ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

Nurses' Experiences of Caring for Critically Ill Muslim Patients at the End of Life

สุภัสสรา ชูช่อ

Supassara Chuchor

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Prince of Songkla University

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ผู้เขียน นางสาวสุภัสสรา ชูช่อ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุ่งสิ้นระยะสุดท้าย

ผู้เขียน นางสาวสุภัสสรา ชูช่อ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายถึงประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุ่งสิ้นระยะสุดท้ายและผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจำนวน 12 รายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวนมาเนน (van Manen, 1990)

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลได้สะท้อนความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุ่งสิ้นระยะสุดท้ายใน 2 ลักษณะคือ 1) การดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคไปในทางที่แย่ลงไม่มีความหวังในการรักษา 2) การเจ็บป่วยกะทันหันและญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวทำใจมาก่อน

2. พยาบาลสะท้อนความหมายของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุ่งสิ้นระยะสุดท้ายใน 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ 2) การดูแลตามสิทธิ์ผู้ป่วยควรได้รับ 3) การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก 4) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุ่งสิ้นระยะสุดท้ายความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านบวกมี 4 ลักษณะ คือ 1) สบายใจที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์ 2) รู้สึกดีที่ได้ผ่อนคลายความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) ภูมิใจที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด 4) ไม่เครียดจากการรับรู้ความคาดหวังของญาติ ส่วนความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านลบ คือ 1) สงสารที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ 2) เป็นความเคยชินเพราะต้องสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา 3) ขัดใจไม่แน่ใจในการดูแล

4. พยาบาลได้ สะท้ อนให้ เห็นถึ งอุ ปสรรคในการดู แลผู้ป่ วยระยะสุ ดท้ าย 6 ลั กษณะ คื อ1) ประเมิ นไม่ ได้ ว่ าผู้ ป่ วยจะตายเมื่ อใด 2) ญาติ มาเฝ้ าไม่ ใช่ บุ คคลที่ จะตั ดสิ นใจ 3) ข้ อจำ กั ดของระบบงาน 4) ไม่ มี การสนั บสนุ นในการปฏิ บั ติ ตามหลั กพุ ทธศาสนา 5) การสื่ อสารกั บญาติ ผู้ ป่ วยมุ สลิ มไม่ มี ประสิ ทธิ ภาพ 6) ขาดความรู้ ความเข้ าใจในการดู แลผู้ ป่ วยวิ กฤตมุ สลิ มระยะสุ ดท้ าย

5. ความต้ องการการสนั บสนุ นในการดู แลผู้ ป่ วยวิ กฤตมุ สลิ มระยะสุ ดท้ ายอย่ างมี ประสิ ทธิ ภาพโดย 1) การทำ งานร่ วมกั นเป็ นที มสหสาขาวิ ชาชี พ 2) แนวทางในการประเมิ นผู้ ป่ วยระยะสุ ดท้ าย 3) การแสดงเจตจำ นงในระยะสุ ดท้ าย 4) การสนั บสนุ นได้ แก่ การจั ดระบบงานเพื่ อช่ วยลดภาระงาน การจั ดสถานที่ ที่ เหมาะกั บการดู แลผู้ ป่ วยระยะสุ ดท้ าย การฝึกประสบการณ์ 5) การดู แลให้ ผู้ ป่ วยได้ ปฏิ บั ติ กิ จกรรมทางศาสนาตามความเชื่ อ 6) การพั ฒนาการสื่ อสารกั บครอบครั ว ผู้ ป่ วยมุ สลิ ม 7) การกำ หนดแนวปฏิ บั ติ ผู้ ป่ วยวิ กฤตมุ สลิ มระยะสุ ดท้ ายของพยาบาล

การศึ กษาครั้ งนี้ สามารถใช้ เป็ นข้ อมู ลพื้ นฐานในการพั ฒนาคู่ มือการดู แลผู้ ป่ วยวิ กฤตมุ สลิ มระยะสุ ดท้ ายและครอบครั ว เพื่ อให้ ผู้ ป่ วยได้ รั บการดู แลทั้ งทางกายและจิ ตใจ ครอบคลุ มการตอบสนองทางจิ ตวิ ญญาณ โดยการให้ คุ ณค่ าและการเคารพในความแตกต่ างทางด้ านวั ฒนธรรมตามความเชื่ อทางศาสนาสามารถใช้ เป็ นแนวทางพั ฒนาคุ ณภาพการดู แลผู้ ป่ วยวิ กฤตมุ สลิ มระยะสุ ดท้ ายของพยาบาลให้ ดี ยิ่ งขึ้ น

Thesis Title	Nurses' Experiences of Caring for Critically Ill Muslim Patients at the End of Life
Author	Miss Supassara Chuchor
Major program	Nursing Science
Academic Year	2010

ABSTRACT

This phenomenological study aimed to describe and explain nurses' experiences in providing care for critical ill Muslim patients at the end of life. Informants included 12 professional nurses working at the Intensive care unit, the surgical ward unit and the medical ward unit of hospital. The informants were selected using purposive sampling method. The data were collected through individual in-depth interviews, and analyzed using van Manen's guideline.

The results of study revealed that:

1. Nurses described the meaning of critically ill Muslim patients at the end of life in two ways: 1) their disease was progressive and the prognosis poor with no hope for successful treatment, 2) they had acute illness and the patients' relatives might not yet be ready to accept the end.

2. Nurses described the meaning of caring as: 1) caring for the patient like their relative, 2) providing care appropriate to the patients' rights, 3) giving care by letting the patient be with their loved ones, and 4) caring for the patient in a humanitarian way.

3. Nurses reported both positive and negative impacts as a result their feeling towards caring for the patients. Positive feelings were: 1) happiness with their part in the patients' relatives reading the Quran, 2) feeling good during this end-of-life period including letting the patients be with their loved one, 3) pride in taking best care of the patients, and 4) lack of stress as the patients' relatives could accept the reality. Negative feelings were: 1) being sympathetic about not being able to respond according to the patients' belief, 2) being used to the situation because it was a common experience for them, 3) being uneasy and unsure about the care.

4. The informants reported obstacles and impacts in caring for Muslim patients at the end of life as: 1) not being able to assess when the end would come, 2) the patients' relatives being involved in decision-making, 3) limitation of work style 4) was planning the appropriate responses according to the patients' religious beliefs, 5) poor quality of communication with the Muslim patients' relatives, and 6) lack of a guideline for caring for Muslim patients at the end of life.

5. Nurses needs included: 1) an integrated care plan, 2) a guideline for assessment of patients at the end of life, 3) a living will, 4) a management working system suitable for the care of end-of-life patients, 5) the ability to perform religious practices according to the patients' belief, 6) improved with communication patients' relatives, and 7) a guideline for nurses to provide holistic care for critically ill Muslim patients at the end of life.

The results of the study revealed significant information regarding both the physical and psychological care of Muslim patients at the end of life. Paying attention to the differences in culture and beliefs allowed this study to provide directions and suggestions for improving the quality of care for the critical ill Muslim patients at the end of life and their families.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือให้คำแนะนำเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ศึกษาผู้เชี่ยวชาญ ดร.เพลินพิศฐานิวัฒนานนท์และผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.วรรณมานะสุรการที่ได้ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะชี้แนะแนวทางและแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์รวมทั้งให้กำลังใจและช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมาผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่งและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ช่วยให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้นมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์หัวหน้าและพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย2พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักและพี่น้องผู้ร่วมงาน ณ หอผู้ป่วยหนักทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกอำนวยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่พี่น้องและภัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้ที่คอยเสริมสร้างเติมให้ความรักกำลังใจและทั้งทุกพลังที่ทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการทำวิจัยครั้งนี้ความรู้และคุณประโยชน์ใดอันพึงมีจากงานวิจัยขอจงบังเกิดผลในทางสร้างสรรค์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสุขภาพและบุญกุศลแก่ผู้ให้บริการที่มีจิตกรุณาทุกท่าน

สุภัสสรา ชูช่อ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(10)
รายการภาพประกอบ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	5
กรอบแนวคิด	5
นิยามศัพท์	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับการมีชีวิตและการตายตามวิถีมุสลิม	7
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย	30
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
สถานที่ศึกษา	42
บริบทของการศึกษา	42
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	47

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล 51
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล 53
การวิเคราะห์ข้อมูล 54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล 58
ผลการวิจัย 58
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 58
ส่วนที่ 2 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล 60
ส่วนที่ 3 ประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุด 63
การอภิปรายผล 104
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 117
สรุปผลการวิจัย 117
ข้อเสนอแนะ 118
บรรณานุกรม 120
ภาคผนวก 129
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล 130
ข แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก 131
ค ตัวอย่างการจัดการข้อมูล 134
ง ตัวอย่างการเขียนบันทึกส่วนตัว 135
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 138
ประวัติผู้เขียน 139

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้ อมู ลทั ่วไปของผู ้ให้ ข้ อมู ล	59

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	สรุปประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท	116

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤต มีเป้าหมายหลักโดยทั่วไปในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการรักษา (เอกรินทร์และไชยรัตน์, 2□□1; Byock, 2006) และผู้ป่วยวิกฤตส่วนหนึ่งที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรง อาการของผู้ป่วยทรุดลงเรื่อยๆ ไม่สามารถคืนสู่สภาพเดิมได้ และเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยเพียง เพื่อให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเหล่านี้มักจะทนทุกข์ทรมานจากการรักษา (Fass, 2003; Kongsuwan & Locsin, 2011)

เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันไม่คาดคิดมาก่อนทำให้ปัญหาที่มักพบในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ รูปแบบการทำงานของทีมสุขภาพปฏิบัติในการดูแลแตกต่างกัน การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Levy & McBride, 2006) นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคที่ไม่แน่นอน ขีดความสามารถในการรักษายังคงมีขีดจำกัด ประกอบกับวัฒนธรรมในการรักษามุ่งเน้นการช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นหลักทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลไม่มีประสิทธิภาพ (Curtis, 2000; Edmond & Roger, 2003) และการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามักเกิดขึ้นโดยยึดตามความต้องการของแพทย์มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006)

จากปัญหาดังกล่าว จึงมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นไปด้วยความสงบและเคารพในความเป็นมนุษย์ สำหรับความสงบนั้นควรเกิดทั้งในระดับของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว ทีมผู้ดูแลและสังคม (พรเลิศ, 2□□0; Fass, 2003) อย่างไรก็ตามปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแตกต่างกันตามพื้นฐานของบุคคล การแสดงออกภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ เจตคติ ศาสนา การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน (Ciccarello, 2003) เนื่องจากศาสนามีส่วนในการกำหนดความคิดเกี่ยวกับความตาย และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Jonseb, Siegler, & Winslade, 2002; Lo et al., 2002) ดังนั้นปัจจัยทางด้านศาสนา คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญ เกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย (Sullivan, Muskin, Feldman, & Hase, 2004)

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรอายุ 1 ปีขึ้นไป จำแนกตามศาสนาโดยมีประชากรที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 9 ศาสนาอิสลามร้อยละ 4 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 1 ไม่รวมผู้มีอายุ 1 ปีขึ้นไปที่นับถือศาสนาอื่นๆ ได้แก่ ฮินดู พราหมณ์ ขงจื้อ และผู้ไม่มีศาสนา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) อย่างไรก็ตาม พบว่าประชากรชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่หนาแน่นโดยเฉพาะในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เนื่องจากการให้คุณค่าและความเชื่อที่แตกต่างกันมีส่วนในการกำหนดความคิดเกี่ยวกับความตาย และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต่างกัน (Jonseb et al., 2002; Lo et al., 2002) ปัจจุบันจึงยังคงพบประเด็นปัญหาทางด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

ศาสนาอิสลาม มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิตตั้งแต่การเกิด การเจ็บป่วย และการเสียชีวิต เป็นศาสนาที่ยืนหยัดในหลักการ หลักคำสอน และหลักปฏิบัติอย่างเคร่งครัดแต่ยืดหยุ่นได้อย่างมีเงื่อนไข โดยศาสนาและความเชื่อต่างๆ เป็นธรรมนูญแห่งชีวิต จึงส่งผลให้แนวทางตามหลักศาสนาอิสลามมีความแตกต่างจากศาสนาอื่น โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Cheraghi, Payne, & Salsali, 2008) เนื่องจากศาสนาอิสลามถือว่าความตายเป็นจุดหมายปลายทางของการเดินทางจากชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ เปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่ชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็นชีวิตที่นิรันดร์ การตายในทรรศนะอิสลามไม่ได้เป็นความทุกข์ หรือการเพิ่มทุกข์ แต่เป็นการกลับไปสู่พระเป็นเจ้า ดังนั้น ความปรารถนาสูงสุดของมุสลิม คือ ความต้องการสิ้นชีวิตด้วยความสงบ (ดำรง, 2551) ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมุสลิมอาจตัดสินใจปฏิเสธการรักษา และเลือกที่จะไม่ยื้อชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของนิการีหม๊ะ (2547) การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การตัดสินใจในระยะสุดท้ายตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการตัดสินใจในสถานการณ์ที่กำหนดในลักษณะที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยุติการรักษาและปัจจัยด้านศาสนาอิสลามมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจในทุกสถานการณ์มากที่สุด

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในภาวะดังกล่าว ยังคงพบข้อร้องเรียน และความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้รับบริการอยู่เป็นระยะ แสดงให้เห็นถึงการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือยังไม่สามารถผสมผสานขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อที่ผู้ป่วยหรือญาติยึดถือสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ (2552) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ว่าได้รับการดูแลด้านจิตวิญาณในระดับสูง แต่พยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายตามความต้องการของญาติได้

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความท้าทายของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายซึ่งมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทั่วไป การดูแลภายใต้ความเชื่อของหลักศาสนา โดยเน้นการดูแลส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และสมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ ดังการศึกษาของอรรถยา (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก มีระดับพฤติกรรมการดูแลโดยการให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ การรับฟังและพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วยน้อยกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอาจแตกต่างกัน ซึ่งการให้การดูแลในประเด็นดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการฝึกอบรมหรือประสบการณ์ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังการศึกษาของอรพรรณ (2551) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอธิบายลักษณะผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยหนัก 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่า ไม่สามารถช่วยชีวิตได้ 2) มีการเปลี่ยนแปลงอาการและการแสดงทางกาย ซึ่งเป็นการอธิบายลักษณะผู้ป่วยใกล้ตายโดยรวมไม่ได้ชี้เฉพาะถึงผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ส่วนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน 2) ดูแลญาติอย่างคนสำคัญที่สุดของผู้ป่วย และ 3) ดูแลจิตใจตนเองเมื่อพร้อม และปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย การดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากในการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และพยาบาลให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาของตนเอง ไม่ได้ให้รายละเอียดของการปฏิบัติและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเฉพาะ และการศึกษาของวราภรณ์ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการให้ความหมายของการตายอย่างสงบซึ่งผลการศึกษา พบว่า พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการตายอย่างสงบโดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายให้ได้เสียชีวิตอย่างสงบ อย่างไร

ก็ตามยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาลจึงเป็นที่น่าสนใจว่าท่ามกลางภาวะวิกฤตและความแตกต่างกันตามพื้นฐานของบุคคลภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ คุณค่าการดำรงชีวิตของชาวไทยมุสลิม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการยึดเหนี่ยวความทุกข์ในใจคนด้วยความเชื่อทางศาสนา พยาบาลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างไร ให้การปฏิบัติดูแลอย่างไร และอะไรเป็นอุปสรรค และมีความต้องการการสนับสนุนอย่างไรที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญา ว่าด้วยการตีความ แปลความ หรือให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา เน้นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ มุ่งความสนใจไปที่การทำความเข้าใจในการให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงทำให้เกิดความเข้าใจในการให้ความหมายของคนต่อประสบการณ์นั้นๆ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าผู้ที่จะรู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกในสังคมนั้น (วิณา, 2 47ก; วิณา, 2 47ข) ช่วยสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง การทำความเข้าใจปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายตามการรับรู้และการให้ความหมายของพยาบาล ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และการดูแลในบริบทวัฒนธรรมมุสลิม ตั้งอยู่บนฐานของความเคารพกันท่ามกลางความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรมเป็นหัวใจของความสำเร็จในการสร้างศรัทธาต่อชุมชนของโรงพยาบาล ช่วยให้บริการด้านสุขภาพมีคุณภาพเป็นการบริการที่ใส่ใจหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เป็นที่ไว้วางใจ น่าเชื่อถือ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. พยาบาลรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างไร
2. พยาบาลให้ความหมายประสบการณ์ของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างไร
3. พยาบาลมีความรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย
4. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของพยาบาลมีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร และมีความต้องการการสนับสนุนอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology) มาเป็นกรอบแนวคิดของระเบียบวิธีวิจัย (Koch, 199□)ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อบรรยาย และอธิบายความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมุ่งให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความจริงตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติดูแลในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาล ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยตรง เป็นผู้ที่รับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่พยาบาลผู้นั้นประสบมา

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หลักศาสนาอิสลาม ความเชื่อเรื่องความตายในสังคมและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม ครอบคลุมนิยามความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล

ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างละเอียด ครอบคลุม ชัดเจนและถูกต้องมากที่สุด

นิยามศัพท์

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย หมายถึง การให้ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความหมายของการดูแลที่ครอบคลุมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึก รวมทั้งอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ที่พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต และอยู่ในระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในบริบทวัฒนธรรมและวิถีมุสลิม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ตามความเป็นจริงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งในบริบทหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยศึกษาจากพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 ปี และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างน้อย 3 ราย ในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล โดยช่วยในการกำหนดแนวทางการจัดการรูปแบบการบริการ การบริหารและการจัดการศึกษา รวมทั้งการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม และมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบริบทของสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตและหลักการของศาสนาอิสลาม ความแตกต่างทางด้านความเชื่อ การให้คุณค่าที่แตกต่างกันของพยาบาลส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการมีชีวิตและการตายตามวิถีมุสลิม
   1.1 ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม
   1.2 ความเจ็บป่วยและทรรศนะคติเกี่ยวกับความตายของมุสลิม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย
   2.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย
   2.2 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับการมีชีวิตและการตายตามวิถีมุสลิม

ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลาม มาจากคำว่า อัสละมะ ซึ่งมีความหมายว่า การนอบน้อม การยอมจำนนโดยสิ้นเชิง ในที่นี้หมายถึง การนอบน้อมและยอมจำนนต่อพระเจ้า (อัลลอฮ์) (Ott, Al-Khadrudi & Al-junaibi, 2003) และมุสลิมเป็นบุคคลที่นับถือศาสนาอิสลาม การดำเนินชีวิตของมุสลิมล้วนเกิดจากความเชื่อ ความศรัทธาในอัลลอฮ์และสะท้อนให้เห็นจากความคิด การกระทำ วิถีการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Carter & Rashidi, 2003)

หลักศาสนาอิสลามเน้นความศรัทธาในพระเจ้า คำสั่งสอนของพระเจ้าที่ได้ประทานแก่ท่านนบีมูฮำหมัดศ็อลฯ ในฐานะสนทูตของพระเจ้า (อัลลอฮ์) ไปเผยแพร่แก่มนุษยชาติได้ถือปฏิบัติ

โดยมีคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นแม่บทหลักที่ชี้แนวทางในการปฏิบัติของมุสลิม ซึ่งหลักศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติที่ประกอบด้วย หลักศรัทธา 6 ประการ หลักปฏิบัติ 5 ประการ และหลักจริยธรรม ดังนี้ (Rassool, 2000)

หลักศรัทธา (รูกนอีหม่าน)

หลักศรัทธาเป็นเสมือนหัวใจของการนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมจะละเว้นข้อใดไม่ได้ โดยเน้นความศรัทธาในพระเจ้าเป็นพื้นฐานสำคัญ สำหรับมุสลิมทุกคนศรัทธาทำให้เกิดคุณค่าในชีวิตและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองตามมา รวมถึงหลักศรัทธาอื่นๆ ดังนี้ (อิมรอนและอลีย์, 2543; อับดุลเลาะ, 2542)

1. การศรัทธาในพระอัลลอฮ์ คือ ศรัทธาว่าพระเจ้ามีจริง และมีเพียงพระองค์เดียวเป็นผู้ทรงอำนาจ ทรงบันดาลทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นผู้ทรงเมตตากรุณา เป็นผู้ทรงรอบรู้ ทรงเห็นและทรงได้ยินทุกสิ่งทุกอย่างทั้งในที่ลับและที่แจ้ง เป็นผู้สร้างมนุษย์ขึ้นในโลก โดยกำหนดเวลาเกิด เวลาตายไว้ให้แล้ว มนุษย์มีหน้าที่ต้องเคารพ ศรัทธา สักการะอัลลอฮ์ด้วยการทำความดี ศาสนาอิสลามจึงสอนให้มนุษย์ระลึกถึงความตายอยู่เสมอจะได้ไม่ทำความชั่ว ให้ทำแต่ความดี และอดทนต่อความทุกข์ความเจ็บป่วยที่ผ่านเข้ามา เพราะนั่นเป็นเพียงบททดสอบถึงความศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า ผู้ที่ท้อแท้สิ้นหวังกับชีวิตพึงระลึกไว้เสมอว่าพระเจ้าเป็นที่พึ่ง และทรงมีเมตตา ให้อภัยมนุษย์เสมอ

2. การศรัทธาในบรรดามลาอีกะฮ์ของอัลลอฮ์ (บ่าวหรือผู้รับใช้พระเจ้าประเภทหนึ่งมีลักษณะที่ต่างไปจากมนุษย์) คือ การศรัทธาว่า มลาอิกะฮ์เป็นบ่าวที่ซื่อสัตย์ของอัลลอฮ์มีหน้าที่รับใช้พระองค์ มลาอิกะฮ์ไม่มีรูปกาย ไม่มีเพศ ไม่มีการดำเนินชีวิตเหมือนกับมนุษย์ มีหน้าที่นำโองการหรือเป็นสื่อกลางระหว่างพระอัลลอฮ์กับมนุษย์หรือศาสดา คอยบันทึกการกระทำของมนุษย์ มุสลิมต้องศรัทธาว่า มลาอีกะฮ์มีจริง ผลการศรัทธาทำให้มนุษย์กระทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว (เสาวนีย์, 2540) นอกจากนี้ยังเชื่อเรื่องโลกหน้า (อาคีเราะห์) ว่าเป็นโลกแท้จริงที่พึงปรารถนา เป็นชีวิตที่จีรัง ยั่งยืน ชีวิตในโลกนี้เป็นเพียงทางผ่านสู่โลกหน้าเท่านั้น ความตายจึงไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิตแต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้าที่สุขสบายกว่า ยั่งยืนกว่า ดังนั้นมนุษย์จึงควรทำความดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตในโลกหน้าอย่างมีความสุข

3. การศรัทธาในคัมภีร์ทั้งหลายของพระอัลลอฮ์ คือ การศรัทธาต่อคัมภีร์ เชื่อว่าพระอัลลอฮ์ทรงประทานคัมภีร์ซึ่งได้แก่ 1) คัมภีร์เตาร็อต เป็นคัมภีร์ที่ประทานให้กับท่านศาสดามูซา (โมเสส) 2) คัมภีร์อินญีล ประทานให้แก่ท่านศาสดาอีซา (เยซูคริสต์) 3) คัมภีร์ซาบูร ประทานให้กับศาสดาดาวูด (เดวิด) 4) คัมภีร์อัลกุรอาน ประทานแก่ท่านศาสดามูฮัมหมัด และเชื่อในความบริสุทธิ์

ของฉบับปัจจุบัน คือ คัมภีร์อัลกุรอาน เพราะถูกประทานมาจากพระอัลลอฮ์ ซึ่งมีเนื้อหาสาระเหมือนกัน จึงต้องยอมรับว่าคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นคัมภีร์สุดท้ายที่พระอัลลอฮ์ประทานให้แก่มนุษย์ชาติ โดยผ่านท่านศาสดามูฮัมหมัด ศ็อลฯ ศาสดาองค์สุดท้าย อัลกุรอาน คือวัจนะของพระอัลลอฮ์ นำบรรดาผู้ปฏิบัติตามบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานไปสู่ความดีงาม ให้ประสบสันติสุข ทั้งในปัจจุบันและในปรภพ (คุรซีด, 2541) ฉะนั้นบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานมีความสำคัญต่อชีวิตคนมุสลิม เกี่ยวกับชีวิตของเขาตั้งแต่เกิดจนตาย รวมถึงการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย จะมีบทสวดขอพรให้พ้นจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และการให้ญาติอ่านบทสวดมนต์ (ญาซีน) ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับพระอัลลอฮ์

4. การศรัทธาในบรรดาศาสนทูตทั้งหลายของพระอัลลอฮ์ ศาสนทูต หมายถึง บุคคลในหมู่มนุษย์ ซึ่งพระเจ้าคัดเลือกให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาเผยแพร่และสั่งสอนมนุษย์ มุสลิมทุกคนต้องยอมรับนับถือให้เกียรติและยกย่องศาสดาทั้งหลาย ศาสดาที่กล่าวในคัมภีร์อัลกุรอาน มีจำนวน 25 ท่าน มุสลิมต้องเชื่อและปฏิบัติตามคำสอนของท่านศาสดามูฮัมหมัดศ็อลฯ ศาสดาองค์สุดท้ายผู้รับภารกิจต่อจากศาสดาองค์ก่อนๆ ที่ชักชวนให้มนุษย์รู้จัก พระเจ้าดำเนินชีวิตตามคำสอนของพระอัลลอฮ์เท่านั้น เพื่อให้มีการบันทึกความดี และไปมีชีวิตในโลกหน้า (โลกอาคีเราะห์)

5. การศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกียามะฮ์) คือ มุสลิมต้องเชื่อว่าโลกนี้ (โลกดุนยา) เป็นโลกแห่งการทดสอบไม่ใช่โลกที่แท้จริงของมนุษย์ เมื่อโลกดับสิ้นทุกสิ่งในโลกก็ดับสิ้น ยกเว้นผู้ที่พระอัลลอฮ์ทรงประสงค์และทรงทำให้มนุษย์ทุกคนฟื้นคืนชีพมารับผลการกระทำที่อยู่ในโลกนี้ในวันสิ้นโลก (วันกิยามะฮ์) ซึ่งจะเกิดเมื่อใดไม่มีใครทราบนอกจากพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น

มุสลิมต้องเชื่อว่ามนุษย์ไม่มีการเวียนว่ายตายเกิด มนุษย์เกิดมาครั้งเดียว แต่มีชีวิต 5 ขั้นตอน คือ 1) ช่วงกำเนิดวิญญาณ 2) ชีวิตในครรภ์ 3) ชีวิตในโลกนี้ (โลกดุนยา) 4) ชีวิตหลังความตาย (ชีวิตในบัรซัค) เพื่อรอการตัดสินและ 5) ชีวิตที่ทำให้ฟื้นคืนชีพ (ชีวิตอาคิเราะฮ์) เพื่อให้พระอัลลอฮ์ทรงตัดสินการกระทำในโลกนี้ตามบันทึกที่มลาอีกะฮ์ได้บันทึกไว้ ยอมรับในอวสานของโลก ทุกชีวิตบังเกิดขึ้นอีกครั้งเพื่อถูกชำระความ (เสาวนีย์, 2540)

6. การศรัทธาในการกำหนดสภาวะของพระอัลลอฮ์ คือ การศรัทธาว่า นอกจากพระเจ้าสร้างสรรค์สรรพสิ่งต่างๆ ขึ้นมาแล้วพระองค์ได้กำหนดกฎสภาวการณ์แห่งธรรมชาติ และกฎที่พระอัลลอฮ์กำหนดไว้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) กฎตายตัว เมื่อประสบกับผู้ใดแล้วไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทุกอย่างต้องดำเนินไปตามพระประสงค์ของพระเจ้า เช่น การถือกำเนิด รูปร่างหน้าตา ระบบจักรวาล ลักษณะดินฟ้าอากาศ เป็นต้น 2) กฎไม่ตายตัว ซึ่งดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล กิจกรรมต่างๆ ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ในการใช้สติปัญญาเลือกปฏิบัติโดย

ยึดถือความถูกต้องตามหลักการอิสลาม ความศรัทธาต่อกฎสภาวการณ์ต่างๆ ที่พระเจ้าประทานมาช่วยให้มุสลิมปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไปจากเดิมว่าเป็นความประสงค์ของพระเจ้า

หลักปฏิบัติ (รูกนอิสลาม)

หลักปฏิบัติถือเป็นเรื่องที่ต้องกระทำอย่างเคร่งครัดพร้อมกับการศรัทธา การปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่พระอัลลอฮ์ โดยเป็นการกระทำที่บริสุทธิ์ใจ ปกป้องตนเองจากความชั่ว ขัดเกลากิเลส หลักปฏิบัติมี 5 ประการ ดังนี้ (เสาวนีย์, 2540; อิมรอนและอลีย์, 2543; Rassool, 2000)

1. การปฏิญาณตนด้วยความบริสุทธิ์ เป็นการยืนยันด้วยวาจา ด้วยประโยคที่ว่า “ลาอิลาฮาอิลลาลลอฮ์” (แปลว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) และ “มุฮัมมะดุร์ร สูลลุลลอฮ์” (แปลว่า ท่านศาสดามูฮัมหมัด ศ็อลฯ เป็นผู้สื่อข่าวของพระองค์หรือเป็นรสูล) การกล่าวคำปฏิญาณเป็นการยอมรับว่า จะไม่ตั้งภาคีหรือนำสิ่งอื่นใดมาเทียบเทียมอัลลอฮ์ จะเชื่อและปฏิบัติตามคำสั่งสอนของอัลลอฮ์และรสูล หรือท่านศาสดามูฮัมหมัด ศ็อลฯ ทุกประการ การปฏิญาณตน 2 ประโยคนี้ เป็นการประกาศตนว่าเป็นมุสลิม และก่อนจะเสียชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องกล่าวประโยค “ลาอิลา ฮาอิลลาลลอฮ์” เพื่อให้ได้พบกับพระอัลลอฮ์

2. การละหมาด (การนมาซ) เป็นการปฏิบัติศาสนกิจหรือเข้าเฝ้า เป็นการเคารพภักดีและบำเพ็ญสมาธิ เพื่อสร้างสายใยผูกพันกับพระเจ้าขัดเกลากิเลสตัวเองให้พ้นความชั่ว การละหมาดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เปรียบเสมือนหลักของผู้นับถือศาสนาอิสลามและส่วนที่ดีที่สุด คือ การต่อสู้ในหนทางของพระอัลลอฮ์ การละหมาดวันละ 5 เวลา คือ ก่อนตะวันขึ้น บ่าย เย็น ค่ำ (หลังตะวันตกดิน) และกลางคืน การละหมาดมีอิริยาบถต่างๆ เช่น ยืน ยกมือ โค้ง กราบ นั่ง หันซ้าย หันขวา พร้อมทั้งกล่าวสดุดีและขอพรต่อพระอัลลอฮ์ (เป็นภาษาอาหรับ) ในกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ทำเท่าที่ทำได้ เพื่อให้จิตใจสงบและให้ความหมายกับชีวิตตนเอง

3. การถือศีลอด หมายถึงการละเว้นจากการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ในกลางวัน การพูดจาเหลวไหล มีจิตอกุศล ประพฤติชั่วทั้งที่ลับและที่เปิดเผย หรือแม้แต่ส่อเจตนาชั่ว มุ่งปกป้องตัวเองจากความชั่ว อดทน อดกลั้นต่อสิ่งเย้ายวนใจ เกิดความบริสุทธิ์ ทางใจ ทั้งนี้เป็นการฝึกให้มีความซื่อสัตย์ สุจริต ฝึกให้เห็นใจเมตตาผู้อื่น มุสลิมต้องถือศีลอด ยกเว้นเด็ก คนชรา หญิงมีครรภ์ หรือแม่ลูกอ่อน ผู้ป่วย คนเดินทาง และผู้ซึ่งทำงานหนัก โดยมุสลิมต้องถือศีลอด (ภาคบังคับ) ปีละ 1 ครั้ง ในเดือนที่ 9 ของปฏิทินอิสลาม (เดือนรอมฎอน) ซึ่งนับทางจันทรคติเป็นเวลา 29 วัน หรือ 30 วัน สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายการปฏิบัติข้อนี้คงไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติก่อนหน้านี้ มลาอีกะห์จะบันทึกไว้เพื่อนำไปสู่โลกหน้า

4. การบริจาคทาน (ซากาตซึ่งถือว่าเป็นการจ่ายภาษีแก่คนยากจน) คือ การจ่ายทรัพย์สินส่วนเกินจำนวนหนึ่งที่มุสลิมต้องจ่ายให้ผู้มีสิทธิ์ได้รับเมื่อครบปี เพื่อผดุงสังคมและลดปัญหาช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคน ถ้าบุคคลคนใดมีทรัพย์สินเงินทองที่เหลือใช้ในรอบปี และไม่ทำการบริจาค ผู้นั้นเป็นบุคคลหนึ่งที่ทำผิดบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม (อิมรอนและอลีย์, 2543) โดยผู้มีสิทธิรับบริจาคทาน ประกอบด้วยบุคคล 8 ประเภท คือ ผู้ขัดสน (ความยากจน แม่หม้าย เด็กกำพร้า) คนพิการ ผู้เข้าอิสลามและถูกญาติมิตรตัดขาด ผู้มีหนี้สินล้นตัว (ไม่ใช่มีหนี้เพราะประพฤติมิชอบ) ผู้พลัดถิ่น (ไม่สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาเดิม) ทาสหรือเชลย เจ้าหน้าที่ที่ดูแลกองทุนซากาต และเพื่อประโยชน์ต่อสังคมในวิถีของพระอัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2540)

5. การทำฮัจญ์หรือประกอบพิธีฮัจญ์ คือ การไปเยี่ยมหรือการเดินทางไปมักกะฮ์ ซึ่งเสมือนว่าเป็นศูนย์กลางของชาวมุสลิมทั่วโลก เป็นสถานที่พบปะระหว่างมุสลิมระดับต่างๆ กัน ศาสนากำหนดให้มุสลิมเดินทางไปครั้งหนึ่งในชีวิตถ้ามีความสามารถ คือมีความพร้อมทางด้านการเงิน สุขภาพ (กายและจิต) และการคมนาคมสะดวก ปลอดภัย โดยกระทำพิธีฮัจญ์ 1 ครั้งในชีวิต พิธีฮัจญ์ประกอบที่เมืองเมกะฮ์ ประเทศซาอุดิอารเบีย วัตถุประสงค์เพื่อแสดงความภักดีต่อพระอัลลอฮ์ นอกจากนี้ยังเป็นที่ที่มุสลิมทั่วโลกได้มีการพบปะทำความรู้จักกัน การไปทำฮัจญ์ไม่ใช่เป็นการล้างบาป เมื่อกลับมาไม่มีตำแหน่งหรืออภิสิทธิ์ใดๆ เหนือผู้อื่น ทุกคนเป็นบ่าวของพระอัลลอฮ์เหมือนกันทั้งหมด (อิมรอนและอลีย์, 2543)

หลักจริยธรรม (อิหฺซาน)

จริยธรรมหรือจรรยา หมายถึง พฤติกรรมทางจิตซึ่งแสดงออกตามความปรารถนาหรือความต้องการของบุคคลไม่ว่าจะดีหรือชั่ว คำว่า อิหฺซาน หรือจริยธรรมอิสลามนั้น เป็นวิชาที่ว่าด้วยการอบรมจิตใจมนุษย์ตามคำสอนของศาสนาอิสลาม เพื่อจะแสดงพฤติกรรมที่ดีงามออกมา ซึ่งเกิดจากคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยท่านศาสดามูฮัมหมัด ศ็อลฯ เป็นผู้นำจริยธรรมและแสดงแบบอย่างแนวทางการดำเนินชีวิตทุกแง่มุม สำหรับในอิสลามนั้นจริยธรรมที่ยอมรับว่าดีและจำเป็นที่มนุษย์ต้องปฏิบัติมีดังนี้ (ดำรง, 2551) 1) จริยธรรมต่ออัลลอฮ์ ซึ่งหมายถึง การเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ การปฏิบัติตามบัญชาของพระองค์ ทำตนให้ห่างไกลจากข้อห้ามของพระองค์ด้วยความบริสุทธิ์ 2) จริยธรรมต่อท่านศาสดา คือ การให้ความเคารพท่านโดยการเชื่อฟังคำตักเตือนของท่านแล้วนำไปปฏิบัติ 3) จริยธรรมต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตัวของบุตรต่อบิดามารดา การปฏิบัติตัวของบิดามารดาที่มีต่อบุตร การปฏิบัติต่อผู้อาวุโสและครูอาจารย์ การปฏิบัติต่อเพื่อนบ้าน การปฏิบัติต่อสามีภรรยา การปฏิบัติ

