



ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ
**Thai Muslim Nurses' Experiences of Caring for Dying Patients Who
Died Peacefully**

รจนา ทองคำ
Rotchana Thongdam

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ
 ผู้เขียน นางสาวรจนา ทองคำ
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....กรรมการ

(ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวรจนา ทองคำ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวรจนา ทองคำ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ
 ผู้เขียน นางสาวรจนา ทองคำ
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติก ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาลไทยมุสลิม จำนวน 10 ราย ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลในระดับชุมชนและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในจังหวัดสงขลา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล ตั้งแต่เดือนกันยายน 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการของแวนมานเนน สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและคูบา

ผลการศึกษา พบว่า การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลสามารถอธิบายได้ 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 4) ไม่มีกรรือชีวิต 5) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง ในส่วนของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบสามารถอธิบายความหมายของการดูแลออกมาได้ทั้งหมด 13 กลุ่มความหมาย โดยสะท้อนในหมวดของโลกร 4 โย (four life worlds) ได้แก่ โลกของตัวเองมี 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) มีความเมตตา อ่อนโยน 2) รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง และ 3) เข้าใจความเป็นไปของชีวิต โลกของความสัมพันธ์ มี 6 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลเสมือนญาติ 2) ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์ 3) ดูแลอย่างเท่าเทียมกันทุกศาสนา 4) ดูแลอย่างยึดหยุ่น 5) ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย และ 6) ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ โลกของสถานที่ มี 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และ 2) ดูแลอย่างใกล้ชิด โลกของเวลา มี 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 2) ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เข้าใจความหมายของการตายอย่างสงบ ตามมุมมองของ
พยาบาลไทยมุสลิมและความหมายของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ พยาบาลสามารถนำ
ผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ
ในโรงพยาบาล

Thesis Title	Thai Muslim Nurses' Experiences of Caring for Dying Patients Who Died Peacefully
Author	Miss Rotchana Thongdam
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

This research purposed to describe and explain Thai Muslim nurses' experiences in caring for dying patients who died peacefully in hospitals. The qualitative research methodology informed by hermeneutic phenomenology was used in the study. Ten Thai Muslim nurses who worked in medical and surgical wards at community and university hospitals in Songkhla province were the informants and were selected purposively. Data were collected using individual in-depth interviews from September 2012 to May 2013. The interview data were analyzed using van Manen's approach. Trustworthiness of the study was established by following Lincoln and Guba's criteria.

The findings revealed that the informants described a peaceful death based on their perceptions and understandings in 6 components: 1) the dying patient is not suffering; 2) there is ritual performed following the dying patient's religion and belief; 3) the dying patient and his/her family can accept the patient's illness and imminent death; 4) there is no holding on to the dying patient's life; 5) the dying patient is with his/her family and the loved ones in a peaceful environment; and 6) the dying patient is prepared for his/her own death. The findings also revealed meanings of experiences in caring for dying patients who died peacefully in 13 thematic categories. These categories were reflected within the four life worlds of body, relation, space, and time. In the life world of body, there were 3 thematic categories: 1) having compassion and gentleness; 2) feeling valuable and proud of themselves; and 3) understanding the process/way of life. The life world of relation included 6 thematic categories: 1) caring as if being a relative; 2) humanistic caring; 3) caring equally for all religions; 4) caring flexibly; 5) coordinating decision making at the end of life; and 6) promoting the practices following religion and beliefs. In the life world of space, there were 2 thematic categories: 1) caring in a place of serenity and

privacy; and 2) caring closely. The life world of time consisted of 2 thematic categories: 1) caring continuously; and 2) giving time in caring for the patient at the end of life.

The findings of this study provide understanding of the concept of a peaceful death from the perspectives of Thai Muslim nurses and the meanings of caring for dying patients who died peacefully. Nurses can apply the findings to guide their practices in caring for dying patients in order to promote a peaceful death in hospital.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำชี้แนะ และถ่ายทอดความรู้ให้ ตลอดจนข้อคิดอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและเข้าใจผู้ทำวิจัยตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ในระหว่างการศึกษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือวิจัย แนวคำถาม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยในหญิงล่าง และตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เสียสละรับภาระงานระหว่างผู้วิจัยศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว และผู้มีพระคุณ ที่เป็นแรงบันดาลใจ ให้กำลังใจและสนับสนุนด้านการศึกษาตลอดมา รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี คุณงามความดีและประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครอบครัว คณาจารย์ ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยใกล้ชิดทุกท่าน

รจนา ทองคำ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	7
การตายอย่างสงบ.....	8
ศาสนาอิสลามและการตายอย่างสงบ.....	11
ภาวะใกล้ตาย.....	14
การดูแลของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ.....	19
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
สถานที่ศึกษา.....	30
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	36
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	41
ผลการวิจัย.....	41
อภิปรายผล.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	84
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	85
ข แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก.....	86
ค แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม.....	88
ง การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	91
ประวัติผู้เขียน.....	92

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลไทยมุสลิมที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย.....	45
2	การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม.....	49
3	กลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ.....	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตายอย่างสงบเป็นความปรารถนาของบุคคลในหลาย ๆ วัฒนธรรม รวมทั้งเป็นเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คำว่าการตายอย่างสงบและการตายดี เป็นคำที่มักใช้แทนกันเพื่อสื่อถึงความหมายเดียวกัน (van der Geest, 2004) อย่างไรก็ตามในสังคมไทย คำว่าการตายอย่างสงบเป็นคำที่ใช้กันทั่วไป (Kongsuwan & Locsin, 2009) ปัจจุบันยังไม่มีคำจำกัดความที่เป็นสากลสำหรับการตายอย่างสงบหรือการตายดี ซึ่งการตายสงบหรือการตายดีเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรมของคนนั้นๆ (Granda-Cameron & Houldin, 2012) อย่างเช่นในพุทธศาสนา การตายอย่างสงบ เป็นการตายที่จิตอยู่กับสิ่งที่ดี นึกถึงบุญกุศล มีการปล่อยวาง มีความสุขสงบท่ามกลางลูกหลานและบุคคลที่รัก ปราศจากความทุกข์ทรมาน (พระไพศาล, 2553) โดยส่วนใหญ่พุทธศาสนิกชนจะให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้าย และมีพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อช่วยให้มีความสงบและจากไปด้วยจิตที่ผ่องแผ้ว (พระมโน เมตตทานุ โท, 2548) สำหรับศาสนาคริสต์ เชื่อว่าการมีชีวิตในโลกนี้เป็นชีวิตเพียงชั่วคราว เมื่อตายก็จะกลับไปหาพระเจ้า ซึ่งเป็นชีวิตที่นิรันดร์ ดังนั้น การตายสงบในคริสต์ศาสนาให้ความสำคัญกับความเชื่อ ศรัทธา และความหวังในพระเจ้า เนื่องจากความทุกข์ ความเจ็บป่วย และความตายเป็นการเตือนให้มนุษย์ระลึกถึงพระเจ้า (ชวลีพรรณ, 2548; มธุรส, 2550) ส่วนศาสนาอิสลาม การตายอย่างสงบ เป็นผลจากการปฏิบัติตามความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของศาสนาอิสลาม การตายอย่างสงบเป็นการตายที่อยู่ภายในอ้อมกอดของพระอัลลอฮ์ (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ดังนั้นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรให้การดูแลที่สอดคล้องกับหลักศาสนาและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

พยาบาลเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะนับถือศาสนาหรืออยู่ในวัฒนธรรมใด ซึ่งพยาบาลเองอาจจะมีศาสนาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากบุคคลที่ให้การดูแล โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานอยู่ในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีจำนวนประชากรที่นับถือศาสนาหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสถิติแห่งประเทศไทย ปี 2553 ภาคใต้มีประชากรไทยพุทธร้อยละ 70.8 ไทยมุสลิมร้อยละ 28.6 และคริสต์ร้อยละ 0.36 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และจังหวัดสงขลา

มีจำนวนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 33.16 ศาสนาพุทธร้อยละ 63.65 และนับถือศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ 3.19 (สำนักงานพาณิชย์จังหวัดสงขลา, 2556) เนื่องจากการตายอย่างสงบเป็นการรับรู้ของบุคคลแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมนั้นๆ เช่น พยาบาลที่นับถือศาสนาอิสลามอาจมีหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย แตกต่างจากพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธ เป็นต้น ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องเคารพและให้ความสำคัญกับบุคคลหรือสภาวะแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Bash, 2004) เนื่องจากศาสนาที่แตกต่างกันกำหนดแนวคิดเกี่ยวกับการตาย การรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน (Jonseb, Siegler, & Winslade, 2002) พยาบาลไทยมุสลิมที่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งตายอย่างสงบ สามารถสะท้อนมุมมองการตายอย่างสงบได้หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้ปัจจัยเหล่านี้ อาจเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองการรับรู้การตายอย่างสงบของบุคคลที่ให้การดูแลต่างศาสนาหรือต่างวัฒนธรรมกัน ซึ่งการที่บุคคลมีการรับรู้เช่นใดจะมีผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่รับรู้ (กิตติกร, 2555) ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายแต่ละคนอาจมีการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบตามการรับรู้ของพยาบาล

จากการศึกษาที่เกี่ยวกับการตายอย่างสงบในหลายศาสนาและวัฒนธรรม ทั้งจากมุมมองของบุคคลทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ในการศึกษาต่างประเทศ พบว่าการตายสงบเป็นการที่ผู้ป่วยจากไปโดยไม่มีภาวะเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ตายอย่างสมศักดิ์ศรี ตายอย่างไม่โดดเดี่ยว ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม และได้รับการดูแลที่ตอบสนองความต้องการ (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006; Reitjen, van der Heide, Onwueaka-Philipsen, van der Maas, & van der Wal, 2006) ได้กล่าวว่าเป็นที่รัก ได้ทำธุระต่างๆ ของตัวเองเสร็จสิ้น และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง เป็นการตายตามธรรมชาติ ได้ตายที่บ้านและทุกคนยอมรับต่อการจากไป (Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006; van der Geest, 2004) จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการตายอย่างสงบในศาสนาอิสลามจำนวน 2 การศึกษา เป็นการศึกษามุมมองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้ายชาวอิหร่าน ซึ่งมองว่าการตายสงบเป็นการตายตามธรรมชาติ สมาชิกในครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับการตายและมีส่วนร่วมในการดูแล ได้ให้การดูแลตามหลักศาสนา และมีการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ไม่มีการยื้อชีวิต (Iranmanesh, Hosseini, & Esmaili, 2011) และอีกการศึกษา เป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยมุสลิมและบุคลากรทางการแพทย์ ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ผู้ป่วยชาวมุสลิมส่วนใหญ่จะยอมรับเกี่ยวกับการตายที่เกิดขึ้น เนื่องจากการตายในศาสนาอิสลามเป็นความต้องการของอัลลอฮ์ ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์บางครั้งอาจให้ความช่วยเหลือที่ขัดกับความต้องการของผู้ป่วยตามหลักศาสนาอิสลามและความเชื่อ (Tayeb, Al-Zamel, Fareed, & Abouellail, 2010)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย การตายอย่างสงบมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต การให้ความหมายและลักษณะ

ของการตายอย่างสงบเป็นต้น นอกจากนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ได้แก่ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นการศึกษาทั้งในศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธ จากการศึกษ พบว่า การตายอย่างสงบในประเทศไทย เป็นการจากไปเหมือนคนนอนหลับ ไม่ทุกข์ทรมาน จิตใจสงบมีสติ เป็นการตายตามธรรมชาติ จากไปอย่างหมดห่วง ยอมรับต่อการตาย มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการตาย ไม่เป็นภาระของครอบครัว และได้อยู่กับครอบครัวในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และก่อนตาย มีการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศลที่ได้สร้างมา ให้การดูแลตามความเชื่อเรื่องกรรม ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ดูแลโดยยึดผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายเป็นศูนย์กลาง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล (จินต์จุฑา, 2549; สิริลักษณ์, อุไร, และกิตติกร, 2554; Kongsuwan, & Locsin, 2009) ซึ่งการศึกษาทั้งหมดในประเทศไทยยังไม่มีการกล่าวถึงประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิม ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วย และครอบครัว เป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ครอบคลุมความต้องการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม ในการดูแลผู้ป่วยจะให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (เต็มศักดิ์, 2552) ซึ่งการดูแลระยะสุดท้าย (end of life care) มีหลักการการดูแลร่วมกันกับการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร, 2555) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ให้ตายอย่างสงบ มีปัจจัยที่สำคัญ คือ ตัวผู้ป่วยใกล้ตาย ครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และบุคลากรที่ดูแล ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด (กิตติกร, 2555) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีทักษะ มีความรู้ มีประสบการณ์ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย โดยให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความตายและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ความตายได้อย่างสงบ (good death) ญาติสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การตายอย่างสงบ และการดูแลเพื่อให้เกิดตายอย่างสงบในกลุ่มไทยพุทธ คริสต์ และอิสลาม เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย พยาบาล ญาติผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น มีเพียง 2 งานวิจัยในต่างประเทศที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมุสลิม ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบในศาสนาอิสลาม จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษา มุมมองของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ร่วมรับรู้ความรู้สึกต่างๆ ตลอดเวลาการเจ็บป่วย (กิตติกร, 2555) และการตายอย่างสงบเป็นการรับรู้เฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์กับศาสนา วัฒนธรรม สังคมและความเชื่อ (Granda-Cameron & Houldin, 2012)

ดังนั้นพยาบาลไทยมุสลิมอาจมีการดูแลที่น่าสนใจจากหลักศาสนาและวัฒนธรรมที่ต่างกันของพยาบาล ทำให้เกิดการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามการรับรู้ของพยาบาลไทยมุสลิม

การรับรู้ ความรู้สึก ความคิดของคน ถูกให้คุณค่าว่ามีสาระสำคัญ มีความหมาย และสามารถใช้เป็นองค์ความรู้ โดยเฉพาะจากประสบการณ์ของคนซึ่งสามารถใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวกิต เพื่อทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (van Manen, 1990) ดังนั้น ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตาย จนกระทั่งได้มีการตายอย่างสงบ การรับรู้ที่ได้ในครั้งนี้จะช่วยทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาการพยาบาล และวิธีการพยาบาลที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ที่ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมเป็นอย่างไร
2. พยาบาลไทยมุสลิมให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวกิตซ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นกรอบแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษา เพื่อบรรยายและอธิบายความหมายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิม ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล เป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลเชิงลึกในการให้ความหมายจากประสบการณ์จริงของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในโรงพยาบาล และการสะท้อนมุมมองการตายอย่างสงบตามการรับรู้ของพยาบาลไทยมุสลิม เป็นการทำทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการแปลความ ตีความ เกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือธรรมชาติของความจริงและความหมายของปรากฏการณ์นั้นให้เด่นชัดว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร โดยคำนึงพื้นฐานของบุคคล เช่น ภูมิหลัง ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความหมาย (Heidegger, 1992 อ้างตาม วิณา, 2547ก) แนวคิดนี้จะให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจหรือการค้นหาปัญหาเพื่อแปลความหมายของประสบการณ์ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและแนวคิดเกี่ยวกับการทำความเข้าใจบุคคล ผ่านการศึกษาแบบวงจรมานนิวกิต (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยง

เหตุการณ์ในอดีตของบุคคลเข้ากับเหตุการณ์ครั้งใหม่เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความหมายของประสบการณ์ครั้งใหม่โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลเคยรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน (วีณา, 2547) มืองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ภูมิหลัง (background) ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ก่อน (pre-understanding) ผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลได้ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างความหมายที่เกิดขึ้น และการแปลความ ตีความ (interpretation) ดังนั้นผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองจะศึกษาให้ละเอียดลึกซึ้งเพื่อสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ต่างๆ เข้ากับวงจรเฮอรัเมนตีค (hermeneutic circle)

การตายอย่างสงบ (Peaceful death) การตายอย่างสงบเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล เกี่ยวข้องกับศาสนา สังคม และวัฒนธรรม ยังไม่มีคำจำกัดความที่เป็นสากล (Hattori, McCubbin, & Ishida, 2006; Vig & Pearlman, 2004) การตายอย่างสงบมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เป็นการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน เป็นการตายที่มีสติและมีจิตใจที่สงบ (พระไพศาล, 2553; Kongsuwan, Keller, Touhy, & Schoenhofer, 2010) และก่อนตายได้ทำบุญหรือได้สะสมบุญไว้ เป็นการจากไปเหมือนคนนอนหลับ (จินต์จุฑา, 2549; สิริลักษณ์และคณะ, 2554) ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวมีครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักดูแลอย่างใกล้ชิด ยอมรับความตายและได้เตรียมตัวก่อนตาย (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012) ได้กล่าวลาบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นการตายที่บ้านของตนเอง (Reitjen et al., 2006) เป็นการตายตามธรรมชาติไม่มีการยืดชีวิต (นิการีหมีะ, อรัญญา, และอุไร, 2551; Hirai et al., 2006) และได้รับการปฏิบัติตามหลักศาสนาและจิตวิญญาณ (นงเยาว์, 2546; Tayeb et al., 2010) จากแนวคิดที่การตายอย่างสงบเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบในการค้นหาความหมาย การตายอย่างสงบของพยาบาลไทยมุสลิม สำหรับองค์ประกอบของการตายอย่างสงบที่ทบทวนมาเป็น มุมมองที่ได้จากบุคคลในหลายศาสนาและผู้วิจัยใช้เป็นกรอบเบื้องต้นในการทำความเข้าใจการตายอย่างสงบ

นิยามศัพท์

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ ในที่นี้หมายถึง การรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมเกี่ยวกับมุมมองการตายอย่างสงบและการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอรัเมนตีค (hermeneutic) โดยศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและได้ตายอย่างสงบ ในหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจนกระทั่งตายอย่างสงบ ซึ่งความเข้าใจนี้จะช่วยให้พยาบาลเกิดการพัฒนากระบวนการพยาบาลและวิธีการพยาบาลเพื่อช่วยให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ และส่งเสริมให้มีการตายอย่างสงบตามปรารถนาของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับศาสนาและวัฒนธรรม การเข้าใจในประสบการณ์สามารถให้แนวทางหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนานโยบายมาตรฐานการดูแล และปรับปรุงบริการทางด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล อีกทั้งสามารถเป็นองค์ความรู้พื้นฐาน ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำเป็น สำหรับการศึกษาของพยาบาลทั้งในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล ในบทนี้จะเน้นเกี่ยวกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นความรู้ทั่วไป ในการประกอบความเข้าใจปรากฏการณ์ที่จะศึกษา และความจำเป็นที่จะต้องศึกษาปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การตายอย่างสงบ
 - 1.1 คำจำกัดความของการตายอย่างสงบ
 - 1.2 องค์ประกอบของการตายอย่างสงบ
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างสงบ
2. ศาสนาอิสลามและการตายอย่างสงบ
 - 2.1 หลักศาสนาอิสลาม
 - 2.2 การตายอย่างสงบภายใต้ศาสนาอิสลาม
3. ภาวะใกล้ตาย
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 อาการและอาการแสดง
 - 3.3 ความต้องการของผู้ป่วย
 - 3.4 ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
4. การดูแลของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ
 - 4.1 หลักการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ
5. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การตายอย่างสงบ

คำจำกัดความของการตายอย่างสงบ

การตายอย่างสงบ (Peaceful death) เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่หวังที่จะให้เกิดขึ้นเมื่อตนเองเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต จากการค้นคว้าคำจำกัดความของการตายอย่างสงบจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 พบว่า มีการแยกให้ความหมายของคำว่า “ตาย” และคำว่า “สงบ” ซึ่งคำว่า “ตาย” หมายถึง สิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพการมีชีวิต ส่วนคำว่า “สงบ” หมายถึง ระวัง หยุดนิ่ง ปราศจากสิ่งรบกวน ไม่กำเริบ และไม่วุ่นวาย (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ดังนั้น คำว่า “การตายอย่างสงบ” จึงหมายถึง การสิ้นชีวิตที่ปราศจากสิ่งรบกวนและไม่วุ่นวาย

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การตายสงบและการตายดีเป็นคำที่มักใช้แทนกันเพื่อสื่อความหมายของปรากฏการณ์เดียวกัน การตายสงบเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและเกี่ยวข้องกับ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรม การตายอย่างสงบเป็นคำที่ยังไม่มีคำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานสากล (Hattori et al., 2006; van der Greest, 2004; Vig & Pearlman, 2004)

องค์ประกอบของการตายอย่างสงบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบของการตายอย่างสงบ ดังนี้

1. เป็นการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน (จินต์จุฑา, 2549; พระไพศาล, 2553; Kongsuwan et al., 2012) ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยใกล้ตายนั้นอาจเกิดจากความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สุขสบายทั้งทางกายและทางใจ การที่ผู้ป่วยจะตายอย่างสงบได้ต้องได้รับการควบคุมความปวดและอาการต่างๆ ได้เป็นอย่างดี
2. เป็นการตายที่มีสติและมีจิตใจที่สงบก่อนตาย (สิริลักษณ์และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2010; Kongsuwan et al., 2012) ผู้ป่วยใกล้ตายที่มีสติและมีจิตใจที่สงบก่อนตายจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการตายของตนเองและมีความพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบ
3. เป็นการตายที่ได้ทำบุญ หรือ ได้สะสมบุญไว้ก่อนตาย การนึกถึงบุญกุศลและสิ่งต่างๆ ที่ดีที่เคยกระทำไว้จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ (พระไพศาล, 2553; สิริลักษณ์และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2010) จากมุมมองของชาวพุทธเชื่อว่าการนึกถึงบุญกุศลและสิ่งต่างๆ ที่ดีงามที่ตนเองเคยกระทำไว้จะเป็นผลบุญ เป็นกุศลที่หนุนนำให้เกิดการตายอย่างสงบและไปสู่สุคติ

4. การตายอย่างสงบเป็นการจากไปเหมือนคนนอนหลับ (จินต์จู้ทา, 2549; Pool, 2004) การจากไปเหมือนคนนอนหลับเป็นการที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ค่อยๆ หยุดการทำงานและตายไปโดยที่ไม่รู้สึกตัว ไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน เหมือนคนที่นอนหลับแล้วตายไปอย่างสงบในขณะที่หลับ
5. มีการยอมรับความตายและได้เตรียมตัวก่อนตาย (กุศลศรี, 2552; พระไพศาล, 2553; Kongsuwan et al., 2010; Tayeb et al., 2010) ผู้ป่วยใกล้ตายเมื่อใจยอมรับความจริงเกี่ยวกับความตายที่จะเกิดขึ้นได้และมีการเตรียมตัวก่อนตาย จะทำให้เกิดการปล่อยวางและจากไปอย่างสงบไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ
6. ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยวมีครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักดูแลอย่างใกล้ชิด (ศิริลักษณ์ และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2010; Kongsuwan et al., 2012) ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รักจะคอยอยู่เคียงข้าง ดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว มีจิตใจที่สงบพร้อมเผชิญกับความตายที่จะมาถึง
7. ได้มีการกล่าวคำอำลาบุคคลอันเป็นที่รัก (Reitjen et al., 2006) ก่อนจากไปอย่างสงบผู้ป่วยใกล้ตายได้กล่าวคำอำลา หรือพูดสิ่งที่ยังค้างคาใจกับบุคคลที่ตนเองยังไม่ได้บอก หรือสิ่งที่ยังทำไม่สำเร็จเพื่อให้บุคคลที่รักช่วยทำแทน ทำให้เกิดความเข้าใจกันและผู้ป่วยไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ
8. เป็นการตายที่บ้านของตนเอง (ยุวนิดา, 2550; Reitjen et al., 2006) บ้านเป็นสถานที่ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก การตายอย่างสงบผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากกลับไปตายที่บ้าน ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และเป็นไปตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละครอบครัว
9. เน้นการตายตามธรรมชาติไม่มีการยื้อชีวิต (นิกริหมีและคณะ, 2551; Hirai et al., 2006; Kongsuwan et al., 2012) การยื้อชีวิตนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นยังส่งผลให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองจะเป็นภาระให้แก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวลใจและจากไปแบบไม่สงบ การตายอย่างสงบเป็นการตายตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่มากกว่ามีการยื้อชีวิตผู้ป่วยไว้
10. เป็นการตายที่ได้รับการปฏิบัติตามหลักศาสนาและจิตวิญญาณ (นงเยาว์, 2546; นริสา, กิตติกร, และวารภรณ์, 2557) ผู้ป่วยที่ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนเองเคารพนับถือส่งผลให้เกิดความสุขทางด้านจิตวิญญาณทำให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างสงบ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตายอย่างสงบ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา สังคมและวัฒนธรรม และสถานที่ตาย ดังนี้

