฏการณ์วิทยาเป็น การศึกษาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงทุกมิติ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้ที่นึกคิด การให้ความหมายหรือคุณค่าแก่สิ่งต่าง ๆ ตลอดจนค่านิยม และอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ๆ มักเป็นการศึกษาระยะยาว และใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก (สุภางศ์ จันทวานิช, 2542 : 13)

สรุปความหมายของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความรู้ที่นึกคิด การอธิบายความหมายจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น สะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง

สำหรับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่นำมาใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงอรรถวิสัย (ชาย โปธิลิตา, 2550: 190)

6.1 ความเป็นมา และลักษณะความสำคัญการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวทางของ

ฮูสเชิล (Husserl)

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีพื้นฐานมาจากปรัชญา (philosophy) ศึกษาปรากฏการณ์ และให้ความหมายตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สะท้อนให้เห็นถึงบริบทปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง บุคคลรับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ ฮูสเชิล (Husserl) ซึ่งเป็นนักคณิตศาสตร์ที่มีชื่อเสียง แนวคิดหลักที่สำคัญคือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า เน้นเรื่องโครงสร้างของการรับรู้ และประสบการณ์ของมนุษย์ มุ่งทำความเข้าใจว่าคนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบเพื่อทำให้โลกของตัวเองมีความหมาย และสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร ดังนั้นสำหรับฮูสเชิล ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาถึงโครงสร้างของการรับรู้อันเป็นปรากฏการณ์ของสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ใด ๆ ก็ตาม

ฮุสเซอร์ล (Husserl) ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล (subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ (consciousness) และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก (life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ การพัฒนาความรู้เน้นค้นหาความเป็นจริง (essence) ที่ปรากฏอยู่โดยนักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจ (intuition) ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ปราศจากอคติ (bias) และใช้กระบวนการจัดกรอบความคิด (bracketing) กำจัดการคิดล่วงหน้า หรือเก็บความคิดความเชื่อที่มีอยู่นั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับข้อมูล หรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด หรืออาจกล่าวอีกนัยคือ เป็นการเก็บไว้ในใจตามความคิดทางคณิตศาสตร์ โดยผู้วิจัยซ่อนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเองไว้ไม่แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าไปในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่เปี่ยมแก่แท้ความเป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล (phenomenological reduction) (Husserl, 1962 ; ประณีต สว่างวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2543)

ฮุสเซอร์ล (Husserl) เน้นเรื่องโครงสร้างของการรับรู้ และประสบการณ์ของมนุษย์โดยการที่จะศึกษาว่าคนเราจะบอก หรือบรรยายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบได้ด้วยการวิเคราะห์การรับรู้ และความหมายของสิ่งที่ประสบซึ่งเป็นตัวกระตุ้นการตระหนักรู้ของตน ฮุสเซอร์ล (Husserl) มุ่งทำความเข้าใจว่าคนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบเพื่อทำให้โลกของตนเองมีความหมาย และสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร หมายถึงผู้ศึกษาต้องมองเลยจากสิ่งที่เห็นปรากฏไปยังธรรมชาติของสิ่งนั้น (from what is to the nature of what) (schwandt, 2001; ชาย โพธิสิตา 2550: 191) ฮุสเซอร์ล (Husserl) ได้ให้นิยามของปรากฏการณ์วิทยาว่าคือการศึกษาถึงโครงสร้าง และความหลากหลายทางโครงสร้างของการรับรู้อันเป็นที่ปรากฏของสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ใด ๆ ก็ตาม (kvale, 1996: 53; ชาย โพธิสิตา, 2550: 192) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาไม่ได้ต่างจากขั้นตอนในงานวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป แต่มีจุดเน้นที่ต่างออกไปดังนี้

1. ปรากฏการณ์ และตัวอย่างที่เลือกมาทำวิจัย ต้องเหมาะสมกับปรัชญาที่เป็นพื้นฐานของการวิจัยแบบนี้ ลักษณะของเรื่องควรเน้นไปในแนวที่จะค้นหาความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลได้ประสบเนื่องจากทัศนะของผู้ที่ได้ประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ มาด้วยตนเอง ถ้าผ่านการวิเคราะห์อย่างดีย่อมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในทางปฏิบัติ และเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบาย ในส่วนของการเลือกตัวอย่างเพื่อให้ได้ผู้ที่เหมาะสมนั้นไม่สามารถวัดว่าจะเลือกเอาผู้ที่มีประสบการณ์ต่อเรื่องนั้น ๆ มากแค่ไหนมาเป็นตัวอย่างในการศึกษา แต่จะยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลักคือมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์มากกว่าเน้นความหลากหลาย และความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

2. การเก็บข้อมูล ในการศึกษาวิจัยตามแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวทางของ ฮูสเซิล (Husserl) นั้น ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างมีจุดเด่นอยู่ที่การดำเนินการสนทนาอย่างเป็นธรรมชาติ มีความยืดหยุ่น จุดเน้นอยู่ที่ผู้สัมภาษณ์รับฟังสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่ามากกว่าการที่จะมุ่งควบคุมการสนทนาอย่างเดียว (ชาย โปธิสิตา, 2550: 198)

สิ่งที่ต้องตระหนักคือ การพยายามเจาะลงไปให้ถึงความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษาให้ได้ จึงไม่ใช่เพื่อการตอบคำถามว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์อะไร และเขาได้ประสบมันมาอย่างไรเท่านั้น แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ ต้องตอบคำถามว่าการได้มีประสบการณ์เช่นนั้น มีความหมายอะไรสำหรับตัวเขา ความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลได้รับนั้น อาจเป็นสิ่งที่นักวิจัยตีความเอาเองหรือมาจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลก็ได้ หากสามารถเข้าใจถึงความหมายนั้น ถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการสัมภาษณ์ แต่ในความเป็นจริงที่พบบ่อยผู้ให้ข้อมูลส่วนมากไม่สามารถนิยาม หรือให้ความหมายของประสบการณ์ของตนได้ แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่าประสบการณ์ที่เขาประสบอยู่นั้นไม่มีความหมายอะไรเลยสำหรับเขา ในทางปรากฏการณ์วิทยาถือว่าทุกครั้งที่ได้ประสบเหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลจะรับรู้ และตีความ (interpret) เหตุการณ์นั้นเสมอ โดยสิ่งที่บุคคลตีความออกมานั้น อาจไม่จำเป็นต้องเป็นนิยาม หรือคำอธิบายที่นักวิจัยมองหาในการเก็บข้อมูลเสมอไป แต่ผลของการตีความประสบการณ์อาจอยู่ในรูปของการกระทำ ทำที่ หรือทัศนคติที่ตามมาของบุคคลนั้นก็ได้ หลักการถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ดีคือ ไม่ควรมุ่งถามตรง ๆ เพื่อค้นคำตอบ เพราะอาจไม่ได้คำตอบที่แท้จริง

6.2 ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นมีทั้งตัวผู้วิจัยเอง บุคคลอื่น ๆ สังคม และประเทศชาติ ได้แก่ ช่วยให้ ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและแท้จริง เกิดกระบวนการคิดที่เป็นระเบียบ โดยเริ่มต้นจากพื้นฐานเบื้องต้นจนถึงสรุป และเมื่อ รวมปรากฏการณ์ได้เพียงพอถึงจุดอิ่มตัว และครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้ว สามารถเข้าใจทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมองเห็นจุดอ่อนของทฤษฎีเหล่านั้น ได้ชัดเจน นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีประโยชน์ทั้งในด้านการสร้างสมมติฐานใหม่ การพัฒนาทฤษฎี ความรู้ และการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคม การพบข้อเท็จจริงใหม่ ๆ ที่ไม่เคยคิดมาก่อน สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการวางแผน แก้ปัญหา ในการทำวิจัย และพัฒนา สามารถศึกษากระบวนการของปรากฏการณ์ทางสังคมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร จากระยะหนึ่งไปสู่ระยะหนึ่ง มีเงื่อนไขกระบวนการนั้นอย่างไร และที่ถือว่าเป็นจุดเด่นของ การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา อย่างหนึ่งคือสามารถศึกษาในผู้ที่ไม่รู้หนังสือ หรือการศึกษาดำ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยสัมผัส

โดยตรง ไม่ต้องใช้สื่อกลาง โอกาสน้อยที่จะตีความหมายผิด ทำการวิจัยในเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ และตอบสนองความต้องการข้อมูลระดับลึกมาประกอบการตัดสินใจในการวางแผนปฏิบัติงาน

6.3 ข้อจำกัดการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

จากการที่ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้วิจัยมีอคติ หรือความลำเอียงจะทำให้ผลจากการศึกษามีคุณค่าลดลง และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเรื่องของความรู้สึกมากเกินไป ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้เฉพาะกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันเท่านั้น ข้อค้นพบจะนำไปอ้างอิงกับกรณีอื่นๆ (generalization) ได้น้อย นอกจากนั้นผู้วิจัยต้องใช้ในการฝึกฝนอบรมเป็นพิเศษ ให้เข้าใจวิจัยอย่างลึกซึ้ง ใช้เวลานาน และทำได้เฉพาะกรณี ไม่ได้ใช้กับประชากรทั้งหมด ในส่วนของวิธีการรวบรวมข้อมูลยังถูกโจมตีเรื่องความเที่ยงตรง และความเชื่อถือได้ เพราะเป็นวิธีการที่เป็นอัตนัย เน้นถึงจริยธรรม ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยเอง วิธีการวิเคราะห์ตีความหมายข้อมูล ต้องใช้ความสามารถเฉพาะของตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้ที่มีสหวิทยาการในตัวเอง เพราะต้องวิเคราะห์ข้อมูลหลายมิติ (Creswell, 1998; ชาย โปธิลิตา, 2550: 203)

จะเห็นว่าปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาการแปลความหมาย ตามสิ่งที่แฝงอยู่ในปรากฏการณ์ที่ไม่ได้ปรากฏให้เห็นเด่นชัดแต่รวมอยู่ใน วัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติ ที่เน้นเฉพาะกรณี โดยผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาด้วยการเก็บข้อมูล ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอธิบายเหตุผลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์ แปลความหมายได้หลายระดับ ทั้งยังเน้นถึงความสำคัญของภาษาระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูล จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษา เนื่องจากเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา และการปฏิบัติ ผลการศึกษาช่วยให้พยาบาล และทีมสุขภาพมีความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติ การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มนุษย์มีการผสมผสานของกาย จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ระบบความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งของสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลมีพลังงานในตัว มีกำลังใจ และความหวัง นอกจากนี้ความรู้สึกผูกพันรักใคร่ การเอาใจใส่ประทับใจประทับใจต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของบุคคล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแล และเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วย อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้เมื่อยามต้องอยู่กับความเจ็บป่วยของคนที่คุณรัก ดังกล่าวข้างต้นหากจะสรุปว่าสุขภาพ ะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นหัวใจหลักในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ คงเถียงไม่ได้ที่จะสรุปว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายย่อมมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) และปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. วิธีการวิจัย
2. ผู้ให้ข้อมูลและการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล
3. การเลือกพื้นที่ศึกษา
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล
7. แผนการดำเนินการวิจัย
8. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณนักวิจัย
9. ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
10. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจพฤติกรรม การกระทำ การดำเนินชีวิต และวิถีชีวิตของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Keyinformant) ซึ่งเน้นการศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยศึกษาข้อมูลจาก 2 วิธีด้วยกัน วิธีแรกคือการศึกษาข้อมูลจากภาคสนาม และวิธีที่สองคือการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

ข้อมูลจากภาคสนาม ผู้วิจัยศึกษาวิถีชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ผ่านปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากภาคสนาม ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และที่พัผู้ป่วย อาคารเย็นศิระ วัดโคกนาว ซึ่งสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และบุคคลอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่ได้เลือกไว้ล่วงหน้าขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ได้กำหนดคุณสมบัติเพื่อให้เห็นนัยสำคัญของการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลในหลายลักษณะ คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและการ

สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ขณะเดียวกันเพื่อการเข้าถึงและได้ข้อมูลในภาคสนาม ผู้วิจัยก็ได้ใช้วิธีการสังเกต พูดคุยสนทนา การสัมภาษณ์เชิงลึก และเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น กิจกรรมการรักษา กิจกรรมทางความเชื่อและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อการทำความเข้าใจต่อวิถีคิด วิถีชีวิต อันจะนำไปสู่คำตอบเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

ข้อมูลจากเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารในสองลักษณะ ข้อมูลลักษณะแรกเป็นเอกสารวิชาการ บทความ งานวิจัย งานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อทบทวนและวิเคราะห์งานศึกษาที่ผ่านมา และข้อมูลในลักษณะที่สองเป็นข้อมูลด้านแนวคิด ทฤษฎี เพื่อให้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาในภาคสนามและเป็นแนวทางในแง่ของวิถีคิดที่จะนำไปสู่การค้นหาคำตอบของการศึกษาครั้งนี้

2. ผู้ให้ข้อมูลและการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคัดเลือกมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 9 ราย โดยวิธีการ เลือกเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) (Lincon and Guba, 1985: 201) ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งทั้งที่อยู่ที่บ้านและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เป็นผู้ดูแลหลัก) สามารถพูดภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจในการร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยพิจารณาว่าตัวอย่างที่เลือกน่าจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาคือมีข้อมูลมาก (information-rich cases) (Michael Quinn Patton, 1980; Lincon and Guba, 1985: 202) ส่วนผู้ป่วย หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

การได้มาของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การเลือก เชิงทฤษฎี ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยในช่วงแรกผู้วิจัยใช้วิธีการไปสำรวจในพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ห้องรังสีรักษา ห้องให้ยาเคมีบำบัด อาคารที่พักผู้ป่วยและญาติ วัด โศกนาถ และสอบถามเกี่ยวกับคุณสมบัติดังกล่าวกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อเป็นข้อมูลในเบื้องต้นว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยท่านใดเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งการบอกเล่าของพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่ห้องรังสีรักษา ห้องให้ยาเคมีบำบัด แม้กระทั่งเจ้าหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยและญาติที่อาคารเย็นศิระ รวมทั้งการใช้วิธีการบอกต่อ (snow ball) จากผู้ให้ข้อมูลรายแรกซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถรับทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการค้นหาผู้ให้ข้อมูลได้ครอบคลุมตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยแต่ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลต้องยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ส่วนจำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอและคุณภาพของข้อมูลซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ และตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งแหล่งข้อมูลออกเป็นสองประเภทอย่างคร่าวๆ อันได้แก่

ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง โดยทั้งสองประเภทเป็นแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อหาความซับซ้อนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการคัดเลือกมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 9 ราย โดยวิธีการเลือกเชิงทฤษฎี ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดไว้ได้ จำนวน ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งกำหนดไว้ในเบื้องต้น 9 รายเนื่องจากเพื่อที่จะสามารถศึกษาในระดับลึกได้โดยไม่ยากลำบากนัก แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้วิจัยยังคงให้ความสำคัญในการเลือกจำนวน ผู้ให้ข้อมูล ที่เหมาะสมกับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม และการพูดคุย ในโอกาสต่างๆ

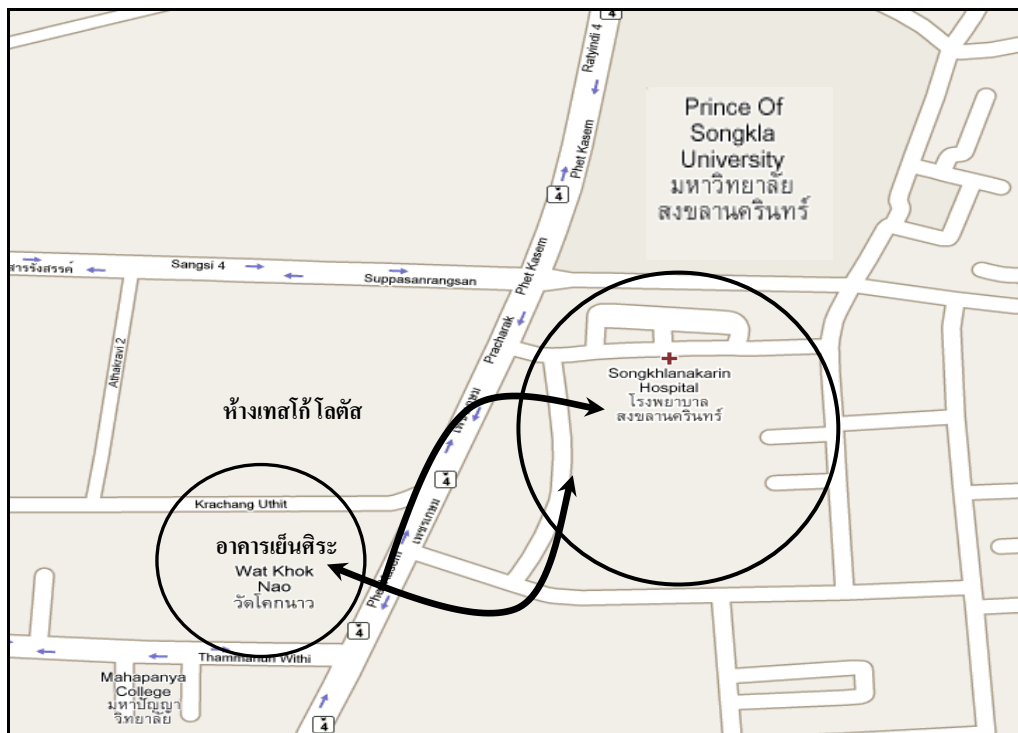
ส่วนกลุ่มที่สองคือผู้ให้ข้อมูลรอง ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ผู้วิจัยได้พบเจอในพื้นที่ศึกษา โดยกลุ่มนี้จะเป็นผู้ที่แวดล้อมของผู้ให้ข้อมูลหลัก เก็บข้อมูลโดยการพูดคุยเรื่องทั่วไปตามโอกาสที่พบเจอ และการสังเกต เพื่อให้เห็นถึงกิจกรรมในรูปแบบต่างๆที่พบเจอในพื้นที่ที่มีต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลรองอาจเป็นตัวผู้ป่วยเอง ทีมสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและญาติที่อาคารเย็นศิระ

3. การเลือกพื้นที่ศึกษา

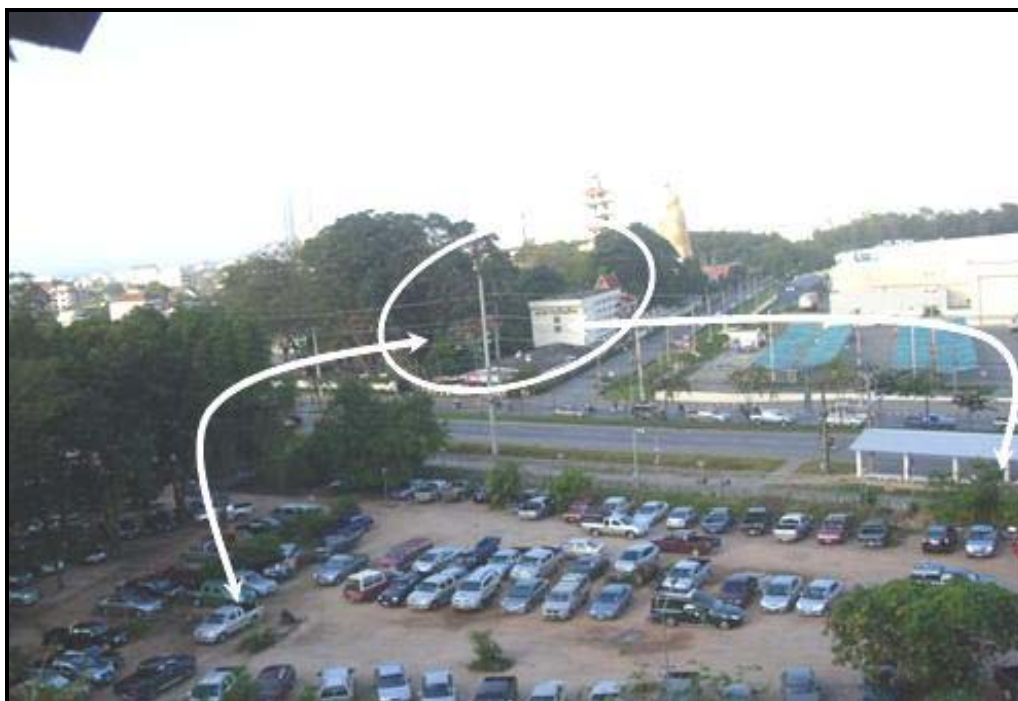
ผู้วิจัยได้เลือกสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ และหน่วยงานที่มีผู้ป่วยมุสลิม ที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าพักรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด และ หน่วยรังสีรักษา ของ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขณะเดียวกันผู้วิจัยก็ได้เลือกที่พักผู้ป่วย อาคารเย็นศิระในวัด โลกนาถ เป็นสถานที่ศึกษาอีกสถานที่หนึ่ง รายละเอียดของพื้นที่ศึกษาดังภาพ



ภาพที่ 3 แสดงภาพพื้นที่ศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และอาคารเย็นศิระ วัด โลกนาถ
(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาแย)



ภาพที่ 4 แสดงภาพแผนที่พื้นที่ศึกษา (ที่มา: ปรับปรุงจากwww.maps.google.com)



ภาพที่ 5 แสดงภาพที่พักรถผู้ป่วยอาคารเย็นศิระ วัดโคกนาว บันทึกภาพจากตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ที่มา : ภาพถ่ายโดยนายนิยามาล อาเย)

การที่ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ศึกษาได้แก่ ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด หน่วยรังสีรักษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และที่อาคารพักรถผู้ป่วย อาคารเย็นศิระในวัดโคกนาว เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวเป็น

แหล่งข้อมูลสำคัญโดยตรงที่สามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ซึ่งทั้งสามพื้นที่เป็นแหล่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ชีวิต เคลื่อนไหว และมีปฏิสัมพันธ์อยู่ตลอดเวลาระหว่างที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ส่วนภูมิภาคอำนาจของผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งอยู่ในเขตจังหวัดสตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาสนั้นก็ถือเป็นพื้นที่สำคัญในงานนี้เช่นกันเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีภูมิหลังและที่มาที่แตกต่างกันเป็นพื้นที่ที่มีปรากฏการณ์ต่างๆที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลอย่างแนบแน่นดังนั้นการที่จะศึกษาชีวิตของเขาเหล่านั้นให้ถึงรากเหง้าคือการย้อนกลับไปดูครอบครัว สังคมและชุมชนของเขานั่นเอง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการดำเนินการวิจัย จึงได้เตรียม ความรู้ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้พื้นฐานทางสังคมศาสตร์ ทฤษฎีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) และ ทฤษฎีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) รวมทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการดูแลผู้ป่วย ทฤษฎีทางด้านจิตวิญญาณ ปรัชญาศาสนาอิสลาม ชีวิต และความเจ็บป่วย ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงด้วยตนเอง ตัวผู้วิจัยจึงมีผลต่อข้อค้นพบในงานวิจัย

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยสองส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนผู้ดูแลหรือผู้ทำหน้าที่แทนในบางโอกาส ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก ข้อวินิจฉัยโรค การรักษา การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งระยะสุดท้าย สภาพทั่วไปของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง

3. แนวคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย แนวคำถามปลายเปิด โดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 3 ชุดคำถาม

4. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เป็นการบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ในด้านอารมณ์ ความรู้สึก สีหน้าท่าทาง และการแสดงออก อื่นๆของผู้ให้

ข้อมูล รวมทั้งบันทึกถึง ปัญหาและอุปสรรค ระหว่างการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนเพื่อการ สัมภาษณ์ครั้งต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น เครื่องบันทึกเสียงสำหรับการสัมภาษณ์ กล้อง บันทึกภาพ สมุดจดบันทึก และอุปกรณ์เครื่องเขียนต่าง ๆ

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านแนวคิดวิธีวิจัย เชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) และทฤษฎีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology) จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอิสลามศึกษา จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบแก้ไข ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ไปปรับปรุง อีกครั้งก่อนนำข้อมูลไปใช้จริง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องการข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุม และเชื่อถือได้มากที่สุด โดยเฉพาะในด้าน สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้การเฝ้าดูปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การสังเกตทั้งแบบมี ส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ตามแนว คำถามการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการบันทึกภาคสนาม ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพ และ จรรยาบรรณของผู้วิจัยในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ดังนี้

6.1 ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความรู้เกี่ยวกับความหมายเกี่ยวกับสุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อ เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นคำถามให้มีความหมายที่ครอบคลุมมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) และทฤษฎีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology)

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกให้ เหมาะสมกับสถานการณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (interview guideline) ที่ใช้เป็น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งมีลักษณะเป็นแนว คำถามในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาปรัชญาของ การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา

(Ethnography) และการ สัมภาษณ์ อย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พร้อมด้วย จาก ประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

ขั้นตอนที่ 5 การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรม ไปยังเลขานุการคณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

6.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับอนุญาตแล้วส่งถึงหัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าภาควิชารังสีรักษา เพื่อขอความร่วมมือในการขออนุญาตเข้าพื้นที่ศึกษา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการประเมินว่าผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระยะสุดท้ายหรือไม่ โดย ประเมินตามคุณสมบัติ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งอ้างอิงข้อมูลจากบันทึกการรักษาของแพทย์ใน เวชระเบียนผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจากนั้นจึงชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตผู้ป่วยในการได้ข้อมูลส่วนบุคคลจากผู้ดูแลและเวชระเบียน ของผู้ป่วย รวมถึงแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยเลือกสถานที่เพื่อเก็บข้อมูลตามความต้องการของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

ลักษณะที่ 1 การสัมภาษณ์ (Interview) ใช้การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ใช้ภาษา ง่ายๆ ที่เข้าใจกันได้ทั้งสองฝ่าย โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึกของตนอย่าง ลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยเป็นคนเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งหมด โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interviews) และล้วงลึก (probe) บันทึกเทป เก็บข้อมูลซ้ำ จนอิ่มตัว โดยในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าถึงวิธีในการ สัมภาษณ์ซึ่งจะขออนุญาตบันทึกเทปร่วมด้วย โดยผู้วิจัยจะพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ อาศัยแนว คำถามที่สร้างขึ้น หรืออาจตั้งคำถามเพิ่มเติมสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามาในขณะที่ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และเพียงพอตามวัตถุประสงค์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 60-90 นาทีและพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง จนข้อมูลอิ่มตัว

ลักษณะที่ 2 ใช้วิธีการเฝ้าสังเกตการ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทั้งช่วงเวลาที่พักอยู่ที่อาคาร เย็นศิระและช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ลักษณะที่ 3 การเก็บข้อมูล ใช้การบันทึกสนาม (field note) และการบันทึกเทปขณะ สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยจดบันทึกสรุปสั้นๆ เฉพาะประเด็นสำคัญ และเมื่อออกมาจากพื้นที่ศึกษา จะจด บันทึกรายละเอียดทันที ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร รวมทั้งการบันทึกการ

สื่อสารที่เป็นอวัจนภาษา เช่น การแสดงกิริยาท่าทาง สีหน้า ลักษณะคำพูด หรือน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลหลักตามความเป็นจริง และประมวลข้อมูลเพิ่มเติมจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังบันทึกเกี่ยวกับความคิดความรู้สึก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างลงพื้นที่ภาคสนาม

ลักษณะที่ 4 การแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อบบันทึกให้เป็นระเบียบ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง และตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

7. แผนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการวางแผนการดำเนินการวิจัยเพื่อให้งานวิจัยสำเร็จตามเป้าหมายดังตาราง

ตารางที่ 2

แสดงตารางการดำเนินการวิจัย

กิจกรรม/ขั้นตอน การดำเนินงาน	เดือน/พ.ศ.													
	พ.ย.-ธ.ค.50	ม.ค.-ก.พ.51	มี.ค.-เม.ย.51	พ.ค.-มิ.ย.51	ก.ค.-ธ.ค.51	ก.ย.-ต.ค.51	พ.ย.-ธ.ค.51	ม.ค.-ก.พ.52	มี.ค.-เม.ย.52	พ.ค.-มิ.ย.52	ก.ค.-ธ.ค.52	ก.ย.-ต.ค.52	พ.ย.-ธ.ค.52	ม.ค.-ก.พ.53
ศึกษาข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม ระบุวิธีการวิจัย														
สร้างและตรวจสอบ เครื่องมือ														
เสนอกรรมการ จริยธรรม คณะแพทยศาสตร์														
เก็บรวบรวมข้อมูล														
วิเคราะห์ข้อมูล														
เขียนรายงาน														
เสนอผลงาน														

8. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและจรรยาบรรณนักวิจัย

การวิจัยทางสังคมศาสตร์ทุกชนิดเป็นการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ถึงแม้ว่าไม่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์ก็ตามแต่ก็อาจมีผลกระทบในทางใดทางหนึ่งของชีวิตหรือผลประโยชน์ของผู้ศึกษาได้ดังนั้นจึงถือเป็นความรับผิดชอบทางจริยธรรมที่นักวิจัยทางสังคมศาสตร์พึงระมัดระวังที่จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายด้วยประการใดๆ แก่ผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจะ

โดยตรงหรือโดยอ้อมก็ตาม ในการวิจัยเชิงชาติพันธุ์ วรรณนา(ethnography) และทฤษฎีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา(phenomenology)ครั้งนี้ วิธีการศึกษาเป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงความรู้สึก ความนึกคิดที่ค่อนข้างเป็นส่วนตัวของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยจึงได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบเกี่ยวกับ สิทธิของตนและจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนของการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาประโยชน์ของการศึกษา ความเสี่ยงของการศึกษาที่อาจเกิดขึ้น และแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยไม่มีการตัดสินคำตอบ ว่าถูกหรือผิด รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้วิจัยจะใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัย ส่วน การนำเสนอ จะนำเสนอในภาพรวม และที่สำคัญเมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงยินยอมที่จะเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัย นำเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านและในบางกรณีผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟังพร้อมเปิด โอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆในการเข้าร่วมการวิจัยและหลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยในสองทางเลือกได้แก่การเซ็นยินยอมหรือการ ตอบรับโดยวาจาซึ่งปรากฏว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงหนึ่งรายที่เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ส่วน ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหลือยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ในขณะที่ทำการวิจัยช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการตกลงชัดเจนในเบื้องต้นเกี่ยวกับการขออนุญาตบันทึกเสียง บันทึกภาพของผู้ให้ข้อมูลและบริบทที่เกี่ยวข้องรวมทั้งขออนุญาต นำเสนอผลงานวิจัยโดยมีภาพของผู้ให้ข้อมูลเป็นส่วนประกอบซึ่งผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยทุกรายยินดี อนุญาตให้การนำเสนอผลงานวิจัยโดยมีภาพของตนเองให้ปรากฏเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย

ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดๆที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่พร้อมที่จะ ตอบคำถามผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิโดยชอบธรรมที่จะไม่ตอบคำถาม รวมทั้งสามารถขอยุติการให้ ข้อมูลได้ตลอดเวลาและในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดภาวะเครียด อึดอัดใจ ต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และช่วยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยในทันทีโดยไม่ต้องรอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร้องขอ

9. การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (trustworthiness)

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นการศึกษาที่ไม่ได้ใช้ข้อมูลตัวเลข หรือสถิติมา ประกอบการยืนยันผลการศึกษา ด้วยเหตุนี้การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูลจึงมีความจำเป็นอย่างมาก และในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้ศึกษาได้ระบุวิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตาม แนวทางของลินคอล์นและกูปา(Lincoln&Guba,1985) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

9.1 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility)

โดยผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อค้นพบที่เกิดจากการวิจัยนั้นสามารถอธิบายสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องซึ่งมีปัจจัยสนับสนุนดังนี้

9.1.1 ระยะเวลาที่ให้กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ จนเกิดความไว้วางใจ ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ ประมาณ 4-6 ครั้ง หรือนานพอจนได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา หรือจนได้ข้อมูลซ้ำๆ หรือข้อมูลอ้อมตัว โดยในการพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรกเป็นขั้นตอนการทำความรู้จักกับผู้ดูแลผู้ป่วยและบอกเล่าถึงวัตถุประสงค์ รวมทั้งรายละเอียดในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สานต่อความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล จนเกิดเป็นความไว้วางใจ ซึ่งจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงได้ดังตาราง

ตารางที่ 3

แสดงจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์และพบเจอผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนครั้งที่พบเจอ(ครั้ง)	จำนวนการสัมภาษณ์(ครั้ง)
แบเซ็ง	มากกว่า 10	6
แบละห์	7	4
อาเยาะห์	5	4
กะเยาะห์	5	5
กะเมาะห์	8	4
กะโซรยา	5	5
กะคะห์	5	5
กะตา	มากกว่า 10	6
กะยะห์	4	4

9.1.2 กระบวนการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นธรรมชาติ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลมีเวลาในการคิดใคร่ครวญ และบอกเล่าความรู้สึกของตนเองตามปรากฏการณ์ที่เป็นจริง และระหว่ง การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและชัดเจนมากที่สุดและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมผู้วิจัยยังเพิ่มเทคนิคการการสะท้อนคำ การถามซ้ำ การยกตัวอย่างประกอบการพูดคุย ในขณะที่สัมภาษณ์ร่วมด้วย และที่ขาดไม่ได้คือ การบันทึกเทปบันทึกภาพประกอบ และการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด

9.1.3 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเพื่อยืนยันว่าข้อค้นพบนั้น มีหลักฐานสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมหรือประกันได้และไม่มีเหตุผลอย่างอื่นที่จะทำให้เกิดความสงสัยใน

ข้อค้นพบนั้น โดย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาบันทึกเป็น สรุปย่อและมีคำอธิบายที่ชัดเจน แล้วนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่ง แมกซ์เวลล์ (Maxwell) ได้กล่าวว่าความถูกต้องตรงประเด็นจำแนกได้ 4 ชนิด ดังนี้

9.1.3.1 ความถูกต้องตรงประเด็นในการพรรณนา คือนักวิจัยสามารถบอกเล่าเกี่ยวกับปรากฏการณ์อย่างน้อยเพียงน้อยเพียงใด

9.1.3.2 ความถูกต้องตรงประเด็นในการตีความ

9.1.3.3 ความถูกต้องตรงประเด็นในทางทฤษฎี

9.1.3.4 ความถูกต้องตรงประเด็นในการนำผลการวิจัยไปใช้กับที่อื่น เวลาอื่น แม้อาจไม่ได้ความเป็นตัวแทนทางสถิติแต่อาจมีลักษณะทั่วไปที่สะท้อน โลกแห่งความเป็นจริงของประชากรที่ศึกษาพอสมควร (Maxwell, 1996; Seale, 1999: อ้างตามชาย โพธิสिता, 2551)

9.2 ตรวจสอบความไว้วางใจได้ของข้อมูล(dependability)

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับซึ่งเป็นการตรวจสอบภายนอก (inquiry audit) เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูล

9.3 ตรวจสอบความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability)

ผู้วิจัยมีการอธิบายบริบทที่ศึกษาลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด (thick description) ตลอดจนพยายามอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับ สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างชัดเจนเพื่อหวังให้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่มีความเหมาะสมหรือใกล้เคียงกับบริบทที่ศึกษา

9.4 ตรวจสอบความสามารถยืนยันความถูกต้อง (conformability)

โดยทุกขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ คือแบบบันทึกภาคสนาม (field note) ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกผู้วิจัย (personal note) แบบบันทึกหลักการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ (theoretical note) และแบบบันทึกเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย (methodological note) รวมทั้งเอกสารในการวิเคราะห์ข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เอกสารบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และเอกสารวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนรวมทั้งการทำ coding ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแล เพื่อสะดวกในการค้นหา ตลอดจนเอกสารผลการศึกษาระบบพร้อมสำหรับ

การตรวจสอบ (audit trail) เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อ้างอิงและอคติของผู้วิจัยทุกขั้นตอนของการวิจัย

10. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มต้นวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูลในช่วงแรกเริ่มและทำต่อเนื่องไปตลอดการวิจัย โดยการจัดระเบียบข้อมูลทั้งในทางกายภาพและเนื้อหาให้อยู่ในรูปของเอกสารที่เป็นระเบียบและระบบสามารถเรียกมาใช้ได้โดยสะดวกต่อมาจะเป็นการแตกข้อมูลออกเป็นหน่วยย่อยๆตามความหมายเฉพาะของแต่ละหน่วยนั้นและให้รหัสข้อมูล ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. จัดระเบียบข้อมูล เป็นกระบวนการจัดการเพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบทั้งในทางกายภาพในทางเนื้อหาพร้อมที่จะแสดงหรือนำเสนออย่างเป็นระบบ

ในทางกายภาพ มีการถอดเทป โดยบรรยายลักษณะที่เป็นธรรมชาติและบรรยากาศของการสนทนา ต่อมาเป็นการจัดเก็บข้อมูล เป็นการแบ่งข้อมูลเป็นประเภทและจัดรายการข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมด และการให้รหัสข้อมูล โดยการสรรหาข้อความที่ตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์

เมื่อพบข้อความที่มีความหมายตรงกับประเด็นที่ต้องการก็จะกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น ข้อความที่เลือกมานั้นอาจเป็นวลี ประโยค ย่อหน้า หนึ่งหรือหลายย่อหน้าก็ได้ ข้อความที่มีความหมายเดียวกันจะถูกให้รหัสหรือชื่อเดียวกัน ไม่ว่าข้อความนั้นจะสั้นหรือยาว และไม่ว่าคำพูดหรือตัวหนังสือจะเป็นอะไรก็ตาม ถ้ามีความหมายเดียวกัน ก็จะได้รหัสตัวเดียวกัน

ในทางเนื้อหา เป็นกระบวนการค้นหาความหมายของข้อความต่างๆในข้อมูลเพื่อความสะดวกในการจัดประเภทข้อมูลตามความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความนั้น เป็นการทำให้ข้อมูลพูดออกมาในเบื้องต้นว่า ข้อความต่างๆ ที่ปรากฏในข้อมูลนั้น มีความหมายอะไรที่น่าจะมีนัยตรงประเด็นกับเรื่องที่เราต้องการวิเคราะห์

การแสดงผลข้อมูล เป็นกระบวนการนำเสนอข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ในรูปพรรณนา อันเป็นผลมาจากความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน เพื่อบอกเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษาตามความหมายที่ข้อมูลซึ่งได้ถูกจัดระเบียบไว้ดีแล้ว “พูด”ออกมา

2. การหาข้อสรุป ตีความและการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย เป็นกระบวนการหาข้อสรุปและตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงผลข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่าข้อสรุป ความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือเพียงใด

บทที่ 4

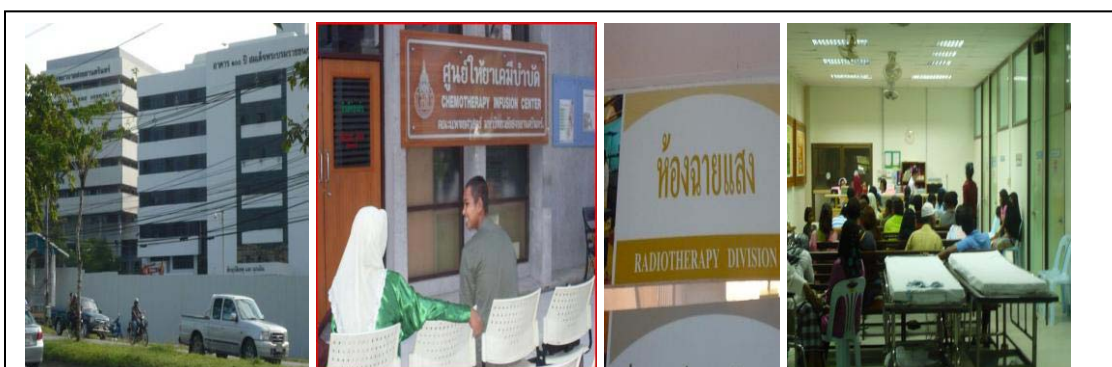
ภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับภูมิหลังและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับพื้นที่ที่ผู้ให้ข้อมูลดำรงอยู่และข้อมูลเกี่ยวกับคนในพื้นที่ดังกล่าว เนื่องจากผู้วิจัยมีความประสงค์ให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวที่มีชีวิต รวมทั้งที่มาของแต่ละชีวิตที่เคลื่อนไหวอยู่ในแต่ละพื้นที่ดังกล่าวโดยหวังให้เป็นภาพสะท้อนในเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่ง การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือน มิถุนายน 2551- กุมภาพันธ์ 2553 รวมระยะเวลา 22 เดือน โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นตามลำดับดังนี้

1. การให้ความหมายต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในฐานะพื้นที่การดูแลรักษา
2. การทำความเข้าใจต่อการใช้ชีวิตในอาคารศิระแห่งวัด โคนนาว
3. ถักทอความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เปลี่ยนแปรจากคนแปลกหน้าสู่คนคุ้นเคย
4. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล
5. ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