ต่อศาสนิกชนอื่น 4) มารยาทในชีวิตประจำวัน เช่น การกล่าวถ้อยคำ การทักทาย การรับประทานอาหาร การนอน การนั่งในที่ชุมชน เป็นต้น

ดังนั้นอิสลามเป็นวิถีชีวิตที่ไม่เพียงแต่จะกล่าวถึงความศรัทธาและการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อยืนยันความศรัทธาเท่านั้น ความศรัทธาอันดับหนึ่งหรือจุดสูงสุดของมุสลิม คือ ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น (ลาอิลา ฮาอิลลาลลอฮ์) กล่าวคือการยอมรับศรัทธาคุณลักษณะของพระอัลลอฮ์ ในระยะสุดท้ายมุสลิมเชื่อว่ามนุษย์เกิด และดำรงชีวิตอยู่ได้ จนกระทั่งตายเป็นความประสงค์ของพระอัลลอฮ์ จากความศรัทธาทั้ง 6 ประการ นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นวิถีการดำรงชีวิตของชาวมุสลิมตั้งแต่แรกเกิด แก่ เจ็บ จนเสียชีวิต มุสลิมได้ให้ความสำคัญในเรื่องเกี่ยวกับจริยธรรมและคุณธรรม เพราะสิ่งเหล่านี้ ไม่เพียงแต่จะมีรากฐานมาจากคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอาน ซึ่งเป็นบทบัญญัติจากพระเจ้า แต่ยังมาจากคำสอนและแบบอย่างของท่านศาสดามูฮัมหมัดศ็อลฯ ความศรัทธาที่สมบูรณ์นั้นสะท้อนให้เห็นความเลื่อมใสศรัทธา พฤติกรรมซึ่งแสดงออกตาม ความปรารถนาหรือความต้องการของบุคคล

ความเจ็บป่วยและทรรศนะคติเกี่ยวกับความตายของมุสลิม

สุขภาวะในทัศนะอิสลาม หมายถึง ความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ โดยเน้นมิติทางด้านจิตวิญญาณค่อนข้างมาก ทั้งนี้เนื่องจากมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพระเจ้าตลอดเวลา เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ตามวิถีทางศาสนาตั้งแต่เกิดจนตาย (ดำรง, 2551) ศาสนาอิสลามมีคำสอนและข้อปฏิบัติที่กล่าวถึงหลักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทของศาสนาอิสลาม สนับสนุนให้มนุษย์มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการบำบัดรักษาเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ความเจ็บป่วยเป็นหนึ่งในความผันแปรที่เกิดกับมนุษย์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามปกติในทรรศนะของอิสลาม เป็นบททดสอบคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่พระเจ้ากำหนดมา ผู้ป่วยต้องอดทนและบำบัดรักษาในยามเจ็บป่วย เนื่องจากร่างกายเป็นสิ่งที่พระเจ้ามอบหมายให้เราเป็นผู้ดูแล ห้ามทำร้ายร่างกายหรือละเลย ต้องบำบัดรักษา ยอมรับ และปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังนี้ (ดำรง, 2547)

1. ให้รีบบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย มนุษย์ที่เจ็บป่วยมีหน้าที่จำเป็นต้องบำบัดรักษา โดยการวิธีการรักษานั้นต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา เช่น การบนบานสิ่งอื่นนอกจากอัลลอฮ์ การใช้ไสยศาสตร์ เป็นต้น การหายนั้นอยู่ที่พระประสงค์ของอัลลอฮ์เท่านั้น ผู้ป่วยมุสลิมและญาติที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่แข็งแรงจะมีพลังต่อสู้กับโรคร้าย ความศรัทธาส่งผลให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย

มีความอดทน มีจิตใจที่เข้มแข็ง หากการบำบัดไม่ได้ผลเพราะทุกอย่างเกิดจากพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งอาจให้อะไรมากกว่าการหายจากโรค

2. การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ ผู้ป่วยที่เข้าใจและศรัทธาในพระเจ้าจะมีกำลังที่จะต่อสู้ต่อความเจ็บป่วยโดยจะวิงวอนขอพรพระเจ้าให้หายจากโรค เพราะหากจิตวิญญาณอ่อนแอเขาจะท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ เกิดความเครียด ความเศร้า ส่งผลต่อโรคทางกายที่เป็นอยู่ หรือมีโรคใหม่แทรกซ้อน

3. การเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากอัลลอฮ์ ผู้ที่อธรรม หรือฝ่าฝืนบทบัญญัติของอัลลอฮ์ การเจ็บป่วยก็ถือเป็นการลงโทษ เพื่อให้ได้สำนึกและกลับตัวเป็นคนดี มีความศรัทธามากขึ้น ซึ่งการลงโทษอาจไม่เกิดเฉพาะผู้ที่ฝ่าฝืนเท่านั้น อาจทำให้ผู้ศรัทธาทั่วไปต้องได้รับผลกระทบตามมาด้วย ซึ่งเป็นการทดสอบความศรัทธาของมุสลิมทุกคน

4. การเจ็บป่วยถือเป็นความเมตตา ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้เคียงกับความตาย เป็นโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รำลึกถึงพระเจ้าให้หันกลับมามองตัวเองในสิ่งที่กระทำผ่านมา เปรียบเสมือนเขาได้ชดใช้ในความผิด บาปที่ผ่านมา และอัลลอฮ์จะให้อภัยแก่เขา อิสลามถือว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็ไม่อนุญาตให้ฆ่าตัวตายหรือการช่วยให้ตาย ในส่วนของการหยุดช่วยชีวิต ผู้ป่วยหรือญาติอาจขอร้องให้งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณีที่เห็นว่าทุกข์ทรมานหรือว่าการช่วยชีวิตนั้นไม่ได้ผล

โดยสรุปศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของชาวมุสลิม การดำรงชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลามกิจกรรมทุกอย่างของสังคมจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเคารพภักดีต่อพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น โดยการปฏิบัติตนในการส่งเสริมและป้องกันความเจ็บป่วย เพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อมีความเจ็บป่วย ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการรักษาโรค ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพระอัลลอฮ์แต่พระองค์ได้ประทานสติปัญญามาให้ เพื่อให้มนุษย์ใช้ในการแก้ปัญหา ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า ความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญที่สุด ดังนั้นการเข้าใจถึงสภาพทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อของชาวมุสลิมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างแท้จริง

ทรรศนะคติเกี่ยวกับความตายของมุสลิม

ในทางปฏิบัติมีทรรศนะที่แตกต่างกันในประเด็นข้อเท็จจริงที่ว่า บุคคลตายลงเมื่อใด นิติศาสตร์อิสลามสมัยก่อนถือเอาการเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์การมีชีวิต และบุคคลตายลงเมื่อหัวใจ

หยุดเต้น อย่างไรก็ตามคำสอนทางศาสนาให้ความหมายของการตายจากสภาพชีวิตที่ละเอียดอ่อนกว่าการเต้นของหัวใจ จากหลักคำสอนเมื่อมนุษย์ได้รับวิญญาณ (รุฮ์) จะประกอบกับหู (อุซุน) ตา (อันย์) และหัวใจ (ก็อลบ์) เป็นอาการนามว่า การได้ยิน การเห็น ความนึกคิดหรือจิตใจ ดังที่ศาสดาฯ กล่าวว่า “ในกายมนุษย์นั้นมีเนื้ออยู่ก้อนหนึ่ง หากเนื้อก้อนนั้นดี อวัยวะส่วนอื่นทั้งหมดก็ดีด้วย หากเนื้อก้อนนั้นเสียอวัยวะส่วนอื่นทั้งหมดก็เสียด้วย พึงรู้ไว้เถิดว่าเนื้อก้อนนั้นคือหัวใจ (ก็อลบ์)” หัวใจ (ก็อลบ์) ในที่นี้หมายถึง จิต และอวัยวะอื่นๆ หมายถึง พฤติกรรม เพราะฉะนั้นการตายของบุคคลจึงอาจถือเอาการตายของสมอง เนื่องจากสมองควบคุมการทำงานของจิตใจ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

ความเชื่อของศาสนาอิสลามในเรื่องกำเนิดและการสิ้นสุดชีวิต กล่าวไว้ว่า ความตายตามบัญญัติศาสนาจะยังไม่เกิดขึ้นจริงจนกว่าวิญญาณจะออกจากร่างกาย และสิ่งที่จะเกิดตามมาก็คืออวัยวะต่างๆ ในร่างกายหยุดทำงาน สิ่งที่แสดงว่าชีวิตสิ้นสุดแล้วนั้นถือตามเงื่อนไข ของความตายที่ผู้คนรู้จัก หรืออาศัยการตรวจภายนอกโดยคณะแพทย์ผู้รักษา ในกรณีที่ไม่ปรากฏเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่จะใช้แยกคนเป็นออกจากคนตายได้ พิจารณาแนวคิดที่อาการสมองตายมาเป็นหลัก มีข้อร่วมพิจารณา 2 ประการ คือ คณะแพทย์ลงความเห็นว่าก้านสมองตายทั้งหมด ให้ถือว่าเป็นคนตาย โดยมีข้อพิจารณาย่อยๆ อีก 5 เงื่อนไข คือ 1) หมดความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ โดยไม่อาจหายจากอาการหมดความรู้สึกนั้นได้อีกต่อไป 2) ประสบอุบัติเหตุ เลือดออกในสมอง สมองบวม 3) ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ 4) หมดความรู้สึกโดยไม่ได้เกิดจากสิ่งมึนเมา ยาเสพติด ดื่มยาพิษ อาการไตวาย 5) ไม่มีอาการตอบสนองจากก้านสมอง รวมทั้งการวัดคลื่นสมอง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีคลื่นใดๆ และไม่มีการหมุนเวียนโลหิตในสมอง ด้วยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์เส้นเลือดสมอง (มูฮัมมัดนาเซร์, 2547; มุฮ์ซิน, 2545)

ดังนั้น จากแนวคิดเกี่ยวกับความตายและการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตในแง่ศาสนาอิสลามผู้มีอำนาจกำหนดความตาย หรือการนำวิญญาณออกจากร่างคือ พระเจ้า (พระอัลลอฮ์) เมื่อมีการตายถือว่ามนุษย์ไม่มีอำนาจที่จะชุบชีวิตคนตายขึ้นมาได้ แต่หากยังมีชีวิตอยู่มนุษย์มีหน้าที่รักษาชีวิต และขจัดความทุกข์ยากในชีวิตอันเนื่องด้วยความเจ็บป่วย เนื่องจากชีวิตเป็นสิ่งที่มีค่าสูงสุดที่พระเจ้าประทานให้แก่มนุษย์ มนุษย์ไม่มีสิทธิทำลายชีวิต การฆ่าตัวตาย การทำเมตตามรณะ และการปฏิเสธอาหารและน้ำเป็นสิ่งที่ถูกห้ามในศาสนา แต่การยุติการรักษาเมื่อสมองอันเป็นที่ตั้งของการรับรู้ ความรู้สึก และการติดต่อกับโลกภายนอกยุติลงก็ถือเป็นการตาย การหยุดการรักษาบางอย่างที่ยืดชีวิตสามารถทำได้โดยสมาชิกในครอบครัว (Ott, Al-Khadhuri & Al-Junaibi, 2003)

แนวคิดเกี่ยวการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาที่ซับซ้อนต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายอาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภยันตรายต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้ป่วยช็อก (shock) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจวาย หัวใจวาย เป็นต้น ส่งผลต่อร่างกายโดยไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อความล้มเหลว ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยแน่ชัดว่า มีอาการของโรคลุกลาม เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แพทย์ทำนายหรือพยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า ไม่มีแบบแผนการดูแลรักษาใดๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการ อาการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย และเสียชีวิตในที่สุด (วิจิตรา, 2551; Jonseb, Siegler, & Winslade, 2002)

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบรายงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ดังนั้นหลักการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องหลักการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยทั่วไปสอดคล้องกับความเชื่อทางด้านศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านร่างกาย การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย 2) การดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว 3) การส่งเสริมสนับสนุนคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ 4) การเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวในการรับทราบข้อมูล 5) การยืนยันเจตนารมณ์ในระยะสุดท้าย (Clark et al., 2004; Troug et.al., 2001) สำหรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอาการอย่างครอบคลุม ช่วงระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณภาพ บรรเทาจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ได้รับการเติมเต็มและตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ (National Guideline Clearinghouse, 2004) รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยเหลือให้สมาชิกครอบครัวสามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก และสามารถดำเนินชีวิตได้ ต่อมาสมาคมการแพทย์ในเวชบำบัดวิกฤต ประเทศสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine [SCCM], 2007) ได้พัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติ

เดิม โดยจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการสนับสนุนช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นศูนย์กลาง ภายในหอผู้ป่วยวิกฤต

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักศาสนาอิสลาม เนื่องจากความเชื่อที่ว่าชีวิตและความตายเป็นสภาวะที่เกี่ยวโยง ระหว่างชีวิตในโลกปัจจุบัน และความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้าซึ่งเป็นพระประสงค์ของผู้เป็นเจ้า ความเชื่อและการปฏิบัติที่มีรากฐานจากความเชื่อสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความสุขและความทุกข์ของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยที่เฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวต้องการการสนับสนุนจากบุคคลแวดล้อมที่ใกล้ชิดการประคับประคองจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ และศรัทธาร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวมโดยเน้นการให้ความสำคัญผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอาการอย่างครอบคลุม ได้รับการเติมเต็มและตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการผสมผสานระหว่างความเชื่อทางศาสนาและหลักทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกสามารถดำเนินชีวิตได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายจึงต้องเข้าใจ และให้เวลาในการปรับตัวแก่ครอบครัวของผู้ป่วย การให้กำลังใจ มีการให้ข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้ครอบครัวยอมรับสภาพผู้ป่วย และเตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย

การดูแลด้านร่างกาย การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

การดูแลที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานอันเนื่องจากโรคหรือการเจ็บป่วย (compassionate palliative care) หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากตัวโรค การบรรเทาอาการเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยโดยการใช้ยา ปรับขนาดยาจนกระทั่งผู้ป่วยปราศจากอาการเจ็บปวด นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น ดนตรีบำบัดโดยใช้เสียงเพลงเบาๆ (musical therapy) การลดปริมาณแสง และการนวดหรือการสัมผัส เป็นต้น (ดุสิต, 2550) การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในต่างประเทศ (Kirchhoff et al., 2000) พบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายประกอบด้วย การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีความสุขสบาย และยังคงมีศักดิ์ศรี รวมทั้งมีการให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

ซึ่งจำเป็นที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในประเทศออสเตรเลีย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมุ่งให้ความสนใจกับความผาสุกทางกายของผู้ป่วย โดยจะดูแลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการบรรเทาความปวดมากที่สุด (Halcomb, Daly, Jackson, & Davidson, 2004)

อย่างไรก็ตามผลการสำรวจความรู้และความเชื่อของพยาบาลในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ และกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น ได้แก่ การจัดท่านอน การประเมินความสุขสบายในเรื่อง ความอบอุ่นและอาการกระหายน้ำ การเช็ดตัว การจำกัดเสียงรบกวน การอยู่เป็นเพื่อน และอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กับผู้ป่วย (Puntillo et al., 2001)

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล และเหนื่อยหอบ ซึ่งผู้ป่วยมักได้รับการบรรเทาอาการไม่เหมาะสม โดยทั่วไปแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักยังให้ความสนใจในการบรรเทาความทุกข์ทรมานผู้ป่วยน้อย และในบางครั้งทีมสุขภาพอาจมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาไม่สอดคล้องกัน พยาบาลจะพิจารณาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในขณะที่แพทย์พิจารณาการพยากรณ์ของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Clark et al., 2004)

การดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว

ในภาวะวิกฤตนอกจากการให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างรวดเร็ว การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายควรคำนึงถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์คุกคามต่อชีวิตด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน หรืออาการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นรุนแรงและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวยังคงมีความหวัง โดยเฉพาะ ใน 1-2 สัปดาห์แรก (Verhaeghe et al., 2005) ดังนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจึงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแล ดังนี้ (ยุวนิดา, 2550)

1. ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลดีที่สุด
2. ต้องการทราบความก้าวหน้าของโรค

3. ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ครอบครัวผู้ป่วยต้องการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรตลอดเวลา

4. ต้องการพาผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และเป็นไปตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละครอบครัว

5. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน โดยปฏิบัติตามความเชื่อตามความศรัทธาของผู้ป่วยหรือครอบครัว

6. ต้องการที่พักสำหรับญาติ เพื่อที่อำนวยความสะดวกให้กับญาติ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลักมีความสะดวกที่จะได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และมีความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติภารกิจ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรอง และคณะ (Troug et al., 2001) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าครอบครัวมีความต้องการในลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยครอบครัวต้องการสิ่งต่อไปนี้เป็น 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) ต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน 3) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 4) ต้องการทราบถึงการให้การพยาบาลและเหตุผลของการให้การพยาบาลของทีมสุขภาพ 5) ต้องการให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยให้มีความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวดหรือทรมาน 6) ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ 7) ต้องการระบายความรู้สึก 8) ต้องการได้รับการยืนยันว่าการตัดสินใจของญาติและครอบครัวถูกต้อง 9) ครอบครัวได้ค้นพบความหมายของการตายของบุคคลที่รัก 10) ครอบครัวได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย เช่น น้ำ อาหาร และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านความต้องการของญาติผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (information needs) ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) (Verhaeghe et al., 2005) การให้การดูแลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความสำคัญในการเตรียมครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้มีความพร้อมในการเผชิญและปรับตัวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รัก

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (Kirchhoff et al., 2000) แต่อุปสรรคที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาของครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังที่รับทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายมีหลายปัจจัย เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องความตายที่แตกต่างกัน ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม และปรัชญาเป็นปัจจัยหนึ่งด้านการดำเนิน

ชีวิต ผู้ที่เชื่อมั่นในศาสนามองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทำให้บุคคลยอมรับความตายได้โดยเอาศาสนาเป็นที่พึ่ง นอกจากนี้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตในผู้ป่วยบางคน ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ตัน และคณะ (Norton et al., 2003) เรื่องความขัดแย้งในการสนับสนุนการยุติการรักษา โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าการตัดสินใจระหว่างครอบครัว และผู้ป่วยที่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากมีความแตกต่างกันระหว่างคุณค่า ความเชื่อ การมองคุณภาพชีวิต และภาระในการดูแล นอกจากนี้ โล และคณะ (Lo et al., 2002) กล่าวว่า ศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้และมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัฒนธรรม มีความไวและเคารพในความแตกต่างทางด้านความเชื่อทางศาสนา และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

การส่งเสริมสนับสนุนคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อความผาสุกและการเยียวยาของทุกคน (well-being and healing) (Narayanasamy & Owens, 2001) พยาบาลในวัฒนธรรมตะวันตกใช้คำว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) เพื่อให้พยาบาลเคารพและให้ความสำคัญแก่บุคคลหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ และ/หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Bash, 2004) ปัจจุบันได้มีการเคลื่อนไหวจากนักวิชาการไทยโดยนำคำว่าปัญญา (wisdom) มาใช้แทนจิตวิญญาณ ซึ่งมีความหมายกว้าง ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการนับถือหรือการปฏิบัติตามหลักศาสนาเท่านั้น ยังรวมความไปถึงความรัก และ/หรือความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว เช่น ธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจลึกลับที่ความสามารถของมนุษย์ยากเข้าถึง จิตวิญญาณยังช่วยให้บุคคลค้นหาความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และยังช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายใน อันที่จะนำพาบุคคลฟันฝ่าอุปสรรคความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นวิกฤติของชีวิตได้ ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการพยาบาลสามารถสรุปได้ดังนี้ (Fawcett & Noble, 2004; Tanyi, 2002)

1. ความรักและความสัมพันธ์ (love and connectedness) ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว มิตรสหาย ของใช้ส่วนตัว สิ่งแวดล้อม ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร

2. การค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย (meaning of life and illness) ความเอื้ออาทร ความรักและความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย เป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง อาการป่วยหนัก ทำให้อวัยวะสำคัญๆทำงานล้มเหลว ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ล้วนเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานนี้และตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งการเป็นมนุษย์ ผู้ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็งสนใจศาสนา หรือมีหลักปรัชญาในการดำเนินชีวิต มักใช้วิกฤตินี้เพื่อค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย และค้นหาคำตอบว่าจะใช้เวลาที่เหลือของชีวิตนี้อย่างไรจึงจะมีความหมายมากที่สุด ซึ่งการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยนี้เป็นผลมาจากการรักตนเอง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับฟังเรื่องราวเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกให้มากที่สุด ควรใช้เทคนิคการสนทนาช่วยสะท้อนความคิดเพราะคำถามที่เกี่ยวกับความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล พยาบาลไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านี้ทั้งหมด เพียงแต่รับฟังแล้วช่วยตั้งคำถามเพื่อสะท้อนความคิดเท่านั้น บุคคลจะเรียนรู้และค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเอง พร้อมกันนี้พยาบาลควรค้นหาแหล่งของความหวังและกำลังใจ หรือแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักในความหมายและคุณค่าของชีวิตและการเจ็บป่วยเป็นการสัมผัสคุณค่าของมนุษย์ที่มีค่ายิ่งต่อการพัฒนาจิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแล

3. การขออโหสิกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness) บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและอยู่ในระยะสุดท้ายมักมีอาการอ่อนเพลียง่าย มีกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากการรักษา จึงทำให้มีเวลากับตัวเองมากกว่าปกติในการพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่คิดว่าตนคงไม่มีโอกาสจะได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาในชีวิตเหลือน้อยเต็มที จะทำให้มีความทุกข์และขมขื่นในจิตใจได้มาก การขอโทษล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้กำลังจะเสียชีวิต ในวัฒนธรรมไทยจะใช้คำว่าให้อโหสิกรรมหรือขออโหสิกรรมต่อกัน ผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์มักเชิญนักบวชหรือผู้สอนศาสนามาพบผู้ป่วยเพื่อให้มีการสารภาพบาปก่อนจะเสียชีวิต พร้อมกันนี้ก็เตรียมจิตใจให้ใสสะอาดก่อนมีชีวิตอย่างเป็นอมตะในดินแดนของพระเจ้า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆ มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด ล้วนต้องการกำลังใจจากคนรักและญาติมิตรก่อนตาย การเป็นผู้รับฟังที่ดี การปลอบโยน และให้กำลังใจ จะช่วยให้ความทุกข์ใจหรือความอัดอั้นในใจลดลง

พยาบาลควรช่วยจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความหมาย เพื่อให้ได้กล่าวคำขอโทษ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่กำลังจะสิ้นลมหายใจนั้น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลากล่าวคำอำลาต่อกัน ขออโหสิกรรมและสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้ายในขณะที่ร่างกายยังมีไออุ่นอยู่ การได้รับการให้อภัยทำให้ความรู้สึกทางจิตวิญญาณดีขึ้น (ฟาริดา, 2543)

4. การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา (religious practice) ความการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย มีความสำคัญต่อบุคคลในทุกวัฒนธรรม ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือระดับความรู้สึกตัวไม่แน่นอน ญาติอาจจะขอสวดมนต์หรือนำเทปบันทึกเสียงการสวดมนต์มาเปิดให้ผู้ป่วยฟัง พยาบาลควรจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวกับความเชื่อหรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อสื่อสารให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพคนอื่นๆได้เข้าใจตรงกัน ศรัทธาในศาสนาทำให้บุคคลมีเป้าหมายในชีวิต จะมีพฤติกรรมยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่งแสดงออกถึงความเข้าใจของการมีชีวิตอยู่ การเจ็บป่วยและชีวิตหลังความตาย (Craven & Hirnle, 2000)

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มี 3 องค์ประกอบ คือ การควบคุมสภาวะการเจ็บป่วยด้านร่างกาย การดูแลสนับสนุนจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว โดยครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ หลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติให้พยายามนึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกไว้ว่าพระเจ้าเป็นผู้ซึ่งมีเมตตา และหวังว่าท่านจะให้อภัยในบาปต่างๆที่ได้ทำลงไป ไม่ลงโทษ ให้ญาติจับผู้ป่วยนอนตะแคงทับสีข้างด้านขวา หรือหากทำไม่ได้ให้จับนอนหงาย โดยยกศีรษะให้สูงขึ้นเล็กน้อย หันใบหน้าไปทางทิศกิบลัต คือทิศที่ตั้งของบัยติลละอ์ในนครมักกะฮ์ (สำหรับประเทศไทยคือทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย) ให้ญาติสอนการปฏิญาณตน กล่าวคำว่า “ลาอิลา ฮาอิลลาลลอฮ์” ซึ่งมีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์” โดยสอนเบาๆไม่เร่งเร้าที่ข้างหูขวา เพื่อผู้ป่วยจะเกิดความสงบได้ระลึกถึงพระเจ้า มุสลิมเชื่อว่าหากก่อนตายได้กล่าวคำนี้เป็นคำสุดท้ายจะได้ขึ้นสวรรค์โดยไม่ถูกสอบสวน การขอพรพระเจ้าพร้อมจับมือผู้ป่วยสัมผัส อ่านคัมภีร์อัลกุรอ่านบท “ญาซีน” ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายฟังไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม การอ่านคัมภีร์บทนี้ พระเจ้าจะส่งความเมตตามายังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ ลดความทุกข์ทรมาน (Sheikh, 1998)

2. การส่งเสริมกำลังใจ ตักเตือนให้เขาระลึกถึงความอดทนรู้สึกอบอุ่น การเยี่ยมเยียนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดความวิตกกังวล ความคิดถึง และความเศร้าโศก (เบ, 2545)

3. ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย ญาติต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย การไม่ดูแลถือว่าเป็นการกระทำที่สังคมรังเกียจ (เสาวนีย์, 2540)

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเมื่ออาการของดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับมุสลิม การตายที่เกิดขึ้นเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า (Ott, Al-Khadhuri, & Al-Junaibi, 2003) การปฏิบัติต่อศพของมุสลิมควรปฏิบัติดังนี้ (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551; ปราโมทย์, 2546)

1. จัดท่าให้ศพนอนเหมือนคนนอนหลับสบายๆ ถ้าขางออยู่ให้เอาลง ถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ้ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า มือวางข้างลำตัว หรือกอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย

2. เนื่องจากความตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้นศพที่เสียชีวิตจะยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น จึงห้ามทำให้ศพเจ็บปวดในทุกกรณี การปฏิบัติต่อศพจะต้องทำอย่างทะนุถนอม แผ่วเบา ไม่รุนแรง

3. ศพยังมีความละอายอยู่ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ศพจะต้องทำอย่างมิดชิด มิให้อวัยวะที่พึงสงวนเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น

การจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนสภาพ เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนสภาพ เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ โดยปกติแล้วพิธีศพ (มัยยิต) จะเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย การจัดพิธีศพจะทำ 4 ประการ ดังนี้ 1) อาบน้ำศพ คืออาบน้ำทำความสะอาดศพตลอดร่างกาย 2) ห่อศพด้วยผ้าสะอาด (กะฝั่น) 3) เอาศพไปละหมาดที่มัสยิด (ละหมาดญะนาซะฮ์) 4) เอาศพไปฝังยังสุสาน (กุบูร์)

อย่างไรก็ตาม การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาและความเชื่อมีความสำคัญ เป็นการแสดงว่าพยาบาลเคารพและให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงผลกระทบในทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและญาติรายอื่นๆ ด้วย พยาบาลควรช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและเป็นส่วนตัว ควรกั้นม่าน เพราะมีผู้ป่วยรวมอยู่ด้วยกันหลายคน พิธีกรรมต่างๆ จะช่วยส่งเสริมกำลังใจสำหรับบางราย แต่กับบางรายอาจตรงกันข้ามอาจหวาดกลัวและเสียกำลังใจได้ แม้ว่าจะนับถือศาสนาเดียวกันก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยรายอื่นและญาติของผู้ป่วยที่อยู่เตียงใกล้กัน ควรรับทราบว่าจะมีการประกอบพิธีกรรมอะไร โดยมีวัตถุประสงค์ใด ถ้าเป็นไปได้ควรมีห้องแยกให้เป็นสัดส่วนเพื่อป้องกันความรู้สึกหวาดกลัวและความรู้สึกขัดแย้งอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น

5. ความหวัง (hope) เป็นความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวก ความเชื่อมั่นในความสำเร็จเป็นความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและเป็นแหล่งพลังแห่งชีวิต รับรู้ว่ามีสิ่งสำคัญในชีวิต (McKinnon & Miller, 2002) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจมีความหวังหลายอย่าง ส่วนใหญ่หวังว่าอาการจะไม่ทรุดลงไปมากกว่านี้ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังที่เป็นไปได้นั้นมีความสำคัญ ผู้ป่วยบางรายอาจสับสนและคาดหวังเกินความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคาดหวังที่เป็นไปไม่ได้เกี่ยวกับ

การรักษา เนื่องจากการให้ข้อมูลโดยให้ความหวังที่เกินจริง ทั้งๆที่ไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลไม่จริงใจ

ทีมผู้ดูแลรักษาจะต้องวางแผนในการช่วยให้ผู้ป่วยตั้งความหวังอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและมีความเป็นไปได้ การให้ข้อมูลที่ตรงตามความจริงและเป็นไปในทิศทางเดียวกันของเจ้าหน้าที่มีความสำคัญมาก ความจริงอาจทำให้ ผู้ป่วยและญาติตกใจ ผิดหวังและเจ็บปวดบ้างในช่วงแรกหลังได้รับข้อมูล แต่การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอร่วมกับการประคับประคองจิตใจ และให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับความจริงได้ในที่สุด และมีการวางแผนชีวิตที่เหลือได้อย่างสมเหตุผล ในบางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจให้ยอมรับกับความจริง พยาบาลจะต้องให้เวลา อดทน และยอมรับต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในขณะที่กำลังเผชิญกับความยากลำบากนี้

การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการให้การพยาบาลเท่านั้น การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้าย จะต้องขึ้นกับการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างถูกต้องครอบคลุมมีความสำคัญมากต่อการนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล การพยาบาลดังกล่าวไม่ใช่สูตรสำเร็จที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกราย การจะตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทรและความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ การที่พยาบาลให้ความเป็นกันเอง ให้ดูแลด้วยความเอื้ออาทรประดุจญาติมิตร ก็ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

การเตรียมความพร้อมสมาชิกครอบครัวในการรับทราบข้อมูล

การสื่อสารหมายถึงการแสดงออกที่ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ มุมมอง ความเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่งเพื่อถ่ายทอดสิ่งที่ต้องการบอกให้ผู้อื่นทราบโดยทำการสื่อสารให้ผู้อื่น บุคลากรทางการแพทย์มักมีความอึดอัดใจเมื่อต้องกล่าวถึงผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ความกังวลต่อความคาดหวังทางการรักษาจากความเจริญก้าวหน้าของวงการแพทย์ (ภุชงค์, 2550) การสื่อสารกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ครบถ้วนเกี่ยวกับข้อมูลด้านอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกในการดูแลรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษาเพื่อช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความสูญเสียได้ดีขึ้น การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้น (ดุสิต, 2550)

ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาก่อนมีอาการเปลี่ยนแปลง ครอบครัวอาจเกิดความเครียดได้จากความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลสื่อสารว่าความก้าวหน้าของโรค ข้อวินิจฉัยโรคและการรักษา

ผู้ป่วยเป็นอย่างไร ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการ อาการแสดง ความก้าวหน้าของโรคและเวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต แพทย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์เฮเกร์และคณะ (Verhaeghe et al., 2005) เกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ครอบครัวมีความต้องการด้านการรับรู้ กระบวนการรับรู้ (cognitive needs) เช่น ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ต้องการข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอาร์วาร์ลและไคร์บี (Alvaerz & Kirby, 2006) พบว่าความต้องการแรกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตคือ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายจะส่งผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวผู้ป่วย ขณะเดียวกันครอบครัวก็มีความเครียดและวิตกกังวลด้วย

การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์องค์ประกอบของทีมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้นว่าแพทย์หรือพยาบาลได้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดแล้ว แต่เนื่องจากอยู่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ครอบครัวไม่ได้ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลง ครอบครัวมีความสับสนในข้อมูลที่ได้รับ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ (White & Luce, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้ (ภุชงค์, 2550)

1. การบอกผลวินิจฉัยระยะสุดท้ายหรือการแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติในการสื่อสารเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้ายสามารถสรุปได้ ดังนี้ (Curtis, 2000)

1.1 การเตรียมตัวและประเมินก่อนการบอกผล การเตรียมตัวเจรจา (getting start) เนื้อหาที่จะคุยกับผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรเป็นเรื่องที่ผ่านการสรุปทบทวนดีแล้ว อาจต้องเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ อย่างเพียงพอสำหรับการตอบข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ควรเตรียมเวลาที่จะให้กับครอบครัวผู้ป่วยอย่างเพียงพอเลือกสถานที่ซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวนการให้เวลาพร้อมกับพฤติกรรมที่สำรวมเป็นการแสดงถึงการให้เกียรติผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยและแสดงความตั้งใจจริง ควรนัดหมายล่วงหน้าเพื่อที่จะเลือกผู้ที่จะร่วมรับทราบข้อมูล ต้องสังเกตดูความเหมาะสมของโครงสร้างในครอบครัวของผู้ป่วย ใครเป็นผู้ตัดสินใจมากน้อยแตกต่างกัน ควรชี้แจงต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยคนไหนบ้าง ซึ่งควรประกอบด้วยบุคคลที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป และผู้มีภาวะผู้นำช่วยอธิบายให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้ในภายหลัง

การสำรวจความเข้าใจ (what the patient knows) เริ่มต้นสนทนาเมื่อผู้ป่วยมีท่าทีพร้อม โดยซักถามจากครอบครัวผู้ป่วยว่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์นี้อย่างไร ทั้งนี้ผู้แจ้ง

ข่าวควรพิจารณาเกี่ยวกับการปรับตัว และปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว ผู้แจ้งข่าวอาจช่วยสรุปประเด็น หากเป็นความเข้าใจที่ผิดยังไม่ควรแย้งในทันทีเพราะจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพูดตอบเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม ถ้าระหว่างสนทนาครอบครัวผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มาก ไม่พร้อมที่จะรับฟังและสนทนาต่อ ควรสรุปเรื่องที่เข้าใจตรงกัน และจบสนทนาโดยที่ไม่ให้ข้อมูลใหม่ถ้าประเมินแล้วครอบครัวผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อม

การประเมินความต้องการการรับรู้ข้อมูล (how much the patient want to know) ปัจจุบันเมื่อพิจารณาในเรื่องสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิรับรู้เกี่ยวกับตนทั้งหมด ยังคงเป็นการยากที่จะรู้ได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยต้องการที่จะทราบข้อมูลจริงหรือไม่ หากผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรับรู้ผลทันที แต่มีท่าทางลังเลภายในใจระหว่างการรับรู้ความจริงหรือความเครียดที่จะเกิดขึ้น เริ่มจากการเข้าใจมุมมองและสภาวะอารมณ์

1.2 การให้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง (sharing information) เมื่อมีการเตรียมตัวและประเมินก่อนการบอกผลพอสมควรแล้ว การสนทนาอาจเริ่มคุยทบทวนในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจ จากนั้นจึงพูดถึงข้อมูลเพิ่มเติมที่ทราบแล้ว เช่น ผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษาคร่าวๆ ควรหลีกเลี่ยงการทำลายความหวังของสมาชิกในครอบครัว ไม่ให้ข้อมูลมากเกินความจำเป็น เลือกใช้คำที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลซึ่งเป็นข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา

1.3 การตอบสนองต่อปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับทราบข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายอาจมีปฏิกิริยาต่อข่าวร้าย (responding to patient and family) ควรสังเกตปฏิกิริยาจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีปฏิกิริยาไม่พยักหน้า ไม่สบตา ชักสีหน้า หรือร้องไห้ ควรหยุดรอก่อน อาจทิ้งช่วงการสนทนาให้เงียบสักระยะ (silence technique) เพื่อรอให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทำใจ ผู้ให้ข้อมูลควรเตรียมกระดาษทิชชูไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องไห้ และแสดงความเห็นอกเห็นใจ ปัญหาของผู้ให้ข้อมูลคือ มักรู้สึกแย่กับตนเองที่เหมือนทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเครียดหรือต้องเศร้า เลยมักไม่ค่อยอยากเป็นคนบอกข่าวร้าย ผู้ให้ข้อมูลควรมองว่าหน้าที่นี้เป็นเกียรติของผู้ดูแล ที่จะให้ข่าวสารสำคัญสำหรับชีวิตผู้ป่วย การให้เวลาในช่วงนี้ก็เป็นเรื่องสำคัญไม่ควรทอดทิ้งกับข่าวร้ายที่เพิ่งได้รับ ไม่ควรให้ครอบครัวผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง ผู้ให้ข้อมูลควรอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยช่วงเวลาหนึ่ง เช่น หยุดร้องไห้แล้ว และพูดคุยสรุปความเข้าใจก่อนจบสนทนา

การนัดหมายในครั้งถัดไป (planning and follow-up) เมื่อได้ให้ข้อมูลเรื่องทั้งหมดแล้ว เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลให้ตรงกัน เช่น แนวทางการรักษาชนิดต่างๆ ระหว่างนี้จะปรับตัวอย่างไร มีใครช่วยดูแลได้บ้าง ถ้ามีปัญหาต่างๆ จะทำอย่างไร ควรชี้แจงกับครอบครัวผู้ป่วยว่าทางการแพทย์ไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วย เพียงแต่เปลี่ยนเป้าหมายเพื่อเป็นการให้ผู้ป่วยมีความสุขมาก

ที่สุดในเวลาที่มีอยู่ ก่อนจบการสนทนาควรให้โอกาสครอบครัวผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกเล็กน้อย และนัดหมายการมาพบครั้งต่อไป

2. การพูดคุยเสริมกำลังใจระหว่างดูแลรักษา

ปฏิกิริยาที่แสดงออกเมื่อได้รับทราบข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายนั้นแตกต่างกันไป ผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อม เพื่อให้สามารถประคับประคองอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ โดยผู้แจ้งข่าวควรตั้งใจฟังและสังเกตสิ่งที่ผู้รับข่าวแสดงออก สิ่งที่ช่วยได้มากเพียงแค่รับฟังมีท่าทีที่เห็นอกเห็นใจก็สามารถช่วยได้แล้วในขั้นต้น วิธีการสื่อสารที่เหมาะกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในช่วงที่มีปฏิกิริยาทางจิตใจระยะต่างๆมีดังนี้ (Cassem & Brendel, 2004)

ระยะที่ 1 ปฏิเสธและช็อก (denial and shock) เมื่อครอบครัวรับทราบข่าวร้ายโดยทันที เป็นการเผชิญต่อการรับรู้ว่าการสูญเสียและความตายกำลังจะเกิดขึ้น ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น คือ เกิดอาการช็อก ตกใจอย่างรุนแรงและหลังจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด เมื่อทำให้ความกลัวตายของตนเองลดลง บางคนอาจแยกตัวจากสังคม ไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้ายแรง ไม่อยากเผชิญความจริง การปฏิเสธจะเป็นอยู่ชั่วคราว ระยะต่อมาครอบครัวจะเริ่มยอมรับ หรือบางครั้งครอบครัวจะปฏิเสธความจริงที่ได้รับตลอดการเจ็บป่วยครั้งนั้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ และควรให้เวลาในการค่อยๆ ยอมรับ โดยแต่ละคนใช้เวลาในการรับรู้ไม่เท่ากัน ควรให้โอกาสเพื่อให้ครอบครัวค่อยๆ ยอมรับด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อครอบครัวไม่สามารถปฏิเสธความตายได้จะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองต้องเป็นผู้สูญเสีย รู้สึกโกรธ ต่อต้าน ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ว่าสาเหตุใดจะกระจายไปรอบด้านโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร ใครทำอะไรไม่ถูกใจมีแต่คำตำหนิ ติเตียน อาจโกรธโชคชะตา วาสนา สังคม แพทย์ พยาบาลหรือจนกระทั่งโกรธตนเอง ข้อควรระวังในระยะนี้ คือ โกรธหรือหงุดหงิดกับครอบครัวผู้ป่วยกลับไป ซึ่งไม่เกิดผลดีใดๆ พยาบาลต้องเข้าใจความรู้สึกของครอบครัว เข้าใจในความทุกข์ทรมานและต้องการระบาย เพราะที่จริงแล้วครอบครัวไม่ได้โกรธบุคคลรอบข้างแต่โกรธตัวเองที่กำลังจะสูญเสียทุกสิ่งในชีวิตควรใจเย็นและค่อยๆ ชี้แจง อาจเริ่มต้นด้วยการเชิญให้นั่งสนทนา เพื่อให้สะท้อนความรู้สึกชี้ให้เห็นความคาดหวัง

ระยะที่ 3 ต่อรอง (bargaining) ในระยะนี้มีช่วงระยะเวลาสั้น ถ้าไม่สังเกตอย่างถี่ถ้วนมักจะมองไม่เห็นกลไกนี้อย่างชัดเจน เป็นระยะที่เมื่อครอบครัวไม่สามารถปฏิเสธความจริงและโกรธเคืองตนเอง เริ่มจะยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้มากขึ้น แต่ยังต่อรองด้วยการแสดงความหวังเพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปอีก การต่อรองจึงเป็นความคาดหวัง ความปรารถนา ความพยายามขอให้หรือวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ

เป้าหมายของการสื่อสารในระยะนี้คือ ให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ไม่ใช่ต่อเรื่องนี้กับใครหรือสิ่งใด ให้ครอบครัวผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ทางเลือกที่จะตัดสินใจโดยยึดถึงประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์สามารถแสดงทัศนคติของตนเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ได้อย่างมีจุดยืน แต่รับฟังและเคารพในการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลอย่างละเอียดและชี้ให้เห็นถึงผลของการตัดสินใจที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (depression) เป็นช่วงเวลาที่ครอบครัวเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง ร้องไห้เศร้าโศกอยู่อย่างเงียบๆ ระยะนี้มีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวซึมเศร้าเข้ามาแทน ไม่พูดหรือพูดน้อยลง ชอบอยู่คนเดียว

ในระยะนี้ไม่ควรตำหนิเมื่อครอบครัวผู้ป่วยไม่มีกำลังใจต่อสู้ หรือพยายามกระตุ้นและผลักดันถ้าครอบครัวผู้ป่วยไม่ต้องการ เพราะจะทำให้ความรู้สึกแย่กับตนเองมากขึ้นเมื่อทำไม่ได้อย่างที่คนรอบข้างอยากให้เป็น สำรวจความคาดหวังของครอบครัวผู้ป่วยร่วมหาทางช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสมหวังในขอบเขตที่เป็นไปได้มากกว่า

ระยะที่ 5 ยอมรับ (acceptance) เป็นระยะที่ครอบครัวยอมรับความสูญเสียของตนเอง ที่จะเกิดขึ้นได้ เข้าใจความจริงว่าความตายและการแยกจาก เป็นสัจธรรมของชีวิต ในระยะนี้ครอบครัวจะยอมรับความจริงด้วยอารมณ์ที่สงบ ไม่ทุรนทุราย ครอบครัวจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย ในระยะของการยอมรับนี้ครอบครัวจะไม่มีความหวังใดๆ ดูสงบ ไม่เรียกร้องอีก

การสื่อสารในระยะนี้ควรได้ถามถึงวิธีคิดและสิ่งที่ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยทำใจได้และให้การชื่นชมเรื่องนั้น ซึ่งจะช่วยตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีให้ยั่งยืนในจิตใจ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรได้ทำความเข้าใจทั้งผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย การให้กำลังใจเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถยอมรับกฎตามธรรมชาติ คำพูดในการให้กำลังใจไม่มีรูปแบบตายตัว การให้กำลังใจมีหลายรูปแบบ เช่น ภาษาท่าทางการยิ้ม การพยักหน้า การสัมผัส การแสดงออกด้วยความเมตตาที่อยากช่วยเพื่อนมนุษย์ การมีทัศนคติที่ดี ต่อชีวิต และทัศนคติที่ดีต่อความตาย เข้าถึงความเป็นมนุษย์ที่ทัดเทียมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีแห่งการเป็นมนุษย์

การยืนยันเจตนารมณ์ในระยะสุดท้าย

ในระยะสุดท้ายของชีวิตการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นไปในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อการรักษาที่ได้รับเพียงเพื่อประคับประคองชีวิตเสมือนการยืดเวลาการตายออกไป กระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (life sustaining procedure) ที่มี

สายระโยงรยางค์ต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยกับเครื่องกลไกต่างๆ อย่างถาวรนั้นเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization) การปฏิเสธการรักษาโดยกระบวนการยืดชีวิตของแพทย์ดังกล่าว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่พึงจะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม หรือการตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั่นเอง ซึ่งการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต ได้แก่ การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ การถอดเครื่องช่วยหายใจ หรือการปฏิบัติใดๆ ที่ยุติการรักษาพยาบาล (Gauthier & Froman, 2001)

การงดเว้นการรักษาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับเพื่อชะลอการตาย (with-holding life-sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งงดเว้นการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับซึ่งเข้าข่ายการชะลอการตาย การรักษาที่แพทย์และญาติมีความเห็นตรงกันว่าไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การงดการรักษานั้นอาจมีผลตามมาทำให้ผู้ป่วยชีวิตได้ (จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง) แนวทางรักษาตามแบบแผนนี้ ได้แก่ งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) ในกรณีการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษา ดีขึ้น หยุดการให้เลือด หรือพลาสมา ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น (ฉันชาย, 2550)

การยุติการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เพื่อชะลอการตาย (withdrawal life-sustaining treatment) หมายถึง แผนการรักษาที่มุ่งที่จะหยุดการรักษาเพื่อพยุงชีพที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ซึ่งเข้าข่ายการชะลอความตาย โดยแพทย์และญาติหรือผู้ป่วยเองมีความเห็นตรงกันว่า การรักษานั้นไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ได้แก่ หยุดการรักษาที่อยู่ในข่ายทดลอง หรือการรักษาที่ไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นหยุดใช้ยาเพิ่มความดันโลหิต หยุดให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ (ดุสิต, 2550) ความคิดเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาที่เป็นเพียงเพื่อยืดความตายจึงได้รับการกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย ต่อมามีการใช้คำว่า สิทธิที่จะตาย (the right to die) (แสวง, 2550)

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยมาตรา 12 ได้บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตจำนงตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย เกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายตัวผู้ป่วยจะเป็นผู้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ (living will) หรือการระบุแนวทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า (advance directives) เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลนั้น แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ไม่อยู่ในฐานะที่จะแสดงเจตนาเช่นนั้นได้ เพราะส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์และญาติ ในขณะ

ที่ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยเป็นผู้ที่เผชิญปัญหาต่างๆ ยังคงมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย ภาวะดังกล่าวจึงกลายเป็นการยืดชีวิต หรือการยืดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวาระสุดท้าย (Eastland, Laurenson, & Latimer, 2001) การกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่กำหนดให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ ส่วนข้อความที่กล่าวถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ก็เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ (แสวง, 2550) การตายที่ดี คือ มีการปฏิบัติต่อกันเหมือนเพื่อนมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรีมีความรู้สึก และมีความสุขสงบทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่ร่วมดูแล (dying with peace and dignity) ปัจจัยสำคัญที่นำสู่สิ่งนี้ประการหนึ่ง คือการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า (advance care planning) (พรเลิศ, 2550)

ก่อนจะมีการยุติหรือไม่เพิ่มการรักษาเพื่อยืดชีวิต แพทย์จะมีการให้ข้อมูล และมีการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและ/หรือสมาชิกในครอบครัว ดังผลการศึกษาของการปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยวิฤต พบว่า ทีมสุขภาพมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วย จากนั้นแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว แล้วจึงตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาโดยยึดการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหลัก ในขณะที่พยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบันและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแพทย์ และบางครั้งพยาบาลจะประสานงานให้มีการพูดคุยกันระหว่างแพทย์ กับญาติ (พัชรี, 2547) นอกจากนี้ในต่างประเทศโรเซ็นแบลท และบล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) กล่าวว่า ทีมสุขภาพต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยประเมินตามความต้องการทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ถึงความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับเรดดิคและคาสเซ็ม (Reddick & Cassem, 2000) ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีสามารถตัดสินใจได้เอง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวผู้ตัดสินใจแทนมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยตามการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าทั้งแพทย์และญาติต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากที่สุด และจากการศึกษาของดัคลาสและบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 70 ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ในศาสนาอิสลามการตัดสินใจทางด้านจริยธรรมจะขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดของคุณค่าซึ่งสืบเนื่องมาจากพระผู้เป็นเจ้า และธรรมเนียมประเพณีที่สืบต่อกันมา หลักจริยธรรมของศาสนาอิสลามจะเน้นการป้องกันการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและการสอนว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยความเคารพและความเห็นอกเห็นใจทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังผลการศึกษาของนิการีหมัะ (นิการีหมัะ, 2547) เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตมุมมองผู้ป่วยไทย

มุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในผู้ป่วย 375 รายพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษา และเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนโดยมีหลักฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสมเป็นข้อมูลสนับสนุน เป็นสิ่งสำคัญในการใช้เป็นข้อมูลประกอบในการตัดสินใจ ผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีความเข้าใจตรงกันโดยยึดถือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

กล่าวโดยสรุป แนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยทั่วไปในภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลกระทบรุนแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ในช่วงแรกการรักษามักจะมุ่งเน้นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต แต่เมื่ออาการของโรคดำเนินไปและไม่สามารถช่วยให้พ้นจากความตายที่คุกคามอยู่ได้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลเป็นแบบประคับประคอง โดยการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน มีการปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวมในทุกด้าน อาศัยการปฏิบัติร่วมกันของทีมสุขภาพ มีการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย โดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณค่า ความเชื่อและนำไปสู่การตัดสินใจที่แตกต่างไป ในบางครั้งผู้ป่วยบางรายจึงต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเท่านั้น (Luna, 2002) บางรายต้องการการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดในด้านบุคลากรทางการแพทย์ และกฎระเบียบของโรงพยาบาลจึงส่งผลเกี่ยวข้องกับการดูแลที่แตกต่างกันรวมถึงปัจจัยด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย นอกจากให้การดูแลในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายแล้วยังต้องคำนึง คุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแล

1. ความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

พยาบาลไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและไม่มีความรู้ว่าจะจัดการกับภาวะใกล้ตายอย่างไร ดังการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูในต่างประเทศที่พบว่า พยาบาลไอซียูรู้สึกว่าประสบการณ์ดังกล่าวเป็นประสบการณ์ที่พยาบาลรู้สึกว่ามีความยุ่งยาก

ซับซ้อน เนื่องจากพยาบาลมักไม่ทราบวิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเช่นนี้ (Kirchhoff et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาวิธีปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก (พัชรี, 2547) พบว่าทีมสุขภาพของโรงพยาบาลยังไม่มีทักษะในการดูแลเพื่อการบรรเทาและควบคุมอาการ และสอดคล้องกับแนวคิดของ สันต์ (2546) กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาเป็นไปอย่างไม่ถูกต้องส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการตาย และทีมสุขภาพมักไม่ให้ข้อมูลที่เกิดจากการรักษาในส่วนของความทุกข์ทรมานที่เกิดจากสภาพที่จะเป็นก็ไม่เป็นจะตายก็ไม่ตาย ในการพยายามยืดชีวิต นอกจากนี้จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การที่พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้ดีขึ้น (อรพรรณ, 2551)

เนื้อหาสาระที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ได้แก่ เทคนิควิธีในการติดต่อสื่อสาร การประเมินอาการ การจัดการและการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นมีการศึกษา พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยหนักยังไม่มีทักษะการสื่อสารที่ดี ประสบกับความยากลำบากในการสื่อสารเกี่ยวกับการให้ข้อมูลด้านการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่พบว่าบ่อยครั้งที่แพทย์หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลเหล่านี้แก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือข้อมูลที่ให้ขัดแย้งกัน การให้ข้อมูลโดยใช้ศัพท์ทางเทคนิคที่สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจ ทำให้พยาบาลต้องตกอยู่ในฐานะผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่มีความรุนแรงสูงเป็นอันดับแรก (Beckstrand & Kirchhoff et al., 2005) อุปสรรคในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกี่ยวกับการจำกัดการรักษาที่พบ ได้แก่ 1) แพทย์จะรู้สึกเครียดและไม่สบายใจเมื่อต้องเผชิญกับความตายของผู้ป่วย 2) แพทย์ได้รับการฝึกฝนให้เอาชนะโรค ดังนั้นแพทย์จะรู้สึกว่าล้มเหลวเมื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถ้าชีวิตผู้ป่วยสามารถอยู่ได้โดยการช่วยพยุงไว้ 3) แพทย์กลัวเกี่ยวกับประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งหรือการยกเลิกการรักษาที่ช่วยชีวิต (Gillgan & Raffin, 1996b อ้างตามพัชรี, 2547)

ความแม่นยำในการพยากรณ์โรคของแพทย์ พบว่าในบางครั้งเป็นเรื่องยากที่จะตัดสินใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (Faber-Langendoen & Lanken, 2000) ทำให้แพทย์มีความยุ่งยากและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค เป็นการยากที่แพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะสุดท้าย มีแพทย์ร้อยละ 56 เท่านั้นที่จะบอกว่าอาการของผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้าย (ปราโมทย์, 2546) ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตาย ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Edmond & Roger, 2003)

ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นประเด็นที่สร้างความลำบากใจให้แก่พยาบาลผู้ให้ข้อมูลเสมอๆ เพราะพยาบาลผู้ให้ข้อมูลมักเกิดความไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย มักเกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่มีโอกาสของความเป็นความตายเท่ากัน การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยเครื่องมือทางเทคโนโลยี เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืดยาวออกไป (prolong dead and prolong life) ทางการแพทย์เป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย (beneficence) และเป็นจิตสำนึกที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันผลจากการยืดชีวิตผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นการสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและญาติทั้งด้านจิตใจ การรักษาจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ กับผู้ป่วยหากผู้ป่วยอยู่ในสภาพ ที่หมดหวังและไม่ตอบสนองต่อการรักษา จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในเรื่องการกระทำเพื่อการยืดชีวิต (สันต์, 2546)

2. ทัศนคติของแพทย์และพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทัศนคติต่อความตายมีผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมีความรู้สึกอึดอัดใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย เนื่องจากแพทย์ พยาบาล สมาชิกในครอบครัวแต่ละคน ให้ความสำคัญกับการให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายที่แตกต่างกัน โดยบางครั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตาย แพทย์ยังคงให้ข้อมูลถึงโอกาสที่จะรอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความหวังที่เกินจริง และรู้สึกผิดในการตัดสินใจยุติการรักษา รวมทั้งไม่ยอมให้ผู้ป่วยตาย และพยาบาลรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องเตรียมสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยให้ยอมรับการตายที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การที่แพทย์เห็นว่าการตายเป็นการล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วย ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของแพทย์มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษานอกจากขึ้นอยู่กับเหตุผลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว ยังขึ้นอยู่กับคุณค่าและบุคลิกลักษณะของแพทย์แต่ละคน (Raffin, 1995)

ความขัดแย้งในการตัดสินใจในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย จากความคิดเห็นในการตัดสินใจที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งในการตัดสินใจ ใครควรตัดสินใจ เป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วย และถือเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว Informed Consent ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) ขณะที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยจะต้องมีสติ รู้สึกตัวดีมีความสามารถในการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยจะดำเนินตามสิทธิด้วยตนเอง หรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน ถ้าผู้ป่วยยังมี

สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี ญาติไม่มีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ญาติรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ทีมสุขภาพมีการปรึกษากับญาติและมีการให้ญาติตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right of self determination) เป็นการละเมิดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผู้รับผิดชอบทางการเงินผู้ป่วยแทนเท่านั้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็นการฝ่าฝืนจรรยาบรรณและกฎหมาย (วิฑูรย์, 2545)

3. การสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลมักไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อแพทย์และสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตแล้ว พยาบาลกลับต้องกลายเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วย ในภาวะดังกล่าวพยาบาลต้องเผชิญกับทั้งความต้องการทางด้านจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัวและประเด็นทางเทคนิคของการรักษาแบบนี้ ทำให้พยาบาลรู้สึกกดดัน และขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Halcomb et al., 2004)

การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล นอกจากจะทำให้ผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยดีขึ้นยังทำให้คุณภาพในการในการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหนักดีขึ้น (King, Lee, & Henneman, 1993 อ้างตาม พัชรี, 2547) อย่างไรก็ตามทีมสุขภาพยังมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมน้อย ซึ่งจากการศึกษาบทบาทของพยาบาลในการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า พยาบาลมีบทบาทน้อยในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ และมีพยาบาลหลายคนบอกว่าแพทย์ไม่ได้พูดคุยกับตนเองในการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ ดังนั้นจากการที่ไม่ได้มีการพูดคุยร่วมกันทำให้เป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลในการให้ความชัดเจนแก่ผู้ป่วย (Godkin & Toth, 1994) ทำให้พยาบาลรู้สึกอึดอัดใจกับบทบาทที่มีจำกัดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

ปัจจัยด้านระบบการทำงาน

1. รูปแบบการทำงานของทีมสุขภาพและการขาดแคลนพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรจะมีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาของเบกสเตรนและคณะ (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) พบว่าการที่พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากหลายสาเหตุได้แก่ การขาดแคลนพยาบาลทำให้ไม่สามารถมอบหมายงานให้สัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยเป็น 1:1 และการมอบหมายงานไม่

เอื้อให้พยาบาลมีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ภาระงานที่มากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย (Bucknall & Thomas, 1997) และการที่พยาบาลทำงานเป็นผลัด ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน ดังนั้นจึงไม่สามารถให้พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่สแกนลอน (Scanlon, 2003) กล่าวว่าพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา เพื่อแสดงให้เห็นมุมมองของวิชาชีพ อีกทั้งพยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย ผู้ติดต่อสื่อสาร ผู้สอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อควบคุมอาการและความสุขสบาย และเป็นผู้อำนวยความสะดวกโดยการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

2. กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้ายก่อนตายมากที่สุด แต่ระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมีการจำกัดเวลาและจำนวนของญาติที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ทำให้ความต้องการของญาติไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร (สมาพรและวณิชา, 2549) และจากการศึกษาของวงรัตน์ (2544) พบว่าญาติของผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการให้การดูแลที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะอย่างในหอผู้ป่วยหนัก สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจในการอยู่ใกล้ผู้ป่วย หรืออาจทำให้พวกเขาไม่เต็มใจหรือรู้สึกอึดอัดที่จะอยู่ใกล้ผู้ป่วย เนื่องจากมีเครื่องมือต่างๆ มากมาย (Simpson, 1997)

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีสถานที่เพียงพอ ความลำบากในการจัดหาอาหาร ที่พักและสถานทีสำหรับการประชุมปรึกษาให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการขาดบริการสนับสนุนในช่วงเวลากลางคืน เป็นอีกส่วนหนึ่งของปัจจัยที่พยาบาลรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้เต็มที่ (Kirchhoff et al., 2000)

ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

ครอบครัว เป็นหน่วยที่เล็กที่สุด สำหรับครอบครัวมุสลิม บุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี หรือบุคคลอื่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจ มีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจโดยในวิถีมุสลิม บุตรต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบิดา มารดา ภรรยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของสามี สามีต้องรับผิดชอบในการกระทำของภรรยา รวมทั้งมีบทบาทหรือมีอำนาจในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติเรื่องต่างๆ จึงต้องได้รับการอนุญาตจากหัวหน้าครอบครัว (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนั้นครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรค และมีโอกาสได้ร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษามากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในระยะสุดท้าย เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจหรือการทำหัตถการต่างๆ กับร่างกายผู้ป่วย จากการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อสิทธิที่จะตาย พบว่า ความต้องการของญาติเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการของตนเองได้ (Genuis, & Chang, 1994)

เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว รวมถึงอำนาจในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ดังการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก ในสหรัฐอเมริกา (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) สาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหอผู้ป่วยหนักมีความยุ่งยากมากขึ้นใน 10 อันดับแรกที่เกิดบ่อยที่สุด เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความหมายของการประคับประคองชีวิต ไม่ยอมรับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และอยู่ในอารมณ์โกรธ นอกจากนี้อุปสรรคที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย คือ การที่สมาชิกในครอบครัวโทรศัพท์มาถามพยาบาลเกี่ยวกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วยบ่อยๆ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความหมายของการรักษา และความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากแนวทางการรักษาของแพทย์ ทำให้เพิ่มภาระงานและพยาบาลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Beckstrand & Kirchhoff, 2005)

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (philosophy) และเป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความเชื่อพื้นฐานตามกระแสแนวคิดของสำนักปรากฏการณ์นิยม (phenomenology, interpretivism, naturalism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทาง

สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (อาภรณ์, 2536) เป็นการศึกษาหาความหมาย ที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง อธิบายให้เห็นภาพของประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่เกิดขึ้น และครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ โดยปราศจากการจัดกลุ่มหรือการสรุปย่อ จนสามารถอธิบายโครงสร้างการให้ความหมายภายในของประสบการณ์นั้นๆได้ (van Manen, 1990) การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (nature) และความเป็นจริง (truth) ของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543) สามารถแบ่งตามกระบวนการพัฒนาในวิธีการศึกษาที่สำคัญได้เป็น 6 ระยะ (Streubert & Capenter, 2003) ดังนี้

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาให้ได้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และอธิบายปรากฏการณ์จากข้อมูลตามความเป็นจริง ไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของผู้วิจัย ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกตามประสบการณ์ที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด (richness) รวมทั้งข้อมูลมีความกว้าง (breadth) และลึกที่สุด (depth) ในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยมีกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอนคือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายข้อมูล (describing)

2. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเพื่อหาจุดเน้นสำคัญของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นการค้นหาข้อมูล (probing) ที่ต้องการค้นหาหรือจุดสำคัญของข้อมูล (essence) ที่มีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาเพื่อให้ได้สาระสำคัญที่ต้องการกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยมี 3 ขั้นตอน เหมือนกับการศึกษาเชิงบรรยาย คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ และการบรรยาย

3. การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือการเฝ้ามองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านั้น ถึงความแตกต่างในสถานการณ์ เพื่อให้ได้ความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

4. การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรายละเอียดต่างๆ ที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ตามการรับรู้ ทำให้สามารถมองเห็นปรากฏการณ์ทั้งหมด

5. การศึกษาแบบสรุปรวมหรือการตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป และเป็นการลดอคติของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยต้องไม่นำความเชื่อความคิดเห็นของตนเองเข้าไปในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้เข้าใจและได้ข้อมูลที่แท้จริงจากประสบการณ์ของผู้ที่ต้องการจะศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการวิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (Hermeneutic phenomenology) เป็นการศึกษาโดยการตีความเกี่ยวกับการให้ความสัมพันธ์ และการให้ความหมาย (meaning) ของปรากฏการณ์ในแต่ละบุคคลแต่ละปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ และเป็นสิ่งที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการค้นหา วิเคราะห์ แล้วเขียนบรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์บนพื้นฐานการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัยเป็นสำคัญ

จากลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่าการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ โดยการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตของบุคคลเพื่อที่จะเข้าใจและให้ความหมายกับกับประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยบุคคลสามารถเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลเคยรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน ทั้งนี้จากความสอดคล้องของระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งช่วยให้นักวิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้อย่างชัดเจนและละเอียดลึกซึ้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก เป็นวิธีการในการทำความเข้าใจและอธิบายให้รู้ถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายตามมุมมองที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของพยาบาล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก หมายถึง การศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการแปลความหรือตีความ (interpretive) หลักสำคัญของการศึกษาเน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (existential phenomenology) เป็นการศึกษาปรัชญาเกี่ยวกับมนุษย์ (van Manen, 1990) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร เน้นการทำความเข้าใจ แปลความ ตีความเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือธรรมชาติของความจริง และความหมายของปรากฏการณ์นั้นให้เห็นเด่นชัดขึ้นมา เป็นการศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อสรรพสิ่ง ตลอดจนประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ (Koch, 1995) ในการศึกษาประสบการณ์และการให้ความหมายของประสบการณ์คำนึงถึงการทำความเข้าใจพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ได้มาแต่กำเนิดซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความหมายไม่สามารถตัดออกจากการศึกษาได้ หรือการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงในชีวิตประจำวัน (being-in-the-word) โดยไฮเดจเจอร์ (Heidegger, 1962 อ้างตามวีณา, 2547) มีความเห็นว่าแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ หรือการค้นหาปัญหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิต หรือการเป็นอยู่ของ

ปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร จึงต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับบุคคล แนวคิดหลักของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับบุคคล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติกเชื่อว่าบุคคล (person) เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนๆ นั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ (Player, 1994 อ้างตาม ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543; วีณา, 2547ก)

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่มีบริบทสิ่งแวดล้อมและสังคมของตัวเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิดไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง สิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกันมา เป็นบริบททางสังคมของบุคคล และเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมาโดยกำเนิดซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่กำเนิด

1.2 บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในสิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลแต่ละคนให้คุณค่าหรือให้ความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละบุคคล

1.3 บุคคลแปลความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิด และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี ทั้งนี้เกิดจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรม

1.4 บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

1.5 บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ในปรัชญานี้เชื่อว่า เวลาไม่ถูกแยกออกจากการมีชีวิตอยู่ และเวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏและดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบที่ใช้ในการอ้างอิงและเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจในประสบการณ์ของบุคคล เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านไปจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ดำรง

อยู่มากขึ้น ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำความเข้าใจบุคคล

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก ตามแนวคิดของไฮเดจเจอร์ ให้ความสำคัญกับการแปลความหรือการตีความ การทำความเข้าใจ (understanding) เป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้และตระหนักในความเป็นไปได้ของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและนำไปสู่การสร้างความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น สรุปได้ว่าการทำความเข้าใจทำให้มนุษย์มีความตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและการแปลความนำไปสู่ความเข้าใจ (Gelven, 1989 อ้างตามวีณา, 2547ก) การแปลความนั้นมีลักษณะของการเชื่อมโยงประสบการณ์ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือบุคคลสามารถเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน การเข้าใจการเชื่อมโยงของประสบการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาต้องมีสติรู้คิดตลอดเวลา (van Manen, 1990)

ในระยะต่อมา กาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996) ได้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลลึกซึ้งยิ่งขึ้น แนวคิดที่สำคัญ คือ ภาษา (language) และการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) โดยอธิบายแนวคิดดังกล่าวนี้ว่า

ภาษา เป็นสื่อกลางสำคัญที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างชัดเจน ภาษาเป็นสื่อกลางที่จำเป็น และต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่ใช้ในบางกลุ่มบางสังคม การที่จะเข้าใจบุคคลได้จะต้องค้นหาความหมายด้วยการพูดกับบุคคลนั้น ดังนั้นภาษาที่ใช้จึงต้องเป็นภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมาย หรือมีประสบการณ์อยู่ได้อย่างถูกต้อง

การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของผู้ศึกษาซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือการคิดที่เกิดจากการอ่านหรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อย่างไรก็ตามคำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการศึกษา แต่

ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยงเพื่อให้สิ่งที่ต้องการศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เกิดความลำเอียง

นอกจากนี้การกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกทั้งหมดโดยการนำใส่ไว้ในวงเล็บ (bracketing) ไม่สามารถทำได้จริง เพราะสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาระสำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ มากขึ้นจึงพัฒนาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยนำสิ่งเหล่านี้มาศึกษาโดยการแปลความหมายผ่านวงจรเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic circle) (Annells, 1996)

วงจรเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตของบุคคลกับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะเข้าใจและให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ โดยบุคคลสามารถเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลเคยรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน (วีณา, 2547) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ (Koch, 1995)

1. ภูมิหลัง (background) เป็นการศึกษาประวัติ ภูมิหลัง วัฒนธรรมของบุคคลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเพื่อเข้าใจโลกของความเป็นบุคคลของประสบการณ์ของคนๆ นั้น (Benner & Wrubel, 1989 cited by Koch, 1995)

2. ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ก่อน (pre-understanding) เป็นการศึกษาและเข้าใจสิ่งที่เป็นอยู่จริงในโลก เพื่อเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งรวมถึงการใช้ภาษาและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งเข้าใจภาษา วัฒนธรรมของบุคคลในอดีตที่มีมาก่อนและไม่สามารถกำจัดออกไปได้ แต่เป็นพื้นฐานที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้

3. การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ความหมายที่เกิดขึ้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ บุคคลทำให้เหตุการณ์นั้นมีความหมาย เหตุการณ์ก็ทำให้บุคคลเกิดความหมาย (individual both constitute and are constituted by the situation) ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายนั้น จะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

4. การแปลความ ตีความ (interpretation) การทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานชีวิตของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล เพื่อจะแปลความหมายได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาจึงต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงสถานการณ์ (hermeneutic circle) จากประสบการณ์ว่าความจริงแท้ คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อความเป็นบุคคล รวมถึงภาษาและการเชื่อมโยงความหมาย ซึ่งมีผลต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง

กล่าวโดยสรุป ในภาวะวิกฤตอาการของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเมื่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดทวีความรุนแรงขึ้น การตายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จากสาเหตุที่เกิด

ขึ้นกะทันหันไม่คาดคิดมาก่อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่ออาการของโรครุนแรงดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นและตัดสินใจเลือกแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมจึงต้องการการสนับสนุนจากบุคคลแวดล้อมที่ใกล้ชิด การประคับประคองจิตใจรวมถึงการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนและเพียงพอ (พรเลิศ, 2550) โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย (Craven & Hirnle, 2000) ดังนั้นแพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความไวและเคารพในความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยแต่ละคน มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณค่าวัฒนธรรม ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Lo et al., 2002)

การดำเนินชีวิตของมุสลิมล้วนเกิดจากความเชื่อ ความศรัทธาในพระเจ้าและสะท้อนให้เห็นจากความคิด การกระทำ วิถีการดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Carter & Rashidi, 2003) ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตวิญญาณ การดูแลที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งร่างกายและจิตใจในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยให้การดูแลภายใต้ ความศรัทธา การเข้าใจความเชื่อและภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและครอบครัว ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการบริบทของศาสนาอิสลาม เพื่อให้ครอบครัวยอมรับสภาพผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เน้นการให้ความสำคัญผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการให้การพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานจากโรค ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ และให้ข้อมูลเป็นระยะ (SCCM, 2007) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของพยาบาล มีทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ ระบบการทำงาน สิ่งแวดล้อม และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล ทำให้ขาดข้อมูลในการสร้างรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่ดี

การศึกษาประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในครั้งนี้จึงเลือกใช้หลักการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวความคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาประสบการณ์ของมนุษย์ การให้ความหมายของประสบการณ์พยาบาลที่ได้ประสบมาทำให้มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับความหมาย อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ปรัชญาและระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาครั้งนี้เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ และการพยาบาล จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้

บริบทของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ สำหรับบริบทของจังหวัดที่เกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 82 ของประชากร ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยมุสลิม (สำนักงานสาธารณสุขเขต 12, 2545) ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและชาวประมง มีความยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อประจำท้องถิ่น เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ประชาชนส่วนหนึ่งยังพึ่งพาความเชื่อ และการรักษาด้วยหมอสามัญประจำบ้าน และเมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจึงใช้บริการสุขภาพของรัฐ รวมถึงความเจ็บป่วยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งในเขตและนอกเขตบริการ ทำให้สภาพการให้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีสภาพแออัด จำนวนเตียงให้บริการทั้งหมด 320 เตียง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยใน ในบางครั้งจึงมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจำนวนเตียงที่สามารถรองรับได้