ความเชื่อทางศาสนา

การตายอย่างสงบหรือการตายดีของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและศาสนา (Granda-Cameron, & Houldin, 2012) การตายในแต่ละศาสนาก็มีความแตกต่างกัน แต่ความเชื่อทางศาสนาทำให้นักคนที่ยึดถือและปฏิบัติตามสามารถยอมรับการตายได้ง่ายขึ้น เนื่องจากศาสนาสอนให้ทุกคนยอมรับเกี่ยวกับกฎธรรมชาติ ซึ่งรวมถึงความตาย เป็นเรื่องที่ต้องเผชิญ (ทัศนีย์, 2552) ดังนั้นความเชื่อทางศาสนาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามแนววิถีไทยพุทธ (สิริลักษณ์ และคณะ, 2554) พบว่า การดูแลตามความเชื่อเรื่องกรรมในพุทธศาสนา และการใช้นุญหนุมนำเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบและได้ไปสู่สุคติ เป็นต้น นอกจากนี้การขอโทษกรรมหรือการให้อภัย (forgiveness) ซึ่งมีการปฏิบัติทั้งในศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือใกล้ตายที่มีเวลาเหลืออยู่น้อยเต็มที สิ่งใดที่ยังทำให้เกิดความทุกข์ใจ ค้างคาใจ การให้อภัยและการขอโทษล้วนมีความหมายต่อจิตวิญญาณของผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต ด้วยการขอโทษกรรมแก่กัน การได้รับการให้อภัยจะทำให้ความรู้สึกทางด้านจิตวิญญาณดีขึ้น (ฟาริดา, 2543) ดังนั้นควรมีการบันทึกเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในแต่ละศาสนาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สมาชิกในทีมเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาแต่ละศาสนาและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์รวม

สังคมและวัฒนธรรม

การตายอย่างสงบหรือการตายดีเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละคน (Granda-Cameron, & Houldin, 2012) จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องรู้และตระหนักในวัฒนธรรมของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (Halligan, 2005) เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยในศาสนาอิสลาม การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรกระทำแก่ผู้ที่กำลังเสียชีวิต (กิตติกร, 2555) ไทยมุสลิมเมื่อทราบข่าวมีบุคคลที่รู้จักเจ็บป่วยจะรีบไปเยี่ยม เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยและจะมีการสวดขอคุณอาร์ให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในสังคมของไทยมุสลิมการมาเยี่ยมของญาติจะทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ขอภัยซึ่งกัน โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (บรรจง, 2543) พยาบาลหรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงควรรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมและสังคมของผู้ป่วยแต่ละคนที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง

สถานที่ตาย

สถานที่ตายมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายๆ เนื่องจากการตายอย่างสงบเป็นการตายในสิ่งแวดล้อมที่สงบท่ามกลางครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก อาจจะเป็นการตายที่บ้านหรือโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของไฮไรและคณะ (Hirai et al., 2006) การตายอย่างสงบเป็นการตายในสถานที่พึงประสงค์และมีความสงบ ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบและมีความเป็นส่วนตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกร่วมกัน ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ (Barham, 2003) ดังนั้นการจัดสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรจัดให้มีห้องหรือสถานที่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ในสถานที่สงบมีความเป็นส่วนตัวอันส่งผลให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสร (2554) พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแล และหากไม่สามารถจัดสถานที่ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ควรอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัวหรือญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายคือครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยรัก ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้ตายอย่างโดดเดี่ยว (สิริลักษณ์และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภัทสร (2554) จึงทำให้สถานที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่พยาบาลต้องการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ศาสนาอิสลามและการตายอย่างสงบ

หลักศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่มีประชาชนนับถือในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย หลักศาสนาอิสลามที่สำคัญได้แก่ หลักศรัทธา 6 ประการ และหลักปฏิบัติ 5 ประการ ซึ่งหลักศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยโน้มน้าว ชัดเจนจิตใจของมุสลิมให้มีความเชื่อศรัทธาต่อพระเจ้าเพียงพระองค์เดียว คือ พระอัลลอฮ์ ดังนี้

หลักศรัทธา 6 เป็นหลักพื้นฐานทางศาสนาที่สำคัญของมุสลิม ทุกคนต้องเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้อง โดยเชื่อในพระเจ้าเพียงพระองค์เดียว ทำให้เกิดความศรัทธาต่อศาสนาและเกิดคุณค่าในชีวิตของคนที่มีความเชื่อและศรัทธา (กุศลศรี, 2552; ยูซุฟและสุภัทร, 2551; อิมรอนและอิลี, 2543) ซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

1. ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ เป็นการศรัทธาต่อพระองค์โดยไม่มีข้อสงสัยใดๆ พระองค์เป็นนิรันดร์และไม่มีสิ่งใดเทียบเท่า ขอมรับว่าไม่มีสิ่งอื่นใดเป็นพระเจ้านอกจากองค์อัลลอฮ์

2. ศรัทธาต่อมลาอิกะฮ์ (บ่าวขององค์อัลลอฮ์ประเภทหนึ่งที่มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากมนุษย์) ต้องศรัทธาว่ามลาอิกะฮ์มีจริง เป็นบ่าวที่ซื่อสัตย์ขององค์อัลลอฮ์ มีหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างองค์อัลลอฮ์ กับมนุษย์ หรือศาสดา

3. ศรัทธาต่อคัมภีร์อัลกรุอาน ว่าเป็นคัมภีร์สุดท้ายที่พระองค์ทรงประทานแก่มนุษย์ มีความสำคัญต่อมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต

4. ศรัทธาต่อรอซูล คือ ศาสนทูตทั้งหลายขององค์อัลลอฮ์ ที่มาก่อนท่านนบีมูฮัมหมัด และท่านนบีมูฮัมหมัด เป็นศาสดาองค์สุดท้ายที่ทำหน้าที่แทนศาสดาองค์ก่อนๆ

5. ศรัทธาต่อวันปรโลก ศาสนาอิสลามเชื่อว่าโลกนี้มีวันแตกสลาย เมื่อโลกดับสิ้น ทุกสิ่งในโลกก็ดับสิ้นด้วย องค์อัลลอฮ์จะทำให้ทุกคนฟื้นคืนชีพเพื่อมารับผลการกระทำในโลกนี้ในวันกิยามฮ์ (วันสิ้นโลก) ซึ่งไม่มีใครรู้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

6. ศรัทธาต่อกำหนดกฎศกาวะทั้งดีและร้าย ศรัทธาว่า ความดีและความชั่ว สุขและทุกข์ จนและรวย การเกิด การเจ็บ และการตาย เป็นไปตามกฎที่อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้

หลักปฏิบัติ 5 เป็นการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงความศรัทธาอย่างแท้จริงในหลักศาสนา เป็นการปฏิบัติเพื่อมุ่งสู่พระเจ้า และเป็นการสร้างความสงบสันติในสังคม ดังนั้นหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่คู่กัน (กุศลศรี, 2552; ยูซุฟและสุกัทร์, 2551; อิมรอนและอลีย์, 2543) ประกอบด้วย ดังนี้

1. การปฏิญาณตน คือ การกล่าวปฏิญาณตนว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และมีนบีมูฮัมหมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์”

2. การปฏิบัติละหมาด มุสลิมทุกคนที่มีสติสัมปชัญญะ และบรรลุมุสลิมนิกายต้องปฏิบัติละหมาดเป็นกิจวัตรประจำวัน วันละ 5 เวลา

3. การบริจาคทาน (ซะกาต) เป็นการสละทรัพย์สินที่มีอยู่ให้แก่ผู้ที่มีสิทธิรับตามที่อัลลอฮ์ระบุไว้ในอัลกรุอาน มีทั้งในรูปแบบเงินตรา พืชผล ปศุสัตว์ เงิน ทองคำ เป็นต้น

4. การถือศีลอด เป็นการงดกิน ดื่ม และความต้องการทางเพศ เป็นการทำความจิตให้ปราศจากกิเลส ในเวลารุ่งเช้าไปจนกระทั่งดวงอาทิตย์ลับขอบฟ้า มีระยะเวลา 1 เดือน ในเดือนรอมฎอน (เดือนที่เก้าทางจันทรคติแห่งปีอิสลาม)

5. การประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นการไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่เมืองมักกะฮ์ เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่ควรจะไป อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต เพื่อแสดงความเคารพภักดีต่อองค์อัลลอฮ์

การตายอย่างสงบภายใต้ศาสนาอิสลาม

การตายอย่างสงบ ศาสนาอิสลามมองว่า การตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตใหม่ในโลกหน้า จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มุสลิมยอมรับความตายในโลกปัจจุบัน ศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตายตั้งแต่เกิดจนตาย โดยให้ระลึกและเตรียมพร้อมเสมอสำหรับความตาย (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) การตายอย่างสงบจึงเป็นการตายที่ให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา (คำรง, 2547) การตายอย่างสงบของมุสลิมเป็นการสิ้นชีวิตในฐานะเป็นผู้มอบน้อมต่อพระเจ้า (องค์อัลลอฮ์) อย่างแท้จริง คือ เป็นผู้ที่ศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ ปฏิบัติตามบัญญัติของศาสนา มีคุณธรรม และดำเนินชีวิตในวิถีของอิสลาม เป็นการตายด้วยความสงบ ไม่หวาดกลัวหรือกระวนกระวาย (มุหัมมัดคาอีย์, 2547) ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายใกล้ตาย หากไม่สามารถรักษาให้หายได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความสุขสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการขอพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยมุสลิมและญาติต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติศาสนกิจร่วมกับญาติ ได้ระลึกถึงพระเจ้า ได้โดยเชื่อว่าเป็นการเตือนสติให้ผู้ป่วยได้สำนึกผิดและขอภัยจากองค์อัลลอฮ์ ร่วมทั้งการช่วยสานต่อในสิ่งที่ค้างคา ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ เข้มแข็ง พร้อมเผชิญความตายและผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบท่ามกลางญาติมิตรอันเต็มไปด้วยความอบอุ่นของบุคคลอันเป็นที่รัก การจากไปอย่างสงบจะแสดงออกด้วยสีหน้าที่สดใส และการเสียชีวิตในวันศุกร์หรือคืนวันศุกร์ถือว่าการตายที่ดีในศาสนาอิสลาม (กิตติกร, 2555; คำรง, 2547; มุหัมมัดคาอีย์, 2547)

ดังนั้นการตายอย่างสงบในศาสนาอิสลาม เป็นการตายที่อยู่กับพระเจ้า (องค์อัลลอฮ์) ตลอดเวลา ผู้ใกล้ตายมีความนอบน้อม ศรัทธาต่อพระเจ้าอย่างแท้จริง

หลักการปฏิบัติเพื่อให้ตายอย่างสงบภายใต้ศาสนาอิสลาม ดังนี้

1. การดูแลช่วงก่อนตาย

1.1 เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตาย โดยให้ผู้ป่วยกล่าวคำปฏิญาณตน อ่านอัลกรูอาน ให้ผู้ป่วยฟัง หันใบหน้าผู้ป่วยไปทางทิศกิบลัต (สำหรับประเทศไทยคือ ทิศตะวันตกเฉียงไปทางเหนือเล็กน้อย) (กุศลศรี, 2552; คำรง, 2547; เบน, 2545)

1.2 แนะนำให้ผู้ป่วยกล่าวขอภัยต่ออัลลอฮ์ในสิ่งที่ผ่านมา ให้ผู้ป่วยอดทนและพอใจในสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนดมา คิดแต่สิ่งดีๆ ก่อนตาย (เจะฟาตีหมีะ, 2547)

1.3 นำน้ำที่ผ่านการอ่านยาซีนหยดในปากหรือเช็ดหน้าให้ผู้ป่วย ละหมาดขอพร และอ่านยาซีนให้ผู้ป่วย เพื่อลดความทุกข์ทรมาน (นริสาและคณะ, 2557)

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้านจิตวิญญาณ โดย Allah การให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงอัลลอฮ์อยู่เสมอ จวบจนวาระสุดท้าย และ Amal-Ibadah เป็นการปฏิบัติศาสนกิจหลักหรือกิจกรรมทางศาสนาที่พึงปฏิบัติ (กุศลศรี, 2552)

2. การดูแลหลังการตาย

2.1 เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ต้องจัดสภาพศพให้เรียบร้อย โดยปิดตาทั้งสองข้างให้สนิท ปากไม่อ้า และป้องกันไม่ให้ขึ้นอืด ซึ่งเป็นสภาพที่ไม่น่าดู (ฮาฮามัด, 2547)

2.2 การจัดท่าศพให้นอนในท่าที่สุขสบาย แขนขาเหยียดตรง หรือแขนงอออก เอามือขวาทับมือซ้าย ปากไม่อ้าหากปากอ้าให้อาบน้ำมัสดีไว้ (ปราโมทย์, 2546; ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

2.3 วางศพให้สูงกว่าพื้น เพื่อป้องกันสิ่งสกปรก หันหน้าศพไปทางกิบละห์ (ฮาฮามัด, 2547)

2.4 รับประทานอาหารพิริศพ (มัยยิต) ได้แก่ อาบน้ำศพ ห่อศพ เอาศพไปละหมาด และฝังศพที่สุสาน ให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงหลังการตาย (ปราโมทย์, 2546; ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

2.5 ศพยังมีความละเอียดอยู่ การปฏิบัติต่อศพจะต้องทำอย่างมิดชิด ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นเห็น (ปราโมทย์, 2546; ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

2.6 จากทัศนะของอิสลามความตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต แต่เป็นการย้ายชีวิตจากโลกนี้ไปยังโลกหน้า ดังนั้นวิญญาณของชาวมุสลิมจะรับรู้อยู่ตลอด จนกว่าโลกใหม่จะเกิดขึ้น จึงไม่ควรทำให้ศพเจ็บปวด (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551)

ภาวะใกล้ตาย

ความหมาย

ภาวะใกล้ตาย (Near death) เป็นช่วงก่อนตายที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ใกล้ตาย เป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ใกล้ตายต้องเผชิญ (สุมาลี, 2552) ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบ แต่คนส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักความตายที่แท้จริงว่าเป็นอย่างไร จึงเกิดความกลัวตาย และพยายามทุกวิถีทางจะยืดความตายออกไปโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นทุกคนจึงปรารถนาอยากตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน นั่นคือ ตายอย่างสงบ (จินต์จุฑา, 2549; พระไพศาล, 2553; Kongsuwan et al., 2012)

มีผู้ให้ความหมาย ภาวะใกล้ตาย ไว้ดังนี้

คูเบล, เบอรี่, และเฮดริช (Kuebler, Berry, & Heidrich, 2002) ให้ความหมาย ภาวะใกล้ตายคือ ผู้ที่อยู่ในระยะของโรคขั้นสุดท้าย ร่างกายจะอ่อนแอมากไม่สามารถควบคุมการทำงานได้ อวัยวะต่างๆ เริ่มทำงานผิดปกติ

นพดล (2547) ภาวะใกล้ตาย มี 3 ลักษณะ คือ 1) เจ็บป่วยทันทีและตายอย่างรวดเร็ว 2) เจ็บป่วยที่ค่อยๆ เป็นแล้วตาย และ 3) เจ็บหนักเป็นครั้งๆ และทรุดลงเรื่อยๆ จนตาย

ตุลา (2549) ภาวะใกล้ตาย เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เป็นช่วงระยะสุดท้ายของโรคที่แพทย์ไม่สามารถรักษาได้ จึงเปลี่ยนจากการรักษามาเป็นการดูแลแบบประคับประคองให้ครอบครัวมองคร่อม

ดังนั้น ภาวะใกล้ตาย หมายถึง ช่วงก่อนตายหรือการเจ็บป่วยในช่วงสุดท้ายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ใกล้ตายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน จึงควรให้การดูแลแบบประคับประคอง

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง ที่เกิดขึ้นในภาวะใกล้ตาย (กิตติกร, 2555; สุปราณี, 2552; สุมาลี, 2552) ดังนี้

1. ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน
2. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นความรู้สึกไม่สบายใจในการหายใจ รู้สึกหายใจไม่เต็มปอดหรือหายใจได้น้อยลง
3. อาการอ่อนเพลีย เมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตายอาการอ่อนเพลีย เป็นสิ่งที่ควรยอมรับไม่จำเป็นต้องให้การรักษา
4. อาการเบื่ออาหาร และกินอาหารน้อยลง การเบื่ออาหารเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น และบรรเทาอาการเจ็บปวดได้
5. คัดมน้ำน้อยลง หรือคัดคั่งเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามจะทำให้เกิดการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น พยายามรักษาความสะอาดของช่องปากและความชื้นโดยการใช้น้ำเกลือหรือผ้าชุบน้ำแตะที่ปาก หากริมฝีปากแห้งใช้ขี้ผึ้งทา หากตาแห้งก็หยอดน้ำตาเทียม เป็นต้น
6. รู้สึกง่วงและอยากนอนตลอดเวลา

7. มีเสมหะมาก
8. การร้องครวญคราง หรือหน้าตาบิดเบี้ยว อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง
9. ท้องผูก
10. คลื่นไส้อาเจียน
11. ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน
12. อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นความรู้สึกไม่สบายในการหายใจ รู้สึกหายใจไม่เต็มปอดหรือหายใจได้น้อยลง
13. ความกลัว (fear) ผู้ป่วยใกล้ตายจะกลัวความทุกข์ทรมานจากการไม่สามารถควบคุมความรู้สึก การสูญเสีย กลัวการถูกทอดทิ้ง การอยู่อย่างโดดเดี่ยว สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการ คือ การมีใครสักคนที่เข้าใจและคอยอยู่เคียงข้างในระยะสุดท้ายของชีวิต
14. สับสน เป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจ ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน กระวนกระวาย อารมณ์แปรปรวน และความรู้สึกตัวไม่แน่นอน
15. ซึมเศร้า (depression) และวิตกกังวล (anxiety) พบได้บ่อยในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต

ความต้องการของผู้ป่วย

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตหรือระยะใกล้ตาย การตายอย่างสงบเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ซึ่งพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ในวาระสุดท้ายของชีวิตทุกคนปรารถนาที่จะตายอย่างสงบไม่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่สงบ ผู้ป่วยจะได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เมื่อผู้ป่วยได้รับการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม (จินต์จุฑา, 2549; พระไพศาล, 2553; Kongsuwan et al., 2010; Kongsuwan et al., 2012) ดังนั้นการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยใกล้ตาย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีอยู่ตลอดเวลาจนกระทั่งจากไปอย่างสงบ และบางคนเชื่อว่าการมีโอกาสดูแลระลึกถึงสิ่งดีๆ จะช่วยให้ดวงวิญญาณไปสู่ที่ที่ดีหลังความตาย
2. การเตรียมความพร้อมก่อนตายของผู้ป่วยใกล้ตาย การตายอย่างสงบเป็นการจากไปที่ผู้ป่วยและญาติยอมรับต่อการตายได้ จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีความสุข สงบ ซึ่งความสุขและ

สงบเกิดขึ้นได้จากการปลดความทุกข์ สิ่งที่ค้างคาใจ ไม่สบายใจออกไปให้หมด เช่นเดียวกับการศึกษาของ แวนเดอเกิส (van der Geest, 2004) กล่าวถึงการตายดีของผู้สูงอายุในประเทศกานา การตายดีเป็นการที่บุคคลได้จัดการธุระต่างๆ ที่ค้างคาใจให้เสร็จสิ้นทำให้เกิดความสงบทั้งต่อตัวเองและคนอื่น เพื่อพร้อมที่จะเข้าสู่ภาวะใกล้ตายที่สงบเช่นเดียวกับมุมมองในศาสนาพุทธ การได้เตรียมความพร้อมก่อนตายของผู้ป่วย เช่น ได้จัดการธุระต่างๆ ที่ยังไม่เสร็จ ให้เสร็จสิ้น จะทำให้ผู้ป่วยจากไปโดยไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ (จินตจุฑา, 2549) และจากมุมมองของครอบครัวไทยพุทธเมื่อผู้ป่วยใกล้ตายรับรู้ถึงความตายที่ใกล้เข้ามา การได้อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (Kongsuwan et al., 2012)

3. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยใกล้ตาย ทุกคนต้องการความรักและการเป็นส่วนหนึ่งครอบครัว ต้องการจากไปอย่างสงบท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก (กิตติกร, 2555) และต้องการความหวัง ซึ่งมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยใกล้ตาย ความหวังเป็นแรงจูงใจในการสร้างพระศนะคติทางบวกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวตามสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Narayanasamy, 2004) จนกระทั่งจากไปอย่างสงบ ต้องการมีส่วนร่วมและควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง ช่วยในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการตาย โดยอาศัยการปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาของแต่ละบุคคล (กิตติกร, 2555)

ความต้องการของครอบครัว

1. ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลอย่างดีที่สุด จากแพทย์ และพยาบาล ญาติเชื่อว่าหากส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลที่ทันสมัยกว่า มีความพร้อมด้านต่างๆ ทั้งอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์และพยาบาล แพทย์อาจจะยังรักษาผู้ป่วยได้อีก นอกจากนี้การศึกษาของสมาพรและวนิษา (2549) พบว่าความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะวิกฤตใกล้ตายต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด จะทำให้ญาติลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และด้วยบทบาทหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันถ่วงที โดยที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือตามสิทธิของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยใกล้ตายมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดหรือหากความหวังของครอบครัวมีน้อยเกี่ยวกับการรอดชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาลเนื่องจากครอบครัวมีความคิดว่าเป็นการช่วยเหลือหรือตอบแทนบุคคลอันเป็นที่รักครั้งสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ยุวนิดา, 2550)

2. ต้องการทราบความก้าวหน้าของโรค เมื่อครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายทราบโอกาสที่ผู้ป่วยมีชีวิตรอดน้อย ข้อมูลที่เป็นจริงจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และทำใจได้กับการสูญเสียที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพูล (Pool, 2004) ครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตายต้องการ

ทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาการ อาการแสดง ความก้าวหน้าของโรคและเวลาที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่ให้การตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ผู้ป่วยได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเวอร์เฮเกอร์, ดีฟลอร์ ซูยูเรน, ไดอินสตี, และกริพดอนค์ (Verhaeghe, Defloor, Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005) พบว่าครอบครัวมีความต้องการด้านการรับรู้ กระบวนการรับรู้ เช่น ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน เป็นต้น

3. ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องการให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อคอยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (Kongsuwan et al., 2010) ญาติได้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา (ยุวนิดา, 2550) ดังนั้น ในระยะสุดท้ายของชีวิตตัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสบายใจเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว อันเป็นที่รัก และญาติได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู (นริสาและคณะ, 2557) พบว่าการดูแลหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ดูแลต้องการการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว

4. ต้องการนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและเป็นไปตามความเชื่อทางศาสนาของแต่ละครอบครัว (ยุวนิดา, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของไรท์เจนและคณะ (Reitjen et al., 2006) พบว่าการตายที่สงบผู้ป่วยต้องการตายที่บ้านของตนเอง ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก ญาติจึงต้องการพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตบ้านเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้ตาย และบางครอบครัวเชื่อว่าการนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ญาติจะมีโอกาสได้บอกทางไปสวรรค์แก่ผู้ป่วยและมีโอกาสได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนามากกว่าการอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นทัศนคติต่อการตายอย่างมีคุณภาพ

5. ต้องการที่พักสำหรับญาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย จากลักษณะของหอผู้ป่วยที่มีการเชื่อมเป็นเวลา เมื่อหมดเวลาเยี่ยมผู้ป่วย ญาติต้องรอหน้าหอผู้ป่วย จนกระทั่งถึงเวลาเยี่ยมครั้งต่อไปและในการเฝ้าผู้ป่วยบางครั้งกำหนดให้ญาติเฝ้าได้เพียงละหนึ่งคน ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและไม่มีความเป็นส่วนตัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย (นริสาและคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับ (ยุวนิดา, 2550)

การดูแลของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ สามารถสังเคราะห์หลักการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ ดังนี้

หลักการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

1. การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการบรรเทาความเจ็บปวดทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วยและมีการสนับสนุนครอบครัวเมื่อต้องเผชิญความตาย หลักในการดูแลแบบประคับประคอง ที่ส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ (กิตติกร, 2555; เต็มศักดิ์, 2552) มีดังนี้

1.1 ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะบริการตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทีมสุขภาพต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 ดูแลให้ครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีปัญหาสุขภาพและต้องการการดูแลที่ซับซ้อนนอกจากการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย ด้านจิตใจก็มีส่วนสำคัญที่ต้องให้การดูแล ทีมต้องรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก เจตคติส่วนตัว การปฏิบัติตามความเชื่อและศรัทธา เป็นต้น

1.3 การทำงานเป็นทีม เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทีมต้องประกอบ แพทย์ พยาบาล เภสัช นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้ป่วย ครอบครัว และนักจิตวิทยา เป็นต้น ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมและเข้าใจบทบาทของแต่ละคนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

1.4 ให้การดูแลที่ต่อเนื่องและมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เป็นการดูแลตลอดช่วงทั้งขณะที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตแต่ละรายไม่มีสูตรสำเร็จ เนื่องจากทุกคนมีความแตกต่างกันทั้งสภาพการเจ็บป่วย หลักศาสนาและความเชื่อ เป็นต้น

2. การดูแลโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตาย ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแล อาการสำคัญต่างๆ ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว รวมถึงการรับทราบเกี่ยวกับข้อมูลการวินิจฉัยเพื่อการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด ในวาระสุดท้ายของชีวิต (เต็มศักดิ์, 2552) นอกจากนี้ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านร่างกายแล้ว ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจที่สำคัญ ในด้านของความรักและความผูกพันของครอบครัว (วิกรมลล์, 2552) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยและไม่สามารถรักษาให้หายได้ กำลังจะเสียชีวิต ผู้ป่วยจะต้องการความรัก กำลังใจ และความสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัว (สุวคนธ์, พัชรี, และสุวิริยา, 2556) ครอบครัวต้องคอยอยู่เคียงข้างผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว การได้อยู่กับครอบครัวขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และก่อนตายเป็นความปรารถนาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะทำให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ (วัลภา, 2556) ครอบครัวเป็นเสมือนแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อการตายอย่างสงบ (Granda-Cameron & Houldin, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ (2550) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เมื่ออาการทรุดลง ต้องการที่จะกลับบ้าน ไปอยู่กับครอบครัวและจากไปอย่างสงบท่ามกลางลูกหลาน

3. การดูแลภายใต้ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านใจที่สำคัญของผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเชื่อ พฤติกรรมและการแสดงออก ตามภูมิหลังทางวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย และการตาย (กิตติกร, 2555) ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบุคลากรทางสุขภาพต้องให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ เช่น ในมุมมองของครอบครัวไทยพุทธมีการสวดมนต์ การกระซิบบาๆข้างหู ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (Kongsuwan et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ และคณะ (2554) กล่าวถึงการใช้นุญหนุมนำเพื่อการตายอย่างสงบและไปสู่สุคติ ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยและญาติมีการทำบุญเพิ่มขึ้นผลบุญจะช่วยดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้มีความสุขและเมื่อเสียชีวิตได้ไปสู่สุคติที่ดี และทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข ในศาสนาอิสลาม ญาติมีการอ่านยาซีนให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงองค์อัลลอฮ์และได้ไปพบกับพระองค์ (นิการิม๊ะและคณะ, 2547) และจากการศึกษาของสุภัสตรา (2554) เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลจะให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อ เช่น การอ่านยาซีนหรืออัลกรุอัน หรือใช้เทปที่อัดบทยาซีนเปิดให้ผู้ป่วยฟัง เป็นต้น จากที่กล่าวมาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีความสำคัญและผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

4. การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการตาย

สิ่งแวดล้อมที่สงบมีผลต่อการตายอย่างสงบ จากการศึกษาของออร์พรรณ, กิตติกร, และวิภาวี (2554) ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบและมีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงออกถึงความรู้สึก และประกอบพิธีกรรมทางศาสนาด้วยกัน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ มีเตียงวางใกล้กันและแบ่งกัน โดยการปิดผ้าม่านไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบและมีความเป็นส่วนตัวให้แก่ผู้ป่วยและญาติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสร (2554) ต้องการสนับสนุนสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ และการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการตายอย่างสงบผู้ป่วยต้องการกลับไปตายที่บ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและได้อยู่ท่ามกลางลูกหลานหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (สิธาร์ตัน, 2550; Reitjen et al., 2006) ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ไม่มีความเป็นส่วนตัวจะเป็นอุปสรรคในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะด้านจิตใจ (กิตติกร, วราภรณ์, สิริินทร์, ยูพา, และศรีวรรณ, 2548) ทำให้การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความแออัดด้วยผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตายที่ต้องการสภาพแวดล้อมที่เหมือนบ้านของตัวเองเพื่อเอื้อต่อการจากไปอย่างสงบ (ตุลา, 2549)

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

ปัจจัยด้านผู้ให้การดูแล

1. ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ญาติสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้ ในการศึกษาของออร์พรรณและคณะ (2554) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้านผู้ให้การดูแลที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลที่ให้การดูแลมีความรู้หรือทักษะที่ไม่เพียงพออาจทำให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบได้ไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในไอซียูในต่างประเทศ ที่พบว่า ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลต่อการดูแลและการตายอย่างสงบ (Kirchhoff, & Beckstrand, 2000) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า สาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นไปได้โดยไม่ถูกต้องส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการตาย และทีมสุขภาพมักไม่ได้ให้ข้อมูลที่เกิดจากการรักษาแก่ญาติ ซึ่งสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ได้แก่ เทคนิควิธีการในการติดต่อสื่อสาร

การประเมินอาการ การจัดการและการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไวท์และลักค์ (White & Luce, 2004) พบว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่ช่วยให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างแพทย์กับญาติในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย อันส่งผลให้ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรครวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบิร์คสแตนและคณะ (Beckstrand et al., 2006) พบว่าการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตายที่สงบประกอบด้วย การให้คำแนะนำที่เฉพาะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (กิตติกร, 2555) เพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สิรินทร์และอวยพร, 2556) พบว่า พยาบาลมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณในระดับมาก เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเชื่อว่าบุคคลเป็นองค์รวมจะมีการบูรณาการระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณภายใต้วัฒนธรรมและสังคมของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) พบว่าพยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นองค์รวมและดูแลตามมาตรฐาน และจากศึกษาการพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (วัลภา, 2557) การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อการตายอย่างสงบได้แก่ การไม่ทุกข์ทรมานทางกายจากอาการของโรค การไม่ทุกข์ทรมานทางใจ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และสิ่งที่เอื้อให้เกิดการพยาบาลเพื่อการตายอย่างสงบ คือ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้ ความเข้าใจที่ผ่านมา

2. *ทัศนคติของพยาบาล* จากการศึกษา พบว่าทัศนคติต่อการตายของพยาบาลมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นั่นคือ หากพยาบาลมีทัศนคติต่อการตายในทางที่ดีก็จะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วย (Rooda, Clements, & Jordan, 1999) และจากการศึกษาของเคอร์ซฮอฟและเบคสแตน (Kirchhoff & Beckstrand, 2000) พบว่าพยาบาลมีความรู้สึกอึดอัดใจในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย เนื่องจากพยาบาล สมาชิกในครอบครัว และแพทย์แต่ละคน ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่แตกต่างกัน พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจึงมีความรู้สึกไม่สบายใจเมื่อต้องเตรียมสมาชิกในครอบครัวให้ยอมรับกับการตายซึ่งในบางครั้งแพทย์ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสที่จะรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์จะเห็นว่าการตายเป็นความล้มเหลวของตนในการรักษาผู้ป่วย ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของแพทย์มากกว่าความต้องการของผู้ป่วย (Beckstrand et al., 2006) ทำให้ทัศนคติของแพทย์ต่อการรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย ส่งผลต่อการพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สภาการพยาบาลจึงพยายามพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายทั้งด้านการวิจัย การเรียนการสอน เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สอดคล้อง

กับการศึกษาผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล (ชนิตฐา, อัจฉริยา, สมทรง, และอุมาภรณ์, 2011) พบว่า หลังเข้ารับการอบรมคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล สูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ วัลภา (2557) ผลจากการพยาบาลเพื่อให้เกิดการตายดีหรือการตายที่สงบ ทำให้พยาบาลเกิดความภูมิใจ ในวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการบริการ เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย

ปัจจัยด้านระบบการทำงาน

1. การขาดแคลนพยาบาล การศึกษาของเบคสเตรนและคณะ (Beckstrand et al., 2006) พบว่าการที่พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเป็นอุปสรรคของพยาบาลในทุกหน่วยงาน เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ภาระงานที่มากเกินไป (Beckstrand & Kirchhoff, 2005) จากความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น และมีข้อจำกัดในการจ้างงานทำให้พยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ของรัฐมีไม่เพียงพอ (วิจิตรและกฤษดา, 2555) การขาดแคลนพยาบาลทำให้ไม่สามารถมอบหมายงาน ได้ในสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่สมดุลกัน ทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร (อรพรรณและคณะ, 2554) และภาระงานส่วนใหญ่เป็นการทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ รongลงมา จะเป็นเอกสารการบันทึกต่างๆ ทำให้พยาบาลมีเวลาให้กับผู้ป่วยใกล้ตายน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษา ของสุภัทสรดา (2554) ภาระงานที่มากเกินไปทำให้พยาบาลไม่สามารถบริหารเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการตายอย่างสงบได้น้อยลง ดังนั้น ควรมี การเพิ่มอัตราพยาบาลในการทำงานให้มีความเพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (วิจิตรและกฤษดา, 2555) เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนให้ได้รับบริการ ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

2. กฎระเบียบการเยี่ยมผู้ป่วย ด้วยบริบทของแต่ละโรงพยาบาลอาจแตกต่างกันบ้าง เล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่หากเป็นหอผู้ป่วยสามัญจะเปิดให้เข้าเยี่ยมเวลาประมาณ 12.00 น.- 20.00 น. และหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะเปิดให้เยี่ยมผู้ป่วยในเวลา 11.00 น.-13.00 น. และเวลา 15.00 น.-19.00 น. จากการศึกษาของกงสุวรรณและคณะ (Kongsuwan et al., 2012) พบว่า การตายอย่างสงบของผู้ป่วย ต้องตายโดยได้อยู่กับสมาชิกในครอบครัวไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว จาก มุมมองของครอบครัวไทยพุทธ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีความยืดหยุ่นในเรื่องของ

เวลา เนื่องจากเวลาของความตายเป็นเวลาที่ไม่แน่นอน การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ญาติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นหากญาติเดินทางมาจากที่ไกลๆ และมาถึงหอผู้ป่วยในช่วงนอกเวลาก็ควรเปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ตาย ในส่วนของเวลาระเบียบการเยี่ยม ของหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลทั่วไปจะเปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยข้างเตียงตลอดเวลาแต่สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยข้างเตียง และมีการจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยมเช่นเดียวกับหอผู้ป่วยหนัก (Kongsuwan & Locsin, 2009) ที่มีการจำกัดเวลาและจำนวนคนในการเข้าเยี่ยม ซึ่งในภาวะใกล้ตาย ญาติมีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (อรพรรณและคณะ, 2554) และให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเต็มที่ (ยุวนิดา, 2550) นอกจากนี้การมีความยืดหยุ่นในเรื่องของเวลาการเยี่ยม จะทำให้ญาติได้รับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตายอย่างสงบของผู้ป่วย (White & Luce, 2004) ส่งผลให้ญาติสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยได้และผู้ป่วยใกล้ตายได้จากไปอย่างสงบ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

หอผู้ป่วยสามัญส่วนใหญ่มีความแออัดของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก สิ่งแวดล้อมด้านสถานที่ที่มีไม่เพียงพอสำหรับความเป็นส่วนตัวแก่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้ปรึกษา วางแผน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย สอดคล้องกับการศึกษาของเคอร์ซฮอฟและเบคสแตนด์ (Kirchhoff & Beckstand, 2000) เนื่องจากสถานที่ที่คับแคบทำให้พยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้เต็มที่ ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบและมีความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกร่วมกัน ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) ในช่วงที่ผู้ป่วยเสียชีวิตและเคลื่อนย้ายศพออกจากหอผู้ป่วยพยาบาล ควรจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สงบ ไม่มีเสียงดัง เพื่อร่วมแสดงความเศร้าโศกกับญาติและให้เกียรติผู้ป่วยที่เสียชีวิต จากการศึกษาของสุภัทสรธา (2554) พบว่าต้องการการสนับสนุนสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ และการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา ร่วมกัน ในส่วนของญาติที่มาให้การดูแลผู้ป่วยบางครั้งไม่มีที่พักเพื่อการเฝ้าดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นเดียวกับการศึกษาของนริสาและคณะ (2557) จากการไม่มีที่พักของญาติที่เป็นสัดส่วน ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ดูแลที่ต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย เป็นปัญหาของผู้ดูแลที่ได้ประสบบ่อยครั้ง ดังนั้น ทางโรงพยาบาลต้องอำนวยความสะดวกในด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ปัจจัยด้านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัว ประกอบด้วย บุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดในมุมมองของการดูแลผู้ป่วยและการมีความผูกพันกับผู้ป่วย (ศรีเวียง, 2549) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย (เต็มศักดิ์, 2552) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบางครั้ง มาจากครอบครัวของผู้ป่วย คือ พฤติกรรมบางอย่างของสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ในศึกผู้ป่วยไอซียู ประเทศสหรัฐอเมริกา (Kirchhoff & Beckstand, 2000) พบว่าสาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมีความยุ่งยากมากขึ้น เป็นประเด็นเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวไม่เข้าใจความหมายของการประคับประคองชีวิต ไม่ยอมรับการพยากรณ์ โรคที่ไม่ดีของผู้ป่วย ต้องการการรักษาด้วยเทคโนโลยีมากกว่าที่ผู้ป่วยต้องการและอยู่ในอารมณ์โกรธ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของยูนิตา (2550) ครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการทราบความก้าวหน้าของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาและพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ครอบครัวสามารถยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ (ฉันทชาย, 2553; คุณิต, 2552) นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองและส่งผลให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นงานวิจัยวิจัยที่มีรากฐานจากหลักปรัชญา (philosophy) แนวคิดของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความแตกต่างกันอยู่ 3 ลักษณะ (ชาย, 2549; Schwandt, 2001) คือ

1. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Trans-cendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของเอดมันด์ ฮัสเซิล (Edmund H. Husserl) หลักสำคัญของแนวคิดนี้คือ มุ่งพรรณนาความหมายของสิ่งที่สร้างขึ้น ผู้ศึกษาต้องไม่มีอคติ ไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา ไม่มีความคิดเห็นของตนเอง เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่จะศึกษา เน้นที่จุดมุ่งหมายและสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของแต่ละบุคคล

2. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre กล่าวถึงการอยู่ในโลกของบุคคล โดยเชื่อว่าการรับรู้

ของบุคคล ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในโลก การดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละบุคคล

3. ปรัชญาการตีความวิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) จากแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ได้พัฒนาปรัชญาการตีความ มาเป็นปรัชญาการตีความแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตัวเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญในการตีความ ผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ และผู้วิจัยต้องอยู่กับการศึกษาตลอด

การศึกษาปรัชญาการตีความแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เป็นการศึกษาที่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการแปลความหรือตีความ (interpretive) หลักสำคัญของการศึกษา เน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ เป็นการศึกษาปรัชญาเกี่ยวกับมนุษย์ (van Manen, 1990) เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นว่ามีความหมายต่อบุคคลอย่างไร เป็นการศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งนั้นๆ (Koch, 1995) โดยทำความเข้าใจพื้นฐานของแต่ละบุคคลได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงต่อการให้ความหมายของบุคคล ในการศึกษาประสบการณ์และการให้ความหมายของประสบการณ์ต้องมีความเข้าใจในพื้นฐานของบุคคล เพราะพื้นฐานของบุคคลมีผลต่อการให้ความหมายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน (Heidegger, 1962 อ้างตามวิณา, 2547ก) ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และจะเห็นว่าแนวคิดนี้เน้นความสำคัญในการทำความเข้าใจ หรือค้นหาปัญหาเพื่อแปลความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ ว่ามีความหมายกับบุคคลนั้นๆ อย่างไร เป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ลักษณะสำคัญของบุคคลมีดังนี้ (วิณา, 2547ก; ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543)

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภาษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น สิ่งแวดล้อมทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเราต้องเข้าใจในสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลเพื่อจะได้เข้าใจความหมายของแต่ละปรากฏการณ์ที่บุคคลให้ความหมาย

2. บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและแปลความหมายในสิ่งต่างๆด้วยตนเอง นั่นคือ บุคคลแต่ละคนจะให้คุณค่าหรือความหมายต่อเหตุการณ์ ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง อาจแตกต่างจากของคนอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคม วัฒนธรรม และภาษาของแต่ละบุคคล

3. บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) คือ รวมการให้ความหมาย ความหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกออกเป็น ส่วนๆ ได้ และเชื่อว่าบุคคล ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง กับทุกสิ่งในของตัวบุคคล

4. บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) เชื่อว่า เวลา กับชีวิต ไม่อาจแยกออก จากกันได้ เวลาเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจในประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิวิติก ตามแนวคิดของไฮเดกเงอร์จะให้ความสำคัญ กับการแปลความหมายหรือการตีความ และการทำความเข้าใจ (understanding) เป็นการรับรู้และตระหนัก ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและนำไปสู่การสร้างความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น จึงกล่าวได้ว่าการทำความเข้าใจ (Gelven, 1989 อ้างตาม วิณา, 2547ก) การแปลความนั้นมีลักษณะเป็นการเชื่อมประสบการณ์ในอดีต กับประสบการณ์ในปัจจุบัน เพื่อรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ที่เชื่อมโยงกัน หลังจาก นั้น กาดามอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996) ได้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์ วิทยา เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลลึกซึ้งยิ่งขึ้น แนวคิดที่สำคัญคือ ภาษา (language) และ การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) ได้อธิบายแนวคิดไว้ ดังนี้

1. ภาษา เป็นสื่อกลางที่สำคัญที่ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ได้อย่างชัดเจน ต้อง ทำความเข้าใจในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่ใช้ในบางกลุ่มบางสังคม การที่ จะเข้าใจบุคคลได้จะต้องค้นหาความหมายด้วยการพูดคุยกับบุคคลนั้น ดังนั้นภาษาที่ใช้จึงต้องเป็นภาษาที่ ต้องเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมาย หรือประสบการณ์ นั้น ได้อย่างถูกต้อง

2. การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของผู้ศึกษา รวมถึงความรู้และสิ่ง ต่างๆ จากการศึกษา นั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจจะถูกต้องเมื่อเชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยาย ความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลอคอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาถึงเรื่อง ไตเรื่องหนึ่ง ผู้ศึกษาย่อมต้องมีความรู้หรือความคิดที่เกิดจากการอ่านหรือการทบทวนวรรณกรรม มาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะเป็นไปในลักษณะ ของการเชื่อมโยงเพื่อให้สิ่งที่ต้องการศึกษาหรือต้องการค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่มีความลำเอียง

การเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตของบุคคลกับเหตุการณ์ครั้งใหม่ เพื่อให้ความหมาย และเข้าใจประสบการณ์ครั้งใหม่ มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ (Koch, 1995)

1. ภูมิหลังและความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ก่อน เป็นประวัติภูมิหลัง วัฒนธรรมของบุคคลแต่ละคนในอดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นความเข้าใจประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา รวมทั้งภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลในอดีตที่ไม่สามารถตัดออกไปได้ มาใช้เป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่จะศึกษา

2. การทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล บุคคลทำให้เหตุการณ์มีความหมายและเหตุการณ์ก็ทำให้บุคคลเกิดความหมาย (individual both constitute and are constituted by the situation) การที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการแปลความหมายจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

3. การแปลความ (interpretation) เป็นการทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล ทำให้การแปลความได้ความหมายที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ดังนั้นในการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิติก ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตนเองจะศึกษาให้ละเอียดและลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงสถานการณ์ต่างๆ เข้ากับวงจรถอร์แมนนิวิติก โดยเข้าใจในภูมิหลัง (background) ของบุคคลคนนั้น ทั้งวัฒนธรรมความเชื่อ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมกับการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ก่อน (pre-understanding) โดยผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างตัวผู้วิจัยเองและผู้ให้ข้อมูล อาศัยการตีความ (interpretation) ช่วยทำความเข้าใจระหว่างภูมิหลังของบุคคลนั้นร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแปลความหมายได้อย่างเข้าใจยิ่งขึ้น จะทำให้ผู้วิจัยสามารถค้นพบประสบการณ์ที่แท้จริงว่าความจริงเป็นอย่างไรและมีความหมายต่อความเป็นบุคคล รวมถึงใช้ภาษาและการเชื่อมโยงความหมายที่ถูกต้องระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ศึกษา ซึ่งมีผลต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง

สรุป

การตายอย่างสงบ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลและขึ้นอยู่กับปัจจัยความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและสังคมนั้นๆ ศาสนาอิสลามมีมุมมองเกี่ยวกับการตายอย่างสงบว่า การตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิตแต่เป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตใหม่ในโลกหน้า จะส่งเสริมให้มนุษย์สร้างความผูกพันกับความตาย โดยให้ระลึกถึงพระเจ้า (อัลลอฮ์) และเตรียมพร้อมสำหรับความตายอยู่เสมอ มีการปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ เช่น ให้ผู้ป่วยกล่าวปฏิญาณตน การอ่านยาซีน ซึ่งเป็นบทหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เป็นต้น ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะมีอาการและอาการแสดงทางร่างกายในหลายๆ ระบบ รวมทั้งด้านจิตใจเช่น อยู่ในภาวะกลัว วิตกกังวล และเศร้าโศก โดยผู้ป่วยมีความต้องการจากไปอย่างสงบไม่ทุกข์มานาน ได้เตรียมความพร้อมก่อนตาย การได้รับความรักจากครอบครัว และ