1. การให้ความหมายต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในฐานะพื้นที่การดูแลรักษา

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งเดียวในภาคใต้ซึ่งมีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการรักษาโดยวิธีการใช้รังสีรักษา ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งและญาติจึงคุ้นเคยกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในส่วนของหน่วยรักษาที่เกี่ยวข้อง คือศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด และห้องฉายแสง



ภาพที่ 6 แสดงภาพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาพศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด และภาพห้องฉายแสง (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาแย)

ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดเป็นหน่วยงานที่บริการจัดการด้านยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มา ปรึกษาในระยะสั้นและไม่มีควมจำเป็นต้งนอนโรงพยาบาล เช่นลักษณะยาที่ใช้เป็นสูตรยาคิด หรือ ยาที่ให้ในระยะเวลาสั้นๆ 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมงผู้ป่วยประเภทนี้จึงสามารถมารับยาเคมีบำบัดแบบไป เข้าเย็นกลับ ได้โดยไม่ต้องรับเข้าเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่ต้งให้ยาสูตรต่อเนื่องสามวันหรือห้าวัน แต่ไม่มีเตียงเพียงพอสำหรับการเข้าอนเป็นผู้ป่วยใน ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดเปิดบริการทุกวันไม่เว้น วันหยุดราชการ ซึ่งในวันเสาร์และอาทิตย์จะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยรายเก่าที่ต้งรับยาต่อเนื่อง เท่านั้นโดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะคอยให้บริการ ห้องฉายแสงเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีผู้ป่วยมะเร็งมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก เปิดบริการ ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการและนอกจากนี้ห้องฉายแสงยังขยายเวลาเปิดบริการนอกเวลาในช่วง เย็นคือ 17.00-20.00 น. เนื่องจากในแต่ละวันมีผู้ป่วยมะเร็งเป็นจำนวนมากที่ต้งรับการรักษาโดย การฉายแสงและส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ห้องฉายแสงมีเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายที่ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านรังสีรักษาที่ปฏิบัติงาน ประจำห้องฉายแสงแต่ละห้อง

2. การทำความเข้าใจต่อการใช้ชีวิตในอาคารสิระแห่งวัดโลกนาว

อาคารเย็นสิระเป็นสถานที่ส่วนหนึ่งของวัด โลกนาวซึ่งตั้งอยู่ตรงกันข้ามกับ โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวนสาม แสนบาทให้แก่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อเป็นทุนในการก่อสร้างอาคารที่พักผู้ป่วยและญาติ หลังใหม่ ณ สำนักสงฆ์โลกนาว อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งนี้เนื่องจากทรงทราบถึงความ ลำบากของพสกนิกรที่มารอรับการรักษาโรคโดยการฉายรังสีและพักอยู่ในอาคารหลังเดิม ซึ่งสโมสรโรดาร์ี่หาดใหญ่ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสำนักสงฆ์ โลกนาวได้จัดสร้างขึ้นในปี 2526 ปรากฏว่าผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้นจนอาคารดังกล่าวไม่เพียงพอกับ จำนวนผู้ป่วยและญาติที่เพิ่มขึ้น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จึงแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ สร้างอาคารที่พักผู้ป่วยและญาติสำนักสงฆ์โลกนาว โดยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานของ ภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประชาชนผู้มีจิตศรัทธาดำเนินการก่อสร้างอาคารสำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็นอาคารคอนกรีตสามชั้น สามารถรับผู้ป่วยได้ไม่ต่ำกว่า 250 คน และมีมติให้ตั้งชื่ออาคารใหม่ว่า อาคารเย็นสิระ เพื่อเป็นสิริมงคลและการแสดงออกซึ่งความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ และเพื่อ น้อมเกล้าถวายเป็นพระราชสักการะเฉลิมพระเกียรติในมงคลสมัยที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมพรรษา ครบ 60 พรรษา

ในช่วงแรกอาคารเย็นศิระอยู่ในความกำกับดูแลของเจ้าอาวาสวัด โศกนาถ แต่ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2549 อาคารเย็นศิระได้รับการโอนย้ายมาอยู่ใต้การกำกับดูแลของหน่วยสิทธิประโยชน์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ด้วยเหตุผลหลายประการ อันได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญอาการของโรคมีความซับซ้อนขึ้น ทำให้ภาระการดูแลผู้ป่วยที่หนักต้องตกอยู่กับวัด ในขณะที่การจัดการดูแลผู้ป่วยมีความยุ่งยาก ต้องใช้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถหลายสาขาวิชา โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบระหว่างพักที่อาคารเย็นศิระ ทางหน่วยสิทธิประโยชน์ซึ่งเข้ามารับหน้าที่แทนจะมีระบบการจัดการที่ดีเยี่ยมในการดูแลผู้ป่วยให้มาถึงมือทีมสุขภาพที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีและปลอดภัย จากการที่ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลที่อาคารเย็นศิระที่พักผู้ป่วยภายในวัด โศกนาถ มีสภาพพื้นที่และสัดส่วนต่างๆ ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 7 แสดงภาพทางเข้าอาคารเย็นศิระ และภาพหน้าอาคารเย็นศิระ(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาแย)



ภาพที่ 8 แสดงภาพการบริการของอาคารเย็นศิระ (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาแย)

เมื่อเดินทางเข้าสู่อาคารเย็นศิระ ผู้ป่วยและญาติจะพบกับเจ้าหน้าที่เพื่อทำการลงทะเบียนเข้าพักและพื้นที่พักจะแยกออกเป็นสองส่วนคือพื้นที่ส่วนของผู้ป่วยและญาติที่นับถือศาสนาพุทธจะอยู่ด้านซ้าย ส่วนที่พักของมุสลิมอยู่ทางขวา ภายในอาคาร จะมีห้องดูโทรทัศน์ ห้องออกกำลังกาย ห้องพักผ่อน ซึ่งจะเป็นพื้นที่ผ่อนปรนยกระดับขึ้นมาแล้วใช้วิธีนอนเรียงๆ กันไป นอกจากนี้มีห้องน้ำ ห้องครัว และห้องละหมาด ไว้บริการ โดยผู้ที่เข้ารับบริการต้องชำระค่าตัวที่ราคา 5 บาท ต่อคนต่อคืน ซึ่งเป็นราคาค้างเดิมตั้งแต่ก่อตั้งอาคารมาเมื่อปี พ.ศ.2526 ปัจจุบันอาคารเย็นศิระในส่วนของที่พักผู้ป่วยมุสลิมได้มีการรื้อถอนและสร้างอาคารหลังใหม่เพื่อทดแทนอาคารหลังเก่าที่แออัดและคับแคบ ดังภาพประกอบ



ภาพที่ 9 แสดงภาพอาคารเย็นศิระที่กำลังก่อสร้างหลังใหม่เมื่อปี 2552 (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามล อาแย)

3. ถักทอความสัมพันธ์กับผู้ดูแล เปลี่ยนแปรจากคนแปลกหน้าสู่คนคุ้นเคย

ในเบื้องต้นผู้วิจัยขอฉายภาพกว้างๆ ของเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วยตามปรากฏการณ์จริงที่ผู้วิจัยได้พบเจอระหว่างลงพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มความแจ่มชัดของงานอีกทางหนึ่ง

3.1 วงสนทนาพูดคุยบนฐานของความเข้าใจซึ่งกันและกัน

“มารับยาหรือ?” “พาใครมารับยาหรือ?” “ใครไม่สบายหรือ?” “ใครเป็นหรือ?” “เป็นเองหรือ?” เป็นคำถามแรก ที่ผู้วิจัยถูกถามหลังจากไปนั่งรวมอยู่กับผู้ป่วยและญาติที่หน้าห้องรับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ในบ่ายวันหนึ่ง ผู้วิจัยจึงตอบไปว่า “เปล่าค่ะ ไม่ได้มารับยา ไม่ได้พาใครมาหาหมอ” “แล้วมาทำอะไร?” เป็นคำถามต่อมา เหล่านี้เป็นบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและญาติในช่วงแรก ที่ผู้วิจัยไปปรากฏตัวอยู่ที่ห้องให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็ง

คุณป้าท่านหนึ่งพาหลานสาวมาโรงพยาบาลวันนี้เพื่อมารับยาเคมีบำบัดครั้งแรกในชีวิต เธอป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่สอง เธอมาจากจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อสอบถามว่า “รู้สึกอย่างไร

บ้างในการมารักษาวันนี้ ” ซึ่งเป็นครั้งแรกด้วย เธอยิ้มและตอบว่า “ไม่ได้รู้สึกกลัวหรือกังวล มีกำลังใจดีอยู่ เพราะหากหมดกำลังใจร่างกายก็จะแย่ไปด้วย ” ส่วนคุณป้าที่มาด้วยก็ยิ้มและให้กำลังใจ บอกว่า “ถูกแล้ว คนเราต้องสู้ เป็นโรคแล้วต้องสู้ คุยอย่างป้าสิ ป้าที่แล้วเส้นเลือดในท้องโป่งพอง 8 เซ็น หมอบอกว่าถ้าแตก ป้าต้องตาย แต่ป้าก็กำลังใจดีและสู้ ตอนนี้อธิบายหายแล้ว ” ป้าชวานครฯ เล่าด้วยความภาคภูมิใจ

เก้าอี้ด้านหน้าของผู้วิจัยเป็นผู้ป่วยมุสลิมมากับญาติ หลังจากพูดคุยกันทราบว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และวันนี้มารักษาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 เมื่อถามเธอว่า “ครั้งแรกที่ทราบว่า เป็นมะเร็ง เธอรู้สึกอย่างไร ” เธอเล่าว่า วันนั้นเธอพักรักษาตัวอยู่ที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หลังจากแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วนจากบริเวณคอเพื่อไปพิสูจน์ ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ ผลออกมาคือใช่ เมื่อรับฟังจากหมอ เธอเล่าว่า “ตัวเย็นมึนในหัว คิดอะไรไม่ออกและเป็นลมไปเลย ตื่นมาคิดว่าถ้าเราเป็นอะไรไปแล้วลูกจะอยู่อย่างไร เนื่องจากลูกยังเล็กจากวันนั้นถึงวันนี้ เป็นเวลา 2 เดือนกว่าเริ่มปรับจิตใจได้แล้ว ต่างกับเมื่อก่อนที่กินข้าวไม่ได้นอนไม่หลับเลย วันนี้โอเคแล้ว กินข้าวได้ มีกำลังใจสู้ ก่อนที่คอก็ยุบลงมากทีเดียว ” วันนี้เธอมากับผู้ดูแลคือพี่สาวของสามี ที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด

ที่นั่งด้านซ้ายมือของผู้วิจัยมีผู้ป่วยอีกราย เริ่มเข้ามาร่วมวงสนทนาด้วย หลังจากที่เห็นผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยหลายคน รายนี้แจ่มกับผู้วิจัยเองว่า ตนเองเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พร้อมยกต้นแขนซ้าย ซึ่งมีก้อนขนาดใหญ่บริเวณรักแร้และสังเกตเห็นอาการบวมได้ชัดเจน ตาและตัวเหลืองมาก ค่อยอ่อนเพลีย เมื่อผู้วิจัยถามว่า “หมอบอกว่ายังไหวบ้าง ” ได้รับคำตอบว่า “ถ้ารักษาดีดี อาจมีชีวิตอยู่ได้ถึง 5 ปี” เพียงเท่านั้นผู้วิจัยพอจะเดาออกว่า มะเร็งระยะสุดท้ายนั่นเองที่ชายคนนี้กำลังเผชิญอยู่ เลยถามต่อว่า “คิดอย่างไรกับเรื่องที่หมอบอก ” “.....” เงียบ ไม่มีคำตอบ แต่มองเห็นผู้วิจัยพร้อมสีหน้าที่สื่อแววจถึงความกังวล ผู้ป่วยรายนี้เป็นมุสลิม อายุ 46 ปี มาพร้อมกับผู้ดูแลซึ่งเป็นน้องเขย จากที่ประเมินด้วยสายตา ผู้ดูแลดูจะกังวลมากเช่นกัน หลังจากผู้ป่วยเข้าห้องรับยา เคมีบำบัด ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ดูแลต่อ เมื่อคุยไปได้ระยะหนึ่ง คำถามต่างๆ ได้พุ่งพรูออกมามากมาย “แบบนี้เขาเรียกว่าเป็นอะไร ?” ผู้ดูแลเปิดประเด็นคำถามแรก “แล้วคนไข้บอกเบ(พี่ชาย)ว่าเขาเป็นอะไรคะ ?” ผู้วิจัยถามกลับ “เขาบอกเราว่าเป็นมะเร็ง ” “แล้วเป็นจริงมั๊ย ?” “ถ้าหมอบอกว่าเป็นก็คงใช่ ” ผู้วิจัยพยายามแลกเปลี่ยน ถาม ตอบ “แล้วทำไมไม่มีแผล ?” ผู้ดูแลแสดงความสงสัย “คือมันเป็นก้อนขนาดใหญ่และอาจจะติดเชื้อคะ ” ผู้วิจัยตอบไปตามข้อเท็จจริง “แล้วคนที่ช่วยทำแผลจะติดเชื้อมั๊ย ?” ผู้ดูแลถามต่อ “ใครช่วยทำแผลคะ ?” “ภรรยาของผม(น้องสาวผู้ป่วย) ” “คือเราต้องเตรียมตัวให้พร้อมและระมัดระวังเรื่องความสะอาด ล้างมือ ก่อนหลังทำแผลและใช้อุปกรณ์ทำแผลทุกครั้ง ” ผู้วิจัยชี้แจงหลักการทำแผลอย่างง่าย

“เขาเซ็ดแผลด้วยกระดาษทิชชู” ผู้ดูแล ให้ข้อมูลเพิ่มเติม “แล้วไม่มีอุปกรณ์ทำแผลหรือคะ?” ผู้วิจัยสงสัย “ไม่มี หมอที่นี่ (รพ.สงขลานครินทร์) บอกว่าให้กลับไปทำแผลที่ โรงพยาบาล โศกโพธิ์แต่คนไข้ไม่ยอมไป เขาเป็นอะไรกันแน่?? คนเป็นเอดส์มีอาการแบบนี้ด้วยมั๊ย?” คำถามนี้ทำให้ผู้วิจัยอึ้ง จึงถามต่อว่า “อะไรทำให้เบคคิดเช่นนั้น” “ไม่รู้สิ ถ้ารู้จะได้ป้องกัน และระวังตัว” คือคำตอบ

“ทำไมเบจจึงคิดว่าเขาจะเป็น...?” เป็นคำถามที่ผู้วิจัยถามด้วยความอึดอัดใจทีเดียว “เขาเที่ยวเยอะ มีภรรยาหลายคน” ผู้วิจัยพยักหน้ารับทราบ... “หรือคะ” “ตอนนี้เลิกกับภรรยาคนแรก ได้คนที่สองแล้ว ได้ลูกมาปีกว่า ก็เลิกอีก ผู้หญิงเขาไม่ทน เพราะเขา (ผู้ป่วย) ไปกับคนอื่นอีก ตอนนี้เมียคนที่ 2 โทรมตลอดว่าติดเชื้อ HIV หรือเปล่า เอะห(น้อง) คิดดูซิ ขนาดเล็กแล้วเขายังกลัวเลย” “คะ” ผู้วิจัยตอบรับ เนื่องจากทราบได้ว่าไม่มีสิทธิ์ตอบเป็นอย่างอื่น “แล้วเราจะรู้ได้อย่างไรว่าเขาเป็น HIV” ผู้ดูแลยังถามรุก “เราไม่สามารถรู้ได้คะ เป็นความลับทางการแพทย์และเป็นสิทธิของผู้ป่วยนะคะ ยกเว้นผู้ป่วยจะบอกเราเอง”

ต่อมาการสนทนากับผู้ดูแลในประเด็นดังกล่าวจึงต้องสิ้นสุดลงโดยอัตโนมัติ เนื่องจากผู้ป่วยเดินออกมาจากห้องรับยาเคมีบำบัดหลังจากหายไปจากวงสนทนา 1 ชั่วโมงเต็ม ผู้วิจัยจึงรีบถามว่า “เป็นไงบ้าง มีนหรือไม่มี? เพลียไหม? นังก่อนไหม? ไหวหรือเปล่า?” ได้คำตอบเพียงสั้นๆ ว่า “วันนี้ดีหลายตัว มีนๆนิดหน่อย” พร้อมโบกมือว่าขอตัวกลับก่อนเนื่องจากเย็นมากแล้ว ซึ่งผู้วิจัยทราบได้ว่าเวลาเย็นประมาณนี้ไม่เหมาะนักและถือว่าสายมากแล้ว หากผู้ป่วยต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งอยู่ในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้แต่โบกมือลาและกล่าวว่า “ขอให้โชคดีแล้วค่อยเจอกันอีกครั้งวันหน้าครั้งต่อไป”

ทุกคนเดินทางกลับเกือบหมดแล้ว เหลือเพียงผู้ป่วยอีก 2-3 รายที่นั่งอยู่ร่วมกับผู้วิจัยสังเกตว่าหนึ่งในนั้นเป็นคนมุสลิม สังเกตจากการแต่งกายจึงพูดคุยกับญาติว่า “ใครไม่สบายหรือ” ได้รับความตอบว่า “พ่อ” เสียงใสๆ จากเด็กวัยรุ่นคนนั้น ประมาณด้วยสายตาอายุ 17-18 ปีเห็นจะได้ ผู้วิจัยจึงเปิดประเด็น “มาจากไหนกันคะ?” “มาจากอำเภอรามัน จังหวัดยะลา” “พ่อเป็นอะไร?” “มะเร็งที่คอ” เสียงใสๆ ตอบกลับมา “วันแรกที่รู้ว่าพ่อเป็นรู้อย่างไร?” ผู้วิจัยถาม เมื่อสังเกตว่าผู้ร่วมสนทนาแสดงท่าทีไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และคำตอบที่ได้ก็คือ “เครียดมาก เครียดกันทุกคนเลย” คนตอบตอบคำถามของผู้วิจัยพร้อมสีหน้าดูหม่นลงไป “แล้วที่บ้านอยู่กันกี่คน?” “มีพี่น้อง 6 คน แต่ที่สาวคนที่ 2 จะเป็นคนมาดูแลพ่อตลอด พี่สาวคนแรกไม่ได้ช่วยเลย” “หลังจากพ่อป่วยที่บ้านเป็นอย่างไรกันบ้าง?” “ไม่มีความสามัคคี พี่น้องต้องเถียงกันว่า ใครจะพาพ่อมาหาหมอ ในการนัดแต่ละครั้ง” “แล้วน้องไม่ไปโรงเรียนหรือ?” “วันนี้มาได้?” ผู้วิจัยสงสัยเนื่องจากนึกได้ว่าวันนี้เป็นวันราชการ “ปิดเทอมแล้ว จบ ม.6 พอดี คงไม่ได้เรียนแล้ว ต้องรอให้พ่อหายก่อน เพราะเราไม่มีเงิน “มาหาหมอแต่ละครั้ง ใช้จ่ายอะไรบ้าง?” “ค่าน้ำมัน จ่ายให้ญาติ (เจ้าของรถ) 1,000 บาท ทุกครั้ง

ส่วนอาหารเตรียมมาจากบ้านจะได้กินมือเที่ยง” “แล้วทำไมไม่มารถโดยสารล่ะ?” ผู้วิจัยสงสัย “มีค่าเท่ากัน มาหลายคนก็เป็นพันเหมือนกัน ลำบากมาก “ค่าใช้จ่ายใครเป็นคนจ่าย?” “พี่ชายคนแรก ช่วยตลอด นี่ถ้ายะลา (โรงพยาบาล ศูนย์ยะลา) ไม่ส่งตัวมาก็ไม่ได้รักษาหรอก ไม่มีตั้งค์ ค่ายาแพงมาก” สักครู่หนึ่งผู้ป่วยเดินออกมาจากห้องให้ยาเคมีบำบัด โดยมีบุตรสาวอีกคนคอยประคองดูแลดีมาก ผู้วิจัยจึงลุกไปถามว่า “ไหวไหม??” ผู้ป่วยบอกว่า “มีน้” จึงให้นั่งพักก่อนและดูแลให้เดินทางกลับโดยไม่ลืมที่จะกล่าวลา

ปรากฏการณ์ต่างๆที่ผู้วิจัยได้ประสบในเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การเก็บข้อมูลในเชิงลึกครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก ทั้งยังต้องอาศัยระบบสนับสนุนจากสถาบันครอบครัวซึ่งถือเป็นสถาบันหลักที่สำคัญที่สุด คอยช่วยเหลือดูแล ให้กำลังใจและประคับประคองช่วงเวลาที่สำคัญของผู้ป่วยให้ผ่านพ้นไปด้วยดี

3.2 การเยี่ยมเยียน พุดคุยในพื้นที่เฉพาะของการดูแลรักษา

“อัสลามุออลัยกุม ” เสียงผู้วิจัยร้องทักเฆาะ (คำเรียกแทนผู้สูงอายุหญิงที่เป็นมุสลิม) ท่าน



ภาพที่ 10 แสดงภาพสภาพทั่วไปภายในอาคารเย็นศิระ (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามาล อาแย)

หนึ่งที่กำลังก้มๆ เงยๆ อยู่ในที่พัก “วาออลัยกุมสาลาม” เฆาะตอบกลับมาพร้อมสีหน้างงๆ “มาเฝ้าใครหรือคะ?” ผู้วิจัยถามต่อ “...” ไม่มีเสียงตอบ “แกเงาะซีเยเดาะห์” ผู้วิจัยจึงต้องปรับคำพูดเป็นภาษามลายูโดยการถามว่า “พูดไทยได้ไหม” “เดาะห์ (ไม่ได้) แกเงาะนาย (พูดมลายู)” ถึงบางอ้อ เฆาะพูดไทยไม่ได้นั่นเอง พลันก็มีเฆาะ (ผู้หญิงมุสลิม) คนหนึ่งลุกจากที่นอนมาคุยด้วย คนนี้พูดไทยได้ พร้อมแจจแจงให้ผู้วิจัยฟังว่า “มาเฝ้าอาเยาะห์ (พ่อ)” ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอดตอนนี้ กำลังนอนรักษาที่โรงพยาบาล “มาเฝ้ากับเฆาะ(แม่)และลูก” เฆาะให้ข้อมูล “แล้วเหนื่อยมั๊ย?” ผู้วิจัยเปิดประเด็น “เหนื่อยเหมือนกัน ต้องอยู่ด้วย นี้ก็ 8 เดือนแล้ว อีกหนึ่งเดือนก็จะคลอด ว่าจะกลับบ้านก่อน ให้ลูกอยู่เป็นเพื่อนเฆาะแทน ” “บ้านอยู่ไหนคะ?” ผู้วิจัยถามต่อด้วยความอยากรู้ “รามัน ยะลา” “อ้อ ยะลา” ผู้วิจัยพยักหน้าแสดงท่าทีว่ารู้จัก “แล้วคนไข้เป็นนัยบ่าง ?” “เหนื่อยบางที บางทีก็ดี” เฆาะตอบพร้อมถอนหายใจ ทำให้ผู้วิจัยอดคิดในใจไม่ได้ว่า คงเหนื่อยไม่แพ้กัน ทั้งคนไข้ที่นอนอยู่ที่โรงพยาบาล กับญาติที่ต้องจากบ้านมาอาศัยพักในอาคารเย็นศิระแห่งนี้

บรรยากาศตอนค่ำที่นี้จะเต็มไปด้วยผู้คนมาจากต่างที่หลายถิ่น จากการสอบถามทราบว่าผู้พักอาศัยส่วนใหญ่มาจาก จังหวัด ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีส่วนน้อยที่มาจากจังหวัดอื่นๆ เช่น ตรัง สตูล กระบี่ หรือนครศรีธรรมราช หลายคนที่ยังไม่คุ้นเคยกับผู้วิจัยจะมีสีหน้างุนงง และบอกแววสงสัยว่าผู้วิจัยเป็นใคร มาทำอะไรที่อาคารแห่งนี้ ทั้งที่ผู้วิจัยคิดว่าได้พยายามทำตัวกลมกลืนกับผู้ที่พักอาศัยที่นี่แล้วก็ตาม หลังจากแนะนำตัวทำความรู้จักกันแล้วปรากฏว่าหลายคนมานั่งร่วมพูดคุยกับผู้วิจัย และมีการบอกต่อๆ กันเองถึงเรื่องราวเกี่ยวกับตัวผู้วิจัย

เมื่อวงสนทนาดำเนินไปได้ระยะหนึ่งก็มีสมาชิกมาร่วมคุยด้วย โดยที่อีกคนลุกจากที่นอนมาร่วมสนทนาด้วย ข้างกายมีผู้ป่วยชายนอนอยู่บนเตียง ฝ่าใบ ผู้วิจัยเลยถือโอกาสถามไถ่ “อาเบ (พี่ชาย) เป็นอะไรคะ ?” “หมอว่ามีก้อนในท้อง ผ่าตัดแล้ว สองครั้ง ” “ผ่าที่ไหน ?” “ที่ม.อ. (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) ทั้งสองครั้ง” เสียงก๊ะคนใหม่ตอบ อย่างฉะฉาน “แล้วสายนั้นต่อมาจากไหน?” ผู้วิจัยถามถึงสายบางอย่างที่ออกมาจากเสื้อของผู้ป่วย “ต่อจากในท้อง ระบายน้ำออก” ก๊ะตอบข้อสงสัยของผู้วิจัย “แล้วอาเบห์(น้อง) มาผ่าใคร?” “เปล่าคะมาเยี่ยมคนไข้ที่นี่” หลังจากนั้นผู้วิจัยก็แนะนำตัว เมื่อทราบที่มาที่ไปกันแล้วก็คุยต่อ ขณะนั้นผู้วิจัยสังเกตว่า คนไข้นอนอยู่บนเตียง นอนหลับตา แต่สังเกตได้ว่า คนไข้ฟังการสนทนาอยู่ด้วย ผู้วิจัยเลยกล่าวทักว่า “อัสลามูออลัยกุม” “วาออลัยกุมุสสาลาม” เสียงอาเบ(พี่ชาย)ตอบกลับมาเบาๆ จึงถามต่อว่า “อาเบเป็นอย่างไรบ้าง เหนื่อยไหม? ปวดไหม?” “ไม่เหนื่อยแต่ปวดในท้องบ้าง บางทีเปลี่ยนๆ แต่เพลียมากกว่า” เสียงอาเบตอบเบาๆ หลังจากนั้น อาเบก็เปลี่ยนจากทำนอนเป็นทำนั่งแล้วลุกมาร่วมวงสนทนาด้วยความสนใจ จากคนไข้ที่นอนนิ่งๆ ไม่ไหวติง กลับคุยมีชีวิตชีวาขึ้นมาทันที สอบถามได้ความว่า แเบมาจากอ.รามัน จ.ยะลา ก๊ะผู้เป็นภรรยาคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และดูแลกันมาตลอดเวลาเจ็บป่วยร่วมๆ 6 เดือนแล้ว แเบมาอ่าน และพูดภาษาไทยพอได้ แต่สำเนียงยังจืดๆ แบบคนมลายูปู ดไทย ส่วนก๊ะตา ที่เป็นภรรยาพูดไทยได้แต่อ่านไม่ได้เลยเนื่องจากตอนเด็กๆ ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียน ก่อนที่ผู้วิจัยจะทราบความจริงข้อนี้ ผู้วิจัยนั่งคุยกับก๊ะตาอยู่นาน พร้อมกับเอกสาร บั ทรนัด และผลการรักษาของแพทย์ เลยเข้าใจว่าก๊ะตาอ่านภาษาไทยได้ แต่เมื่อพูดคุยกันถึงข้อมูลในบัตรนัด จึงทราบว่าก๊ะตาไม่รู้ภาษาไทยเลย อาศัยการถามและจำเอาเท่านั้น “ต้องขยันถาม ไม่รู้เรื่องก็ต้องถามหมอ ก๊ะถามหมอดทุกคนเลย ถ้าเราปิดปากก็ไม่ว่าเรื่อง อายุไม่ได้” “วันนี้มาไม่ตรงนัด ก๊ะก็ขึ้นไปถามที่ห้องตรวจเลย จะได้ทำธุ ก” “ทำไมไม่ได้มาตามนัดคะ ?” “ก็หมอนัดให้ยาม่าเชื่อก่อน 10 วัน แล้วกลับไปให้ยาม่าที่ยะลา แต่ที่ยะลาเขาไม่กล้าให้ เพราะมันเกินเวลาแล้วให้กลับมาที่ม .อ.” “ยายอยู่ไหนคะ ?” ผู้วิจัยถาม “อยู่โน้นไง” ก๊ะตาชี้ไปที่ถุงยาขนาดใหญ่ บรรจุยาดีโมหลายขวด “ก๊ะรีบเอายาไปคืนหมอน๊ะ ยานี้เป็นสารเคมี ที่ต้องระวัง พาไปพามาแล้วจะเป็นอันตราย เก็บไว้

นานไม่ดี” ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามความรู้ที่มี “นั่นสิ นี่ก็หลายวันแล้ว นัคีตยา 23 กุมภาพันธ์ 5 มีนาคมแล้ว” กะเสริม “จะพบบอ.....วันนี้เขาก็ไม่ได้ตรวจ ต้องรอวันจันทร์”

สรุปแล้วกะตาต้องรอพบแพทย์ วันจันทร์ นั้นหมายถึงต้องรออีก 4 วัน พร้อมยาเคมี 6 ชนิด ในความดูแล ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าห่วงอย่างยิ่งในความรู้สึกของผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงถือโอกาสชวนพูดคุยต่อ “กะดูเลอาแบบนี้เหนื่อยมั๊ย? มีหมดกำลังใจบ้างมั๊ย?” “ไม่หมดนะ ไม่เคยหมด” กะตอบยิ้มๆ “แล้วกำลังใจมาจากไหน” “ก็เขานี้แหละ มีเขาเราก็มีกำลังใจ เขาก็เหมือนกัน มีเราเขาก็มีกำลังใจ” “แล้วลูกๆล่ะ?” “โอ้ยยังเด็ก” กะตอบพร้อมส่ายหน้า “แล้วลูกก็คนคะ?” “4 คน” “คนโตอายุเท่าไร?” “21 ปีนี้ ที่รองลงมาอายุ 17-15-7 ชาย 2 หญิง 2” “แล้วไม่ให้ลูกมาช่วยดูแลบ้างล่ะ? จะได้เปลี่ยนกัน” ผู้วิจัยเสนอ “ยังเด็กนะ เขาทำไม่ได้หรอก” กะตอบ สีหน้าฉายแววกังวล “อะไรทำให้กะคิดว่าเขาทำไม่ได้?” “ไม่รู้สิกลัวดูแลไม่ดี” กะตอบ “ก็อาเยาะห์(พ่อ)เขาเหมือนกัน เขาก็ต้องทำให้ดีนี่” ผู้วิจัยพยายามพูดโน้มน้าว “ก็ใช้แต่ก็ไม่มั่นใจ” กะยืนยัน “อาแบบว่าัยคะ?” ผู้วิจัยหันมาสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วย ที่นั่งเงียบ ฟังอยู่นานด้วยความตั้งใจ “ตอนนี้เปิดเทอมชวนเขามาช่วยกันดีมั๊ย?” “ไม่มีใครเรียนแล้ว ไม่มีเงิน” กะเสริม “อ้อหรือคะ ถ้าจะมาช่วยกันดูแลก็ดี จะได้เรียนรู้ประสบการณ์นี่” ผู้วิจัยไม่ละความพยายาม อาแบได้แต่ยิ้ม แต่ในนาทีนั้นผู้วิจัยได้คำตอบบางอย่างทั้งที่ไม่มีคำพูดใดๆ

ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้ผู้วิจัยได้สัมผัสถึงวิถีชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นเรื่องราวที่ซับซ้อนและมีหลายๆองค์ประกอบรวมกันเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เรื่องราวทุกอย่างดำเนินไปได้ สำหรับผู้ป่วยทั่วไปอาจไม่ทราบว่าการยื่นศิระคืออะไร ตั้งอยู่ที่ไหนและมีความสำคัญต่อใคร อย่างไรบ้าง แต่สำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งที่มาจากถิ่นฐานแดนไกลนั้น อาคารยื่นศิระแห่งนี้เป็นที่ที่มีความหมายยิ่งนัก

4. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ รวบรวมข้อมูล ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย 9 ราย เป็นชาย 3 ราย เป็นหญิง 6 ราย นับถือศาสนาอิสลาม (ตารางที่ 5)

4.2 ผู้ให้ข้อมูลรอง ประกอบด้วย ผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 9 ราย เป็นชาย 7 ราย เป็นหญิง 2 ราย (ตารางที่ 6) รวมถึงทีมสุขภาพ โดยมีพยาบาลห้องฉายแสง 1 ราย พยาบาลห้องเคมีบำบัด 1 ราย เจ้าหน้าที่สิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่ประจำที่พักผู้ป่วยและญาติ อาคารยื่นศิระวัด โลกนาว 2 ราย เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและญาติ 1 ราย

ตารางที่ 4
แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

	ลักษณะ	จำนวน(ราย)
เพศ	ชาย	3
	หญิง	6
อายุ	20-30	-
	30-40	4
	41-50	3
	50-60	1
	60 ขึ้นไป	1
สถานภาพสมรส	คู่	8
	โสด	1
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	1
	ประถมศึกษา	5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	1
	สถาบันการศึกษาปอเนาะ	2
อาชีพ	เกษตรกร	3
	รับจ้าง	5
	ค้าขาย	1
รายได้	ต่ำกว่า 2,000 บาท	1
	2,000-4,000 บาท	2
	4,001-6,000 บาท	4
	6,001-8,000 บาท	1
	มากกว่า 8,000 บาท	1
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	3
	ไม่เพียงพอ	6

ตารางที่ 4
แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน(ราย)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
น้องชาย	1
พี่สาว	1
บุตร	1
ภรรยา	5
สามี	1
ภาวะสุขภาพ	
แข็งแรง	8
มีโรคประจำตัว	1
จำนวนผู้ดูแลหรือผู้ทำหน้าที่แทนในบางโอกาส	
มี	2
ไม่มี	7
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล	
พ่อ	-
แม่	1
พี่สาว	1
ลูก	-
ภรรยา	-
สามี	-
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	
1-12 เดือน	1
1-2 ปี	2
2-3 ปี	5
3 ปี ขึ้นไป	1
ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วย	
มี	-
ไม่มี	9

ตารางที่ 5

แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

	ลักษณะ	จำนวน (ราย)
เพศ	ชาย	7
	หญิง	2
อายุ	20-30	-
	30-40	1
	41-50	5
	50-60	2
	60 ขึ้นไป	1
สถานภาพสมรส	คู่	7
	โสด	2
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	3
	ประถมศึกษา	5
	มัธยมศึกษาต้น	1
อาชีพ	เกษตรกร	3
	รับจ้าง	5
	ค้าขาย	1
รายได้/เดือน	ต่ำกว่า 2,000 บาท	1
	2,000-4,000 บาท	2
	4,001-6,000 บาท	4
	6,001-8,000 บาท	1
	มากกว่า 8,000 บาท	1
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	2
	ไม่เพียงพอ	7

ตารางที่ 5
แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก	
น้องชาย	1
พี่สาว	1
บิดา	1
ภรรยา	1
สามี	5
ข้อวินิจฉัยโรค	
มะเร็งปอด	2
มะเร็งรังไข่	1
มะเร็งมดลูก	1
มะเร็งไทรอยด์	1
มะเร็งหลอดอาหาร	1
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	1
มะเร็งลำไส้ใหญ่	2
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	
0-12 เดือน	1
1-2 ปี	2
2-3 ปี	4
3 ปีขึ้นไป	2
การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งระยะสุดท้าย	
ทราบ	9
ไม่ทราบ	-
ความสามารถในการดูแลตนเอง	
ดูแลตนเองได้ดี	3
ดูแลตนเองได้บางส่วน	1
ดูแลตนเองไม่ได้	5
การรักษา	
ผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง	1
ผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	1
ผ่าตัด ฉายแสงและเคมีบำบัด	5
เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง	2

5. ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้วิจัยได้ ทำความเข้าใจภูมิหลังของ ผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและเห็นถึง ลักษณะที่ หลากหลายของ ผู้ดูแลผู้ป่วย ในแง่ของอายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส หรือแม้กระทั่งฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นการบอกที่มา และประสบการณ์ชีวิตรวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

ภูมิหลังของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 9 ราย ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา 5 ราย จังหวัดสตูล 1 ราย จังหวัดสงขลา 1 ราย จังหวัดยะลา 1 ราย และจังหวัดปัตตานี 1 ราย



การพบเจอผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักดังกล่าวนี้เกิดจากการที่ผู้วิจัย มองว่าการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาศรมยาศิริระ วัดโคกนาวนั้นย่อมได้พบเจอกับผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสถานที่แห่งนี้เป็นที่พักของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคมะเร็งและมักจะเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการการรักษาด้วยการฉายแสงและรับยาเคมีบำบัด โดยที่ผู้วิจัยสามารถสรุปข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมมะเร็งระยะสุดท้าย ได้ดังตาราง

ตารางที่ 6 แสดงภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

นามสมมุติ	อายุ	สถานภาพ	การศึกษา	อาชีพ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	โรคที่ผู้ป่วยเป็น	ฐานะทางเศรษฐกิจ
แบแข็ง	43	สมรส	ประถมศึกษา	รับจ้าง	บุตรชาย	มะเร็งปอด	ปานกลาง
แบเลาะห์	38	สมรส	ประถมศึกษา	ทำสวนยาง	น้องชาย	มะเร็งรังไข่	ปานกลาง
อาเยาะห์	63	สมรส	สถาบันการศึกษาปอเนาะ	ทำสวนยาง	สามี	มะเร็งมดลูก	ปานกลาง
ก๊ะเยาะห์	40	สมรส	ประถมศึกษา	รับจ้างตัดยาง	ภรรยา	มะเร็งไทรอยด์	ต่ำ
ก๊ะเมาะห์	40	สมรส	มัธยมศึกษาตอนต้น	ทำสวนยาง	ภรรยา	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	ปานกลาง
ก๊ะโซรยา	36	สมรส	ประถมศึกษา	รับจ้าง	ภรรยา	มะเร็งลำไส้	ต่ำ
ก๊ะคะห์	49	โสด	ประถมศึกษา	ค้าขาย	พี่สาว	มะเร็งหลอดอาหาร	ปานกลาง
ก๊ะตา	41	สมรส	ไม่ได้เรียน	รับจ้าง	ภรรยา	มะเร็งลำไส้	ต่ำ
ก๊ะยะห์	54	สมรส	สถาบันการศึกษาปอเนาะ	ค้าขาย	ภรรยา	มะเร็งปอด	ต่ำ

ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละคนมีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน แต่การเข้าสู่การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานและต้องติดตามอาการกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการที่จะต้องเผชิญปัญหาอุปสรรคที่จะตามมาด้วย ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง ค่าใช้จ่ายต่างๆ และที่พักระหว่างการรักษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของลูกกตัญญู: ภูมิหลังของแบแข็ง

ผู้วิจัยพบแบแข็งครั้งแรกที่อาคารเย็นศิระ วัดโคกนาว ในช่วงแรกของการลงพื้นที่ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่นานหลายวันกว่าจะมีโอกาสเข้าไปทักทายและพูดคุย ผู้วิจัยสังเกตเห็นแบแข็งดูแลผู้ป่วยชายสูงอายุท่านหนึ่ง ทราบ ในคราวต่อมา ว่าเป็นพ่อของแบแข็งนั่นเอง ผู้วิจัยเฝ้าดูการเดินทางไปกลับจากอาคารเย็นศิระไปสู่ห้องฉายแสง ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ของแบแข็งและครอบครัวในทุกเช้าของวันราชการด้วยความสนใจอย่างยิ่ง เนื่องจากสังเกตเห็นถึงพฤติกรรมเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่น่าประทับใจแบแข็งเป็นชายวัยกลางคน วัย 43 ปี มีครอบครัว แล้ว และมีบุตรสาว 1 คน ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี อาชีพรับจ้าง

ปลอดภัยกว่าการเดินทางไปสวนสาธารณะเทศบาลนครหาดใหญ่ และที่สำคัญไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าจนเกินไป หลังจากได้ไปพักผ่อนที่อ่างเก็บน้ำ เป็นครั้งแรกนั้น ผู้วิจัยสังเกตได้ถึงสีหน้าแววตาของผู้ป่วยว่ามีความสุขและดูมีความสุขมาก

ก้าวสู่การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หากมองผิวเผิน แบนั่งเป็นผู้ชายกลางคนที่แข็งแรง และมีสีหน้าดูเอาใจจริงเอาจัง แต่ก็แฝงด้วยรอยยิ้มอยู่เสมอโดยเฉพาะเวลาที่ได้พูดคุยกัน แบนั่งบอกว่าตนเองมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รุนแรง “มันเป็นไปตามวัย” แบนั่งบอก ตลอดช่วงระยะเวลาที่ได้พูดคุยกัน ผู้วิจัยไม่เคยได้ยินว่าแบนั่งเจ็บป่วยหรือไม่สบายเลย แบนั่งมีท่าทีกระฉับกระเฉงคล่องแคล่วอยู่ตลอดเวลา แบนั่งบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปและเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย

ช่วงเวลาในระยะแรก ที่ต้องมาดูแลพ่อซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอดนั้น การมาอยู่ในที่ใหม่นับว่าเป็นเรื่องยากลำบากทีเดียว ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นตรงไหน ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปมาก เปลี่ยนจากที่เคยทำมาหาเลี้ยงครอบครัวที่ อำเภอ ตากใบ จังหวัด นราธิวาส ต้องมาอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา แรกเริ่มเดิมทีแบนั่งและญาติไม่ได้เลือกที่จะพักอาศัยที่ ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ เนื่องจากเห็นว่า พื้นที่ค่อนข้างแออัด เกรงจะเป็นที่ไม่สะดวกกับพ่อซึ่งเป็นผู้ป่วย จึงเลือกที่จะพักที่ห้องเช่าเล็กๆ ใกล้ๆ โรงพยาบาล แต่ต่อมาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงมาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง มีเหตุฉุกเฉินที่ต้องนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในยามวิกาลบ่อยครั้ง จึงเกิดความท้อท้อเป็นอยู่อย่างนี้เพราะแบนั่งต้องดำเนินการทุกอย่างด้วยตนเอง ต่อมาจึงตัดสินใจที่จะย้ายมาพักอาศัยที่ ที่พักผู้ป่วยและญาติ อาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ และเริ่มปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง

ช่วงที่อยู่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระวัด โศกนาถ ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง และทุกครั้งที่ไปห้องฉุกเฉิน ทางอาคารเย็นศิระจะมีรถบริการนำส่งและมีระบบประสานงานไปยังโรงพยาบาลซึ่ง มีความสะดวกอย่างมาก ในเรื่องนี้แบนั่งพูดกับผู้วิจัยบ่อยมาก และรู้สึกชื่นชมในระบบของโรงพยาบาล และการดูแลของทีมสุขภาพ

แม้ว่าจะมีความสะดวกจากระบบของโรงพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย แต่แบนั่งก็บ่นน้อยใจให้ผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับผู้ป่วยในช่วงที่แบนั่งมองว่าผู้ป่วยไม่ยอมทานอาหารและไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง ทำให้แบนั่งซึ่งเป็นผู้ดูแลรู้สึกหมดกำลังใจไปด้วย ผู้วิจัยจึงได้แต่รับฟังและให้กำลังใจทั้งแบนั่งและผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน แต่ทุกครั้งที่แบนั่งบ่นน้อยใจเกี่ยวกับผู้ป่วยแบนั่งมักจะให้คำตอบแก่ตนเองเสมอว่าตนต้องทำหน้าที่นี้ให้ดีที่สุด เนื่องจากตนเป็นบุตรชายคนโต และโอกาสที่ทำหน้าที่นี้คงจะเหลือเวลาไม่มากนัก จึงอยากทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจให้เต็มที่ และเป็นความ โชคดีของแบนั่งที่ครอบครัวเข้าใจ แบนั่งจึงเป็นผู้ดูแลหลักมาตลอดจะมี

การสลับสับเปลี่ยนให้บ่อยๆ คนอื่นมาบ้างก็ต่อเมื่อแม่แข็งต้องกลับไปทำธุระที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น

ผู้วิจัยมีโอกาสพบเจอกับแม่แข็งหลายครั้งไม่ว่าจะเป็นที่ โรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ในช่วงที่มาพบแพทย์ตามนัด การมาฉายแสง หรือการมารับยาเคมีบำบัด แต่สถานที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับแม่แข็งและผู้ป่วยมากที่สุดคือ ที่พักผู้ป่วยและญาติ อาคารเย็นศิระ และผู้วิจัยยังมีโอกาสได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ภูมิลำเนา ที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ทุกครั้งที่ได้พบเจอกันพูดคุยกันจะใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

การมาพบแพทย์ตามนัด การมาฉายแสง และการรับยาเคมีบำบัด แม่แข็งจะมากับผู้ป่วยทุกครั้ง แพทย์นัดและเป็นทั้งผู้ดูแล ที่ประสานงานกับทีมสุขภาพ คอยดูแลเรื่องเอกสาร การรับยา การจัดการเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดการเดินทางไปกลับ หากการตรวจเสร็จเร็วก็ จะไม่ค้างคืน แต่เลือกที่จะ เหมารถแท็กซี่ เดินทาง กลับบ้านเนื่องจาก การใช้บริการแท็กซี่มีความสะดวก บริการรับส่งถึงหน้าบ้านเลยทีเดียว

ชีวิตที่อาคารเย็นศิระ ที่อาคารเย็นศิระ แม่แข็งใช้ชีวิตเสมือนอยู่ที่บ้าน มีการจับจองพื้นที่ทางสังคมให้ครอบครัวของตนเองคือแม่ และพ่อซึ่งเป็นผู้ป่วย พื้นที่ที่เลือก เป็นมุมหนึ่งภายในอาคาร ซึ่งค่อนข้างเป็นส่วนตัว มีอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในชีวิตประจำวันครบถ้วน ได้แก่ กระจก น้ำร้อน หม้อหุงข้าว ขวดน้ำดื่ม กระโถน ภาชนะบรรจุยา และอาหารเหลวบรรจุขวดจากโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังมีเครื่องนอน สำหรับทุกคน ซึ่งจะใช้วิธีนอนเรียงกันไป เมื่อตื่นนอนก็ ม้วนที่นอนเก็บเข้าที่ เพื่อเป็นการเปิดพื้นที่ใช้งานในตอนกลางวันต่อไป



ภาพที่ 13 แสดงภาพผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่อาคารเย็นศิระ (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาเย)

กิจวัตรประจำวัน ตื่นเข้ามาหลังละหมาดซุบฮี(ละหมาดช่วงเช้า) แม่แข็งจะดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายให้ดีมนม ซึ่งเป็นอาหารเหลว ที่รับมาจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นก็เดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการฉายแสง โดยมีรถรับส่งซึ่งได้รับการสนับสนุน จากฝ่ายสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาล หลังจากเสร็จภารกิจที่โรงพยาบาลแล้ว ช่วงบ่ายและค่ำจะเป็นช่วงเวลาว่างก็จะพักผ่อนตามอัธยาศัย

แม่แข็งใช้ชีวิตอย่างเป็นธรรมชาติ สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามปกติ โดยเฉพาะในทุกวันศุกร์แม่แข็งไปละหมาดที่มัสยิดร่วมกับพี่น้องมุสลิมอื่นๆ โดยแม่แข็งจะมีจักรยานยนต์ หนึ่งคัน

สำหรับเป็นยานพาหนะและเวลาว่างแบแข็งจะไปจับจ่ายตลาดเพื่อมาประกอบอาหารให้แก่ผู้ป่วย และเมื่อมีโอกาสดีหากผู้ป่วยไม่รู้สึกร้อนเพลียจนเกินไป แบแข็งจะพาผู้ป่วยซ้อนจ๊ก ทยานยนต์ ไกลสุดที่ผู้วิจัยทราบคือนั่งรถไปที่สวนสาธารณะ เทศบาลนครหาดใหญ่ แบแข็งให้เหตุผลว่าอยากให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและได้เปิดหูเปิดตาบ้างเนื่องจากหากอยู่ที่อาคารเย็นศิระตลอดจะเป็นการอุดอู๋จนเกินไปสำหรับผู้ป่วย

ระหว่างการศึกษา แบแข็งได้พูดคุยเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวของตนเอง โดยเฉพาะเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรสาวคนเดียว โดยแบแข็งได้ขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยเกี่ยวกับอนาคตทางการศึกษาของบุตรว่าเมื่อจบชั้นมัธยมที่ 3 ไม่ทราบจะให้เรียนต่อที่ไหนดี แบแข็งมองว่าผู้วิจัยเป็นผู้มีความรู้สูง สามารถให้คำแนะนำแก่ตนเองได้ จากการพูดคุยกันแบแข็งบอก กับผู้วิจัยว่าแบแข็งเรียนน้อยจบเพียงชั้น ประถมปีที่ 4 แต่อาศัยมีประสบการณ์ชีวิต มาก จึงเป็นแบแข็งได้อย่างทุกวันนี้ แต่ผู้วิจัยสังเกตได้ว่าแบแข็งเป็นคนมีความรู้โดยเฉพาะทางศาสนา ค่อนข้างมาก ซึ่งสามารถสังเกตได้จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบแข็งบอกกับผู้วิจัยว่าพระเจ้ากำหนดให้เจ็บป่วยและเป็นหน้าที่ของเราที่ต้องหาหนทางรักษา จะรักษาให้เต็มที่จนถึงที่สุด ทุกอย่างขึ้นกับพระเจ้าเป็นเจ้า

ผู้วิจัยมีโอกาสได้ไปเยี่ยมแบแข็งและครอบครัว ที่บ้านสามครั้ง ครั้งแรกเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่สองคือวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนครั้งที่สามหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตได้ระยะเวลาหนึ่ง

ในครั้งแรกนั้นเมื่อผู้วิจัยไป เยี่ยมถึงที่บ้าน แบแข็งและครอบครัวรู้สึกยินดีมาก ผู้วิจัยได้สัมผัสถึงวิถีชีวิตของแบแข็งที่ชัดเจนขึ้นถึงแม้ว่าจะเป็นเวลาไม่นานนักก็ตามโดยใช้เวลาพูดคุย



ภาพที่ 14 แสดงภาพผู้วิจัย แม่ผู้ดูแล ผู้ดูแล และผู้ป่วย จากชายไปขวา ช่วงที่ไปเยี่ยมบ้านที่บ้านบางตาวา อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาเย)

ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเคยเห็นเป็นคนใจคนหนึ่งแต่ทว่าที่บ้านกลับเป็นชายชราที่เต็มไปด้วยรอยยิ้ม แวดตาสดชื่นดูมีความหวัง ผู้วิจัยสังเกตไม่เห็นถึงความ

อ่อนเพลียและความป่วยไข้เลย

ต่อมาผู้วิจัยได้หวนกลับไปที่นี่ในวันสุดท้ายของผู้ป่วย วันนั้นแบแข็งมีสีหน้าเคร่งขรึมปนแววดตาเศร้ากว่าวัน

ไหนๆ ที่ผู้วิจัยเคยเจอและรู้จัก ผู้วิจัยจึงให้กำลังใจแก่แบแข็งว่าแบแข็งได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว

ส่วนผู้ป่วยเป็นชายสูงอายุป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเรียกผู้ป่วยว่า เปาะจี เริ่มรักษาครั้งแรกเมื่อพฤษภาคม 2551 โดยเริ่มจากโรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด และสุดท้ายได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผู้ป่วยเป็นชายรูปร่างผอมสูง และค่อนข้างอ้วนแต่สงบ ผู้ป่วยสามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ แต่ส่วนใหญ่จะใช้ภาษามลายู ช่วงแรกๆ ที่ผู้วิจัยพบเจอผู้ป่วยคือช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการฉายแสง ต่อมาผู้ป่วยก็มีนัดรับยาเคมีบำบัดอีกเป็นระยะๆ มีบางช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอ่อนแอ และมีอาการทรุดลงมากจนต้องเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ที่นั่นผู้วิจัยก็ได้ติดตามไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วย 3 ครั้ง ต่อมาผู้ป่วยกลับมาพักที่อาคารเย็นศิระ โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแม่ซึ่งอย่างใกล้ชิดและยังมีเมาะซึ่งเป็นภรรยาของผู้ป่วยคอยอยู่ข้างกายไม่ห่าง เมาะพูดและฟังภาษาไทยไม่ได้เลย เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ทั่วไปในเรื่องนี้ผู้วิจัยถือเป็นเรื่องปกติ แต่ถึงแม้ว่าเมาะจะพูดภาษาไทยไม่ได้ผู้วิจัยก็สามารถสื่อสารกับเมาะได้โดยไม่ลำบากมากนักโดยใช้ภาษามลายูระดับพื้นฐานที่ผู้วิจัยพอจะมีอยู่บ้าง ร่วมกับอวัจนภาษาแทน ซึ่งใช้ได้ดีในระดับหนึ่งที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจจึงรู้สึกดีทุกครั้งที่ได้พบเจอกัน และไม่ได้รู้สึกว่าการจำกัดทางด้านภาษาพูดจะเป็นอุปสรรคอันใดต่อความสัมพันธ์

หากมองผิวเผินผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุธรรมดาคนหนึ่ง แต่ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุกับร่างกายที่อ่อนโรคมะเร็งไว้คนนี้ ลึกลับแล้วเป็นผู้สูงอายุที่ดูสง่าทีเดียว ผู้ป่วยลุกขึ้นมาทักทายผู้วิจัยและต้อนรับขับสู้อย่างดีทุกครั้งที่คุณวิจัยไปเยี่ยม จะมีเพียงบางครั้งเท่านั้นที่ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากๆก็จะใช้วิธีนอนคุยกับผู้วิจัยแทน

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการรักษาตามโปรแกรมต่างๆของทางโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจึงกลับไปพักผ่อนต่อยังภูมิลำเนาและมาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะๆ ช่วงเวลาดังกล่าวผู้วิจัยยังมีโอกาสได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและได้พบเจอกับผู้ป่วยเกือบทุกครั้งที่มาตามแพทย์นัดบางในช่วงแรกๆผู้วิจัยยังสังเกตเห็นความสดชื่นจากตัวผู้ป่วยแต่ต่อมาผู้วิจัยสัมผัสได้ถึงความจริงบางอย่างที่จะปรากฏให้ทุกคนได้รับรู้ในระยะเวลาอันใกล้

ความรู้สึกสุดท้าย กับภาพความทรงจำครั้งสุดท้าย การนัดของแพทย์สองครั้งสุดท้ายผู้วิจัยเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนน่าใจหายแต่ผู้วิจัยยังให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและสังเกตว่ากำลังใจของผู้ป่วยก็ยังดีอยู่มาก จนสุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านเมื่อ พฤษภาคม 2552

ก่อนการเสียชีวิต ผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยกับเปาะจี ในวันหนึ่ง ซึ่ง หมอนัดมาเอ็ก ชเรย์ คอมพิวเตอร์ เพื่อติดตามการรักษา หลังจากกล่าวทักทาย สอบถาม สารทุกข์สุขดิบแล้ว จึงพูดคุยกับผู้ดูแลหลัก แม่ซึ่งเล่าว่า คนไข้ ทานได้น้อยลง จึงดูผอมลงอย่างเห็นได้ชัดแต่ตนก็ยังมีความกังวลใจในการดูแล วันนี้มากับน้องสาวอีกคนซึ่งจะช่วยดูแลผู้ป่วยในช่วงระหว่างการเดินทาง

“... เราก็ต้องสู้ต่อเพราะมันใจในรพ.มอ ...”

“...อยากให้พยาบาลที่อื่นมาดูงานที่นี่บ้าง...”

เป็นประโยคที่แบเซ็งพูดทุกครั้งที่เจอผู้วิจัย ส่วนความคิดเห็นต่อเรื่องความตายนั้น แบเซ็งได้ให้ทัศนะที่น่าสนใจดังนี้

“ความตายใครๆ ก็กลัว เราก็รู้ แต่ที่สำคัญเราต้องรู้ว่า ทำอย่างไรเราจะไป

สู่จุดนั้นให้ได้ เพราะเรารู้ว่าความตายหมายถึงอะไร และตายแล้วไปอยู่ที่ไหน”

ระหว่างคุยกับผู้ดูแลนั้น ผู้ป่วยก็นั่งฟังอย่างตั้งใจ แต่ไม่ได้พูดคุยอะไรมากเนื่องจากอ่อนเพลีย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมนัดเจอกันใหม่ วันที่หมอนัดอีกครั้งคือวันที่ 9 เมษายน 2552



ภาพที่ 15 แสดงภาพผู้วิจัยส่งผู้ดูแลและผู้ป่วยกลับบ้านหน้าโรงพยาบาล(ที่มา : ถ่ายภาพ โดยนายนิยามาล อาแย)

เมื่อถึงวันที่หมอนัด ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยและญาติที่ ห้องฉายแสง หลังจากทักทายกัน กับผู้ดูแล เป็นที่เรียบร้อย แลแล้วแบเซ็งบอกกล่าวกับผู้วิจัยหลังพบหมอทางด้านโรคปอดว่า

“... หมอ.....บอกว่าไม่นัดแล้ว จะใช้วิธีรักษาตามอาการ...”

“...ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ล่าสุดพบว่ามันลุกลามไปทั่วแล้ว หมอ... ว่าน่าจะไม่มีเกิน หนึ่งเดือน...”

“... ก็ไม่เป็นไรเราก็ทำใจ...”

คำสั้นๆ ที่ผู้วิจัยเข้าใจความหมายดีว่า ไม่เกินหนึ่งเดือน นั้นหมายถึงอะไร แบเซ็งบอกว่าตอนนี้ดูแลคนไข้อย่างไรก็ลืมหืมตลอดเวลา เขาอยากเจอใคร ก็ตามมาให้เขาได้พบเจอ แต่ก็ยังมีน้องที่อยู่ทำงานอยู่ที่รัฐยะโฮร์บารู ประเทศมาเลเซีย ยังไม่กลับมา ตั้งใจว่าคอยรอดูอาการของผู้ป่วยก่อนแล้วค่อยตามเขาอีกที ไม่อยากรบกวนเพราะเขาต้องทำงาน ผู้วิจัยสังเกตว่าวันนี้มีน้องสาวคนเดิมของแบเซ็งมาด้วย แบเซ็งบอกว่า น้องคนนี้เคยมีความซุ่มซ่อนหมองใจกับผู้ป่วยมาก่อน ตอนนี้อีกฝ่ายจะสำนึกผิดจึงมาช่วยดูแล โดยไม่ได้ขอร้องให้มา “วันนี้หมอบอกว่ามียาเคมีเข็มใหม่ แรงและแพง หมอจะใช้เป็นขนานสุดท้ายแต่เบิกไม่ได้ ราคา 50,000 บาท ถามว่า จะเอามั้ย แบเซ็งก็ปฏิเสธไป เนื่องจากเห็นคนไข้อายุมาก กลัวจะต้านกับฤทธิ์ยาไม่ไหว อีกอย่าง อาการก็หนักมากแล้ว ไม่อยากให้คนไข้ต้องเจ็บกว่านี้”

วันนี้แม่แข็งพูดคุยกับผู้วิจัยด้วยสีหน้าที่เคร่งเครียดกว่าทุกครั้งและผู้วิจัยเคยเจอ น้ำเสียงสั้น เกรือ นัยน์ตามีน้ำตาคลอ ผู้วิจัยหันไปมองหน้าผู้ป่วยวันนี้ผู้ป่วยมีสีหน้าอิดโรยมากๆ หน้าตาเหลือง และดูซีดกว่าปกติ บ่นเหนื่อยและปวดบริเวณหน้าอกเป็นช่วงๆ ผู้วิจัยจึงแนะนำให้นอนที่เตียง แทนที่นั่งรถเข็น แต่ผู้ป่วย ปฏิเสธบอกว่า นอนไม่ได้ ถ้า นอนหัวต่ำจะทำให้เหนื่อยกว่าเดิมจึงขอมั่ง จะเป็นการดีกว่า ผู้วิจัยจึงเอายาพาราเซตามอลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อช่วยทุเลาปวดระหว่างรอพบ แพทย์ที่ห้องฉายแสง ในช่วงบ่ายวันนี้ หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ ผู้วิจัยส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ก่อนกลับ มีโอกาสได้ถ่ายรูปร่วมกันเป็นที่ระลึก ผู้วิจัยได้บอกให้ผู้ผู้ป่วยยิ้มก่อนที่จะกดชัตเตอร์ เป็นรอยยิ้มที่ดู เย็นและสงบทีเดียว ในขณะเดียวกันผู้วิจัยรู้สึกหัวใจอยู่ลึกๆ ว่าวันนี้อาจจะเป็นวันสุดท้ายที่ได้พบ เจอและพูดคุยกัน

หนึ่งเดือนกับอีก 6 วัน ผู้วิจัยรับทราบข่าวจากแม่แข็งว่าเปาะจีได้กลับบ้านสู่ความเมตตาจาก พระ ผู้เป็นเจ้าของแล้วด้วยความสงบท่ามกลางญาติมิตร ผู้วิจัยจึงรีบเดินทางไปยังหมู่บ้านบางตาวา อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีโดยทันที เพื่อร่วม ในงานฝังศพเปาะจี และมีความภูมิใจมากที่มีโอกาสทัน ได้กล่าวคำอำลา ก่อนที่นำร่างเปาะจีคืนสู่ดิน

หลังสูญเสียพ่อ หลังสูญเสียพ่อซึ่งเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ แม่แข็งยังอยู่กับแม่ที่ บ้านบางตาวา อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยอาศัยบางจังหวะบางช่วงเวลาที่กลับไปหาครอบครัวที่ อำเภอ ตากใบ จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยยังติดต่อ สื่อสารกับแม่แข็ง อยู่ทางโทรศัพท์ และมีโอกาสได้ ไปเยี่ยมแม่แข็งอีกครั้งหนึ่ง แม่แข็ง เริ่มปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง และใช้ชีวิตตามปกติมากขึ้น เริ่มต้นชีวิตใหม่ด้วยการประกอบ อาชีพขายข้าวต้มในช่วงเช้าที่หน้า มัสยิดประจำหมู่บ้าน ดัง ภาพประกอบ



ภาพที่ 16 แสดงภาพแม่แข็งขณะขายข้าวต้มยามเช้าหน้ามัสยิดประจำหมู่บ้าน(ที่มา : ภาพถ่ายโดยนายนิยามาล อาแย)

ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยรายที่ 2 3 4 5 และ 6 จำนวน 5 ราย มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา รวม 4 อำเภอ ดังแผนที่และภาพประกอบ

ภาพที่ 17 แสดงภาพแผนที่ภูมิลำเนาและภาพผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2-3-4-5 และ 6 รายที่ 2 อยู่ที่อำเภอเกาะไอร่อง รายที่ 3 อยู่ที่อำเภอสุโขทัย รายที่ 5 และ 6 อยู่ที่อำเภอศรีสะเกษ และรายที่ 6 อยู่ที่อำเภอสุโขทัย-ลพบุรี จังหวัดนครราชสีมา (ที่มา:ปรับปรุงจากwww.wikipedia.com /ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาแย)

2. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของผู้เสียสละ: ภูมิหลังของแบละห์

ครั้งแรกที่ผู้วิจัยได้พเจอแบละห์ ผู้วิจัยกำลังนั่งคุยอยู่กับแบซึ่งที่อาคารเย็นศิระแบละห์เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลพี่สาวซึ่งป่วยเป็นมะเร็งรังไข่ระยะสุดท้าย แพร์กระจายไปกระดูก และอาศัยอาคารแห่งนี้เป็นที่พักพิงเช่นกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พบเจอแบละห์อีกเป็นระยะๆ ตามช่วงเวลาการนัดของแพทย์ แบละห์เป็นชายวัยผู้ใหญ่ อายุ 38 ปี มีบุตร 2 คน ชาย 1 คน หญิง 1 คน ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ อำเภอเกาะไอร่อง จังหวัดนครราชสีมา



ภาพที่ 18 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 2
(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล)

พี่สาวของแบเลาะห์แต่งงานแล้วแต่หย่ากับสามี เนื่องจากไม่สามารถมีบุตรได้ ตอนนี้จึงเป็นความรับผิดชอบของแบเลาะห์และพี่น้องคนอื่นๆที่ต้องช่วยกันดูแล แบเลาะห์บอกว่าตนเป็นน้องชาย คนที่ถัดมาจากผู้ป่วย จึงมีความสนิทและเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วยมากๆ และยินดีที่จะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตลอด ส่วน ภรรยา ก็เข้าใจดี ว่าตนเองต้องปฏิบัติภารกิจนี้ โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ตนก็จะไม่ได้ดูแลครอบครัว ไม่ได้กรีดยาง รายได้ ของครอบครัวก็จะหายไปส่วนหนึ่ง

แบเลาะห์เป็นคนที่มีอัธยาศัยดี ยิ้มง่ายแต่พูดน้อย

โดยเฉพาะกับคนที่ไม่สนิท แต่ทว่าหากรู้จักกันในระดับหนึ่งแบเลาะห์ก็จะพูดคุยอย่างเป็นกันเองทีเดียว ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยแบเลาะห์ทำหน้าที่ได้ดีมากจากมุมมองของผู้วิจัย แบเลาะห์จะดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกอย่างด้วยความอดทน แบเลาะห์เล่าว่าการจากบ้านมาอยู่ที่นี้เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายเลย ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง ค่าใช้จ่าย รวมทั้งการที่ต้องอยู่ห่างไกลญาติพี่น้องและครอบครัวที่สำคัญภาระรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่ค่อยจะสู้ดีนัก ถือเป็นเรื่องที่หนักหน่วงทีเดียว ผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยกับแบเลาะห์ในหลายสถานที่ที่แตกต่างกันได้แก่ที่ห้องตรวจที่โรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวอยู่ และที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระวัด โคนนารวมถึงที่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้วิจัยได้มองเห็น สัมผัสและรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของแบเลาะห์โดยตลอดทุกที่ที่ผู้ป่วยอยู่ นับว่าแบเลาะห์เป็นน้องชายที่เสียสละมากจริงๆ

การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล... นโยบายรถไฟฟรีนั้นสำคัญใจ น “อัสลามูออลัยกุม” แบเลาะห์ เข้ามาทักผู้วิจัยขณะนั่งอยู่ที่อาคารเย็นศิระ “วออลัยกุมุสลาม” ผู้วิจัยตอบกลับ “เพิ่งมาถึงหรือ แล้วคนไข้อยู่ในไหนคะ” ? ผู้วิจัยถามเมื่อสังเกตว่าไม่มีคนไข้มาด้วย “แบ(พี่ชาย)มารถไฟจึงถึงก่อน คนไข้มารถตู้ยังไม่ถึงที่” แบเลาะห์ตอบ ผู้วิจัยพยักหน้าและรู้สึกดีใจที่ได้พบเจอกันอีกครั้ง ผู้วิจัยเคยได้พบเจอและพูดคุยกันมาก่อน เมื่อ 2-3 เดือนที่ผ่านมา จึงสามารถพูดคุยทักทายกันอย่างคุ้นเคย สักครู่หนึ่งผู้ป่วยก็มาถึงในสภาพที่อ่อนเพลีย ขณะเดินก็ต้องช่วยกันประคอง “อัสลามูออลัยกุม” ผู้วิจัยร้องทักทายผู้ป่วย “วออลัยกุมุสลาม” เสียงนั้นตอบกลับมาด้วยความแผ่วเบา ผู้วิจัยจึงลุกไปช่วยประคองให้ผู้ป่วยนั่งพักก่อน หลังจากนั้นก็สอบถาม ได้ความว่า วันนี้มาตามหมอนัด ซึ่งหมอนัดพรุ่งนี้ วันที่ 6 มีนา คม “แบก็สงสัยว่าทำไมนัดวันศุกร์ ปกตินัดวันพฤหัสบดี ครั้งที่แล้วไม่ได้มาด้วย แต่พี่ชายอีกคนที่พามาบอกว่าวันที่ 6 ก็วันที่ 6” แบเลาะห์บ่นพึมพำเชิงปริศยากับผู้วิจัย

“ถ้าฉันลองเอาบัตรนัดให้เคหะ(น้อง)คุณน้อยได้มั๊ยคะ ? จะช่วยคุณให้” ผู้วิจัยรับบัตรนัดมาเปิดดูเป็นวันที่ 5 มีนาคม จึงบอกว่า หมอนัดวันนี้ ให้ไปที่ห้องตรวจ กันเลย เพราะว่าใกล้เวลา เที่ยงแล้ว หลังจากนั้น แบละห์จึง กุ๊กกุกอึกของ ผู้ป่วยเปลี่ยมากเดินแทบไม่ไหว รถบริการ ของอาคารก็พร้อมบริการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลทันที ผู้วิจัยนัดเจอกันที่ห้องตรวจนรีเวช

เมื่อผู้วิจัยตามไปถึงขณะนั้น เจอผู้ป่วยนั่งรถเข็น ท่าทางอ่อนเปลี่ยมากจึง โน้มตัวลงไปถามว่า “ไหวมั๊ย” ได้รับความตอบว่า “ปวดกระดูก นั่งไม่ไหวแล้ว” จึงเปลี่ยนมาเป็นเปลนอนแทน และแจ้ง พยาบาลว่า ขอตรวจก่อน ผู้ป่วยไม่ไหวแล้วจริงๆ สุดท้าย เมื่อหมอตรวจเสร็จก็แจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเปลี่ยมากให้ยาคีโมไม่ได้แต่ต้องนอน โรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการก่อน ผู้วิจัยก็รู้สึกโล่งใจว่ามีเตียงให้นอนเนื่องจากทราบดีว่า การจอง เตียงที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต้องใช้เวลานานเพราะมีคิวผู้ป่วยจองเยอะมาก

ระหว่างรอหมอตรวจผู้วิจัยได้พูดคุยกับแบละห์ ถึงการ รักษาอาการ เจ็บป่วย ทราบว่าในการมาหาหมอแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายอย่างน้อยกว่า 1,000 บาท เป็นค่ารถและผู้วิจัยเพิ่งทราบเหตุผลว่าทำไมแบละห์ที่เลือกที่จะนั่งรถไฟมาในขณะที่ผู้ป่วยเดินทางมากับรถตู้

“เราารถไฟฟ้า ประหยัดหน่อย คนใช้นั่งรถไฟไม่ได้ เพราะเขาปวดกระดูกมากๆต้องนั่งรถตู้มา”

นี่เป็นคำตอบที่ทำให้ผู้วิจัยถึงกับอึ้ง เนื่องจากเป็นเหตุผลที่ผู้วิจัยนึกไม่ถึงว่าทำไมผู้ดูแลต้องแยกมากับผู้ป่วยทั้งที่มีความรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยมากก็ตาม

ชีวิตที่อาคารเย็นศิระ ที่อาคารเย็นศิระผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าแบละห์ใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย กินง่าย อยู่ง่าย โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมากต้องนอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แบละห์จะตื่นเช้าและรีบไปเฝ้าดูแลผู้ป่วย โดยอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาเท่าที่ทางโรงพยาบาลจะอนุญาต เมื่อกลับมาที่อาคารเย็นศิระแบละห์ก็เหมือนตัวคนเดียว อาศัยพูดคุยกับญาติผู้ป่วยที่มาพักที่เดียวกันเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนและบอกเล่าถึงประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ประสบมา เป็นการแบ่งปันความรู้สึก และเยียวยาซึ่งกันและกัน เคยถามแบละห์ว่ารู้สึกอย่างไรที่ต้องมาอยู่แบบนี้ ได้คำตอบว่าจะต้องอดทน ถึงแม้ว่าลำบากไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่อยู่กิน บางครั้งรู้สึกเบื่อและเหนื่อยมาก

ส่วนผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ 42 ปีป่วยเป็น มะเร็งรังไข่ระยะสุดท้าย เข้ารับการรักษาตั้งแต่ พฤษภาคม 2551 ได้รับการผ่าตัดสองครั้ง หลังผ่าตัดรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัด ในการผ่าตัดครั้งแรกผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนญาติๆทุกคนดีใจแต่หลังจากการผ่าตัดครั้งที่สองผู้ป่วยอาการทรุดลงค่อนข้างมากแต่สามารถประคับประคองอาการจนสามารถออกจากโรงพยาบาลได้และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งจะมีแบละห์หามาด้วยทุกครั้ง ในเรื่องนี้แบละห์เล่าว่าจริงๆแล้วที่บ้านได้ตกลงกันในการที่จะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันให้พี่น้องคนอื่นๆได้

ช่วยแบ่งเบาภาระนี้แต่ตนเองไม่สามารถทำได้ในการที่จะไม่มากับผู้ป่วยเนื่องจากรักและเป็นห่วง พี่สาวคนนี้มาก ซึ่งในความจริงข้อนี้ผู้วิจัยเคยได้สัมผัสด้วยตัวเอง ในครั้งหนึ่งที่มีอาการทรุดหนักและพักรักษาเป็นผู้ป่วยใน แบนเลาะห์คอยเฝ้าดูแลทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นการช่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย หรือแม้กระทั่งการช่วยเหลือในการขับถ่ายซึ่งผู้วิจัยมองว่าไม่เป็นการง่ายนักที่น้องชายที่มีอายุประมาณ 38 ปีเช่นแบนเลาะห์จะสามารถทำภารกิจนี้ให้กับพี่สาวได้ คำตอบเดียวที่ผู้วิจัยคิดว่าใช้นั้นคืออันเนื่องมาจากความรักนั่นเอง

ส่วนตัวผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อยแต่ดูจริงจัง ผู้วิจัยสังเกตว่าปกติผู้ป่วยไม่ค่อยมีรอยยิ้มบนใบหน้า ยกเว้นว่าผู้วิจัยจะมีการพูดคุยหรือแหย่ผู้ป่วยเล่นเท่านั้นจึงจะเห็นรอยยิ้มของผู้ป่วยสักครั้ง แต่ก็ยังเป็นรอยยิ้มปนเศร้าอยู่ดี แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็รู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่ทำให้ผู้ป่วยยิ้มได้ และผู้วิจัยยังจดจำรอยยิ้มนั้น ได้อยู่เสมอมิเคยลืมเลือน

ในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้วิจัยยังติดต่อสื่อสารเก็บข้อมูลกับแบนเลาะห์อยู่ตลอดเป็นระยะๆ ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยมีโอกาสพบเจอผู้ป่วย 4 ครั้ง ใน 2 ครั้งแรกเป็นที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระ วัด โคนนาว ส่วนสองครั้งหลังเป็นที่โรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวเพื่อรับยาเคมีบำบัด ครั้งสุดท้ายที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเนื่องจากอ่อนเพลียมากและมีภาวะเกร็ดเลือดต่ำจึงไม่สามารถรับยาเคมีตามแผนการรักษาของแพทย์ได้แต่ต้องนอนพักรักษาจนดีขึ้นแล้วแพทย์จะนัดมาใหม่แต่หลังจากกลับบ้านไม่นานนักผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้นญาตินำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน ต่อมาผู้ป่วยร้องขอที่จะกลับบ้านและเสียชีวิตในเวลาต่อมาในช่วงเดือนมีนาคม 2552 แบนเลาะห์เล่าว่าผู้ป่วยมีสติรู้ตัวตลอดและสามารถอ่านยาจีน (บทยาจีนในพระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน) ได้เองจนถึงเวลาสุดท้ายของชีวิต

ชีวิตหลังการสูญเสีย หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผู้วิจัยมีโอกาสได้ไปเยี่ยมแบนเลาะห์ที่บ้านอำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส



ภาพที่ 19 แสดงภาพเส้นทางและการเยี่ยมบ้านแบนเลาะห์ที่ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาเย)

แบเลาะห์เริ่มปรับตัวและใช้ชีวิตกลับเข้าสู่ภาวะปกติและดูแลครอบครัวได้เต็มที่มากขึ้น แบเลาะห์บอกเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วและไม่รู้สึกว่ายากต่อรองเวลา หรืออยากยืดเวลาของผู้ป่วยให้เนิ่นนานออกไปเนื่องจากตระหนักดีว่าทุกอย่างเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์ เวลาไหนก็คือเวลานั้น ทุกอย่างเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนดแบเลาะห์บอกว่าไม่อยากเห็นผู้ป่วยต้องเจ็บปวดและทรมานมากกว่าที่เป็นอยู่ หลังจากที่สูญเสียพี่สาวได้สองเดือนพ่อก็เสียชีวิตอีกคน ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบเลาะห์บอกเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าการที่ต้องเสียใจจากการสูญเสียคนที่รักสองคนในเวลาใกล้เคียงกันมันมากเกินไปที่จะอธิบายว่าความรู้สึกเป็นอย่างไร แต่ทุกอย่างอยู่ที่อัลลอฮ์ ตนเองยอมรับในทุกอย่างที่เกิดขึ้น ตอนนี้เหลือเพียงแม่คนเดียวที่เป็นห่วงแต่สุขภาพโดยรวมของแม่แข็งแรงดีจึงไม่น่าห่วงมาก

3. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของความ สุขุม เยือกเย็น: ภูมิหลังของ อาเยาะห์

อาเยาะห์เป็นชายสูงอายุวัย อายุ 63 ปี ทำทางใจดี ภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา มีบุตร 3 คน เป็นชาย 2 คน เป็นหญิง 1 คน อาเยาะห์เป็นชายซราซึ่งมีรอยยิ้มอยู่บนใบหน้าตลอดเวลา ผู้วิจัยใช้สรรพนามเรียก ท่านว่า อาเยาะห์ เป็นการให้เกียรติซึ่งอาเยาะห์ในภาษามลายู หมายถึงพ่อนั่นเอง เป็นความมหัสจรรย์อย่างมากที่คนรุ่นอาเยาะห์สามารถพูด



ภาพที่ 20 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3
(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาเย)

ภาษาไทยได้ ชัดเจน คนคนนี้ต้องไม่ธรรมดา ผู้วิจัยแอบคิดในใจในวันที่พบเจออาเยาะห์ครั้งแรก

อาเยาะห์เล่าว่ามาเฝ้าดูแลภรรยาซึ่งป่วยเป็นมะเร็งมดลูกระยะสุดท้าย หมอที่โรงพยาบาลอำเภอสุโขทัย โก-ลก บอกว่า ผู้ป่วยจะมีชีวิต อยู่ได้เพียง 6 เดือนก็ต้อง เสียชีวิต อาเยาะห์เล่า ด้วยสีหน้าที่ยิ้มเล็กน้อย ครั้งแรกที่ผู้วิจัยพบกับ อาเยาะห์ นั้น ภรรยาของอาเยาะห์นอนพักรักษาตัวอยู่ที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากมารับยาเคมีบำบัด อาเยาะห์เล่าอีกว่าเมื่อทราบว่าภรรยาป่วย เป็นมะเร็ง ก็มารักษาตลอด ถึงแม้แพทย์จะบอกว่าเป็นการป่วยในระยะสุดท้ายก็ตามเนื่องจากมีความเชื่อมั่นในอัลลอฮ์ เชื่อว่าทุกอย่างถูกกำหนดโดยพระองค์ หลังผ่าตัดที่โรงพยาบาลนครราชสีมาจนครบแล้ว ผู้ป่วยก็แข็งแรงขึ้นมาก สามารถไปประกอบพิธีฮัจย์ที่นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบียได้ และขณะปฏิบัติศาสนกิจก็ไม่มีปัญหาสุขภาพเลย กลับมาแข็งแรงดีโดยตลอด ตอนนี้อาเยาะห์พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดตลอดไม่เคยขาด ครั้งนี้เป็นความรู้สึกแปลกมากที่ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วรู้สึกมีความสุขกว่าครั้งไหนๆ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกหดหู่ หรือความสงสารเข้ามาแทรกกลางระหว่าง

การพูดคุยกัน ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยกลับมาทบทวนและพบว่าผู้ดูแลเองมีส่วนอย่างมากที่นำพาให้ ผู้วิจัยรู้สึกเช่นนี้ อาเยาะห์ตอบทุกคำถามของผู้วิจัยด้วยรอยยิ้ม แม้กระทั่งคำถามที่ผู้วิจัยคิดว่ายากที่จะตอบ หรือรู้สึกอึดอัดใจที่จะถามในบางโอกาส เช่นเรื่องเกี่ยวกับความตาย อาเยาะห์ยังตอบด้วยความสุขุม สงบนิ่งและทำให้ผู้วิจัยรู้สึกว่าได้รับคำตอบที่งดงาม

ในช่วงแรกผู้วิจัยได้พบกับอาเยาะห์สองครั้งได้พูดคุยกันโดยใช้เวลานานประมาณ 2 ชั่วโมง ต่อครั้ง แต่หลังจากนั้น อาเยาะห์ ขาดการติดต่อไปเนื่องจากอาเยาะห์เป็นผู้สูงอายุ และไม่ใช้ โทรศัพท์มือถือ ต่อมาผู้วิจัยจึงอาศัยจดจำวันนัดที่อาเยาะห์ต้องมาพบแพทย์ตามนัด และไปพบอาเยาะห์อีกหลายครั้ง ไม่ว่าจะเป็นที่ห้องตรวจ หรือหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษา อาคารเย็นศิริและโรงอาหารของโรงพยาบาลหรือแม้กระทั่งที่สถานีขนส่ง หรือสถานีรถไฟในบางโอกาส อาเยาะห์เป็นชายชราที่แข็งแรง และมีจิตใจดีมาก ผู้วิจัยสังเกตได้จากรอยยิ้มบนใบหน้าที่มีให้เห็นอยู่ตลอดเวลา

ส่วนผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ 57 ปี ป่วยเป็นมะเร็งมดลูกลุกลามไปยังปอด มีสีหน้าสดชื่นหากผู้วิจัยไม่ทราบข้อมูลมาก่อนอาจไม่ทราบเลยว่าบุคคลท่านนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเริ่มรักษาตั้งแต่ต้นปี 2549 ผ่านการผ่าตัดแล้วสองครั้งหลังผ่าตัดทั้งสองครั้งอาการดีขึ้นโดยลำดับ ผู้วิจัยมีโอกาสพบผู้ป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม 2552 ขณะมารับยาเคมีบำบัดเนื่องจากแพทย์พบการเกิดใหม่ของเนื้องอกใกล้เคียงบริเวณเดิม จนถึงปัจจุบัน(ตุลาคม 2552)ผู้ป่วยยังแข็งแรงดีมาก และมาพบแพทย์ตามนัดไม่เคยขาด ผู้ป่วยพูดภาษาไทยชัดเจนเช่นเดียวกับผู้ดูแลและเป็นคนที่พูดจาสุภาพเรียบร้อยมากคนหนึ่งในทัศนะของผู้วิจัย