สถานการณ์การบริการในโรงพยาบาลจึงมีผู้ใช้บริการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ยังคงมีปัญหาบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ รวมทั้งสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินบ่อยครั้ง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความยุ่งยากของการดูแลรักษา และสมรรถนะของ

พยาบาลแต่ละคนที่แตกต่างกันในบางครั้งอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพตลอดเวลา การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยแต่ละรายตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ญาติของผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก การดูแลในหอผู้ป่วยหนัก สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก และการปฏิบัติตัวของญาติรวมทั้งกฎระเบียบต่างๆ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย หมายเลขโทรศัพท์ญาติที่สามารถติดต่อได้ และระเบียบการเยี่ยมของหอผู้ป่วย ซึ่งกำหนดช่วงระยะเวลาการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยไว้ 2 ช่วง คือ ช่วง 14.00-15.00 น. และ 19.00-20.00 น. สำหรับในกรณีที่หอผู้ป่วยหนักไม่มีเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยวิกฤตบางรายต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีการบริหารจัดการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญจากแพทย์ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งญาติของผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ แนวทางการรักษาแบบประคับประคองอาการ และญาติสามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของหอผู้ป่วยยังไม่มีการจัดตั้งกลุ่มการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้แต่จะเป็นการบริหารจัดการในแต่ละเวร มีการแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมเผชิญกับความตาย และการพลัดพรากได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตัวเอง เช่น ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านที่มีญาติใกล้ชิดอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และจากไปอย่างสงบปราศจากเครื่องพันธนาการทางการแพทย์ การปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อ โดยจะมีการบริการหนังสืออ่านบทสวดมนต์ทั้งศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม และบริการทำความสะอาดให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์นั้นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ (Patton, 2002) และสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ดีต้องมีความรู้ความชำนาญในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Morse, 1991) โดยผู้วิจัย

กำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพนานอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากในช่วงปีแรกของการปฏิบัติงานอยู่ในระหว่างการปรับตัว ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านไป จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์นั้น

2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย อย่างน้อย 3 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งรวมถึงการใช้ภาษา และเข้าใจวัฒนธรรม เป็นพื้นฐานที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้

3. มีความยินดีที่จะเล่ารายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยไม่ทราบแน่ชัดว่าพยาบาลคนใดบ้างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงค้นหาผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการ ดังนี้

1. การเชิญชวน โดยผู้วิจัยประกาศเชิญชวนผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และมีความสนใจร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย โดยการเชิญชวนผ่านเพื่อนร่วมงานและแจ้งให้ทราบในการประชุมประจำเดือน

2. การแนะนำจากผู้ให้ข้อมูล (snowball purposive sampling method) โดยผู้วิจัยขอให้หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอาสาสมัคร แนะนำพยาบาลคนต่อไปที่เห็นว่ามีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

ผู้วิจัย ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ภายหลังจากที่ได้สัมภาษณ์เพื่อให้แน่ชัดว่าผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ดังกล่าว โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยและสนใจเข้าร่วมการวิจัย

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้อง และตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) คือเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆกับข้อมูลเดิม และข้อมูลเดิมได้รับการยืนยันหรือตรวจสอบแล้ว สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจำนวน 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่อธิบายด้วยภาษาของผู้ให้ข้อมูลเอง (Mayan, 2001) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Patton, 2002) ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 ด้านความรู้

ผู้วิจัยเตรียมความรู้และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม นอกจากนี้ผู้วิจัยเตรียมความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนนิวติก รวมทั้งเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตำรา วารสารทั้งในและต่างประเทศ และปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจระเบียบวิธีวิจัยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยต่อไป

1.2 ด้านการฝึกทักษะ

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีทักษะการสัมภาษณ์เพื่อให้สามารถสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และกระตุ้นให้ผู้ตอบคำถามเล่าเรื่องราวที่ได้ประสบมาให้มากที่สุด เพื่อสามารถเจาะลงไปสู่ส่วนลึกของข้อมูล ให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้งและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด รวมทั้งต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถอ่านข้อมูลได้สาระและสามารถสรุปสาระต่างๆ ในประเด็นทั้งหลาย ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์และการสังเกต โดยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย นอกจากนี้ในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 2 รายแรก ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำชี้แนะ และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลจนผู้วิจัยมีทักษะที่เหมาะสม รวมทั้งทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการนำไปทดลองสัมภาษณ์

พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในสถานการณ์จริง (pilot study) จำนวน 2 ราย และนำมาปรับแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษา โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ประกอบด้วยแนวคำถามลักษณะปลายเปิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหลักสูตรพยาบาล ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายผสมผสานกับหลักศาสนาอิสลาม ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิถีมุสลิม ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือคนรัก

2.2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ใช้ถามผู้ให้ข้อมูลถึงการรับรู้ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยสามารถขยายแนวคำถามนี้เป็นคำถามย่อยๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งต่อไป ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) สำหรับบันทึกสิ่งที่สังเกตพบ เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น ความรู้สึก อารมณ์ สีหน้าท่าทางการแสดงออก ตลอดจนสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ซึ่งจะสามารถทำให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบรรยายและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย

3.1 เครื่องบันทึกเสียง พร้อมทั้งอุปกรณ์การบันทึก ได้แก่ แบตเตอรี่

3.2 สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายของผู้วิจัย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาผู้วิจัยต้องนำตัวเองไปคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงประสบการณ์และความหมายซึ่งมีผลต่อการแปลความ นำไปสู่ความเข้าใจในประสบการณ์ตามความจริง เนื่องจากผู้วิจัยนับถือศาสนาพุทธ จบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส หลังจากสำเร็จ

การศึกษาเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีประสบการณ์การทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักนาน 10 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายหลายราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการผู้ป่วยแย่ลงและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต การได้มีโอกาสได้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้รู้ว่า เขามีความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ได้พบประเด็นขัดแย้ง ปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติงาน การให้การดูแลท่ามกลางภาวะวิกฤต และความแตกต่างกันของศาสนา การให้คุณค่าและความหลากหลายทาง ความเชื่อระหว่างทีมสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย อุปสรรคจากการสื่อสารกับผู้รับบริการทำให้ในบางครั้งต้องอาศัยผู้ร่วมงานหรือญาติผู้ป่วยช่วยสื่อสารด้วยภาษามลายู เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นแรงบันดาลใจทำให้เกิดความรู้สึกอยากช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้ได้มากที่สุด จึงเริ่มให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) และบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทาง และบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับข้อมูลและประเด็นสำคัญที่รวบรวมและสังเกตได้ โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมตัวผู้วิจัยโดยการศึกษาความรู้เชิงวิชาการจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย อุปสรรคและความต้องการการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะ รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อจะได้นำความรู้เหล่านี้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือและข้อคำถามต่างๆ ให้มีความครอบคลุมในประเด็นที่จะศึกษามากที่สุดเตรียมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึก การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดและครอบคลุมเพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด นอกจากนี้เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา กระบวนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตลอดจนเตรียมความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ รวมทั้งเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ที่ไปเก็บข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและเป็นแนวทางในการวางแผนเก็บข้อมูลต่อไป

2. การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้น มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปศึกษานำร่อง (pilot study) กับกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจริง จำนวน 2 ราย โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึก รวบรวม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทำการตรวจสอบและแก้ไขภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา ของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3. เตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ ให้พร้อมเพื่อสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมไปยังเลขานุการคณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อพิจารณาขั้นต้นและเสนอโครงการวิจัยไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องการเก็บข้อมูลเพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวาจาอีกครั้ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขออนุญาตติดประกาศรับอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในหอผู้ป่วย เกี่ยวกับพยาบาลรายละเอียดของการศึกษาวิจัยให้ทราบ

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือรวมทั้งขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยซึ่งมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นอาสาสมัครแนะนำผู้ที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งและจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลและประโยชน์

ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญกับงานวิจัย และผู้วิจัยอยากคุยด้วยเกี่ยวกับประสบการณ์ดังกล่าว รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัยแล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้ลงชื่อเป็นหลักฐานหรือแสดงการยินยอมด้วยวาจา

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการ ดังนี้

5.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในบริบทที่เป็นธรรมชาติ เนื่องจากปรากฏการณ์ในขณะที่เกิดขึ้นไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือควบคุมจากนักวิจัย เปิดกว้างสำหรับทุกอย่างที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูล ไม่มีการกำหนดผลที่คาดไว้ล่วงหน้า รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและผ่อนคลาย ในการเล่าประสบการณ์การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลหรือสัมภาษณ์ที่ห้องพักพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งหมายถึง การที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างชัดเจน และผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นอีก โดยมีขั้นตอน ดังนี้

5.1.1 ผู้วิจัย ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทำการบันทึกเสียง พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าในระหว่างการให้สัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้มีการบันทึกเสียงสามารถขอให้หยุดการบันทึกเสียงอย่างย่อและจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันทีจะไม่ใช้การจดรายละเอียดได้ตลอดเวลา หากผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียงผู้วิจัยจะจดบันทึกอย่างย่อและจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที จะไม่ใช้การจดรายละเอียดข้อมูลในขณะสัมภาษณ์เพราะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดไม่เป็นกันเอง

5.1.2 การสัมภาษณ์จะเริ่มเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมและอยู่ในบรรยากาศที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย รู้สึกผ่อนคลายและลดความตึงเครียด ด้วยการแสดงออกถึงความปรารถนาดีและความเอื้ออาทรต่อผู้ให้ข้อมูล นักวิจัยเข้าไปสัมผัสแบบมีส่วนร่วมโดยตรงกับประชากร หรือปรากฏการณ์ศึกษา เนื่องจากนักวิจัยเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ประสบการณ์ ทักษะ และวิจารณญาณส่วนตัวของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา เริ่มด้วยการพูดเรื่องทั่วๆ ไปอย่างเป็นกันเอง ยิ้ม แสดงความเอาใจใส่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ไม่แสดงท่าทีดูถูกผู้ให้ข้อมูล ปล่อยให้มีการพูดนอกเรื่องบ้าง ไม่ตัดบทอย่างกะทันหันเกินไป

5.1.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องฟังอย่างตั้งใจ คือ การฟังว่าผู้ให้ข้อมูลพูดว่าอะไร แล้วคิดตามว่าได้ยินอะไร เห็นอะไร หรือรู้สึกอย่างไร แล้วถามต่อเพื่อให้สมบูรณ์ โดยระวังที่จะไม่ถามแต่เรื่องที่ผู้วิจัยสนใจเพื่อลดความลำเอียงของผู้วิจัย ร่วมกับสะท้อนความหมาย การยกตัวอย่าง การสรุป และการเจาะลึกในประเด็นที่ศึกษา เพื่อให้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างลึกซึ้งที่สุด ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสังเกตและบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที

5.1.4 ในขณะสัมภาษณ์ หากคำถามที่ผู้วิจัยถาม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยอยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ส่งกระดาษเช็ดหน้าให้ซับน้ำตา การสัมผัสมือหรือไหล่เพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และรอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะสนทนาต่อไป ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่

5.1.5 ยุติการสัมภาษณ์โดยกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลสละเวลาและได้ให้ข้อมูลซึ่งมีคุณค่าสำหรับงานวิจัย และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าภายหลังจากการอ่าน วิเคราะห์บทสัมภาษณ์ครั้งนี้แล้วหากไม่เข้าใจเรื่องใดหรือมีข้อสงสัยเพิ่มจะขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งโดยผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเอง

6. การแปลผลข้อมูลรายวัน

6.1 การถอดเทปข้อมูลหลังจากการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละวันผู้วิจัยฟังเทปการสัมภาษณ์อย่างตั้งใจ และจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นจากการฟังครั้งนั้น ได้แก่ ข้อมูลและประเด็นที่ได้ ประเด็นที่ต้องการรายละเอียดเพิ่ม หรือต้องการการตรวจสอบความเข้าใจ และความคิดของผู้วิจัยต่อข้อมูล รวมทั้งบรรยากาศการสัมภาษณ์ครั้งนั้นๆ จากนั้นจึงทำการถอดเทปบันทึกทั้งหมดมาเป็นข้อความเชิงบรรยายที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ โดยการถอดข้อความเป็นคำต่อคำ แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเหล่านั้นอีกครั้งโดยการเปิดเทปฟังซ้ำๆ แล้วอ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อมูลที่ยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะกลับไปให้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใหม่อีกครั้งจนกว่าไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

6.2 การจัดการข้อมูล คุณภาพของการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการจัด เก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการจัดการข้อมูลที่ดีจะทำให้การจัดรูปแบบและคำหลักของข้อมูลมีชัดเจนมากขึ้น ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์และการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน

6.2.1 บทสัมภาษณ์ (transcript file) ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์และข้อมูลจากการสังเกต รวมทั้งความคิดเห็นของผู้วิจัย โดยจัดข้อมูลเป็น 3 คอลัมน์ คอลัมน์ที่อยู่กลางหน้ากระดาษซึ่งกว้างที่สุดเป็นบทสัมภาษณ์ และอีก 2 คอลัมน์ด้านข้างเป็นความคิดเห็น และการแปลความหมายของผู้วิจัย ดังตัวอย่างในภาคผนวก ค

6.2.3 บันทึกส่วนตัว (personal file) ประกอบด้วย ความคิดเห็นของผู้วิจัยและการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และกิจกรรมที่ได้จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับระเบียบวิจัย ได้แก่ การเลือกผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ปัญหาในการใช้อุปกรณ์สนามที่พบ ปัญหาทางจริยธรรม เป็นต้น ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการเขียนบันทึกส่วนตัว (journal)

6.2.4 บันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (analytical file) ประกอบด้วยบันทึกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำถามในการสัมภาษณ์ที่นำไปสู่การตอบคำถามการวิจัย การเลือกข้อมูลและการให้ความหมายข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลของลินคอร์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) สำหรับการศึกษาประสบการณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้วิจัยทำการศึกษาในหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนักมากพอสมควร ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษาสถานภาพของผู้วิจัย ไม่ให้ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลรบกวนผลการตีความข้อมูลที่ค้นพบ และไม่เกิดอคติในการดำเนินการวิจัย (Lincoln & Guba, 1985) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัว เพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้การสะท้อนโดยตนเองนี้เป็นการตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของตัวผู้วิจัยต่อผลการวิจัย ซึ่งเป็นวัตถุดิบในการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการ

แปลความหมายของผู้วิจัย ช่วยคงการเปิดใจ และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995; Streubert & Carpenter, 2003)

ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง และนานพอจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและมีไมตรีต่อกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความผิดพลาดหรือบิดเบือนของข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 40-60 นาที และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าว่าการศึกษาครั้งนี้มุ่งที่ประเด็นใดเป็นหลัก ผู้วิจัยเปิดเผยตนเองพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอ ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญ ประโยชน์และคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และที่ได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สื่อความปรารถนาดีและความเอื้ออาทรแก่ผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ คำนึงถึงความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง อากัปกิริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่คำถามต่อเนื่องให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป (วีณา, 2547ข)

การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) ก่อนยุติการสัมภาษณ์ แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมาย บิดเบือนไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อค้นพบที่รายงานนั้นแทนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง (Koch, 1995)

2. ความสามารถถ่ายย้ายหรือประยุกต์ผลการศึกษาไปใช้ (transferability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทที่ทำการศึกษา (Lincoln & Guba, 1985) ดั้งนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถพิจารณาตัดสินใจในการนำข้อมูลที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ (Koch, 1995)

3. ความสามารถยืนยันการไม่เปลี่ยนแปลงของข้อค้นพบ (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ (Lincoln &

Guba, 1985) โดยผู้วิจัยทำการบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้งและแต่ละราย โดยผู้วิจัยเขียนนามสมมุติ เวลา สถานที่ ครั้งที่สัมภาษณ์ทุกครั้ง และจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเชิงรหัสซึ่งบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระ (theme) ของข้อมูล ภายหลังการบ่งชี้แก่นของสาระไประยะหนึ่งแล้วผู้วิจัยได้บันทึกการบ่งชี้องค์ประกอบแก่นของสาระ โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ชั่วคราวระหว่างหมวดหมู่เฉพาะเท่าที่พบจากข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยจดบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้งที่ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลมาจริง ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้

4. ความไว้วางใจได้ (dependability) เพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยรู้สึกเห็นด้วยกับข้อค้นพบที่ผู้วิจัยนำเสนอ (Lincoln & Guba, 1985) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบในกระบวนการได้มาของข้อมูลและผลที่ได้ ซึ่งในการตรวจสอบกระบวนการได้มาของข้อมูล ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบตั้งแต่การสร้างเครื่องมือในการวิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และนำมาปรับปรุงภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ หลังจากนั้นนำไปฝึกสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะเดียวกันกับที่ต้องการแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาโดยละเอียด สำหรับในการเก็บข้อมูลจริงก็ทำเช่นเดียวกัน โดยการเก็บข้อมูลทุกรายต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเพิ่มเติมและแก้ไขข้อบกพร่อง จนข้อมูลมีความชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยต้องนำตัวเองเข้าไปคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจและเปิดเผยความเป็นตัวของตัวเองกับผู้วิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสถานะทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลได้ (สุภางค์, 2552) เพื่อให้งานวิจัยตั้งอยู่บนพื้นฐานของมนุษยธรรม ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงแนวทางปฏิบัติของผู้วิจัย เพื่อป้องกันอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ของความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรืออาจแสดงความยินยอมด้วยวาจา (ดูรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในภาคผนวก ก) ในการนัดหมายเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกเองตามที่สะดวกและสบายใจ

2. ในขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง ซึ่งหากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้มีการบันทึกเสียงในช่วงใดๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ในขณะสัมภาษณ์หากคำถามที่ผู้วิจัยถามทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยอยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ส่งกระดาษเช็ดหน้าให้ซับน้ำตา การสัมผัสมือหรือไหล่ เพื่อแสดงความเข้าใจและยอมรับในการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และรอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะสนทนาต่อไป ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่

3. เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง บันทึกสนาม บันทึกประจำวัน และการวิเคราะห์ทุกอย่าง ใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายโดยผู้วิจัยภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี

4. ข้อมูลที่สามารถทำให้ทราบถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เช่น ชื่อ ที่อยู่ ถูกเก็บในตู้ที่ล็อกได้ และผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้แต่เพียงผู้เดียว และชื่อผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์และรายงานผลการวิจัย ถูกเปลี่ยนเป็นนามสมมุติทั้งหมด และไม่มีข้อมูลใดๆ ที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลถูกแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อค้นหาแก่นหรือข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ และเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมครั้งต่อไป

2. การวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปรากฏการณ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวนมาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้สามารถเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง โดยกระบวนการวิเคราะห์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้วิจัยได้แปลความและตีความ เพื่ออธิบายความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแวนมาเนน ได้อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ไว้ 6 ขั้นตอน คือ

1. การย้อนกลับไปทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (turning to the nature of lived e□perience) เป็นการนำผู้ให้ข้อมูลให้ระลึกถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาลที่ผู้ให้ข้อมูลประสบมา ให้ความสนใจอย่างจริงจังและมุ่งมั่นที่จะทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ที่ต้องมีการคิดอยู่ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยต้องเข้าใจในธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต รู้ว่าปรากฏการณ์ที่ศึกษา คือ อะไร ตั้งคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ออกมาได้เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เกิด ขึ้นของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นอยู่ เช่นแบบแผนการดำเนินชีวิต สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยประสบมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

2. การค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (investigating e□perience as we live it) โดยการศึกษาต้องค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาให้ลึก ความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ เพื่อเข้าถึงประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่ต้องการศึกษา ซึ่งต้องใช้เทคนิคในการถามคำถามเพื่อค้นหาธรรมชาติของประสบการณ์ ในขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงต้องทำความเข้าใจกับ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลและสามารถเข้าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ เสมือนผู้วิจัยได้อาศัยอยู่ในประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

3. การสะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ (reflection on essential themes) เป็นการพยายามทำความเข้าใจความหมายที่สำคัญของการให้ความหมายประสบการณ์ และการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล เนื่องจากความหมายของปรากฏการณ์มีลักษณะหลากหลายมิติ (multi-dimension) ไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยคำจำกัดความเดียวได้ การทำความเข้าใจด้วยโครงสร้างของความหมายหรือคำหลักจะช่วยให้ผู้วิจัยนึกภาพของปรากฏการณ์ได้ง่ายขึ้น การจัดคำหลักของปรากฏการณ์มี 3 ขั้นตอน

3.1 รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา ทั้งจากการสัมภาษณ์ การบันทึกเทป การจดบันทึกข้อมูลภาคสนามและการสังเกตอย่างละเอียด มาเรียบเรียงให้เป็นระเบียบ

3.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำหลักที่เป็นคำหลักสำคัญ (isolating thematic statements) ของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยมีวิธีการ 3 วิธี ดังนี้

3.2.1 วิธีอ่านรายละเอียด (the detailed or line-by-line approach) เป็นการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดทุกคำพูด ทุกประโยค และทำความเข้าใจกับรายละเอียดของข้อมูลซึ่งเป็นประโยคหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

3.2.2 วิธีอ่านโดยภาพรวม (the wholistic approach or sententious approach) เป็นการอ่านโดยภาพรวมทั้งหมดแล้วทำความเข้าใจกับข้อมูลเพื่อสามารถเข้าใจประเด็นสำคัญที่ศึกษาอย่างละเอียด และสะท้อนความหมายออกมาเป็นประโยคหรือวลีที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเหล่านี้

3.2.3 วิธีอ่านโดยการเลือกอ่านข้อความสำคัญ (the selective approach or highlighting approach) เป็นการเลือกอ่านประโยค คำพูดหรือคำวลีที่เกี่ยวข้องปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้วขีดเส้นใต้ประโยคหรือคำที่เป็นความหมายและเกี่ยวข้องกับการศึกษา

3.3 รวบรวมคำหลักสำคัญที่ได้จากการศึกษา มาปรับภาษาหรือการใช้คำให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด

3.4 จัดกลุ่มคำหลักสำคัญเป็นหมวดหมู่ ทั้งของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และรวมกลุ่มคำหลักสำคัญของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย พร้อมทั้งจัดลำดับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3.5 เขียนบรรยายคำหลักสำคัญ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ

3.6 นำคำหลักสำคัญที่ได้กลับไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

4 เขียนบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการนำคำหลักสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะเขียนบรรยายอย่างละเอียดและชัดเจน ทั้งนี้ต้องอาศัยการคิดทบทวน (re-thinking) การสะท้อนคิดพิจารณา (re-flecting) และการระลึกได้ (re-cognizing) จากข้อมูลที่ได้มาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ได้ตรงกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษามากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเขียนบรรยายสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำหลักที่ได้ประกอบกันเป็นภาพรวมของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายตามความหมายของพยาบาล โดยการแสดงคำหลักพร้อมทั้งยกข้อความ ประโยค หรือวลี ที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสนับสนุนและประกอบคำบรรยาย

5. การคงไว้ซึ่งคำหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา (maintaining a strong and oriented relation) เป็นการควบคุมไม่ให้คำหลักสำคัญที่ได้จากการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา ซึ่งต้องไม่นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นตัวกำหนดหรือเป็นกรอบของ

การศึกษาโดยการเขียนบรรยายปรากฏการณ์หรือความคิดของผู้ให้ข้อมูลให้มีความหนักแน่นชัดเจน และให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกันของประสบการณ์ที่มี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงที่ได้จากการศึกษา

6. การทำให้มีความสมดุลของบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาจากส่วนย่อยและส่วนรวม (balancing the research conte□t by considering parts and wholes) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวม โดยมีการทบทวนถึงกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งจะต้องไม่เกิดคำหลักสำคัญอื่นๆ ตามมาเพิ่มเติมอีก

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อบรรยายความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึก อุปสรรค และความต้องการได้รับการสนับสนุนจากการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการประยุกต์ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย จำนวน 12 ราย และใช้แนวทางวิเคราะห์ข้อมูลของแวนมาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ขอนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 ราย

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

3.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

3.2 ประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

3.3 ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

3.4 อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้รวม 12 ราย ทุกรายเป็นเพศหญิง มีอายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 47 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 5 ราย สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี 10 ราย ระดับปริญญาโท 2 ราย (สาขาสังคมศาสตร์ 1 ราย และสาขาพยาบาลศาสตร์จิตเวช

1 ราย) มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 1-5 ปี 5 ราย 6-10 ปี 4 ราย และ 10 ปีขึ้นไป 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 6 ราย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม 3 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมากกว่า 10 ราย มีเพียง 2 รายที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 6-10 ราย ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเพียง 3 ราย ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มเติมภายหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรี สำหรับประเด็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดไม่เคยได้รับความรู้ มีผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเพิ่มเติมจากการประชุมเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณตามหลักศาสนาอิสลามกับภาวะสุขภาพ ส่วนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือคนรัก พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (N=12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ (ปี)		**เพศ**	
19-30	2	ชาย	0
31-40	8	หญิง	12
41-50	2		
ศาสนา		**ระดับการศึกษา**	
พุทธ	7	ปริญญาตรี	10
อิสลาม	5	ปริญญาโท	2
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		**ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ**	
หอผู้ป่วยหนัก	6	1- 5 ปี	5
อายุรกรรม	3	6- 10 ปี	4
ศัลยกรรม	3	มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	3

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย		**ประสบการณ์เสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือคนรัก**	
6-10 ราย	2	มี	6
มากกว่า 10 ราย	10	ไม่มี	6
ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผสมผสานกับหลักศาสนาอิสลาม			
ได้รับ	3		
ไม่ได้รับ	9		

ส่วนที่ 2 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ 1

อายุ 43 ปี ศาสนาพุทธ จบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่งมีประสบการณ์การทำงานได้ 19 ปี หลังจบการศึกษา ได้กลับมาทำงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยที่อาการหนักเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในวิถีมุสลิม เนื่องจากปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคใต้มานาน และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผสมผสานกับหลักศาสนาอิสลามบ้าง ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลที่ 2

อายุ 35 ปี ศาสนาพุทธ จบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานได้ 11 ปี หลังจบการศึกษา ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในทุกระบบ ผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และส่วนใหญ่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากที่เข้ารับการรักษาจากหมอสามัญประจำบ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น อาการที่เข้ามาโรงพยาบาลจึงค่อนข้างหนัก แม้ว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยหลายราย แต่ยังคงไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ และการปฏิบัติของญาติ

ผู้ให้ข้อมูลที่ 3

อายุ 32 ปี ศาสนาพุทธ จบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง มีประสบการณ์การทำงานได้ 10 ปี หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายหลายราย ผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายญาติมีความต้องที่จะเข้ามาสวดมนต์ข้างเตียงตลอดเวลา และเมื่อพบว่ามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเยี่ยม ญาติมักตัดสินใจนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน พยาบาลได้ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลที่ 4

อายุ 33 ปี ศาสนาพุทธ จบการศึกษาพยาบาลระดับต้นจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิคหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประมาณ 5 ปี และได้ศึกษาต่อพยาบาลศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมาแล้ว 3 ปี ในระยะแรกในการปฏิบัติงานยังขาดความมั่นใจ หลังได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต จึงมีความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลที่ 5

อายุ 32 ปี ศาสนาอิสลาม จบพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ปฏิบัติงานมาแล้ว 10 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายหลายราย อีกทั้งเคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ซึ่งเป็นคุณปู่ จึงมีความเข้าใจถึงความเชื่อ ความศรัทธา และความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว แนวทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย จึงเป็นไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ที่เคยได้รับ

ผู้ให้ข้อมูลที่ 6

อายุ 33 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาพยาบาลระดับต้นจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ทำงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิคหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประมาณ 5 ปี และได้ศึกษาต่อพยาบาลศาสตร์ หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนักมาแล้ว 3 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายหลายราย ตั้งแต่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเทคนิคจนกระทั่งปัจจุบัน อีกทั้งเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณตามหลักศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธ มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลที่ 7

อายุ 31 ปี ศาสนาพุทธ จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยประมาณ 3 ปี และศึกษาต่อปริญญาโทในสาขา

การพยาบาลจิตเวชที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษากลับไปปฏิบัติงานได้ 2 ปี จึงย้ายตามครอบครัวมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ปฏิบัติงานได้ 3 ปี มีความเข้าใจถึงความต้องการ และการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวม มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายหลายราย

ผู้ให้ข้อมูลที่ 8

อายุ 26 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 3 ปี ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ บ่อยครั้งที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากหอผู้ป่วยหนักมีเตียงจำนวนจำกัด และยังไม่เพียงพอที่จะให้บริการ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจึงจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยสามัญรวมถึงผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการที่นับถือศาสนาอิสลาม

ผู้ให้ข้อมูลที่ 9

อายุ 28 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 5 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรงทั้งจากประสบอุบัติเหตุและจากสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจขึ้นอยู่กับญาติผู้ใหญ่ที่ได้รับความเชื่อถือจากบุคคลในครอบครัว และมีประสบการณ์ที่ประทับใจในการผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยนำเสียงสวดมนต์ในโทรศัพท์มือถือเปิดให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายฟัง ผู้ป่วยสงบลดความทุกข์ทรมานและครอบครัวผู้ป่วยพึงพอใจ

ผู้ให้ข้อมูลที่ 10

อายุ 41 ปี ศาสนาอิสลาม จบการศึกษาพยาบาลระดับต้นจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลเทคนิคหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประมาณ 10 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายหลายราย โดยผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอายุรกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการกำเริบต่อมาผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษาต่อพยาบาลศาสตร์ หลังจบการศึกษาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม 4 ปี ผู้ป่วยศัลยกรรมที่รักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุที่อยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ จึงใช้หลักศาสนาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าไปคุยกับผู้ป่วย อ่านคัมภีร์เพื่อให้ผู้ป่วยสงบระลึกถึงพระเจ้า

ผู้ให้ข้อมูลที่ 11

อายุ 31 ปี ศาสนาพุทธ จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 7 ปี ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วญาติ ในบางครั้งญาติไม่สามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียได้ หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงมีการยื้อชีวิตผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และปัญหาที่ได้พบจากการปฏิบัติงานเป็นแรงบันดาลใจที่ทำให้เกิดความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเข้าร่วมในทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลที่ 12

อายุ 37 ปี ศาสนาพุทธ จบการศึกษาพยาบาลศาสตร์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 15 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลเห็นถึงความสำคัญในการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการช่วยเหลือให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยอย่างสงบ

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย ครอบคลุมการให้ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของพยาบาล ประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย รวมถึงอุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาลโดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ในการอธิบายความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และสะท้อนความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 2 ลักษณะ คือ 1) มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ลง ไม่มีความหวังในการรักษา 2) มีการเจ็บป่วยกะทันหัน และญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน

1. มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ลง ไม่มีความหวังในการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่มี อาการและอาการแสดงในทางที่แย่ลง โดยพยาบาลประเมินจากสัญญาณชีพ และการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา แม้จะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าหมดหนทางรักษา การรักษาที่ได้รับเพียงเพื่อยืดเวลาออกไป ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ผู้ป่วยหลังได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้ป่วยช็อก ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจวาย หัวใจวาย เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พวกแอ็คซิเดนท์ (accident) ต่าง ๆ ซีเวียร์เฮทอินจูรี่ (severe head injury) มาแล้วก็ทูที (coma score 2T $E_1V_TM_1$) ไม่สามารถที่จะทำผ่าตัดได้หมอเค้าไม่มีความคาดหวัง... คนไข้โฮปเรต (hopeless) อาการหนัก ความดันวัดไม่ได้ ฮาร์ทเรท (heart rate)ช้า ไม่รู้สึกตัวโฮปเรตนี้หมายถึงทุกอย่าง เฟวเลีย (failure) หมด ระดับความรู้สึกตัวลดลงหัวใจเต้นช้าลง รีนอลเฟวเลีย (renal failure) นี้ก็คือ ระยะสุดท้ายแล้ว ความดันวัดไม่ได้ ก็คือ ทุกอย่างเต็มหมดแล้ว คือ การให้ยาพวกไอโนโทป (inotope) ฟูลออฟชั่น (full option) หมดหนทางรักษา..ในบางครั้งก็คือ ทำเพื่อที่จะยื้อเท่านั้นแล้วก็ยืดเวลาออกไป ...ก็ถือได้ว่าเป็นคนไข้ระยะสุดท้าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ประเมินจากสภาพของคนไข้หลังโพสอะเรท (post arrest) เหมือน กับว่าเราให้ยาเต็มที่แล้ว เครื่องช่วยหายใจก็ช่วยอยู่แล้ว คนไข้ยังไม่ progress ขึ้น อาการยังไม่ดีขึ้น สภาพคนไข้ดูแนวโน้มไม่ดี... ความดันต่ำ หัวใจเต้นช้าน้อยกว่าสี่สิบ ไม่รู้สึกตัว หรือว่าการดำเนินไปของโรคไม่ดีไม่ตอบสนองต่อการรักษา...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“คนไข้ที่อยู่ในระยะที่อาจจะต้องเสียชีวิตภายในระยะเวลาที่ใกล้ ๆ คือ วาระสุดท้ายที่จะต้องเสียชีวิตแล้ว.คนไข้ที่แบบว่าใกล้ตาย.....หมดหนทางรักษา คนไข้ฮาร์ท (heart)...ฮาร์ทแอคเทค (heart attach) ...ปั๊ม (pump) อาจจะไม่ขึ้น หรือว่าขึ้นแต่ว่าก็คือว่าเป็นในลักษณะของเจ้าชายนิทรา.....ฮาร์ทเรท (heart rate) เร็ว

บีพีดร็อพ (BP drop) โรคที่เค้าเป็นก่อน มีปัญหาหลาย ๆ ระบบ... มันเป็นมัลติออแกนแฟวเรีย (multiorgan failure)"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ไวทอลไซด์ (vital sign) หมายถึงว่า ที (T=temperature) พี (P=pulse) อาร์ (R=respiration) บีพี (Blood Pressure) อาจจะเข้าสู่ภาวะช็อค (shock) คนไข้อาจจะไม่รู้สึกตัวโคม่าสกรอดร็อพ (coma score drop) กว่าเดิม ...อาจจะดร็อพไปต่ำกว่าเจ็ดหัวใจก็คือต่ำกว่าหกสิบ อาจจะแบบช้าลงประมาณต่ำกว่าสี่สิบ ความดันก็ต้องดร็อพ กว่าห้าสิบ หกสิบแล้ว เหมือนกับว่า สี่สิบ...ศูนย์ แบบตัวล่างวัดไม่ได้ คนไข้ซึมเรียกไม่ตื่น อันคอนเชียส (unconscious) อยู่ได้ก็เพราะใส่เครื่องอยู่แบบนี้นะคะ ใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น เบิร์ด (Bird)"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

2. มีการเจ็บป่วยกะทันหัน และญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่ามีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีภาวะแทรกซ้อนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ ญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน เนื่องจากญาติไม่เคยรับรู้ว่าผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว เช่น เกิดภาวะหัวใจวาย เกิดอุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บอย่างรุนแรง เป็นต้น เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"พวกเอ็มไอ (MI) ประมาณว่าเค้า (ญาติ) ไม่ได้เตรียมใจว่าจะเสียชีวิต...ฮาร์ทเรทเร็ว บีพีดร็อพ ก็คือโอกาสที่จะ ปุ๊บ ๆ คือไปได้เลยก็เป็นไปได้ หรือว่าคนไข้ที่แบบว่าถ้าฮาร์ทเรทช้า ๆ แต่ว่าคือบีพีอาจจะดีก็ได้...ต้องดูหลาย ๆ อย่างมาประกอบกัน คือเรามองว่าคงไม่ทันได้ข้ามคืน...ปรากฏว่าอยู่ได้ หรือบางเคส (case) เราว่ายังได้อีกประมาณสองสามวัน หรือว่าน่าจะยังไม่มีปัญหาอะไรคงที่แต่อยู่ปุ๊ป ๆ มาไม่เจอซะแล้ว มันเป็นไปได้ตลอด มองว่าอาจจะเป็นเรื่องของ complication อย่างอื่นร่วมด้วย"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"โรคที่มันเฉียบพลัน อย่างเช่น accident ...แล้วก็ญาติเนี่ยเค้าไม่ได้ตั้งตัวมาว่าคนไข้อาจจะต้องเสียชีวิตภายในระยะเวลาที่มันใกล้ ๆ...ในไอซียู ก็น่าจะเป็นคนไข้ที่อาจจะมาด้วยโรคที่ญาติไม่ได้คาดการณ์ว่าน่าจะเกิดมาก่อน"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก

"โรคหัวใจ เฮดอินจูรี่ (head injury) ...เป็นแบบซัดเด็นเดท (sudden death) บางคนเค้าอาจจะยังไม่รู้ไงว่า เป็นหัวใจมาก่อนอยู่ ๆ ก็ชักเกร็ง หมดสติ ไม่รู้สึกตัว พอมาถึงเค้าก็ไม่มี โพสอะเรส (post arrest) จากซีพีอาร์ (CPR) ก็ได้ยาไป ได้ดีฟริบ (defrib) อะไรแล้วก็ขึ้นมา ในขณะนั้นญาติอาจจะประมาณว่าช็อกอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก็ทำทุกอย่างได้โดยที่ไม่ต้องถาม เพราะเค้ามาแบบวิกฤติไง...ถ้าเป็นวิกฤตระยะสุดท้ายจะเป็นแบบกะทันหัน ญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

3.2 ประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้จากแพทย์หรือจากการสังเกตอาการของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความหมายของการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ 2) การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ 3) การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก 4) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เปรียบเสมือนการดูแลญาติมิตร โดยไม่แบ่งแยกว่าผู้ป่วยนับถือศาสนาใด เนื่องจากพยาบาลส่วนหนึ่งเคยมีประสบการณ์ของการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจึงให้การดูแลด้วยความรู้สึกอยากให้เหมือนครั้งหนึ่ง ซึ่งเคยให้การดูแลบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"...เคยเจอประสบการณ์ว่าปู่เสีย แล้วเราได้อยู่ข้าง ๆ.ก็เลยอยากจะให้...รู้สึกว่าได้ดูแลเค้าเหมือนเค้าเป็นญาติ...นึกถึงคิดว่าเป็นญาติเรา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"...ก็เปรียบเทียบเหมือนกับเราดูแลญาติเราเอง...ที่เราดูแลคนไข้ใน ICU เหมือน ๆ ถ้าเราได้เจอบรรยากาศที่แบบว่า ญาติที่ใกล้ที่จะเสียคะ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ไม่ว่าจะเป็นมุสลิมหรือไทยพุทธก็สำคัญนะ ตรงนี้คือเหมือนกับเค้าเป็นญาติเรา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

2. การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยคำนึงถึงการดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยที่จะรับข้อมูลและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความต้องการของญาติ และผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนพฤติกรรมการดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ดังนี้ 1) สิทธิในการได้รับทราบข้อมูล 2) สิทธิเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

2.1 สิทธิในการได้รับทราบข้อมูล

การสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายสามารถปรับตัว และยอมรับต่อความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลดังนี้

2.1.1 เตรียมข้อมูล การเตรียมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการตอบข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ อาการ การพยากรณ์โรค โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายอาศัยประสบการณ์ในการติดตามความก้าวหน้าของโรคเพื่อประเมินอาการ พยาบาลที่ให้ข้อมูลจึงต้องมีประสบการณ์และมีวุฒิภาวะสามารถสื่อสาร วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และครอบครัวผู้ป่วยเพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ประกอบการตัดสินใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เช่น ในกรณีผู้ป่วย หลังการช่วยฟื้นคืนชีพมีโอกาสหัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้นซ้ำได้ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"ก็ให้ข้อมูล ให้ทางเลือก... เพราะว่าคนไข้ hopeless แล้ว...บางทีคนไข้มาแบบโรคหัวใจปุ๊บปั๊บไป...อธิบายเค้า ให้เค้ารับทราบว่า คนไข้เข้ามาเนี่ยมีโอกาสเกิดอาการอาจจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ถ้าเกิดว่าคนไข้หัวใจหยุดเต้นก็คือบอกเค้าไปเลยว่าต้องการให้เรากดนวดหัวใจมั้ย"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็คือว่าต้องคุยกัน...ว่าหมอเค้ามีความคาดหวังมากน้อยแค่ไหนคือต้องคุยกัน เรื่องของโรคที่สืบเนื่องกันด้วย แล้ว...เราก็คงต้องใช้ประสบการณ์ของเราในการประเมินร่วมด้วยว่า case นี้ มีแนวโน้มดีขึ้นได้มากน้อยแค่ไหน หรือว่าจะต้องเป็นแบบประคับประคองเพื่อที่ให้ญาติได้ accept เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แล้วก็คือทำใจยอมรับของสภาพได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“การ advice อาการกับญาติ จะเป็นเรา (พยาบาล) มากกว่า แล้วก็การตัดสินใจว่าคนไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย...ปกติคนที่จะตัดสินใจว่าคนไข้เข้าสู่ระยะสุดท้าย จะต้องเป็นการตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์ ก็คือไม่ใช่เราคนเดียว คืออยากให้เขา (แพทย์) เข้ามามีส่วนร่วม คือ...ญาติจะเชื่อแพทย์มากกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“monitor EKG (Electrocardiography) ต้องมีไว้ตลอดเวลา เผื่อว่าจะมีการ arrest ซ้ำ อาการที่เป็นอย่างนี้เราต้องแจ้งให้ญาติตั้งแต่เข้ามาแล้วว่าคนไข้อาการหนัก โอกาสที่จะหัวใจหยุดเต้นรอบสองเป็นไปได้สูงตามสภาพอาการ แล้วก็เหตุการณ์ต่าง ๆที่เราได้คุยกันมา ทราบประวัติอะไรมานะ เราต้องรู้ข้อมูลของคนไข้ก่อนก่อนที่จะสรุปว่า เขาเป็นคนไข้วิกฤตระยะสุดท้าย รู้อาการ รู้โรค แล้วก็มาศึกษาดูดูการตอบสนองต่อแผนการรักษาของแพทย์ ดูความก้าวหน้าของโรคที่เป็น อาจจะต้องคุยกับหมอร่วมด้วย ถ้าจะตัดสินใจว่า เขาเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้วสรุปคือต้องดูหลาย ๆอย่างมาประกอบกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าพยาบาลให้ข้อมูลและประเมินร่วมกับแพทย์เกี่ยวกับอาการผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยให้ความเชื่อถือในการวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลควรมีประสบการณ์และวุฒิภาวะสามารถสื่อสาร มีการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และครอบครัวเพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“แล้วก็ให้พี่คนที่มีวุฒิภาวะ...สามารถจะคุยกับญาติได้มาคุยเจรจาแล้วก็อธิบายเรื่องโรครวมทั้งเราก็ควรจะอธิบายร่วมกับหมอด้วย เพราะว่าเราเป็นพยาบาลเราจะอธิบายเรื่องโรคได้ไม่ชัดเจนเท่าหมอนะคะ หมอจะต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในการอธิบายโรคตั้งแต่เริ่มต้น ตั้งแต่คนไข้ได้รับมา แล้วก็พอเกิดอาการหมอก็จะมาอธิบายการดำเนินของโรคนะคะ...เพราะเค้า (แพทย์) เป็นคนที่ให้การรักษาคนไข้ตั้งแต่แรกรับแล้วก็เป็นความเชื่อถือของญาติ...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“เหมือนเราอยากจะให้ข้อมูลว่าเป็นอุบัติเหตุนะไม่สามารถช่วยได้แล้วจริง ๆ หมอช่วยเต็มที่แล้ว ซึ่งบางคนคือเค้า (ญาติ) ก็รับไม่ได้ เหมือน case ที่แบบว่าแซทเด้น (sudden) คือถ้าเกิดว่าเราได้อธิบายให้เค้า (ญาติ) คือเค้าคงจะ...เข้าใจมากขึ้นว่าทำไมญาติเค้าถึงตาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

2.1.2 ให้ข้อมูลเป็นระยะ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในภาวะวิกฤตอาการผู้ป่วยไม่แน่นอน อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติโดย พยาบาลมีการให้ข้อมูลเป็นระยะ เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในบางรายอาจต้องใช้เวลาในการทำใจให้ยอมรับกับความจริง พยาบาลจะต้องให้เวลา อดทนและยอมรับต่อพฤติกรรมของญาติ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ในกรณีคนไข้ที่ยังรู้สึกตัวดีอยู่นั้น เค้าอาจจะปฏิเสธนะ แต่ว่าถ้าเกิดว่าไม่รู้สึกตัวก็ให้ญาติมาดูใจในการช่วยก็จะต้องมีระยะเวลาของการทำใจ...เค้า (ญาติ) อาจจะต้องใช้เวลาในการตัดสินใจนิดนึง เพราะคนไข้โรคหัวใจมารู้ตัวเค้า (ญาติ) อาจจะไม่รู้ว่าโรคเป็นเยอะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“อธิบายให้เค้า (ญาติ) รับทราบว่า คนไข้เข้ามาเนี่ยมีโอกาสเกิดอาการอาจจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ถ้าเกิดว่าคนไข้หัวใจหยุดเต้นก็คือบอกเค้า (ญาติ) ไปเลยว่าให้เรากดนวดหัวใจมั้ย คนไข้วิกฤตทุก case เราก็ต้องเน้นดูแลอยู่แล้ว พอเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว เราอาจจะเน้นไปที่ญาติแทนต้องมีการพูดคุยมากหน่อย...คือบาง

คนเค้าอาจจะปฏิเสธ แต่ว่าแนวทางการพูดคือจะต้องพูดเกริ่นด้วยโรค ด้วยอาการแล้ว เหตุนำ...ของการเจ็บป่วยในครั้งนี้"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

2.2 สิทธิเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

ขณะที่อาการของผู้ป่วยมีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ภายหลังจากการช่วยเหลือเต็มที่แล้ว เมื่อญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้รับข้อมูลประกอบในการตัดสินใจ การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลให้การดูแลโดยวางแผนร่วมกับทีมผู้รักษา และให้ญาติได้มีโอกาสตัดสินใจยุติการรักษาที่เพิ่มความทุกข์ทรมาน เช่น การกดนวดหัวใจ การช็อกไฟฟ้า และมีการลงบันทึกโดยให้เซ็นชื่อในการปฏิเสธการรักษาดังกล่าว แล้วนำผู้ป่วยกลับบ้าน เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"สิทธิผู้ป่วย สิทธิต้องมาเป็นอันดับหนึ่งเลย เราจะไปช่วย เรารู้ว่าเราช่วยได้แต่ถ้าเรารู้ว่าถ้าเค้าไม่ยินยอมนั้นก็อาจจะผิด อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจจากการให้การพยาบาลในครั้งนี้ของเราได้"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ให้ทางเลือกเค้าว่า ถ้าเกิดคนไข้เป็นอย่างนี้ คนไข้ก็มีโอกาสหัวใจหยุดเต้น ญาติอนุญาตให้ปั๊มมั๊ย หรือว่าให้ช็อกไฟฟ้า (defrib) มั๊ย...แต่ว่าพอถึงระยะนี้ ส่วนเรา (พยาบาล) ให้คำแนะนำหรือว่าให้ข้อมูลกับเค้า (ญาติ) ส่วนใหญ่ก็จะปฏิเสธ... ก็ให้เซ็นในใบยินยอม No CPR"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"...ก็เหมือนไม่ทำอะไรแล้ว... เค้า (ญาติ) ก็คือ No CPR อย่างน้อยก็คือรักษาก็ไม่มีอะไรดีขึ้น เอากลับดีกว่า ไปตายที่บ้าน ได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

ติว่าเรากำลังกดหน้าอกคนไข้อยู่แล้วก็ญาติเค้ามาแล้ว แล้วก็บอกว่าบอมอ (ภาษามลายู หมายถึง แพทย์) ไม่ให้ทำแล้วนะ พวกน้องก็จะอธิบายเค้าซ้ำถึงโรคและอาการของโรคต่างๆ แล้วก็ถ้าเค้าไม่ให้ทำเราก็จะหยุด แล้วก็มีการให้ญาติเข้ามาเซ็นว่าไม่ยินยอมจะให้ทำต่อ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้อายุรกรรม)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่นับถือศาสนาพุทธสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจยุติการรักษาของญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่าส่วนใหญ่ยอมรับได้ดี พยาบาลให้การดูแลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา เพื่อประกอบในการตัดสินใจ และเมื่อระยะสุดท้ายมาถึง ญาติตัดสินใจยุติการรักษาและขอนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"ส่วนใหญ่คนไข้มุสลิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ของเขานั้นจะแตกต่างจากคนไทยพุทธ อันดับแรก คือ เราต้องบอกอาการ บอกการดำเนินไปของโรค แนวทางการรักษา ส่วนใหญ่เขาก็จะยอมรับสภาพได้ดีกว่าไทยพุทธ เหมือนถ้า..คนไข้อยู่ระยะสุดท้ายแล้ว ถ้าบอกญาติ เขาจะค่อนข้างที่จะยอมรับได้ดีไม่ต้องทำอะไรมาก จะขอเอากลับบ้านไปทำพิธีสวดที่บ้าน"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

3. การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก

ในการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิม ล้วนเป็นภาวะที่ต้องการความรัก กำลังใจจากคนรักและญาติมิตร ผู้ให้ข้อมูลเห็นถึงความสำคัญในการให้ญาติใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย พยาบาลให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมจนวินาทีสุดท้าย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...เพื่อที่จะให้ญาติได้ยอมรับการสูญเสียตรงนี้ได้ดีมากขึ้น... ให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ญาติรู้สึกมีความพึงพอใจ อย่างน้อยได้อยู่กับคนที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ ทำให้เค้ารู้สึกภาคภูมิใจว่า OK เค้าได้ทำให้กับคนที่รักเค้าได้เต็มที่ที่สุดแล้วนะ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"...ก็เหมือนพยาบาลทั่วไปนั่นแหละ ก็คือต้องอย่าคิดว่าเค้าวิกฤตแล้ว เค้าจะตายแล้ว ปล่อยเค้าได้แล้ว...แม้ว่าเค้าจะมีชีวิตที่สั้นเราก็ต้องดูใจเค้าจนวินาทีสุดท้ายจริง ๆ ดูแลไม่แตกต่างนะ คือต้องดูแลเค้าไปจนนาทีสุดท้ายจริง ๆ ก่อนตายก็คือให้เค้า (ผู้ป่วย) ได้ฟังประโยคนี้ (บทสวด) เหมือนบางทีนั้นคนไข้ unconscious ก็จริง ...เราให้ญาติมาจับมือ เค้า (ผู้ป่วย) ก็น้ำตาไหลนะ... เวลาไปสัมผัส"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4. การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อทางศาสนามุสลิมให้ได้รับความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร เพื่อให้สามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานนี้และตายอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"...ดูคนไข้ครอบคลุมหมดเลย อยู่ข้างนอกไม่ได้เช็ดอุจจาระ ไม่ได้เช็ดปัสสาวะ ... อาจจะเป็นงานหนักนะ แต่ว่าคือ... เรา (พยาบาล) ได้ดูแลเค้า (ผู้ป่วย) ทั้งตัว ทั้งกาย ทั้งใจ คือเต็มที่กับเค้า (ผู้ป่วย) ...ดูแลป้อนข้าว ป้อนน้ำ คือ ทำให้เค้า (ผู้ป่วย) ... ก็คือ ได้ให้ความสุข"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"คนไข้ถึงจะไม่รู้สึกตัว แต่เค้า (ผู้ป่วย) รู้สึกได้ ก่อนหน้านี้เราก็จะคิดว่าคนไข้.... ไม่รู้สึกอะไร คนไข้ได้ยินอยู่ตลอดว่าเราพูดอะไร หมายถึงว่าเค้า (ผู้ป่วย) ไม่รู้สึกตัวแต่เค้า (ผู้ป่วย) จะได้ยินรับรู้ได้ ก็เลยทำให้เรารู้สึกว่าเราต้องดูแลเค้า (ผู้ป่วย) ให้ดีที่สุด"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

จากการให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่าเป็นการดูแลอย่าง สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแล ดังนี้ 1) ดูแลเหมือนกับคนไข้ปกติ 2) ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อ 3) ดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตตามวิถีมุสลิม

4.1 ดูแลเหมือนกับคนไข้ปกติ

พยาบาลสะท้อนให้เห็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ว่าเป็นการดูแลเหมือนกับคนไข้ปกติ มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันกับคนไข้ที่มีชีวิต หรือกับคนไข้ที่รอด กล่าวคือพยาบาลดูแลผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเจ็บปวดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ การดูแลความสุขสบายทั่วๆ ไป ได้แก่ การเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า การให้อาหารสายยางถ้าผู้ป่วยรับได้ รวมทั้งมีการประเมินสัญญาณชีพดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“การดูแลถ้าหากว่าญาติตัดสินใจเซ็น No CPR ก็คงให้การดูแลเหมือนกับคนไข้ทั่วไป ก็คือให้การดูแลในเรื่องของความสะอาดทั่วไป ยังคง check vital sign”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ให้การพยาบาลในระยะสุดท้ายคือ ให้คนไข้ไปอย่างสบาย ให้คนไข้ทรมานน้อยที่สุด ก็ให้การพยาบาล ก็ดูแลสุขวิทยาทั่วไป ให้คนไข้นั้นสุขสบาย คนไข้ไม่รู้สึกตัวก็จริง แต่เราก็สมควรที่ต้องให้การพยาบาล เหมือนที่เราให้คนไข้ทั่ว ๆ ไป ให้เค้าได้สุขสบาย ก็อย่างมีไข้ ก็เช็ดตัวลดไข้ ตอนเช้าก็ complete bed bath ถ้าหมอให้ feed อาหารก็ feed ให้... รับได้ก็ feed”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“กิจกรรมก็เป็นการดูแล เราก็ต้องดูแลให้เหมือนกับคนไข้ปกติ ให้มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันกับคนไข้ที่มีชีวิตกับคนไข้ที่รอด ก็คือ การดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า ความสุขสบายทั่ว ๆ ไป ก็ควรจะทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4.2 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อ

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ญาติใกล้ชิดอยู่กับผู้ป่วย เพื่อให้เวลาที่เหลือของชีวิตมีความหมายมากที่สุดและตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเป็นหลัก เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“แต่อาจจะแบ่งเวลาให้เข้ามาเยี่ยมได้เพิ่มมากขึ้นเท่าที่พอจะตอบสนองได้ เนื่องจากว่าเค้าเป็นคนไข้อาการหนักที่ต้องเข้าออกถี่กว่า แล้วก็อาจอยู่ได้นานกว่าญาติเตียงอื่นนิดนึง ซึ่งทุกคนก็เข้าใจนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ความมีคุณค่าในคนนั้น...มองว่าแรงจูงใจว่าคนเราทุกคนเกิดมาต้องตายไง ถ้าเรามีชีวิตอยู่เราเลือกได้ที่เราจะตายแบบไหน แต่พอถึงเวลาตายจริง ๆ นั้น เราไม่มีโอกาสจะเลือกเค้า (ผู้ป่วย) ก็มีคุณค่าตรงนั้น แต่เค้า (ผู้ป่วย) เรียกร้องไม่ได้ เราไม่สามารถเรียนรู้ได้ว่าเค้า (ผู้ป่วย) ต้องการอะไร แต่คนที่อยู่ใกล้ชิด อาจจะบอกได้... เมาะ (แม่) จะใส่เสื้อตัวนี้ เมาะจะไปฝัง กูโบ (สถานที่ฝังศพของชาวมุสลิม) นั้น กูโบนี้...คนใกล้ชิดก็จะรู้ถึงความต้องการสุดท้ายของเค้า (ผู้ป่วย) เค้า (ผู้ป่วย) อาจจะเคยบอกไว้กับญาติแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

ผลการศึกษา พบว่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลโดยอนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาขณะรับการรักษา เช่น การสนับสนุนให้สวดมนต์ เนื่องจากศาสนาอิสลามให้ความสำคัญเรื่องของการปฏิญาณและการอ่านบทสวดมนต์ (ญาซีน) ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่ประเสริฐที่สุด เป็นหัวใจของศาสนาอิสลาม เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ ตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

อาจจะให้ทำตามหลักของศาสนาได้ตามความเหมาะสม เช่น อ่านคัมภีร์ ถ้าไทยอิสลามก็ให้อ่านคัมภีร์ ถ้าไทยพุทธนั้นก็ให้เอาพระสงฆ์มาได้ ก็เค้า (ญาติ) ยึดถือเอาไว้ว่าคนไข้ (ผู้ป่วยมุสลิม) คือพระเจ้าให้มาแค่นี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็ให้ญาติเข้ามาสวดตามวิธีทางศาสนาเข้าเยี่ยมตามความประสงค์ แต่เท่าที่จำเป็น ... ถ้าเกิดว่าเค้า (ญาติ) ต้องการอะไรเพิ่ม เหมือนกับว่าคัมภีร์ (บทสวดมนต์ศาสนาอิสลาม) ทางที่ทำงานเราก็มีสนับสนุนให้ หรือคนไข้จะต้องการน้ำ ต้องการอะไรที่

พอจะสนับสนุนได้ ก็ทำให้ บางทีเค้า (ญาติ) ก็มาปะพรมน้ำมนต์หรือว่าป้ายปากตามความเชื่อ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"เป็นหลักศาสนา เป็นความเชื่อทางศาสนา เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นทางเดียวและทางเลือกสุดท้ายสำหรับญาติแล้ว คือทำอย่างอื่นไม่ได้แล้วก็คือ เรื่องการรักษาเป็นเรื่องทางใจ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ที่สำคัญก็เรื่องของการปฏิญาณที่ได้บอกมาแล้ว แล้วก็การอ่าน ญาซีน...เป็นคัมภีร์ที่ประเสริฐที่สุด เป็นหัวใจของคัมภีร์ของศาสนาอิสลาม"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"...ส่วนหนึ่งเราก็ต้องให้ความสนใจกับเค้า (ญาติ) ให้เกียรติ... แทนที่ว่าเราจะบอกว่าอย่าอ่านนะ กวนคนอื่น ไม่มีนะ ก็ปล่อยให้เค้า (ญาติ) อ่าน (คัมภีร์) ญาติเข้ามาก็อนุญาตให้เข้ามา แล้วเค้า (ญาติ) ก็พอใจ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว พยาบาลบางรายให้การดูแลโดยให้ผู้ป่วยได้รับฟังบทสวดมนต์โดยรับฟังด้วยเสียงอัดทางโทรศัพท์มือถือ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"ส่วนใหญ่ก็ให้เค้าได้สวด ให้เวลาในการสวด บางที ก็คือ จะมีการเอาเสียงโทรศัพท์มาวางไว้ที่หัวนอน...ก็จะเป็นบทอ่าน (ญาซีน)ไง..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า นอกจากญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในการอ่านบทสวดมนต์แล้ว ยังมีบุคคลในหมู่บ้านที่ชาวบ้านให้ความนับถือ (หมอบ้าน) เพื่อนบ้าน ซึ่งมาร่วมกันแสดงถึงความศรัทธาทางด้านศาสนาและความเอื้ออาทรที่มีต่อผู้ป่วย เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ตามหลักความเชื่อบ้านเรา ก็คือ ระยะสุดท้าย ...อยากจะให้อยู่ในกลุ่มของญาติมิตร การที่ให้มาสวด...บางครั้งเค้า (ญาติ) ก็เชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์ถึงแม้ว่าจะเป็นอิสลามก็ยังเชื่อนะว่าถูกของ...ก็คือเปิดโอกาสให้เค้า (ญาติ) ได้ทำตามความเชื่อ... อาจจะขอหมอบ้านมาทำพิธี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 พยาบาลหอผู้อายุรกรรม)

“ให้ญาติมีส่วนร่วม แต่คนไข้มุสลิมจะเน้นการอ่านญาซีน... ไม่ใช่เฉพาะญาติพี่น้องบางทีก็เป็นเพื่อนบ้าน...มาร่วมกันอ่าน...มาพร้อมกัน เหมือนกับว่ามาอ่านร่วมกันกับผู้ใหญ่ทางศาสนาอิสลามพวกโต๊ะหรอ หรือว่าบางทีเค้า (ญาติ) อาจจะสวดกันเองไม่ได้ อาจจะชวนกำนัน ผู้ใหญ่บ้านที่เค้านับถือนะมาช่วยกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

นอกจากนี้ ในภาวะวิกฤตผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ รวมทั้งช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัว ตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณโดยให้การสนับสนุนบทสวดมนต์ บางครั้งพยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นผู้อ่านบทสวดมนต์ให้กับผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมในระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“เป็นความเชื่อของศาสนา คือคนไข้ใกล้ตาย ต้องให้ญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดต้องไปอยู่ เราก็ให้ญาติเข้าไปเยี่ยมได้ เพราะเค้าได้สอนคำพูด คำพูดนึงไว้ คือมันจะดีมาก ถ้าได้เข้าใจหรือได้พูดออกไป จะบอกว่าให้ไปในทางที่ดี...คือ มันเกี่ยวกับอะไรสักอย่างภายโลกหน้า แล้วจบด้วยการอ่านสิ่งที่เราสอนเกี่ยวกับคำปฏิญาณ เพราะว่าสิ่งนี้คือถ้าเราไม่ทำเค้า (ญาติ) ก็ต้องทำเอง...ถ้าเราทำเค้า (ญาติ) ก็จะยอมรับ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“คนไข้ส่วนมากถ้าเป็น 3 จังหวัดนี้... ถ้าเป็นคนไข้อิสลามนะคะ ก็ในที่ตึกจะมีหนังสือสวดมนต์นะคะ ให้เค้า (ญาติ) แบบมาสวดมนต์ใกล้ๆให้เค้ากระซิบบอกคนไข้ว่าให้ไปสบายแบบนี้ ที่เค้าเรียกว่า มูจั๊บ ก็คือสวดมนต์ให้คนไข้ไปสบาย... ญาติก็รับได้ เพราะว่าเรา (พยาบาล) เอาหนังสือสวดมนต์ให้เค้า (ญาติ) ได้สวดให้คนไข้ฟัง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้อายุรกรรม)

ในขณะเดียวกันการตอบสนองความต้องการตามความเชื่อของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เป็นความศรัทธาที่ครอบครัวผู้ป่วยมีต่อพยาบาลที่ให้การดูแล ส่งผลให้ญาติมีความพึงพอใจจากการได้รับการดูแล เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"แล้วมุสลิมมองว่าเน้นเรื่องแรงศรัทธาไง การที่เค้า (ญาติ) ได้เห็นเรา (พยาบาล) ตั้งใจ ให้การช่วยเหลือเต็มที่นั้น แรงศรัทธาที่มีต่อวิชาชีพเราและมันก็จะเสริมมากขึ้น หรือตัวเราเองก็จะเสริมคุณค่ามากขึ้น"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ก็ทำหน้าที่แค่ประสานให้คนไข้ ให้ญาติคนไข้ได้ทำตามความเชื่อ ตามหลักศาสนาอิสลาม การตอบสนองก็คือ ญาติคนไข้ก็พอใจอยู่ในระดับหนึ่ง"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4.3 การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตตามวิถีมุสลิม

เมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตการดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (care of death) เป็นระยะที่พยาบาลมีการจัดการเกี่ยวกับศพตามพิธีกรรมทางศาสนาอิสลามโดยพยาบาลทำหน้าที่ให้การดูแล 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) การทำความสะอาดและจัดท่าตามความต้องการของญาติ 2) การปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล 3) การจัดการหลังการเสียชีวิตให้เร็วที่สุด

4.3.1 การทำความสะอาดและจัดท่าตามความต้องการของญาติ พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตโดยทั่วไปเป็นการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย ไม่ให้มีอะไรติดตัวผู้ป่วย และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การใส่เสื้อผ้า การจัดท่าให้นอน ถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ้ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า กอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย ไม่มีการฉีดศพ ถ้าเป็นไปได้ให้หันศีรษะไปทางทิศกิบลัต (ทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย) เช่นเดียวกับทิศที่ละหมาด เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"ก็เช็ดตัว care of death ทำความสะอาดอะไรให้ ก็มัดมือ ตามหลักของอิสลาม... เอามือมาประกบกันขวาทับซ้ายก็มัดขาก็คือมัดเอาไว้ แล้วก็ไม่ฉีดศพ แล้วก็อธิบายขั้นตอนการรับศพ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“แล้วในหลังจากที่เสียชีวิต...แล้วก็เรา (พยาบาล) อาจจะดูแลทำความสะอาดร่างกายของผู้เสียชีวิต แล้วก็สนับสนุน ผ้าห่อศพสีขาว บางครั้งญาติก็อาจจะมีการเตรียมเสื้อผ้ามา ก็ใส่เสื้อผ้าอะไรให้ จัดแต่งศพให้เรียบร้อย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็ส่วนใหญ่นี้เราก็ bed bath ให้ซ้ำอีกครั้ง... แล้วก็จะวางมือขวาทับมือซ้าย...จะมีรัดผ้าที่คาง สมมติว่าบางครั้งเค้า (ผู้ป่วย) จะอ้าปากก็พันผ้าไว้ แล้วก็พันเท้า ไม่ให้เท้ากาง... แล้วหลังจากนั้นก็คลุมผ้าทับ แล้วก็จะให้มัด บางคนเค้า (ญาติ) ก็ให้มัด แต่บางคนก็ไม่ได้มัดนะ แต่พื้นฐานของเราโดยจริง ๆ ก็คือเราทำความสะอาดร่างกาย คือทุกอย่างนี้ถอดหมดนะจน clear ไม่มีอะไรติดตัวของเค้าไปเลยนะ แล้วก็คลุมผ้าขาวทับไว้ก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ดูแลร่างกายก็ดูแลทั่วไปส่วนใหญ่ทำให้ ก็คือ จัดท่านอนก็ให้ท่านอนหงายศีรษะนั้นหันไปทางทิศตะวันตก ถ้านอนหงายก็ให้เท้าชี้ไปทางทิศตะวันออก แล้วก็หัวสูงขึ้นนิดหน่อยส่วนใหญ่นั้นก็คือให้คนไข้หันหาทางทิศตะวันตก คือกิบลัต เวลาเราละหมาดเราจะหันไปทางนั้นไงพี่ ก็เหมือนกับเราหันไปทางทิศตะวันตก มือขวาทับซ้าย...ก็บางทีถ้าเราไม่ทำนั้น ญาติจะทำ...หมอผูกตรงนี้นะมือขวาทับมือซ้ายนะ เหมือนเวลาเราจะปิดเราจะห่ออะไรนั้นก็จะบอก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

นอกจากนี้พยาบาลบางรายได้ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยถามความต้องการของญาติ บางครั้งญาติต้องการปฏิบัติเองเกี่ยวกับการทำความสะอาด การจัดท่าผู้ป่วย สำหรับพยาบาลมีส่วนช่วยในการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกโดยดูแลถอดอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆให้ผู้ป่วย เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ก็ care of death ที่ทำอยู่ก็คือว่าอาจจะทำ... ตรงนี้ต้องถามความต้องการพื้นฐานของเค้า (ญาติ) ต้องถามความต้องการของญาติก่อนว่า ญาติต้องการจะให้อาบน้ำมั๊ย หรือว่าให้ญาติอาบเอง ต้องการให้ทำความสะอาด อยากให้ใส่เสื้อ อยากจะให้ใส่อะไรก็คือ เหมือนกับว่าจะต้องเป็นความต้องการพื้นฐานของญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“การปฏิบัติหลังการเสียชีวิต...ส่วนใหญ่แล้วก็คือเป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการแคร์ (care) การ care of death ก็ไม่ได้แตกต่างนะสำหรับที่นี่...ก็คือจะทำในเรื่องของการผูกมือ... ก็แล้วแต่ ที่เค้า (ญาติ) จะให้จัดท่า จัดอะไรขวาประสานซ้าย คือเค้า (ญาติ) จะมาเป็นคนทำเอง...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ให้ญาติเข้ามาเองด้วย คือบางทีเรา (พยาบาล) ก็คือว่าแค่เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ คือทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าให้เรียบร้อย แต่มือยังไม่ได้จัดวางให้...เค้า (ญาติ)จะเข้ามาจัดเอง แล้วก็ขออุปกรณ์ ก็เอาให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

4.3.2 การปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตโดยการปฏิบัติต่อศพจะต้องทำด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล ไม่รุนแรงเสมือนยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น จึงห้ามทำให้เจ็บปวดในทุกกรณี เนื่องจากความตายในทัศนะศาสนาอิสลามไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“แล้วก็ต้องทำด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวลเหมือนกับคนที่มีชีวิตอยู่ เพราะว่าก็มีความเชื่อว่าถึงแม้ว่าจะเสียชีวิตไปแล้ว แต่เค้า (ผู้ป่วย) ก็น่าจะมีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนกับคนที่ยังมีชีวิตอยู่เหมือนกัน แล้วก็ยังต้องรักษาในเรื่องของศักดิ์ศรีของเค้า (ผู้ป่วย) เท่ากับคนที่มีชีวิตเหมือนกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“...คนที่เข้าใจอิสลามจริง ๆ นั้นคือ เค้าคิดว่า การตายนั้นมันไม่ใช่ สิ่งสุดท้ายของชีวิตไง คือการตายมันแค่จุดเริ่มต้นเท่านั้นเองแล้วก็ไปหาพระเจ้า ในโลกอีกโลกนึง โลกที่เป็นโลกแห่งความจริงโลกที่ชั่วนิรันดร์จะมีโลกนี้แล้วก็โลกหน้าเหมือนกับ เราอยู่บนโลกนี้ มันแค่เป็นบททดสอบของเราไงพี่ พระเจ้าสร้างเรามาให้เหมือนกับว่าเรานั้นจะปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ทุกอย่าง คือ พระเจ้ากำหนดมาแล้ว คือ ถ้าเข้าใจอิสลามจริงๆ จะคิดว่าการตายเป็นเรื่องที่ว่าจุดเริ่มต้นเท่านั้นโลกจริง ๆ ของเค้าคือโลกนิรันดร์”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“...ต้องไปให้สงบ แล้วก็เหมือนกับว่าต้องไปเจอพระเจ้า...ตายไปแล้ว คือต้องไปอยู่กับอีกโลกหนึ่ง ก็คือว่าต้องไปพบกับพระเจ้า ชีวิตตรงนั้นก็คือ จะถาวรไปเลย เค้า (ผู้ป่วย) ก็เลยต้องไปแบบสงบ ...ถ้าเกิดเค้า (ผู้ป่วย) ทำดี ก็ต้องได้รับผลดีในโลกหน้า แต่ถ้าเกิดทำชั่ว ก็ต้องได้รับการลงโทษ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

4.3.3 การจัดการหลังการเสียชีวิตให้เร็วที่สุด พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังเสียชีวิต เพื่อให้ญาติกลับไปประกอบพิธีทางศาสนาอย่างรวดเร็วโดยหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไม่มีการสังเกตเป็นเวลา 2 ชั่วโมง และมีการเซ็นชื่อขอรับศพก่อน เนื่องจากตามหลักศาสนาอิสลามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนสภาพ เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนสภาพ เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ โดยปกติแล้วพิธีศพจะเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“เข้าใจว่าเค้า (ญาติ) จะต้องการให้เร็วที่สุด หลังจากการเสียชีวิตแล้วบางทีตามกฎของโรงพยาบาลทั่วไป ให้เสร็จภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อที่จะรอดู...เพราะความมั่นใจเผื่อความผิดพลาด แต่ส่วนใหญ่แล้วคือถ้าเป็นอิสลาม พอ death ปุ๊บ เค้า (ญาติ) ก็จะเอากลับบ้านเลย เพื่อที่จะได้ทำทุกอย่างให้เร็วที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ญาติจะมาแจ้งนะ...แต่ว่าอยู่ตามมาตรฐานก็คือ 2 ชั่วโมง แต่ถ้าญาติมาแจ้งความประสงค์ว่าอย่างนี้ก็จะต้องให้ญาติเซ็นว่าโอเค เค้าไม่ยินยอมที่จะให้สังเกตหลังเสียชีวิตในห้อง ICU ก่อน 2 ชั่วโมง ก็ให้เค้า (ญาติ) เซ็นชื่อลงนาม เอาเป็นญาติคนสนิทที่ดูแลรับผิดชอบตรงส่วนนี้ได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่าพยาบาลบางรายที่นับถือศาสนาพุทธถึงแม้ว่าไม่แน่ใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเชื่อเพื่อรีบนำศพกลับไปทำพิธีทางศาสนาโดยไม่มีการสังเกตหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นเวลา 2 ชั่วโมง แต่พยาบาลก็ปฏิบัติโดยการตอบสนองตามความต้องการดังกล่าวเพื่อความมั่นใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลที่ให้การดูแลแนะนำว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตควรได้รับคำยืนยันจากแพทย์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