ได้ตายท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ในส่วนของครอบครัวมีความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลอย่างดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล ต้องการทราบความก้าวหน้าของโรค ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องการพาผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และต้องการที่พักสำหรับญาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับญาติในการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งหลายและส่งเสริมการตายอย่างสงบ สำหรับหลักในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบใช้หลักของการดูแลแบบประคับประคอง ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้การดูแลภายใต้ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม และมีการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการตายที่เหมาะสม ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและได้ตายอย่างสงบ ประกอบด้วย ปัจจัยหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ให้การดูแล ด้านระบบงาน ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปรากฏการณ์วิหยาแบบเฮอริเมนนิวติกส์เกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ โดยใช้หลักแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลในการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบในโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายความหมายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล ในบทนี้ได้นำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่สถานที่ศึกษา การเลือกผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บข้อมูล การสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยและจริยธรรมในการวิจัย รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถานที่ศึกษา

สถานที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสงขลา

บริบทของสถานศึกษา

หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา มีทั้งผู้ป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังเข้ามารับการรักษา เป็นผู้ป่วยไทยพุทธ ไทยมุสลิม และคริสเตียน ในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ มีจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายและใกล้ตาย พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีทั้งพยาบาลไทยพุทธ ไทยมุสลิม และคริสเตียน พยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยที่เลือกมาศึกษาเป็นพยาบาลไทยมุสลิม ส่วนหนึ่งที่ได้มีโอกาสให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายไม่ว่าจะเป็นศาสนาใดๆ และได้มีการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลดังกล่าว มีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่ง บางรายเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้าย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 8 ราย และข้อมูลยังไม่มีความอิ่มตัว (saturation) จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อีก 2 ราย สำหรับโรงพยาบาลชุมชนการดูแลผู้ป่วยจะให้ญาติช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลช่วงกลางคืนอนุญาตให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยได้ โดยจำกัดญาติให้เฝ้าได้เพียงละ 1 คน แต่หากผู้ป่วยรายใดญาติเพียงคนเดียวไม่สามารถให้การดูแลได้ก็อนุญาตให้เฝ้า 2 คน กำหนดเวลาเข้าเยี่ยม

ผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 11.00 น. – 20.00 น. สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศรัทธา ความเชื่อทางศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วยและญาติ หอผู้ป่วยที่เลือกมาศึกษาฯ ยังไม่มีห้องสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะแต่จะมีการจัดพื้นที่ในตึกให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย และยังไม่มีการจัดตั้งทีมหรือกลุ่มเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่จะเป็นการบริหารจัดการภายในเวร โดยพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะเป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติโดยตรง ส่วนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ไม่นอญาติให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยในช่วงกลางคืน กำหนดเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตั้งแต่เวลา 11.00 น. – 19.00 น. การดูแลผู้ป่วยจะให้การดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ในหอผู้ป่วยยังไม่มีห้องสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะแต่จะมีการจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีทีมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัคร/จิตอาสาเข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยรวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีปัญหาในเขตพื้นที่บริการ ซึ่งบุคลากรในทีมได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. เป็นพยาบาลไทยมุสลิมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรือศัลยกรรมอย่างน้อย 2 ปี เนื่องจากในช่วงปีแรกของการปฏิบัติงานอยู่ในระหว่างการปรับตัว
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมิได้ยึดถือว่าเป็นศาสนาใดจนกระทั่งผู้ป่วยตายและเชื่อว่าผู้ป่วยที่ได้ดูแลได้ตายอย่างสงบ อย่างน้อย 1 ราย
3. มีความยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ของตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (individual in depth interview) โดยตัวผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองตามแนวคำถามสัมภาษณ์ (qualitative interview) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ที่มี

ความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและเคสศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย และพยาบาล 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ดังแสดงในภาคผนวก ก) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ตัวผู้วิจัย แนวคำถามการสัมภาษณ์และอุปกรณ์สนาม

1. ตัวผู้วิจัย

1.1 ภูมิหลังของผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นไทยพุทธ และทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิงล่าง (อายุรกรรม) โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการทำงานมา 6 ปี เริ่มรับงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตั้งแต่เข้ามาทำงานในโรงพยาบาล มีความสนใจพิเศษเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตายและตายอย่างสงบมาประมาณ 5-6 ราย เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และการให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จากการรับผิดชอบงานผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้เขียนเรื่องเล่าเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนตายอย่างสงบ ส่งเข้าประกวดในเวทีวิชาการของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอ นาทวี มีชื่อเรื่องว่า “เพราะผมเป็นมะเร็ง” ได้รับรางวัลชมเชย

1.2 การเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล (ทวิตต์ดี, 2548) ดังนี้

1.2.1 ด้านความรู้

ผู้วิจัยเตรียมความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เฮอร์เมเนิวติก (hermeneutic phenomenology) รวมทั้งเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตำรา วารสาร ทั้งในและต่างประเทศ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ระเบียบวิธีวิจัยที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานการวิจัยต่อไป

1.2.2 ด้านฝึกทักษะ

ผู้วิจัยมีการฝึกทักษะในการเก็บข้อมูล ซึ่งในที่นี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และฝึกทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการศึกษาตำราเรื่องจำนวน 2 ราย เพื่อฝึกทักษะเหล่านี้กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนเริ่มขั้นตอนวิจัยจริง

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน (ดังแสดงในภาคผนวก ข) คือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหลักสูตรพยาบาล ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนที่เสียชีวิต

2.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบในโรงพยาบาล เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้สอดคล้องกับคำถามวิจัยทั้ง 2 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามสัมภาษณ์หลักๆ คือ

“การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมเป็นอย่างไร และให้เล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ”

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) (ดังในภาคผนวก ก) สำหรับบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น ความรู้สึก อารมณ์ สีหน้าท่าทางการแสดงออก ตลอดจนสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ซึ่งสามารถทำให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบรรยายและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย

- 3.1 เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล พร้อมทั้งอุปกรณ์การบันทึก ได้แก่ แบตเตอรี่
- 3.2 สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนเตรียมการ

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาประเมินจริยธรรมในการทำวิจัยในคน ได้รับอนุญาตการทำวิจัยตามเลขที่ ศธ ๐๒๕๑.๑.๐๕/๑๓๘๒ ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2557

2. มีจดหมายแจ้งจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไปยังโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงาน ผู้วิจัยจะติดต่อไปยังบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังรายละเอียดวิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

3.1 โดยผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และพยาบาลของหอผู้ป่วยที่ศึกษาที่ผู้วิจัยได้รู้จักเป็นการส่วนตัวมาก่อน (key person) ให้ช่วยหาหรือติดต่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลไว้ในเบื้องต้น โดยผู้วิจัยจะให้เบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของผู้วิจัยไว้สำหรับให้ติดต่อกลับมา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และนัด วัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์

3.2 โดยการแนะนำจากผู้ให้ข้อมูล (snowball purposive sampling method) ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมงานวิจัย แนะนำพยาบาลคนต่อไปที่มีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลที่ได้มีการแนะนำมาด้วยตนเองโดยตรง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง พร้อมทั้งนัด วัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์

สำหรับสถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นสถานที่ที่เป็นส่วนตัว สงบ ไม่มีเสียงดังรบกวน สะดวก และปลอดภัย โดยต้องได้รับการตกลงและเห็นด้วยจากผู้ให้ข้อมูล สถานที่อาจเป็นบริเวณเงียบๆ ในสถานที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล ห้องทำงาน หรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) จากการสัมภาษณ์ นั่นคือได้ข้อมูลที่ซ้ำ ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003) โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว ในการศึกษารั้งนี้ข้อมูลมีความอิ่มตัวที่การเก็บข้อมูลจำนวน 10 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก

1.1 ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์สนาม ก่อนพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาวิธีการใช้อุปกรณ์บันทึกเสียงจนมีความชำนาญ ตรวจสอบสภาพการใช้งานของเครื่องบันทึกเสียงแบตเตอรี่ ความเพียงพอของพื้นที่ในการบันทึก (ประมาณ 60 นาที/ครั้ง) เตรียมแบตเตอรี่สำรองไปด้วยทุกครั้ง สมุดบันทึก ปากกาหรือดินสอ

1.2 เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 40 - 60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นกับความชัดเจนของข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ เฉลี่ยใช้เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งและจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์บางอย่างที่สำคัญกับงานวิจัย และผู้วิจัยต้องการคุยเกี่ยวกับเรื่องนั้น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอยากเล่าประสบการณ์ต่อไป รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัยแล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้ลงชื่อเป็นหลักฐานหรือแสดงการยินยอมด้วยวาจา

1.2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทำการบันทึกเสียง พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้มีการบันทึกเสียงสามารถขอให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลา จะไม่ใช้การจรรยาละเอียดข้อมูลในขณะที่สัมภาษณ์เพราะจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดไม่เป็นกันเอง

1.2.3 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ผ่อนคลาย และไว้วางใจผู้วิจัย ด้วยการแสดงออกถึงความปรารถนาดีและความเอื้ออาทรต่อผู้ให้ข้อมูล เริ่มต้นด้วยการพูดคุยถึงเรื่องทั่วๆ ไปอย่างเป็นกันเอง ยิ้ม แสดงความเอาใจใส่ในคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ไม่แสดงท่าทีดูถูกผู้ให้ข้อมูล และไม่ตัดบทอย่างกะทันหัน

1.2.4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องการฟังอย่างตั้งใจ คือ การฟังว่าผู้ให้ข้อมูลพูดว่าอะไร แล้วคิดตามว่าได้ยินอะไร เห็นอะไร หรือรู้สึกอย่างไร แล้วถามต่อเพื่อให้สมบูรณ์ โดยระวังที่จะไม่ถามเฉพาะเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจ เพื่อลดความลำเอียงของผู้วิจัย ร่วมกับการสะท้อนความหมาย การยกตัวอย่าง การสรุป และการเฉลียวใจ ในประเด็นที่ศึกษาเพื่อให้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างลึกซึ้งที่สุด ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกอย่างละเอียดเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกรายละเอียดข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที

1.2.5 ในขณะที่สัมภาษณ์ หากคำถามที่ผู้วิจัยถาม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกสะเทือน ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยหยุดการถามคำถามชั่วคราว และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยอยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับ

ประกอบจิตใจของผู้ให้ข้อมูล ส่งกระดาษเช็ดหน้าให้ซับน้ำตา การสัมผัสมือหรือไหล่เพื่อแสดงความเข้าใจ และยอมรับในการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และรอนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะสนทนาต่อไป ผู้วิจัยยุติการสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่

1.2.6 ยุติการสัมภาษณ์โดยกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและได้ให้ข้อมูลซึ่งมีคุณค่าสำหรับงานวิจัย และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าภายหลังจากการอ่านวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ครั้งนี้แล้วหากไม่เข้าใจเรื่องใดหรือมีข้อสงสัยเพิ่มจะขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งโดยผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเอง

1.3 ถอดเทปบันทึกเสียงและการแปลความข้อมูล ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละวันผู้วิจัยฟังเทปการสัมภาษณ์อย่างตั้งใจ และจดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นจากการฟังครั้งนั้น ได้แก่ ข้อมูลและประเด็นที่ได้ ประเด็นที่ต้องการรายละเอียดเพิ่ม หรือต้องการการตรวจสอบความเข้าใจ และความคิดเห็นของผู้วิจัยต่อข้อมูล รวมทั้งบรรยากาศการสัมภาษณ์ครั้งนั้นๆ จากนั้นจึงถอดเทปการสัมภาษณ์ โดยเขียนบรรยายร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในขณะสัมภาษณ์แล้วอ่านบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อมูลที่ยังไม่เข้าใจผู้วิจัยจะกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใหม่อีกครั้งจนกว่าไม่มีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน

2. การจัดการข้อมูล คุณภาพของการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยการจัดการข้อมูลที่ดีจะทำให้การจัดรูปแบบและคำหลักของข้อมูลมีความชัดเจนมากขึ้น ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์และการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน (Minichiello, Aroni, Timewell, & Alexander, 1995) ดังนี้

2.1 บทสัมภาษณ์ (transcript file) ประกอบด้วย บทสัมภาษณ์และข้อมูลจากการสังเกต รวมทั้งความคิดเห็นของผู้วิจัย โดยจัดข้อมูลเป็น 3 คอลัมน์ คอลัมน์ที่อยู่กลางหน้ากระดาษซึ่งกว้างที่สุดเป็นบทสัมภาษณ์ และอีก 2 คอลัมน์ด้านข้างเป็นความคิดเห็น และการแปลความหมายของผู้วิจัย

2.2 บันทึกส่วนตัว (personal file) ประกอบด้วย ความคิดของผู้วิจัยและการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยต่อข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และกิจกรรมที่ได้จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่ การเลือกผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ปัญหาในการใช้อุปกรณ์สนามที่พบ ปัญหาทางจริยธรรม เป็นต้น ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการเขียนบันทึกส่วนตัว

2.3 บันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (analytical file) ประกอบด้วย บันทึกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับคำถามในการสัมภาษณ์ที่นำไปสู่การตอบคำถามการวิจัย การเลือกข้อมูลและการให้ความหมายข้อมูล

การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness or rigor of the study)

เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 หลักเกณฑ์ คือ ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (conformability) และความวางใจได้ (dependability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลที่อธิบายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยที่มีการตายอย่างสงบตามที่ต้องการศึกษามากที่สุด ผู้วิจัยมีการดำเนินการให้เกิดความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1.1 การเขียนบันทึกส่วนตัว เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและส่งเสริมการตายสงบมาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการตีความข้อมูลที่ค้นพบและไม่เกิดอคติในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาการดำเนินวิจัย โดยบันทึกเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด หรือมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดการดำเนินการวิจัย มีการตั้งคำถามกับตัวเองว่า ฉันรับรู้อะไร ฉันรู้สึกอย่างไรในสิ่งที่ฉันรู้ และรู้สึกอย่างไรกับผู้ที่ให้ข้อมูล อะไรทำให้ฉันมีมุมมองหรือรู้สึกอย่างนั้น ทั้งนี้การสะท้อนโดยตนเองนี้เป็นการตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของตัวผู้วิจัยต่อผลการวิจัย ซึ่งจะเป็นวัตถุประสงค์ในการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย ช่วยคงการเปิดใจและแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิด ออกจากความคิด ข้อวิจารณ์และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Streubert-Speziale & Carpenter, 2003)

1.2 การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและมีมิตรต่อกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 40-60 นาที

1.3 ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกต และบันทึก เกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง อากัปกริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่องให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป (วิณา, 2547ข)

1.4 การตรวจสอบข้อมูล (member check) ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมายบิดเบือนไป นอกจากนี้ผู้วิจัยนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อค้นพบที่รายงานนั้นแทนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง (Koch, 1995)

2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) หมายถึง ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับที่ทำการศึกษาดังนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษา และนำเสนอคำบรรยายประกอบความหมายของประสบการณ์ให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้เต็มที่และใช้ประกอบการตัดสินใจในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ (Koch, 1995)

3. ความสามารถในการตรวจสอบและยืนยันได้ของข้อค้นพบ (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ (Lincoln & Guba, 1985) โดยทำการบันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน ได้แก่ เทปบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง และแต่ละราย โดยผู้วิจัยมีสมุดบันทึกส่วนตัว 1 เล่ม ผู้วิจัยจดชื่อนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล ประวัติของผู้ให้ข้อมูลสั้นๆ และเขียนนามสมมุติไว้ด้วย ระยะเวลา สถานที่ครั้งที่สัมภาษณ์ทุกครั้ง มีการจัดเก็บข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ ไม่มีการลบข้อมูลหรือบันทึกซ้ำ นอกจากนี้ผู้วิจัยควรบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ ปฏิกริยาของผู้ให้ข้อมูล ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้วิจัยได้มีการเก็บข้อมูลจริง ในขั้นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเก็บบทสัมภาษณ์ที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูล และรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อสามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

4. ความวางใจได้ (dependability or audit ability) เป็นการทำให้ผลงานวิจัยมีความตรงและถูกต้องมากที่สุด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ชำนาญการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้าย ทำการตรวจสอบทั้งกระบวนการวิจัยและผลที่ได้ นั่นคือตรวจสอบตั้งแต่ คำถามวิจัย การดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลที่ได้ โดยที่ทุกอย่างจะต้องมีความสอดคล้องกัน และผลการศึกษาที่นำเสนอจากการทำวิจัยครั้งนี้ อาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน เห็นชอบด้วย

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

เพื่อให้งานวิจัยนี้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรืออาจแสดงความยินยอมด้วยวาจา (ดูละเอียดของการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในการภาคผนวก ง) ในการนัดหมายเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกเองตามที่สะดวกและสบายใจ

2. ขณะสัมภาษณ์หากคำถามในการสัมภาษณ์ทำให้เกิดความสะเทือนใจผู้ให้ข้อมูล หรือทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเศร้าใจ เสียใจ ผู้ให้ข้อมูลสามารถขอยุติการให้สัมภาษณ์ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลผู้สัมภาษณ์

3. ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง ซึ่งหากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้มีการบันทึกเสียงในช่วงใดๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถอดเป็นบทสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง การบันทึกสนามบันทึกประจำวัน และการวิเคราะห์ทุกอย่าง ใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยภายหลังสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มานาน (van Manen, 1990) โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การสะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ (reflection on essential themes) เป็นการทำความเข้าใจสาระที่สำคัญที่อยู่ในประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการตายอย่างสงบ โดยอ่านข้อมูลบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแต่ละบทสัมภาษณ์ และพยายามดึงคำหลักสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยวิธีการ ดังนี้

1.1 ถอดข้อความจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด

1.2 อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำหลักสำคัญของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยวิธีการดังนี้

1.2.1 อ่านข้อความทั้งหมด (the holistic or sententious approach) เป็นการอ่านข้อความทั้งหมดแล้วสรุปใจความสำคัญในภาพรวม พยายามแสดงให้เห็นความหมายโดยใช้วลี

1.2.2 เลือกข้อความ (the selective or highlighting approach) โดยอ่านข้อความหลายๆ ครั้ง และเลือกข้อความใดบ้างที่แสดงให้เห็นสาระสำคัญหรืออธิบายปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ โดยการเน้นคำด้วยแท็บสี นำข้อความที่เลือกแยกใส่ในตารางตามลักษณะกลุ่มความหมาย

1.2.3 อ่านโดยละเอียด (the detailed or line-by-line) อ่านและทำความเข้าใจทุกประโยคหรือทุกกลุ่มประโยค แล้วพิจารณาว่าประโยคดังกล่าวอธิบายปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่ศึกษาอย่างไร

2. ตีความ (Interpretation) และจัดกลุ่มคำ วลี และประโยคสำคัญ (Grouping) โดยนำคำ วลี ประโยคสำคัญ (themes) ที่ได้มาตีความหมาย และจัดกลุ่มของความหมาย (thematic category) ที่มีความหมายเดียวกันไว้ในกลุ่มเดียวกันตามคำถามวิจัย สำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ ได้น่ากลุ่มความหมายที่ได้มาสะท้อนในหมวดของโลก 4 โลก (four life worlds) ตามที่แวน มาแนน ได้แนะนำ เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ ซึ่งในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคนจะประกอบอยู่ภายใต้โลก 4 โลก ได้แก่ โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และ โลกของเวลา (temporality or lived time) (van Manen, 1990) ซึ่งโลก 4 โลกนี้ จะมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้ที่พยาบาลไทยมุสลิมมีต่อร่างกายของตัวเอง ซึ่งร่างกายประกอบไปด้วย กาย จิต จิตวิญญาณ หรือสภาพตัวเองที่อยู่ในประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและได้ตายอย่างสงบ

โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) เป็นความเกี่ยวข้องหรือปฏิสัมพันธ์ที่มีระหว่างพยาบาลไทยมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์คนอื่นๆ ซึ่งเป็นความรู้สึกในความสัมพันธ์ตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของพยาบาลไทยมุสลิมต่อสถานที่ที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ เช่น หอผู้ป่วย หรือความรู้สึกที่มีต่อระยะระหว่างที่อยู่ในความสัมพันธ์ของตัวเองกับบุคคลต่างๆ

โลกของเวลา (temporality or lived time) คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในขณะที่พยาบาลไทยมุสลิมให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

3. เขียนและบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (hermeneutic phenomenological writing) เป็นการเขียนบรรยายกลุ่มความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งตายอย่างสงบตามการรับรู้ของพยาบาลไทยมุสลิม พร้อมทั้งยกข้อความ ประโยค หรือวลี เป็นตัวอย่างประกอบ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้มี 2 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่ออธิบายการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม และ 2) เพื่ออธิบายความหมายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอรัมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลไทยมุสลิม จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 ผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนดไว้ และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มานเนน (van Manen, 1990) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 10 ราย เป็นพยาบาลเพศหญิงทั้ง 10 ราย มีอายุระหว่าง 25 ปี ถึง 45 ปี อายุเฉลี่ย 33 ปี ทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม ได้รับการศึกษาจบระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ทั้ง 10 ราย มีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดมาก 1 ราย เคร่งครัดระดับปานกลาง 8 ราย และไม่เคร่งครัดในหลักคำสอน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลมานาน 2-5 ปี จำนวน 2 ราย มีประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-15 ปี จำนวน 3 ราย และมีประสบการณ์ในการทำงานนาน

16-20 ปี จำนวน 2 ราย โดยมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ยคนละ 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ 1-5 คน จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ 6-10 คน จำนวน 2 ราย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตายอย่างสงบจำนวน 10 คนขึ้นไป มีจำนวน 5 ราย โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบเฉลี่ยคนละ 9 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 ราย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 2 ราย มีผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 ราย ไม่เคยผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 8 ราย มีผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านการประชุม/สัมมนา/อบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 ราย ไม่เคยผ่านการประชุม/สัมมนา/อบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ราย และผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือคนรัก จำนวน 9 ราย ในจำนวนนี้ เป็นการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 7 ราย ดังตาราง 1

ตาราง 1

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลไทยมุสลิมที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ($n = 10$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ		ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ (ราย)	
หญิง	10	($\bar{X} = 9$)	
ชาย	-	1 - 5	3
		6 - 10	2
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 33$)		10 รายขึ้นไป	5
25 - 35	6	ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	
36 - 45	4	ชุมชน	8
		มหาวิทยาลัย	2
ระดับการศึกษา		ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	
ปริญญาตรี	10	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	10
ปริญญาโท	-	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	-
		เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน	
ความเคร่งครัดในหลักศาสนา		หลักสูตรพยาบาลศาสตร์	
เคร่งครัดมาก	1	เคย	2
เคร่งครัดปานกลาง	8	ไม่เคย	8
ไม่เคร่งครัด	1	ประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแล	
		ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) ($\bar{X} = 10$)		เคย	4
2 - 5	2	ไม่เคย	6
6 - 10	3	ประสบการณ์สูญเสียบุคคลใกล้ชิด	
11 - 15	3	มี	9
16 - 20	2	ไม่มี	1