ชีวิตจริงที่บ้านสวนสี่เขียวในพื้นที่สีแดง ครั้งหนึ่งผู้วิจัยมีโอกาสไปเยี่ยมเยียนอาเยาะห์และครอบครัวที่หมู่บ้านโตะเต็ง อำเภอสู่โขงป่าติ จังหวัดนครราชสีมา การเดินทางลงไปในพื้นที่ดังกล่าวถือว่าไม่ถนัดนักในบรรยากาศที่เหตุการณ์ความไม่สงบยังคงคุกรุ่นอยู่ตลอดเวลา แต่ก็ไม่ใช่สิ่งที่จะเป็นไปไม่ได้เสียเลยทีเดียว



ภาพที่ 21 แสดงภาพเส้นทางที่ผู้วิจัยเดินทางลงพื้นที่ในช่วงที่ต้องผ่านด่านตรวจของหน่วยความมั่นคง (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาเย)

หลังจากได้ไปสัมผัสชีวิตที่บ้านจึงเข้าใจกระจ่างในหลายสิ่งหลายอย่างที่เคยสงสัย บ้านของ อาเยาะห์มีลักษณะเป็นบ้านสวนต้องจอดรถแล้วเดินเท้าเข้าไป เมื่อเท้าสัมผัสพื้นผู้วิจัยรู้สึกได้ถึง อะไรหลายๆอย่างในพื้นที่แห่งนี้ ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่มีคนอย่างน้อยสามชาติพันธุ์อยู่ร่วมกันคือคน มลายุมุสลิม คนไทยเชื้อสายจีนและคนไทยเชื้อสายไทย ถนนทางเข้าบ้านอาเยาะห์เป็นพื้นที่ ด้านหลังของสถานีรถไฟโต๊ะเต็งมีร้านรวงเก่าแก่อยู่จำนวนมาก เป็นลักษณะห้องแถวแบบโบราณ เรียงรายทำให้ผู้วิจัยรู้สึกได้ว่าที่นี่ต้องเป็นเมืองมาก่อน หลังจากสอบถามอาเยาะห์ได้ความว่าที่นี่เป็น เมืองแห่งการค้ามาก่อนระหว่างไทยและมาเลเซีย จึงมีบ้านเรือนอยู่บริเวณสถานีรถไฟแต่เมื่อมีการ ตัดถนนใหม่การค้าขายตามเส้นทางดังกล่าวก็ซบเซาลง

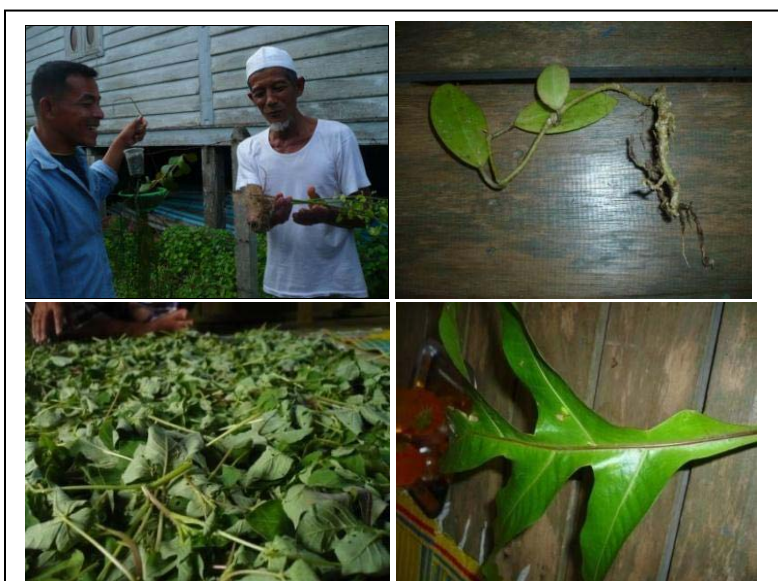
พื้นที่ทั้งสี่ด้านโดยรอบตัวบ้านของอาเยาะห์เต็มไปด้วยต้นไม้ มีต้นไม้ทุกประเภทไม่ว่าเล็ก ใหญ่ จนกระทั่งเป็นสวนไม้ยืนต้นได้แก่เงาะ ทุเรียน ลองกอง สละ ขนุน จำปาตะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีไม้ประดับ กล้วยไม้และที่สำคัญคือสมุนไพรที่อยู่ใกล้ชิดติดพื้นที่หน้าบ้านเลยทีเดียว



ภาพที่ 22 แสดงภาพบ้านของผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยาะห์) ช่วงที่ผู้วิจัยมาเก็บข้อมูลที่บ้านของอาเยาะห์ พื้นที่สี่ เที่ยวรอบๆ บ้าน (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามาล อาเย)

ในเรื่องของพืชสมุนไพรนี้ผู้วิจัยได้รับคำบอกเล่าจากอาเยะห์ตั้งแต่ครั้งแรกๆที่พบกันว่าอาเยะห์มีความรู้ด้านยาสมุนไพร และเมื่อมาสัมผัสจริงจึงเข้าใจได้เลยว่าอาเยะห์คือหมอชาวดังจริงอาเยะห์เล่าว่าได้ใช้สมุนไพรรักษาเหมาะควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันจนบางครั้งแพทย์ถึงกับตั้งคำถามว่าผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างไร ถึงได้มีสุขภาพดีเกินคาด

เมื่อมาเยือนถึงถิ่นผู้วิจัยจึงคลายสงสัยว่าทำไมผู้ป่วยจึงมีสุขภาพแข็งแรงไม่เหมือนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยเคยพบเจอ ครอบครัวของอาเยะห์มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ปลูกผัก



ภาพที่ 23 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยะห์) กับพืชสมุนไพร ซึ่งอาเยะห์เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านนี้และจะใช้รักษาชาวบ้านอยู่เป็นประจำ (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาเย)

ไว้รับประทานเอง มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่ง ไม่ต้องซื้อหา มีน้ำทำที่ไหลลงมาจากภูเขาเพียงพอสำหรับใช้ตลอดปี และที่สำคัญผู้วิจัยได้เห็นความสัมพันธ์ของเครือญาติในการโอบอุ้มกำชูซึ่งกันและกันเป็นภาพที่ผู้วิจัยประทับใจมากและผู้วิจัยมีความเชื่อเป็นการส่วนตัวว่าสิ่งเหล่านี้เองที่เป็นเครื่องเยียวยาให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

อีกประเด็นหนึ่งที่ไม่สามารถละเลยไม่เอ่ยถึงคือความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างชาติพันธุ์ในชุมชน ซึ่งในวันที่ผู้วิจัยไปถึงได้เห็นมิตรภาพที่งดงามระหว่างคนไทยเชื้อสายจีนซึ่งเป็นเพื่อนบ้านของอาเยะห์มาร่วมวงสนทนากับผู้วิจัยและบอกเล่าถึงความเป็นห่วงเป็นใยที่มีต่อกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเจ็บป่วยหรือการช่วยเหลือกันในด้านอื่นๆ ผู้วิจัยในฐานะคนนอกไม่เคยคาดคิดว่าเรื่องราวเหล่านี้จะมีอยู่จริงในพื้นที่ที่ที่ทางการได้กำหนดว่าเป็นพื้นที่สีแดงเข้มเช่นนี้



ภาพที่ 24 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 3 (อาเยะห์) กับเพื่อนบ้านต่างชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นคนไทยเชื้อสายจีนสามารถพูดภาษามลายูได้และมีความสนิทสนมกับครอบครัวของอาเยะห์เป็นอย่างมาก (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาเย)

ปัจจุบันอาเจะห์ยังพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดอยู่ตลอดโดยเดินทางมาที่รถไฟซึ่งเป็นรถไฟฟรีที่รัฐบาลช่วยเหลือ โดยเริ่มโดยสารจากสถานีรถไฟโต๊ะเต็งมาลงที่สถานีรถไฟหาดใหญ่ แล้วนั่งรถโดยสารต่อมายังโรงพยาบาล ในช่วงที่สภาพรถไฟหาดใหญ่หยุดเดินรถ อาเจะห์ต้องเปลี่ยนแผนการเดินทางมาเป็นรถตู้โดยสารแทนในเรื่องนี้ผู้วิจัยถามอาเจะห์ว่ากระทบมากแค่ไหน เธอได้คำตอบว่าต้องปรับเปลี่ยนอะไรหลายๆอย่าง ต่อรถหลายต่อหลายทอดมากขึ้นและที่สำคัญค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นไปกลับค่าโดยสารสองคนเกือบ 1,000 บาทเลยทีเดียว

4. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของแม่ผู้อดทน: ภูมิหลังของ กะเจะห์

ผู้วิจัยเจอกะเจะห์ที่อาคารเย็นศิระขณะกำลังอุ้มลูกเล็กอายุประมาณขวบเศษ ช่างๆ มีผู้ป่วยชายนอนอยู่สี่หน้าอ่อนเพลีย ทราบภายหลังว่าเป็นสามีของกะเจะห์นั่นเอง ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งไทรอยด์ระยะสุดท้าย หลังจากพูดคุยทราบว่า กะเจะห์วัย 40 ปี ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส มาเฝ้าดูแลสามีซึ่งอยู่ระหว่างการรักษาโดยการฉายรังสีบริเวณคอ



ภาพที่ 25 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 4 (กะเจะห์) ซึ่งผู้ดูแลมาที่สามีและลูกๆ มาพักที่ที่พักผู้ป่วยและญาติ อาคารเย็นศิระก่อนที่จะไปรักษาอาการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามล อาแย)

หลังจากสามี ล้มป่วย ครอบครัว ของกะเจะห์ ประสบความลำบากอย่างมาก เนื่องจากตนเองต้องหยุดงาน เมื่อก่อนทำอาชีพกรีดยางรับจ้างร่วมกับกับสามี มีรายได้วันละ 200 บาทโดยประมาณ ปัจจุบันทุกอย่างหยุดชะงัก สามีป่วย ตนเองต้องมาเฝ้าดูแล พร้อมกับเลี้ยงลูกคนเล็กขวบเศษ กับคนรองสุดท้อง 4 ขวบ หลังพูดคุยได้สักระยะ ผู้วิจัยจึงพักทายผู้ป่วย ซึ่งนอนอยู่ ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก ร่างกายผ่ายผอมทีเดียว บ่นเหนื่อยและเจ็บบริเวณคอซึ่งมีแผลเจาะคอและคาไว้ด้วยท่อเหล็กเพื่อช่วยในการหายใจ

ทุกวันราชการตอนเช้ากะเจะห์จะต้องอุ้มลูกคนเล็ก และจูงลูกอีกคนพร้อมกับสามีเดินข้ามถนนไปยังห้องฉายแสงที่โรงพยาบาลเป็นกิจวัตร ต้องอดทนกับหลายๆอย่าง เพราะดูแลทั้งลูกและ

สามี เมื่อถามถึงค่าใช้จ่าย จึงทราบว่าทางหน่วยสิทธิประโยชน์ ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะ ให้ผู้ป่วยวันละ 30 บาท เพื่อไปแลกเปลี่ยนค่าอาหาร ส่วนค่านมลูกและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้มาจาก กฟนึ่ง ที่บ้านช่วยกันจนเจือ หนึ่งอาทิตย์ผ่านไปผู้วิจัยไปเยี่ยมกะเยาะห้ออีกครึ่งพบว่า กะเยาะห้อยังนั่งอยู่ที่ เดิมพร้อมครอบครัว กะเยาะห้อแสดงท่าทีดีใจจนสังเกตได้เมื่อ ได้พบผู้วิจัยอีกครั้ง ต่อมาเราก็ สามารถพูดคุยกันอย่างสนิทสนมเหมือนญาติคนหนึ่งเลยทีเดียว

หลังจากนั้นผู้วิจัยพบเจอกะเยาะห้ออีกเป็นระยะๆ ได้เห็นการดูแลผู้ป่วยของกะเยาะห้อด้วยความอดทนอย่างยิ่งเพราะไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายนักในการดูแลผู้ป่วยหนักในขณะที่เดียวกับที่ต้องดูแล ลูกๆเล็กอีกสองคนเมื่อถามกะเยาะห้อว่าเหนื่อยมั๊ย กะเยาะห้อยอมรับว่าเหนื่อยแต่ก็ต้องอดทนที่นี้ไม่มีญาติ ไม่มีใคร ต้องพึ่งตนเอง เท่าที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นบางครั้งผู้ป่วยเองก็พยายามที่จะดูแลตนเองเพื่อ ช่วยแบ่งเบาภาระของกะเยาะห้อเท่าที่ทำได้เช่นการพยายามให้อาหารทางสายยางด้วยตนเองหรือการ อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายเองในบางช่วงที่กำลังกายอ่อนไหวให้

กะเยาะห้อได้บอกเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเมื่อแพทย์ที่บ้านส่งตัวมารักษาที่นี้ในช่วงแรกนั้นตนเอง คิดว่าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ในเมื่อตนเองไม่มีเงินสำหรับการเดินทาง ไม่เคยเดินทางออกจากบ้าน ไปไหน และมีภาระต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเล็กอยู่ จึง ไม่คิดฝันที่จะมารักษาตามที่แพทย์แนะนำ แต่ ต่อมาผู้ป่วยอาการหนักมากขึ้น พี่ชายได้ให้ความเห็นว่าควรจะต้องมารักษาตามที่แพทย์แนะนำ และ พี่ชายรวมทั้งญาติคนอื่นๆ ได้ช่วยเหลือค่าเดินทางมา ครั้งแรกที่มาถึงเริ่มต้น ไม่ถูก ไม่ทราบว่าต้องทำ อะไรก่อน ไม่มั่นใจว่าจะพูดภาษาไทยได้นักพอที่คนอื่นจะเข้าใจได้หรือไม่รู้สึกกลัวมาก แต่เมื่อ มาถึงได้พบเจอกับทีมสุขภาพทำให้ความรู้สึกดังกล่าวค่อยๆเปลี่ยนไป มีความกล้าและมีความมั่นใจ มากขึ้นและสามารถสื่อสารภาษาไทยให้คนอื่นเข้าใจได้และเมื่อคุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากร ต่างๆกะเยาะห้อบอกว่าความรู้สึกตรงกันข้ามกับครั้งแรกที่มา ที่นี้มีความอบอุ่น ไม่มีญาติแต่มีคนคอย ช่วยเหลือและให้ความเมตตาตลอด

ในวันแรกที่มาถึงกะเยาะห้อไม่ได้นำลูกคนรองสุดท้องมาด้วยเนื่องจากญาติที่บ้านเกรงว่าจะ เป็นภาระที่ต้องดูแลจึงเลือกที่จะพาเฉพาะลูกคนเล็กมาเนื่องจากยังเล็กเกินกว่าที่จะฝากคนอื่นให้ ดูแลได้ แต่สองวันให้หลังลูกคนรองสุดท้องที่ฝากไว้กับพี่ชายร้องไห้แม่เนื่องจากไม่เคยแยกจากกัน ไปไหน ทำให้พี่ชายต้องพามาส่งคืนแม่ที่อาคารเย็นศิระ หลังจากวันนั้นเป็นต้นมาภาพกะเยาะห้อุ้ม ลูกคนเล็ก ขู่มือลูกคนโตและมีสามีคอยเดินอยู่ใกล้ๆเป็นภาพที่ทุกคนเห็นจนชินตาและในโอกาสที่ ผู้วิจัยได้ไปเยี่ยมกะเยาะห้อหลายๆครั้งก็จะพบเห็นลูกๆสองคนของกะเยาะห้อวิ่งเล่นอยู่บริเวณลานวัด หน้าอาคารเย็นศิระเป็นประจำ

สำหรับผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งไทรอยด์มาตั้งแต่ปลายปี 2551 ผ่านการ รักษาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดและได้รับการส่งตัวมารักษาต่อด้วยการผ่าตัดและรังสีรักษา

ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยได้พบเจอผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยกำลังอยู่ระหว่างการรักษาโดยการฉายแสง ดูอ่อนเพลียมากผิวหนังบริเวณคอแห้งและปวดเส็บปวดครื่น มีน้ำลายเหนียวในปากปริมาณมาก รับประทานอาหารทางปากไม่ได้เลยต้องรับประทานอาหารทางสายยางที่ใส่ผ่านทางจมูกลงกระเพาะอาหารอีกต่อหนึ่ง ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้มากนักเนื่องจากพูดได้แต่ไม่มีเสียงด้วยเหตุที่มีท่อเจาะคอคาอยู่ และมีเสมหะปริมาณค่อนข้างมากไหลออกมาเป็นช่วงๆ ผู้ป่วยจะใช้กระดาษทิชชูคอยซับไว้เป็นระยะๆ เมื่อฉายแสงครบตามแผนการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวเดินทางกลับไปพักต่อที่บ้าน

ผู้วิจัยมีโอกาสเดินทางไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านครั้งหนึ่ง พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากๆ สามารถอุ้มลูกได้ เสมหะลดลงและสามารถรับประทานอาหารทางปากได้

เองในขณะที่ก๊ะเมาะห์ก็กลับมาประกอบอาชีพกรีดยางรับจ้าง โดยมีลูกสาวคนโตคอยช่วยเหลือ



ภาพที่ 26 แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมผู้ดูแลรายที่ 4 (ก๊ะเมาะห์)ที่บ้าน อำเภอรีอเสาะ จังหวัดนราธิวาส (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามาล อาแย)

5. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพแสดงออกถึงความร่าเริง: ภูมิหลังของ ก๊ะเมาะห์

ผู้วิจัยมีโอกาสได้รู้จักพูดคุยกับ ก๊ะ เมาะห์ ณ วงสนทนาที่อาคารเย็นศิระ ในคำวันหนึ่ง ก๊ะเมาะห์มาเฝ้าดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง ซึ่งหมอนัดมาดูอาการ เป็นช่วงๆ ก๊ะเมาะห์เป็นคนอารมณ์ดีมากๆ คนหนึ่ง และพูดคุยกับผู้วิจัยอย่างเป็นกันเองตั้งแต่วันแรกที่เจอกัน ก๊ะเมาะห์อายุ 40 ปี ภูมิลำเนา อ.รีอเสาะ จ.นราธิวาส มีบุตร 3 คน มีอาชีพกรีดยางซึ่งเป็นสวนยางของตนเอง ก๊ะเมาะห์เป็นภรรยาคนที่สองของผู้ป่วยแต่เป็นผู้ดูแลหลักที่มากับผู้ป่วยทุกครั้งเวลามาพบ



ภาพที่ 27 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 5 (ก๊ะเมาะห์) (ที่มา : ถ่ายโดยนายนิยามาล อาแย)

แพทย์และคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา รวมทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ก๊ะเมาะห์เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าตนเองต้องเป็นผู้ดูแลหลัก เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วยมากในช่วงการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้งและปัจจัยสำคัญคือผู้ป่วยไม่สามารถพูดภาษาไทยได้นั่นก็เกรงว่าจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ส่วนภรรยาคนที่หนึ่งของผู้ป่วยก็ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้เลย หน้าที่นี้จึงตกแก่ตนเองโดยปริยายและด้วยความเต็มใจส่วน

ภรรยาคนที่หนึ่งของผู้ป่วยจะช่วยเหลือสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายแทน การเดินทางมาพบแพทย์จะใช้บริการรถไฟเป็นหลัก แต่หากมีเหตุจำเป็นเช่นน้ำท่วมหรือมีเหตุให้รถไฟหยุดเดินรถ ก็จะมาพบแพทย์ตามนัดโดยใช้รถส่วนตัวแทน

เนื่องจากกะเมาะหมีสวนยางเป็นของตนเอง ฐานะทางครอบครัวจึงถือว่าไม่ลำบากมากนัก ไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคด้านการเงิน หากไม่นับปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสามีผู้วิจัยจึงสังเกตเห็นว่ากะเมาะหมีไม่มีความเครียดหรือความกังวลเรื่องอะไรมากมาย ผู้วิจัยมีโอกาสพบเจอกะเมาะหมีในหลายๆ สถานที่และในช่วงเวลาที่ต่างกัน ได้แก่ที่ห้องตรวจของโรงพยาบาล หอผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในช่วงเวลาที่อาการกำเริบมากขึ้น ที่ห้องเคมีบำบัด ที่โรงอาหาร โรงพยาบาล และที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ ผู้วิจัยได้พูดคุยกันตั้งแต่ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ จนถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วแต่เวลาและสถานการณ์จะอำนวย แต่ครั้งที่พบเจอกันก็ได้ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความเป็นไปของการดูแลผู้ป่วยของกะเมาะหมีโดยตลอดนับได้ว่ากะเมาะหมีเป็นภรรยาที่ดีมากคนหนึ่งทีเดียว กะเมาะหมีเล่าว่าตนเองเป็นห่วงผู้ป่วยมากในทุกเรื่องไม่ว่าเรื่องกิน เรื่องอยู่ ต้องจัดการให้ทุกอย่าง มีบางครั้งผู้ป่วยบ่นน้อยใจว่าตนเองเป็นคนมีโรคและกลัวไม่มีใครรัก กลัวถูกทอดทิ้ง จึงเป็นเหตุผลกะเมาะหมีต้องดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา

ส่วนผู้ป่วยเป็นชายอายุ 42 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเมื่อปี 2550 มีอาการคอด้านซ้ายโตได้รับการรักษาโดยการฉายแสงบริเวณคอด้านซ้ายครบคอร์สจนก้อนยุบแต่มีก้อนใหม่ที่คอด้านขวาหลังจากนั้นรักษาต่อโดยใช้ยาเคมีบำบัดมาตลอดจนถึงปัจจุบัน ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมาตามนัดทุกนัดแต่ก็ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกครั้งตามแผนการรักษาเนื่องจากบางครั้งมีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำไม่สามารถรับยาได้จึงต้องเลื่อนไปและมีบางครั้งหลังรับยาผู้ป่วยมีอาการไข้สูงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากร่างกายไม่สามารถต้านทานฤทธิ์ยาเคมีบำบัดได้

หลังรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ร่วมกับเบื่ออาหาร ผมน้อยๆ ร่วงที่สะเก็ดขนน้อยจนหมดแต่ผู้ป่วยก็อดทนและผ่านพ้นทุกอย่างไปได้จนปลายปี 2552 ก้อนที่คอด้านขวาโตขึ้นและมีอาการปวดผู้ป่วยจึงต้องหยุดรับยาเคมีบำบัดและเข้ารับการผ่าตัด ต่อมาผู้วิจัยมีโอกาสพบเจอผู้ป่วยอีกหลายครั้ง และยังมี การติดต่อทางโทรศัพท์ในบางช่วงบางตอนที่ไม่สามารถพบเจอกัน

ล่าสุดผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินทางไปเยี่ยมผู้ป่วย และครอบครัวที่บ้าน ผู้ป่วยค่อนข้างเพลียเล็กน้อย แต่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดี แม้ว่าจะไม่สามารถกรีดขางได้เหมือนเดิมเนื่องจากอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย แต่สามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้และดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามกะมะหะห์ ผู้เป็นภรรยา ก็ได้ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกกังวลใจในเรื่องอื่นๆ ที่ต้องใช้แรงงาน และเมื่อมีอาการเจ็บปวดก็รู้สึกเบาใจเพราะได้กำลังใจจากกะมะหะห์



ภาพที่ 28 แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้ดูแลรายที่ 5 (กะมะหะห์) ที่อ.เรื่อเสาะ จ.นราธิวาส (ที่มา : ถ่ายภาพ โดยนายนิยามาล อาเย)

6. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของผู้ศรัทธา: ภูมิหลังของ กะโชรยา

ผู้วิจัยพบเจอกะโชรยาครั้งแรกที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระ วัด โลกนาถ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ กะโชรยาอายุ 36 ปี เป็นคนทำทางอารมณ์ดี กะโชรยาเป็นภรรยาคนที่สอง และเป็นคนปัจจุบันของผู้ป่วย ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดเชียงรายและเข้ารับ นับถือศาสนาอิสลามเมื่อ 13 ปีที่แล้ว มีบุตรกับผู้ป่วย 1 คนเป็นผู้หญิง อายุ 12 ปี เดิมทีเดียวกับกะโชรยามีอาชีพรับจ้างปักลายผ้าคลุมศพที่ใช้ในสตรีมุสลิมแต่มีรายได้ไม่มากนักและไม่มีความมั่นคงแน่นอนเนื่องจากงานที่เข้ามาจะมาน้อยแล้วแต่ทางร้านจะส่งมาให้และระยะหลังๆ นี้มีคนเลิกประกอบอาชีพนี้มากขึ้นทำให้รายได้ต้องกระจายออกไปโดยปริยายและช่วงเวลาที่ต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดงาน รายได้ก็หายไปอีกส่วนหนึ่ง กะโชรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีทีเดียว คอยดูแลอยู่ไม่ห่างเท่าที่ผู้วิจัยสังเกต เจอ กะโชรยาไม่มีทำที่เครียดหรือหงุดหงิด กลับคอยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกอย่าง



ภาพที่ 29 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 6 (ที่มา : ถ่ายภาพ โดยนายนิยามาล อาเย)

ส่วนสามีของกะโชรยา เป็นผู้ป่วยอายุ 45 ปี ภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอสุโหงโกลก จังหวัดนราธิวาสมีบุตรกับภรรยาคนแรก 3 คนมีอายุ 24 22 และ 17 ปี ตามลำดับ เป็นผู้หญิงทั้งหมด ผู้ป่วยจึงขอบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงอีกหนึ่งคนเป็นผู้ชาย อายุ 10 ขวบ รวมผู้ป่วยและกะโชรยามีบุตรในความดูแล 5 คน

ผู้วิจัยทราบว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยเป็นคนบอกกับผู้วิจัยเอง ในความจริงเรื่องนี้ ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายผ่ายผอมไม่

แพ้ผู้ป่วยรายอื่นๆ และมีอุปกรณ์ที่ต่อมาจากร่างกายได้แก่ ถุงระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องและสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถขยับถ่ายได้เองอย่างเป็นปกติ “หมอที่นครราชสีมา บอกว่าอยู่ได้ 3 เดือน แต่ตอนนี้ผ่านมาเป็นปีแล้ว” เสียงผู้ป่วย บอกเล่าอย่างซัดอึ้งซัดคำ ในวันที่แรกที่เจอผู้วิจัย เมื่อผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกว่าคิดอย่างไรเมื่อรู้ว่าต้องตายเร็วๆ นี้ “ไม่คิดอะไร รักษาให้ถึงที่สุด เมื่อถึงเวลาไปก็ต้องไป อัลลอสกำหนดไว้แล้วไม่กลัวตาย” ผู้ป่วยตอบยิ้มๆ “ทุกวันนี้อ่านอัลกุรอาน ตลอด เมื่อมีเวลา คิดถึงอัลลอสตลอดเวลา ละหมาดก็จะทำ ถ้าทำไหว” ผู้ป่วยเสริมอีก “เวลาปวดมากๆ ก็จะขอพรกับอัลลอสว่าหาก อัลลอสจะเอาชีวิตกลับไปก็พร้อมจะไปทุกเวลา หากให้อยู่ก็ขอพรให้บรรเทาอาการปวด” ผู้วิจัยนั่งหลังจากฟังผู้ป่วยพูดจบ เนื่องจากทราบดีว่าหลักยึดดังกล่าวมีปรากฏในหลักคำสอนเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยในอิสลามซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ได้จริง ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและได้รับการส่งตัวมาตามลำดับผ่านการรักษาโดยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดรวม 7 ครั้งในช่วงแรกของการรักษา ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยได้พบเจอผู้ป่วยเป็นช่วงที่โรคได้ลุกลามไปยังตับ ผู้ป่วยจึงรับยาเคมีบำบัดต่ออีก 4 ครั้ง ต่อมามะเร็งมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง และผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วยจึงหยุดยาเคมีบำบัดและรักษาด้วยการประคับประคองอาการปวดโดยใช้ยามอร์ฟินชนิดรับประทาน

สถานที่ที่ผู้วิจัยพบเจอผู้ป่วยและก๊าะโฮรยามากที่สุดคือที่อาคารเย็นศิระ มีเพียงบางครั้งที่เจอในโรงพยาบาล ระหว่างการดูแล ก๊าะโฮรยาเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าตนเองเป็นห่วงผู้ป่วยมาก เพราะรู้ว่ามีอาการหนักมากแล้วจึงอยากดูแลให้ดีที่สุดจนวันสุดท้าย ผู้วิจัยพบเจอกับผู้ป่วย 4 ครั้งและหลังจากนั้นใช้วิธีการติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์เนื่องจากช่วงหลังผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากขึ้นจึงไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้อาศัยภรรยามารับยาแทนโดยเฉพาะยามอร์ฟินชนิดรับประทานและยาบรรเทาอาการปวดชนิดอื่นอีกหลายขนานซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมาก หลังจากการมารับยารั้งนั้นผู้วิจัยก็ไม่มีโอกาสได้พบเจอกับ ก๊าะโฮรยาอีกเลยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยในช่วงหนึ่งเดือนสุดท้ายผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านอีกครั้งเมื่ออาการทรุดหนัก ไม่รับประทานอาหาร พุศน้อยลงไม่มีอาการปวดแต่อ่อนเพลียมาก ผู้วิจัยมีโอกาสดูคุยกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ฟังน้ำเสียงสัมผัสได้ถึงความอ่อนล้า เสียงแหบแห้งและพร่ำเล่าเมื่อผู้วิจัยถามผู้ป่วยว่าเราจะได้อีกโอกาสพบเจอกันอีกมั๊ย ปลายสายตอบมาด้วยเสียงอันแผ่วเบาว่าจะไปเจอกับผู้วิจัยอีกครั้งเมื่อครบวันที่หมอสัลยกรรมนัดเดือนสิงหาคม จะอยู่ให้ถึงวันนั้น “แบบยูว่แบบยูอยู่ได้อีกหลายเดือน” เสียงปลายสายย้ำกับผู้วิจัย ในที่สุดวันสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึงขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาดูที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยไม่ไหว ญาติจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตโดยสงบที่บ้านในเดือนกรกฎาคม 2552

การต่อสู้ในต่างแดนเพื่อหลายชีวิตที่เหลืออยู่ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผู้วิจัยยังติดต่อกับ กะโชรยาทางโทรศัพท์ทราบว่าเดินทางไปทำงานรับจ้างที่ประเทศมาเลเซียและกำลังปรับตัวปรับใจกับการสูญเสีย 13 ปีที่ผ่านมากะโชรยาจากบ้านเกิดที่เขียงรายมาอยู่ต่างถิ่นและมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปมากจากการเปลี่ยนศาสนาและแต่งงานกับมุสลิม ปัจจุบันชีวิตต้องเปลี่ยนอีกครั้ง เมื่อกะโชรยาได้สูญเสียคู่ชีวิตไป และเนื่องจากกะโชรยาไม่ได้เล่าเรียนมาสูง ดังนั้นการหางานที่มีรายได้ดีเพื่อให้เพียงพอกับการจุนเจือครอบครัวนั้นจึงเป็นเรื่องยากมากในภาวะเศรษฐกิจเช่นทุกวันนี้ หลังสามีเสียชีวิตกะโชรยาจึงเลือกที่จะเดินทางไปทำงานรับจ้างในร้านอาหารที่รัฐตรังกานู ประเทศมาเลเซีย โดยเดินทางผ่านด่าน อ.สุโขทัย-ลก จ.นราธิวาส ภาระการเลี้ยงดูบุตรทั้งหมดที่เมืองไทย จึงตกแก่บุตรสาวคนโต ซึ่งต้องคอยดูแล น้องๆ ทั้งสี่คน ทุกๆ 15-20 วันโดยประมาณ กะโชรยาจะส่งเงินมาให้ครอบครัวเพื่อเป็นค่าเล่าเรียนบุตรและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครัวเรือนจำนวนเงินประมาณ 2,000-2,500 บาท ต่อครั้ง วิธีการส่งเงินจะทำโดยเดินทางมาพบกันที่ด่านรันเตาปีนยัง (รันตู) เพื่อนัดหมายส่งเงินให้บุตรที่ชายแดนแล้วขึ้นเงินผ่านช่องประตูด่านและกลับเข้าไปทำงานต่อที่มาเลเซีย โดยไม่ต้องกลับมาเยี่ยมบ้านที่เมืองไทยเนื่องจากวิธีนี้จะช่วยให้กะโชรยาประหยัดค่าเดินทางได้มาก

ที่มาเลเซียกะโชรยาทำงานเป็นพนักงานในร้านอาหารแห่งหนึ่ง โดยต้องทำงานวันละ 18-20 ชั่วโมงต่อวันเนื่องจากร้านเปิดตลอดทั้งกลางวันและกลางคืน โดยกะโชรยาทำหน้าที่พนักงานเสิร์ฟ และช่วยเหลือทั่วไปในร้าน ได้รับค่าจ้างเดือนละ 7,000-8,000 บาท กะโชรยาเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่าเหนื่อยมากเนื่องจากต้องอดนอน แต่มีความจำเป็นต้องอดทนเพราะทราบดีว่าหากอยู่ที่เมืองไทยไม่มีงานทำที่มีรายได้ต่อเดือนมากเท่านี้และที่สำคัญภาระรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรที่กำลังศึกษาอยู่สามคนเป็นแรงผลักดันให้ออดทนและสู้ต่อ

7.การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของพี่สาวที่แสนดี: ภูมิหลังของ กะคะหะ

กะคะหะเป็นหญิงโสดอายุ 49 ปี ภูมิลำเนา อำเภอละงู จังหวัดสตูล เป็นผู้ดูแลน้องชายซึ่งป่วยเป็นมะเร็งหลอดอาหาร กะคะหะ หักมีอาชีพค้าขายของเล็กๆ น้อยๆ ที่บ้าน ช่วงเวลาที่ มาเฝ้าดูแลน้องชายก็ไม่ได้ขายของ ทำให้ขาดรายได้ ส่วนสาเหตุที่ตนเองต้องเป็น ผู้ที่ดูแลน้อง เนื่องจาก กะคะหะเป็นคนโสดไม่มีภาระผูกพันกะคะหะเล่าว่าอยู่ที่นี้(อาคารเย็นศิระ) ไม่มีอะไรทำนั่งๆนอนๆรอเวลาไปห้องฉายแสงช่วงบ่ายของทุกวัน ฉายแสงแล้ว กลับมาที่วัดตอนเย็น รับประทานอาหาร ดูละครแล้วนอน กะคะหะ หักบอกกับผู้วิจัยว่าบางครั้ง รู้สึกเครียด กังวล กลัวน้องชายจะเสียชีวิต แพทย์บอกว่าเป็นมะเร็งระยะ 4 ลูกกลมไปปอดแล้ว ตอนนี้ได้แต่ละหมาดขอพรจากพระเจ้าให้น้องดีขึ้นหายจากโรค ตอนพักอยู่ที่ที่พักผู้ป่วยและญาติอาคารเย็นศิระ วัดโคกนาว ช่วงเข้าดูแลให้ผู้ป่วย



รับประทานาวคัฒที่เป็นการจัดให้โดยทางอาคารเย็นศิระ เสร้งแล้วช่วงบ่าย 14.00 น. เดินข้ามถนน ไปยังห้อง ฉายแสง เสร้ง นั่งคูโทรทศน์ที่ลานนั่งเล่น บางครั้งมีความเครียดและหมดค้ำลังใจ เนื่องจากผู้ป้วยไม่ค่อยคูแลตนเองยังสูบไบบจากไม่ยอมเลิกตนจึงรู้สึกท้อแท้ในการดูแลแต่ก็ทังไม่ได้

“มาอยู่ที่นี้สะดวก สบาย แต่เครียด เป็นห่วงงานเพราะไม่ได้มีเงินมากมาย ไม่ได้ทำงานก็ไม่มีรายได้ แต่ภูมิใจที่ไม่มีหนี้สิน เคยแนะนำให้น้องละหมาด ขอพรจากพระเจ้าบ้าง แต่เขาไม่ปฏิบัติตามเพราะไม่เคยปฏิบัติมาก่อน อยู่ในอาคารฯ เบื่อก็ต้องทนนั่งๆนอนๆ ให้เวลาหมดไปวันๆจะออกไปโลดสัก็เป็นการเปลืองเงินออกไปก็มีแต่ค่าใช้จ่าย วันนี้ฉายแสงวันสุดท้ายถ้าหมอบอกกลับบ้าน ได้จะแวะมาเอาของที่วัด แล้วกลับ ถ้าเอาของไปเลย แล้วต้องอยู่ต่อเดี่ยวจะไม่มีที่นอน เป็นห่วงคนไข้ตอนข้ามถนนไม่กล้าให้ไปไหน มาไหนคนเดียวกลัวรถชน เขาไม่ค่อยระวัง ต้องจับมือไว้ตลอด”

ส่วนผู้ป้วยเป็นชาย โศคอายุ 39 ปี กำลังอยู่ระหว่างรักษาด้วยการฉายแสง รอบที่สอง เนื่องจากมะเร็งได้ลุกลามไปยังปอด ครั้งนี้ฉายแสงทั้งสิ้น 5 ครั้ง เสร้งแล้วก็จะกลับบ้าน ผู้ป้วยเป็นผู้ชายร่างเล็กจึงดูไม่พอมมากเหมือนผู้ป้วยมะเร็งทั่วไป บุคลิกเป็นคนเงียบขรึมพูดน้อย ผู้วิจัยมีโอกาศพบเจอผู้ป้วย 4 ครั้ง ทั้งที่ห้องฉายแสงและที่อาคารเย็นศิระรวมทั้งในช่วงเวลาที่ผู้ป้วยมาพบแพทย์ตามนัด สถานที่ที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ป้วยมากที่สุดคือที่อาคารเย็นศิระ ผู้ป้วยพยายามบอกเล่าเรื่องราวของตนเองให้ผู้วิจัยฟังด้วยเสียงอันแหบแห้งเนื่องจากผลกระทบจากการฉายแสงบริเวณคอและทรวงอก ผู้วิจัยได้เห็นการดูแลผู้ป้วยของก๊ะคะห้แล้วอดชื่นชมไม่ได้ เนื่องจากคอยดูแลน้องชายอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา

ต่อมาผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักและเข้าออกโรงพยาบาลใกล้บ้านหลายครั้งทุกครั้งจะมี กะ
 ะห์คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและเมื่ออาการหนักถึงวาระสุดท้ายญาติจึงนำผู้ป่วยกลับมา
 เสียชีวิตที่บ้านเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2552

ผู้วิจัยได้มีโอกาสไปเยี่ยม กะคะห์ที่บ้านหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พบว่า กะคะห์กำลังอยู่
 ระหว่างการปรับตัวกับการสูญเสียและดำเนินชีวิตเข้าสู่ภาวะปกติแต่อย่างไรก็ตาม กะคะห์บอกว่ายัง
 ทำใจไม่ได้ต้องใช้เวลาและไม่รู้ว่าจะนานแค่ไหนตอนนี้ยังคิดถึงเขาอยู่ตลอดและพยายามทำบุญให้
 เขามากๆ



ภาพที่ 31 แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมกะคะห์ ที่บ้านอำเภอละงู
 จังหวัดสตูล (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามาล อาแย)

“ก่อนไปเขากระวนกระวาย
 ถามกะว่าทำไมมองนาฬิกาไม่เห็น ตัว
 ร้อน เหมือนไฟ ผุดลุกผุดนั่ง กะนั่ง
 เฝ้าสามวันสามคืน คืนที่หนักสุดคืน
 สุดท้าย นึกใจหาย ว่าเค้าจะพูด ไม่รู้จะ
 พูดอะไร ให้เขียนเค้าเขียนไม่ได้ ไม่มี
 แรง กะเฝ้าคนเดียว พยายามบอกให้
 เาคนไข้กลับบ้าน แพทย์เรียกกะไปที่
 ห้อง ถามว่าจะให้ใส่ท่อหรือไม่
 พยายามแนะนำว่าอย่าใส่เลย กะไป
 ถามคนไข้ คนไข้บอกว่าไม่ใส่ หมอ

ถามว่าจะให้ปั๊มหัวใจมั๊ย กะถามเค้า เค้าบอกว่าไม่ให้ทำเค้า ก็เลยเอากลับบ้าน วันที่ สิบเจ็ด กุมภาพันธ์
 ห้าสอง มาถึงบ้านพอดีก็เสีย ” “ แปรเดือนยังทำใจไม่ได้ ต้องใช้เวลา เราคลุกคลีกับเค้ามาก ยี่สิบสี่
 ชั่วโมงก็ว่าได้ ตอนแรกๆ เห็นที่นอนเค้าดูไม่ได้เลย วันก่อนไปโรงพยาบาลละงู กลับไปชะง่อนดูเตียง
 หมายเลขห้า ที่เค้าเคยนอน ” “ม.อ. ก็ไม่อยากจะพูด ไม่ไปม.อ.อีกเลย วัดโคกนาวก็ไม่ไป ทำใจไม่ได้”