> *"ประสานงานเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายศพออกจากห้อง ICU แล้วก็ประสานเกี่ยวกับ...การสังเกตหลังตายภายใน 2 ชั่วโมง แต่บางครั้งแล้ว ถ้าโดยหลักของมุสลิมส่วนใหญ่จะปฏิเสธ เนื่องจากว่าจะต้องรีบนำศพกลับไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา...ส่วนใหญ่แล้วจะต้องรีบเอาศพกลับ เพราะฉะนั้นเราต้องแน่ใจจริง ๆ ว่าคนไข้เสียชีวิตแล้วจริง ๆ เพราะฉะนั้นผู้ที่จะยืนยันให้เราได้ว่าคนไข้เนี่ยเสียชีวิตแล้วจริง ๆ ก็คือ แพทย์"*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

ในบางกรณีพยาบาลที่ให้การดูแลซึ่งมีความแตกต่างทางด้านศาสนาและความเชื่อได้เปรียบเทียบให้เห็นถึงการปฏิบัติภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตโดยศาสนาอิสลามไม่มีการฉีดศพเพราะจะไม่เก็บศพไว้หลายวัน ดังนั้นจึงต้องรีบนำศพเพื่อกลับไปทำพิธีทางศาสนา

> *"หลังจากเสียชีวิตแล้ว...ของไทยพุทธนั้นส่วนใหญ่คือเค้าจะรอ 2 ชั่วโมง ไม่ได้ serious ว่าจะต้องรีบเอาศพกลับ ไทยพุทธก็จะมีฉีดยาศพบ้าง แต่ของอิสลามนี่ จะฝัง เค้า (ญาติ) ไม่เว้นเอาไว้หลายวัน จะต้องรีบเอาไปทำพิธี ก็เลยไม่ได้ฉีดศพ"*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

3.3 ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ดังนี้

ความรู้สึกด้านบวก

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านบวกมี 4 ลักษณะ คือ 1) สบายใจ ที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์ 2) รู้สึกดี ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่กับคนรัก 3) ภูมิใจ ที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด 4) ไม่เครียด ญาติยอมรับความสูญเสียได้

1. สบายใจ ที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลรู้สึกสบายใจ เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและญาติให้ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผสมผสานระหว่างความเชื่อทางศาสนาและหลักทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

> *"ก็มีความรู้สึกว่า สบายใจขึ้น แทนที่เค้า (ผู้ป่วย) จะ death ไปเฉย ๆ โดยที่ไม่ได้รับอะไรของศาสนาเลย มีความรู้สึกว่า...ทำไมเราไม่สอนเค้า (ผู้ป่วย) คือ สำคัญมากเวลาจะไป (death) ต้องให้อ่าน (บทสวดมนต์) เรียกว่า มูจั๊บ..."*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

> *"...ทำให้เค้า (ญาติ) แบบหายเครียด ผ่อนคลาย สิ่งที่เค้า (ญาติ) ปรับตัวไม่ได้เหมือนกับคนไข้จะไปแล้ว...เหมือนกับไม่ยอมรับบางทีก็คือจะมีการเอาเสียงโทรศัพท์มาวางไว้ที่หัวนอน ก็จะเป็นบทอ่าน เค้า (ญาติ) รู้สึกดีที่ทำอย่างนี้ให้... สบายใจขึ้นนะ ให้เค้า (ญาติ) ได้อ่านญาซีน (บทอัลกุรอ่าน) บ้าง"*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

2. รู้สึกดี ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่กับคนรัก

พยาบาลรู้สึกดีที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรัก ความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว และการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ปฏิญาณตน โดยให้ญาติเข้ามาอ่านบทสวดมนต์ให้ฟังตามหลักศาสนา เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

> *"รู้สึกดีตรงที่ว่าอย่างน้อยก็คือ คนหนึ่งคนที่มีค่ากับหลาย ๆ คน เค้า (ญาติ) ได้ดูแลระยะสุดท้ายเต็มที่ ในระยะสุดท้ายนี้ ในความรู้สึกของตัวเองหรือที่พยาบาลมองคือ คนไข้ต้องการอยู่กับญาติมากที่สุด อยู่กับคนที่เค้ารักมากที่สุด บางทีเค้า*

(ผู้ป่วย) อาจจะบอกไม่ได้หรอกค่ะว่าเค้า (ผู้ป่วย) ต้องการอะไร ตรงนั้นก็คือเค้า (ผู้ป่วย) ไม่สามารถจะพูดอะไรได้ แต่อย่างน้อยสิ่งที่ญาติให้ไปควรจะเป็นสิ่งที่ รับไปแล้วมีความรู้สึกดีมากที่สุด เหมือนเราในขณะเราป่วยแค่ไม่มาก เราอยากอยู่กับคนที่เรารัก แล้วคนไข้ระยะสุดท้าย เค้า (ผู้ป่วย) อาจบอกไม่ได้ แต่ด้านจิตใจ... น่าจะสัมผัสได้"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

"คนไข้มุสลิมที่สำคัญ ก็คือว่าเป็นเรื่องของการปฏิญาณตน เรียกว่า "มูจั๊บ" ตามภาษาของอิสลาม ก็ต้องไปสอนการปฏิญาณตนให้เค้า (ผู้ป่วย) คะ ก็ทุกครั้งที่ทำก็จะรู้สึกดีนะ โดยเฉพาะเวลาที่ญาติไม่อยู่แล้วมีโอกาสที่จะอยู่ตรงนั้น ถ้าเรา (พยาบาล) ทำได้ก็จะรู้สึกดีที่มีโอกาสได้ไปสอนเค้า (ผู้ป่วย) ถึงแม้ว่าเป็นคนไข้ไม่ได้เป็นญาติพี่น้องคะ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ก็รู้สึกดีนะ ก็เหมือนกับว่าคนไข้ก่อนที่จะสิ้นหวังแล้วก็ได้อยู่กับญาติที่รัก บางครั้งอาจจะได้ยินเสียงคนที่เค้า (ผู้ป่วย) รู้สึกผูกพันแล้วก็รักมาเป็นคนส่งให้ไปสู่ความตายอย่างมีความสุขที่สุด"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

3. ภูมิใจ ที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตภายหลังให้การดูแลโดยให้ญาติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่รู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลที่มีความหมาย และสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้าย คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานเข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสีย สามารถดำเนินชีวิตได้ ถึงแม้ว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายจะตัดสินใจยุติการรักษา เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“รู้สึกภูมิใจ รู้สึกว่าเป็นคนดีคนนึงนะ...เราก็ได้ช่วยคน...ถึงเราก็ไม่ใช่คนเก่งมากนะ แต่เราก็สามารถได้ช่วยคนอื่น รู้สึกภูมิใจว่าเราก็สามารถช่วยเค้าได้ไม่มากก็น้อยในระดับหนึ่งภูมิใจในตัวเองนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“...ได้ร่วมในการดูแล...ก็ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ แล้วก็ดีใจที่ทำให้เค้า (ญาติ) ได้ รู้สึกว่ายังไงก็ได้เต็มที่ที่สุดกับการ ได้ดูแลคนที่เค้ารักได้ถึงที่สุด เรา (พยาบาล) ก็ได้ช่วยถึงที่สุดแล้วเหมือนกัน ถึงแม้ว่าเข้ามาแล้วอาจจะปฏิเสธการช่วยเหลือ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“...สมมุติว่าคนไข้ไป (เสียชีวิต) แล้ว ญาติก็เสียใจเป็นธรรมดา เค้า(ญาติ)ก็คงทำใจได้ แต่บางทีก็เสียใจนะ แต่ว่าก็ภูมิใจที่ว่าได้ช่วยเค้าแล้วส่วนหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

4. ไม่เครียด ญาติยอมรับความสูญเสียได้

พยาบาลรู้สึกไม่มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เนื่องจากในศาสนาอิสลามในการตัดสินใจยุติการรักษาในระยะสุดท้าย จะขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดของคุณค่าซึ่งสืบเนื่องมาจากพระผู้เป็นเจ้า สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจตรงกัน โดยให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเสียชีวิตอย่างสงบ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ในส่วนของอิสลาม การดูแลในคนไข้วิกฤติระยะสุดท้าย การยอมรับ...ของเค้า (ญาติ) คือจะง่ายกว่า...การดูแลของเรา (พยาบาล) ก็คือว่ามันค่อนข้าง relax กว่าคือเรียกว่า เราไม่เครียดมาก เพราะว่าถ้าหากว่า detect ว่าไม่ไหวแล้ว ก็คือคุยกับเค้า (ญาติ) ถ้า accept ก็คือให้การพยาบาลไป...ให้เค้า (ผู้ป่วย) ได้ไปสบายไม่ต้องไป aggressive ...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

ความรู้สึกด้านลบ

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านลบมี 3 ลักษณะ คือ 1) สงสาร ที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ 2) เป็นความ เคยชิน เพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา 3) ขัดใจ ไม่แน่ใจในการดูแล

1. สงสาร ที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ

ในบางครั้งการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตพยาบาลบางรายต้องการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความสงบ จึงมีความพยายามจะดูแลโดยการปฏิบัติตามความเชื่อที่ผู้ป่วยหรือญาติยึดถือ เช่น อ่านบทสวดมนต์ให้ การจัดท่าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยวิกฤตอาการเปลี่ยนแปลงในบางครั้งเมื่อไม่สามารถประเมินอาการได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ พยาบาลบางรายจึงสะท้อนถึงความรู้สึกสงสาร เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"สงสาร...นะ คนไข้ไป (เสียชีวิต) แบบนั้น ก็ถามเค้าว่า ไทยพุทธพี่พูด (บทสวด) ได้มั๊ย บางทีเค้า (ผู้ป่วย) ก็ไป ถ้าเกิดเราไทยพุทธก็บอกว่า ไปดี"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"การอ่านยาซีน...เป็นคัมภีร์ที่ประเสริฐที่สุด...พยาบาลคงไม่มีเวลามาอ่านให้แน่ ๆ ก็ต้องน่าจะมีการเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้ามา...แต่ว่าบางทีมันก็ประเมินไม่ได้... บางทีเรา (พยาบาล) ตามแบบไม่ถึงครึ่งชั่วโมงก็เสียแล้ว พอญาติมาแล้วนึกดูว่าถ้าเป็นเรามันก็น่าจะเศร้าตรงที่คนไข้เดียวดายอยู่นานมาก ๆ แล้วก็ตัวเองเป็นลูกเป็นเมีย หรือเป็นพ่อเป็นแม่ได้เข้ามาแป๊ปเดียว แล้วก็ตายแล้ว"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

2. เป็นความเคยชิน เพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา

พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นเรื่องของความเคยชิน เนื่องจากประสบการณ์การทำงานที่ทำมาเป็นเวลานาน ได้เห็นการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสูญเสียบ่อยครั้งจนเกิดความเคยชินจนในบางครั้งพยาบาลไม่ได้มีความรู้สึกร่วมกับญาติ ไม่ได้ระมัดระวังในการแสดงออกขณะที่ปฏิบัติงาน จึงขาดความสำรวมในขณะที่ญาติอยู่ในภาวะเศร้าโศกเสียใจ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"...เป็นอะไรที่เรียกว่า มันเคยชิน...ความเคยชินอาจจะเกิดขึ้นได้นะ เพราะว่าทำงานมานาน ก็กลายเป็น...เรา (พยาบาล) ก็มองว่าเป็นเรื่องธรรมดาแต่ญาติเค้าสูญเสีย เรา (พยาบาล) ไม่ได้เข้าไปมีความรู้สึกร่วมกับเค้า (ญาติ) ในบางครั้ง ... ความสำรวม อาจจะหลุดไง บางทีก็ยังมีนะ ประเภทที่เค้า (ญาติ) กำลังโศกกัน ที่ยังมีการหัวเราะ ก็คือยังมี...เพราะว่าเจอจนชินทำให้บรรยากาศตรงนั้นอาจจะเสียแล้วก็เรียกว่า มุมมองของญาติที่มองเข้ามาอาจจะไม่สวยงามมากนัก"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"อาจจะชินด้วยก็ได้ เพราะเรา (พยาบาล) เจอค่อนข้างบ่อย ส่วนใหญ่ถ้าเป็นคนไข้มุสลิมที่นี่ คือเขา (ผู้ป่วย) จะมาในลักษณะที่ว่าอาการหนักแล้วถึงจะพามา"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ต้องให้เวลาเค้า (ญาติ) สุขุม เวลาเราดูแลคนไข้แบบนี้บางทีเราเผลอนะพี่ บางทีเราคิดว่านี่คืองาน routine ของเราไง...สีหน้าท่าทางเราก็ยิ้ม เราก็หัวเราะ เฮฮาปาร์ตี้มันพลาดตรงนั้นไงพี่"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

3. ขัดใจ ไม่แน่ใจในการดูแล

ในภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การรักษาในช่วงแรกมักจะมุ่งเน้นการช่วยชีวิต พยาบาลรู้สึกขัดใจ ไม่มั่นใจแนวทางการรักษา โดยพยาบาลถามความเห็นของแพทย์และญาติว่ามีความเห็นตรงกันหรือไม่ เกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกแผนการรักษาที่ชะลอการตาย ได้แก่ งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) เนื่องจากความแตกต่างกันระหว่างคุณค่า ความเชื่อ รวมทั้งประเด็นทางด้านกฎหมาย ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"บางครั้งก็รู้สึกขัดใจเหมือนกันนะคะว่า...ตกลงจะยังไงกันแน่ ...แล้วเผื่อญาติเค้าไม่ยินยอม เค้า (ญาติ) มาทีหลังใช่มั้ยคะ แล้วจะเกิดการฟ้องร้องมั้ย เพราะว่าเราก็ช่วย เต็มที่ในฐานะที่ว่าเป็นพยาบาล แล้วหมอก็จะช่วยไงคะ แต่ว่าในอิสลามจะแบบว่าอยากให้คนไข้ไปสบาย ไม่ให้กดหน้าอก ไม่ให้ช็อตไฟฟ้า แต่ช่วงที่เราจะ

ทำตรงนั้นเค้า (ญาติ) คนที่จะตัดสินใจไม่อยู่ไงคะ ในจรรยาบรรณของหมอกับพยาบาล ก็ต้องทำไปก่อน ช่วยไปก่อนนะคะ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

3.4 อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายพยาบาลได้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องและความต้องการของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายพยาบาลได้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 6 ลักษณะ คือ 1) ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด 2) ญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่บุคคลที่จะตัดสินใจ 3) ข้อจำกัดของระบบงาน 4) ไม่มีการสนับสนุนในการเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนา 5) การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ 6) ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

1. ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าการพยากรณ์โรคผู้ป่วยที่ขัดแย้งกันของพยาบาลกับแพทย์ ทำให้พยาบาลผู้ให้ข้อมูลไม่มั่นใจ รวมทั้งพยาบาลมีความยุ่งยาก และวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนทำให้ในบางครั้งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือจากญาติผู้ป่วย และเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายไม่ได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณอย่างประสิทธิภาพ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"ก็เหมือนบางครั้ง เราพูดไปว่าคนไข้อาการหนักอาการไม่ดี แต่คือแพทย์กลับมาพูดอีกอย่างหนึ่งว่า คนไข้ดีขึ้น การที่พูดไปอย่างนั้นบางทีญาติเชื่อถือเราอาจจะลดลง"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ในช่วงระยะสุดท้าย แต่ว่าบางทีก็ประเมินไม่ได้ว่าจะต้องไป (เสียชีวิต) ภายในชั่วโมงนี้หรือ 2 ชั่วโมง คือควรที่จะตามให้เค้า (ญาติ) ได้มาอยู่กับคนไข้ได้นาน... บางทีเราตามแบบ Heart rate 40 แล้ว คือ ไม่ถึงครึ่งชั่วโมงก็เสียแล้ว...แป๊บเดียวก็ตายแล้ว เค้าน่าจะรู้สึกแย่ คือน่าจะให้ตามให้เร็ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“บางคนก็บอกว่า เดี๋ยว ๆ ค่อยตามก่อน อีกสักพักหนึ่งคือ เหมือนยังมีความคิดว่าถ้าตามเร็ว... เดี๋ยวต้องยกกันมาเป็นหมู่บ้านแน่ ๆ แล้วจะเต็มก็เลย...ยังต่างกันอยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

2. ญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่บุคคลที่จะตัดสินใจ

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าในกรณีผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายไม่รู้สึกตัว ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ญาติใกล้ชิดมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวจำนวนมาก ในขณะรอญาติหรือผู้ตัดสินใจแทน ความไม่ชัดเจนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ทำให้พยาบาลลำบากใจกับบทบาทที่จำกัดในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“อย่าลืมว่ามุสลิมเนี่ย ไม่ได้เป็นครอบครัว...เล็ก ๆ คือ บางทีลูกเค้าไม่ได้มีแค่คนสองคนไง บางทีมีลูกเป็นสิบ แต่ว่า...ตกลงกันไม่ได้ บางคนนั้นว่าซีพีอาร์ บางคนว่าไม่ ซีพีอาร์ ยังมีการค้านกันอยู่... แต่ว่าให้ไปหาข้อสรุปมา แล้วก็ค่อยมาให้คำตอบบางทีก็อาจจะเกิดการล่าช้าในการตัดสินใจของญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็คือว่าเวลาจะถามว่าคนไข้จะใส่ท่อมั้ย จะทำอะไรมั้ย คนที่มาเฝ้าไม่ใช่คนที่จะตัดสินใจได้ไงคะ บางคนจะต้องรอถามถึงผู้ใหญ่บ้านนะพี่ ไม่ใช่ถามเฉพาะพ่อแม่พี่น้อง ก็เลยช่วงนาทีชีวิต มันแค่ 4 นาที แต่ต้องไปโทรหาญาติ ต้องไปตามรอญาติที่ยังอยู่ที่บ้านให้มาถึงโรงพยาบาล มันก็เลยแบบลำบากนิดนึงนะคะ ก็คือบางทีก็ต้องช่วยเค้า (ผู้ป่วย) ไปก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

3. ข้อจำกัดของระบบงาน

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า อุปสรรคของระบบงานที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้ 1) ภาระงานมาก 2) ระเบียบการเข้าเยี่ยมไม่เอื้ออำนวย

3.1 ภาระงานมาก

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า ความไม่สมดุลของภาระงานกับอัตรากำลังทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม จึงเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

> *"ทุกวันนี้คิดว่าตัวเองนะ 70% บางทีมันก็เวลาเหนื่อย ๆ ล้า ๆก็มีนะ ไม่ใช่ว่าเราจะคิดว่าเราเต็ม 100 ตลอด... คือถ้าวันไหนที่แบบว่าไม่เหนื่อยมากไม่ล้ามาก ก็คือเต็ม 100 เลย ถ้าเกิดวันไหนเหนื่อยมาก เราก็ต้องทำอะไรหลาย ๆ อย่าง ในเวลาพร้อมกัน เราก็มีอย่างหนึ่งที่จะต้องทำเต็มที่ สมมุติว่ามี case อื่นที่วิกฤตอยู่ ก็มีอย่างอื่นที่จะต้องทำ"*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

> *"บางทีด้วยความที่เรารีบ รีบด้วยนะ งานบางทีมันก็หลาย ๆ อย่าง การดูแลตรงนี้เหมือนกับว่า บางทีเราอาจจะไม่ complete บางทีการให้ข้อมูลหรือว่าการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม บางทีถึงเวลาตรงนั้น...เราต้องการความรวดเร็ว เพราะว่าคนไข้ก็หลายคน แต่ถ้ากรณีที่ว่าเราไม่ยุ่ง ก็คือมีเวลาพอที่ เราอาจจะได้ให้ข้อมูลหรือได้ให้การดูแลเต็มที่"*
>
> (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

3.2 ระเบียบการเข้าเยี่ยมไม่เอื้ออำนวย

นอกจากนี้พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมีความต้องการที่จะดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา โดยต้องการอยู่กับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้าย แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก มีการจำกัดเวลาและจำนวนของญาติทำให้ไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ตามหลักความเชื่อบ้านเรา ก็คือ ระยะสุดท้ายอยากจะให้อยู่ในกลุ่มของญาติมิตร ...บางอย่างอาจจะไม่เอื้อในตรงนี้ ถึงแม้ว่าจะอนุญาตให้คนนึงมาอ่านยาซีนได้ แต่คือเค้า (ญาติ) อาจจะต้องการเป็นลักษณะที่ว่าอ่านเป็นกลุ่มหรือว่าทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วม เดินเข้าเดินออกซึ่งตรงนั้นอาจจะติดขัดในเรื่องของภารกิจ...ก็คือเปิดโอกาสให้เค้า (ญาติ) ได้เข้ามาอ่าน แต่...ยังมีข้อจำกัดในส่วนของการปฏิบัติสักนิดนึง แต่ก็คือเค้า (ญาติ) ก็ยังได้มีส่วนร่วมในตรงนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เนื่องจากว่าเมื่อเข้ามาในห้องนี้มีข้อจำกัดก็คือว่าถ้าอยู่ใน ICU เวลาการเยี่ยมก็จำกัด พอเข้ามาปั๊บก็ต้องแบบ...จำกัดการดูแลคนไข้เป็นของเจ้าหน้าที่ไปหมดเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“บางทีมันมีข้อจำกัดเวลาที่เราทำงาน เหมือนญาติมา 10 คน 20 คน แต่ว่ามันก็ยากที่จะทำให้ได้แบบนั้น จะให้มารุมอยู่ที่เตียงหมดมันก็เป็นไปไม่ได้ บางทีก็ทำได้ที่ให้แค่ปิดม่านก็ให้อยู่แค่ 2 – 3 คน แล้วก็ให้อ่าน (บทสวดมนต์)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“มุสลิม ถ้าคนไข้วิกฤติจริงๆ ญาติคืออยากจะเข้ามาอยู่ตลอดได้ด้วยซ้ำ แต่ว่าคือ จะมาขัดขวางกับการทำงานนิดนึง เพราะว่าคือจะให้สองคน เขา (ญาติ) จะสามสี่ แต่ถ้ามาคนละครึ่งทาง เรา (พยาบาล) อนุญาตที่จะให้ คือเราให้ได้ตลอด แต่คือเขาต้องคนละครึ่งกับเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4. ไม่มีการสนับสนุนในการจัดเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนา

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อที่จะอ่านคัมภีร์ ตามความเชื่อที่ว่าพระเจ้าจะส่งความเมตตามายังสถานที่แห่งนั้น และทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ ลดความทุกข์ทรมาน แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดในภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ญาติจึงไม่ได้เตรียมคัมภีร์มา และบางรายก็สวดมนต์ไม่เป็น อีกทั้งหอผู้ป่วยยังไม่มีการสนับสนุนในการเตรียมบทสวดมนต์ ทำให้ไม่สามารถ

ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“เค้า (ญาติ) ก็มาขอยาซีนกับเรา (พยาบาล) ไง เค้า (ญาติ) ถามว่ามียาซีนรึเปล่า จะสวดไง แล้วบอกว่าเออ ไม่มี เค้าก็บอกว่าไม่มีหรอ แล้ววันนั้นก็มีอิสลามอยู่กันทั้งนั้นไง...ก็บอกว่าไม่มี ไม่มีจริง ๆ นะพี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“บางทีเค้า (ญาติ) อ่านยาซีนไม่ได้นั้นก็มีปัญหา มาโดยไม่ได้เตรียมว่าคนไข้ จะ death นั้น ก็ไม่ได้เอาหนังสือ ไม่ได้เอาบทสวดมา ก็จะต้องแจกหนังสือ...ไม่มีเหมือนว่า...จะเอามาตั้ง แต่พอมีมันก็หาย ตอนนี้ไม่มีแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“ส่วนมากก็แนะนำญาติให้อ่านญาซีน.ถ้าเป็นคนหนุ่มบางทีอาจจะอ่านไม่ทัน เค้าก็โทรบอกญาติให้มาช่วยกันอ่านก็คือว่า จะให้ไปที่สงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“ญาติบางคนมาก็ไม่ได้เตรียมไงว่าคนไข้จะ Death แล้วทีนี้ถ้าเค้า (ญาติ) จะขอซีนก็ต้องไปหาเองไง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

5. การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 7 ราย สะท้อนให้เห็นอุปสรรคที่เกิดจากการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษามลายู 2) ไม่มั่นใจในการใช้ล่ามในการสื่อสาร

5.1 ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษามลายู

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนให้เห็นว่าไม่สามารถสื่อสารกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลต้องการสื่อสารว่าความก้าวหน้าของโรค ข้อวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วย

เป็นอย่างไร จึงไม่สามารถให้การตอบสนองความต้องการในวาระสุดท้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“สำหรับคนที่เรา (พยาบาล) สามารถสื่อสารกับเขา (ญาติ) ได้นะก็คือว่า เต็มที่นะเป็นที่น่าพอใจสำหรับตัวเอง แต่ว่ายอมรับสำหรับ case ที่แบบว่าเราสื่อสารกับเค้า ...โดยอาจจะเป็นเรื่องภาษา... เราก็ยังไม่เต็มที่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“อาจยากลำบากตรงภาษามากกว่า คือยากตรงที่ว่าสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจบางทีเราพูด อธิบายไป เขา (ญาติ) ก็ยังไม่เข้าใจ ว่าเนี๊ยะญาติเขา (ผู้ป่วย) เป็นอะไรทำไมอาการหนักแล้วเหรอจะลำบากตรงนี้มากกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เพราะว่าภาษา...ถ้าเกิดว่าเราพูดกับคนไข้ที่ฟังภาษาเหมือนเราได้ การที่จะอธิบาย ... แต่ว่าบาง case นี่ฟังไม่รู้เรื่องเลย สื่อสารกันไม่รู้เรื่อง...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เรื่องที่ยังดูไม่เต็มที่หรอ อาจจะเป็นเพราะว่าบางครั้งเรื่องภาษาของเรา บางทีอันนี้เป็นปัญหาของตัวเราเลย คือ...เราอยากจะสื่อสารอะไรบ้าง แต่บางทีเราทำได้ไม่เต็มที่เพราะว่าภาษาของเราสื่อสารกับเค้า (ญาติ) ได้ไม่ตรง ไม่ครอบคลุม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

5.2 ไม่มั่นใจในการใช้ล่ามในการสื่อสาร

นอกจากนี้สื่อสารกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยการใช้ล่ามที่สามารถสื่อสาร อย่างไรก็ตามพยาบาลไม่มั่นใจในการสื่อสารว่าตรงตามความต้องการที่จะสื่อสารกับญาติหรือไม่ และอาจจะส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย หรือตอบสนองได้ไม่ครบถ้วน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“สื่อสารหรือว่าพูดคุย อาจจะไม่ตรงกันกับความต้องการ...เราก็สื่อกับเค้า (ญาติ) ไม่ตรง เค้าก็สื่อกับเราไม่ตรง กลายเป็นเกิดมีความไม่พึงพอใจในการตอบสนอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็ดีกว่าไม่มีใครเลย พอจะเข้าใจบางคำคร่าว ๆ เขา (ล่าม) ก็ไม่สามารถที่จะขยายคำพูดของเราได้เท่าที่ควร ก็เลยเป็นปัญหาตรงนี้ ...เกี่ยวกับพวกภาษามากกว่า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เหมือนสมมุติว่าเวรไหนที่อยู่แต่ไทยพุทธหมด แล้วพูดกับคนไข้ไม่ได้ไม่รู้เรื่อง แล้วพูดกับญาติไม่เข้าใจนะคะ ก็ต้องให้ญาติคนอื่นอธิบายกว่าจะอธิบายกันเข้าใจ บางทีก็ late เวลาที่จะช่วยเค้า (ผู้ป่วย) ไปนะคะพี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“ก็ให้ล่าม แต่เราก็ไม่รู้ว่าล่ามที่พูดให้เราประมาณไหนไงพี่... ไปพูดเหมือนที่เราอยากจะสื่อมันตรงกันรึเปล่าเราก็ไม่รู้ เพราะเขา (ล่าม) ไม่ได้มาแปลให้เรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

6. ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและไม่มีความรู้ว่าจะปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร การดูแลอาศัยความพร้อมและประสบการณ์ ซึ่งทำให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ตอนนี้ คือเราอาจจะยังไม่ได้ศึกษาเรื่องของเค้าลึกซึ้งนัก เราก็มองว่าสิ่งที่เราทำให้เค้า...เราทำดีที่สุดแล้วไงมันก็เลยอาจจะยังไม่เกิด idea ใหม่ ๆ ว่า เราจะต้องเพิ่มในส่วนของตรงไหน ก็คงต้องคุยกันอีกไง ... guide มาว่าต้องมีอะไรพิเศษ ๆแบบนั้นแบบนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"เท่าที่ทำอยู่ เป็นการดูแลโดยใช้ประสบการณ์มากกว่า อย่างเพื่อน ๆ ที่ไม่ได้นับถือศาสนาอิสลาม ก็คือเหมือนเค้าก็จะเป็นด้วยวิธีที่เคยปฏิบัติ"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

บางครั้งพยาบาลให้ความเห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไป ไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่น และการปฏิบัติงานของพยาบาล การดูแลยังคงอาศัยประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งให้การดูแลที่แตกต่างกัน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"แนวทางปฏิบัตินี่คือมันมี Work In (WI) ของโรงพยาบาลนะ มันเป็นแนวทางการปฏิบัติในคนไข้ระยะสุดท้าย แต่ว่าถามว่า Work In นี้มีข้อจำกัดมั๊ย ก็ยังคงมีอยู่ ด้วยวัฒนธรรม ด้วยงานของเราด้วย บางทียังมีข้อจำกัดอยู่ เพราะฉะนั้นสิ่งที่เรายังปฏิบัติส่วนใหญ่แล้วก็คือ ประสบการณ์จากความรู้สึกส่วนตัวด้วยในแต่ละเวร.. ถามว่าในแต่ละเวรจะเหมือนกันด้วยมั๊ย... ไม่เหมือนกัน"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

ความต้องการการสนับสนุนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลต้องแก้ไขปัญหาและมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพโดย 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แนวทางในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย 4) การจัดระบบงานได้แก่ การจัดระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงาน การจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ฝึกประสบการณ์ 5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ 6) การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม 7) การกำหนดแนวปฏิบัติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม มีรายละเอียดดังนี้

1. การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

พยาบาลให้ความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายควรเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

เพื่อทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายดีขึ้น เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“เรา (พยาบาล) ก็ควรจะอธิบายร่วมกับหมอด้วยพี่ เพราะว่าเราเป็นพยาบาลเราจะอธิบายเรื่องโรคได้ไม่ชัดเจนเท่าหมอนะคะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพนะคะเวลาให้การดูแล พยาบาล คนไข้ ไม่ใช่เรา (พยาบาล) คนเดียว เราต้องทำงานกันเป็นทีม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“ที่ว่าพ่อหรือแม่เค้า หรือญาติเค้า เป็นอะไร...ถ้าแบบกะทันหัน ตอนนั้นก็คือว่าอาจจะ shock เป็นลมไป เราก็คือให้การพยาบาลทั่วไป ก็ถ้าเราคุย ๆ ไประยะนึง ถ้าเกิดว่าช่วยอะไรไม่ได้ ก็คือช่วยติดต่อประสานงานกับ นักสังคมสงเคราะห์ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจเค้า (ญาติ)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

2. แนวทางในการประเมินผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

พยาบาลให้ความเห็นว่าควรมีแนวทางในการประเมินว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่ดีที่สุด เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“...ถ้าหากว่าคนไข้มีอาการที่แบบว่าแย่ลง...คือ เรียกว่ามันจะต้องมีการแบ่ง grade ของคนไข้ด้วยว่าลักษณะที่ว่าจะไป (เสียชีวิต)หรือเปล่า ถ้าเป็นลักษณะแบบนั้น OK คือ เปิดให้เค้า (ญาติ) เต็มที่...แต่ถ้าหากว่าคนไข้ที่เป็นระยะสุดท้ายแต่ว่าคืออาจจะยังแบบว่า stable ก็คือจะคุยกับเค้า (ญาติ) ว่า เวรดึกนี้คือ ให้พักก่อนแล้วกันแล้วค่อยให้เค้า (ญาติ) มาตอนเช้า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“แล้วก็ที่สำคัญเหมือนคนไข้ที่... เรารู้ว่าคนไข้นี้อยู่ในช่วงระยะสุดท้าย แต่ว่าบางทีมันก็ประเมินไม่ได้ว่า จะต้องไปภายในชั่วโมงนี้หรือ 2 ชั่วโมงนี้ กลางคืน...ควรที่จะตามเค้า (ญาติ) ให้ได้มาอยู่กับคนไข้ได้นาน นาน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

3. การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย

พยาบาลให้ความเห็นว่า ในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ความขัดแย้งในการตัดสินใจที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งใครควรตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว Informed Consent ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา ขณะที่ผู้ป่วยมีสติ รู้สึกตัวดีมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“...ตั้งแต่แรกรับ ควรจะต้องมีใบกรอกข้อมูลเกี่ยวกับว่าถ้าคนไข้เกิดอาการอะไร มีอาการแบบถึงแก่ชีวิต จะต้องวิกฤต... ควรจะต้องให้ใครเป็นผู้ตัดสินใจแล้วก็ควรจะมีเซ็นยินยอมให้ทำอะไรไปได้บ้าง ไม่ใช่มาถามเอานาทีที่คนไข้เกิดเหตุการณ์แล้ว มันไม่ได้แล้วคะ เราต้องเอาคนไข้ที่แบบเวลามาก็คือเมื่อคนไข้มาถึงมีญาติที่ตัดสินใจได้ให้มาก่อน รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ด้วยนะคะว่าเราสามารถทำอะไรกับคนไข้ได้บ้างโดยไม่ใช่เซ็นเฉพาะใบยินยอมรักษาอย่างเดียว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“ถ้าเกิดว่าญาติมาแล้วก็บอกว่าไม่ให้ทำแล้วก็คือหยุด แล้วก็อธิบายเค้า (ญาติ) ว่าได้ช่วยอะไรไปบ้างแล้ว...เค้า (ญาติ) ไม่ยินยอม ก็จะให้เซ็นใบไม่ยินยอมรักษา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

“ส่วนมากนั่น พอคนไข้หนักนั่นก็คือเราจะถามคนไข้ไม่ได้แล้วไงคะ เราก็ต้องถามภรรยาถามลูก ญาติพี่น้องนะคะสำหรับอิสลาม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4. การจัดระบบงาน

พยาบาลให้ความเห็นว่าการจัดระบบงานเพื่อช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ได้แก่ การจัดการระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงาน การจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และการเรียนรู้ฝึกประสบการณ์

4.1 การจัดการระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงาน

ภาระงานมากเกินไป ทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการจัดการระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงานจึงมีส่วนให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้สมบูรณ์มากขึ้น เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“คิดว่าน่าจะมีคนมาลดภาระงาน...มันเสียเวลากับตรงนั้น เราจะให้การพยาบาลดูแลคนไข้ที่แบบว่า...สมบูรณ์แบบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“พยาบาลคงได้ไม่มีเวลามาอ่าน (อ่านบทสวด) ให้แน่ ๆ ก็ต้องน่าจะต้องมีการเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้ามา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4.2 การจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

พยาบาลให้ความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในบางครั้งผู้ป่วยบางรายจึงต้องการการดูแลใกล้ชิดจากครอบครัว แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดในด้านกฎระเบียบภายในหอผู้ป่วยหนัก จึงควรมีสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“น่าจะมีห้องแบบว่า เป็นห้องสำหรับคนไข้มุสลิมระยะสุดท้าย เออ..เหมือนกับว่าให้เค้า (ญาติ) เข้าเป็นเวลา เหมือนเวลาชั่วโมงให้ญาติเข้าเยี่ยมสวด... มันแค่แป๊บเดียว บางทีเราทำไม่ได้เต็มที่ เวลาเค้า (ญาติ) เข้ามาสวด...กันหลายคน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“แยกห้องบางทีอยากอำนวยความสะดวกให้ญาติ ก็คือ ญาติที่เข้ามา...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เรา (พยาบาล) ควรจะมีมุมสักมุมหนึ่งสำหรับเค้า (ญาติ) หรือว่าควรจะตั้งคนไข้... ในห้องหนึ่งที่มันไม่วุ่นวายกับคนอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