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการตายอย่างสงบ และ ประสิทธิภาพของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ จะนำเสนอรายละเอียด ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยได้กำหนดรหัสหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 จนถึงผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ซึ่งแต่ละคนมีรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อายุ 25 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามในระดับปานกลาง จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 3 ปี มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 3 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตาย และไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ให้ความสนใจในการดูแล ผู้ป่วยทุกศาสนา มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตาย มีความเชื่อศรัทธาในหลักศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามวันสำคัญทางศาสนาบ่อยครั้งและให้โอกาสผู้ป่วยทุกคนได้ปฏิบัติตาม ความเชื่อและศรัทธาในหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 36 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาล ชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลเทคนิค 10 ปีมีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพมา 5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 5 ราย ไม่เคยเข้ารับ การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคล ใกล้ชิดซึ่งเป็นลูกพี่ลูกน้อง มีความเชื่อศรัทธาในหลักศาสนาอิสลามและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามวันสำคัญทางศาสนาบ่อยครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อายุ 25 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 3 ปี มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 3 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ประารถนาให้ผู้ป่วย ทุกคนที่ตนเองให้การดูแลรวมทั้งผู้ป่วยใกล้ตายไม่มีความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อายุ 29 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 6 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 4 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดคือคุณตา ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 มีอุปนิสัยมีความเป็นส่วนตัวสูง มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ยอมสละเวลาส่วนตัวในการดูแลผู้ป่วยเช่น ช่วงเวลาพักกลางวัน หรือหลังส่งเวรเสร็จจะกลับหลังคนอื่น ๆ เป็นต้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและสามารถให้คำแนะนำพยาบาลรุ่นน้องในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้เป็นอย่างดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 อายุ 37 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 14 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 10 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดคือคุณปู่ คุณย่าและคุณลุง มีความเสียสละเวลาส่วนตัวในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น หากมีเวลาว่างจะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้ตายในช่วงเวลาพักกลางวัน หรือหลังจากปฏิบัติงานในเวรเสร็จก็จะลงเวรหลังคนอื่น ๆ เป็นต้น รวมทั้งการมาหาผู้ป่วยนอกเวลาการปฏิบัติงาน และมักใช้การสัมผัสในการสื่อถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการกอด การจับมือ เป็นต้น นอกจากนี้ให้กำลังใจผู้ป่วยแล้วผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกดีในการดูแลผู้ป่วยด้วย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อายุ 35 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 13 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 10 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นคุณตาและคุณย่า ให้ความสนใจผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกศาสนา และมีความปรารถนาให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 อายุ 40 ปี เคารพและศรัทธาในหลักศาสนาอิสลาม แต่ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ไม่ค่อยมั่นใจในการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติไปถูกต้องตามหลักศาสนาหรือไม่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงาน

ในตึกอายุรกรรมชายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 17 ปี เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 20 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3 ครั้ง เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณลุง

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 อายุ 30 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 8 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 10 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณทวด มีความปรารถนาให้ผู้ป่วยทุกคนที่ตนเองให้การดูแลจากไปอย่างสงบ บางครั้งยอมสละเวลาอันเป็นส่วนตัวเพื่อไปช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน นอกเหนือเวลาการทำงาน มีความยินดีในการให้การดูแลผู้ป่วยทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 อายุ 40 ปี มีความเคร่งครัดมากในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 17 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 10 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 1 ครั้ง เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นหลาน เป็นคนอ่อนไหวต่อความรู้สึก โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความสงสารญาติผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป ให้ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและปรารถนาให้ผู้ป่วยใกล้ตายที่ตนเองให้การดูแลจากไปอย่างสงบ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 อายุ 30 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชายโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 8 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 6 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณยาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยปรารถนาให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเคยอยู่ตึกศัลยกรรมมาก่อน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับกระบวนการตายและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสูญเสีย ในบางครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลนึกถึงเหตุการณ์เกี่ยวกับการตายและคิดว่า หากผู้ที่ตายเป็นญาติของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกเศร้าเช่นกัน และรู้สึกเสียใจต่อการจากไปของผู้ป่วยกับญาติ

ส่วนที่ 2 การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถสะท้อนมุมมองการตายอย่างสงบตามความเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 4) ไม่มีการขู่ชีวิต 5) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ตาราง 2

การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

มุมมองการตายอย่างสงบ	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน	10	1-10
2. ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ	10	1-10
3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง	8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9
4. ไม่มีการขู่ชีวิต	7	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
5. ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ	7	1, 2, 3, 4, 5, 7, 10
6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง	5	4, 5, 6, 8, 9

1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมาย การตายอย่างสงบ ว่าเป็นการตายที่ผู้ป่วยจากไปโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย คือ ไม่มีความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเกิดจากสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือจากการทำหัตถการต่างๆ ทางกายภาพให้ผู้ป่วย ไม่ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสบายใจ คือ ไม่มีความกังวลใจใดๆ ไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ ไม่กระวนกระวาย ไม่เรียกร้องอะไรเพิ่มให้กับชีวิตแล้ว เหมือนการหลับแล้วจากไปอย่างสบาย

“ตายอย่างสงบ คือ คนไข้ตายไปอย่างสบายใจ ไม่ทรมานทุกข์ทรมาน เหมือนหลับตาเหมือนนอนนิ่งๆ แต่บางคนถ้าเกิดจากความทุกข์ทรมาน จะกระวนกระวาย เหมือนกับว่ายังกังวลอยู่อีก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ให้เขาหลับไปแบบสบายร่างกาย ไปแบบไม่เจ็บนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ตายอย่างสงบก็คือ คนไข้ปราศจากความเจ็บปวด ไม่มีวิตกกังวลอะไร ไม่ร้องขอ ไม่ไวยวาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2. ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า การตายอย่างสงบ ต้องมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการตายของผู้ป่วย ทั้งนี้ครอบครัว หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่จัดการให้มีการประกอบพิธีกรรมตามที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เช่น ศาสนาพุทธจะมีการเปิดธรรมะให้ผู้ป่วยฟังหรือนิมนต์พระมาสวดมนต์ให้ฟัง การได้ขอ โทเล็กรวม ศาสนาอิสลามจะมีการอ่านยาซีนหรือคำภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า (พระเจ้าอัลลอฮ์) และปฏิบัติตามหลักศาสนา (หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ) รวมทั้งการขอร้องก่อนตายเช่นกัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยแต่ละศาสนาได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของตนเองทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในความสงบ การหายใจของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น สัญญาณชีพลดลงอย่างช้าๆ และจากไปอย่างสงบ

“การตายอย่างสงบ...เหมือนกับว่าเขา (ญาติ) ต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนาเราจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้ แต่ว่าที่ตึกจะมี เทปธรรมะไว้เปิดให้ผู้ป่วยฟัง หรือนิมนต์พระมาสวดมาอะไรแบบนี้ก็ได้ ในส่วนของอิสลามก็ให้เขา (ญาติ) อ่านยาซีน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การตายอย่างสงบ ถ้าเป็นของศาสนาอิสลาม จะให้อ่านคำภีร์อัลกุรอานใกล้ๆ ผู้ป่วย แล้วก็ให้คนไข้สวดมนต์ ถ้าต่อนั้นคนไข้ไม่รู้สึกรู้แล้วละก็ จะให้เขา (ญาติ) มาสวดมนต์ให้ เหมือนของไทยพุทธที่นิมนต์พระมาสวด ของอิสลามก็มีให้อ่านคำภีร์อัลกุรอาน สวดมนต์ให้ข้างๆ หู แม้คนไข้จะไม่รับรู้แต่ตรงจุดนั้นก็มีความเชื่อ ว่าคนไข้กำลังจะไปแล้ว ยังไงก็ให้เข้าถึงพระเจ้า เข้าถึงอัลลอฮ์ให้มากที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เจอเคส เขา (ผู้ป่วย) ไม่ต้องการบทสวด ต้องการแค่ครอบครัวอย่างเดียว แค่ครอบครัวอยู่ใกล้ๆ และเขา (ผู้ป่วย) ขออภัยในทุกสิ่งที่เขาทำ ก็คือจบ... แต่อีก case ทำทุกอย่างแล้วนะคนไข้ก็ยังไม่จากไป ได้พบพระก็แล้ว บทสวดก็ได้ฟังแล้ว แต่ว่าสิ่งที่คนไข้ต้องการที่สุดคือ การขออโหสิกรรม คือ เขา (ผู้ป่วย) เคยมีเรื่องบาดหมางใจ (กับคนอื่น) และเขา (ผู้ป่วย) อยากขออโหสิกรรมก่อนตาย จึงโทรไปหาคนนั้นให้ และคนนั้นก็อโหสิกรรมให้ แก่ก็ไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ในช่วงรายน จะมีการบริจาคเงิน บริจาคชะกาด ช่วงนั้นคนไข้นอนอยู่โรงพยาบาล รู้สึกไม่สบายใจ บอกว่าอยากทำบุญ เพื่อความสบายใจ ปกติอยู่บ้านจะทำบุญทุกปี ก็เลยขอทำบุญกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในตึก จึงให้ญาติซื้อผลไม้ที่เค้าต้องการ แล้วเอามาบริจาคให้ที่ตึก... เหมือนคนไข้อิสลามที่นอนเรื้อรังใกล้ตาย จะมีญาติมาเยี่ยม นอกจากเยี่ยมดูอาการทั่วไปแล้ว (ญาติและผู้ป่วย) จะมีการขออภัยกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง

ผู้ป่วยจะมีการตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ทั้งตัวผู้ป่วยใกล้ตายและญาติต้องรับรู้เกี่ยวโรคที่ผู้ป่วยเป็น การดำเนินของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย และได้มีการยอมรับการเจ็บป่วยนั้น รวมทั้งการตายที่กำลังจะมาเยือน โดยแสดงให้เห็นได้จากการปฏิเสธการป้อนหัวใจ ให้ผู้ป่วยจากไปตามสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จะไม่เพิ่มความเจ็บปวดทรมานให้กับผู้ป่วย

“ตายอย่างสงบก็คือว่า ทั้งญาติและคนไข้ในภavnั้นเขายอมรับช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เขาอยากไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การที่เขายอมรับสภาพที่เขาเป็น คนเราพอถึงเวลาที่ต้องตายทุกคน และก็ยอมรับในสภาพที่ว่า โรคของตัวเองที่เป็นอยู่ และที่สำคัญญาติก็ต้องยอมรับได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

ให้ “ครั้งแรกก็รักษาตามอาการแหละนะ พอเหนื่อยก็ใส่ท่อ กินไม่ได้ก็ให้น้ำเกลือ สารอาหารทางเส้นเลือด สุดท้ายพอไม่ไหวจริงๆ ก็คุยกันก็ O.K. ว่าเขายอมรับได้ ไม่ปั๊ม...ก่อนที่เขา (ผู้ป่วย) จะเสียชีวิต ไม่มีการทำกิจกรรมใดๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและก็ให้เป็นไปตามกาลเวลาของเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

4. ไม่มีการยืดชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจว่า การตายอย่างสงบต้องไม่มีการยืดชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อตัวผู้ป่วยและญาติมีการยอมรับต่อสภาพหรือการดำเนินของโรคได้ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายจากประสบการณ์ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการจากไปอย่างสงบตามสภาพหรือสภาวะที่เจ็บป่วย ไม่ต้องการยืดชีวิตหรือสภาวะการเจ็บป่วยให้ยาวนานออกไปไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหน้าอกกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

“คนไข้ที่ใกล้ตายแล้วจะไม่ให้ช่วยปั๊ม เพราะองค์อัลลอร์กำหนดมาแล้วว่าชีวิตของเรา มีอยู่แค่นี้นะ ถึงเวลาแล้วที่พระองค์ท่านจะมาเอาเราเพราะท่านให้ชีวิตเรามา ถึงเวลาแล้วที่เราจะกลับไปสู่อ้อมอกของเขา ส่วนมากแล้วคนไข้ที่ตายอย่างสงบ เขา (คนไข้) ไม่ค่อยให้พามาโรงพยาบาลและไม่ค่อยให้ปั๊มหรือทำอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ในภavnนั้นเขา (คนไข้) ยอมรับช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้เครื่องมือ อย่างเช่น การ CPR การใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ตรงนั้นเขาปฏิเสธการรักษา เขาอยากไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

5. ไปด้วยครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า การตายอย่างสงบ หมายถึง การตายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และใกล้ตายได้มีโอกาสอยู่ท่ามกลางครอบครัว คนที่รัก และญาติ ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ เป็นส่วนตัว ซึ่งอาจจะเป็นในหอผู้ป่วย หรือบ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใกล้ตายรู้สึกดีและมีความสุขก่อนจากไป

“การตายอย่างสงบ คือ เขา (คนที่กำลังจะตาย) ได้เจอ ได้พูดคุยกับคนที่เขารัก ก็จะมีรู้สึกดีมีความสุข ในระยะบั้นปลายชีวิตของเขา... ได้อยู่ในมุมที่สงบ และให้ญาติ

ดูเลอย่างใกล้ชิด โดยไม่จำกัดคนเยี่ยม เปิดโอกาสให้เขาได้อยู่กับครอบครัวของเขาอย่างเต็มที่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การตายอย่างสงบ ถ้าเกิดว่าเป็นความคิดของน้อง (พยาบาล) น้องนั้นอยากให้เราพาหลบ (กลับ) บ้าน เพราะว่าถ้าเราจะตาย เราอยากตายที่บ้าน ถ้าเลือกได้ มีลูก มีพ่อแม่ อยู่เคียงข้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การตายอย่างสงบ เป็นการตายที่มีการเตรียมการตาย ซึ่งในการเตรียมการตายนั้น ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ตัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่ควรมีโอกาสในการเตรียมตัวสำหรับการตายของตัวเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหมดห่วงและพร้อมที่จะจากไป เช่น การได้ทำในสิ่งที่ต้องการจะทำและได้ทำเสร็จเรียบร้อยก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต การได้ทำบุญก่อนจากไปและการได้สั่งลาครอบครัวและญาติ เป็นต้น

“การตายอย่างสงบ เหมือนกับเขา (คนไข้) ต้องการทำอะไรแล้วเขาได้ทำในสิ่งๆ นั้นแล้ว คือ ไม่ต้องมานั่งพะวงพะวงว่ายังมีห่วงอยู่ข้างหลัง สิ่งนี้ คือ สิ่งที่ฉัน (คนไข้) ยังไม่ได้ทำสิ่งนี้คือสิ่งที่ฉัน (คนไข้) ต้องการอยู่ แต่ถ้าเกิดว่าได้ทำทุกอย่าง ได้ทำสิ่งที่เขาต้องการทุกอย่างแล้ว พี่ว่าก็น่าจะหมดห่วง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เค้า (คนไข้) ได้เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการทำบุญอะไรก่อนที่เค้าจะตาย... อาจจะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คือเขา (คนไข้) พร้อม เขาสั่งเสียทุกคน เขาเตรียมอะไรของเขาไว้ทุกอย่าง และเขาก็แบบว่าเป็นคนที่คอยปลอบญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

สรุปการตายอย่างสงบตามความเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมในการศึกษานี้ เป็นการตายที่ผู้ป่วยและญาติยอมรับการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยที่ใกล้จะมาถึง ไม่มีการซื้อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในความทุกข์ทรมาน ก่อนตายผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมสำหรับการตายของตัวเองและได้อยู่กับครอบครัวหรือคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ รวมถึงการได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ พบความหมายของประสพการณ์จำนวน 13 กลุ่มความหมาย และสะท้อนความหมายในโลก 4 โลก ดังในตาราง 3

ตาราง 3

แสดงกลุ่มความหมายจากประสพการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 โลก ($n = 10$)

ประสพการณ์พยาบาลอธิบายด้วยโลก 4 โลก	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของตัวเอง		
1. มีความเมตตา อ่อนโยน	9	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10
2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง	3	1, 5, 9
3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต	3	1, 2, 7
โลกของความสัมพันธ์		
1. ดูแลเสมือนญาติ	4	1, 5, 6, 2
2. ดูแลอย่างที่เขว่าเป็นมนุษย์	7	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10
3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา	7	1, 4, 5, 6, 8, 9, 10
4. ดูแลอย่างยึดหยุ่น	6	1, 2, 5, 6, 8, 9
5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย	4	2, 8, 9, 10
6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
โลกของสถานที่		
1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว	4	1, 8, 9, 10
2. ดูแลอย่างใกล้ชิด	5	1, 2, 5, 7, 10

ตาราง 3 (ต่อ)

ประสบการณ์พยาบาลอธิบายด้วยโลก 4 โลก	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของเวลา		
1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง	5	1, 2, 5, 6, 8
2. ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5	1, 2, 5, 9, 10

โลกของตัวเอง

โลกของตัวเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อตัวเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของตัวเอง มีจำนวน 3 กลุ่ม ความหมาย คือ 1) มีความเมตตา อ่อนโยน 2) รู้สึกมีคุณค่า และภูมิใจในตัวเอง และ 3) เข้าใจความเป็นไปของชีวิต ดังนี้

1. มีความเมตตา อ่อนโยน

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเมตตาและอ่อนโยนต่อผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสงสาร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้ข้อมูลจึงให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล แสดงออกโดยการพูดคุยและการสัมผัส เช่น การจับมือ เป็นต้น เป็นการให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

“น้องรู้สึกสงสารเขา ไม่อยากให้เขาเจ็บหรือว่าทรมานอยากให้เขาไปอย่างสบาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เราเข้าใจ ใส่ใจดูแลเขา คนไข้ที่กำลังจะจากไปมีการ on monitor การให้ข้อมูลญาติก็สำคัญ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็จับมือ พูดกันทุกวัน ถึงแม้ว่าแกไม่รู้สึกนะ ก็คือ พอเรามารับเวรนะ ก็จะเข้าไปทักว่า “พี่ เพลอม่้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“การที่เราดูแลคนไข้ ทำทุกอย่างให้คนไข้อย่างนุ่มนวล ดูแลให้ดี ให้ความสุขสบายของคนไข้ พี่ก็ว่ามันเป็นส่วนหนึ่งในการให้กำลังใจคนไข้ด้วย ก็เวลาการให้กำลังใจคนไข้ ก็คือ ไปพูดคุยกับเขา จับมือ แบบว่าให้ความสำคัญกับเขาตอนนั้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภูมิใจในตัวเองจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความตั้งใจ จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แม้บางครั้งต้องขอมสละเวลาของตัวเอง ปฏิบัติงานด้วยความเหนื่อยล้าก็ตาม เมื่อได้อินคำขอบคุณจากญาติและผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกภูมิใจในงานของตัวเองและอยากทำงานต่อไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“แบบเรื่องเหนื่อยๆ ที่เราได้ทำไปนั้น มันเหนื่อยมากเลยแต่พอเราได้ฟังคำขอบคุณจากญาติความเหนื่อยก็หายไปเลย ถ้าเราทำคืออะไรกับใครแล้วเราทำด้วยใจจริงๆ นั้นรู้สึกว่ามันมีคุณค่าและภูมิใจในการทำงานที่ได้ทำตรงนี้”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ใช่มันรู้สึกดี รู้สึกภูมิใจ ต่อให้คนอื่นเขาว่า เสียเวลากับ เคส (case) นั้นจริงเลย คุยอยู่ได้ตั้งสองสามชั่วโมง แต่มันรู้สึกดีซะ ก็ไม่เป็นไร งานที่จะช้านิดก็ไม่เป็นไร”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“พอนึกถึงตอนที่แม่เขาเสียชีวิต เขา(ญาติ) ก็มาขอบคุณเรา เราก็รู้สึกว่าเคสนี้เขาก็คงรู้สึกดีนะ เพราะว่าก่อนหน้าที่เราได้ให้กำลังใจเขาได้คุยกับเขาแบบว่าเป็นเพื่อน คอยปลอบคอยอะไอย่างนี้ พี่ว่า มันรู้สึกภูมิใจ แล้วมันจะทำให้เรามีแรงที่จะใช้สิ่งเหล่านี้ในการที่จะทำงานต่อนะ”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าใจชีวิตของมนุษย์มากขึ้น โดยเข้าใจว่าทุกชีวิตมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายไปได้ สิ่งสุดท้ายที่คงเหลืออยู่เมื่อเราเสียชีวิตไปแล้วคือ ความดี ดังนั้นต้องเตรียมตัวเองก่อนที่จะประสบกับความตายในวันข้างหน้า ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

เหลือ

“เมื่อเห็นคนไข้ที่ใกล้ตายก็นึกถึงตัวเราว่าวันหนึ่งเราก็ต้องไป นึกไว้ว่าเวลาที่
อยู่เราต้องทำความดี ทำตัวให้มีประโยชน์มากที่สุด พอวันหนึ่งเราตายแล้วอะไรๆ
เราก็ไม่สามารถเอาไปได้ คงเหลือไว้แต่ความดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“มันทำให้เราเข้าใจชีวิตมากขึ้น ว่าเรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา และก็ตัว
เราเองก็ไม่ควรจะยึดติดเพราะว่าสุดท้าย บั้นปลายของชีวิตของเรา ก็คือ ความตาย
เหมือนกับว่าทำให้เรามองเห็นสังขารของชีวิตมากขึ้น และตัวเราเองก็ต้องเตรียม
ตัวด้วย เหมือนกับว่าเราเองก็ไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไหร่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

โลกของความสัมพันธ์

โลกของความสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลมีเกี่ยวกับการปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่มีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของความสัมพันธ์ มีจำนวน 6 กลุ่มความหมายคือ 1) ดูแลเสมือนญาติ 2) ดูแลอย่างที่เขาคือมนุษย์ 3) ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา 4) ดูแลอย่างยึดหยุ่น 5) ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย และ 6) ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ดังนี้

1. ดูแลเสมือนญาติ

ผู้ให้ข้อมูลจะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเสมือนผู้ป่วยเป็นญาติ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยและให้การดูแลเป็นอย่างดีจนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ดังนี้

“ขอบคุณมากที่ดูแลแม่เขาคิดตั้งแต่ตอนแรกจนถึงตอนนี้ ดูแลเหมือนกับเป็นญาติของเขา ประมาณว่าดูแลดีมาตลอด เขาบอก (บุตรของผู้ป่วย)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ใช้ก็ดูแลเหมือนกับเป็นญาติเรา (พยาบาล) คนหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เรา (พยาบาล) ก็ดูแลตามที่เราคิด หากคนไข้คนนั้นเป็นญาติเรา เราจะต้องทำ
 ยังไง ส่วนใหญ่ก็คิดถึงว่าเป็นญาติเรา ก็คือจะทำเหมือนกับเป็นญาติเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2. ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตตลอดเวลาทั้งขณะที่ยังมีชีวิต
 อยู่ จนใกล้ตายและตายในที่สุด ให้การดูแลโดยเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยจะ
 เสียชีวิตแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลก็ต้องกระทำเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่าง
 สงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

“ส่วนมากที่เจอก็รู้สึกตัวแต่ coma score ก็ต่ำๆ หหมดแล้ว แต่บาง case เราเรียก เรา
 ปลุกก็มีเสียงในลำคออย่างเดียว แต่ไม่ได้ลืมตาเหมือนคนปกติ แต่ก็รับรู้ได้ว่าเขา
 ยังรู้สึกตัวแต่ไม่ได้ส่งเสียงออกมา คือ เขาไม่สามารถทำแบบคนปกติได้ แต่ก็ต้อง
 ให้การดูแลเหมือนคนไข้ปกติทั่วไปที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่ NR (Non resuscitate)
 แล้วเราจะไม่สนใจก็ไม่ใช่ เราต้องให้การดูแล บางครั้งอาจต้องดูแลมากกว่าคนไข้
 ปกติด้วยซ้ำ ถ้าเขามีปัญหาอะไรๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“แล้วเราก็ care of dead ให้เขาเหมือนเขายังมีชีวิตอยู่ ทำอะไรก็ให้การพยาบาล
 อย่างนุ่มนวล มีอะไรก็บอกญาติบอกคนไข้ว่าจะทำอย่างนี้ให้นะ ก็ให้การพยาบาล
 เหมือนเขากำลังรับรู้ว่าเขายังไม่เสียชีวิต อันนี้สำคัญนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

การพยาบาลผู้ป่วยที่เสียชีวิตเสมือนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลต่อ
 ผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ต้องมีการปิดม่านเพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวผู้ป่วย ตามความเชื่อของหลักศาสนาอิสลาม
 เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตวิญญาณจะออกจากร่างและยังรู้สึกต่อการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น การกระทำ
 ทุกอย่างต่อศพผู้ป่วยต้องทำด้วยความมิดชิด ไม่มีการเปิดเผย กระทำเสมือนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่และเคารพ
 ให้เกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 กล่าวไว้ว่า