ข้างต้นเป็นเสียงสะท้อนความรู้สึกของ กะคะห์หลังจากที่น้องชายเสียชีวิตไปได้ระยะเวลา
 หนึ่งซึ่งได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่าความผูกพันที่เคียดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ลึกซึ้งเกินกว่าที่จะอธิบาย
 และเมื่อถึงเวลาพรากจากก็เป็นการยากที่จะทำใจแม้ว่าเวลาจะผ่านไปเนิ่นนานเพียงใดก็ตาม

8.การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของหญิงแกร่งแห่งเมืองรามัน: ภูมิหลังของ กะตา

กะตาเป็นผู้ดูแลที่มาเฝ้าดูแลสามีที่ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้และอยู่ระหว่าง การรักษาด้วยการ
 ฉายแสง กะตาพักที่อาคารเย็นศิระเช่นเดียวกับญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ เธอเป็นผู้หญิงกลางคนวัย 41 ปี
 ภูมิลำเนาเดิม อำเภอรามัน จังหวัดยะลา มีบุตร ทั้งหมด 4 คน



ช่วงที่ต้องจากบ้านมา ลูกคนโตจะทำหน้าที่ดูแลน้องคนเล็ก แทน อาชีพเดิมของกะตาคือรับจ้างกรีดยางกับสามี เมื่อต้องมาดูแลสามีซึ่งป่วย ทำให้รายได้หายไปทั้งหมด ครั้งแรกที่เจอผู้วิจัยนั้น กะตาเข้ามาทักทายก่อน จึงได้พูดคุยกันเรื่อยมา และได้พบเจอกันอีกหลายครั้ง ไม่ว่าจะเป็นที่ห้องฉายแสง โรงพยาบาล โรงเรียน หรือแม้กระทั่งพบกัน โดยบังเอิญที่ห้างเทสโก้โลตัส แต่สถานที่หลักที่ได้พูดคุยกันส่วนใหญ่จะเป็นที่อาคารเย็นศิระ วัด โศกนาถ กะตาเป็นคนอารมณ์ดี ผู้วิจัยมักเห็นรอยยิ้มบนใบหน้ากะตาอยู่เสมอๆ ทุกครั้งที่พบเจอกัน ในช่วงแรกกะตาและครอบครัวประสบปัญหาเรื่องเศรษฐกิจอย่างมาก ต่อมาทางหน่วยสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาลจึงจัดหางานเสริมให้ทำเป็นงานจัดเก็บเสื้อผ้าสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล กะตาจึงเริ่มมีรายได้บ้างพอประทังชีพตนเองและ ครอบครัว โดยจะมีรายรับวันละ 200 บาทแต่ก็ไม่ได้ทำงานทุกวัน ผู้วิจัยได้พบเจอและพูดคุยกับกะตาหลายครั้งเป็นเวลานานหลายเดือน ได้มองเห็นความเป็นไปของการดูแลผู้ป่วยของกะตาและได้พบเห็นอาการที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย ซึ่ง ภายในเวลาประมาณ 6 เดือน อาการของผู้ป่วยทรุดลงมาก แต่กะตาก็ยังดูแลผู้ป่วยอย่างดีโดยตลอดถึงแม้ว่าช่วงหลังมีปัญหาค่าใช้จ่ายค่อนข้างหนักแต่ผู้วิจัยก็ยังสังเกตเห็นแววตาแห่งการต่อสู้ อยู่เสมอ

ชีวิตที่อาคารเย็นศิระ ในช่วงแรกของการรักษากะตาจะต้องไปกลับระหว่าง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กับ โรงพยาบาลยะลา เนื่องจากต้องรับยาเคมีบำบัดจากที่นี่ไปให้ที่โรงพยาบาลยะลา เพราะที่ โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ไม่มีเตียงเพียงพอ สำหรับผู้ป่วย ช่วงนี้ผู้วิจัยใช้การสื่อสารกับกะตาทางโทรศัพท์แทน ต่อมาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและพักที่อาคารเย็นศิระเป็นช่วงๆ ผู้วิจัยได้พบและพูดคุยกับกะตาอย่างใกล้ชิดอีกครั้งซึ่งเป็นช่วงเวลานาน 3 เดือนตลอดเวลาได้พบ

เจอกันพูดคุยกันมากกว่า 10 ครั้ง กะตาใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่อาคารเย็นศิระและโรงพยาบาลที่อาคารเย็นศิระ กะตาจะอยู่ดูแลสามีที่ป่วยในช่วงเช้า เทียงและเย็น ส่วนกลางวันกะตาได้รับการจัดสรรงานทำจากฝ่ายสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาล ในช่วงที่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ คีจั้นกะตาก็จะทำงานต่อเนื่องหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงก็ต้องหยุดงานและดูแลสามีอย่างใกล้ชิด

ทุกวันหลังเลิกงานกะตาจะกลับมาที่อาคารเย็นศิระพร้อมกับ อาหารสำหรับตนเองและสามี กะตาบอกกับผู้วิจัย ว่าสงสัยจะต้องหางานทำและอยู่ที่นี่ตลอด กลับไปบ้านก็ไม่มีงาน ทำเนื่องจากงานกรีดยางรับจ้างที่เคยทำอยู่หากหยุดบ่อยๆ นายจ้างก็มีความจำเป็นต้องเลิกจ้างเนื่องจากไม่สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง สามีก็ป่วยต้องมารักษาที่นี้อยู่ตลอด หมอนัด เดือนละสองสาม



ภาพที่ 33 แสดงภาพลูกชายมาเยี่ยมและเฝ้าพ่อ(แบบมะ)ที่อาคารเย็นศิระ (ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาเย)

รายการ เดินทางก็ลำบาก ถ้าไม่ เลือกอยู่ที่นี่ครอบครัวจะลำบากกว่านี้ ซึ่งตอนนี้ก็ลำบากมากอยู่แล้ว

ส่วนผู้ป่วยเป็นชายอายุ 41 ปีป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ตั้งแต่ปลายปี 2551 รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว เข้าโปรแกรมการฉายแสงต่อเนื่องร่วมกับรับยาเคมีบำบัดเป็นระยะๆ ผู้ป่วยมีท่าทางอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ที่หน้าท้องมีสายระบาย

ต่อลงถุง ทุกครั้งที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ป่วยจะพยายามลูบมาคุยกับผู้วิจัยและแสดงท่าทีดีใจทุกครั้งและในช่วงของเดือนแห่งการถือศีลอดผู้วิจัยได้มีโอกาสละศีลอด (รับประทานอาหารเย็น) ร่วมกันกับผู้ป่วยและกะตาที่อาคารเย็นศิระ

ชีวิตที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการรักษาในช่วงปลายปี 2552 ผู้ป่วยจึงมีโอกาสกลับไปพักต่อที่บ้าน ช่วงเวลานี้ผู้วิจัยจึงใช้การติดต่อกับกะตาทางโทรศัพท์โดยสอบถามข่าวคราวเป็นระยะๆและผู้วิจัยมีโอกาสได้ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน ทราบว่ามะเร็งได้ลุกลามไปยังสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชักร่วมด้วย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อปรับประคองอาการ สภาพผู้ป่วยอ่อนเพลียลงมาก แขนขาชีกซ้ายไม่มีแรงเนื่องจากสมองสูญเสียการทำหน้าที่ไปบางส่วนแต่ยังพอรู้สึกตัวอยู่บ้างและเมื่อผู้วิจัยไปถึงผู้ป่วยแสดงท่าทีว่าจำผู้วิจัยได้ และร้องไห้เมื่อเห็นหน้าและได้ยินเสียงของผู้วิจัย ส่วนกะตาก็ยังคงทำหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ก่อนจะมาผู้วิจัยได้กล่าวคำขอมาอีฟ(การกล่าวคำขอโทษหากได้เคยล่วงเกินกันในอดีต) เนื่องจากผู้วิจัยเกรงว่าผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสมาพบแพทย์ตามนัดได้อีก ผู้ป่วยรับคำขอมาอีฟของผู้วิจัยด้วยเสียงแผ่วเบาแต่ยังพอจะจับใจความได้และในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ได้ทำการกล่าวคำขอมาอีฟต่อผู้วิจัยด้วยเช่นกัน



ภาพที่ 34 แสดงภาพผู้วิจัยเยี่ยมก๊าะตาและผู้ป่วย ที่บ้านอำเภอรามัน จังหวัดยะลา
(ที่มา : ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาแย)

หนึ่งเดือนหลังจากผู้วิจัยไปเยี่ยมที่บ้านคือต้นเดือน พฤศจิกายน 2552 ผู้วิจัยทราบข่าวจากก๊าะตาว่าผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบที่บ้านท่ามกลางญาติมิตร หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผู้วิจัยยังติดต่อกับก๊าะตาทางโทรศัพท์ที่รับทราบว่าก๊าะตายังมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจอย่างมากเนื่องจากไม่มีงานทำ ในขณะที่ยังต้องส่งเสียค่าเล่าเรียนให้ลูกชายคนเล็ก

7. การให้ความหมายของผู้ดูแลในภาพของภรรยาผู้ภักดี: ภูมิหลังของ ก๊าะยะห์

ผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินการพบเจอก๊าะยะห์ที่หน้าห้องให้ยาเคมีบำบัดในบ่ายวันหนึ่ง ก๊าะยะห์มากับสามีซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ก๊าะยะห์ อายุ 54 ปี มีบุตร 5 คน เป็นชาย 2 คน เป็นหญิง 3 คน มีอาชีพค้าขายขนมเล็กๆ น้อยๆ และมีรายได้บางส่วนมาจากค่าจ้างช่วยเหลือเลี้ยงลูกให้น้องสาว ก๊าะยะห์เล่าว่าในวันแรกที่ทราบว่าสามีป่วยเป็นมะเร็ง รู้สึกตกใจมากและคิดว่าโรคนี้มีความรุนแรงหนัก และผู้ป่วยคงอยู่ได้ไม่นาน ตอนนี้จะพยายามดูแลสามีให้ดีที่สุด เท่าที่ผู้วิจัยสังเกตพบว่าก๊าะยะห์เป็นคนพูดน้อยและมีความอดทนสูงเนื่องจากบางครั้งผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ป่วยแสดงท่าทีหงุดหงิดกับ ก๊าะยะห์แต่ก๊าะยะห์ก็ใช้วิธีนั่งเงียบไม่ได้ตอบใดๆ

ส่วนผู้ป่วยเป็นชายอายุ 56 ปี มีอาชีพขับรถโดยสารรับจ้าง ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้ายเมื่อต้นปี 2552 ซึ่งกว่าผู้ป่วยและครอบครัวจะทราบว่าป่วยเป็นมะเร็งก็ได้ทำการรักษามาหลายที่ ใช้เวลานานเป็นปี ตอนนี้อยู่ระหว่างการรักษาโดยการรับยาเคมีบำบัดซึ่งแพทย์วางแผนที่จะให้ยาเคมีบำบัดทั้งหมด 14 ครั้ง ระหว่างรับยามีผู้ป่วยอาการอ่อนเพลีย และมีอาการไอเป็นช่วงๆ ทำงาน ไม่ได้เหมือนเดิม จึงทำให้ครอบครัวขาดเสาหลักไป ช่วงที่ผู้วิจัยได้พบเจอผู้ป่วย

ในวันแรกนั้นสังเกตเห็นผู้ป่วยนั่งแยกตัวอยู่คนเดียว ถามคำตอบคำแต่พยายามตอบคำถามผู้วิจัยด้วยสีหน้ายิ้มๆ

ผู้วิจัยทราบจากผู้ดูแลว่าผู้ป่วยไม่ค่อยสนิทกับลูกชายทั้งสองเพราะฉะนั้นเวลามาโรงพยาบาลจึงจะมีเพียงแต่ภรรยาและบุตรสาวคนเล็กเท่านั้นที่มาด้วยในบางครั้งในเรื่องนี้ภรรยาเล่าให้ฟังว่าผู้ป่วยเป็นคนที่มีใจร้อน หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ขี้บ่นลูกๆ จึงทำให้ลูกชายทั้งสองคนไม่พอใจและไม่อยากจะดูแล ส่วนลูกสาวนั้นเป็นห่วงแม่ จึงพยายามที่จะมาช่วยเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระนี้แต่ลูกๆก็ไม่ได้มาอยู่ช่วยตลอด เนื่องจากมีภาระเรื่องการเรียนและลูกสาวคนโตต้องทำงาน บางทีผู้ป่วยทำให้ตนเองรู้สึกท้อ

หลังจากผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดได้ 7 ครั้ง แพทย์ได้ทำการตรวจ เอ็กซเรย์ปอดเพิ่มเติมเพื่อติดตามผลการรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านระหว่างอยู่ที่บ้านนั้นเองผู้ป่วยมีอาการ



ภาพที่ 35 แสดงภาพผู้ดูแลรายที่ 9 และภาพแผนที่ภูมิลาเนาที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา (ที่มา: ถ่ายภาพโดยนายนิยามล อาเย/แผนที่ปรับปรุงจาก www.wikipedia.com)

อ่อนเพลียมากกิน ไม่ได้ประมาณหนึ่งสัปดาห์ และมีอาการหมดสติญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านหลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเล็กน้อยและมารับยาเคมีบำบัดได้ตามที่แพทย์นัดไว้แต่ก็ไม่ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกครั้งเนื่องจากมีปัญหาเรื่องเม็ดเลือดขาวต่ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่ทรงๆ ทรุดๆ นี้ภรรยาได้บอกเล่ากับผู้วิจัยว่า “ วันนั้นคิดว่าเขาจะไปแล้วจริงๆตาข้างนอนนิ่งไม่พูดเลย ญาติมาอ่านยาจีนให้แล้ว ลูกๆกลับมากันหมดเลย คิดว่าถึงวันของเขาแล้ว ”

หลังจากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการดีขึ้นสามารถทานอาหารได้มากขึ้นกว่าเดิม มีแรงลุกเดินได้ ดูแลตัวเองได้มากขึ้นและมาพบแพทย์เพื่อรับยาเคมีบำบัดต่อ ส่วนในเรื่องความตายที่ดูเหมือนจะใกล้เข้ามานั้นก๊ยะยะห์ได้บอกกับผู้วิจัยว่า“แล้วแต่อัลลอฮฺ จะให้อยู่ยาวนานแค่ไหน เราอยากให้อยู่ยาวนานไม่ได้ทำงานก็ไม่ใช่ไร ก็ให้อยู่ ขอให้ยังอยู่ เรื่องทำงานไม่ได้หวังอะไรกับเขาแล้ว เขาอยากไปทำงานไปขับรถ แต่ก๊ยะบอกว่าไม่ต้องไป กินเท่าที่มี พอแล้ว แต่ขอ(เขา)จิตใจ ขอ (เขา)ไม่ได้ทำงาน”

ช่วงที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆนี้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก อาศัยลูกๆ ช่วยบ้างเล็กน้อยรวมกับค่าจ้างเลี้ยงหลานก็พอแบ่งเบาไปได้บ้างแต่ก็ถือว่ายังลำบากอยู่มากทีเดียว ผู้วิจัยมีโอกาสไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจึงได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของก๊ยะยะห์มากขึ้น ที่บ้านผู้ป่วยดูแลแข็งแรงขึ้นมากสามารถดูแลตัวเองได้ทุกอย่าง แต่ยังคงมีความเครียดและค่อนข้างหงุดหงิด ที่ไม่ได้ทำงานเช่นเดิม ก๊ยะยะห์เล่าว่าบางครั้งผู้ป่วยเครียดมาก ซึ่รถจักรยานยนต์ออกจากบ้านไปหาลูกชายที่อำเภอนาทวี ซึ่งเป็นระยะทางที่ห่างไกลจากบ้านพอควร ห้ามผู้ป่วยก็ไม่ฟัง ทำให้ก๊ยะยะห์รู้สึกเป็นห่วงกลัวจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เหตุการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเรื่องราวที่ส่งผลให้ก๊ยะยะห์รู้สึกเครียดไปด้วยเช่นกัน



ภาพที่ 36 แสดงภาพช่วงที่ผู้วิจัยไปเยี่ยมผู้ดูแลและผู้ป่วยที่บ้าน (ที่มา : ภาพถ่ายโดยนายนิยามาล อาเย)

กล่าวโดยสรุป ภูมิหลังของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีความเหมือนกันอยู่สองประการ ประการแรกคือการเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและประการที่สองคือการดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลามเช่นเดียวกัน ส่วนความแตกต่างและหลากหลายนั้นมีมากมายเหลือคณานับเนื่องจากแต่ละคนมีหลายถิ่นที่มาแต่ละชีวิตนั้นย่อมมีรากเหง้าแห่งการเจริญเติบโตของชีวิตที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual difference) ที่คอยหล่อหลอมให้เขาเหล่านั้นมีตัวตน ทำหน้าที่ของตนเอง โลกเล่นและเคลื่อนไหวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม ทุกชีวิตคือบันทึกราวที่ผู้วิจัยต้องใคร่ครวญและเปิดอ่านอย่างทำความเข้าใจ รวมทั้งยอมรับในทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นและเป็นไป

บทที่ 5

ชีวิตผู้ดูแลบนเส้นทางมะเร็งระยะสุดท้าย

ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ให้ข้อมูลซึ่งจะประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และ ความเชื่อทางศาสนา อิสลามกับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เนื่องจากในแต่ละประเด็นดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่จะช่วยสะท้อนสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาชีวิตและประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถแสดงรายละเอียดในแต่ละประเด็นดังนี้

1. ภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

- 1.1 คำว่า มะเร็งระยะสุดท้าย : ปฐมบทแห่งการรับรู้ของผู้ดูแล
- 1.2 อาการของโรคมะเร็ง : ความรู้สึกที่หลากหลายของผู้ดูแล
- 1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: ประสบการณ์อันล้ำค่า
- 1.4 เครียด กลัว วิดกกังวล : นานาความรู้สึกและทางออกที่ไม่สิ้นหวัง
- 1.5 นิยามความตาย : มุมมองความหมายที่แตกต่าง
- 1.6 ความหวัง คำลึงใจ : พลังแห่งการเยียวยา

1.1 คำว่า มะเร็งระยะสุดท้าย : ปฐมบทแห่งการรับรู้ของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งระยะสุดท้ายในมุมมองที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้ดูแลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกต่อประเด็นดังกล่าวไว้ในสามประเด็นอันได้แก่

1.1.1 มะเร็งระยะสุดท้ายอาจนำมาซึ่งการพรากจากและความกลัว

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ทัศนะต่อ โรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เป็นโรคที่อาจนำมาซึ่งการพรากจากและความกลัว เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรง ดังคำบอกเล่าของเบเซ็งที่ว่า “...แรกๆ กลัว กลัวว่าสิ่งที่เรารักจะ ไม่อยู่กับเราแล้ว ถ้าระยะเริ่มแรกยังมีความหวัง เคยถามแพทย์ ... (ชื่อแพทย์) ว่าระยะไหน แพทย์บอกว่าระยะสุดท้าย เรามีน้ำตาไหล นึกว่าเค้าต้องจากไปอยู่ดี แต่พอคิดอีกรอบ คำว่าจากไปเป็นสิ่งจำเป็นอยู่ดี อิสลามมีการเกิดและจาก...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มีความกลัวโดยเฉพาะกลัวการพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากทราบดีในความรุนแรงของ โรคมะเร็งแต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังมีความเชื่อในกำหนดของอัลลอฮ์ว่าการพรากจากมีความจำเป็นและเป็นสิ่งปกติในศาสนาอิสลาม

1.1.2 คำว่ามะเร็งระยะสุดท้ายได้ยินแล้วสะท้อนใจ

ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายได้ให้ความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า หากรู้ว่าคนที่รักเป็นแล้วรู้สึกสะท้อนใจ ดังคำบอกเล่าของเบเลาะห์ที่ว่า “...สะท้อนใจ ตอนไปโรงพยาบาลแรกๆ เราไม่รู้อะไร ที่นราบอกว่าเป็นก้อนอก ไม่บอกว่าเนื้อร้าย ทีมมอ. บอกว่าเนื้อร้ายตอนแรก แต่ไม่ได้บอกระยะ ครั้งแรกหมอที่นราธิวาส บอกว่า เป็นกระเพาะ ให้ยาแล้วไม่ดีขึ้น เจ็บไปมาไม่รู้ตรงไหนพอหลายๆ ครั้ง เจาะไอร่องส่งไปนรา นราส่งไปมอ. เลยรู้ว่าเป็นมะเร็ง...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกสะท้อนใจเมื่อทราบข่าวการเป็นมะเร็งของคนที่รักซึ่งเชื่อมโยงกับการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่าง เนื้ออก มะเร็งระยะเริ่มต้น ระยะกลาง และมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งการรับรู้ที่แตกต่างกันดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

1.1.3 มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคที่หากใครเป็นแล้วไม่หายแน่นอน

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายได้บอกเล่าถึงความรู้สึกที่ โรคมะเร็งรุนแรงและอันตรายและรักษาไม่หาย ดังคำบอกเล่าของก๊ะย๊ะที่ว่า “...โรคนี้นี้ไม่หาย เราไม่รู้อะไร แต่ว่ารุนแรงใช้มัย มันแบบว่าเค้าไม่อยู่กับเราแล้ว แบบนั้นมัย...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีมุมมองต่อโรคมะเร็งว่ารุนแรงและอันตรายและรักษาไม่หายซึ่งไม่ต่างจากการรับรู้ของคนทั่วไปว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย นั้นเป็นผู้ป่วยประเภทหมดหวัง หมดทางที่จะรักษาให้หาย ได้ และต้องตายแน่นอนในระยะเวลาอันใกล้ ถึงแม้คนส่วนใหญ่ในปัจจุบันทราบคำว่าวิทยาการสมัยใหม่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถรักษา เยียวยา โรคมะเร็งได้ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด ฉายแสง รังสีรักษา ซึ่งแนวทางการรักษาเหล่านี้ จะช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยได้ในบางกรณีอย่างไรก็ตามความรู้ในประเด็นดังกล่าวนี้ยังไม่สามารถลบเลือนความรู้สึกที่ว่าโรคมะเร็งเป็นแล้วต้องตายเพราะความรู้สึกนี้ได้รับการถ่ายทอดกันมาหลายยุคหลายสมัย

1.2 อาการของโรค : ความรู้สึกที่หลากหลายของผู้ดูแล

อาการของโรคที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแสดงออกให้เห็นย่อมมีผลต่อความรู้สึกของผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่แตกต่างหลากหลาย ดังนี้

1.2.1 รู้สึกแย่มากและกังวล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ให้ความรู้สึกต่ออาการของผู้ป่วยที่ทำให้รู้สึกแย่มากดังคำบอกเล่าของเบเช็งที่ว่า “...อยากบอกว่ามันแย่มาก เพราะเรารู้ว่าสาเหตุจากการสูบบุหรี่จริงอยู่อาจจะไม่ใช่สาเหตุทั้งหมด บุหรี่อาจให้คูลกับเราลิบเปอร์เซ็นต์ แก้วลิบเปอร์เซ็นต์เป็นโทษ

บางคนมีความคิดว่าชาวเลอย่างเรา ถ้าไม่สู้จะง่วงนอน แบนแข็งพูดจากประสบการณ์ของตนเอง เลิกมาแล้วสิบห้าปี ก็ยังออกทะเลได้ ยังถือท้ายเรือได้ สาเหตุที่เลิกได้หนึ่ง ภรรยาไม่ชอบ สอง เห็นภาพอุจลมโป่งพองจากข้างซองบุหรี่ และ คิดว่าเป็นการสิ้นเปลือง แบนแข็งสูบเมื่อก่อนของละยี่สิบห้าบาท ถ้าลองสูบห้าปี เก็บเงินไปเมกกะได้สบาย ค่าเล่าเรียนลูกก็ได้ประโยชน์กว่า ถ้าเป็นโรคนี้อแล้ว ถ้าไม่มีเงินมากมารักษา ก็ไม่มีโอกาส ดีที่รัฐบาลมาช่วยเยอะ นี่ต้องหยุดงานทิ้งงานไปหมดเลย ตรงนี้เป็นการเสียสละส่วนหนึ่ง เราต้องแบ่งกันเสียสละสักคน แบนแข็งไม่ใช่คนโสด มีภรรยา แต่ดีมีภรรยาที่เข้าใจ เหตุผลคือพ่อกับเรามาทั้งชีวิต เราจะเลี้ยงดูเค้าไม่ก็ปี คิดว่าสองปี จะรักษาให้สุดความสามารถ บางคนมองว่าเราโง่ ที่ไม่ยอมทำงานก็ไม่เป็นไร เพราะเราโง่กับพ่อแม่ เรามีสัญญาอยู่กับพระเจ้า เราต่อเวลาไม่ได้ตรงนี้นั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก แต่ทำให้ได้ ประสบการณ์ครั้งนี้ทำให้เรารอบคอบมากขึ้น ใจเย็น ได้เรียนรู้ มีสมาธิในการตัดสินใจ ตอนนี้มีปัญหาอะไรจะไม่กระโดดกระดาก เราอดทนมามาก ค่าของเราอยู่ตรงนั้น เราทำเพื่อใครถ้าไม่ใช่เพื่อคนที่เรารักจริง เคยอยู่ที่ห้องฉุกเฉินกับเค้า ตั้งแต่ตีห้าจนถึงบ่ายสาม เวลาผ่านไปไม่รู้ตัว...”

ส่วนแบและให้ผู้ดูแลอีกคนหนึ่งบอกว่ามีความรู้สึกกังวลแต่เข้าใจดีเกี่ยวกับอาการของโรคดังกล่าวที่ว่า “... ไม่กลัว เพราะรู้ว่า เป็นโรคมะเร็ง รู้ว่าคนเป็น โรคนี้อยู่ได้ไม่นาน ไม่หายแน่ เรากังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไปมา การกินอยู่ ใช้เงินส่วนตัวจะไม่รบกวนเงินของคนไข้ ใช้เงินของเราตลอด คนไข้ก็บอกว่าให้เอาเงินเค้าออกไปใช้ แต่เราไม่เอา...”

เช่นเดียวกับก๊วยเห่ที่กล่าวว่า “... กังวลเรื่องลูกที่บ้าน ไม่มีกิน เครียดเรื่องคนป่วย ภาระลูกอีก...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกในทางเดียวกันต่ออาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่านำมาซึ่งความรู้สึกแค้นโดยเฉพาะเมื่อทราบว่าสาเหตุของโรคเกิดจากอะไร ทำให้บางครั้งเกิดความไม่พอใจผู้ป่วยที่ไม่ดูแลตนเองและนอกจากนี้ยังมีความกังวลทั้งเกี่ยวกับอาการของโรคและเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในทุกๆด้านที่จำเป็นเนื่องจากเป็นที่ทราบดีว่าเมื่อครอบครัวมีคนเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทและความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.2.2 เป็นห่วง เป็นใย สงสาร

ผู้ให้ข้อมูลบางราย ได้ให้ความรู้สึกต่ออาการของผู้ป่วยว่า เป็นห่วง เป็นใย สงสาร ผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ไม่ว่าจะทุกข์สุขอย่างไรทุกอย่างก็มาจากอัลลอฮ์ ดังคำบอกเล่าของอาเยาะห์ที่ว่า “... เป็นห่วง เป็นใย สงสาร แล้วอาเยาะห์จะจับตัวเมะ คอยบีบนวดบางทีก็ทำ โยยตาว่า (น้ำดื่มสมุนไพร: แปลจากภาษามลายู โดยผู้วิจัย) ให้ดื่ม...”

“... นึกถึงอัลลอฮ์ ขอคูอาห์ และมักจะใช้เวลากลางคืนในการขอ ไม่ใช่อาเยาะห์ คนเดียว เมะก็้อ เพราะไม่ว่าเราจะทุกข์สุขอย่างไรก็มาจากอัลลอฮ์...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ดูแลรู้สึก เป็นห่วง เป็นใย สงสารผู้ป่วย อย่างมากเพียงใดแต่ก็ยังแสดงความตระหนักในความเชื่อที่มีต่ออัลลอฮ์ว่าเราจะทุกข์สุขอย่างไรก็มาจากอัลลอฮ์ทั้งสิ้นซึ่งหลักความเชื่อดังกล่าวเป็นหลักสากลของมุสลิม นั่นคือหลักศรัทธาในข้อที่หก คือศรัทธาว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่อุบัติขึ้นในจักรวาล โลก และมนุษย์ มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงหรือดับสูญ เกิดจากกฎกำหนด หรือการบันดาลของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวาตาอาลาทั้งสิ้น

1.2.3 ยอมรับ เข้าใจ มีความหวัง

ผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ความรู้สึกต่ออาการของผู้ป่วยว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอย่างไรก็ต้องยอมรับ เข้าใจ กับสิ่งที่เกิดขึ้นและยังรู้สึกว่ามี ความหวังอยู่ตลอด ดังคำบอกเล่าของก๊ะเยาะห์ที่ว่า “...คิดเหมือนกัน เกี่ยวกับความตาย แต่เราต้อง serah tawakkal (ยอมรับเข้าใจ :แปลจากภาษามลายู โดยผู้วิจัย) มีความหวังว่าจะหาย กำลังใจมาจากหมอ โดยเฉพาะหมอ ฟัง เบเล้าให้ฟังว่า การฉายแสง เหมือนนรก สวรรค์ มันร้อน กะปลอบว่าให้ชอบา (อดทน : แปลจากภาษามลายูโดยผู้วิจัย) บอกว่าไม่ต้องกังวลหมอจะรักษาให้ มีอะไรให้บอก คิดถึงเสมอที่ฟังนี้...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลใช้คำพูดที่ให้ความหมายว่ายอมรับโดย คุษฎี และเข้าใจในพระประสงค์ของอัลลอฮ์ซึ่งผู้ดูแลเลือกที่จะใช้คำว่า serah tawakkal เพื่อแสดงออกในความรู้สึกดังกล่าวซึ่งคำนี้ในภาษามลายูมีความหมายที่ลึกซึ้งมาก มีความหมายกว้าง ไปถึงการยอมมอบกาย ใจ ตัวตนและจิตวิญญาณให้กับพระผู้เป็นเจ้าอย่างไม่มีเงื่อนไข แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็มีความหวังอยู่ว่าจะหาย โดยได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะกำลังใจจากทีมสุขภาพซึ่งสำคัญมากเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและมีโอกาสได้มองเห็นความเป็นไปของผู้ป่วยไปพร้อมกับญาติ

นอกจากกำลังใจจากบุคคลรอบข้างแล้วจากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลได้สะท้อนมุมมองเกี่ยวกับความสำคัญของกำลังใจที่จะมาจากตัวผู้ป่วยเองด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามอดทนซึ่งหลักการชอบา หรือการอดทนนี้เป็นหลักคุณธรรมที่สำคัญในวิถีชีวิตของมุสลิมเมื่อมีการเจ็บป่วยศาสนาอิสลามเชื่อว่าทุกอย่างเกิดขึ้นจากพระประสงค์ของพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวาตาอาลา ดังนั้นผู้ป่วยที่อดทนต่อความเจ็บป่วยย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศลผลบุญ เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา

1.2.4 เครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่ออาการของผู้ป่วยว่า บางครั้งอาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ดังคำบอกเล่าของก๊ะคะห์ที่ว่า “...เครียดเกี่ยวกับอาการของเค้า กินไม่ได้ นอนไม่หลับ กลัว นี่เราเห็นสภาพคนรอบข้างเป็นเหมือนกันกลัวแต่ก็รับได้ คิดอย่างเดียวว่าอะไรจะเกิดขึ้น ต้องเกิด ตอนอยู่โรงพยาบาล อาศัยเพื่อนเตียงข้างๆ มาคุยกันคลายเครียด...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลยังเกิดความรู้สึกเครียดระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยและปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลแต่ยังได้ใช้บางโอกาสที่มีเพื่อนซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่รับรู้ความรู้สึกเดียวกันมาแบ่งเบาความรู้สึกเครียดออกไปได้บ้างซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแบ่งปันความรู้สึกร่วมกันของผู้ดูแลเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่ดีเนื่องจากบุคคลที่ประสบอยู่ในเหตุการณ์หรือชะตากรรมเดียวกันย่อมมีความรู้สึกที่ใกล้เคียงกันจะสามารถทำความเข้าใจกันและกันได้ดีกว่าบุคคลอื่น

1.2.5 นึกว่าสักวันเขาต้องไป

ผู้ให้ข้อมูล ได้ให้ความรู้สึกต่ออาการของผู้ป่วยว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักมากขึ้น คิดว่าสักวันเขาจะต้องจากไปและทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ดังคำบอกเล่าของก๊ะยะห์ที่ว่า “...บอกไม่ถูกนึกว่าสักวันเขาต้องไปแน่ กลัววันนั้นจะมาถึง(น้ำตาคลอ)...”

จากการลงพื้นที่ศึกษาพบว่าสักวันแล้วผู้ดูแลส่วนใหญ่รับทราบแนวโน้มในอนาคตเกี่ยวกับพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแต่ในเวลาปกติมักจะเลือกที่จะไม่กล่าวถึง แต่เมื่อได้รับคำถามเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวพบว่าผู้ดูแลได้ตอบและบอกเล่าความรู้สึกต่างๆของตนเองออกมา ราวกับว่าคำถามเหล่านั้นได้ไปสะกิดเอาความรู้สึกที่อยู่ในกันบังของหัวใจจริงๆ ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกกลัวว่าความจริงดังกล่าวนั้นจะเกิดขึ้นในไม่ช้า

1.3 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: ประสบการณ์อันล้ำค่า

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสามประเด็นดังนี้

1.3.1 กลัวดูแลคนไข้ไม่เป็น ดูแลยาก ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค

ผู้ให้ข้อมูล สามรายได้ให้ความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า กลัวดูแลคนไข้ไม่เป็นเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังคำบอกเล่าของแบแข็ง ก๊ะยะห์ และก๊ะยะห์ ที่ว่า “...กลัวบางครั้ง เราไม่รู้ผู้ป่วยเป็นอะไร ตอนแรกไม่รู้ว่าเป็นอาการของคนให้คีโมเป็นอย่างไร เรามาถูกทางมั๊ย แล้วอาการเป็นอย่างไรบ้าง บางทีหลังได้ยาคนไข้เพื่อ ทำให้เรากลัวว่าจะดูแลอย่างไร...”

“...ฉายแสงนี้ยาก คุณเลยาก บางทีคนไข้ ไม่อยากกิน คลื่นไส้ อาเจียน คันที่ผิวหนังที่คอ ของแบบนี้ ยังดี ไม่คันเท่าไร หายเร็ว...”

“... ได้รู้เกี่ยวกับโรคนี้ เมื่อก่อน เราไม่รู้ว่าคนเจ็บแบบนี้เป็นอย่างนี้ พอถึงตัวเองก็รู้อเอง คนอื่นเล่าก็ไม่รู้หรอก ไม่เหมือนเจอด้วยตัวเอง...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลให้ทักษะเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตรงกันว่ากลัวและกังวลเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้มาก่อนกลัวว่าจะทำในสิ่งที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย กลัวว่าจะช่วยผู้ป่วยไม่ได้เมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากไม่มีความรู้เพียงพอโดยเฉพาะ โรคมะเร็งที่ต้องรักษาโดยการฉายแสงและให้เคมีบำบัดซึ่งเป็นการรักษาที่เฉพาะมากๆ มีผลข้างเคียงหลายประการเช่นอาการอ่อนเพลียคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารและอาการปวดตามอวัยวะต่างๆ ส่งผลผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานทั้งกายและใจ

1.3.2 น้อยใจผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าบางครั้งรู้สึกน้อยใจผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแล ดังคำบอกเล่าของแบบเชิง ที่ว่า “... คนไข้ไม่ค่อยรับฟังแถมจะสวนทาง แรกๆ น้อยใจแต่พอสักพักก็เริ่มเข้าใจเค้า เพราะเค้ากับเราไม่เหมือนกัน เรายังจะเข้าใจเค้าตั้งนานแล้ว แต่นี่เป็นประสบการณ์...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลได้บอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความขัดแย้งระหว่างตนเองกับผู้ป่วยในระหว่างการดูแลซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจและสูญเสียกำลังใจแต่ผู้ดูแลเลือกที่จะเป็นฝ่ายยอมผู้ป่วยและไม่ถือโทษเนื่องจากเข้าใจดีว่าผู้ป่วยก็คือคนป่วยนั่นเอง ต้องทำความเข้าใจมากกว่าการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีสุขภาพปกติทั่วไป

1.3.3 คือการได้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า เป็นการได้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ดังคำบอกเล่าของอาเยะห์ที่ว่า “(ยิ้ม)เฉยๆ ไม่เป็นอย่างไร ไม่เป็นไร แต่จะให้คนอื่นมาดูแล อาเยะห์ไม่อนุญาต ไม่ยอมจะดูแลเอง คนอื่นไม่ใช่ไม่ให้มา มาได้แต่เราต้องมาด้วยตลอดมีหลายคนบอกว่าจะมาดูแลแทน แต่อาเยะห์ไม่ยอม อาเยะห์ต้องมาด้วย แต่จะไม่ห้ามถ้าเขาจะมา เหมือนญาติของมาจะมาก็ไม่เป็นไร...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลได้บอกเล่าว่าประสบการณ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้คือการที่ได้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาซึ่งไม่สามารถให้ใครมาทำหน้าที่นี้แทนได้ อยากดูแลด้วยตนเอง อยากทำหน้าที่นี้เนื่องจากคิดว่าตนคือผู้ที่จะสามารถทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุด

ในประเด็นดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสายใยความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยอย่างมากอันมาจากความผูกพันระหว่างสามีภรรยาตนเอง

1.4 เครียด กลัว วิตกกังวล : นานาความรู้สึกและทางออกที่ไม่สิ้นหวัง

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและทางออกที่แต่ละคนเลือกแสดงออกไว้ในสามประเด็นดังนี้

1.4.1 เครียด กังวล หมดหวัง ท้อ กลัวจะถึงวันนั้น

ผู้ให้ข้อมูล สี่รายได้ให้ความรู้สึกระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า มีความเครียด กังวล กลัวจะถึงวันนั้น ดังคำบอกเล่าของเบเช็ง ก๊ะเยะห์ ก๊ะยะห์ และก๊ะเมะห์ที่ว่า “... เรื่องเครียดแน่นอนอยู่แล้ว เพราะมีปัญหาอยู่ก็ต้องดูแลพ่อไข่มัย แต่แฟนเข้าใจ ลึกๆ เขาก็เข้าใจเราว่าเป็นเสาหลัก ถ้าวันใดแฟนเกิดไม่เข้าใจขึ้นมา ก็จะเป็นอีกปัญหาหนึ่งแต่ตอนนี้ปัญหานี้ไม่เกิด...”

“...อาการที่เปลี่ยนแปลง ทำให้กังวล บางทีโทรกลับบ้าน บอกว่าเหมือนจะเอากลับบ้าน (น้ำเสียงสั่นเครือ) หมดหวังไม่यरักษา (น้ำตาคลอ) แต่สุดท้ายก็มีกำลังใจรักษาต่อ ที่บ้านคอยให้คำปรึกษา...”

“...กลัวจะถึงวันนั้น เรื่องกังวลตอนนี้ก็เรื่องขาดรายได้ไม่มีคนทำงาน ค่าใช้จ่ายไม่พอ เรื่องโรคเรากังวลแต่เราก็ทำใจได้บ้างแล้ว ตอนนี้ที่คิดก็คือจะดูแลเขาอย่างไร จะบำรุงอย่างไรหลังรับยาเคมีแต่ละครั้ง...”