นอกจากนี้ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้แต่การอำนวยความสะดวกกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตั้งแต่ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และอยู่กับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้าย หรือจัดให้มีพยาบาลที่ให้การดูแลเป็นมุสลิมบ้าง เนื่องจากในบางครั้งผู้ป่วยบางรายต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“แต่บางทีน้องในเวร ยังมีน้องอิสลามก็ยังพอรู้เรื่องก็คือให้น้องนั้นทำให้ญาติเข้ามาเองด้วย คือ บางทีเรา (พยาบาล) ก็คือว่าแค่เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ คือ ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าให้อะไรเรียบร้อย แต่มือยังไม่ได้จัดวางให้ เค้า (ญาติ) จะเข้ามาจัดเอง แล้วก็ขออุปกรณ์เรา (พยาบาล) ก็เอาให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ระยะสุดท้าย คือ คนไข้ก็ต้องการญาติ ญาติก็ต้องการ นี่คือ ระยะสุดท้ายแล้วอยากดูแลให้ดีที่สุด คือถ้าเกิดตรงนั้นเรายอมรับเขาได้เขาก็ต้องยอมรับในกฎระเบียบของเราได้บ้าง คือมันจะOK”

“การแก้ไขก็มันจะมีช่วงเวลาให้เขา (ญาติ) เราก็ไม่ได้ละเลยตรงนี้ไปเลยก็มีช่วงเวลาให้เขา...เปลี่ยนสลับกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4.3 การเรียนรู้ฝึกประสบการณ์

พยาบาลให้ความเห็นว่าพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบได้รับการดูแลรักษาดีที่สุด เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“เรา (พยาบาล) ต้องเรียนรู้ไว้บ้างของอย่างนี้ เราต้องศึกษาแล้วก็เรียนรู้ แล้วก็คิดที่จะต้องปรับปรุง...ไปตามแนวทางของเค้า (ศาสนาอิสลาม) คือมันไม่ได้เป็นอะไรที่มันหนักหนามากเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“การบริหารจัดการตรงนี้อาจจะเป็นส่วนหนึ่งเราก็ต้อง...มีความรู้เหมือนกันนะว่าในการที่จะมีทักษะ ในการที่จะทำคนไข้ หรือว่าในการที่จะ support จิตใจอย่างนี้มันก็ต้องเหมือนกับว่า ตัวเองก็ต้องมีความรู้อยู่ คิดว่าตัวเองก็ยังไม่มีความรู้เพียงพอ ต้องฝึกประสบการณ์ ต้องหาประสบการณ์ต่อไป”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

นอกจากนี้การเรียนรู้เพื่อเคารพและให้ความสำคัญแก่บุคคลหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ และ/หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา ที่ให้แก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวควรมีมาตรฐานทางอารมณ์คงที่ เอื้ออาทรและใส่ใจต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“พฤติกรรมส่วนบุคคลก็คือต้องเรียกว่า คงต้องช่วย ๆ กัน ปราม เวลาเจอ ก็คือ จุ๊ ๆ กันนิดนึง ก็คงไม่ต้องถึงกับร้องไห้อะไรไปกับเค้า (ญาติ) ด้วย ก็สำรวม...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เราจะไม่เอาความรู้สึกส่วนตัว... ไม่ต้องมีลักษณะเฉพาะ...ต้องเข้าใจ เพียงแต่ว่าไม่เอามาเป็นความทุกข์คือ เข้าใจแล้วก็ต้องให้เกียรติเค้า (ญาติ) ความรู้สึกที่จะต้องสิ้นหวังจากการสูญเสียบุคคลที่รัก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“สิ่งแรกที่จะลดข้อขัดแย้งก็คือ 1.ให้ข้อมูล 2. contact 3. เป็นมิตรที่ดี แล้วก็ต้องมีมาตรฐานทางอารมณ์ที่คงที่พอสมควร ไม่ว่าจะโดนอะไรมาก็ไม่ควรจะไปใส่อารมณ์ตอบกลับไปเช่นนั้น แต่ถอยออกมาสักก้าวหนึ่ง แต่ก็ต้องกลับไปอธิบายให้เค้า (ญาติ) เข้าใจ และก็ยอมรับในสิ่งที่เราได้นำเสนอออกไป ไม่ใช่เป็นเชิงบังคับ แต่ว่าชี้แจงให้ทราบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

4.4 การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ

พยาบาลให้ความเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว มีคุณค่า ความเชื่อ หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา และยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่ง ดังนั้นการพยาบาลที่ตอบสนองด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทรและความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาและความเชื่อ เป็นการแสดงว่าพยาบาลเคารพและให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“กับการที่ยอมรับในสิ่งที่เค้านับถือ ไม่ผิด...อะไร คือว่าสุดท้ายแล้วจริง ๆ ทำอะไรก็ทำให้ดีที่สุด ก็ถามน้องเค้า คือน้องเค้าเป็นอิสลาม จะไปกระซิบ ก็จะไปถามว่าพี่ที่เป็นไทยพุทธ ถ้าน้องไม่อยู่เวรพี่พูดได้มั๊ย แบบว่าประมาณว่าส่งเค้า (ผู้ป่วย) ญาติเค้ามาไม่ทัน น้องเค้าบอกพูดได้...ก็หัดอยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“MP3 แล้วก็ใส่บทสวดเข้าไปคะ แต่ว่าคนไข้ระยะสุดท้ายแล้ว ก็บางทีเราอาจจะไม่ต้องรอญาติมา ก็เสียบ MP3 แล้วก็เปิดเลย เพราะว่าเหมือนอย่างที่บอกว่า ปัญหาบางทีมันไม่มีเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนานั้น ๆ เหมือนสมมุติว่าไม่ใช่มุสลิมเป็นคนไทยพุทธ บทสวดบางอย่างเราก็ไม่เป็นอยู่แล้ว ก็คือ เปิดให้ฟังเลย ก็น่าจะดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“พอว่าเริ่มเหนื่อยมากขึ้น ก็จะเรียกญาติเข้ามาให้เร็วที่สุดนะ ถ้าญาติเข้ามาไม่ทันเรา (พยาบาล) ก็จะสอนมูจั๊บเค้า (ผู้ป่วย) ก่อน ทางอิสลามคือสอนอย่างนั้นไปก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ณ ปัจจุบันนี้ ตอนนี้เรากำลังจะหาซื้อ หามาตั้งที่ตึก...บ้านเราคิดว่าควรจะมีทุกตึกเพราะว่าส่วนใหญ่ก็จะมีอิสลามเยอะ เราก็ไม่รู้นะว่าเหตุจะเกิดอะไรขึ้น คือ ญาซีนเป็นหัวใจเลย เพราะว่าคนไข้ก่อนตายนั้นต้องใช้ เกี่ยวกับคนไข้ระยะสุดท้าย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

5. การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม

พยาบาลให้ความเห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายการสื่อสารมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ครอบครัวอาจเกิดความเครียดได้จากความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลสื่อสาร พยาบาลจึงควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เช่น การมีล่ามเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูล พยาบาลมีการฝึกภาษาที่จำเป็นต้องใช้บางคำ เพื่อให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“แต่ในเรื่องภาษา...มันก็ไม่ได้เป็นปัญหาหลักในการให้การพยาบาลของเราเพราะว่าในทีมการพยาบาลของเราก็มีคนที่สื่อสารได้ อีกอย่างหนึ่งญาติของเค้าเองก็มีคนที่สื่อสารได้...”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“แต่มันมีการปรับปรุง ปรับเปลี่ยนหรือหาตัวช่วยได้ มันไม่ได้ศูนย์ คือมันมีตัวช่วยได้คือแก้ปัญหาได้อาจจะใช้ล่าม หรือขอช่วย... แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการให้การพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ส่วนใหญ่ก็จะใช้เป็นล่าม อย่างน้อยในเวร ๆ หนึ่ง แต่ละเวรก็จะมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นมุสลิมอยู่แล้ว อาจจะต้องให้เข้ามาช่วยเป็นสื่อให้ถ้าเกิดไม่มี อาจจะต้องใช้ญาติผู้ป่วยเตียงข้างๆ มาช่วยแทนก็ระดับหนึ่ง ถ้าเกิดว่าเป็นเจ้าหน้าที่เองที่นับถือมุสลิมเนี๊ยะ เขาสามารถให้ข้อมูลได้ดีกว่าใช้ญาติเป็นล่าม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็ต้องเน้นการสื่อสารเป็นพิเศษ คือคนไข้วิกฤตทุก case เราก็ต้องเน้นดูแลอยู่แล้ว พอเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว เราอาจจะเน้นไปที่ญาติแทน ต้องมีการพูดคุยมากหน่อย อาจจะดูลำบากนิดนึง แต่ก็ไม่ได้เป็นปัญหาอุปสรรคมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม)

การพัฒนาทักษะการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม พยาบาลยังมีความเห็นว่าการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ของทีมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากระยะแรกของการเจ็บป่วยครอบครัวไม่ได้ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลง ควรให้พยาบาลที่สามารถดำเนินการสื่อสารได้ดีเป็นผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และพยาบาลควรโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบว่าแนวโน้มของโรคไม่ดี และถ้าเป็นไปได้ควรแจ้งให้ทราบล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ก็ให้พี่คนที่มีวุฒิภาวะที่สามารถจะคุยกับญาติได้ มาคุยเจรจาอธิบายเรื่องโรค ความจริงเราก็คิดว่าควรจะพัฒนา เพื่อจะให้อธิบายคนไข้ได้ดีเท่าๆกับหมอนะคะ เพราะว่า เหมือนกับ...บางครั้งเราพูดเหมือนกันญาติไม่เชื่อถือนะคะในบางเรื่อง แต่พอหมอพูดทำไมญาติถึงให้ความเชื่อถือมากกว่าเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

“แล้วก็ให้บอกเค้า (ญาติ) ว่า ถ้าคนไข้มีอาการที่มีแนวโน้มว่า จะแย่ลงกว่านี้ ก็คือจะใช้วิธีโทรเรียกเค้า (ญาติ) เข้ามา คือจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า จะได้ไม่ปล่อยให้คนไข้แบบว่าตาย โดยที่ว่าไม่ได้มีญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“อย่างน้อยๆ เค้า (ผู้ป่วย) ไม่ได้โดดเดี่ยวที่จะไป (เสียชีวิต) แล้วบางทีเราตามญาติไม่ทัน แล้วอยู่ ๆ ก็ Heart rate ลงไง...แบบว่าส่งเค้า (ผู้ป่วย) ญาติเค้ามาไม่ทัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“เราก็คือถามเค้า (ญาติ) แล้วก็... ต้องเป็นในลักษณะแบบว่าประเมินความเข้าใจของ ด้วยว่าสิ่งที่เราอธิบายไป เค้ารับรู้ได้มากน้อยแค่ไหนว่า...คือเค้าเข้าใจหรือเปล่า เพราะบางทีการสื่อสารของเรา มุสลิมบางครั้งก็ยังมีปัญหา ก็คือต้องประเมินการสื่อสารของเราว่าเค้าเข้าใจในเรื่องที่เราให้หรือเปล่า แล้วก็มีการตรวจสอบว่าเข้าใจมากน้อยแค่ไหน เปิดโอกาสให้ซักถามได้อะไร แล้วเราจะได้ตอบให้ clear”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

6. กำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม

พยาบาลให้ความเห็นว่า จากความแตกต่างด้านคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม ทำให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เกิดความไม่เข้าใจระหว่างครอบครัวผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต มีผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ดังนั้นทีมสุขภาพจะต้องมีแนวปฏิบัติ (Guideline) ที่ชัดเจน โดยมีแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“ตั้งอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานในการทำงาน. เราก็รู้สึกว่า OK ในที่สุดเราก็บอกเค้า (ญาติ) ในเรื่องของการปฏิบัติตัวหลังเสียชีวิต เพราะเค้าก็เป็นมุสลิมเหมือนกัน ทุกอย่างเค้าก็ OK เค้าก็ accept แล้วก็หลังจากเสียชีวิตไปก็กลับมา ขอบคุณที่ทำงาน แม้จะไม่ระบุเป็นตัวบุคคลแต่ก็คือแสดงว่าหน่วยงานของเราก็ยังให้การตอบสนอง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“ก็คือเราให้การพยาบาลคนไข้อย่างเต็มที่ทุกอย่าง แล้วก็ตรงนี้เค้า (ญาติ) ก็รู้สึกว่าสุดท้ายอาการก็แย่ลง แย่ลงเรื่อย ๆ ในที่สุดคนไข้ก็เสียชีวิต เค้า (ญาติ) มาต่อว่าเราเหมือน กับว่า คือไม่เข้าใจ แต่หลังจากที่เราเข้าไป contact แล้วก็ดูแลน้องสาวเค้า เค้าจะมาพูดจาไม่ดี หรือให้เกียรติเราหรือไม่ให้เกียรติเรายังไง แต่ว่าในลักษณะของการเป็นพยาบาล หน้าที่ของเราก็คือการดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“การแก้ปัญหาในช่วงของเวรบ่ายดึกก็คือ เป็นลักษณะของการคุยว่าเราให้เค้า (ญาติ) อ่าน (บทสวดมนต์) ได้ แต่ว่าก็คือบางทีอาจจะ limit ได้แบบสี่ทุ่มห้าทุ่ม แต่บางทีเวรดึกอาจจะไม่สะดวก เพราะว่าเราเป็นผู้หญิงอยู่กันน้อย ๆ เค้าเข้ามาไม่จำเพาะผู้หญิงไง แต่ก็คือให้เค้าเข้าใจตรงจุดนั้น...ส่วนใหญ่ก็ยัง accept”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

“นอกจากเวลาแล้วก็น่าจะเป็นเรื่องของแนวทางปฏิบัติ หรือความเข้าใจที่ตรงกันของคนที่ทำงานด้วยกัน คือบางทีจะลำบาก เช่น เรื่องการสื่อสาร.อย่างในบางเวรไม่มีมุสลิมเลย เพื่อนร่วมงานบางท่านอาจจะไม่ทราบว่าโดยหลักการแล้วควรจะ

ยังไง น่าจะตามให้เร็วนะ จะต้องปฏิญาณตนข้างหู จะต้องเปิดโอกาสให้ญาติได้มาสวดคัมภีร์ (การอ่านบทอัลกุรอ่าน) คือน่าจะมีวิธีการที่มันชัดเจน 1, 2, 3"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ที่ปฏิบัติอยู่ คือเราก็ไม่ได้ทำงานอยู่คนเดียวใช่มั๊ย อย่างในเวรเราก็อยู่กันหลายคน บางทีอย่างใจเรา ด้วยความที่ว่าเราเป็นมุสลิมเราก็อยากให้เค้า (ญาติ) อยู่แต่ว่าก็มีคนอื่น ๆ ด้วย 1. คนอื่น ๆ ที่ทำงานด้วย 2. คนไข้ ICU มันก็มีวิกฤตที่แตกต่างกันไป คือก็เข้าใจในความที่ว่า ถ้าญาติเดินเข้า – ออก มันก็เกิดความวุ่นวาย..."

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก)

"ควรปฏิบัติยังไง ควรทำยังไง เมื่อมีคนไข้ระยะสุดท้าย ใครเป็นคนตัดสินใจ ใครเป็นคนที่จะเข้าไป contact กับญาติเป็นคนแรก ใครที่เป็นคนเข้าไปพูด คือหาแนวให้เป็นแนวเดียวกันไปเลยว่า ควรจะทำยังไง เพราะว่า ตอนนี้เหมือนกับ เป็นการตัดสินใจของ หัวหน้าเวร คนเดียวมากกว่า ต้องการให้มีแนวทางที่ชัดเจนแล้วก็มีส่วนร่วมกันทุกคน"

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม)

การอภิปรายผล

ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

พยาบาลได้ให้ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 2 ลักษณะ คือ 1) มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ลง ไม่มีความหวังในการรักษา 2) มีการเจ็บป่วยกะทันหัน และญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน

ในความหมายแรกพยาบาลให้ความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่าเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค และพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ลง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย มีปัญหาที่ซับซ้อน ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตมีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายอาจเกิดจากอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภยันตรายต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ผู้ป่วยช็อก (shock) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจวาย หัวใจวาย เป็นต้น ส่งผลต่อร่างกายโดยไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อความล้มเหลว (วิจิตรา, 2551) อย่างไรก็ตามการให้ความหมาย "ผู้ป่วยวิกฤต

มุสลิมระยะสุดท้าย” กับการให้ความหมาย “ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย” ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ (2551) ที่พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความหมายของผู้ป่วยใกล้ตาย 2 ลักษณะ คือ 1) มีโอกาสรอดน้อยและมีแนวโน้มว่าไม่สามารถช่วยชีวิตได้ 2) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและอาการแสดงทางกาย โดยพยาบาลสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจช้ามาก ค่าความดันโลหิตต่ำลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ลักษณะสีผิวหมองคล้ำ ไม่สามารถรับอาหารได้ ถ่ายอุจจาระปริมาณมาก และเป็นที่น่าสนใจว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในผู้ป่วยบางรายที่มีอัตราการเต้นของหัวใจช้า แต่อาจมีระดับความดันโลหิตคงที่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในภาวะวิกฤตมีช่วงเวลาที่ร่างกายพยายามปรับตัวก่อนที่อาการและสัญญาณชีพไม่คงที่ (Jonseb, Siegler, & Winslade, 2002) ดังนั้นในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ให้ข้อมูลจึงต้องมีการตัดสินใจร่วมกับการวินิจฉัยหรือพยากรณ์โรคจากแพทย์

ในอีกความหมายหนึ่งพยาบาลผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างรวดเร็ว อาการและอาการแสดงที่กะทันหัน ญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยที่ครอบครัวยังคงมีความหวังในการรักษาเพื่อหายจากโรค โดยเฉพาะใน 1-2 สัปดาห์แรก (Verhaeghe et al., 2005)

ความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล

การดูแลเมื่อผู้ป่วยมุสลิมอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย เป็นระยะที่พยาบาลรับรู้ว่าผู้ป่วยวิกฤต เข้าสู่ระยะสุดท้ายจากแพทย์หรือจากการสังเกตอาการของผู้ป่วย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค และเวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต และเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต พยาบาลให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ 2) การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ 3) การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก 4) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในความหมายแรกพยาบาลให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า “เหมือนกับผู้ป่วยเป็นญาติ” เนื่องจากในระยะวิกฤตพยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมีการรับรู้ถึงความรัก ความผูกพันตอบสนองความต้องการด้านความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตรของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเห็นใจ ดูแลด้วยความเอื้ออาทร และความใส่ใจให้ความเป็นกันเอง เปรียบเสมือนการดูแลญาติมิตร (Kongsuwan & Locsin, 2011)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลให้การดูแลโดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พยาบาลได้สะท้อนพฤติกรรมการดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ได้แก่ สิทธิในการได้รับทราบข้อมูลโดยเตรียมข้อมูลวางแผนร่วมกับทีมผู้รักษาและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของอาร์วาร์ลและไคร์บี (Alvaerz & Kirby, 2006) พบว่าความต้องการแรกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตคือ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เนื้อหาที่จะคุยกับผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ผ่านการสรุปทบทวนดีแล้ว อาจต้องเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ อย่างเพียงพอสำหรับการตอบข้อสงสัยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ให้ข้อมูลเป็นระยะ เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติมีความเข้าใจ มีระยะเวลาของการทำใจ และเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการตัดสินใจ

ภายหลังจากการช่วยเหลือเต็มที่แล้วอาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงมีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลให้การดูแลตามสิทธิเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวการยุติการรักษาบางอย่างที่ยืดชีวิตต้องการการตัดสินใจโดยสมาชิกในครอบครัว (Ott, Al-Khadhuri, & Al-Junaibi, 2003) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดการตัดสินใจยุติการรักษาที่เพิ่มความทุกข์ทรมาน พยาบาลจะพิจารณาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและความต้องการของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา (Clark et al., 2004)

เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ล้วนเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของจิตใจ และต้องการความรักและกำลังใจจากคนรักและญาติมิตร พยาบาลให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยเน้นการดูแล “ให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลที่รัก” โดยให้ความสำคัญในการให้ญาติใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งอธิบายได้ว่าความรักและ/หรือความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวช่วยให้บุคคลค้นหาความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และยังช่วยให้เกิดความเข้มแข็งภายในอันที่จะนำพาบุคคลฟันฝ่าอุปสรรคในชีวิต ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นวิกฤติของชีวิตได้ (Tanyi, 2002) ความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ด้วยความเอื้ออาทร มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านความคิดและความรู้สึก (Fawcett & Noble, 2004) ดังนั้นพยาบาลจึงดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้อยู่กับบุคคลที่รัก

การดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายสามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานและตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ พยาบาลให้ความหมายว่า “การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” โดยพยาบาลให้การดูแลด้านร่างกาย ความสะอาดและความสุขสบายทั่วไปเหมือนกับคนไข้ปกติ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อ โดยพยาบาลมีความเห็นว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตามแต่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกนั้นได้

การขอพรพระเจ้าพร้อมสัมผัสมือผู้ป่วย อ่านคัมภีร์อัลกุรอ่านบท “ญาซีน” ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายฟัง ไม่ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือไม่ การอ่านคัมภีร์บทนี้ พระเจ้าจะส่งความเมตตามายังสถานที่แห่งนั้น ทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ ลดความทุกข์ทรมาน (Sheikh, 1998) เนื่องจากจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อความผาสุกและการเยียวยาของทุกคน(well-being and healing) (Narayanasamy & Owens, 2001) พยาบาลจึงให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรและความใส่ใจ ซึ่งครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายสามารถก้าวพ้นความทุกข์ทรมานและตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งการเป็นมนุษย์

การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่ออาการของโรครุนแรงขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (care of death) เป็นระยะที่พยาบาลมีการจัดการเกี่ยวกับศพตามพิธีกรรมทางศาสนา โดยพยาบาลทำหน้าที่ให้การดูแล 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) การทำความสะอาดและจัดท่าตามความต้องการพื้นฐานของญาติ 2) การปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล 3) การจัดการหลังการเสียชีวิตให้เร็วที่สุด

การทำความสะอาดและจัดท่าตามความต้องการพื้นฐานของญาติ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลให้การดูแลหลังผู้ป่วยเสียชีวิต (care of death) โดยทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยและมีการจัดท่าให้นอนเหมือนคนนอนหลับสบายๆ การจัดท่าผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายถ้าอ้าปากให้เอาเส้นผ้ามามัดไว้ไม่ให้ปากอ้า มือวางข้างลำตัว หรือกอดอกเอามือขวาทับมือซ้าย พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตโดยการปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล เสมือนยังมีความรู้สึก เนื่องจากในทัศนะศาสนาอิสลามความตายไม่ใช่การสิ้นสุดชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า วิญญาณของชาวมุสลิมจะมีความรู้สึกตลอดจนกว่าโลกหน้าจะอุบัติขึ้น ดังนั้นศพที่เสียชีวิตจะยังมีความรู้สึก จึงห้ามทำให้เจ็บปวดในทุกกรณี (ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

ภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลให้การดูแลโดยจัดการหลังการเสียชีวิตให้เร็วที่สุด ไม่มีการสังเกตหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการเซ็นชื่อขอรับศพกลับก่อนเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายนำผู้ป่วยกลับไปประกอบพิธีทางศาสนาอย่างรวดเร็ว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากการจัดพิธีศพตามหลักศาสนาอิสลามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ให้รีบจัดการศพอย่างรวดเร็ว ก่อนที่ศพจะเปลี่ยนสภาพ เพราะหากปล่อยไว้จนศพเปลี่ยนสภาพ เหม็นเน่า จะเป็นบาปทั้งกับผู้ตายและทายาทผู้จัดการศพ โดยปกติแล้วพิธีศพ (มัยยิต) จะเสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย การจัดพิธีศพจะทำ 4 ประการ ดังนี้ 1) อาบน้ำศพ คืออาบน้ำทำความสะอาดศพตลอดร่างกาย 2) ห่อศพด้วยผ้าสะอาด (กะฝั่น) 3) เอาศพไปละหมาดที่มัสยิด (ละหมาดญะนาซะฮ์) 4) เอาศพไปฝังยังสุสาน (กุบูร์) (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551; ปราโมทย์, 2546)

ความรู้สึกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่า จากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายพยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ดังนี้

ความรู้สึกด้านบวก

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านบวกมี 4 ลักษณะ คือ 1) สบายใจ ที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์ 2) รู้สึกดี ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่กับคนรัก 3) ภูมิใจ ที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด 4) ไม่เครียด ญาติยอมรับความสูญเสียได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลรู้สึกสบายใจเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างครอบคลุม ได้รับการเติมเต็มและตอบสนองทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ผสมผสานระหว่างความเชื่อทางศาสนาและหลักทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ เนื่องจากความหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญในทางบวก ความเชื่อมั่นในความสำเร็จ เป็นความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและเป็นแหล่งพลัง แห่งชีวิตรับรู้ว่ามีสิ่งสำคัญในชีวิต (McKinnon & Miller, 2002)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลรู้สึกดีที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรักและความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากการปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวมในทุกด้าน อาศัยการปฏิบัติร่วมกันของทีมสุขภาพ มีการสื่อสารและการตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย โดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยให้ผู้ป่วยได้อยู่กับบุคคลที่มีความหมาย และสัมผัสกันเป็นครั้งสุดท้ายโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการตายด้วยความสงบ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือประคับประคองจิตใจสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถผ่านพ้นกระบวนการสูญเสียและเศร้าโศกและสามารถดำเนินชีวิตได้ ถึงแม้ว่าญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายจะตัดสินใจยุติการรักษา นอกจากนี้ โล และคณะ (Lo et al., 2002) กล่าวว่า ศาสนาและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ดังนั้นแพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีความไวและเคารพในความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยแต่ละคน มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณค่า วัฒนธรรม ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาของครอบครัวผู้ป่วยเมื่อทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายมีหลายปัจจัยด้าน ศาสนา ค่านิยม ความเชื่อ และปรัชญาในการดำเนินชีวิตและความตาย เป็นปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องความตายที่แตกต่างกัน ผู้ที่เชื่อมั่นในศาสนามองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ (Kirchhoff et al., 2000) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในศาสนาอิสลามเมื่ออาการของดำเนินไปสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต สำหรับมุสลิมการตายที่เกิดขึ้นเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า (Ott, Al-Khadhuri, & Al-Junaibi, 2003) การตัดสินใจทางด้านจริยธรรมจะขึ้นอยู่กับกรอบแนวคิดของคุณค่าซึ่งสืบเนื่องมาจากพระผู้เป็นเจ้า และธรรมเนียมประเพณีที่สืบต่อกันมา โดยมีหลักฐานทางการแพทย์ที่เหมาะสมเป็นข้อมูลสนับสนุนประกอบในการตัดสินใจยุติการรักษา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลรู้สึกไม่มีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเนื่องจากเมื่อสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจตรงกันส่งผลให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ความรู้สึกด้านลบ

พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านลบมี 3 ลักษณะ คือ 1) สงสาร ที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ 2) เป็นความ เคยชิน เพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา 3) ขัดใจ ไม่แน่ใจในการดูแล

การเคารพและให้ความสำคัญแก่บุคคลหรือสภาวะแวดล้อมรอบตัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อ และ/หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Bash, 2004) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลมีความรู้สึกสงสาร เมื่อเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ เนื่องจากไม่มีความรู้ความเข้าใจ และศรัทธาร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องศาสนา เนื่องจากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ปัจจัยทางด้านศาสนา คุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม มีส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วย (Sullivan, Muskin, Feldman, & Hase, 2004) ศาสนาที่แตกต่างกัน กำหนดความคิดเกี่ยวกับความตาย การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ที่แตกต่างกัน (Jonseb, Siegler, & Winslade, 2002; Lo et al., 2002) ดังนั้นพยาบาลบางส่วนที่ยังไม่เข้าใจความหมาย หรือการให้คุณค่าตามความเชื่อ จึงมีความรู้สึกสงสารที่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ (2552) เกี่ยวความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ว่าได้รับ

การดูแลด้านจิตวิญาณในระดับสูง แต่พยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายตามความต้องการของญาติได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเป็นเรื่องของความเคยชิน เนื่องจากประสบการณ์การทำงานที่ทำมาเป็นเวลานาน ได้เห็นการเสียชีวิตของผู้ป่วย และการสูญเสียจนเกิดความเคยชินจน ในบางครั้งจึงขาดความสำรวมขณะที่ญาติอยู่ในภาวะเศร้าโศกเสียใจ

ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจรักษาพยาบาลจึงเป็นเรื่องของแพทย์และญาติ ในขณะที่ครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยเป็นผู้ที่เผชิญปัญหาต่างๆ มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย ภาวะดังกล่าวจึงกลายเป็นการยืดชีวิต หรือการยืดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวาระสุดท้าย (Eastland, Laurenson, & Latimer, 2001) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลรู้สึกขัดใจเมื่อต้องรอการตัดสินใจจากญาติในการเลือกแผนการรักษาที่ชะลอการตาย ได้แก่ งดการช่วยฟื้นคืนชีพ (Do Not Resuscitate or DNR) พยาบาลไม่มั่นใจในความเห็นของแพทย์และญาติว่ามีความเห็นตรงกันหรือไม่ รวมทั้งประเด็นทางด้านกฎหมาย เนื่องจากความแตกต่างกันระหว่างคุณค่า ความเชื่อ แต่ในภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในช่วงแรกการรักษามักจะมุ่งเน้นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

จากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายพยาบาลได้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 6 ลักษณะ คือ 1) ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด 2) ญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่บุคคลที่จะตัดสินใจ 3) ข้อจำกัดของระบบงาน 4) ไม่มีการสนับสนุนในการจัดเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนา 5) การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ 6) ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ปัจจัยแรกเป็นเหตุผลเนื่องจากการที่พยาบาลไม่สามารถประเมินว่าผู้ป่วยวิกฤตรายใดเข้าสู่ระยะสุดท้าย หรือเสียชีวิตในช่วงเวลาใด ซึ่งการพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความแม่นยำในการพยากรณ์โรคของแพทย์ พบว่าในบางครั้งเป็นเรื่องยากที่จะตัดสินใจว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (Faber-Langendoen & Lanken, 2000; Edmond & Roger, 2003) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่พยาบาลให้การพยากรณ์โรคขัดแย้งกับแพทย์ ทำให้พยาบาลเหล่านี้ไม่มั่นใจ รวมทั้งพยาบาลมีความยุ่งยาก และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะสุดท้ายหรือไม่

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ญาติใกล้ชิดมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในขณะรอญาติที่จะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลมีบทบาทในกระบวนการเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากสำหรับครอบครัวมุสลิม บุตรต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบิดา มารดา และภรรยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของสามี บุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว บุคคลอื่น มีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจ หรือการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ จึงต้องได้รับการอนุญาตจากหัวหน้าครอบครัว (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนั้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจากการที่ไม่ได้มีความชัดเจน ทำให้พยาบาลลำบากใจกับบทบาทที่มีจำกัด

ปัจจัยเรื่องข้อจำกัดของระบบงาน โดยพยาบาลผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การที่ภาระงานมากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติของความต้องการ เนื่องจากการขาดแคลนพยาบาลทำให้ไม่สามารถมอบหมายงานให้พยาบาลมีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) การขาดแคลนพยาบาลและการมอบหมายภาระงานอื่นให้แก่พยาบาลจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

อุปสรรคเรื่องขาดการเตรียมพร้อมเพื่อตอบสนองความเชื่อทางด้านศาสนา ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ญาติของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมีความต้องการ เพื่อที่จะดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาและความเชื่อ โดยการอ่านคัมภีร์ตามความเชื่อที่ว่าพระเจ้าจะส่งความเมตตามายังสถานที่แห่งนั้น และทำให้วิญญาณออกจากร่างอย่างสงบ เป็นความปรารถนาสูงสุดของมุสลิมก่อนสิ้นชีวิต (ดำรง, 2550; Carter & Rashidi, 2003) ดังนั้นญาติจึงต้องการอยู่กับผู้ป่วยจนถึงวินาทีสุดท้าย แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน มีปัญหาซับซ้อนต้องดูแลอย่างใกล้ชิดมีการใช้เทคโนโลยีชั้นสูง และผู้ป่วยวิกฤตส่วนหนึ่งที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Kongsuwan & Locsin, 2011) แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบการเข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก มีการจำกัดเวลา และจำนวนของญาติที่สามารถเข้าเยี่ยม ญาติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายจึงไม่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในหอผู้ป่วยสามัญจะไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบการเข้าเยี่ยม ด้วยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันญาติจึงไม่ได้เตรียมคัมภีร์มา และบางรายก็ไม่สามารถสวดมนต์ได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ยังขาดการเตรียมพร้อมเพื่อตอบสนองความเชื่อทางด้านศาสนา ดังนั้นพยาบาลจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านศาสนาและความเชื่อได้เท่าที่ควร

อุปสรรคเรื่องการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่พยาบาลไม่สามารถสื่อสารกับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลต้องการสื่อสารเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ข้อวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยเป็นอย่างไร นอกจากนี้การสื่อสารโดยการใช้ล่าม พยาบาลรู้สึกไม่มั่นใจในการสื่อสารว่าตรงตามความต้องการที่จะสื่อสารกับญาติหรือไม่ จึงอาจส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายล่าช้าหรือไม่ครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาร์วาร์ลและไคร์บี (Alvaerz & Kirby, 2006) พบว่าความต้องการแรกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต คือ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ข้อมูลที่เป็นข่าวร้ายจะส่งผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวผู้ป่วย ขณะเดียวกันครอบครัวก็มีความเครียดและวิตกกังวลด้วย

ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณค่าความเชื่อและนำไปสู่การตัดสินใจที่แตกต่างไป (Luna, 2002) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่พยาบาลไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและไม่มีความรู้ว่าจะจัดการอย่างไรเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดในด้านบุคลากรทางการแพทย์ และกฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาลยังคงอาศัยประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จึงส่งผลเกี่ยวข้องกับการดูแลที่แตกต่างกัน ทำให้พยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั่วไปที่นำมาใช้ไม่ครอบคลุมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของพยาบาล

จากปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายทำให้พยาบาลต้องแก้ไขปัญหาและมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพโดย 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แนวทางในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย 4) การจัดระบบงานได้แก่ การจัดระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงาน การจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ ฝึกประสบการณ์ 5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ 6) การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม 7) การกำหนดแนวปฏิบัติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายควรเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อทำให้คุณภาพในการ

ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายดีขึ้น ทั้งนี้การทำงานเป็นทีมช่วยให้การสนทนาและการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจสังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (White & Luce, 2004)

2. ผลการศึกษาในข้อนี้สอดคล้องกับความเห็นที่ว่า การขาดแนวทางในการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nelson, 2006) โดยพยาบาลให้ความเห็นว่าควรมีแนวทางในการประเมินอาการผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในวาระสุดท้ายในทิศทางเดียวกันของบุคลากร เพื่อเริ่มปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและญาติให้ได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุด

3. การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย เป็นความต้องการการสนับสนุนให้เกิดการลดความขัดแย้งในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา ขณะที่ผู้ป่วยมีสติรู้สึกตัวดีมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว Informed Consent สอดคล้องกับการศึกษาของดัคลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 70 ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สำหรับประเทศไทยได้ระบุเรื่องดังกล่าวไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการกำหนดหลักการให้บุคคลแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าได้ การดำเนินการจะเป็นไปตามหลักการและวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งบัดนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว (เล่ม 127 ตอนที่ 65ก ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553)