“ให้เกียรติเขา(ผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว) เคารพเขา... เคารพความเป็นมนุษย์”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7)

3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายทุกศาสนาอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะนับถือศาสนาอิสลามแต่ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่นับถือศาสนาอื่นได้โดยไม่ลำบาใจ ดังนี้

“เรื่องศาสนาคือเราก็ต้องให้การดูแลเหมือนกัน ไม่ว่าจะศาสนาพุทธหรืออิสลาม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ไม่ลำบาใจนะ ก็ยอมรับได้ทั้งสอง(การดูแลผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ไม่ได้รู้สึกลำบาใจ ไม่ได้รู้สึกตะขิดตะขวงใจ ไม่ได้รู้สึกว่ามันเป็นอะไรที่ลำบา ลำบามาก ดูแลคนไข้เหมือนกันทุกศาสนาเท่าเทียมกัน เหมือนๆ กันไม่ได้แยกศาสนา ทุกคนเท่าเทียมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

4. ดูแลอย่างยืดหยุ่น

ในการปฏิบัติงานย่อมมีกฎระเบียบและหลักการเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ในบางครั้งเราต้องมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานไม่แข็งเกินไปหรือหย่อนจนเกินไป พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีหลักในความยืดหยุ่น โดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งไม่มีโอกาสรักษาให้หายเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจจะไม่ได้ปฏิบัติตามเนื้อหาวิชาหรือกฎกติกาของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัดตามที่ได้ศึกษามาเพราะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน พยาบาลต้องยึดผู้ป่วยและญาติเป็นหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก่อนตาย มีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม เพราะว่าที่เราจะปิด 2 ทุ่ม ไข่มุขไหม จึงควรเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมได้... ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นจากเดิม เช่น เดียงนึ่ง ฝ้า สองคนเราก็อนุญาต”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้กล่าวถึงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ตาย ทางโรงพยาบาลจะอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ไม่เกินเวลา 20.00 น. แต่สำหรับ

ญาติผู้ป่วยใกล้ตายที่อยู่ไกล บางครั้งเดินทางมาถึงโรงพยาบาลหลังเวลา 20.00 น. พยาบาลก็ควรอนุญาตให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่นเดียวกับการเฝ้าไข้ของญาติ ทางโรงพยาบาลจะจำกัดให้ญาติเฝ้าได้เพียงละ 1 คน แต่สำหรับผู้ป่วยใกล้ตายก็อนุญาตให้เฝ้าได้ 2 คน สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยใกล้ตายที่มีอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลควรอนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ 3-4 คน ดังนี้

“คนไข้ที่มีอาการจริงๆสามสี่คนเราก็ก็นั่งให้เฝ้า เพราะเราถือว่ามันไม่ได้มีทุกเตียงในคือบางครั้งถ้าเค้า (ญาติ) เฝ้าข้างนอก เพราะเค้า (ญาติ) ถือว่าคนไข้ไม่มีอะไร แต่ถ้ามีอาการขึ้นมาจริงๆ อย่างน้อยทุกคนควรอยู่พร้อมกัน เพราะว่าไม่เช่นนั้นก็ต้องมานั่งโทรตามกันอีก บางคนที่อยู่ไกลๆ เค้าก็ลำบากใจ เค้าก็ต้องกลับบ้านกว่าจะได้อีกก็ต้องโทรตามเค้า ดีไม่ดีบางครั้งเค้าก็มาไม่ทัน (ขณะผู้ป่วยเสียชีวิต)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ในส่วนของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจเปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่นได้ตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

“ระยะสุดท้ายไม่ใช่ว่าต้องทรีต (treat) เรื่องยาอย่างเดียว อาจจะมีอาหารเสริม หรือว่ายาที่เขาเคยกินอยู่ เราก็มจะช่วยคุยกับหมอให้ว่ามันโอเคไหม ยาตัวนี้ ถ้าคนไข้จะเอามาใช้ ถ้าเกิดว่าหมอเขาโอเค เราก็มโอเค เราก็มจะช่วยในเรื่องพวกนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ไข้ ก็คือ เราอนุญาตให้เขาทำทุกอย่างคะ ตามความเชื่อของศาสนาเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ความยืดหยุ่นของการดูแลมันต่างกันนะ บางอย่างคนไข้ที่ยังแบบว่าทุกอย่างต้องเต็มที่ บางอย่างเราก็มองสตริก (strict) การผูกมือผูกขี้คนไข้อะไรอย่างนี้ เราก็มจำเป็น แต่ว่าเอ่อ เหมือนคนไข้ที่ญาติยอมรับได้ คนไข้ยอมรับได้ และก็ป็นวาระสุดท้ายของชีวิต พี่ว่าความอะลุ่มอล่วยในการดูแลนั้นจะต่างกัน เหมือนคนไข้ที่ญาติเขาไม่ยอมให้เราไปพลิกไปทำอะไรมาอย่างนี้ พี่ก็โอเคนะกับคนไข้ใกล้ตายคือมันอยู่ที่ความสุขสบายของคนไข้ ความต้องการของเขาทั้งคนไข้และญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้มีการยืดหยุ่นระยะเวลาการรับศพผู้ป่วยกลับบ้าน หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิตต้องสังเกตอาการต่ออีก 2 ชั่วโมง แต่หากเป็นศพของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อจัดการตัวผู้ป่วยเสร็จ ญาติจะขอพาศพผู้ป่วยกลับบ้านก่อนเพื่อนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและให้ญาติของผู้ป่วยกลับมาติดต่อเรื่องเอกสารหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ในภายหลังอีกครั้ง จะต่างกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ บางครั้งการรับศพผู้ป่วยกลับบ้านอาจช้าเกิน 2 ชั่วโมง เนื่องจากไม่พร้อมในเรื่องสถานที่ เช่น วัด หรือไม่พร้อมเรื่องรถที่จะมารับศพผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นต้น

“คือถามว่า บางทีบางอย่างมันก็ต้องมีการตัดแปลงตามวัฒนธรรมของชุมชน บางทีไม่ได้ว่าปะๆ ตามที่เราเรียนมา บางครั้งเราเรียนมา 2 ชม.นะ หลังคนไข้เสียชีวิต จะรับศพหลบได้อะไรแบบนี้ ที่นี้คนไข้อิสลามเสียแล้ว เขาก็จะรีบทำศพ เราก็ต้องตามเค้า (ญาติ) แต่ถ้าพุทธบางทีเค้าก็ 2 ชม. บางคนก็เค้าเสียชีวิตกะอะไรแบบนี้ เราก็ต้องให้อยู่ไว้ก่อนจนถึงเช้า เพราะเขายังไม่ได้เคลียร์วัด เคลียร์อะไรแบบนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ก็นานสุด (ระยะเวลาหลัง dead) ก็คือ เรา care dead ที่นี้เราอาบน้ำเราเปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาดที่นี้ ถ้าตามหลักก็คือต้องไปอาบน้ำที่บ้านให้เร็วที่สุด แต่เหมือนไทยพุทธนี้ก็คือเราไว้ได้ แล้วแต่ว่าญาติเค้าพร้อมตอนไหน เหมือนอย่างบางคนที่เค้าไม่พร้อม เรื่องรถ เรื่องวัด เรื่องอะไรนั้นนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นอกจากมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ พยาบาลยังมีหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้าย รวมถึงการเป็นคนกลางในการประสานความต้องการของผู้ป่วยและญาติกับแพทย์หรือทำบทบาทหน้าที่เป็นปากเสียงแทนผู้ป่วยและญาติและพิทักษ์สิทธิ์ เนื่องจากบางครั้งแผนการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากขึ้นแต่ผู้ป่วยต้องการจากไปอย่างสงบและไม่ต้องการยืดชีวิต แผนการรักษาของแพทย์หรือกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง ญาติอาจไม่ต้องการให้กระทำกับผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“ในส่วนของญาติก็ยังมีบางส่วนที่ยังทำใจไม่ได้ อย่างเช่นว่า ถ้าเกิดคนไข้หยุดหายใจ เขายังต้องการที่จะให้ช่วยชีวิตทั้งๆ ที่คนไข้เขาบอกว่า ไม่ต้องมาช่วยเขาอะไรแล้ว ถ้าเกิดปัญหาแบบนี้ใช้ไหมคะ เราในฐานะที่ดูแลคนไข้เราก็จะเชิญญาติมาคุย และ

พูดถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นแบบนี้ละ ถ้าเกิดคนไข้ต้องการแบบนี้ ในส่วนของญาติจะให้ทำอะไร เราอธิบายให้เขาเห็นภาพ อธิบายการดำเนินการของโรคว่าตอนนี้คนไข้อยู่ในระยะสุดท้ายแล้วถึงแม้ว่าเราจะใส่ท่อ หรือว่าปั๊มหัวใจ หรือว่าให้ยาอะไรต่างๆ มันก็ไม่ตอบสนองแล้ว เพราะว่าระยะสุดท้ายรักษาไม่หาย เราในฐานะเป็นญาติ ควรให้การดูแลซัพพอร์ต (support) ตรงนี้ดีไหม หรือว่าคนไข้ต้องการอะไร เราตอบสนองเขาดีไหม เช่น เขาไม่ยอมทำอะไรญาติก็ควรทำตามคนไข้ๆ จะได้ไปแบบสงบโดยไม่ต้องมาวิตกกังวล แต่ที่เคยเจอ พอเราอธิบายญาติแบบนี้ ญาติเขารับได้ทุกคนเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“บางทีแผนการรักษาของหมอเขาก็เข้าๆออกๆ เหมือนบางที ญาติเขาไม่ยอมให้ทำอะไรแล้ว หมอก็อยากจะเจาะเลือดขึ้นมา เราก็ต้องเป็นตัวสื่อกลางให้ญาติว่าหมอเขาจะทำแบบนี้ญาติเขาจะโอเคไหม บางทีเขาไม่ยอมให้ทำแต่เขาไม่กล้าบอกหมอ เราก็ต้องเป็นตัวสื่อกลางที่จะคอยบอก บางคนเขากลัวว่าถ้าไม่ให้ทำ แล้วหมอเขาจะไม่รักษาจะไม่ให้อยู่ต่อ บางคนเขาแค่ต้องการอยากให้แม่เขาเสียชีวิตอยู่ที่วอร์ดอะไรอย่างนี้ แต่ว่าถ้าไม่ทำอะไรเลยกลัวว่าหมอจะให้กลับบ้าน เราก็ต้องเป็นตัวสื่อกลางระหว่างญาติกับหมออีกครั้งว่ามันไม่ใช่ ถ้าเราไม่ยอมให้ทำเราก็บอกหมอได้ ไม่ได้ว่าจะเร่งรัดแบบว่าให้เขาเอากลับ โดยที่คนไข้ยังใส่เครื่องอะไรอย่างนี้อยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ เนื่องจากศาสนาและความเชื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของตัวเอง เพราะเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“คิดว่ามันจะช่วยให้จิตใจของเขาสงบมากขึ้น อย่างเช่น การรู้จักปล่อยวาง ถ้าเกิดเป็น case ที่ยังพอมีสติใช้ไหม ก็คือว่าได้รู้ว่าสุดท้ายของชีวิต ก็คือ การได้เข้าถึงธรรมชาติครั้งสุดท้ายก่อนที่ตัวเองจะไป ก็คือมีการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานข้างๆ นู มีคนมาอ่านให้ฟัง ถ้าเป็นไทยพุทธก็อาจจะมีพระมาสวด ก็เป็นส่วนหนึ่งของจิตใจที่ช่วยพยุงจิตใจให้ดีขึ้น อาจจะเป็นทางด้านจิตวิญญาณถึงแม้เขาจะไม่อาจรับรู้ได้ แต่คิด

ว่าญาติส่วนที่เหลือเขาคงตั้งใจทำให้กับคนไข้ เขาคงคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สุคนะ
ตอนนี้ไม่ว่าจะเป็นพุทธหรือว่าอิสลามที่เคยดูแลมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ที่ว่าส่วนหนึ่งเค้าได้เตรียมจิตใจของเค้า ก็ก่อนที่เค้าจะตายเหมือนกับอิสลามนี้
คือ ประมาณว่าอิสลามทุกคนเวลาตายแล้วก็จะได้เจอพระเจ้า จึงเป็นการเตรียม
ความพร้อมก่อนที่จะไปเจอพระเจ้าตรงนั้น ว่าเราได้เตรียมอะไรไว้ก่อนแล้ว เหมือน
การทำบุญก็เป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมที่จะไปเจอพระเจ้าตอนที่เรา
ตาย คือคนไข้ส่วนใหญ่พอใกล้ตายเค้าจะรู้ เพราะมันเต็มที่แล้วเค้าไม่ไหวแล้วนะ
ประมาณนี้ ทำให้เค้าไปพบพระเจ้าแบบสบายใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

โลกของสถานที่

โลกของสถานที่ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่
ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้มีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยก
ได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของสถานที่ มีจำนวน 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแล
ในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และ 2) ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนี้

1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

บริเวณที่มีความเหมาะสมในการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ควรจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในบริเวณที่มีความเงียบสงบอาจจะเป็นมุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาส
ให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากสามารถจัดได้ควรทำห้องไว้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้
ตายเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
ร่วมกัน

“โดยจัดให้เขาได้อยู่ในมุมที่สงบและให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด โดยไม่จำกัดคนเยี่ยม
เปิดโอกาสให้เขาได้อยู่กับครอบครัวของเขาอย่างเต็มที่...อาจจะทำเป็นห้อง จัดห้อง
ไปเลยห้องหนึ่งสำหรับคนที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือให้การดูแลแบบ *Palliative
care* ให้ย้ายมาที่ห้องนี้เลย การอยู่เป็นห้องๆ หากจะทำอะไรก็ทำไปเลยเป็นการสะดวก
สำหรับเขาและญาติของเขาด้วย หากเป็นอิสลามเขาจะละหมาดก็มีพื้นที่ในการละหมาด
อะไรแบบนี้ค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“บางเคสที่ว่า *Palliative No tube No CPR* เขาอยากอยู่อย่างสงบ บางคนเค้าก็ว่า
อยากอยู่ห้องพิเศษนะ ก็ให้เข้าห้องพิเศษ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ช่วงสุดท้ายบางที่ส่วนมากมีญาติหลายคนเราก็ให้เขาปิดม่าน ถ้าเขาจะเอาพระมา
สวดก็ได้ ถ้าของมุสลิมเขาจะอ่านคัมภีร์อัลกุรอานรอบๆ เติง เราก็ยินดี เราก็เอื้อ
อำนวยให้เขาปิดม่านอะไรอย่างนี้ เพราะว่าเขาจะได้ด้วยกันเป็นส่วน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. ดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติของผู้ป่วยมาก
ขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไป โดยมีการเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยและญาติมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้การดูแลที่
ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ให้ผู้ป่วยและญาติโดดเดี่ยว ผู้ให้ข้อมูล
สัมผัส ปลอดภัยและให้กำลังใจญาติในช่วงเวลาของการสูญเสีย ดังนี้

“จะให้การดูแลแบบว่าให้ใกล้ชิดกว่าเดิม ญาติเขาต้องการอะไรเราก็ช่วยจัดการให้...
เราดูแลแบบองค์รวมทั้งญาติและคนไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“บาง case ที่ญาติเขาเสียใจ เราก็ต้องเข้าไปปลอบญาติ บางทีก็ต้องหาที่นั่งให้ พามา
นั่ง *support* มีเหมือนกันบาง case พอสุดท้ายจริงๆ ทำใจไม่ได้ ก็มีร้องเหมือน
กัน เราก็จะต้องเข้าไปปลอบหรือว่าบางทีอาจจะให้ญาติที่ใกล้ชิดกับเขาคอยปลอบ
อีกที แต่เราก็จะเอื้อสถานที่ให้ พามาที่นั่งที่โซฟา เปิดพัดลม บางคนที่เป็นลมก็ให้
นอนก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เราก็จะอธิบายญาติเป็นช่วงๆ ว่าตอนนี้สัญญาณชีพคนไข้เป็นอย่างไร คือ เราจะ
อธิบายอยู่ตลอดเลย เราก็ต้องไปดูคนไข้ เราต้องไปดูถี่ขึ้นเพราะคนไข้กำลังจะไป
แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

โลกของเวลา

โลกของเวลา หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในขณะ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งมีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ และสะท้อนในหมวดโลกของเวลา มีจำนวน 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ให้เวลา ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจน กระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เป็นการดูแลความสุขสบายในทุกๆเรื่องที่ตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยโดยมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อกันในแต่ละเวร เพื่อไม่ให้มีการหยุด การดูแลจากพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนแรกหมอและพยาบาล (เวรก่อนหน้า) ใช้อธิบายไว้ก่อนแล้ว ญาติก็รับทราบ รับฟัง ต่อไปพอเรา (พยาบาล) รับช่วงเวรต่อมา เราก็เข้าไปให้ข้อมูลและอธิบาย เป็นระยะๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“หลังจากนั้นเราก็จะคุยไปเรื่อยๆ คุยทุกวันนั่นแหละ คือ เหมือนกับว่าสร้าง สัมพันธภาพ กิจกรรมทางการพยาบาลคือสร้างสัมพันธภาพ คุยทุกวันเท่าที่มีโอกาส เขา(ผู้ป่วยและญาติ) ก็จะเปิดกับเรามากขึ้น ก็จะได้ข้อมูลมากขึ้นและก็จะให้กิจกรรม ได้มากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องคือ ดูแลเขาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งวาระสุดท้ายของ ชีวิต ดูแลความสุขสบายทุกๆ ไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องไหน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ โดยที่ผู้ให้ข้อมูล จัดสรรเวลาหรือสละเวลามาให้การดูแล แม้ว่าพยาบาลจะมีภาระงานยุ่ง โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่วิกฤต ของความตาย ดังนี้

“เราจะต้องอยู่กับเขา (ผู้ป่วยและญาติ) ตลอด ถึงจะยุ่งยังไง เราก็ต้องมาดูแลมอนิเตอร์(monitor) เป็นระยะๆ บอกญาติเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ไม่ใช่ทิ้งเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ใช้ภาระงานมันยุ่งมาก บางอย่างที่เราสามารถผลักให้คนอื่นที่เขาสามารถทำแทนเราได้ เช่น ฉีดยา แจกยา อะไรแบบนี้คือให้คนอื่นทำบางส่วนที่เป็นคนไข้แบบนี้ (ผู้ป่วยใกล้ตาย) เด็กบางคน (พยาบาลรุ่นน้อง) เขาจะไม่กล้าเข้า ก็ต้องเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องเข้าเหมือนบางเคสคนไข้เรียกหาเรา เราก็ต้องเข้าไป นั่นคือเราต้องวางของที่เราทำอยู่ เหมือนเขียน nurse note หรือว่าถ้าคุยกับใครอยู่ หรือมีเคสแต่ยังพอรอได้ก็รอก่อนนะ เคียวไปดูแลคนโน้นก่อน (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ถึงแม้ว่าไม่ได้เข้าไปดูแล เดินผ่านเราก็ต้องเหลียวไปมองซักนิดนึง...เหมือนกับเขา (ผู้ป่วยใกล้ตาย) เราก็ดูแลเหมือนกัน แต่เราก็จะไปดูแลใกล้ชิดมากกว่า คือไปดูแลดีกว่าคนอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

มุมมองการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลไทยมุสลิม ประกอบด้วย 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 4) ไม่มีการยึดชีวิต 5) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง ซึ่งสามารถอภิปรายความหมายการตายอย่างสงบได้ ดังนี้

1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบเป็นการตายที่ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ ไม่มีความเจ็บปวดของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นจากสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือจากการทำหัตถการต่างๆ ทางกายภาพให้ผู้ป่วย เช่น การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น และความไม่ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ ผู้ป่วยไม่มีความกังวล ไม่กระวนกระวาย

มีความสบายใจ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากมุสลิมมีความเชื่อว่าขณะใกล้ตายก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่างกายของผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวด ดังนั้น การปฏิบัติเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพจะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น มุสลิมส่วนใหญ่จะปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) สอดคล้องกับมุมมองของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มองว่าผู้ป่วยควรได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและความไม่สบายต่างๆ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ตายอย่างสงบ (นริสาและคณะ, 2557) และสอดคล้องกับมุมมองของชาวไทยพุทธ ที่พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายต้องการมากที่สุด คือ การจากไปอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (พระไพศาล, 2553; วัฒนา, 2556; Kongsuwan et al., 2010) มุมมองการตายอย่างสงบเป็นการตายที่ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมานและสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของเบคสเตรนและคณะ (Beekstrand et al., 2006) ที่พบว่า การตายอย่างสงบเป็นการได้รับการจัดการความปวดและความไม่สบายต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ใ้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ศาสนาและความเชื่อสอนให้คนยอมรับการตายได้ง่ายขึ้นเพราะการตายเป็นกฎของธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ เช่น ในศาสนาอิสลามจะมีการอ่านยาซีนหรือคัมภีร์อัลกรุอานให้ผู้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า (องค์อัลลอฮ์) ศาสนาพุทธจะมีการเปิดธรรมะให้ผู้ผู้ป่วยฟังหรือนิมนต์พระมาสวดมนต์ให้ฟัง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยแต่ละศาสนาได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในความสงบ สบายใจ ไร้ทุกข์ทรมานอย่างช้าๆ และจากไปอย่างสงบ การปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของอิสลามเป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า เนื่องจากชาวมุสลิมเชื่อว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากองค์อัลลอฮ์ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ซึ่งการอ่านยาซีนและคัมภีร์อัลกรุอานจะทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบลง รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นเนื่องจากมีพระเจ้าอยู่เคียงข้างจนผู้ป่วยจากไป เป็นการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (Tayeb et al., 2010; Iranmanesh et al., 2011) เช่นเดียวกับศาสนาพุทธเชื่อว่าก่อนตายผู้ป่วยจะระลึกถึงบุญกุศลที่เคยสร้างมาและที่ญาติได้ทำให้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบไม่ฟุ้งซ่าน ผลบุญช่วยหนุนให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและได้ไปสู่สุคติ (พระไพศาล, 2553; สิริลักษณ์และคณะ, 2554)

3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองนี้เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามเชื่อว่า การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทุกคนต้องประสบ ดังนั้น ทุกคนต้องยอมรับความเจ็บและการตายให้ได้ เพราะความเจ็บและการตายเป็นความประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ พระองค์เป็นผู้ประทานชีวิตให้มนุษย์ทุกคน สุดท้ายทุกชีวิตต้องกลับไปหาพระองค์ (อิมรอนและอิลี, 2543) สอดคล้องกับการศึกษา มุมมองการตายอย่างสงบในศาสนาพุทธ (Kongsuwan et al., 2010) พบว่า การยอมรับการตายเป็นองค์ประกอบของการตายอย่างสงบ อย่างไรก็ตามได้อธิบายเฉพาะการยอมรับการตายของผู้ป่วยโดย

ครอบครัวของผู้ป่วย ไม่ได้อธิบายในแง่ของการยอมรับการเจ็บป่วยและการตายของตัวผู้ป่วยเอง (Kongsuwan et al., 2010) และมีการศึกษาที่พบว่า หากตัวผู้ป่วยมีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึงจะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการยอมรับด้วยเช่นกัน (กัญญ์ฐิตา, 2554; วัลภา, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศแถบแอฟริกา พบว่าการตายอย่างสงบเป็นการตายที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงผู้ป่วยและญาติ (van der Geest, 2004)