“...เอ่อก็ท้อแหละ ทำไมคนอื่นเค้ารักษาหาย แต่เราไม่หาย เค้าก็รักษาเหมือนเรานั้นแหละ ...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหลายรายมีความรู้สึกตรงกันในเรื่องเกี่ยวกับความเครียด กังวล บางครั้งรู้สึกหมดหวังไม่มีกำลังใจที่จะรักษาต่อ จนเกิดความรู้สึกท้อแท้ และบางรายมีความกลัวว่าวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตจะมาถึงซึ่งแสดงให้เห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยนั้นคนใกล้ชิดผู้ดูแลเป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้ดูแลต้องการให้สนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของกำลังใจและการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระด้านอื่นๆ

1.4.2 เสียกำลังใจ “มะเร็ง” รู้ว่าไม่จบง่ายๆ

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้ให้ความรู้สึกระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า บางครั้งรู้สึกเสียกำลังใจ ดังคำบอกเล่าของเบเช็งที่ว่า “... ตกใจ แรกๆ แต่ในความตกใจนั้น เราทำใจได้ คิดว่าหวังว่าจะหาย กำลังใจเสียบ้างเป็นธรรมดา พอรู้ว่าเป็นมะเร็งเรารู้ว่าไม่จบง่ายๆ ต้องใช้

ระยะเวลา ครั้งหนึ่งเราเซ็นคนไข้ออกจากห้องหมอ เข่าอ่อน น้ำตาไหล แต่ไม่แสดงออก เราหนักใจกับระยะเวลา เพราะเรามีภาระ แบกภาระหลายอย่างจริงอยู่ครบถ้วนเราต้องให้ความสำคัญเพราะครบถ้วนคืออนาคต จะชี้ว่าเราจะไปทางไหน คนข้างๆเข้าใจก็ดี ถ้าไม่เข้าใจก็เป็นปัญหาอีก...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลได้สื่อให้เห็นถึงความรู้สึกว่าเมื่อทราบว่าคนที่รักเป็นมะเร็งนั้นเกิดการเสียกำลังใจเนื่องจากรู้ว่าโรคมะเร็งนั้นต้องใช้เวลาในการรักษาซึ่งในประเด็นนี้ผูกโยงอยู่กับการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งของผู้ดูแลว่าเป็นโรคร้าย เป็นแล้วรักษาไม่หาย ใช้เวลานาน เป็นภาระอันหนักอึ้ง

1.4.3 ไม่ท้อ ให้กำลังใจผู้ป่วยและต้องสู้

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้ให้ความรู้สึกระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่าอย่างไรก็จะไม่ท้อพยายามให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าของแบละหะห์ที่ว่า “...ไม่ท้อเพราะยังไงเราจะช่วยอยู่แล้ว ให้กำลังใจเค้า พ่อสั่งว่าให้เราดูแลเค้าให้ดีที่สุด พี่น้องคนอื่นมีภาระ บางคนก็ไม่สบาย เราจึงจะรับผิดชอบให้แทนคนอื่น และคนไข้ก็ชอบมาโรงพยาบาลกับเรา เพราะสนิทกว่า ไม่มีเครียด ใจเราคิดว่ายังไงก็ต้องสู้...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นว่าต้องไม่ท้อและต้องให้กำลังใจผู้ป่วย ต้องสู้ตลอดและยังต้องมีการเสียสละในการทำหน้าที่แทน ถือว่าเป็นการทำเพื่อผู้ป่วยจริงๆ เพื่อความสุข ความสบายใจของผู้ป่วย นอกจากนี้การบอกเล่าในประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก็มีความสำคัญมากเช่นกันเนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ตนเองรู้สึก รัก ผูกพันและไว้วางใจย่อมมีผลโดยตรงต่อกำลังใจของผู้ป่วยในการที่จะต่อสู้กับโรคและเป็นการสร้างกำลังใจและเสริมพลังให้ผู้ดูแลอีกทางหนึ่งด้วย

1.5 นิยามความตาย : มุมมองความหมายที่แตกต่างกัน

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ความตาย ในระหว่างการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ในสามประเด็นย่อย แต่ประเด็นหลักเป็นเรื่องเดียวกันคือการเชื่อ ศรัทธาในพระเจ้า เป็นเจ้าและต้องการที่จะให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบเมื่อถึงเวลาที่พระเจ้าเป็นเจ้าได้กำหนดไว้

1.5.1 สายใยจะสิ้นสุด

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความตายในระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ว่า ความตายเป็นความหมายว่าสายใยความสัมพันธ์กับบุคคลอันเป็นที่รักจะสิ้นสุดเมื่อวันสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง ดังคำบอกเล่าของแบแข็งที่ว่า “...เป็นส่วนหนึ่ง

ของคำว่าจิตวิญญาณของคำว่าพ่อกับลูก สายใยจะสิ้นสุดส่วนลึกๆเรายังมีหวัง เพราะอิสลามขึ้นอยู่กับพระเจ้า ไม่กะเกณฑ์ตามที่หมอบอก บางคนหนักกว่านี้ก็อยู่นาน หลักการอิสลามเราต้องถือ...”

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าความตายมีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางจิตวิญญาณในความหมายของสายใยระหว่างพ่อกับลูกซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งถึงแม้ว่าผู้ดูแลรู้สึกกังวลแต่ก็ยอมรับในพระเจ้าซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้สามารถเชื่อมโยงไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่อีกด้วย

1.5.2 มันอยู่ตรงนั้นเอง ความประสงค์ของอัลลอฮ์ อย่างไรก็อย่างนั้น

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ความตายในระหว่างการดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายไว้ว่า เชื่อในอัลลอฮ์ ความตายเป็น ความประสงค์ของอัลลอฮ์ อย่างไรก็อย่างนั้น ดังคำบอกเล่าแบเลาะห์ และอาเยาะห์ที่ว่า “...ตอนแรกหมอไม่ได้บอกเราว่าระยะสุดท้ายแต่คนไข้รู้ เราไม่ได้เตรียมตัวว่าสุดท้ายจริงๆ แต่เชื่อในอัลลอฮ์...”

“...(ยิ้มกว้าง) มันอยู่ตรงนั้นเอง “กอลา อินนาลิลลา ฮีวาลีฮียีรียูนิ ” (คำแปล:แท้จริงเราเป็นสิทธิของอัลลอฮ์และเราจะต้องกลับคืนสู่พระองค์ :อัลกุรอาน ซูเราะห์อัลบาคอเราะห์) ความประสงค์ ของอัลลอฮ์ อย่างไรก็อย่างนั้น แต่ด้วยชีวิตประจำวันการรับรู้ของคนทั่วไปอาจจะมองว่าน่ากลัว มะเร็งเป็นโรคที่เป็นแล้วเหมือนว่าหายแล้วแต่เป็นอีก ยิ่งพอรู้ว่าระยะสุดท้ายก็ไม่มี ความหวังแต่อาเยาะห์ไม่ได้คิดแบบนั้น หมอเองก็ไม่มี ความหวัง ตอนที่หมอบอกว่า เมาะอยู่ได้ 2 เดือน น้ำหนักเมาะ 28 กิโล เคนไม่ได้ อยู่บนรถเข็นตลอด ตอนนี 58 กิโล จากวันนั้นถึงวันนี้ 4 ปีแล้ว พุดง่าย ๆ คือทางโลกนั้นเอง แรกๆหมอก็ก็น้อยาก ... ไม่กล้าบอกว่าเป็นโรคนี หมอบอกกับอาเยาะห์ว่าหมอไม่อยากจะบอกคนไข้ว่าเป็นอะไร กลัวบอกแล้วคนไข้จะแยกลง แต่เมื่อหมอบอกอาเยาะห์ อาเยาะห์ก็บอกเมาะเลย เพราะคนอิสลามต้องไม่กลัวตาย เพราะว่าไม่เจ็บก็ตาย เจ็บก็ตาย...”

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในประเด็นที่ว่าความตายมีความเกี่ยวข้องกับปรัชญาอิสลามและความเจ็บป่วย เนื่องจากอิสลามมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดทุกสถานการณ์ของสรรพสิ่ง (มัลลูล) รวมถึงการเกิดและการตายของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับหลักศรัทธาในข้อที่หกของอิสลามที่กล่าวไว้ว่ามุสลิมต้องศรัทธาในกฎกำหนดสถานะของอัลลอฮ์ (กอฎอ์ - กอฎูร์) นั่นคือการศรัทธาว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่อุบัติขึ้น มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและดับสูญไปนั้น เกิดจากกฎกำหนดหรือการบันดาลของอัลลอฮ์ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเกี่ยวกับธรรมชาติหรือมนุษย์

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความตายในอิสลามนั้นมีคำสอนที่ ห้ามไม่ให้มนุษย์
อยากตาย ถ้าจำเป็นจริง ๆ เมื่อมีความทุกข์มากก็ให้วิงวอน หรือขอพรต่ออัลลอฮ์ ดังที่ท่านศาสดา
มุฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม ได้สอนไว้

ความว่า “คนใดคนหนึ่งจากพวกท่าน จงอย่าให้มีความรู้สึกอยากตาย เพราะภทภัยที่
ประสบกับเขา ถ้าหากถึงขั้นที่จำเป็นอยากจะตาย ก็ให้เขากล่าววิงวอนว่า โอ้อัลลอฮ์
พระผู้เป็นเจ้า ขอได้โปรดให้ข้าพเจ้ามีชีวิตอยู่ต่อไป ถ้าหากการมีชีวิตอยู่นั้นเป็นผลดี
แก่ข้าพเจ้า และได้โปรดให้ข้าพเจ้าตาย ถ้าหากความตายนั้นเป็นผลดีแก่ข้าพเจ้า ”
(รายงานโดยผู้รายงานทั้งห้า) (อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป. : 213)

และ ความตายคือข่าวดี และความสบายใจสำหรับผู้ศรัทธา แต่เป็นสิ่งที่น่ากลัว
และน่าเกลียดสำหรับผู้ที่ไม่ศรัทธา ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม ได้กล่าวไว้

ความว่า “ผู้ใดที่ศรัทธานั้นเมื่อความตายมาเยือน เขาจะได้รับข่าวดีด้วยความยินดี
และโปรดปรานของอัลลอฮ์ และจะไม่มีสิ่งที่เขาพอใจนอกจากสิ่งที่ยูณ เบื้องหน้า
ของพวกเขา ดังนั้นจะมีความปรารถนาที่จะพบกับอัลลอฮ์ และอัลลอฮ์ก็ปรารถนาที่
จะพบกับเขา และแท้จริงผู้ที่ไม่ศรัทธานั้น เมื่อความตายได้มาเยือนเขา เขาจะได้รับ
ข่าวนี้ด้วยการลงโทษ และทุกข์ทรมานจากอัลลอฮ์ ไม่มีสิ่งใดที่เขารังเกียจยิ่งกว่าการ
ที่จะพบอัลลอฮ์ และอัลลอฮ์ก็จะรังเกียจที่จะพบเขา ” (รายงานโดยผู้รายงานทั้งห้า
นอกจากอะบูตะวุค) (อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมาอูน, ม.ป.ป. : 213)

เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความ
ตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ดังนั้นการตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ได้เป็นความทุกข์ การพ้น
ทุกข์ หรือเป็นการเพิ่มทุกข์ อิสลามถือว่าการตายคือการกลับสู่ความเมตตาของพระเจ้า พระองค์
อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลาได้กล่าวว่า

ความว่า “แท้จริงเราเป็นสิทธิของอัลลอฮ์และเราจะต้องกลับคืนสู่พระองค์ ”

(อัลบาคอเราะฮ์:156)

ดังกล่าวทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าในทัศนะของศาสนาอิสลามนั้นการตายของมนุษย์
ได้ถูกกำหนดจากพระองค์อัลลอฮ์ ซุบฮานาสุวตาอาลา ศาสนาอิสลามห้ามไม่ให้มนุษย์รู้สึกอยาก
ตาย แต่ให้รำลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพื่อจะได้เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะกลับสู่พระองค์และ
ทำให้มีความพร้อมที่จะเผชิญความตายด้วยความยินดี

1.5.3 อยากให้เค้าไปอย่างสงบให้เค้ามูจิบ ไม่ให้เค้าล้ม สักวันก็ไปไม่ว่าเขาหรือเรา

ผู้ให้ข้อมูลสองราย ได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความตายในระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เมื่อวันสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึงผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และไม่ล้มมูจิบ(การกล่าวปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์) เพราะสักวันก็ต้องไปไม่ว่าเขาหรือเรา ดังคำบอกเล่ากะตะ และกะยะห์ที่ว่า “เออ ก็เหมือนกันแหละ อยากให้เค้าไปอย่างสงบ ให้เค้ามูจิบ ไม่ให้เค้าล้มกล่าว เราต้องคอยเตือนเขา ใกล้เคียงแล้วเขาจะล้ม”

“คิดถึงอัลลอฮ์ ทำใจ จะเอาจะทำใจ สักวันก็ต้องไปไม่ว่าเขาหรือเรา”

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่านอกจากผู้ดูแลมีความศรัทธาในพระเจ้าในเรื่องของการกำหนดการเกี่ยวกับความตายแล้ว ผู้ดูแลยังต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยไม่ล้มการมูจิบ (การกล่าวนามพระเจ้าเป็นเจ้า) ซึ่งเป็นความปรารถนาของมุสลิมทุกคนที่จะต้องการมีสติและได้กล่าวมูจิบก่อนจะเสียชีวิต โดยมุสลิมมีหลักความเชื่อที่ว่าหากบุคคลใดได้กล่าวมูจิบก่อนตาย บุคคลนั้นจะได้กลับไปอยู่ในความเมตตาของพระเจ้า นอกจากนี้การกล่าวมูจิบสามารถทำได้ตลอดเนื่องจากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยนึกถึงอัลลอฮ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รู้สึกตัวสามารถกล่าวได้เองแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสับสน หรือสติสับสนผู้ดูแลจะเป็นผู้กล่าวโดยกระซิบเบาๆที่ข้างหูของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ยินและจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกรำลึกถึงอัลลอฮ์ ทำให้มีจิตใจที่สงบมากขึ้น

1.6 ความหวัง กำลังใจ : พลังแห่งการเยียวยา

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความหวังและกำลังใจในระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้

1.6.1 กำลังใจไม่หมดหวังว่าสักวันหนึ่งผู้ป่วยจะหายจากโรค

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ความหวังและกำลังใจระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า กำลังใจไม่หมดหวังว่าสักวันหนึ่งผู้ป่วยจะหายจากโรค ดังคำบอกเล่ากะตะกะห์ กะยะห์ และกะตะห์ที่ว่า “...กำลังใจไม่หมด ยังสู้เพราะยังมีหวัง บางคนบอกว่าอยู่ได้หลายปี เป็นสิบๆ ปีก็มี คนไข้ที่หาย มาให้กำลังใจว่าอย่าท้อ มีกิจกรรมที่ห้องฉายแสง คนไข้ก็มีความสุข ได้ร่วมกิจกรรม มีกิจกรรมตอบปัญหา คนไข้ตอบได้ ได้รับรางวัลด้วย คนไข้ดีใจมาก ได้เสื่อกลับมา ใส่ตลอดเลย...”

“...หวังว่าสักวันหนึ่งจะหาย เวลาเขาดีขึ้น เรามีหวังแต่รู้แล้วว่าโรคนี้อาจไปกับโรคนี้นี้ใช้มัยละ...”

“...อัลลอฮ์ให้กำลังใจแก่เรา ให้เราสู้เพื่อจะได้ดูแลเค้า คนไข้ก็มีส่วน เห็นเค้าเราก็มีกำลังใจ...”

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลแล้วแต่มีความหวังและกำลังใจในระหว่างดูแลผู้ป่วยถึงแม้ทราบดีว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตในไม่ช้านี้แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลคอยปั่นกำลังใจให้กันและกัน เนื่องจากทุกคนต่างเชื่อในอัลลอฮ์ และหวังในความเมตตาของอัลลอฮ์ นอกจากนี้ยังมีที่มาของกำลังใจจากคนไข้ที่มีประสบการณ์ในการป่วยเป็นมะเร็งมาพูดคุยรวมทั้งกิจกรรมที่ห้องฉายแสงของทีมสุขภาพมีผลต่อความหวังและกำลังใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยเช่นกัน ความหวังเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกาลเวลา เป็นจินตนาการถึงอนาคต และเป็นพลังที่ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า ความหวังเป็นหนทางให้บุคคลได้ประสบ หรือใกล้ชิดกับความต้องการความจำเป็นของชีวิต เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อน อธิบายได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความศรัทธาของบุคคลที่มั่นใจว่าความต้องการจะได้รับการตอบสนอง เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความอดทน เมื่อมองเห็นชัยชนะอยู่เบื้องหน้า บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า หากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุจุดมุ่งหมาย ชีวิตของเขาจะเปลี่ยนแปลงไปไปในทางที่ดี หรือสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ หลักของศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงความต้องการความหวังไว้ว่า มุสลิมไม่ควรสิ้นหวังในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์

1.6.2 อาการคนไข้เปลี่ยน กำลังใจเราก็ก่เปลี่ยน

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความหวังและกำลังใจระหว่างการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ว่า เมื่ออาการคนไข้เปลี่ยน กำลังใจของผู้ดูแลก็เปลี่ยนไปด้วย ดังคำกล่าวของก๊ะดะห์ และก๊ะตาที่ว่า “...ใจไม่ดี ถ้าอาการเค้าดี เราก็ก่ดี ช่วงที่เป็นหนักคือช่วงที่ฉายแสง ออกน้ำลายมาก ฉายแสงนี้หนัก น้ำลายเหนียวมาก เราเครียดมาก...”

“...เวลาให้ยาคีโม เค้าเพลียกินไม่ได้ นอนไม่หลับ จะอาเจียนแบบนี้เราก็ก่นอนไม่หลับ เป็นกังวลนอน ๆ แล้วต้องลุกมาดูแลเค้าตลอด กลัวว่าเค้าไม่หลับ อยากให้เค้าหลับสบาย จะได้มีแรงสู้ เวลาเค้าอาการดีขึ้น สดชื่นกินข้าวได้ นอนหลับ เราก็ก่ดีใจด้วย...”

ข้อมูลดังกล่าวพบว่าอาการไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาและรับเคมีบำบัดได้ระยะเวลาหนึ่ง การรับรังสีและรับเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีการสูญเสียพลังงานมากจากการรับรังสีส่งผลให้ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมและอ่อนเพลียซึ่งเป็นความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่ากำลังใจของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นผู้ดูแลจะรู้สึกมีกำลังใจในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีอาการแย่หรือทรุดหนักกำลังใจของผู้ดูแลก็หดหายไปด้วย

กล่าวโดยสรุปในประเด็นที่เกี่ยวกับ ภาวะโรค ของผู้ป่วย ที่มีผลต่อ ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลสะท้อนซึ่งกันและกันระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับผู้ดูแล

ภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกลทางอารมณ์ของผู้ดูแล

คำจำกัดความของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกลทางอารมณ์ของผู้ดูแล

- มะเร็งระยะสุดท้ายที่อาจนำมาซึ่ง การพรากจากและความกลัว
- คำว่ามะเร็งระยะสุดท้ายได้ยินแล้วสะเทือนใจ
- มะเร็งระยะสุดท้ายเป็นโรคที่หากใครเป็นแล้วไม่หาย

เครียด กลัว วิทกกังวล : นานความรู้สึกลและทางออกที่ไม่ดีในหวัง

- เครียด กังวล หมดหวัง ท้อ กลัวจะถึงวันนั้น
- เสียกำลังใจ “มะเร็ง” รู้ว่าไม่จบงายๆ
- ไม่ท้อ ให้กำลังใจผู้ป่วยและต้องสู้

อาการของโรคมะเร็ง : ความรู้สึกลที่หลกทหลายของผู้ดูแล

- รู้สึกแยแ่และกังวล
- เป็นห่วง เป็นใย สงสาร
- ขอมรับ เข้าใจ มีความหวัง
- ครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย
- นึกว่าสักวันเขาต้องไป

นิยามความตาย : มุมมองความหมายที่แตกต่างกัน

- สายยิจะละสิ้นสุด
- มันอยู่ตรงนั้นเอง ความประสงค์ของอัลลลลลอย่างไรก็อย่างนั้น
- อยกให้ค่าไปอย่างสงบให้เค้ใจจับ (การกล่าวนามค่าปญญาณตนว่าไม่มีพระเจ้เข้าอันใดนอกลลลล) ไม่ให้เค้ใจ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : ประสบบการณันต์ค่า

- 3.1 กลัวดูเลคนไข้ไม่ เป็น ดูแยแ่กไม่มีควมรู้เกี่ยวกับโรค
- 3.2 น้อยใจผู้ป่วยในบางครั้ง
- 3.3 ค้อการ ได้ดูแลได้ลลลลลลลลลลลลลล

ความหวัง กำลังใจ : พดงแห่งการยียวยา

- กำลังใจไม่หมด หวังว่าสักวันหนึ่งผู้ปวยจะหายจากโรค
- อาการคนไข้เปลี่ยน กำลังใจเราก้เปลี่ยน

ภาพที่ 37 แสดงภาพองค์ประกอบของภาวะโรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อความรู้สึกลทางอารมณ์ของผู้ดูแล

2. ภาวะโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

การศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับภาวะ โรคของผู้ป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลได้มีการแสดงออกที่หลากหลายดังนี้

- 1.1 เครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ : ภาระทางใจระหว่างการดูแล
- 1.2 เส้นทางการดูแล ยาวไกล เวลายาวนาน : อุปสรรคที่ต้องพบเจอ
- 1.3 อุปสรรคที่เผชิญ : การแสดงออกและหนทางที่ถูกเลือก
- 1.4 การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง : ความต่างในความเหมือน
- 1.5 ของขวัญที่ปรารถนา : ความต้องการอันมีค่าของผู้ดูแล
- 1.6 ทีมสุขภาพ : หลายมือที่คอยโอบอุ้ม
- 1.7 คนสำคัญ ใครสำคัญ : มุมมองจากผู้ดูแล

2.1 เครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ : ภาระทางใจระหว่างการดูแล

เกี่ยวกับภาระทางใจระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ดูแลได้บอกเล่าเกี่ยวกับรู้สึกต่อประเด็นดังกล่าวไว้ว่า เป็นความ เครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ โดยบอกเล่าความรู้สึกไว้ในสี่ประเด็นดังนี้

2.1.1 ต้องการความรักความเข้าใจจากคนไข้

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ความเครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ว่า บางครั้งผู้ดูแลต้องการความรักความเข้าใจจากคนไข้ ดังคำบอกเล่าแบบเชิง และกึ่งคะหะที่ว่า “...ต้องการความเข้าใจจากคนไข้ เราต้องการให้เค้าดีขึ้น แต่คนไข้คิดว่าเราไปบังคับแก ไม่ว่าจะกินยา กินนม ถ้าไม่กินทางปาก บอกว่าต้องกินทางสาย เราไม่ยอมให้ใส่ท่อจมูก โดยเฉพาะช่วงฉายแสงไม่กินอะไรเลย...”

“...คนไข้สูบใบจาก ในขณะที่อยู่ระหว่างการฉายแสง กะเครียดเนื่องจากน้องไม่ฟัง แต่บ้างที่คนไข้เองพูดว่า เค้าทำให้กะลำบาก...”

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ในช่วงที่ดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะเกิดความเครียดและต้องการความรักความเข้าใจและกำลังใจจากผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการเรียนรู้หรือมีประสบการณ์มาก่อน ต้องใช้ความพยายามและความอดทนที่สูงมากบ่อยครั้งที่ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและเมื่อเกิดความเครียดการดูแลผู้ป่วยนานๆอาจเกิดความขัดแย้งหรือเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นหนทางที่จะบั่นทอนความสัมพันธ์ที่ดีได้ ความต้องการให้ความรักและรับความรัก (The need to

give and receive love) เป็นการได้รับความรักจากบุคคลอื่นและพระเจ้า เป็นการแสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น เป็นการค้นหาสิ่งที่ดีเพื่อผู้อื่น การได้รับความรักจากบุคคลอื่นช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความหวัง และมีพลังที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามกันหากบุคคลไม่ได้รับความรักอาจก่อให้เกิดความเครียดทางจิตวิญญาณได้

2.1.2 เครียดเกี่ยวกับอาการของคนไข้ เมื่ออาการดีขึ้นผู้ดูแลก็สบายใจ

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ความเครียด ความอึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย พอผู้ป่วยดีขึ้นก็สบายใจ ดังคำบอกเล่าที่กะตะห์ แบนเซ็ง และแบเลาะห์ที่ว่า “...เครียดเกี่ยวกับอาการของเค้า กินไม่ได้ นอนไม่หลับ กลัว นี่เราเห็นสภาพคนรอบข้างเป็นเหมือนกันกลัวแต่รับได้ คิดอย่างเดียวว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ตอนอยู่โรงพยาบาล อาศัยเพื่อนเตียงข้างๆ มาคุยกันคลายเครียด...”

“... พอดีขึ้นเราก็สบายใจ แต่พอแกไม่อยากกินอะไร เรากังวลทันที น้ำหนักลด เรากังวลว่าเค้าจะอยู่ไหวมัย วัดที่น้ำหนัก ถ้าขึ้นเราก็ดีใจ แกก็ดีใจ...”

“...ไม่รู้ โรคมะเร็งใช้เวลาไม่เหมือนโรคอื่น ไม่ง่าย กังวลเหมือนกัน ต้องไปดูแลเค้าตลอด ให้กำลังใจ...”

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับอาการของผู้ป่วยโดยตรงถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีความกังวลกับอาการของโรคมามากเพียงใด แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียงเล็กน้อยก็เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นเช่นเดียวกัน

2.1.3 รู้สึกสงสารคนไข้

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความเครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เป็นความรู้สึกสงสาร ดังคำบอกเล่าของ กะตะห์ที่ว่า “...รู้สึกสงสารเค้า อยากให้เค้ากิน ได้มัย บางครั้งแอบร้องไห้ด้วย สงสารชื่อ โนนชื่อนี้ก็ไม่ได้กินไง...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารในตัวผู้ป่วยและความสงสารเปลี่ยนเป็นความเครียดและความอึดอัดใจแทนเมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

2.1.4 ดูแลยากบางครั้งคนไข้ไม่ไหวง่าย เอาใจยาก

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับความเครียด อึดอัดใจ รู้สึกทุกข์ระหว่างการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ว่า บางครั้งรู้สึกเครียดและน้อยใจเนื่องจากดูแลยากผู้ป่วยไม่ไหวง่าย เอาใจยาก ดังคำบอกเล่าของกะตะห์ที่ว่า “...ดูแลยากผู้ป่วยไม่ไหวง่าย เอาใจยาก

บางครั้งทำให้เราเครียด บางครั้งก็โกรธเขา เราน้อยใจ เราดูแลเขาดีขนาดนี้แล้วเค้าไม่เห็นความดีของเรา น้อยใจละนะ(น้ำตาคลอ)..."

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองเช่นอารมณ์ฉุนเฉียว เอาแต่ใจตัวเองจนบางครั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกน้อยใจและบางครั้งรู้สึกหมดกำลังใจในการดูแล

2.2 เส้นทางเดินยาวไกล เวลายาวนาน : ปัญหาและอุปสรรคที่ต้องพบเจอ

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรค ที่ต้องพบเจอระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้

2.2.1 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

ผู้ให้ข้อมูลสี่รายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคที่ต้องพบเจอระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า กังวลเกี่ยวกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ดังคำบอกเล่าแบบเชิง กะตา กะเยะห์ และกะเยะห์ที่ว่า "...มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมาก เพราะไม่มีรายได้ เมื่อต้องไปหาคนใหญ่จะต้องคิดว่าจะต้องเอาเงินจากไหน จริงอยู่คนอื่นให้แต่ไม่แน่นอน เพราะค่ารถ ค่ากิน ค่าอยู่ บางที่ไม่พอ..."

"...กลัว กังวลเรื่องไม่มีเงิน ค่าใช้จ่าย ไม่มีเงินกิน ค่ารักษาไม่ต้องจ่ายอยู่แล้วเพราะเราใช้สิทธิ 30 บาท หมอที่ยะลาส่งมา..."

"...เรื่องเศรษฐกิจ รายได้ ไม่มีเงิน ไปมอ. ขึ้นรถไปที่ สถานีรถไฟบало ค่ารถมอเตอร์ไซด์ 60 บาท จากบ้านไปบало บางครั้ง 100 บาทแล้วแต่..."

"...ปัญหาอุปสรรคเรื่องการดูแลไม่มี เราดูแลได้อยู่แล้ว แต่เรื่องเงินมีปัญหาเพราะผู้ป่วยเขาทำงานคนเดียวตอนนี้ไม่มีคนทำงาน พอได้เงินค่าเลี้ยงเด็กของกะมาก็ต้องส่งให้ลูกเรียน เงินเก็บไม่มีแล้ว..."

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประสบเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจ กิจอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำและเมื่อได้รับการส่งตัวมารักษาต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น แม้ว่าได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดใช้สิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) อยู่แล้วซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้แก่ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ซึ่งยังผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวนานเท่าใดค่าใช้จ่ายดังกล่าวก็สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ในขณะที่ระหว่างดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้

2.2.2 การที่ต้องมาอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับ ปัญหาและอุปสรรคที่ต้องพบเจอระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า กังวลเกี่ยวกับการที่ต้องมาอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย ดังคำบอกเล่าที่เยาะเย้ย และแบเลาะห์ที่ว่า “...ไม่มีอุปสรรค คว้าไม่ยาก แต่บางทีก็ยากตรงเปลี่ยนที่อยู่ มาอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย ไม่รู้จักใคร คิดว่าจะมาอยู่อย่างไรเราพูดไทยก็ไม่ถนัดแต่ก็ต้องมาเพราะแบต้อง เอายา ต้องมาหาหมอ...”

“...อยู่ที่นี่จะต้องอดทน ถึงแม้ว่าลำบากไม่ว่าจะเป็นเรื่องกินที่อยู่ บางครั้งรู้สึกเบื่อและเหนื่อยมาก...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่ต้องอยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคยย่อมมีผลต่อสภาพ อารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ยิ่งในกรณีนี้ผู้ดูแลต้องมาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากญาติมิตร ต่างศาสนา ต่างภาษา ต่างวัฒนธรรมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องปรับตัวค่อนข้างมากกับสิ่งใหม่ที่ต้องประสบพบเจอ

จะเห็นได้ว่าเมื่อคนเจ็บป่วยในครอบครัว อาจทำให้แบบแผนของชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและการรักษาที่เฉพาะแก่ผู้ป่วย ผลทำให้เวลาในการดูแลตนเองน้อยลง การทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองก็จะลดลง(สุวลักษณ์, 2546)

2.3 อุปสรรคที่เผชิญ : การแสดงออกและหนทางที่ถูกเลือก

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับอุปสรรคที่เผชิญและหนทางที่เลือกในการแสดงออกเมื่อเผชิญปัญหาระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้

2.3.1 ตั้งสติไม่ไว้วางใจ

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้ให้ความคิดเห็นต่อมุมมองเกี่ยวกับ อุปสรรคที่ต้องพบเจอระหว่างการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า หากเจอ อุปสรรคจะตั้งสติไม่ไว้วางใจเพราะการมีสติอยู่ตลอดจะทำให้ทุกอย่างง่ายขึ้น ดังคำบอกเล่า แบเซ็ง และอาเยาะห์ที่ว่า “...นี่ๆ ตั้งสติไม่ไว้วางใจ นิสัยนี้เป็นนิสัยประจำตัวอยู่แล้ว ในครอบครัวก็เหมือนกัน เมื่อมีความขัดแย้งเราจะแยกนึ่งไปก่อน เมื่อตั้งสติได้เราก็คิดได้...”

“... ด้วยความดีมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง ใจ พอเราทุกข์ยาก เราก็ไม่ต้องกังวล คนเหล่านั้นจะช่วยเราเงินที่ชาวบ้านเอามาให้ตอนเมาะป่วย เทียบว่าอาเยาะห์สามารถซื้อวัวได้หนึ่งตัว อันนี้อาเยาะห์ไม่ใช่ว่าจะหมั่นตัวเองแต่จะบอกเพื่อเป็นตัวอย่าง...ก็เพราะเราทำความดีกับเขาเหล่านั้น และทำมา

นานแล้ว ... ปัญหา อุปสรรค 2 คำนี้ตัดไปเลยจริงๆมันมี ไม่ใช่ไม่มีแต่มีสิ่งเหล่านี้มาทดแทน ... ไม่เคยเจอเรื่องยาก ไม่มีเรื่องยาก...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ทางออกในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลแต่ละรายมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในประเด็นการสงบสติ เพื่อหาทางออกของปัญหาส่วนผู้ดูแลที่สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความดีของตนที่เคยทำมาในอดีตและมีมุมมองที่น่าสนใจว่าจริงๆแล้วปัญหาอาจไม่ใช่ปัญหาก็ได้อยู่ที่การทำความเข้าใจต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นมากกว่า และมีข้อสังเกตว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากมีความสงบและสุขุมกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

2.3.2 ปรีกษาพ่อแม่และญาติพี่น้อง

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้ให้ความรู้สึกต่อมุมมองเกี่ยวกับการเผชิญอุปสรรคที่ต้องพบเจอระหว่างการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ไว้ว่า จะใช้วิธีปรึกษาพ่อแม่และญาติพี่น้องเพื่อช่วยแบ่งเบาปัญหา ดังคำบอกเล่าของก๊ะตา ก๊ะคะห์ และก๊ะยะห์ที่ว่า “...ปรึกษาพ่อแม่ของอาเบอยู่บ้านเดียวกัน เข้าช่วยเหลือเราตลอด ส่วนพ่อแม่ก็อยู่ไกล...”

“...กำลังใจได้จากพี่น้อง ทั้งหมดแปดคน หญิงสอง ชายหก บางทีก็ท้อ แต่สุดท้ายก็คิดว่ามัน ได้กับตัวเรา ทำดีต่อไป...”

“...นี่กว่าบางทีคิดจะปล่อยไปเลย แต่เราไม่ทำ ทำไม่ได้ ปรึกษาลูกๆลูกบอกว่าไม่ต้องไปเครียดกับคนไข้มากให้ทำเฉยไปเลย...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเมื่อเจออุปสรรคผู้ดูแลบางส่วนจะใช้วิธีปรึกษานุคคลใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือและคลี่คลายปัญหาโดยเฉพาะ พ่อ แม่ พี่น้อง หรือลูกๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดที่สามารถพูดคุยและระบายความรู้สึกได้ปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ในสายเลือดและความผูกพันระหว่างเครือญาตินั้นมีความสำคัญและช่วยประคับประคองและถือเป็นระบบสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่มีค่ายิ่ง

2.4 การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง : ความต่างในความเหมือน

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่าแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยให้มุมมองที่น่าสนใจไว้ในสามประเด็นดังนี้

2.4.1 ต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยจริงๆ

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ตรงที่ต้องทำความเข้าใจผู้ป่วยจริงๆ ดังคำบอกเล่าของเบเซ็ง ก๊ะยะห์

แบละะห์ และกะตาที่ว่า “...ความพิเศษอยู่ที่เราต้องเข้าใจเค้าจริง เอาใจใส่เยอะๆ ต้องเข้าใจโรคจริงๆ...”

“...ความพิเศษของโรคนี้คือต้องเอาใจเป็นพิเศษเพราะต้องการกำลังใจ เราต้องทำต้องชมเค้า ต้องเอาใจเค้า...”

“...ไม่รู้ โรคมะเร็งใช้เวลาไม่เหมือน โรคอื่น ไม่ง่าย กังวลเหมือนกัน ต้องไปดูแลเค้าตลอด ให้กำลังใจ...”

“ก็อาบน้ำให้ ดูแลให้กินข้าว เช็ดตัว ล้างแผลที่ท้อง เปลี่ยนน้ำในสายระบายช่วงฉายแสงเค้าจะเพ็ลย ต้องประคองเดิน และที่ฉายแสงที่ท้องไม่ให้ถูกน้ำนี่ะเช็ดตัวอย่างเดียวเลย”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นมี ความเฉพาะและพิเศษกว่าผู้ป่วยโรคอื่นในหลายๆด้านทั้งในการทำความเข้าใจผู้ป่วย การทำความเข้าใจตัวโรค และที่สำคัญคือการให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีแรงใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายนี้

2.4.2 มะเร็งระยะสุดท้ายมีความรุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆตรงที่มะเร็งระยะสุดท้ายมีความรุนแรงกว่าโรคอื่นมากและถ้า เป็นแล้วต้องตายแน่นอน ดังที่อาะยะห์ และ กะคะห์ได้บอกเล่าว่า “...รู้ว่ามะเร็งระยะสุดท้าย รุนแรง แต่อัลลฮูให้หายก็หาย ไม่หายก็ไม่เป็นไร บางคนปวดท้องแต่เสียชีวิตก็มี...”

“...ได้อินเค้าคุยว่า ถ้าเป็นนั้น ก็แน่นอนจะช้าจะเร็วก็ตายแน่...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเลือกที่จะใช้คำอื่นแทนคำว่ามะเร็ง เนื่องจากไม่ต้องการพูดตรงๆ ถึงโรคดังกล่าว และผู้ดูแลทราบดีเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็ง ว่าเมื่อเป็นแล้วต้องเสียชีวิตแน่นอนแล้วแต่ระยะเวลาไม่ช้าก็เร็ว จากการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อ ความหวังและกำลังใจของผู้ดูแลเช่นเดียวกันแต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลยังมีความเชื่อมั่นในอัลลฮูว่า ทุกอย่างขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของพระองค์

2.4.3 อาหารการกินและการดูแลเฉพาะ ที่ไม่เหมือนผู้ป่วยโรคอื่น

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า แตกต่าง จากการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆตรงที่มะเร็งระยะสุดท้ายต้องดูแลเรื่องอาหารการกินมากกว่าโรคอื่น ดังคำบอกเล่าของกะมะะห์ที่ว่า “...การกินมั้ง เช่นเวลาฉายแสงนี้เค้าไม่กินข้าวสวย กินแต่ข้าวต้ม พิเศษตรงที่ฉายแสง พอเค้าฉายแสงต้องดูแลไม่เหมือน โรคอื่น...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างอีกประเด็นหนึ่งในการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งกับโรคอื่นคือเรื่องอาหารการกินกล่าวคือผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารทั้งด้าน ชนิดและปริมาณอันเนื่องมาจากผลของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเช่นการรับการรักษา แสงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย บริเวณฉายแสงแห้ง มีน้ำลายเหนียว ปวดแสบปวดร้อน บริเวณอวัยวะที่ได้รับการฉายแสง ซึ่งอาการแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานหาก ผู้ดูแลไม่สามารถเอาใจใส่และให้ความหวังกำลังใจ ผู้ป่วยอาจท้อแท้และเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับ รักษาต่อได้

2.5 ของขวัญที่ปรารถนา : ความต้องการอันมีค่าของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความต้องการของตนเองในระหว่างดูแล ผู้ป่วยโรค มะเร็ง ระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้

2.5.1 ต้องการความเข้าใจจากคนไข้

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความต้องการของตนเองในระหว่างดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า บางครั้งต้องการความเข้าใจจากผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังคำบอกเล่าของ แบนซึ่งที่ว่า “...ต้องการความเข้าใจจากคนไข้ เราต้องการให้เค้าดีขึ้น แต่คนไข้คิดว่าเราไปบังคับแก ไม่ว่าจะกินยา กินนม ถ้าไม่กินทางปาก บอกว่าต้องกินทางสาย เราไม่อยากให้ใส่ท่อจมูก โดยเฉพาะ ช่วงฉายแสงไม่กินอะไรเลย...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในระหว่างการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลมีความ ต้องการความเข้าใจจากผู้ป่วยเพื่อเป็นพลังในการทำหน้าที่เนื่องจากในระหว่างการดูแลผู้ป่วยนั้นมี บางโอกาสที่เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอันอาจเกิดจากความตึงเครียดระหว่างการ ดูแลของผู้ดูแลเองหรือเกิดจากความเหนื่อยล้าจากการที่ต้องเผชิญกับ โรคของผู้ป่วยเองส่งผลให้ทั้งสองฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึกได้

2.5.2 อยากให้คนไข้แข็งแรง ปกติเหมือนเดิม

ผู้ให้ข้อมูลสี่รายได้บอกเล่าเกี่ยวกับความต้องการของตนเองในระหว่างดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า อยากให้ผู้ป่วยแข็งแรง เป็นปกติเหมือนเดิม ดังคำบอกเล่าของก๊ะเมาะห์ ก๊ะตา ก๊ะยะห์ และก๊ะยะห์ที่ว่า “...ตอนนี้อยากให้เค้าหายไวๆ หน้าตาของเค้าจะได้สดใส (หัวเราะ) พอหายดีขึ้น เค้าจะได้ทำอะไรก็ได้ทำละหมาดให้สมบูรณ์คือตอนเค้าเพลียเค้าไม่ค่อยจะทำ เอาแต่นอน...”

“...หลายอย่าง อยากให้เค้าแข็งแรง ปกติเหมือนเดิม ได้ช่วยทำงานได้ดูแลลูกๆ เราต้องการมีงานทำ ที่แน่นอน...”

“...อยากให้เค้าหายถ้าอัลลอฮ์ให้ ขอแต่อัลลอฮ์ทุกวันทุกคืน ละหมาดขอทั้งที่รู้ว่าไม่หายแต่อยากให้ เค้าอยู่นานๆ...”

“...อยากให้คนไข้หายไวๆ จะได้กลับบ้านเร็วๆ...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ทั้งๆที่ทราบดีว่าโรคของผู้ป่วยเป็นโรคที่ ร้ายแรงและไม่มีโอกาสหายแต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังหวังและมีความต้องการเห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และหายจากอาการเจ็บป่วยในเร็ววัน และยังหวังไปถึงวันที่ผู้ป่วยจะได้กลับบ้าน

2.6 ทิมสุขภาพ : หลายมือที่คอยโอบอุ้ม

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากทิมสุขภาพในระหว่างดูแล ผู้ป่วย โรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสามประเด็นดังนี้

2.6.1 เอาใจใส่ดี พอใจการปฏิบัติพุดจา ถามถึงตลอด

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับความประทับใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ จากทิมสุขภาพระหว่างดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่าทิมสุขภาพเอาใจใส่ ช่วยเหลือดี พอใจ ในการปฏิบัติพุดจาที่มีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังที่ผู้ดูแลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความประทับใจในความ ช่วยเหลือที่ได้รับจากทิมสุขภาพระหว่างดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า รู้สึกดีที่ทิมสุขภาพ คอยถามได้สารทุกข์สุกดิบอยู่ตลอดเวลา ดังคำบอกเล่าของแบเซ็ง ก๊ะตา ก๊ะเมะห์ และก๊ะเยะห์ ที่ว่า “...เยอะมาก บอกตรงๆ เเท่าที่รักษามา พอใจมากๆ เค้าเอาใจใส่ดี เราพอใจการปฏิบัติพุดจา พอใจมากๆ ไม่ดีใจอะไร...”