4. การจัดระบบงานที่เหมาะสม เป็นความต้องการการสนับสนุนอีกประการหนึ่ง จากการที่พยาบาลมีภาระงานมากเกินไปทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้ดีเท่าที่ควร ดังนั้นการจัดระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงานจึงมีส่วนให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้สมบูรณ์แบบมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายผู้ป่วยบางรายต้องการการดูแลใกล้ชิดจากครอบครัว เนื่องจากคุณค่า ความเชื่อและนำไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างไป ในบางครั้งผู้ป่วยมุสลิมบางรายจึงต้องการการดูแลใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเท่านั้น (Luna, 2002) แต่ในทางปฏิบัติด้วยข้อจำกัดในด้านบุคลากร กฎระเบียบของโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาเยี่ยมและจำนวนคนเข้าเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและจากไปอย่างสงบ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พยาบาลให้ความเห็นว่าควรมีสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมในระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอในการผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย รวมทั้งเรียนรู้ที่จะศรัทธาร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า การที่พยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้ดีขึ้น (อรพรรณ, 2551)

5. การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เนื่องจากศรัทธาในศาสนาทำให้บุคคลมีเป้าหมายในชีวิต จะมีพฤติกรรมยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่งแสดงออกถึงความเข้าใจของการมีชีวิตอยู่ การเจ็บป่วย และชีวิตหลังความตาย (Craven & Hirnle, 2000) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของอนงค์ (2552) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ว่าได้รับการดูแลด้านจิตวิญาณในระดับสูง แต่พยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายได้ สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณค่า ความเชื่อ หรือการปฏิบัติตามหลักศาสนา และยึดพระเจ้าเป็นที่พึ่ง ดังนั้นการพยาบาลที่ตอบสนองด้านจิตวิญญาณ การปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวจึงขึ้นอยู่กับความเอื้ออาทรและความใส่ใจที่พยาบาลมีต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนาและความเชื่อ เป็นการแสดงว่าพยาบาลเคารพและให้เกียรติแก่ผู้ป่วยและญาติ

6. การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม เป็นความต้องการการสนับสนุนที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องจากพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ (White & Luce, 2004) นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังช่วยลดความกลัวที่อาจเกิดขึ้น (ดุสิต, 2550) ดังนั้นการพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เกี่ยวกับข้อมูลด้านอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกในการดูแลรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษา การสื่อสารที่มีคุณภาพช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวต่อความสูญเสียได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้นภายหลังจากการช่วยเหลือเต็มที่แล้วเพื่อให้ญาติมีความเข้าใจโดยเริ่มมีการเปลี่ยนเป้าหมายในการเป็นการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และพยาบาลควรโทรศัพท์แจ้งเกี่ยวกับอาการปัจจุบันของผู้ป่วยทราบว่าแนวโน้มของโรคไม่ดีและถ้าเป็นไปได้ควรแจ้งให้ญาติทราบล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากความปรารถนาสูงสุด

ของมุสลิมก่อนสิ้นชีวิตต้องการสิ้นชีวิตด้วนสัญญาณที่ดี (ดำรง, 2551) พยาบาลยังมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นตัวแทนผู้ป่วย ผู้ติดต่อสื่อสาร ผู้สอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อควบคุมอาการและความสุขสบาย และเป็นผู้อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (Scanlon, 2003) ด้วยเหตุนี้พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการยับยั้ง/ยกเลิกการรักษา เพื่อแสดงให้เห็นมุมมองของวิชาชีพ

ในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายครอบครัวมีความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วย (Verhaeghe et al., 2005) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลให้ความเห็นว่าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายการสื่อสารมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ครอบครัวอาจเกิดความเครียดได้จากความไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลสื่อสารเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธยังไม่มีการทักษะการสื่อสารกับครอบครัวไทยมุสลิมบางรายที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ โดยจะมีการสื่อสารด้วยภาษามลายู การให้ข้อมูลจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลาม หรือใช้ล่ามที่เป็นญาติผู้ป่วยและสามารถสื่อสารด้วยภาษามลายูได้ แต่พบว่าบ่อยครั้งที่มีอุปสรรคในการสื่อสารพยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลเหล่านี้แก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย หรือให้ข้อมูลแล้วสมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจ ทำให้พยาบาลอึดอัดใจหรือไม่มั่นใจว่าข้อมูลที่สื่อสารถูกต้องหรือไม่ ซึ่งพยาบาลรับรู้ว่าปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องส่งผลต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้าย พยาบาลให้ความเห็นว่าควรมีการพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เช่น การมีล่ามเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน พยาบาลมีการฝึกภาษาที่จำเป็นต้องใช้บางคำเพื่อใช้ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

7. การกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทุกด้านโดยมุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล มีแนวปฏิบัติ (Guideline) ที่ชัดเจน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย การไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่ทราบขอบเขตหน้าที่ของตนเอง เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และอาจนำไปสู่ประเด็นในการฟ้องร้องได้

ความหมายของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาล

1) มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ลง ไม่มีความหวังในการรักษา
2) มีการเจ็บป่วยกะทันหัน และญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน

ความหมายของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

1) การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ
2) การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ได้แก่ สิทธิในการได้รับทราบข้อมูล สิทธิเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย
3) การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก
4) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
   - 4.1 ดูแลเหมือนกับคนไข้ปกติ
   - 4.2 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเชื่อ
   - 4.3 การดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตตามวิถีมุสลิม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดและจัดท่าตามความต้องการของญาติ 2) การปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล 3) การจัดการหลังการเสียชีวิตให้เร็วที่สุด

ความรู้สึกด้านบวก

1. สบายใจ ที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์
2. รู้สึกดี ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่กับคนรัก
3. ภูมิใจ ที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด
4. ไม่เครียด ญาติยอมรับความสูญเสียได้

ความรู้สึกด้านลบ

1. สงสาร ที่ไม่สามารถตอบสนองตามความเชื่อ
2. เป็นความเคยชิน เพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา
3. ขัดใจ ไม่แน่ใจในการดูแล

อุปสรรคของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

1) ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด
2) ญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่บุคคลที่จะตัดสินใจ
3) ข้อจำกัดของระบบงานได้แก่ ภาระงานมาก ระเบียบการเข้าเยี่ยมไม่เอื้ออำนวย
4) ไม่มีการสนับสนุนในการเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนา
5) การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ
6) ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ความต้องการการสนับสนุน

1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ
2) แนวทางในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3) การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย
4) การจัดระบบงานได้แก่ ลดภาระงาน จัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้
5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ
6) การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม
7) การกำหนดแนวปฏิบัติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม

ภาพ 1 สรุปประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ร่วมกับการบันทึกเสียงจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว นอกจากนี้ผู้วิจัยเขียนบันทึกส่วนตัวตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ เพื่อเป็นการสะท้อนตัวเองของผู้วิจัยโดยใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดอคติในการดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของแวนมาเนน (van Manen, 1990) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลและอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พยาบาลได้สะท้อนความหมายของผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายใน 2 ลักษณะ คือ 1) มีการดำเนินของโรคและพยากรณ์ความก้าวหน้าของโรคมีแนวโน้มในทางที่แย่ ลงไม่มีความหวังในการรักษา 2) มีการเจ็บป่วยกะทันหัน และญาติอาจยังไม่ได้เตรียมตัวหรือทำใจมาก่อน

2. พยาบาลสะท้อนความหมายของการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ คือ 1) การดูแลเหมือนกับดูแลญาติ 2) การดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ 3) การดูแลให้ได้อยู่กับคนที่รัก 4) การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. พยาบาลได้สะท้อนความรู้สึกเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบคือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านบวกมี 4 ลักษณะ คือ 1) สบายใจ ที่ให้ญาติได้อ่านบทสวดมนต์ 2) รู้สึกดี ที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่กับคนรัก 3) ภูมิใจที่ได้ให้การดูแลดีที่สุด 4) ไม่เครียด ญาติยอมรับความสูญเสียได้ พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทางด้านลบมี 3 ลักษณะ1) สงสาร ที่ไม่

สามารถตอบสนองตามความเชื่อ 2) เป็นความเคยชิน เพราะมองการสูญเสียเป็นเรื่องธรรมดา 3) ขัดใจไม่แน่ใจในการดูแล

4. พยาบาลได้สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย 6 ลักษณะ คือ 1) ประเมินไม่ได้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใด 2) ญาติที่มาเฝ้าไม่ใช่บุคคลที่จะตัดสินใจ 3) ข้อจำกัดของระบบงาน 4) ไม่มีการสนับสนุนในการเตรียมบทสวดมนต์ตามความเชื่อทางศาสนา 5) การสื่อสารกับญาติผู้ป่วยมุสลิมไม่มีประสิทธิภาพ 6) ไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

5. พยาบาลมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพโดย 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แนวทางในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) การแสดงเจตจำนงในระยะสุดท้าย 4) การจัดระบบงาน ได้แก่ การจัดระบบงานเพื่อช่วยลดภาระงาน การจัดสถานที่ที่เหมาะกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเรียนรู้ ฝึกประสบการณ์ 5) การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ 6) การพัฒนาการสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม 7) การกำหนดแนวปฏิบัติผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดทำแนวปฏิบัติ (guideline) มาตรฐานการดูแล (standard of care) และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในวัฒนธรรมของชาวมุสลิม

2. ควรจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค การประเมินอาการผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกระยะที่พบจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณตามความเชื่อและหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม

3. พัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในระยะสุดท้าย ทักษะการแจ้งข่าวร้าย การบอกความจริง ทักษะการสื่อสารด้วยภาษามลายูที่เกี่ยวกับการพยาบาล รวมทั้งทักษะการดูแลด้วยใจ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดกิจกรรมเชื่อมโยง สนับสนุน และประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมในระยะสุดท้าย เพื่อกำหนดนโยบายของหน่วยงานนำไปสู่การปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและติดตามผลการดำเนินงาน เช่น การจัดระบบการเยี่ยมให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย และไม่ขัดกับแนวทางการรักษา

2. ดำเนินการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบและประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

3. พัฒนาบุคลากรทั้งด้านทักษะและองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายมีความสอดคล้องทางวัฒนธรรม

ด้านการศึกษาการพยาบาล

1. ควรมีการสนับสนุน และส่งเสริมการศึกษาเรื่อง การดูแลเพื่อตอบสนองตามความต้องการด้านจิตวิญญาณ การสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิม ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้พยาบาลและทีมสุขภาพเห็นถึงความสำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้บนพื้นฐานของการปฏิบัติ รวมทั้งมีทักษะเพียงพอในการให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ และพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเพื่ออธิบายการประเมินผลและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความชัดเจนในการประเมินผลหรือการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายบริบทแต่ละศาสนาในวัฒนธรรมต่างๆ ของสังคมไทย

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความหมายและกระบวนการสื่อสาร เมื่อผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่ระยะสุดท้าย โดยเฉพาะสังคมที่มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรมและภาษา เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาทักษะการสื่อสารในผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บรรณานุกรม

ครุซีด อะหมัด. (2541). *อิสลามความหมายและคำสอน* (จรัญ มะลูลีม, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: นัทชาพับลิชชิ่ง.

ฉันชาย สิทธิพันธ์. (2550). Withdrawal of life-sustaining therapies in intensive care unit. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care : Improve care of the dying* (หน้า 192-198). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดุสิต สถาวร. (2550). How to discus potential dying in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improve care of the dying* (หน้า 134-148). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดำรง แวอาลี. (2551). องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลาม และทัศนคติในเรื่องความตาย. ค้นหาเมื่อ 30 มกราคม 2553 จาก *www.timaweb.org*

ดำรง แวอาลี. (บรรณาธิการ). (2547). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ดำรง แวอาลี. (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 25-33). กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พรินติ้ง เฮาส์.

นิการีหมัะ นิจินิการี. (2547). *การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เบ อารีฟีน. (2545). *ชีวิตหลังความตาย* (มูฮัมหมัดคอลดูล หะยีมุสตอฟา, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: M.K. Image.

ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, *15*(2), 12-23.

ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2546). การเตรียมจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-10). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2550). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Holistic end-of-life care in ICU* (หน้า 329-337). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยา

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 65ก วันที่ 22 ตุลาคม 2553*.

พัชรี ชูทิพย์. (2547). *การปฏิบัติของทีมสุขภาพในการให้/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2543). การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ. *วารสารพยาบาล, 49*(2), 122-124.

ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และ ฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Holistic end-of-life care in ICU* (หน้า 114-133). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยา.

มุฮซิน. (2545). บทบัญญัติเกี่ยวกับการอาบน้ำให้แก่ศพ การห่อศพ และการละหมาดให้แก่ศพ. *สายสัมพันธ์,* 397-398: 62-70.

มูฮัมมัดนาเซร์ หะบาแย. (บรรณาธิการ). (2547). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ยูซุฟ อัล-ก็อรฎอวีย์. (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในขณะที่ใกล้จะเสียชีวิต. *จุลสาร อัซ-ซีฟาอฺ,* 15, 3-4.

ยุวนิดา อารามรมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุสรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส. ภาคใต้): มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วงรัตน์ ใสสุข. (2544). *ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2545). กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารคลินิก, 18*(1), 29-32.

วีณา เที่ยงธรรม. (2547ก). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18*(1), 70-78.

วีณา เที่ยงธรรม. (2547ข). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18*(2), 97-108.

สุภางค์ จันทรวานิช. (2552). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 17) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). สถิติประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามศาสนา พ.ศ. 2548. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2554, จาก *www.service.nso.go.th*

สำนักงานสาธารณสุขเขต 12. (2545). สถิติประชากรในพื้นที่เขต 12. พ.ศ. 2545 สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2553, จาก *www.sasuk 12.com/stat/html*

สมาพร โล่สวัสดิ์กุล และวณิชา พึ่งชมพู. (2549). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต. *พยาบาลสาร, 33*(1), 72-83.

สันต์ หัตถีรัตน์. (2546). แพทย์กับความตาย. ใน ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และ สายพิณ ด่านวัฒนะ (บรรณาธิการ), *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี : มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ* (หน้า 100-106). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2540). ข้อเท็จจริงและการตีความในอิสลามเรื่องเพศ สุขภาพอนามัย และบทบาทหญิงมุสลิม. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกทักษะในการดำเนินงานโครงสร้างเสริมความรู้และพัฒนาสุขภาพอนามัยวัยรุ่นไทยมุสลิม*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย (ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย). ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *Holistic end-of-life care in ICU* (หน้า 397-404). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยา.

อนงค์ ภิบาล. (2552). *ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อรพรรณ ไชยเพชร. (2551). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อรรถยา อมรพรหมภักดี. (2547). *พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในสถาบันให้บริการสุขภาพ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาล, 42*(1), 16-31.

อับดุลเลาะ ฮับรู. (2542). *อิสลามและมุสลิม*. ปัตตานี: โครงการแปลและเรียบเรียงตำราอิสลาม สำนักวิชาการและบริการชุมชน วิทยาลัยอิสลามศึกษา.

อิมรอน บินยูซุป และอลีย์ บินรอฮีม. (2543). *คู่มือพื้นฐานอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อัล-อีหม่าน.

เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2551). *Critical Care: The Model of Holistic Approach 2008-2009.* สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

Alvarez, G. F., & Kirby, A S. (2006). The perspective of families of the critically ill patient: Their need. *Critical Care Medicine, 12*, 614-618.

Annells, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, *23*, 705-713.

Bash, A. (2004). Spirituality: The emperor's new clothes?. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 11-16.

Beckstrand, R. L., & Kirchhoff, K. T. (2005). Providing end-of-life care to patients: Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *The American Journal of Critical Care, 14(5)*, 395-403.

Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a "good death": Critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care, 15(1)*, 38-46.

Bucknall, T., & Thomas, S. (1997). Nurses' reflections on problems associated with decision making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing, 25*(2), 229-237.

Byock, I. (2006). Improving palliative care in intensive care unit: Indentifying strategies and interventions that work. *Critical Care Medicine, 34*(11), s302-s305.

Cassem, N. H., Brendel, R. W. (2004). End of life Issues: Principles of Care and Ethics in Stern T. A. et al., *Massachusetts General Handbook of General Hospital Psychiatry* (5th ed.). Mosby.

Carter, J. D., & Rashidi, A. (2003). Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian Islamic women with mental illness. *Health Care for Women International, 24,* 399-413.

Cheraghi, M. A., Payne, S., Salsali, M. (2005). Spiritual aspects of end of life care for Muslim patients: Experiences from Iran. *International Journal Palliative Nursing*, *11*(9): 468-474.

Ciccarello, G. P. (2003). Strategies to Improve End-of-life Care in the Intensive care unit. *Dimension of critical care nursing, 22*(5).

Clark, E. B., Luce, J. M., Curtis, R., Danis, M., Levy, M., Nelson, J., & Solomon, M. (2004). A content analysis of forms, guidelines, and other materials documenting end-of-life care in intensive care units. *Journal of Critical Care, 19*(2), 108-117.

Craven, R.F., & Hirnle, C. L. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Curtis, J. R. (2000). Communication with patients and their families about advance care planning and end-of-life. *Respiratory Care, 45*(11). 1385-1394.

Douglas, R., & Brown, H. N. (2002). Patients attitudes toward advance directives. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(1), 61-65.

Eastland, J., Laurenson, J., & Latimer, S. (2001). A framework for nursing the dying patient in intensive care unit. *Nursing Time*, *97*(3), 36-39.

Edmonds, P., & Rogers, A. (2003). If only someone had told me: A review of the care of patients dying in hospital. *Clinical Medicine, 3*(2), 97-98. Abstract retrieved October 12, 2003, from Pub Med database.

Fass, A. (2003). The Intimacy of Dying. *Dimension of critical care nursing, 23*(3). 122-124.

Faber-Langendoen, K., & Lanken, P.N. (2000). Dying patients in the intensive care unit: Forgoing treatment, maintaining care. *Annals of Internal Medicine, 133*(11), 886-893.

Fawcett, T. N., & Noble, A. (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a christian nurse. *Journal of Clinical Nursing*, *13,* 136-142.

Gauthier, D. M., & Froman, R. D. (2001). Preferences for care near the end of life: Development and validation. *Research in Nursing &Health, 24*(4). 263-298.

Genuis, S. J., Genuis. S. K., & Chang, W. C. (1994). Public attitudes toward the right to die. *Canadian Medical Association Journal*, *150*(5), 701-708.

Godkin, M. D., & Toth, E. L. (1994). Cardiopulmonary resuscitation decision making in long-term care: A role for the nurse?. *Journal of Advanced Nursing, 19*(1), 97-104.

Halcomb, E., Daly, J., Jackson, D., & Davodson, P. (2004). An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing, 20,* 214-222.

Jonseb, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2002). *Clinical ethics : A Practical approach to ethical decision in clinical medicine* (5th ed.). New York: McGraw – Hill.

Kirchhoff, K. T., & Beckstrand, R. L. (2000). Critical care nurses' exceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care, 9*, 96-105.

Kirchhoff, K. T., Spuhler, V., Walker, L., Hutton, A., Cole, V., & Clemmer, T. (2000). Intensive care nurses' experiences with end-of-life care. *American Journal of Critical Care, 9*, 36-42.

Koch, T. (1995). Implementation of hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rig our and representation. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 174-184.

Kongsuwan, W. (2011). Knowing the occasion of a peaceful death in intensive care units in Thailand. *Nursing and Health Sciences, 13,* 41-46.

Kongsuwan, W., & Locsin, R. C., (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review, 56*, 116–122.

Kongsuwan, W., & Locsin, R. C., (2011). Thai nurses' experience of caring for persons with life-sustaining technologies in intensive care setting. *Intensive and Critical Care Nursing, 27*, 102-110.

Levy, M. M., & McBride, D. L. (2006). End-of-life care in the intensive care unit: State of the art in 2006. *Critical Care Medicine, 34*(11 Suppl.), s306 - s308.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.

Lo, B., Ruston, D., Kates, L.W., Arnold, R.M., Cohen, C. B., Faber-Langendoen, K., et al. (2002). Discussing religious and spiritual issues at the end of life. *The Journal of the American Medical Association, 287*(6), 749-754.

Luna, L. S. (2002). Arab Muslims and culture care. In M. Lininger & M. R. McFarland (Eds.), *Trans cultural nursing concepts, theories research & practice* (3rd ed., pp. 301-311). New York: McGraw-Hill.

Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals.* Alberta: Quall Institute Press.

McKinnon, S. E., & Miller, B. (2002). Psychosocial and spiritual concerns. In B. M. inzbrunner, N. J. Weinreb & J. S. Poloczer (Eds). *20 Common problems in end of life care* (pp. 257-274). New York: McGraw-Hill.

Morse, J. M., (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (2nd ed, pp. 127-145). California: Sage publications.

Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(4), 446-455.

Nation Guideline Clearinghouse. (2004). *Critical practice guidelines for quality Care.* New York: National Hospices and Palliative Care Organization.

Nelson, J. E. (2006). Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in intensive care unit. *Critical Care Medicine, 34*(Suppl. 11), s324 - s331.

Norton, S. A., Tilden, V. P., Tolle, S. W., Nelson, C. A., & Eggman, S. T. (2003). Life support withdrawal: Communication and conflict. *American Journal of Critical Care, 12*(6), 548-555.

Ott, B.B., Al-Khadhuri, J. & Al-Junaibi, S. (2003). Preventing ethical dilemmas: Understanding Islamic health care practices [Electronic version]. *Pediatric Nursing, 29*(3), 227-230.

Patton, M.O. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.

Puntillo, Benner, P., Drought, T., Drew, B., Stotts, N., Stannard, D., et al. (2001). End-of-life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *American Journal of Critical Care, 10(4)*, 216-219. Abstract retrieved November 18, 2003, from Pub Med database.

Raffin, T. A. (1995). Withdrawing life support: How is the decision made?. *The Journal of the American Medical Association, 273*(9), 738-739.

Rassool, G.H., (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspective on caring. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(6), 1476-1484.

Reddick, B., & Cassem, N. H. (2000). Treatment decision at the end of life. In T. A. Stern & J. B. Herman (Eds.), *Psychiatry update and board preparation* (pp. 515-519). New York: McGraw-Hill.

Rosenblatt, L., & Block, S. D. (2001). Depression, decision making, and the cessation of life-sustaining treatment. *Western Journal Medicine, 176,* 320-325.

Scanlon, C. (2003). Ethical concerns in end of life care. *The American Journal of Nursing, 103*(1), 48-56.

Sheikh, A. (1998). Death and dying – A Muslim perspective. *Journal of Royal Society of Medicine, 91,* 138-140.

Simpson, S. H. (1997). Reconnection: The experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing, 13*, 189-197.

Streubert-Speziale, H. J. & Carpenter, D. R. (2003*). Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic* imperative (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Sullivan, M. A., Muskin, S. J., Feldman, S. J., & Hase, E. (2004). Effect of religiosity on patient' perceptions of do-not-resuscitate status. *Psychosomatics, 45*(2), 119-128.

SCCM (Society of Critical Care Medicine). (2007). *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care*. www.scccm.org

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing, 39*(5), 500-509.

Troug, R.D., Cist A.F.M., Brackett S.E., Burns J.P., Curley M.A.Q., Danis M. et al. (2001). Recommendation for end of life care in ICU: The ethic committee of the society of critical care medicine. *Critical Care Medicine*, *29*, 2332-2348.

Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an* action sensitive *pedagogy.* Ontario: State University of New York.

Verhaeghe, S., Defloor, T., Zuuren, F., V., Duijnstee, M., & Grypdonck, M. (2005). The need and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of literature. *Journal of Critical Nursing, 14*, 501-509.

White D. B., & Luce, J. M. (2004). Palliative care in the intensive care unit: barriers, advances, and unmet needs. *Critical Care Clinics, 20*, 329-343.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวสุภัสสรา ชูช่อ เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น และพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติงานมากขึ้น เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุด ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 2-3 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และมีความจำเป็นต้องบันทึกเสียงไว้ด้วยทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ท่านสามารถเลือกเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกใจที่จะตอบ ก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถบอกยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนใดๆ ของการทำวิจัยก็ได้ และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ภายหลังการสัมภาษณ์ดิฉันจะนำไปถอดเทปเขียนเป็นบทสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการตอบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในบทสัมภาษณ์ บันทึกต่างๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้ชื่อสมมุติทั้งสิ้น เทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์นี้ดิฉันจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 3 ปี หากขณะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือโทรศัพท์หมายเลข 081-5990774 โอกาสนี้ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวสุภัสสรา ชูช่อ
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก ข

แนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึก

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่ง ของการศึกษาวิจัยในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ( ) 2.1 ชาย ( ) 2.2 หญิง
3. นับถือศาสนา ( ) 3.1 พุทธ ( ) 3.2 คริสต์ ( ) 3.3 อิสลาม
4. ระดับการศึกษา ( ) 4.1 ปริญญาตรี ( ) 4.2 ปริญญาโท
5. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย.....
6. ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....ปี
7. การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหลักสูตรพยาบาล (4 เดือน)
   ( ) 7.1 เคย ( ) 7.2 ไม่เคย
8. ท่านมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ประมาณ.....ราย
9. ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย..... ครั้ง เรื่อง.....
10. ท่านมีประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายผสมผสานกับหลักศาสนาอิสลาม
    ( ) 10.1 เคย ( ) 10.2 ไม่เคย
11. ท่านมีประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิถีมุสลิม
    ( ) 11.1 เคย ( ) 11.2 ไม่เคย
12. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือคนรัก
    ( ) 12.1 เคย ( ) 12.2 ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

คำชี้แจง กรุณานึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่ท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย และเล่าเหตุการณ์ครั้งนั้นอย่างละเอียด

1. ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายในความคิดของคุณเป็นอย่างไร ทำไมถึงคิดอย่างนั้น
2. อยากให้คุณเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย คุณให้การดูแลอย่างไร ยกตัวอย่างเหตุการณ์
   2.1 ถ้าให้เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย คุณจะเปรียบกับสิ่งใด เพราะอะไรจึงคิดอย่างนั้น ช่วยยกตัวอย่าง
3. คุณรู้สึกอย่างไรเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวคุณทำอย่างไร เพราะอะไรจึงทำอย่างนั้น ยกตัวอย่าง
4. คุณมีกิจกรรมหรือการปฏิบัติต่อผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างไร
   4.1 กิจกรรมเหล่านั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างไร
   4.2 หลังจากที่ได้ให้การดูแล คุณรู้สึกอย่างไร ลองยกตัวอย่าง
5. คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย
   5.1 คุณมีแรงจูงใจอะไรที่ทำให้คุณให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายอย่างนั้น ปัจจัยเหล่านั้นมีผลอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย ลองยกตัวอย่าง
   5.2 มีสิ่งใดที่ทำให้คุณคิดว่าทำให้คุณไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้อย่างเต็มที่ ปัจจัยเหล่านั้นมีผลอย่างไร ลองยกตัวอย่าง
   5.3 หากเกิดปัญหาเหล่านั้นคุณจัดการอย่างไร และคุณต้องการการสนับสนุนอย่างไร เพราะเหตุใด ลองยกตัวอย่าง

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ ที่ศึกษาจะมีการสัมภาษณ์เจาะลึก การยกตัวอย่างประกอบ เพื่อขยายความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอย่างละเอียด

ส่วนที่ 3 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....
ชื่อ (สมมุติ).....
วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....
สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

   .....

   .....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสีหน้า ท่าทาง)

   .....

   .....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

   .....

   .....

   .....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

   .....

   .....

   .....

5. ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมขณะให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายของผู้ให้ข้อมูล

   .....

   .....

   .....

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างการจัดการข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล A เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 วันที่ 18 มีนาคม 2554 สถานที่เก็บข้อมูล ห้องพักพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก

ความคิดเห็น	บทสัมภาษณ์	การแปลความหมาย
คำถามต่อ: - ทำไมถึงคิดว่าต้องให้เค้ามาสวดค่ะพี่ - แล้วหลังจากให้เค้ามาสวดแล้วเค้าเป็นอย่างไรบ้าง - แล้วเรารู้สึกยังไงกับการที่เราให้เค้ามาสวดคะ	**Q: แล้วพี่ให้การดูแลอะไรกับเค้าบ้าง** **A:** *" ก็ให้ญาติเข้ามาสวดตามหลักทางวิธีทางศาสนา ก็ให้ญาติเข้าเยี่ยมตามความประสงค์ แต่เท่าที่จำเป็น แล้วก็ถ้าคนไข้ ในกรณีคนไข้ที่ยังรู้สึกตัวดีอยู่นั้น เค้าอาจจะปฏิเสธนะ แต่ว่าถ้าเกิดว่าไม่รู้สึกตัวก็ให้ญาติมาดูใจในการช่วย มันก็จะต้องมีระยะเวลาของการทำใจ... อะไรอย่างนี้ คนไข้ระยะนี้ถ้าเราจะให้การช่วยฟื้นคืนชีพนั้น เราก็ให้ทางเลือกเค้าว่า ถ้าเกิดคนไข้เป็นอย่างนี้ คนไข้ก็มีโอกาสหัวใจหยุดเต้น ญาติอนุญาตให้ปั๊มมั๊ย หรือว่าให้ใส่ใช้ช็อกไฟฟ้ามั๊ย...แต่ว่าพอถึงระยะนี้แล้ว ส่วนเราให้คำแนะนำหรือว่าให้ข้อมูลกับเค้า ส่วนใหญ่เค้าก็จะปฏิเสธโดยส่วนใหญ่ ก็ให้เค้าเซ็นในใบยินยอมโนซีพีอาร์"* **Q: แล้วหลังจากนั้นล่ะคะ** **A:** *" ก็ให้เค้าขึ้นไปสวดตามหลัก"*	-พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยมุสลิมตามหลักทางศาสนา โดยยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมตามความเหมาะสม เมื่อคนไข้อยู่ในระยะสุดท้ายในการตัดสินใจขึ้นอยู่กับญาติ ในภาวะวิกฤตพยาบาลให้เวลาและให้ข้อมูลอย่างละเอียด ในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรักษา และขอปฏิบัติตามหลักศาสนา

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างการเขียนบันทึกส่วนตัว

17 มีนาคม 2553 เวลา 17.00 น.

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลนั่งเก้าอี้ ส่วนผู้วิจัยนั่งเก้าอี้ใกล้ๆ กับผู้ให้ข้อมูลหันหน้าเข้าหากันในลักษณะตั้งฉาก ภายในห้องเงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน ขณะสัมภาษณ์มีเพียงผู้วิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์เท่านั้น

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสีหน้า ท่าทาง)

สีหน้าผู้ให้ข้อมูลสดชื่นให้ความร่วมมือและมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการให้สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลพยายามเสนอแนะ และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

ผู้วิจัยยังมีทักษะในการสัมภาษณ์ไม่ดีเท่าที่ควร บางช่วงผู้วิจัยยังไม่สามารถเจาะลึกข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง การสัมภาษณ์ยังมีการหยุดสะดุดขาดตอนเนื่องจากผู้วิจัยกังวลว่าจะกล่าวชักนำผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยจำข้อคำถามได้มากขึ้นทำให้การใช้ข้อคำถามดีขึ้นเล็กน้อยแต่ยังต้องฝึกฝนการสัมภาษณ์เพิ่ม

4. การวางแผนและข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งต่อไปจะสัมภาษณ์หลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์ครั้งนี้เสร็จ ส่วนข้อมูลที่จะใช้สัมภาษณ์เจาะลึกครั้งต่อไป ได้แก่ข้อมูลในคำถามทุกข้อ และอาจมีการปรับเปลี่ยนคำถามบางส่วนตามคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่ครบถ้วนและครอบคลุมเนื้อหา

5. ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลขณะปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น ตั้งใจทำงาน ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี และในขณะที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายและครอบครัวผู้ให้ข้อมูลสีหน้าเรียบเฉย และให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นระยะๆ แต่มักจะหงุดหงิดเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในทีมสุขภาพ ในบางครั้งความคิดเห็นไม่ตรงกับญาติผู้ป่วยและมีความลำบากใจในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะสุดท้าย เนื่องจากความไม่แน่ใจว่าจะให้ข้อมูลตรงกับแพทย์หรือไม่ สำหรับการปฏิบัติตามหลักศาสนาผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างถูกต้อง โดยจะอนุญาตให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามาสวดมนต์ ได้ตามความเหมาะสมโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา แต่ในบางเวรที่มีผู้ร่วมงานมีความคิดเห็นไม่ตรงกันผู้ให้ข้อมูลก็จะให้หัวหน้าเวรมีสิทธิในการตัดสินใจ

ประสบการณ์การดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ โดยผ่านคำบอกเล่าของพยาบาลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายได้รับการดูแลสู่ความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้มองเห็นอีกหลายแง่มุมในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ความเชื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นเหมือนแบบฝึกหัดให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาทักษะในการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ

ในระยะแรกผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเป้าหมายของการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำความเข้าใจในเรื่องที่ต้องการจะศึกษา การกำหนดเป้าหมายในแต่ละครั้งอย่างชัดเจนโดยมีเครื่องมือที่สำคัญ คือ ผู้วิจัย ด้วยการวิจัยมีการออกแบบที่ยืดหยุ่น การวิเคราะห์ข้อมูลและการเก็บข้อมูล เป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกัน ดังนั้น สำหรับผู้วิจัย คำถามที่ใช้ในการวิจัยและผู้วิจัยมีความสำคัญในช่วงแรกของการเก็บข้อมูลผู้วิจัยยังไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากยังกังวลอยู่กับข้อคำถาม และด้วยเวลาที่มีจำกัดจึงทำให้ได้ข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์

การศึกษากระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ การปรึกษาและคำชี้แนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ ทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้ละเอียดขึ้น เริ่มจากการพิจารณาข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ได้ศึกษามาก่อน จนมองเห็นแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูล และเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูลสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย เพื่อทำความเข้าใจความหมายตามปรากฏการณ์ในทัศนะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมในระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดขั้นตอนหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเก็บข้อมูลให้ได้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษามากที่สุดและน่าเชื่อถือมากที่สุด

ในระหว่างการเก็บข้อมูลสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อสมาธิของผู้ให้ข้อมูลและผู้ดำเนินการวิจัย เพื่อให้การสนทนามีความต่อเนื่อง ดังนั้นการเก็บข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเช่นกันในบางครั้งก็เป็นอุปสรรคกับผู้วิจัยบ้างเนื่องจากเวลาในการเก็บข้อมูลมีจำกัด การยืดหยุ่นของผู้วิจัยจึงมีส่วนช่วยให้การวิจัยดำเนินไปอย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยด้วย

การเขียนบทสรุปในช่วงแรก เนื่องจากผู้วิจัยยังไม่สามารถจัดระบบสิ่งที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมมา แต่ด้วยความกรุณาจากการชี้แนะของอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยกลับมาทบทวน และจัดระบบข้อมูลโดยสรุปความคิดออกมาเป็นแผนภาพเชื่อมโยงความสัมพันธ์ เมื่อเตรียมข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเพื่อจะนำมาเขียนรายงาน นักวิจัยควรจะเริ่มต้นด้วยการคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยลำดับการเขียนได้เป็นขั้นตอนไม่หลงประเด็น เพื่อให้เข้าใจความหมายในสิ่งที่ได้เรียนรู้ในการจัดการกับข้อมูล ดังนั้นในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพนักวิจัยจึงต้องวิเคราะห์ข้อมูลตลอดทุกขั้นตอนของการวิจัย และต้องวิเคราะห์ย้อนกลับไปกลับมาหลายครั้งจนกว่าจะได้สิ่งที่ต้องการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประสบกับความสุขที่ได้รับจากการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น แต่ในบางขณะที่พบกับอุปสรรคความทุกข์ใจในบางครั้งก็รู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ แต่อุปสรรคที่เจอทำให้รู้จักที่จะเดินถอยหลังเพื่อก้าวไปข้างหน้า กำลังใจที่ได้จากอาจารย์ที่ปรึกษา มิตรสหาย และครอบครัว โดยเฉพาะแม่ ทำให้เติมเต็มกำลังใจให้กับตัวเองส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ที่สำคัญ การศึกษาในสิ่งที่ผู้วิจัยมีความสนใจ จะช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความรู้สึกดีกับการดำเนินการวิจัย และสามารถดำเนินการวิจัยได้ประสบผลสำเร็จไปด้วยดี

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อาจารย์ รอฮานิ เจ๊ะอาแซ	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวสุภัสสรา ชูช่อ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5110421080

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส	2542

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อ.เมือง จ.นราธิวาส

E mail address: sine1721@live.com