4. ไม่มีการยื้อชีวิต

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบต้องเป็นไปตามสภาพหรือสภาวะที่เจ็บป่วย ไม่ต้องมีการยื้อชีวิตหรือสภาวะการเจ็บป่วยให้ยาวนานออกไปไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหน้าอกกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ภายใต้ความเชื่อของหลักศาสนาอิสลามจะไม่ให้ปั๊มหัวใจ เนื่องจากคิดว่าองค์อัลลอฮ์ได้กำหนดมาแล้วว่าชีวิตของแต่ละคนมีอายุขัยเท่าไร และเมื่อไหร่จะถึงเวลากลับไปหาพระองค์ ดังนั้นการที่เราไปยื้อหรือจู้จี้ชีวิตผู้ป่วยไว้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ในศาสนาพุทธ การตายอย่างสงบเป็นการจากไปที่ไม่ยื้อชีวิตให้ทุกข์ทรมานด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นต้น และการยื้อชีวิตจะทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว (จินต์จุฑา, 2549; วัลภา, 2556) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับมุมมองของพยาบาลไทยพุทธและครอบครัวไทยพุทธที่มองว่าการตายอย่างสงบต้องไม่มีมีการยื้อชีวิตของผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีช่วยชีวิตทั้งหลาย (Kongsuwan, Locsin, & Schoenhofer, 2011; Kongsuwan, et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่นับถือศาสนาอื่นๆ (Hirai et al., 2006; van der Geest, 2004) นั่นคือ ไม่ต้องการยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายเช่นกัน

5. ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ

จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวและคนที่ผู้ป่วยรักในสิ่งแวดล้อมที่สงบก่อนตายจะทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สิ่งแวดล้อมที่สงบอาจเป็นหอผู้ป่วยหรือที่บ้าน ทั้งนี้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามวิถีของมุสลิมจะให้ครอบครัวและญาติพี่น้องมาอยู่กันพร้อมหน้าเพื่อได้สั่งเสียและขอโทษ (มาอัฟ) ซึ่งกันและกัน และญาติจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ตลอดเวลา (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ญาติอาจพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน สอดคล้องกับศาสนาพุทธ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในช่วงใกล้ตายคือครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยรัก ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างโดดเดี่ยว (สิริลักษณ์และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2012) และได้อยู่กับครอบครัวในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และก่อนตายทั้งการตายที่บ้านและโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบด้วยความรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยว (วัลภา, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่

พบว่า การตายอย่างสงบ ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวในระยะใกล้ตาย เป็นการตายที่บ้าน มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้าง (Beckstrand et al., 2006; van der Geest, 2004)

6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบ ก่อนตายผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจหรือต้องการทำ แต่ยังไม่ได้ทำ หรือได้ทำในสิ่งที่ยังค้างคาและไม่เสร็จให้เสร็จ รวมถึงการได้ทำบุญก่อนตาย ผู้ป่วยที่ได้เตรียมการตายของตนเองเป็นการจัดซึ่งสิ่งที่เป็นความกังวลใจให้หมดไปและการทำบุญไว้ก่อนตาย ผลบุญจะส่งผลดีในชีวิตหลังความตาย การศึกษาของนริสา และคณะ (2557) พบว่าผู้ดูแลหลักมุสลิมได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวก่อนตายโดยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาให้ผู้ป่วย เนื่องจากเชื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับผลบุญ และได้ระลึกถึงพระเจ้า ได้อยู่ใกล้ชิดพระเจ้า และระลึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธ (จินต์จุฑา, 2549) และในประเทศญี่ปุ่น (Hirai et al., 2006) นอกจากนี้ของศาสนาคริสต์ ก็มีการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้กล่าวถึงการเตรียมตัวสำหรับการตายที่สมบูรณ์ (Reitjen et al., 2006) ว่าเป็นการตายที่บุคคลได้เตรียมตนเอง เตรียมครอบครัว และมีการทำบุญไว้ก่อนตายและจากการศึกษาของสิริลักษณ์และคณะ (2554) เกี่ยวกับการตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ อธิบายไว้ว่าการทำบุญเพื่อสะสมบุญก่อนตายทำให้ผลบุญที่สะสมไว้ช่วยหนุนนำให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและไปสู่สุคติที่ดี

จากการอภิปรายผลแสดงให้เห็นว่ามุมมองการตายอย่างสงบตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลไทยมุสลิมทั้ง 6 องค์กรประกอบนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการตายอย่างสงบที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลไทยพุทธและครอบครัวไทยพุทธในหลายๆ องค์กรประกอบ รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ แต่จะมีความแตกต่างกันบ้างเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาในระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

อภิปรายผลประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบของพยาบาลไทยมุสลิม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ พบความหมายของประสบการณ์จำนวน 13 กลุ่มความหมาย และสามารถสะท้อนความหมายในโลก 4 ใบ (ดังในตาราง 3) ดังนี้

โลกของตัวเอง

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม สามารถสะท้อนในหมวดโลกของตัวเองได้ 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) มีความเมตตาอ่อนโยน 2) รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง และ 3) เข้าใจความเป็นไปของชีวิต สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. มีความเมตตา อ่อนโยน

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความรัก มีความเมตตาต่อผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน มีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยใกล้ตายที่มีอาการเจ็บปวดทรมานหรือไม่สุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) และสุมาลี (2552) พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นการดูแลที่พยาบาลต้องมีความรัก ความเมตตา ความเข้าใจ และความสงสารต่อผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในภาวะใกล้ตายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือใครสักคนที่เข้าใจเขาและให้ความเอาใจใส่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ นอกจากนี้ ทักษิณี (2553) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากที่สุด พยาบาลต้องแสดงออกถึงความมีเมตตา มีความรัก ความอ่อนโยนต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ายังมีคนที่คอยให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เคียงข้าง ซึ่งสามารถประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี บางครั้งไม่จำเป็นต้องพูดแต่พยาบาลสามารถสื่อความเมตตาและอ่อนโยนด้วยการสัมผัส เช่น การจับมือ การกอด เป็นต้น

2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยมีการจากไปและเป็นการจากไปอย่างสงบ ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลของการดูแลที่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรพรรณและคณะ, 2554) พบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมตามมาตรฐานของพยาบาลและให้ความสำคัญในการดูแลญาติจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ มีความภาคภูมิใจที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไทยพุทธในการดูแลผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตอย่างสงบในหอผู้ป่วยหนัก (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาลมีความสุขและมีความภาคภูมิใจในการทำงาน เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสร (2554) ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ

3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต ว่าทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย จากการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่า 5 ราย แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นและการเผชิญกับความตายของบุคคลจำนวนมากมีผลต่อตัวผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเข้าใจการตายและยอมรับต่อการตายได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่ยอมรับการตายได้เตรียมตัวเองก่อนตาย เช่นเดียวกับหลักศาสนาอิสลามจะน้อมนำให้ทุกคนยอมรับกับความตายตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติตามหลักศาสนาจะส่งผลให้ตายอย่างสงบ (อิมรอนและอลีย์, 2543) และจากการศึกษาของจินต์จู้ทา (2549) ศึกษาการตายดีของผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่าผู้สูงอายุได้สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับความตายว่าเป็นความจริงที่ทุกคนต้องเผชิญ และได้มีการบอกกล่าวลูกหลานให้เตรียมพร้อมสำหรับการตายในวันข้างหน้าเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

โลกของความสัมพันธ์

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม สามารถสะท้อนในหมวดโลกของความสัมพันธ์ได้ 6 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลเสมือนญาติ 2) ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์ 3) ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา 4) ดูแลอย่างยึดหยุ่น 5) ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย และ 6) ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ดูแลเสมือนญาติ

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติของตนเอง ทำให้เกิดการดูแลที่จริงใจและเต็มที่ในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย (สุภัสสร, 2554) พยาบาลให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า “เหมือนกับผู้ป่วยเป็นญาติ” การดูแลผู้ป่วยเหมือนกับผู้ป่วยเป็นญาติของพยาบาลจะทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการได้ถูกต้อง ให้ความรัก กำลังใจ และความผูกพันจากคนรักหรือญาติจะทำให้เกิดความเห็นใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่าพยาบาลไอซียูไทยพุทธ ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับพยาบาล จึงให้การดูแลที่ทุ่มเทเต็มที่และดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตายอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยหัวใจ ดูแลเสมือนเป็นญาติของพยาบาล

2. ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ก่อนตาย ขณะตาย และหลังการตายด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้ว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิตก็ให้การดูแลเหมือนคนเป็น สิวลี (2549) กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมองค์รวม จากการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความสำคัญในสิทธิของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งก่อนและหลังเสียชีวิต โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาลไอซียูไทยพุทธมีการส่งเสริมการตายอย่างสงบ โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างที่เขาเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้ว กระทำโดยมีการแสดงความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิต มีการขอโอโหสิกรรม ทำความสะอาดร่างกายและแต่งกายใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม และมีการแต่งหน้าให้กับผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิต พร้อมทั้งใส่ดอกไม้ไว้ในมือ สำหรับในกลุ่มของผู้ป่วยมุสลิม มีการดูแลให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยให้พยาบาลหรือญาติผู้ป่วยที่เป็นเพศเดียวกัน นับถือศาสนาเดียวกัน ทำความสะอาดร่างกายและใส่เสื้อผ้าให้กับผู้ป่วยมุสลิมที่เพิ่งเสียชีวิต (Kongsuwan & Locsin, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยสุภัสตรา (2554) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า พยาบาลมีการดูแลเหมือนศพยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น โดยปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยนและนุ่มนวล นอกจากนี้ การส่งเสริมการตายอย่างสงบ โดยมีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและหลังตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของไฮไรและคณะ (Hirai et al., 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น พบว่าการตายอย่างสงบเป็นการคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทุกศาสนาอย่างเท่าเทียมกัน ในความความเข้าใจของบุคคลทั่วไปอาจคิดว่าพยาบาลไทยมุสลิมไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอื่นได้จากปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และสังคม บุคคลที่ให้การดูแลอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบภายใต้ปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งบุคคลที่รับรู้อาณาและวัฒนธรรมเช่นใดก็จะมีผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่รับรู้ (กิตติกร, 2555) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลไทยมุสลิมไม่มีความยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณและลือคชิน (Kongsuwan & Locsin, 2009) พบว่าพยาบาลไทยพุทธมีการส่งเสริมการตายอย่างสงบได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะนับถือศาสนาใด ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาของ สุภัสตรา (2554) เนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย มีความรู้ศึกษาด้านลบในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกสงสารผู้ป่วยจากการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมได้ เนื่องจากไม่มีความรู้ ความเข้าใจและความศรัทธาร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร์และอวยพร (2556) พบว่าการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ด้านสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบ

พยาบาลกับผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันมาก ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาความรู้และศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

4. การดูแลอย่างยืดหยุ่น

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ของผู้ป่วยอย่างยืดหยุ่น การดูแลอย่างยืดหยุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่ยืดหยุ่นและญาติของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล และเป็นการดูแลภายใต้หลักของการดูแลแต่ละบุคคล (individual care) ที่ไม่มีสูตรสำเร็จ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองความต้องการหรือได้ทำในสิ่งที่ปรารถนา (เต็มศักดิ์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนริสาและคณะ (2557) ที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลยืดหยุ่นการดูแลโดยอนุญาตให้ญาติมุสลิมได้ดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การให้ผู้ป่วยกินอาหารเสริม หรือยาที่ผู้ป่วยเคยกินอยู่ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีการยืดหยุ่นเกี่ยวกับจำนวนญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยม โดยเปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยและดูแลด้านจิตวิญญาณตลอดในช่วงใกล้ตาย สอดคล้องกับการปฏิบัติของพยาบาลไทยพุทธในการส่งเสริมการตายอย่างสงบในการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011)

5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตายอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับแพทย์ ระหว่างญาติกับทีมพยาบาล และระหว่างผู้ป่วยกับญาติ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่าในการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ พยาบาลไทยพุทธได้แสดงบทบาทของการเป็นผู้ประสานงานหรือเป็นตัวกลางให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ทีมดูแล และญาติของผู้ป่วย เพื่อให้มีการร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของไวท์และลักค์ (White & Luce, 2004) ที่พบว่าพยาบาลช่วยให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างแพทย์กับญาติในการดูแลผู้ใกล้ตาย จึงกล่าวได้ว่าการประสานงานเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร, 2555)

6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

การตายอย่างสงบของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับศาสนาและความเชื่อ (Granda-Cameron, & Houldin, 2012) จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของแต่ละบุคคลทั้งไทยมุสลิมและไทยพุทธ เช่น

ให้ญาติอ่านบทสวดมนต์ (ยาซีน) ให้ผู้ป่วยฟัง หรือเปิดเทปให้ฟัง แต่ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นคนอ่านให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนริสาและคณะ (2557) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลักมุสลิมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ในส่วนของไทยพุทธจะมีการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบพระ ทำบุญ เป็นต้น สอดคล้องกับมุมมองของครอบครัวไทยพุทธจะมีการสวดมนต์ การกระซิบเบาๆ ข้างหูส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (Kongsuwan et al., 2012) และการศึกษาของสิริรัตน์และคณะ (2554) กล่าวถึงการใช้บุญหนุนนำเพื่อการตายอย่างสงบและไปสู่สุคติ ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยและญาติจะมีการทำบุญเพิ่มขึ้นผลบุญจะช่วยดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้มีความสุขและเมื่อเสียชีวิตได้ไปสู่สุคติที่ดี สมาชิกในครอบครัวก็มีความสุข จึงกล่าวได้ว่าศาสนาและความเชื่อมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้ตายอย่างสงบ

โลกของสถานที่

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิมสามารถสะท้อนในหมวดโลกของสถานที่ได้ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และ 2) ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการจัดสถานที่ที่ใช้ในการดูแลให้มีความเงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาพร้อมกัน ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด เช่น การอ่านยาซีน(เป็นบทสวดในคัมภีร์อัลกุรอาน) ของญาติผู้ป่วยไทยมุสลิม การละหมาด เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยมุสลิมบางรายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเท่านั้น (Luna, 2002) ในส่วนของศาสนาพุทธจะมีการนิมนต์พระมาสวดมนต์ เป็นต้น สถานที่ที่สงบอาจเป็นห้องพิเศษ หรือมุมใดมุมหนึ่งของตึกที่สงบและเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) และการศึกษาของคองสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบและมีความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกร่วมกัน ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของบาร์ฮาม (Barham, 2003) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยสามัญเกี่ยวกับการจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว โดยการกั้นม่านรอบเตียงผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีห้องเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าไม่สามารถป้องกันการรบกวนได้ จากการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) ได้กล่าวถึงการจัดสถานที่ให้มีความเงียบสงบโดยการกั้นม่านไม่สามารถป้องกันการรบกวนจากเตียงข้างเคียงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสรา (2554) ที่ต้องการการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

2. ดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการเข้าไปอยู่ด้วยกับผู้ป่วยและญาติที่เตียงผู้ป่วย ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยวในขณะที่กำลังจะเสียชีวิตหรือแยกจากบุคคลที่รักไป มีการปรับประคองจิตใจญาติ ดูแลเอาใจใส่ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรพรรณและคณะ, 2554) ซึ่งการดูแลญาติอย่างใกล้ชิดส่งผลให้ญาติสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยและผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และจากการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) อธิบายว่าในสถานที่ของการดูแลอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการพยาบาลอยู่ด้วยกับผู้ป่วยและญาติ ภายใต้บรรยากาศของการดูแลกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009; McKiernan & McCarthy, 2010) การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและการศึกษาในไทย สุภัสสรา (2554) พบว่าในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการ การดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว เพื่อการปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยมุสลิมบางรายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเช่นกัน (Luna, 2002)

โลกของเวลา

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม ซึ่งสะท้อนในหมวดโลกของเวลาได้ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 2) ให้ความเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่หยุดการดูแล จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่า พยาบาลไทยพุทธมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ แม้ว่าแพทย์จะยุติการรักษา แต่พยาบาลจะยังไม่หยุดการดูแล ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คูสิต (2552) ได้แนะนำเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยรายกรณี การดูแลผู้ป่วยรายโรค การให้ความรู้ในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยทีมสุขภาพ และการปรับระบบข้อมูลสารสนเทศให้เชื่อมโยงกับจุดบริการต่างๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ซึ่งกิตติกร (2555) ได้กล่าวถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลจากสถานบริการสุขภาพหลายระดับ จากอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยบุคลากรและทีมสุขภาพที่มีความชำนาญและเชี่ยวชาญมากขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (เต็มศักดิ์, 2552; Lynn, Chaudhry, Simon, Wikinson, & Schster, 2007)

2. ให้ความเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้เวลาหรือให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ทั้งช่วงเวลาก่อนตาย ขณะตาย และหลังการตาย สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาลไทยพุทธได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเวลาสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการตาย เพราะถือว่าเป็นโอกาสสุดท้ายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุด ให้การดูแลที่ดีที่สุด ภายใต้อำนาจหน้าที่พยาบาลมี เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เนื่องจากพยาบาลมีความคิดว่าเวลาของการดูแลไม่สามารถหวนกลับมา เช่นเดียวกับชีวิตของผู้ป่วย (Kongsuwan & Locsin, 2010) ดังนั้น เวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีคุณภาพและดีที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนกระทั่งตาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้มี 2 วัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่ออธิบายการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม และ 2) เพื่ออธิบายความหมายประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพยาบาลไทยมุสลิม จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 ผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนดไว้ และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มานเนน (van Manen, 1990) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 10 ราย เป็นพยาบาลเพศหญิงทั้ง 10 ราย มีอายุระหว่าง 25 ปี ถึง 45 ปี อายุเฉลี่ย 33 ปี ทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม ได้รับการศึกษาจบระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ทั้ง 10 ราย มีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดมาก 1 ราย เคร่งครัดระดับปานกลาง 8 ราย และไม่เคร่งครัดในหลักคำสอน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานเป็นพยาบาลมานาน 2-5 ปี จำนวน 2 ราย มีประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ในการทำงาน 11-15 ปี จำนวน 3 ราย และมีประสบการณ์ในการทำงานนาน

16-20 ปี จำนวน 2 ราย โดยมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ยคนละ 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ 1-5 คน จำนวน 3 ราย มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ 6-10 คน จำนวน 2 ราย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตายอย่างสงบจำนวน 10 คนขึ้นไป มีจำนวน 5 ราย โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบเฉลี่ยคนละ 9 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา โดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 ราย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 2 ราย มีผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 ราย ไม่เคยผ่านการเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จำนวน 8 ราย มีผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านการประชุม/สัมมนา/อบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 4 ราย ไม่เคยผ่านการประชุม/สัมมนา/อบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 6 ราย และผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือคนรัก จำนวน 9 ราย ในจำนวนนี้ เป็นการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 7 ราย ดังตาราง 1

ตาราง 1

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลไทยมุสลิมที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ($n = 10$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ		ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ (ราย)	
หญิง	10	($\bar{X} = 9$)	
ชาย	-	1 - 5	3
		6 - 10	2
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 33$)		10 รายขึ้นไป	5
25 - 35	6	ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	
36 - 45	4	ชุมชน	8
		มหาวิทยาลัย	2
ระดับการศึกษา		ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	
ปริญญาตรี	10	หอผู้ป่วยอายุรกรรม	10
ปริญญาโท	-	หอผู้ป่วยศัลยกรรม	-
		เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน	
ความเคร่งครัดในหลักศาสนา		หลักสูตรพยาบาลศาสตร์	
เคร่งครัดมาก	1	เคย	2
เคร่งครัดปานกลาง	8	ไม่เคย	8
ไม่เคร่งครัด	1	ประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแล	
		ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี) ($\bar{X} = 10$)		เคย	4
2 - 5	2	ไม่เคย	6
6 - 10	3	ประสบการณ์สูญเสียบุคคลใกล้ชิด	
11 - 15	3	มี	9
16 - 20	2	ไม่มี	1

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการตายอย่างสงบ และ ประสิทธิภาพของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ จะนำเสนอรายละเอียด ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัดสงขลา โดยผู้วิจัยได้กำหนดรหัสหมายเลขของผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 จนถึงผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ซึ่งแต่ละคนมีรายละเอียดของข้อมูล ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อายุ 25 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามในระดับปานกลาง จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 3 ปี มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 3 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตาย และไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ให้ความสนใจในการดูแล ผู้ป่วยทุกศาสนา มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตาย มีความเชื่อศรัทธาในหลักศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามวันสำคัญทางศาสนาบ่อยครั้งและให้โอกาสผู้ป่วยทุกคนได้ปฏิบัติตาม ความเชื่อและศรัทธาในหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 36 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาล ชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลเทคนิค 10 ปีมีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพมา 5 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 5 ราย ไม่เคยเข้ารับ การประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคล ใกล้ชิดซึ่งเป็นลูกพี่ลูกน้อง มีความเชื่อศรัทธาในหลักศาสนาอิสลามและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามวันสำคัญทางศาสนาบ่อยครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อายุ 25 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของ ศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 3 ปี มีประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 3 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ประารถนาให้ผู้ป่วย ทุกคนที่ตนเองให้การดูแลรวมทั้งผู้ป่วยใกล้ตายไม่มีความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 อายุ 29 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 6 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวน 4 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดคือคุณตา ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 มีอุปนิสัยมีความเป็นส่วนตัวสูง มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย ยอมสละเวลาส่วนตัวในการดูแลผู้ป่วยเช่น ช่วงเวลาพักกลางวัน หรือหลังส่งเวรเสร็จจะกลับหลังคนอื่น ๆ เป็นต้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและสามารถให้คำแนะนำพยาบาลรุ่นน้องในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้เป็นอย่างดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 อายุ 37 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 14 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 10 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดคือคุณปู่ คุณย่าและคุณลุง มีความเสียสละเวลาส่วนตัวในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เช่น หากมีเวลาว่างจะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้ตายในช่วงเวลาพักกลางวัน หรือหลังจากปฏิบัติงานในเวรเสร็จก็จะลงเวรหลังคนอื่น ๆ เป็นต้น รวมทั้งการมาหาผู้ป่วยนอกเวลาการปฏิบัติงาน และมักใช้การสัมผัสในการสื่อถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการกอด การจับมือ เป็นต้น นอกจากนี้ให้กำลังใจผู้ป่วยแล้วผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกดีในการดูแลผู้ป่วยด้วย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อายุ 35 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 13 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 10 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นคุณตาและคุณย่า ให้ความสนใจผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกศาสนา และมีความปรารถนาให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 อายุ 40 ปี เคารพและศรัทธาในหลักศาสนาอิสลาม แต่ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ไม่ค่อยมั่นใจในการปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติไปถูกต้องตามหลักศาสนาหรือไม่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงาน

ในตึกอายุรกรรมชายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 17 ปี เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 20 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 3 ครั้ง เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณลุง

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 อายุ 30 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามอยู่ในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 8 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 10 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณทวด มีความปรารถนาให้ผู้ป่วยทุกคนที่ตนเองให้การดูแลจากไปอย่างสงบ บางครั้งยอมสละเวลาอันเป็นส่วนตัวเพื่อไปช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน นอกเหนือเวลาการทำงาน มีความยินดีในการให้การดูแลผู้ป่วยทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 อายุ 40 ปี มีความเคร่งครัดมากในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 17 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบจำนวนมากกว่า 10 ราย เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย 1 ครั้ง เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นหลาน เป็นคนอ่อนไหวต่อความรู้สึก โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความสงสารญาติผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องจากไป ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและปรารถนาให้ผู้ป่วยใกล้ตายที่ตนเองให้การดูแลจากไปอย่างสงบ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 อายุ 30 ปี มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามในระดับปานกลาง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชายโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมา 8 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบประมาณ 6 ราย ไม่เคยเข้ารับการประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นคุณยาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 มีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยปรารถนาให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แต่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเคยอยู่ตึกศัลยกรรมมาก่อน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับกระบวนการตายและเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสูญเสีย ในบางครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลนึกถึงเหตุการณ์เกี่ยวกับการตายและคิดว่า หากผู้ที่ตายเป็นญาติของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกเศร้าเช่นกัน และรู้สึกเสียใจต่อการจากไปของผู้ป่วยกับญาติ