“...ช่วยดีหมดแหละ ห้องฉายแสงก็ช่วย ห้องจ่ายยาที่ช่วยดี หมอพยาบาลพุดกับเราดีทุกคน พุดเพราะหมดทุกคน เราขอเภาเค้าก็ให้ เราจะบอกไม่ได้ไคยังงัย เค้าพุดดีกับเราทุกคน...”

“...เอ่อเค้าถามตลอดเลย พอเค้าถามเราตลอดไม่รู้จะพุดยังงัย ดีใจที่เค้าถามถึง...”

“...ที่ฟังยังให้กำลังใจ พยายามพุดมลายู แต่สำเนียงแบบไทย แต่ก็พยายามพุดให้กำลังใจ ขนาดที่ฟัง ยังพยายามพุดมลายู...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นเสียงสะท้อนจากผู้ดูแลเกี่ยวกับความ ช่วยเหลือที่ได้รับจากทิมสุขภาพ ว่า มีผลต่อกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก ทิมสุขภาพ ได้ให้ ความช่วยเหลืออย่างดีในทุกๆด้าน ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าระบบสนับสนุนจากสังคมมีผลในการ ช่วยผลักดัน เยียวยา ให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังประสบกับความยากลำบากในชีวิต

2.6.2 ให้กำลังใจ ให้ของกินของใช้

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้บอกเล่าเกี่ยวกับความประทับใจในความช่วยเหลือที่ได้รับจากทีมสุขภาพพระหว่างคุณแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า ทีมสุขภาพนอกจากช่วยเหลือดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยแล้วยังให้กำลังใจ ให้ของกินและของใช้ในชีวิตประจำวัน ดังคำบอกเล่าของก๊ะเยาะห์ที่ว่า “...มีพยาบาลคนอื่นๆ ให้ของกินของใช้ ให้นมเด็กๆ ให้ตุ๊กตาเด็ก มอ.ดีมากหมอดี ไม่รู้ว่าอย่างไร ถ้าไปอยู่ที่โรงพยาบาล (ซีรพ....) (ซีรพ ...)แตกต่างกัน...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านอกจากการสนับสนุนกำลังใจแล้วทีมสุขภาพยังสนับสนุนกำลังใจทรัพย์สินให้แก่ผู้ดูแลเพื่อแบ่งเบาและบรรเทาความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยเมื่อต้องมาอยู่ในที่ที่ห่างไกลจากญาติพี่น้อง

2.7 คนสำคัญ ใครสำคัญ : มุมมองจากผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมองในประเด็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในระหว่างคุณแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้

1.7.1 สำคัญที่สุดคือ “อัลลอฮ์”

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับบุคคลที่สำคัญที่สุดในระหว่างคุณแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า สำคัญที่สุดคือ “อัลลอฮ์” ดังคำบอกเล่าของก๊ะตาที่ว่า “...ก็อัลลอฮ์แหละ เราเป็นเพียงคนดูแล แต่อัลลอฮ์ เป็นผู้กำหนดทุกอย่างส่วนหมอบเป็นคนนิตยา รักษาคนไข้...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นอย่างที่สุดว่าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น พระองค์อัลลอฮ์ เป็นผู้มีความสำคัญสูงสุดที่จะเป็นผู้กำหนดเกี่ยวกับผลการรักษาว่าจะออกมาในทิศทางใด ส่วนทีมสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่รักษา แต่ทุกอย่างยังขึ้นกับอัลลอฮ์

1.7.2 ไม่มีใคร ตัวเราเองสำคัญที่สุด

ผู้ให้ข้อมูลสี่รายได้บอกเล่าเกี่ยวกับบุคคลที่สำคัญที่สุดในระหว่างคุณแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่า คือตนเอง ดังคำบอกเล่า “... ไม่มีใคร/ตัวเราเอง...”

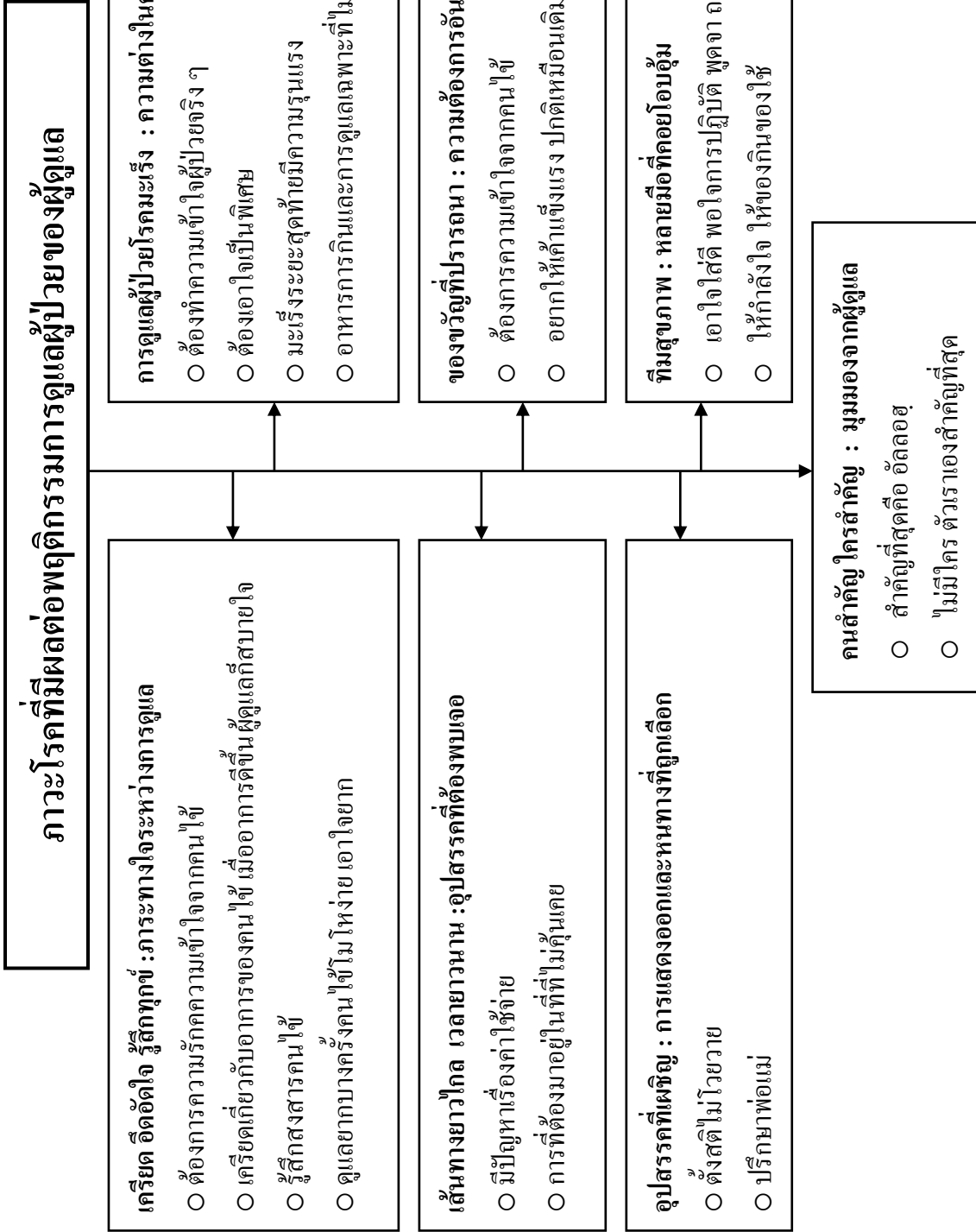
“...ก๊ะว่าก๊ะนะที่สำคัญกับเค้า เพราะคนไข้ไม่มีลูกเมีย ก๊ะก็ไม่มีครอบครัว...”

“...ก๊ะมัย (แสดงท่าทีครุ่นคิด) หนึ่ง ก๊ะก่อนตอนแรก สองก็พยาบาลคือก๊ะเป็นคนแรกที่รู้ ถัดมาเป็นหมอบ พยาบาล ยังไม่บอกพ่อแม่ก่อนเพราะพอรู้ว่าเป็นก็ไปหาหมอก่อน...”

“...ตัวก๊ะเองเพราะว่าเราเป็นภรรยา ใกล้ชิดที่สุดเวลาเค้ามีอะไรก็ต้องการบอกกับเรามากกว่าคนอื่น แม้กระทั่งลูกก็ไม่บอกก่อน...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านอกจากอัลลอยแล้วผู้ดูแลหลายรายยังมีความคิดเห็นว่าผู้ดูแลเองเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้เหตุผลว่า ความใกล้ชิด สนับสนุนกับผู้ป่วย ความพร้อมในการดูแลมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งสิ้น อันจะมีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และความมั่นใจของผู้ป่วยระหว่างรับการดูแลและหลักคิดอีกประการหนึ่งที่เป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลคิดว่าตนเองสำคัญที่สุดคือการคิดว่าตนเป็นที่พึ่งแห่งคนไม่หวังที่จะพึ่งพาผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปในประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและเต็มความสามารถทั้งที่ทราบดีว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงและมีบางครั้งที่ผู้ดูแลต้องพบเจออุปสรรค และปัญหาที่ต้องแก้ไข นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังหวังที่จะได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างรวมทั้งตัวผู้ป่วยเองด้วย



ภาพที่ 38 แสดงภาพองค์ประกอบของพฤติกรรมของผู้ดูแลภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย

3. อิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

การศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับ อิทธิพลทางความเชื่อทางศาสนา อิสลามที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 3.1 ปรัชญาอิสลาม : ธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแล
- 3.2 ศรัทธาในอิสลาม : คำสอนที่ใช้ดูแลผู้ป่วย
- 3.3 จิตวิญญาณของผู้ดูแล : พลังใจที่ไม่ท้อ
- 3.4 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง : เรื่องเล่าจากผู้ดูแล
- 3.5 การ ดูแลผู้ป่วย : ผลกระทบต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ?
- 3.6 ที่พึ่งทางใจ : ทางออกของความคับข้องใจ
- 3.7 ตายอย่างสงบ : ตายอย่างไร

3.1 ปรัชญาอิสลาม : ธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับระดับความรู้ ความเชื่อทางศาสนาของตน โดยเฉพาะปรัชญา ที่เป็นธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้ดูแลได้บอกเล่าความเกี่ยวกับเรื่อง ดังกล่าวไว้ในสองประเด็นดังนี้

3.1.1 มีความรู้ไม่มากพอเอาตัวรอด

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับระดับความรู้ความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า มีความรู้ไม่มาก พอเอาตัวรอด ดังคำบอกเล่าแบบเชิง และ กะเมาะห์ที่ว่า “...มีไม่มากพอเอาตัวรอด ดูแลตัวเองได้ใน เรื่องศาสนาพูดง่าย ๆ ว่าถ้าพ่อแม่เป็นอะไรไป เราสามารถละหมาดให้ได้ แต่อาจไม่ถึงขั้นที่จะดูแล คนอื่น...”

“...คือไม่ดีมากหรอกนะ ความรู้ศาสนา นะ ใช้ได้ คือรู้คร่าวๆ คือความรู้ฟังได้พอเข้าใจ...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลล้วนมีหลักความรู้ทางศาสนา ในระดับที่ดูแลตนเองและครอบครัวได้ เมื่อผู้วิจัยใคร่ครวญแล้วพบว่าคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้ หรือความเคร่งครัดในทางศาสนานั้นเป็นเรื่องที่หมิ่นเหม่พอสมควรเนื่องจากผู้ดูแลบางรายไม่ ต้องการที่จะบอกว่าตนเองมีความรู้ทางศาสนามาก อาจจะด้วยเหตุผลบางประการเช่นเกรงว่าจะ เป็นการ โอ้อวดเช่นในกรณีแบบเชิง เพราะเมื่อผู้วิจัยได้ไปสัมผัสวิถีชีวิตจริงพบว่าแบบเชิงมีความรู้ ระดับครูเลยทีเดียวแต่แบบเชิงเลือกที่จะตอบคำถามนี้ในแบบที่ค่อนข้างถ่อมตัว

3.1.2 รู้พอใช้ได้

ผู้ให้ข้อมูลสองราย ได้บอกเล่าเกี่ยวกับระดับความรู้ความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า มีความรู้พอใช้ถึง ปานกลาง สูง ปลายปลาย ดังคำบอกเล่าที่ตาและกะดะห์ที่ว่า “...เรารู้พอใช้ได้เอง เราไม่ได้เรียนหนังสือมากนัก เราเรียนน้อยเอง เราคนเรียนน้อย เรื่องปฏิบัติก็ต้องปรับปรุงตัวเองอยู่ เราคนไม่เรียนหนังสือ ไทยก็ไม่ได้เรียน...”

“...ปานกลาง สูง ปลายปลาย พอใช้ได้...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ดูแลบางส่วนยอมรับว่ามีความรู้ทางศาสนาน้อยแต่ก็เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ และมีความคิดที่จะศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

3.2 ศรัทธาอิสลาม : คำสอนที่ใช้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับหลัก ความรู้ ความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมเนียมชีวิตของผู้ดูแลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสี่ประเด็นดังนี้

3.2.1 หลักการอดทน

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับการนำหลักความรู้เชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมเนียมชีวิตมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า หลักการอดทนเป็นหลักการที่สำคัญ ดังคำบอกเล่าของเบเซ็งที่ว่า “...หลักการอดทน อิสลามสอนให้อดทนอยู่แล้ว มาเจอแบบนี้เราต้องอดทนมากๆ ถ้าเราถูกขังให้ไปดูแล เราคงทำไม่ได้ แต่นี่พอเราเอง เราทำได้อัลลอฮ์ทดสอบเราว่าเราทนสภาพแบบนี้ได้มั๊ย บางคนทนไม่ได้ โยนภาระให้คนอื่น แม้ว่าหนักขนาดไหนเราก็ทนได้หลักการยอมรับความจริงก็อีกอย่าง ที่นำมาใช้ได้ เราเข้าใจความจริงว่าเกิดอะไรขึ้นยอมรับเข้าใจ จำนวน แต่ไม่ใช่ยอมแพ้ เราสู้ตามทางของเรา...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้นำหลักความรู้ศาสนามาใช้ โดยเฉพาะหลักเรื่องความอดทนซึ่งมุสลิมเชื่อว่าความยากลำบากที่ตนประสบนั้นเป็นการทดสอบความอดทนจากพระผู้เป็นเจ้านั่นเองและหลักการอดทนนี้เป็นหลักที่ต้องใช้และจำเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย

3.2.2 การปฏิบัติดีกับบุพการี

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับการนำหลักความรู้เชื่อทางศาสนาโดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมนุญชีวิตมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า การปฏิบัติดีกับบุพการีเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผลการปฏิบัติจะบังเกิดกับผู้ปฏิบัติเองในคราวหลัง ดังคำบอกเล่าของแบบเชิงที่ว่า “...หนึ่ง อ่านหนังสือเกี่ยวกับคำสอนศาสนา เรารู้ว่าถ้าเราปฏิบัติดีกับบุพการีผลนั้นจะเกิดกับเราที่หลัง เรายึดหลักนี้ที่หนึ่ง ภรรยาคนที่สอง ต่อมาคนข้างๆ ญาติพี่น้อง...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำหลักความรู้เชื่อทางศาสนาของของผู้ดูแลมาใช้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยง่ายขึ้นเนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีความหวังและกำลังใจมากขึ้น เพราะมีความเชื่อว่าหากทำดีแล้วความดีนั้นก็จักกลับคืนมาสู่ตน

3.2.3 การมอบหมายทุกอย่างให้กับอัลลอฮ์

ผู้ให้ข้อมูลสองรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับการนำหลัก ความรู้ความ เชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมนุญชีวิตมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า นอกจากหลักการอดทนแล้วการเชื่อในอัลลอฮ์ และอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน รวมทั้งการละหมาดก็เป็นสิ่งสำคัญ ดังคำบอกเล่าที่กระเพาะ และกระเพาะที่ที่ว่า “...ใช้เยอะ เช่น 1 อดทน 2 มอบหมายให้อัลลอฮ์ เรายังรักษาอัลลอฮ์ให้หายก็หาย ไม่หายก็ของอัลลอฮ์ เราพยายามอย่างสูงแล้ว ไปที่ รพ. ได้เรียนรู้ อยู่บ้านไม่ได้พูด คิดต่อพยายาม หมอ ความรู้เยอะขึ้น รู้ว่าอะไรอยู่ตรงไหน...”

“... คือยังงั้นละ พอเราเครียดมากๆ ก็อ่านอัลกุรอาน ละหมาดสุนัต(เป็นการละหมาดที่นอกเหนือจากการละหมาดภาคบังคับ ปฏิบัติเพื่อเป็นการเสริมสร้างผลบุญให้แก่ตนเอง หรืออาจขอพรให้แก่ผู้ป่วยด้วย)...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำหลักความรู้เชื่อทางศาสนาในประเด็นที่เกี่ยวกับการศรัทธาในอัลลอฮ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยนั้นส่วนหนึ่งเป็นการเยียวยาและสร้างความหวังและพลังใจให้แก่ผู้ดูแลได้เช่นกัน

3.2.4 หลักการเรื่องความสะอาด

ผู้ให้ข้อมูลหนึ่งรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับการนำหลักความรู้ความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะปรัชญาที่เป็นธรรมนุญชีวิตมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เรื่องความสะอาดต้องมาก่อนต่อมาเป็นหลักความอดทน ดังคำบอกเล่าของกระเพาะที่ที่ว่า

“...เรื่องความสะอาดต้องมาก่อน ไม่ว่าจะกิน จะทำอะไรต้องสะอาดก่อน แล้วเรื่องการอดทนด้วยใช้มากอดทนกับทุกสิ่งทุกอย่าง...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนำหลักความรู้เรื่องหลักความสะอาดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและในชีวิตประจำวันนั้นสอดคล้องกับหลักคำสอนในอิสลามที่ว่า “ความสะอาดนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา”

3.3 จิตวิญญานของผู้ดูแล : ส่วนหนึ่งของพลังใจที่ไม่ท้อ

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับพลังใจของผู้ดูแลที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกท้อกับการกิจการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสามประเด็นดังนี้

3.3.1 กำลังใจมาจากตัวของตัวเองและทีมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับพลังใจของผู้ดูแลที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกท้อกับการกิจการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า เริ่มต้นกำลังใจต้องมาจากตัวของตัวเอง ดังคำบอกเล่าของก๊ะเยาะห์ที่ว่า “...มาจากตัวของตัวเอง กำลังใจของหมออีกต่อหนึ่ง แบบป่วยไปรพ(ชื่อรพ.) แล้วจึงส่งไปมอ. เปรียบเทียบ แล้วมอ. พุดดี ให้กำลังใจดีกว่า ทั้งที่รพ....(ชื่อรพ.)เราอยู่ในกลุ่มคนนาย(มลายู) แท้ๆ มามอ.ตอนแรก เจอคนพูดไทยหมด เราไม่รู้ว่าจะอยู่ยังไง (น้ำตาคลอ) แต่พอมายู่จริง รู้สึกว่าทุกคนดีกับเรา...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลบางส่วนให้ข้อมูลว่ากำลังใจมาจากตัวของตัวเองเนื่องจากคิดว่าควรช่วยเหลือตนเองก่อนที่จะให้ผู้อื่นมาช่วยแต่ในขณะเดียวกันทีมสุขภาพก็มีความสำคัญมากเช่นเดียวกันเพราะการดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยความเข้าใจเป็นสิ่งสำคัญ

3.3.2 กำลังใจมาจากลูกๆและพี่น้อง

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับพลังใจของผู้ดูแลที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกท้อกับการกิจการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า กำลังใจมาจากลูกๆ ดังคำบอกเล่าที่ว่า “...เอื่อหนึ่ง คือลูก คือเราอยู่ไม่แตกกัน พร้อมหน้ากันตลอด ทั้งครอบครัว ครอบครัวก๊ะและครอบครัวอาแบ อย่างเงินทอง ถ้าขาด มะอาแบให้ มะก๊ะก็ให้ อย่างเพื่อนบ้านก็ให้กำลังใจ...”

“...กำลังใจจากลูกๆ ส่วนจากคนไข้ไม่มีเลย ลูกๆว่าโรคนี้อัดทนเวลาเราไม่สบายใจเราพูดกับลูก ส่วนใหญ่จะคุยกับลูกผู้หญิงลูกผู้ชายไม่สนิท...”

“...กำลังใจได้จากพี่น้อง ทั้งหมดแปดคน หญิงสอง ชายหก บางทีก็ท้อ แต่สุดท้ายก็คิดว่ามัน ได้กับตัวเรา ทำดีต่อไป...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลบางส่วนให้ข้อมูลว่า กำลังใจจากลูกๆและญาติพี่น้องเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้มีแรงต่อสู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่

3.3.3 กำลังใจมาจากอัลลอฮ์

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้บอกเล่าเกี่ยวกับพลังใจของผู้ดูแลที่ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกับภารกิจดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า กำลังใจมาจากอัลลอฮ์ ดังคำบอกเล่าของก๊ะตาที่ว่า “... อัลลอฮ์ให้กำลังใจแก่เรา ให้เราสู้เพื่อจะได้ดูแลเค้า คนไข้ก็มีส่วน เห็นเค้าเราก็มักกำลังใจ...”

เสียงสะท้อนของก๊ะตาแสดงให้เห็นว่ากำลังใจสูงสุดมาจากอัลลอฮ์ ทำให้ตนเองมีพลังใจที่จะไปดูแลผู้ป่วยส่วนตัวผู้ป่วยเองก็มีผลต่อการสร้างกำลังใจแก่ผู้ดูแลด้วยเช่นเดียวกัน มุสลิมไม่ควรสิ้นหวังในความเมตตาของพระองค์อัลลอฮ์ ชุบฮานาสุวาตาอาลา ฉะนั้นในการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยสิ่งที่ควรปฏิบัติคือ การเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น การให้ความหวังแก่ผู้ป่วยหมายถึง การพูดที่ทำให้เขาหวังว่าเขาจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกเพื่อจะได้กระทำความดีต่อไป นอกจากการให้ความหวัง และการเสริมสร้างกำลังใจแล้ว ญาติมิตร ผู้ดูแล หรือผู้มาเยี่ยม จะต้องชักชวนให้ผู้ป่วยประกอบความดี และเลิกปฏิบัติสิ่งที่ไม่ดีทั้งหลาย เพราะมุสลิมมีหน้าที่ตักเตือนระหว่างกันเสมอ และทุกคนควรน้อมรับคำตักเตือนให้กระทำความดี

3.4 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง : เรื่องเล่าจากผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตระหว่างดูแล ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสามประเด็นดังนี้

3.4.1 เปลี่ยนเป็นคนละคนปฏิบัติกรรมทางศาสนามากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของตนเองระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า ชีวิตเปลี่ยนเป็นคนละคนปฏิบัติกรรมทางศาสนาเพิ่มขึ้นกว่าก่อน ดังคำบอกเล่าของแบเซ็งที่ว่า “...แบเซ็งเปลี่ยนเป็นคนละคน ปฏิบัติศาสนาเพิ่มขึ้น...”

จากคำกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสะท้อนผลการที่มามีหน้าที่นี้ว่าทำให้ได้ทบทวนตนเองและได้ใกล้ชิดศาสนาเพิ่มขึ้น โดยเปรียบเทียบว่าประสบการณ์ครั้งนี้ทำให้ตนเองเปลี่ยนแปลงไปเป็นคนละคน

3.4.2 เหนื่อย ผอมลง ลำบากขึ้นมาก

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้บอกเล่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่ารู้สึกเหนื่อยขึ้นมากและร่างกายซูบผอมลง ดังคำบอกเล่าของแบเลาะห์ ก๊ะยะห์ ก๊ะเยาะห์ ก๊ะ โชรยา และก๊ะตาที่ว่า

“... เปลี่ยนแปลงมาก เหนื่อย ผอมลง เดินทางบ่อยขึ้น เวลาให้ครอบครัวก็น้อยลง แต่ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่เปลี่ยนแปลง...”

“...ชีวิตเปลี่ยนการอยู่กินลำบากขึ้นมาก เหนื่อยขึ้นแต่รู้สึกเป็นธรรมดาเหนื่อยทั้งกายเหนื่อยทั้งใจแต่ทนได้...”

“...ลำบากขึ้นมาก จะไปไหนก็มีภาระที่กังวลอยู่ที่บ้าน...”

“...ลำบากจริงๆ งานก็ไม่ได้ทำ เป็นห่วงแค่ว่า หวังไปไหน ไกลก็ไม่ได้ ออกจากบ้านไปทำธุระก็ต้องรีบกลับ กลัวเค้าจะเป็นอะไร...”

“... ที่อยู่ด้วยกันพร้อมหน้า ตอนนี้แยกกันคนละทิศละทาง ลูกอยู่ทางพ่อแม่อยู่ทาง แต่ก่อนอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันทุกคนเลย ตอนนี้นั่งไม่ได้ทำ กลับเปลี่ยนเป็นงานดูแลคนไข้ และได้ทำงานเสริมที่รพ. ได้รู้จักอาเคหะ (น้อง:ในที่นี้หมายถึงผู้วิจัย) ถ้าอาแม่ไม่ป่วยเราก็ไม่รู้จักกัน แรกๆมากลัวที่สุดมามอ. ไม่รู้แล้วยังไปบอกไม่ถูก...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลที่เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งในช่วงแรกผู้ดูแลยังมีความรู้สึกว่าการที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งใหม่ในชีวิต ต่อมาผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็จะเริ่มปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.4.3 กล้าหาญขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้บอกเล่าเกี่ยวประสบการณ์ที่ตรงกันกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่าตนเองมีความกล้าหาญขึ้นดังคำบอกเล่าของก๊ะคะห์ ก๊ะเยาะห์ และก๊ะตา ที่ว่า “...เปลี่ยนไปมากอย่างไม่เคยไปไหน ขี้อาย ก็ทำเป็นหมด ขายของก็ขายๆหยุดๆ ขายได้ 3 วันเค้ามีอาการ ต้องปิดร้านไปโรงบาลกัน พอหายกลับมาขายต่อ เวลาไม่นานมอ.ทุกนัดก๊ะต้องปิดร้าน ขายๆ หยุดๆ ตลอดไปไหนไปด้วยกันเฝ้ากันอยู่ ตลอดจนพยาบาลถามว่าก๊ะ ไม่มีคนอื่นมาเปลี่ยนหรือจริงๆ มันมีแต่ก๊ะเป็นตัวแทน พี่น้องคนอื่นจะได้ทำงานหาเงิน...”

“ได้เป็นคนฉลาดขึ้น จากที่ไม่รู้อะไรก็ได้รู้”

“ต้องขยันถาม ไม่รู้เรื่องก็ต้องถามหมด ก๊ะถามหมดทุกคนเลย ถ้าเราปิดปากก็ไม่รู้เรื่อง อยาไม่ได้”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลาที่เป็นวิกฤตของชีวิตและครอบครัวผู้ดูแลเกิดการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและกล้าที่จะทำสิ่งใหม่ต่างๆ ไม่เคยทำมาก่อน

3.5 การดูแลผู้ป่วย : ผลกระทบต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ?

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมอง ผลกระทบ ที่มีต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ระหว่างดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในประเด็นดังนี้

3.5.1 ไม่กระทบ ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมอง ผลกระทบที่มีต่อการปฏิบัติศาสนกิจ ระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่กระทบต่อการปฏิบัติศาสนกิจของตนเองและในทางตรงกันข้ามการที่ต้องดูแลผู้ป่วยประเภทดังกล่าว ยิ่งทำให้เพิ่มความตระหนักในการ ปฏิบัติศาสนกิจ มากขึ้นดังคำบอกเล่าของแบแข็ง ก๊ะเยาะห์ ก๊ะตา และก๊ะโซรยา ที่ว่า “...ไม่กระทบ ยิ่งเพิ่มอีก เมื่อก่อนเราไม่ละหมาดตัฮยุด (ตัฮยุด โดยรากศัพท์หมายถึงละทิ้งการนอน ในที่นี้เป็นการละหมาดที่นอกเหนือจากภาคบังคับ ต้องทำในช่วงเวลากลางคืนเพื่อเป็นโอกาสได้เข้าใกล้ชิดพระผู้เป็นเจ้าเพื่อวิงวอน ขอพรในสิ่งที่ต้องการ) เราได้ทบทวนมากขึ้น...”

“...ไม่กระทบ เราทำได้ปกติ...”

“ไม่น๊ะ ตอนอยู่รพ.ที่บ้านก็ปอซอ (ถือศีลอด) ได้ครบ ไม่เหนื่อย ไม่เพลีย ไม่กระทบนะ ละหมาดก็ไม่มีปัญหา”

“...ครบ ทำได้ทุกอย่าง ทำอยู่ตลอด ปอซอ(ถือศีลอด)ก็ครบไม่เคยขาด...”

จากคำบอกเล่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลยืนยันตรงกันว่าการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลที่จะทำให้การปฏิบัติศาสนกิจของตนเองบกพร่องไป นอกจากไม่กระทบแล้วการปฏิบัติศาสนกิจยังเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากในช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตนั้นเป็นธรรมดาของมนุษย์ที่ต้องการหาความสงบและกำลังใจจากสิ่งที่ตนเองเชื่อถือและศรัทธา

3.6 ที่พึ่งทางใจ : ทางออกของความคับข้องใจ

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับ ที่พึ่งทางใจ ทางออกของความคับข้องใจ และบทบาทของชุมชนที่คอยช่วยเหลือระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้คือ

3.6.1 ความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและคนในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับที่พึ่งทางใจ ทางออกของความคับข้องใจ และบทบาทของ ชุมชน ที่คอยช่วยเหลือระหว่างดูแล ผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า ได้รับ ความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและคนในชุมชน ดังคำบอกเล่าของแบละาะห์ ก๊ะเมาะห์ อาเยาะห์ และแบแข็งที่ว่า “...จะ ไปโรงพยาบาล ญาติและคนในชุมชนก็ไปส่งที่รถ ขากลับมีการ โทรถามไถ่ว่าถึงไหนแล้ว เมื่อมาถึงบ้านคนในชุมชนมารออยู่ที่บ้านเต็ม ไปมาคอยให้กำลังใจ ในหมู่บ้านเป็นเครือญาติกันทั้งนั้น เวลาจะผ่าตัด กรรมการมัศยิดก็จะมาอ่านยาซีน (บทขอพรในคัมภีร์อัลกุรอาน) และละหมาดฮายัต(ละหมาดขอพรจากอัลลอฮ์)ให้...”

“...คือเพื่อนบ้านแนะนำว่าให้ไปรักษาตรงโน้นตรงนี้ อย่างหมอบ้านนี้เราก็ไป...”

“...เงินทอง ญาติพี่น้องช่วยกันจริงๆ คนในหมู่บ้านก็ช่วยมากเหมือนกันเหมือนคนที่ไม่ได้เป็นอิสลาม คนจีนเขาต้องการไม้สอยเงาะ อาเยาะห์ก็ทำให้เขาอยากได้ด้ามจอบอาเยาะห์ก็ทำให้ เขาถามว่าเอาเงินเท่าไรหรืออาเยาะห์ไม่เอา คนไทยพุทธ คนจีนตาย อาเยาะห์ก็ไปเยี่ยม ไปสมาคมคนจีน เขายังถ่ายรูปอาเยาะห์ด้วย อาเยาะห์แต่งตัวโพกผ้าสาละบันด้วย ...ความดีมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง...”

“...ใช่ พอเราทุกข์ยาก เราก็ไม่ต้องกังวล คนเหล่านั้นจะช่วยเราเงินที่ชาวบ้านเอามาให้ตอนเมาะป่วย เทียบว่าอาเยาะห์สามารถซื้อวัวได้ หนึ่งตัว อันนี้อาเยาะห์ไม่ใช่จะชมตัวเองแต่จะบอกเพื่อเป็นตัวอย่างเมาะถามว่าเงินมาจากไหนเยอะ ก็คนเอามาให้ 100 200 300 เหมือนคนไทยพุทธ ยังฝากเงินมา เขากลับเรื่องเหตุการณ์(เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้) ไม่ได้มาเองก็ ยังฝากชาวบ้านเอาเงินมาให้ ก็เพราะเราทำความดีกับเขาเหล่านั้น และทำมานานแล้ว ถึงขนาดญาติที่อยู่ต่างอำเภอ มาเยี่ยมแล้ว ยังทำกับข้าวมาให้เรา มากินข้าวร่วมกันที่บ้านเราแต่เขาทำมา ปัญหาอุปสรรค 2 คำนี้ตัดไปเลย จริงๆมันมีไม่ใช่ไม่มีแต่มีสิ่งเหล่านี้มาทดแทน...”

“...คนในชุมชนก็ถามทุกข์สุข แต่ไม่มีเรื่องช่วยเหลือเงินทอง เพราะเค้าก็ไม่มีเหมือนกับเรา มีเพียงญาติพี่น้องเป็นที่พึ่ง ถ้าเรามีปัญหาเราก็ปรึกษาเมาะ อ่านอัลกุรอาน ขอพรจากอัลลอฮ...”

“...ไม่มีอะไร ญาติพี่น้องก็รู้สึกเหมือนกัน ตอนที่เมาะไม่สบาย มีการช่วยเหลือกัน ช่วงที่เมาะอาการหนักไม่สามารถดูแลงานบ้าน หรือทำกับข้าว อาเยาะห์สามารถกินข้าวที่บ้านญาติๆได้ พอเวลากลางคืนญาติพี่น้องก็มาอ่านอัลกุรอาน อ่านยาซีน ให้เมาะที่บ้าน...”

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้พูดตรงกันเกี่ยวกับ ทางออก เมื่อมีความคับข้องใจว่าเป็นความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติพี่น้อง ซึ่งหลักๆจะเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในบรรดาญาติพี่น้องและสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือการขอพรจากอัลลอฮ

เนื่องจากอิสลามเป็นวิถีชีวิตที่ไม่เพียงแต่กล่าวถึงเพียงความศรัทธาและการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อยืนยันความศรัทธาเท่านั้น แต่อิสลามยังให้ความสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมและคุณธรรมเป็นอย่างมาก เพราะจริยธรรมและคุณธรรมมีรากฐานมาจากคำสอนใน พระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นข้อประพฤติปฏิบัติที่แสดงถึงความเคารพภักดี และความศรัทธาต่อพระเจ้า และเป็นการกระทำดีต่อเพื่อนมนุษย์ ได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยเนื่องจากอิสลามถือว่าการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์หรือผู้เผชิญกับความเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญประการหนึ่งของมนุษย์ที่จะต้องปฏิบัติ ดังนั้นการเยี่ยมผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่ต้องปฏิบัติ เพื่อเป็นการเยี่ยมเยียน และขอพร (ดุอาอ) จากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย (บรรจง บินกาซัน, 2543) จึงสังเกตได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นมุสลิมจะมีญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นจำนวนมาก และมีการเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ (สิวลี

ลิริไล, 2544: 149) การได้รับการเยี่ยมชมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เกิดกำลังใจ เกิดความอบอุ่นรู้สึกถึงความปรารถนาดีที่ญาติมิตรมีให้ ก่อให้เกิดพลังในการต่อสู้กับโรคร้าย ด้วยเหตุนี้ ศาสดามุฮัมมัด จึงส่งเสริมการเยี่ยมชมและว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งซึ่งผู้ป่วยพึงจะได้รับจากคนที่สุขภาพแข็งแรง (อาซิส พิทักษ์कुมพล, 2547: 95)

3.6.2 อ่านหนังสือเกี่ยวกับคำสอนทางศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับที่พึ่งทางใจ และทางออกของความคับข้องใจ ระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า การอ่านหนังสือเกี่ยวกับคำสอนศาสนาที่ช่วยได้มาก ดังคำบอกเล่าของ แบนเซ็ง ที่ว่า “..หนึ่งอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนา เรารู้ว่าถ้าเราปฏิบัติดีกับ บุพการี ผลนั้นจะเกิดกับเราที่หลัง เราคิดหลักนี้ที่หนึ่ง ภรรยาคนที่สอง ต่อมาคนข้างๆ ญาติพี่น้อง..”

ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลบางส่วนเลือกที่จะศึกษาความรู้จากคำสอนเกี่ยวกับศาสนาเพื่อค้นหาวิธีการแก้ปัญหาเมื่อมีความคับข้องใจเนื่องจากศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจที่สำคัญ

3.7 ตายอย่างสงบ : ตายอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมองความตายระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ในสองประเด็นดังนี้คือ

3.7.1 อิสลามขึ้นอยู่กับพระเจ้า ความประสงค์ของอัลลอฮ์อย่างไรก็อย่างนั้น

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมองความตายระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่า ความตายในอิสลามขึ้นอยู่กับพระเจ้า ความตายเป็นความประสงค์ของอัลลอฮ์อย่างไรก็อย่างนั้น ดังคำบอกเล่าของแบนเซ็ง และอาเยาะห์ที่ว่า “...เป็นส่วนหนึ่งของคำว่าจิตวิญญาณของคำว่าพ่อหรือลูก สายใยจะสิ้นสุดส่วนลึกเรายังมีหวัง เพราะอิสลามขึ้นอยู่กับพระเจ้า ไม่กะเกณฑ์ตามที่หมอบอก บางคนหนักกว่านี้ก็อยู่นาน หลักการอิสลามเราต้องถือ...”

“...ความประสงค์ของอัลลอฮ์ อยากรีก็อย่างนั้น ...เพราะคนอิสลามต้องไม่กลัวตาย เพราะว่าไม่เจ็บก็ตาย เจ็บก็ตาย...”

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงว่า ผู้ดูแลมุสลิมล้วนมีความเชื่อ ศรัทธาที่หนักแน่น ต่ออัลลอฮ์และยึดหลักนี้ในทุกๆวันของชีวิตไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็ตาม

3.7.2 อยากให้เค้าไปดีที่สุด

ผู้ให้ข้อมูลสามรายได้บอกเล่าเกี่ยวกับมุมมองความตายระหว่างดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็งระยะสุดท้ายไว้ว่าเมื่อถึงวันนั้นอยากให้เค้าไปดีที่สุด ไปอย่างสงบ ให้เค้ามูจิบ และ อ่านยาซีน ดังคำบอกเล่าของแบนเซ็ง ก๊ะดา และก๊ะยะห์ ที่ว่า “...เราเข้าใจว่าสักวัน เค้าจะจากเราไปอยู่ดี แต่

สภาพเค้าจากไปแบบไหนเราขอ คุณอาให้กลับมาเสียที่บ้าน ไม่อยากให้เสียในวัด เพราะสังคมบ้านเรายังไม่เข้าใจ อยากให้เค้าไปดีที่สุด...”

“...เอ่อ ก็เหมือนกันแหละ อยากให้เค้าไปอย่างสงบ ให้เค้ามู๋จิบ ไม่ให้เค้าล้มกล่าว เราต้องคอยเตือนเขา ใกล้เคียงแล้วเขาจะล้ม...”

“...อ่านยาจีน มู๋จิบจนสิ้นลมหายใจคิดว่าเราทำให้เค้าได้...”

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงว่าผู้ดูแลทั้งหมดมีความปรารถนาที่จะเห็นผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบและได้ปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆตามที่ตั้งใจไว้ อย่างสมบูรณ์แบบตามหลักความเชื่อทางศาสนา เมื่อวันสุดท้ายของผู้ป่วยมาถึง

ในศาสนาอิสลามความตายมิได้เป็นการสิ้นสุด หรือเป็นจุดสุดท้ายของชีวิตหากแต่เป็นจุดเริ่มต้นของการที่มนุษย์จะก้าวไปสู่ชีวิตที่แท้จริง และนิรันดร์ เพราะการตายเป็นการเริ่มต้นที่ยิ่งใหญ่ของโลกหน้า (ยูซุฟ นิมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550: 24) เมื่อใกล้วาระสุดท้ายของชีวิตที่พระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮานาฮฺวาตาอาลา กำหนดไว้ไม่มีใครรอดพ้นไปจากความตายได้ โดยพระองค์อัลลอฮ์ กล่าวไว้ความว่า

“ ณ ที่ใดก็ตามที่พวกเจ้าปรากฏอยู่ ความตายก็ย่อมมาถึงพวกเจ้า และแม้ว่าพวกเจ้าจะอยู่ในป้อมปราการอันสูงตระหง่านก็ตาม” (อันนิซาอ์:78)

ดังนั้นสำหรับมุสลิมที่มีความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮานาฮฺวาตาอาลา และท่านศาสดามุฮัมมัด ซอลลัลลอฮุอะลัยฮิวซัลลัม เขาย่อมตระหนักดีอยู่แล้วว่าเขามาจากไหน ดังคำกล่าวของอัลลอฮ์ความว่า

“และขอสาบานว่า แน่แน่นอนเราได้สร้างมนุษย์มาจากธาตุดินแล้วเราทำให้เขา (มนุษย์) เป็นเชื้ออสุจิ อยู่ในที่ที่กอันมันคง (คือมดลูก) แล้วเราได้ทำให้เชื้ออสุจิกลายเป็นก้อนเลือดแล้วเราได้ทำให้ก้อนเลือดกลายเป็นก้อนเนื้อแล้วเราได้ทำให้ก้อนเนื้อกลายเป็นกระดูก แล้วเราหุ้มกระดูกนั้นด้วยเนื้อ แล้วเราได้เป่าวิญญาณให้เขากลายเป็นอีกรูปร่างหนึ่ง ดังนั้นอัลลอฮ์ทรงจำเริญยิ่ง ผู้ทรงเลิศแห่งปวงผู้สร้าง หลังจากนั้น แท้จริงพวกเจ้าต้องตายอย่างแน่นอนแล้ว แท้จริงพวกเจ้าจะถูกให้ฟื้นคืนชีพขึ้น ในวันกิยามะฮฺ” (อัลมมิกนูน:12-16)

ดังนั้นถือเป็นหน้าที่มุสลิมทุกคน เมื่อยังมีชีวิตอยู่ และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์สามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ ก็จำเป็นที่จะต้องเร่งรีบทำหน้าที่ของมุสลิมให้ดีที่สุด และต้องสะสมความดีเอาไว้ให้มาก ๆ พร้อมรำลึกถึงความตายอยู่เสมอ เพราะในทัศนะของศาสนาอิสลามมุสลิมทุกคนต้องเตรียมตัวให้พร้อมอยู่เสมอที่จะเผชิญกับความตาย ดังคำกล่าวของอัลลอฮ์ความว่า

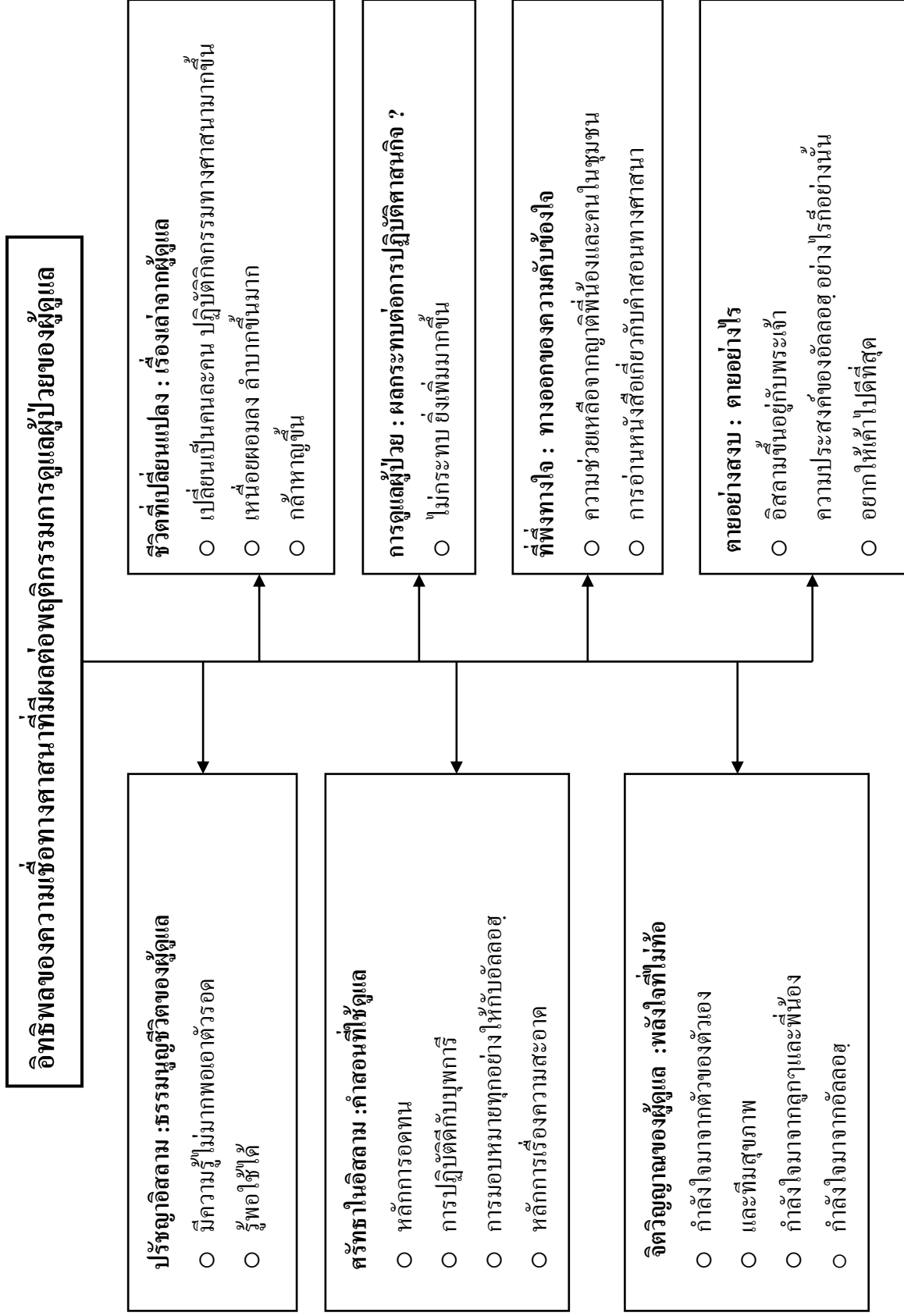
“แต่ละชีวิตนั้น จะได้ลิ้มรสแห่งความตาย และแท้จริงที่พวกเขาจะได้รับรางวัลของพวกเขาโดยครบถ้วนนั้น คือวันปรโลก แล้วผู้ใดที่ถูกให้ห่างไกลจากไฟนรก และถูกให้เข้าสวรรค์แล้วไซ้ร้แน่นอน เขาก็ชนะแล้ว และชีวิตความเป็นอยู่แห่งโลกนี้นั้น มิใช่จะไร้อื่นนอกจากสิ่งอำนวยความสะดวกแห่งการหลอกลวงเท่านั้น”

(อาลิอิมรอน:185)

เมื่อถึงวาระใกล้ตายเป็นหน้าที่ของมุสลิมที่จะต้องสำนึกและตระหนักในภุสภาวการณ์ของพระองค์อัลลอฮฺ ซุบฮานาฮฺวตาอาลา ว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยการอนุมัติของพระองค์ทั้งสิ้น จะต้องอดทน และหวังในความเมตตาจากพระองค์ ดังท่านศาสดามูฮัมมัด ซอลลัลลอฮู อะลัยฮิซซาลัม กล่าวว่า

ความว่า “บุคคลใดก็ตามในหมู่พวกท่านจงอย่าตายจนกว่าเขาจะอยู่ในสภาพที่คิดดี (หวังในสิ่งที่ดี)ต่ออัลลอฮฺ” (บันทึกโดย มุสลิม รายงานจากท่าน ญาบิร อิบนุ अब್ದิลลาฮฺ) (เชค अबดุลลอฮฺบิน अबดุลเราะฮฺมาน อัลญะบะรอยนุ แปลโดยมยุรา วงสันต์, 2548: 11)

กล่าวโดยสรุปในประเด็นที่เกี่ยวกับ อิทธิพลของความเชื่อทางศาสนา ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่าในความเป็นมุสลิมนั้นศาสนาถือเป็นแก่นแกนของจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ดูแลทั้งหมดมีความเชื่อและศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าของเจ้าและเชื่อมั่นว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นพระประสงค์ของพระองค์ นอกจากนี้ผู้ดูแลทั้งหมดได้นำหลักศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งหลักยึดต่างๆดังกล่าวล้วนแล้วแต่มีผลต่อความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลทั้งสิ้น



ภาพที่ 39 แสดงภาพองค์ประกอบของพฤติกรรมของผู้ดูแลภายใต้อิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาอิสลาม

บทที่ 6

สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาวะ ทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ เป็นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่า เป็นมะเร็งทั้งที่อยู่ที่บ้านและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถพูดภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจในการร่วมวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 9 ราย ส่วนผู้ป่วยหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคมะเร็งระยะสุดท้ายทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลาทั้งสิ้น 22 เดือน ตั้งแต่ มิถุนายน 2551- กุมภาพันธ์ 2553

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้การเฝ้าดูปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการบันทึกเทป หลังจากนั้นจึงทำการแปลผลข้อมูลรายวันและวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดไปพร้อมๆกัน ในแต่ละรายการ และทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน และในการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง ทั้งระหว่างเก็บข้อมูลและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสิ้น หากได้ข้อมูลเพิ่มเติมจะนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมต่อไป รวมทั้งนำไปตรวจสอบความตรง ความถูกต้องของข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดกระบวนการ โดยเริ่มตั้งแต่ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย ในครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผล ซึ่งสามารถสรุป เป็นปรากฏการณ์ ที่จะนำไปสู่คำตอบของ สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เกิดจากความสงสัยที่ว่า ท่ามกลางความเหนื่อยล้า ความทุกข์และความอึดอัดใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลนั้น จริงๆแล้วผู้ดูแลรู้สึกเช่นนั้น หรือไม่ อย่างไร งานนี้มีได้มุ่งที่จะค้นหาคำตอบสำเร็จรูปต่อการทำความเข้าใจในประเด็นของสุขภาวะทางจิต

วิญญาณแต่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในสิ่งที่ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์และเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยพยายามสะท้อนให้เห็นว่าความรู้สึกส่วนลึกของผู้ดูแลที่ได้แสดงออกมาในแง่มุมต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมนั้นเป็นเรื่องราวที่เผยให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ประสบตามความเป็นจริง ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการแปลความหมายสิ่งที่ผู้ดูแลประสบภายใต้ฐานคิดความเชื่อ วัฒนธรรม ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์ผูกโยงกับศาสนาอิสลามรวมทั้งภายใต้ภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งมีความเป็นเอกลักษณ์ที่ต่างจากวิถีของสังคมอื่น และนอกจากนี้ผู้ดูแลได้ให้ความหมายต่อสิ่งที่ตนเองประสบภายใต้ภูมิหลังส่วนบุคคล ทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของผู้ดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะโรคของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลสะท้อนซึ่งกันและกันระหว่างตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล นั่นคือความรู้สึกที่ผู้ดูแลได้รับระหว่างการดูแลผู้ป่วยนั้นประมวลออกมาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกต่อตัวผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในด้านต่างๆของผู้ป่วยที่แสดงออกต่อผู้ดูแลเช่นเดียวกัน ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและมีค่ายิ่งระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วงวิกฤตของชีวิต ผู้ดูแลทั้งหมดดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดและเต็มความสามารถทั้งที่ทราบดีว่าผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงและมีบางครั้งที่ผู้ดูแลต้องพบเจออุปสรรคและปัญหาที่ต้องแก้ไข นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังหวังที่จะได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างรวมทั้งตัวผู้ป่วยเองด้วย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้สะท้อนให้เห็นความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ในสองมิติใหญ่ คือ มิติทางวิชาการนั้นคือแสดงให้เห็นถึงการศึกษาค้นคว้าที่เฉพาะในสองประเด็น ได้แก่ ประเด็นของความเป็นมุสลิมซึ่งเผยให้เห็นความเป็นอัตลักษณ์ของมุสลิมที่แสดงถึงมุมมองของวิถีปฏิบัติที่ต่างจากศาสนิกอื่น และในประเด็นการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมนั้นมีน้อย ส่วนใหญ่จะมีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้นแต่ในงานชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลนั้นมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต

อีกมิติหนึ่งของการศึกษาค้นคว้านี้ยังสะท้อนให้เห็นมิติของสังคม เนื่องจากก่อให้เกิดคุณค่าของการเรียนรู้จากการปฏิบัติส่งผลให้ผู้วิจัยเกิดการรู้จักและเข้าใจชีวิตมากขึ้น อันเกิดจากการที่ผู้วิจัยได้ใช้การเดินทางลงไปในพื้นที่จริง โดยเฉพาะสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นที่ทราบดีว่าการเดินทางลงไปในพื้นที่ดังกล่าวนั้น ไม่ใช่เรื่องง่ายในบรรยากาศที่เหตุการณ์ความไม่สงบยังคงคุกรุ่นอยู่ตลอดเวลา แต่ก็ไม่ใช่สิ่งที่จะเป็นไปได้เสียเลยทีเดียว จากการที่ได้ไปสัมผัสด้วยตัวเองทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่า การเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นเป็นความยากลำบากอย่าง

มาก ไม่ว่าจะด้วยระยะทางที่ห่างไกล ความไม่สะดวกในการคมนาคม ข้อจำกัดต่างๆในการเดินทาง เช่น เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้เดินทางได้เฉพาะเวลาในช่วงกลางวัน และต้องใช้ชีวิตด้วยความระมัดระวังตลอดเวลา แต่ด้วยข้อจำกัดในศักยภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่ ทำให้เขาเหล่านั้นต้องเดินทางมา ถึงแม้ว่าจะมีความเสี่ยงที่ค่อนข้างสูงต่อความปลอดภัยในชีวิตก็ตามจากเรื่องราวดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่า คุณค่าและความหมายของการต่อสู้เพื่อการดำรงอยู่ร่วมกันกับโรคร้ายไข้เจ็บของผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญยิ่งเนื่องจากบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตในชีวิตย่อมเลือกหนทางที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเองเพื่อที่จะเผชิญและก้าวผ่านความยุ่งยากต่างๆไปให้ได้

จากผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย นั้นมีองค์ประกอบที่หลากหลาย ได้แก่ มิติของความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ มิติความสัมพันธ์ของคนในชุมชน บทบาทและท่าทีของทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและรากฐานที่แข็งแกร่งของสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลนั้นคือศาสนาอิสลามที่เขาเหล่านั้นนับถือเนื่องจากเสียงสะท้อนของผู้ดูแลทั้งหมดเป็นการแสดงความยอมรับต่อความเจ็บป่วยเนื่องจากเข้าใจดีว่าเป็นการกำหนดโดยอัลลอฮ์ และในกระบวนการดูแลผู้ป่วยนั้นผู้ดูแลย่อมพบปัญหาและอุปสรรค แต่ผู้ดูแลทั้งหมดมีความเชื่ออย่างที่สุดความสามารถของอัลลอฮ์ในการช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตไป ผู้ดูแลทั้งหมดก็ยอมรับได้ แสดงให้เห็นว่าพลังใจของผู้ดูแลมาจากความศรัทธาตนเอง กำลังใจที่จะต่อสู้ ในการทำภารกิจนี้ให้สำเร็จมาจากจิตวิญญาณที่พึ่งพิงอิงแอบกับหลักความเชื่อทางศาสนา เมื่อผู้ดูแลทั้งหมดมีหลักยึดเหนี่ยวในชีวิตรวมทั้งเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวนั้นแสดงว่าผู้ดูแลมี ภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าเราไม่อาจเข้าใจปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้โดยไม่เข้าใจว่าเขาเหล่านั้นเป็นใครมาจากไหน มีอยู่ และเป็นไปอย่างไร และมีการตอบสนองต่อปัญหาและอุปสรรค มีทัศนคติต่อการมองโลกและชีวิตอย่างไร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพต้องหันมาให้ความสำคัญกับประสบการณ์และมุมมองในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายให้มากขึ้นรวมทั้งความหมายของการดำรงอยู่ของเขาเหล่านั้นด้วยโดยปราศจากอคติหรือการตีกรอบเพราะสุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้นไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นลอยๆ โดยไม่มีบริบทแวดล้อมอื่นๆ มารองรับดังนั้นเรื่องเล่าจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยชิ้นนี้ถูกสร้างจากประสบการณ์จากชีวิตจริงของผู้ดูแลและช่วยให้ทีมสุขภาพได้มองเห็น ได้เข้าใจและเรียนรู้มิติที่ลึกซึ้งของความเป็นมนุษย์

สะท้อนประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา

การทำงานนี้ผู้วิจัยใช้เวลายาวนาน เกือบสองปี ในช่วงแรกของการทำงานผู้วิจัยมองว่าเป็นความยากลำบากพอสมควร ซึ่งต้องใช้ความอดทน เพียรพยายามอย่างมาก รวมทั้งทำความเข้าใจกับทุกอย่าง แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ความรู้สึกของผู้วิจัยค่อยๆเปลี่ยนไปกลับกลายเป็นความรู้สึกว่าการทำงานนี้เป็นการใช้ชีวิตส่วนหนึ่งของผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย ผู้วิจัยรู้สึกขอบคุณทุกชีวิตที่แวะเวียนมาพบเจอกัน รู้จักกัน เห็นทุกข์เห็นสุขของกันและกัน ถึงแม้ว่ามีผู้ป่วยบางส่วน ต้องจากไปตามเวลาที่อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้ ทั้งหมดนี้คือชีวิตจริง การทำงานชิ้นนี้จึงส่งผลให้ผู้วิจัยได้รู้จักและเข้าใจชีวิตมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยเติบโตขึ้นในระดับหนึ่ง

ผู้วิจัยประกอบอาชีพเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโอกาสที่จะทำการดูแลผู้ป่วยแบบเชิงรุกมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล ดังนั้นถือเป็นโอกาสอันดียิ่งของผู้วิจัยที่ได้มีโอกาสเรียนรู้จากการทำงานชิ้นนี้ จากการทำงานชิ้นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบเนื่องจากได้ไปสัมผัสมาด้วยตัวเองว่าการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยนั้นเป็นความยากลำบากมาก ด้วยระยะทางที่ห่างไกล ความไม่สะดวกในการคมนาคม ข้อจำกัดต่างๆของการเดินทาง เช่นเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้ยังมีเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเกี่ยวกับ ข้อจำกัดและความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติได้ประสบพบเจอมา โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งหมดรู้สึกชื่นชมและประทับใจในการดูแลจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

จากงานวิจัยชิ้นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นชีวิตในแง่มุมต่างๆ เห็นหัวใจ เห็นความเสียสละ ความเอื้ออาทรระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เห็นความง่ายในความยาก เห็นความหวังในความจริงที่ริบหรี่ เห็นสิ่งที่ได้ในขณะที่การสูญเสียกำลังเกิด

ส่วนข้อค้นพบของงานชิ้นนี้ต่อการพัฒนาสังคมนั้น เนื่องจากผู้วิจัยมีทัศนคติว่าการพัฒนาต้องเริ่มต้นจากตนเองนั่นคือจุดเล็กๆของสังคม จากความเป็นปัจเจกจะนำไปสู่การพัฒนาสังคมได้เนื่องจากคนทุกคนที่ได้รับการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นฟันเฟืองเล็กๆที่คอยขับเคลื่อนสังคมให้เป็นสังคมที่ดีได้อย่างยั่งยืนต่อเนื่องจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการเห็นงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมอย่างเป็นองค์รวม และ ควรส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านภาษาแก่ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะภาษามลายู

บรรณานุกรม

หนังสือภาษาไทย

- กิติมา อมรทัต. ม.ป.ป.. *มุสลิมในอุดมคติ*. กรุงเทพฯ : บริษัท มีเดียเทค จำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. 2545. *มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2550. *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หนังสือดีวัน จำกัด.
- จำลอง ดิษยวณิช. 2545. *ความเครียด ความกังวลและสุขภาพ*. เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชาย โพธิ์สิตา. 2547. *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. 2542. *การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิธีแห่งการคลายทุกข์*. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี จำกัด.
- บรรจง บินกาชัน. 2543. *ชีวิตหลังความตาย*. กรุงเทพฯ : อัล-อะมีน.
- _____. 2544. *อิสลาม สันติธรรมนำชีวิต*. กรุงเทพฯ : อัล-อะมีน.
- ประเวศ วะสี. 2530. *รักษาโรคหรือรักษาคน*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- _____. 2547. *ธรรมชาติของสรรพสิ่งการเข้าถึงความจริงทั้งหมด*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ. 2550. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ปวย อิงภากรณ์. 2540. *ประสบการณ์และข้อคิดคนหนุ่มสาว*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2550. *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับทางการแพทย์พยาบาลและสุขภาพ*. ม.ป.พ..
- ไพโรจน์ ตีระธนากุล. 2521. *การวิจัยสู่การเขียนบทความและรายงาน*. กรุงเทพฯ : สหมิตรอพเพชท์.
- พาริดา อิบราฮิม. 2539. *ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล*. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มัชฌิมา ว่องวีระ. 2541. *จริยธรรมกับการพยาบาล*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- มานี ชูไทย. 2544. *หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- _____. 2544. *อิสลาม : วิธีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. 2550. *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม*. สงขลา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี เจ ปรีนติ้ง.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2537. *สิทธิผู้ป่วย*. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- วิจารณ์ พานิช. 2540. *การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดวงกมล.
- สำนักพิมพ์คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2522. *แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ.
- สกล สิงหะ. 2548. *คืนสู่เหย้า กลับเข้าสู่สังคม reach to recovery*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- สิวลี ศิริโล. 2544. *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีระ ประเสริฐสรรพ. 2544. *สนุกกับงานวิจัย*. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2525. *วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทย : บทวิเคราะห์และบรรณนิทัศน์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. 2542. *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. 2543. *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. 2525. *การวิจัยเชิงบรรยาย*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- เสรี พงศ์พิศ. 2549. *ปรัชญาชีวิต คตินอกกรอบ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ขมจินดา. 2540. *กฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพฯ : วิญญูชน.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สันต์ หัตถิรัตน์. 2521. *การดูแลผู้ป่วยหมดหวัง*. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์การพิมพ์.
- สุพล บุญมาเลิศ. 2547. *อัลกรูอานพร้อมความหมายภาษาไทย*. กรุงเทพฯ : ประสานมิตร.
- อรุณ บุญชม และมัรวาน สะมะอูน. ม.ป.ป. *หะดิษซอเฮียะฮฺ*. กรุงเทพฯ : ศ.วงศ์เสงี่ยม.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. 2547. *การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- _____. 2547. *สุขภาวะจิตวิญญาณผ่านผู้รู้*. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- องอาจ นัยพัฒน์. 2549. *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หจก.สามลดา.

บทความจากวารสาร

- จอม สุวรรณโณ. 2541. ผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*. 47(3), 147-157.
- ประณีต ส่วงวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. 2543. ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*. 15(2), 12-14.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2, 84-93.
- _____. 2546. การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*. 9(2), 156-165.

บทความจากหนังสือ (หนังสือรวมเรื่อง)

- เกษินี เพชรศรี. 2549. ผู้ป่วยประสาตคล้ายกรรมกับ Palliative Care. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*, ลักขมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. หน้า 106-110. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2550. คีตสันทรียภาพให้สุขภาพ. ใน *คีตสันหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 29-39. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- จำลองดิษยวณิช. 2547. Psychosocial Support in Palliative Care. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*, ลักขมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. หน้า 63-72. กรุงเทพฯ : โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- ชยันต์ วรรณะภูติ. 2544. ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*, อุทัย คุลยเกษม, บรรณาธิการ. หน้า 45-108. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ชยันต์ วรรณะภูติ. 2544. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*, อุทัย คุลยเกษม, บรรณาธิการ. หน้า 267-340. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ดำรง แวอาลี. 2547. ความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาในทัศนะอิสลาม. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*, ดำรง แวอาลี, บรรณาธิการ. หน้า 7-13. กรุงเทพฯ : โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- ประเวศ วะสี. 2550. จุดเปลี่ยนกระบวนการทัศน์สุขภาพไทย. ใน *คีตสันหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 6-11. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- พระไพศาล วิสาโล. 2550. สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม. ใน *คีตสันหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 12-28. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- _____. 2550. ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ. ใน *คีตสันหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 40-52. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- กุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. 2550. ใน Psychiatric Assessment and Management in Palliative Care. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care Improving Care of The Dying*, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ, บรรณาธิการ. หน้า 78-99. กรุงเทพฯ : บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วรัญญา เพ็ชรคง. 2550. ทศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. ใน *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต*, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ. หน้า 235-255. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. 2549. การประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน *การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*, ลักษณ์มี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. หน้า 136-144. สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์.
- สุภางศ์ จันทวานิช. 2544. วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*, อุทัย ดุลยเกษม, บรรณาธิการ. หน้า 159-210. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. 2551. เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง: การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย*, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. หน้า 30-33. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิญญา รพีพัฒน์. 2544. การศึกษาและการวิเคราะห์ชุมชนในการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*, อุทัย ดุลยเกษม, บรรณาธิการ. หน้า 109-158. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. 2550. พลังของความเป็นมนุษย์. ใน *คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 3-5. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- _____. 2550. Humanize Healthcare Model ใน *คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, บรรณาธิการ. หน้า 141-150. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (พรพ.).
- อมรา พงศาพิชญ์. 2544. การกำหนดกรอบคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใน *การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนา*, อุทัย ดุลยเกษม, บรรณาธิการ. หน้า 13-44. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- อรัญญา ชาวลิต. 2547. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*, ลักษณ์มี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. หน้า 147-165. กรุงเทพฯ : โอเอส พรินติ้งเฮาส์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อาคิส พิทักษ์कुมพล. 2547. ชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*,
ลักษมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. หน้า 91-100. กรุงเทพฯ : โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์.
- อวยพร สมใจ. 2549. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไทยพุทธ. ใน *การดูแลผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายการดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต*, ลักษมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ.
หน้า 126-129. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- Scott Louis Diering. 2550. Love your patients. ใน *คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ*, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล,
บรรณาธิการ. หน้า 53-69. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
(พรพ.).

เอกสารประกอบการประชุม สัมมนา

- ประคอง อินทรสมบัติ. 2551 “ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับความต้องการการดูแล” ใน *เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การเจ็บป่วยเรื้อรัง : การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย*. 13-18.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. 2551. “ผลกระทบการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว” ใน *เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการเรื่อง การเจ็บป่วยเรื้อรัง : การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย*. 19-29. ภาควิชาพยาบาล
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

หนังสือแปล

- เชค अबดุลลอฮ์ บิน अबดุลเราะฮมาน อัลญะบะรอฮนุ. 2548. *ศพและขั้นตอนต่างๆ ในการทำศพ*.
แปลจากเรื่อง *الميت تغسيله وتكفينه والصلاة عليه ودفنه* แปลโดย มยุรา วงศ์สันต์.
กรุงเทพฯ : สภายุมุสลิมโลก สำนักงานประเทศไทย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

หนังสืออ้างอิง

ปัทมาพร จิระตราฐ .2549 . ที่ระลึกงานฉาบปกกิจศพ นายไพโรจน์ จิระตราฐ. ตีพิมพ์ : โรงพิมพ์ กว๊องว่า.

ราชบัณฑิตยสถาน. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. 2546.* กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชั่นส์.

สอ เสถบุตร. *NEW MODEL ENGLISH-THAI DICTIONARY.2544.* กรุงเทพฯ : บริษัท โรงพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช.

วิทยานิพนธ์ภาษาไทย

กัญญา สุทธิพงศ์. 2548. การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระยะสุดท้ายของชีวิต : การตัดสินใจเชิงจริยธรรมและความคับข้องใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กัลยา แซ่ชิต. 2547. ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กำไล สมรภัย. 2545. ประสพการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กฤษณา เฉลียวศักดิ์. 2545. ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสพการณ์ของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิรายุ เนื่อน้อย. 2548. การตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาลระยะสุดท้ายของชีวิต . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จิตศิริ ปรียวณิชช์. 2548. ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา คำเกลี้ยง. 2548. การให้ความสำคัญและการรับรู้ต่อการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลและผู้ป่วยสูงอายุมุสลิม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชมลวรรณ แก้วกระจก. 2550. การสอนการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ภาควิชาได้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุบผา ชอบใจ. 2536. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญจันทร์ ฉุ่มยอง. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยูโลน เกอหีม. 2541. มนุษย์ในอิสลาม : ศึกษาวิเคราะห์ปฐมกำเนิดของมนุษย์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาปรัชญา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
- วศินี สมศิริ. 2548. ประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส). วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนิดา ชูช่วย. 2547. ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วงรัตน์ ใสสุข. 2544. ความต้องการด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมนันทน์ สุขสม. 2547. ประสบการณ์พยาบาลแบบองค์รวมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลิดารัตน์ สมัครสมาน. 2550. ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพิศ สงนวล. 2549. ประสบการณ์การเยียวยาจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจินต์ ไทยกลาง. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของกลุ่มสมรสจากการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มสมรสผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุธิสา เต็มทับ. 2548. อิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. 2544. ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรอุษา ชูบุรี. 2539. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตามความคาดหวังของผู้ดูแลและพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ข้อมูลจากเอกสารออนไลน์

พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช). 2552. ประเภทของเจตสิก. มหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. http://www.buddhism-online.org/Section04A_01.htm (19 มกราคม 2552).

ทวี สุขสมโภชน์. 2552. ประเภทของจิต. มหาวิทยาลัย มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. www.buddhism-online.org/Section03B_01.htm (19 มกราคม 2552).

หนังสือภาษาอังกฤษ

A P Cowie. 1989. *Oxford advanced learners dictionary of current*. 4th ed. English Oxford : Oxford University Press.

Backer, Babara A. Hannon, Natalie R. and Russell, Noreen A. 1994. *Death and dying: Understanding and care*. Canada : Delma Publishers Inc.

Baergen, Ralph. 2001. *Ethics at the end of life*. Montreal : Wadworth Pub Co.

Kinzbrunner, Barry M. Weinreb, Neal J. and Policzer, Joel S. 2002. *20 Common Problems End Of Life Care*. New York : McGraw-Hill.

Lincoln, Y. S. & Guba, E.G. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage .

Longman. 1991. *Longman dictionary of contemporary English*. 3rd ed. Spain : Longman.

Van Manen, M. 1990. *Researching lived experience : Human science for an action Sensitive pedagogy*. Michign : Edwards Brothers.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวไหมมูนิะ คลังห้อง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาล ส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบสัมภาษณ์ เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุดซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำเป็นต้องใช้เทปบันทึกเสียงประกอบทุกครั้ง โดยจะใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที เพื่อความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล จะมีการเก็บเทปบันทึกเสียงไว้เป็นความลับ นำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ชื่อที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะเป็นชื่อที่สมมุติขึ้น และหากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเพื่อวัตถุประสงค์ใด จะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ ระยะเวลาของการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะแจ้งกับผู้ให้ข้อมูลทราบระยะเวลาที่แน่นอน โดยตกลงร่วมกันและเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามที่ท่านต้องการ และขณะสัมภาษณ์ หากท่านมีความรู้สึกกระตือรือร้นหรือเหนื่อยจะหยุดการสัมภาษณ์ หากว่าท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการร่วมวิจัยก็สามารถปฏิเสธได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากขณะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือ โทรศัพท์หมายเลข 086-5976711 ตลอดเวลา โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวไหมมูนิะ คลังห้อง
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้เข้าใจการพิทักษ์สิทธิของตนเองในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และไม่มีผลใดๆ กับข้าพเจ้าหากข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากการกระทำและคำชี้แจงของผู้วิจัยยังไม่เป็นที่พอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิแจ้งต่อประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โทร.074-451100) หรือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (โทร.074-451010) ได้ และหากข้าพเจ้าเกิดความ คับข้องใจระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย พยาน

วัน เดือน ปี.....

วัน เดือน ปี.....

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. อายุ.....
2. เพศ.....
3. อาชีพ.....
4. รายได้ต่อวัน/เดือน.....
5. ความเพียงพอของรายได้.....
6. สถานภาพสมรส.....
7. จำนวนบุตร.....
8. ระดับการศึกษา.....
9. ภูมิลำเนา.....
10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
11. ระยะเวลาในการดูแล.....
12. ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว.....
13. จำนวนผู้ดูแลหรือผู้ทำหน้าที่แทนในบางโอกาส.....
14. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล.....
15. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

1. เพศ.....
2. อายุ.....
3. สถานสมรส.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้.....
7. ความเพียงพอของรายได้.....
8. จำนวนบุตร.....
9. ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก.....
10. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....
11. ชื่อวินิจฉัยโรค.....

12. การรักษา.....
13. การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งระยะสุดท้าย.....
14. สภาพทั่วไปของผู้ป่วย
15. ความสามารถในการดูแลตนเอง.....

3. แนวคำถามเกี่ยวกับสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยแบ่งชุดคำถามออกเป็น 3 ชุดคำถาม

ชุดคำถามที่ 1 ภาวะโรคของผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแลอย่างไร

1. ท่านรู้สึกอย่างไรกับคำว่า “มะเร็งระยะสุดท้าย”
.....
2. อาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นส่งผลต่อความรู้สึกของท่านอย่างไร
.....
3. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้
.....
4. ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความเครียดหรือไม่อย่างไร ถ้ามี ท่านจะปรึกษาใครหรือ หาทางออกอย่างไร
.....
5. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับความตายที่อาจมาถึงผู้ป่วยในความดูแลของท่านในไม่ช้านี้
.....
6. การรับรู้ว่าคุณป่วยในความดูแลของท่านป่วยเป็นมะเร็งมีผลต่อความหวังและกำลังใจของท่านอย่างไร
.....

ชุดคำถามที่ 2 ภาวะโรคของผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างไร

1. ในระหว่างที่ท่านดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้มีเรื่องราวที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกเครียด อึดอัดใจและรู้สึกเป็นทุกข์หรือไม่อย่างไร
.....
2. ท่านมีปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร ถ้ามีโปรดระบุ
.....
2. เมื่อประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยท่านเผชิญกับเรื่องราวเหล่านั้นอย่างไร
.....
3. ท่านเห็นว่าโรคที่ผู้ป่วยในความดูแลของท่านเป็นนั้นมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นอย่างไร
.....

4. สิ่งที่ท่านต้องการมากที่สุดในช่วงเวลานี้คืออะไรและเพราะเหตุใดท่านจึงต้องการสิ่งนั้น

.....

5. อาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยของท่านอย่างไร

.....

6. ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในความดูแลของท่านอย่างไร

.....

7. ในทัศนะของท่านคิดว่าใครคือบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและเพราะเหตุใด

.....

ชุดคำถามที่ 3 ความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลอย่างไร

1. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ด้านศาสนาอิสลามในระดับใด

.....

2. ท่านคิดว่าหลักคำสอนในศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไร

.....

3. ท่านได้นำหลักคำสอนในศาสนาอิสลามมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร

.....

4. ตลอดช่วงเวลาที่ท่านดูแลผู้ป่วยชีวิตของท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

.....

5. การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อการศึกษาของศาสนาของท่านหรือไม่อย่างไร

.....

6. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากใคร มีใครในชุมชนหรือไม่ที่เป็นที่พึ่งของท่านในการดูแลผู้ป่วย

และในกรณีเกิดความคับข้องใจ ท่านจะปรึกษาผู้นำทางศาสนา หรือ คนครอบครัว หรือหาคำตอบเองจากคัมภีร์

.....

เมื่อถึงภาวะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ท่านคิดว่าท่านสามารถนำพาผู้ป่วยให้เผชิญความตายอย่างสงบตามหลักศาสนาอิสลามได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้ เพราะเหตุใด

.....

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field notes)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....ครั้งที่.....

ชื่อ (สมมุติ)

วันที่สัมภาษณ์.....

สถานที่.....

1. สิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิธีการ และเทคนิคที่ใช้ในการสัมภาษณ์

.....
.....
.....
.....

2. บรรยากาศของการสัมภาษณ์ และปฏิกิริยาของผู้ให้สัมภาษณ์

.....
.....
.....
.....

3. ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์

.....
.....
.....
.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยและเนื้อหา

1. ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานันต์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณกานดาวัศรี ตูลาธรรมกิจ พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. อาจารย์มัสนัน มาหะมะ รองอธิการบดี ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา

ภาคผนวก จ

ดัชนีพระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน

ซูเราะฮ์ที่	ซูเราะฮ์	อายัดที่	หน้าใน วิทยานิพนธ์	ซูเราะฮ์ที่	ซูเราะฮ์	อายัดที่	หน้าใน วิทยานิพนธ์
2	อัลบาคอเราะฮ์	4	35	13	อัลเราะอู	11	32
2	อัลบาคอเราะฮ์	156	45	23	อัลมุมีนูน	12-14	28
2	อัลบาคอเราะฮ์	165	30	23	อัลมุมีนูน	12-16	41
2	อัลบาคอเราะฮ์	177	27	23	อัลมุมีนูน	13	18
2	อัลบาคอเราะฮ์	177	35	23	อัลมุมีนูน	16	29
2	อัลบาคอเราะฮ์	155-156	33	31	อัลมุมีนูน	43	43
3	อาลิอิมรอน	31	31	34	อัลมุมีนูน	100	30
3	อาลิอิมรอน	145	42	35	ลูกมาน	34	43
3	อาลิอิมรอน	145	45	36	สะบะอ์	21	35
3	อาลิอิมรอน	185	41	42	ฟาฏีร์	11	43
4	อันนิซาอ์	78	40	50	ยาซีน	79	29
5	อัลมาอิดะฮ์	54	31	50	อัลซุรอ	53	27
6	อัลอันอาม	2	36	63	ก้อฟ	11	42
6	อัลอันอาม	2	43	82	ก้อฟ	19	28
6	อัลอันอาม	61	42	86	อัลมุนาฟิฏน	11	42
9	อัตเตาบะฮ์	24	31		อัลอินฟิฏอ์	10	32
					อัลญอริก	4	32

หมายเหตุ : วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีตัวบทพระมหาคัมภีร์อัลกุรอานจึงขอให้จัดวางในที่สูงหรือที่อันเหมาะสม

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ให้สัมภาษณ์

ก๊ะโชรยา, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วยอาคารเย็น
ศิริระ วัดโคกนาว, เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม, 16, 20 มิถุนายน, 7 ตุลาคม 2552 และ 16
มกราคม 2553.

ก๊ะคะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็นศิริระ
วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม, 23 พฤศจิกายน, 15
ธันวาคม 2551, 18 มกราคม และ 3 ตุลาคม 2552

ก๊ะตา, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็นศิริระ
วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 5 มีนาคม, 2 และ 9 เมษายน, 13
พฤษภาคม, 2 มิถุนายน และ 14 กรกฎาคม 2552.

ก๊ะเมาะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็น
ศิริระ วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 3, 24 มิถุนายน, 26 สิงหาคม
และ 7 ตุลาคม 2552.

ก๊ะยะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่หอพักผู้ป่วย อาคารเย็นศิริระ
วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 1, 17, 28 ธันวาคม 2552. และ 4
มกราคม 2553

ก๊ะเยาะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็น
ศิริระ วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม, 24 มิถุนายน,
22 กรกฎาคม, 16 กันยายน และ 8 ตุลาคม 2552.

แบเซ็ง, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็นศิริระ
วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน, 10 ธันวาคม 2551
และ 6 มีนาคม, 3 เมษายน, 9 เมษายน และ 4 ตุลาคม 2552.

แบเลาะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็น
ศิริระ วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 6 และ 7 มีนาคม, 14 พฤษภาคม
และ 5 ตุลาคม 2552.

อาเยาะห้, เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, ไหมมูนิะ คลังซ็อง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่อาคารที่พักผู้ป่วย อาคารเย็น
ศิริระ วัดโคกนาว, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, บ้าน เมื่อวันที่ 1, 22 กรกฎาคม, 5 และ 28
ตุลาคม 2552.

ภาคผนวก ข

ประมวลภาพการลงพื้นที่

แบะเซ็ง





แบเลาะห์



อาเยะหี



ก๊ะเยาะห์



ก๊วยฮะห์



กะเมาะห์





๗
กะตา





เกาะดะห์



ภาพทุกภาพในงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อเอื้อเพื่อเป็นวิทยาทาน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวไหมมูณีะ คลังซ็อง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4911121052

วุฒิการศึกษา

วุฒิ ชื่อสถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2539

วิทยาเขตหาดใหญ่

ทุนการศึกษาที่ได้รับในระหว่างการศึกษา

ทุนกองทุนวิจัย คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทุนอุดหนุนการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

หน่วยบริการปฐมภูมิ ตึกเฉลิมพระบารมี ชั้น 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา รหัสไปรษณีย์ 90112

การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงาน

ไหมมูณีะ คลังซ็อง. 2553. สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. การประชุมเพื่อนำเสนอผลงานทางวิชาการ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2553) เรื่อง “สหศาสตร์เพื่อสร้างสรรค์สังคมมาดानी: หลักการและการปฏิบัติ” ห้องประชุมชั้น 3 คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา. 25 เมษายน 2553.

ไหมมูณีะ คลังซ็อง. 2553. ความเชื่อทางศาสนาอิสลามกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในสังคมที่เปลี่ยนแปลง (Nursing in Changing Society) โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่ จัดโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 28 เมษายน 2553.

ไหมมูณีะ คลังซ็อง. 2553. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแล. วารสาร โรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