ส่วนที่ 2 การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

จากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายสามารถสะท้อนมุมมองการตายอย่างสงบตามความเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายได้ 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 4) ไม่มีการขู่ชีวิต 5) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลดังนี้

ตาราง 2

การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

มุมมองการตายอย่างสงบ	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน	10	1-10
2. ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ	10	1-10
3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง	8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9
4. ไม่มีการขู่ชีวิต	7	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
5. ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ	7	1, 2, 3, 4, 5, 7, 10
6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง	5	4, 5, 6, 8, 9

1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมาย การตายอย่างสงบ ว่าเป็นการตายที่ผู้ป่วยจากไปโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่ทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย คือ ไม่มีความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเกิดจากสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือจากการทำหัตถการต่างๆ ทางกายภาพให้กับผู้ป่วย ไม่ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสบายใจ คือ ไม่มีความกังวลใจใดๆ ไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ ไม่กระวนกระวาย ไม่เรียกร้องอะไรเพิ่มให้กับชีวิตแล้ว เหมือนการหลับแล้วจากไปอย่างสบาย

“ตายอย่างสงบ คือ คนไข้ตายไปอย่างสบายใจ ไม่ทนทุกข์ทรมาน เหมือนหลับตาเหมือนนอนนิ่งๆ แต่บางคนถ้าเกิดความทุกข์ทรมาน จะกระวนกระวาย เหมือนกับว่ายังกังวลอยู่อีก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ให้เขาหลับไปแบบสบายร่างกาย ไปแบบไม่เจ็บนั้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ตายอย่างสงบก็คือ คนไข้ปราศจากความเจ็บปวด ไม่มีวิตกกังวลอะไร ไม่ร้องขอ ไม่ไวยวาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2. ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า การตายอย่างสงบ ต้องมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการตายของผู้ป่วย ทั้งนี้ครอบครัว หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่จัดการให้มีการประกอบพิธีกรรมตามที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เช่น ศาสนาพุทธจะมีการเปิดธรรมะให้ผู้ป่วยฟังหรือนิมนต์พระมาสวดมนต์ให้ฟัง การได้ขอ โทลิดกรรม ศาสนาอิสลามจะมีการอ่านยาซีนหรือคำภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า (พระอัลลอฮ์) และปฏิบัติตามหลักศาสนา (หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ) รวมทั้งการขอร้องก่อนตายเช่นกัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยแต่ละศาสนาได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของตนเองทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในความสงบ การหายใจของผู้ป่วยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจมากขึ้น สัญญาณชีพลดลงอย่างช้าๆ และจากไปอย่างสงบ

“การตายอย่างสงบ...เหมือนกับว่าเขา (ญาติ) ต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนาเราจะเอื้ออำนวยความสะดวกให้ แต่ว่าที่ตึกจะมี เทปธรรมะไว้เปิดให้ผู้ป่วยฟัง หรือนิมนต์พระมาสวดมาอะไรแบบนี้ก็ได้ ในส่วนของอิสลามก็ให้เขา (ญาติ) อ่านยาซีน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การตายอย่างสงบ ถ้าเป็นของศาสนาอิสลาม จะให้อ่านคำภีร์อัลกุรอานใกล้ๆ ผู้ป่วย แล้วก็ให้คนไข้สวดมนต์ ถ้าตอนนั้นคนไข้ไม่รู้สึกร่างแล้วละก็ จะให้เขา (ญาติ) มาสวดมนต์ให้ เหมือนของไทยพุทธที่นิมนต์พระมาสวด ของอิสลามก็มีไปอ่านคำภีร์อัลกุรอาน สวดมนต์ให้ข้างๆ หู แม้คนไข้จะไม่รับรู้แต่ตรงจุดนั้นก็มีความเชื่อ ว่าคนไข้กำลังจะไปแล้ว ยังไงก็ให้เข้าถึงพระเจ้า เข้าถึงอัลลอฮ์ให้มากที่สุด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เจอเคส เขา (ผู้ป่วย) ไม่ต้องการบทสวด ต้องการแค่ครอบครว้อย่างเดียว แค่ครอบครวอยู่ใกล้ๆ และเขา (ผู้ป่วย) ขออภัยในทุกสิ่งที่เขาทำ ก็คือจบ... แต่อีก case ทำทุกอย่างแล้วนะคนไข้ก็ยังไม่จากไป ได้พบพระก็แล้ว บทสวดก็ได้ฟังแล้ว แต่ว่าสิ่งที่คนไข้ต้องการที่สุดคือ การขออโหสิกรรม คือ เขา (ผู้ป่วย) เคยมีเรื่องบาดหมางใจ (กับคนอื่น) และเขา (ผู้ป่วย) อยากขออโหสิกรรมก่อนตาย จึงโทรไปหาคนนั้นให้ และคนนั้นก็อโหสิกรรมให้ แก่ก็ไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ในช่วงรายน จะมีการบริจาคเงิน บริจาคชะกาด ช่วงนั้นคนไข้นอนอยู่โรงพยาบาล รู้สึกไม่สบายใจ บอกว่าอยากทำบุญ เพื่อความสบายใจ ปกติอยู่บ้านจะทำบุญทุกปี ก็เลยขอทำบุญกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในตึก จึงให้ญาติซื้อผลไม้ที่เค้าต้องการ แล้วเอามาบริจาคให้ที่ตึก... เหมือนคนไข้อิสลามที่นอนเรื้อรังใกล้ตาย จะมีญาติมาเยี่ยม นอกจากเยี่ยมดูอาการทั่วไปแล้ว (ญาติและผู้ป่วย) จะมีการขออภัยกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง

ผู้ป่วยจะมีการตายอย่างสงบได้นั้น ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ทั้งตัวผู้ป่วยใกล้ตายและญาติต้องรับรู้เกี่ยวโรคที่ผู้ป่วยเป็น การดำเนินของโรคว่าอยู่ในระยะสุดท้าย และได้มีการยอมรับการเจ็บป่วยนั้น รวมทั้งการตายที่กำลังจะมาเยือน โดยแสดงให้เห็นได้จากการปฏิเสธการป้อนหัวใจ ให้ผู้ป่วยจากไปตามสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จะไม่เพิ่มความเจ็บปวดทรมานให้กับผู้ป่วย

“ตายอย่างสงบก็คือว่า ทั้งญาติและคนไข้ในภavnั้นเขายอมรับช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เขาอยากไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การที่เขายอมรับสภาพที่เขาเป็น คนเราพอถึงเวลาที่ต้องตายทุกคน และก็ยอมรับในสภาพที่ว่า โรคของตัวเองที่เป็นอยู่ และที่สำคัญญาติก็ต้องยอมรับได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ครั้งแรกก็รักษาตามอาการแหละนะ พอเหนื่อยก็ใส่ท่อ กิน ไม่ได้ก็ให้น้ำเกลือ ให้สารอาหารทางเส้นเลือด สุดท้ายพอไม่ไหวจริงๆ ก็คุยกันก็ O.K. ว่าเขายอมรับได้ไม่ป้ำ...ก่อนที่เขา (ผู้ป่วย) จะเสียชีวิตไม่มีการทำกิจกรรมใดๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและก็เป็นไปตามกาลเวลาของเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

4. ไม่มีการยืดชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจว่า การตายอย่างสงบต้องไม่มีการยืดชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อตัวผู้ป่วยและญาติมีการยอมรับต่อสภาพหรือการดำเนินของโรคได้ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายจากประสบการณ์ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการจากไปอย่างสงบตามสภาพหรือสถานะที่เจ็บป่วย ไม่ต้องการยืดชีวิตหรือสถานะการเจ็บป่วยให้ยาวนานออกไปไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหน้าอกกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น

“คนไข้ที่ใกล้ตายแล้วจะไม่ให้ช่วยป้ำ เพราะองค์อัลลอร์กำหนดมาแล้วว่าชีวิตของเราที่อยู่แค่นี้ะ ถึงเวลาแล้วที่พระองค์ท่านจะมาเอาเราเพราะท่านให้ชีวิตเรามา ถึงเวลาแล้วที่เราจะกลับไปสู่อ้อมอกของเขา ส่วนมากแล้วคนไข้ที่ตายอย่างสงบ เขา (คนไข้) ไม่ค่อยให้พามาโรงพยาบาลและไม่ค่อยให้ป้ำหรือทำอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ในภาวะนั้นเขา (คนไข้) ยอมรับช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้เครื่องมืออย่างเช่น การ CPR การใส่ท่อช่วยหายใจ คือ ตรงนั้นเขาปฏิเสธการรักษา เขาอยากไปอย่างสงบ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

5. ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองว่า การตายอย่างสงบ หมายถึง การตายที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายได้มีโอกาสอยู่ท่ามกลางครอบครัว คนที่รัก และญาติ ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ เป็นส่วนตัว ซึ่งอาจจะเป็นในหอผู้ป่วย หรือบ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยใกล้ตายรู้สึกดีและมีความสุขก่อนจากไป

“การตายอย่างสงบ คือ เขา (คนที่กำลังจะตาย) ได้เจอ ได้พูดคุยกับคนที่เขารัก ก็จะรู้สึกดีมีความสุข ในระยะบั้นปลายชีวิตของเขา... ได้อยู่ในมุมที่สงบ และให้ญาติ

ดูเลอย่างใกล้ชิด โดยไม่จำกัดคนเยี่ยม เปิดโอกาสให้เขาได้อยู่กับครอบครัวของเขาอย่างเต็มที่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“การตายอย่างสงบ ถ้าเกิดว่าเป็นความคิดของน้อง (พยาบาล) น้องนั้นอยากให้เราพาหลบ (กลับ) บ้าน เพราะว่าถ้าเราจะตาย เราอยากตายที่บ้าน ถ้าเลือกได้ มีลูก มีพ่อแม่ อยู่เคียงข้าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การตายอย่างสงบ เป็นการตายที่มีการเตรียมการตาย ซึ่งในการเตรียมการตายนั้น ผู้ให้ข้อมูลมองว่า ตัวผู้ป่วยเป็นผู้ที่ควรมีโอกาสในการเตรียมตัวสำหรับการตายของตัวเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยหมดห่วงและพร้อมที่จะจากไป เช่น การได้ทำในสิ่งที่ต้องการจะทำและได้ทำเสร็จเรียบร้อยก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิต การได้ทำบุญก่อนจากไปและการได้สั่งลาครอบครัวและญาติ เป็นต้น

“การตายอย่างสงบ เหมือนกับเขา (คนไข้) ต้องการทำอะไรแล้วเขาได้ทำในสิ่งๆ นั้นแล้ว คือ ไม่ต้องมานั่งพะวงพะวงว่ายังมีห่วงอยู่ข้างหลัง สิ่งนี้ คือ สิ่งที่ฉัน (คนไข้) ยังไม่ได้ทำสิ่งนี้คือสิ่งที่ฉัน (คนไข้) ต้องการอยู่ แต่ถ้าเกิดว่าได้ทำทุกอย่าง ได้ทำสิ่งที่เขาต้องการทุกอย่างแล้ว พี่ว่าก็น่าจะหมดห่วง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เค้า (คนไข้) ได้เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการทำบุญอะไรก่อนที่เค้าจะตาย... อาจจะเป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“คือเขา (คนไข้) พร้อม เขาสั่งเสียทุกคน เขาเตรียมอะไรของเขาไว้ทุกอย่าง และเขาก็แบบว่าเป็นคนที่คอยปลอบญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

สรุปการตายอย่างสงบตามความเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมในการศึกษานี้ เป็น การตายที่ผู้ป่วยและญาติยอมรับการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยที่ใกล้จะมาถึง ไม่มีการยื้อชีวิต ของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในความทุกข์ทรมาน ก่อนตายผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อม สำหรับ การตายของตนเองและได้อยู่กับครอบครัวหรือคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ รวมถึงการได้ประกอบ พิธีกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ที่ตายอย่างสงบ พบความหมายของประสพการณ์จำนวน 13 กลุ่มความหมาย และสะท้อนความหมาย ในโลก 4 ใบ ดังในตาราง 3

ตาราง 3

แสดงกลุ่มความหมายจากประสพการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ ($n = 10$)

ประสพการณ์พยาบาลอธิบายด้วยโลก 4 ใบ	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของตัวเอง		
1. มีความเมตตา อ่อนโยน	9	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10
2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง	3	1, 5, 9
3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต	3	1, 2, 7
โลกของความสัมพันธ์		
1. ดูแลเสมือนญาติ	4	1, 5, 6, 2
2. ดูแลอย่างที่เขว่าเป็นมนุษย์	7	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10
3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา	7	1, 4, 5, 6, 8, 9, 10
4. ดูแลอย่างซื่อสัตย์	6	1, 2, 5, 6, 8, 9
5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย	4	2, 8, 9, 10
6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนา และความเชื่อ	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
โลกของสถานที่		
1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว	4	1, 8, 9, 10
2. ดูแลอย่างใกล้ชิด	5	1, 2, 5, 7, 10

ตาราง 3 (ต่อ)

ประสบการณ์พยาบาลอธิบายด้วยโลก 4 โลก	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของเวลา		
1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง	5	1, 2, 5, 6, 8
2. ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	5	1, 2, 5, 9, 10

โลกของตัวเอง

โลกของตัวเอง หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อตัวเองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของตัวเอง มีจำนวน 3 กลุ่ม ความหมาย คือ 1) มีความเมตตา อ่อนโยน 2) รู้สึกมีคุณค่า และภูมิใจในตัวเอง และ 3) เข้าใจความเป็นไปของชีวิต ดังนี้

1. มีความเมตตา อ่อนโยน

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเมตตาและอ่อนโยนต่อผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสงสาร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้ข้อมูลจึงให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน นุ่มนวล แสดงออกโดยการพูดคุยและการสัมผัส เช่น การจับมือ เป็นต้น เป็นการให้กำลังใจที่ดีแก่ผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

“น้องรู้สึกสงสารเขา ไม่อยากให้เขาเจ็บหรือว่าทรมานอยากให้เขาไปอย่างสบาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เราเข้าใจ ใส่ใจดูแลเขา คนไข้ที่กำลังจะจากไปมีการ *on monitor* การให้ข้อมูลญาติก็สำคัญ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็จับมือ พูดกันทุกวัน ถึงแม้ว่าแกไม่รู้สึกนะ ก็คือ พอเรามาถึงรับแวนะ ก็จะเข้าไปทักว่า “พี่ เพลอม่้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“การที่เราดูแลคนไข้ ทำทุกอย่างให้คนไข้อย่างนุ่มนวล ดูแลให้ดี คุณมีความสุขสบายของคนไข้ พี่ก็ว่ามันเป็นส่วนหนึ่งในการให้กำลังใจคนไข้ด้วย ก็เวลาการให้กำลังใจคนไข้ ก็คือ ไปพูดคุยกับเขา จับมือ แบบว่าให้ความสำคัญกับเขาตอนนั้น”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและภูมิใจในตัวเองจากการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความตั้งใจ จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ แม้บางครั้งต้องขอมสละเวลาของตัวเอง ปฏิบัติงานด้วยความเหนื่อยล้าก็ตาม เมื่อได้อินคำขอบคุณจากญาติและผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกภูมิใจในงานของตัวเองและอยากทำงานต่อไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“แบบเรื่องเหนื่อยๆ ที่เราได้ทำไปนั้น มันเหนื่อยมากเลยแต่พอเราได้ฟังคำขอบคุณจากญาติความเหนื่อยก็หายไปเลย ถ้าเราทำคืออะไรกับใครแล้วเราทำด้วยใจจริงๆ นั้นรู้สึกว่ามันมีคุณค่าและภูมิใจในการทำงานที่ได้ทำตรงนี้”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ใช่มันรู้สึกดี รู้สึกภูมิใจ ต่อให้คนอื่นเขาว่า เสียเวลากับ เคส (case) นั้นจริงเลย คอยอยู่ได้ตั้งสองสามชั่วโมง แต่มันรู้สึกดีซะ ก็ไม่เป็นไร งานที่จะช้านิดก็ไม่เป็นไร”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“พอนึกถึงตอนที่แม่เขาเสีย เขา(ญาติ) ก็มาขอบคุณเรา เราก็รู้สึกว่าเคสนี้เขาก็คงรู้สึกดีนะ เพราะว่าก่อนหน้าที่เราก็ได้ให้กำลังใจเขาได้คุยกับเขาแบบว่าเป็นเพื่อน คอยปลอบคอยอะไรอย่างนี้ พี่ว่า มันรู้สึกภูมิใจ แล้วมันจะทำให้เรามีแรงที่จะใช้สิ่งเหล่านี้ในการที่จะทำงานต่อนะ”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าใจชีวิตของมนุษย์มากขึ้น โดยเข้าใจว่าทุกชีวิตมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายไปได้ สิ่งสุดท้ายที่คงเหลืออยู่เมื่อเราเสียชีวิตไปแล้วคือ ความดี ดังนั้นต้องเตรียมตัวเองก่อนที่จะประสบกับความตายในวันข้างหน้า ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“เมื่อเห็นคนไข้ที่ใกล้ตายก็นึกถึงตัวเราว่าวันหนึ่งเราก็ต้องไป นึกไว้ว่าเวลาที่เหลืออยู่เราต้องทำความดี ทำตัวให้มีประโยชน์มากที่สุด พอวันหนึ่งเราตายแล้วอะไรๆ เราก็ไม่สามารถเอาไปได้ คงเหลือไว้แต่ความดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“มันทำให้เราเข้าใจชีวิตมากขึ้น ว่าเรื่องเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา และก็ตัวเราเองก็ไม่ควรจะยึดติดเพราะว่าสุดท้าย บั้นปลายของชีวิตของเรา ก็คือ ความตาย เหมือนกับว่าทำให้เรามองเห็นสังขารของชีวิตมากขึ้น และตัวเราเองก็ต้องเตรียมตัวด้วย เหมือนกับว่าเราเองก็ไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไหร่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

โลกของความสัมพันธ์

โลกของความสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลมีเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย ญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่มีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของความสัมพันธ์ มีจำนวน 6 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลเสมือนญาติ 2) ดูแลอย่างที่เขาคือมนุษย์ 3) ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา 4) ดูแลอย่างยึดหยุ่น 5) ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย และ 6) ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ดังนี้

1. ดูแลเสมือนญาติ

ผู้ให้ข้อมูลจะให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเสมือนผู้ป่วยเป็นญาติ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยและให้การดูแลเป็นอย่างดีจนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ดังนี้

“ขอบคุณมากที่ดูแลแม่เขาคิดตั้งแต่ตอนแรกจนถึงตอนนี้ ดูแลเหมือนกับเป็นญาติของเขา ประมาณว่าดูแลดีมากตลอด เขาบอก (บุตรของผู้ป่วย)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ใช้ก็ดูแลเหมือนกับเป็นญาติเรา (พยาบาล) คนหนึ่ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“เรา (พยาบาล) ก็ดูแลตามที่เราคิด หากคนไข้คนนั้นเป็นญาติเรา เราจะต้องทำ
 ยังไง ส่วนใหญ่ก็คิดถึงว่าเป็นญาติเรา ก็คือจะทำเหมือนกับเป็นญาติเรา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2. ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตตลอดเวลาทั้งขณะที่ยังมีชีวิต
 อยู่ จนใกล้ตายและตายในที่สุด ให้การดูแลโดยเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยจะ
 เสียชีวิตแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลก็ต้องกระทำเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่าง
 สงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

“ส่วนมากที่เจอก็รู้สึกตัวแต่ coma score ก็ต่ำๆ หหมดแล้ว แต่บาง case เราเรียก เรา
 ปลุกก็มีเสียงในลำคออย่างเดียว แต่ไม่ได้ลืมตาเหมือนคนปกติ แต่ก็รับรู้ได้ว่าเขา
 ยังรู้สึกตัวแต่ไม่ได้ส่งเสียงออกมา คือ เขาไม่สามารถทำแบบคนปกติได้ แต่ก็ต้อง
 ให้การดูแลเหมือนคนไข้ปกติทั่วไปที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ใช่ NR (Non resuscitate)
 แล้วเราจะไม่สนใจก็ไม่ใช่ เราต้องให้การดูแล บางครั้งอาจต้องดูแลมากกว่าคนไข้
 ปกติด้วยซ้ำ ถ้าเขามีปัญหาอะไรๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“แล้วเราก็ care of dead ให้เขาเหมือนเขายังมีชีวิตอยู่ ทำอะไรก็ให้การพยาบาล
 อย่างนุ่มนวล มีอะไรก็บอกญาติบอกคนไข้ว่าจะทำอย่างนี้ให้นะ ก็ให้การพยาบาล
 เหมือนเขากำลังรับรู้ว่าเขายังไม่เสียชีวิต อันนี้สำคัญนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

การพยาบาลผู้ป่วยที่เสียชีวิตเสมือนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลต่อ
 ผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ต้องมีการปิดม่านเพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวผู้ป่วย ตามความเชื่อของหลักศาสนาอิสลาม
 เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตวิญญาณจะออกจากร่างและยังรู้สึกต่อการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น การกระทำ
 ทุกอย่างต่อศพผู้ป่วยต้องทำด้วยความมิดชิด ไม่มีการเปิดเผย กระทำเสมือนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่และเคารพ
 ให้เกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 กล่าวไว้ว่า

“ให้เกียรติเขา(ผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว) เคารพเขา... เคารพความเป็นมนุษย์”

(ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7)

3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตายทุกศาสนาอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะนับถือศาสนาอิสลามแต่ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและญาติที่นับถือศาสนาอื่นได้โดยไม่ลำบาใจ ดังนี้

“เรื่องศาสนาคือเราก็ต้องให้การดูแลเหมือนกัน ไม่ว่าจะศาสนาพุทธหรืออิสลาม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ไม่ลำบาใจนะ ก็ยอมรับได้ทั้งสอง(การดูแลผู้ป่วยไทยพุทธและไทยมุสลิม)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ไม่ได้รู้สึกลำบาใจ ไม่ได้รู้สึกตะขิดตะขวงใจ ไม่ได้รู้สึกว่ามันเป็นอะไรที่ลำบาคำบามาก ดูแลคนไข้เหมือนกันทุกศาสนาเท่าเทียมกัน เหมือนๆ กันไม่ได้แยกศาสนา ทุกคนเท่าเทียมกัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

4. ดูแลอย่างยืดหยุ่น

ในการปฏิบัติงานย่อมมีกฎระเบียบและหลักการเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ในบางครั้งเราต้องมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงานไม่แข็งเกินไปหรือหย่อนจนเกินไป พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีหลักในความยืดหยุ่น โดยเฉพาะผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งไม่มีโอกาสรักษาให้หายเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจจะไม่ได้ปฏิบัติตามเนื้อหาวิชาหรือกฎกติกาของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัดตามที่ได้ศึกษามาเพราะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน พยาบาลต้องยึดผู้ป่วยและญาติเป็นหลักเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยก่อนตาย มีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม เพราะว่าที่เราจะปิด 2 ทุ่มใช่ไหม จึงควรเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมได้... ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้นจากเดิม เช่น เดียงนึ่ง เผ่า สองคนเราก็อนุญาต”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้กล่าวถึงการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ตาย ทางโรงพยาบาลจะอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ไม่เกินเวลา 20.00 น. แต่สำหรับ

ญาติผู้ป่วยใกล้ตายที่อยู่ไกล บางครั้งเดินทางมาถึงโรงพยาบาลหลังเวลา 20.00 น. โรงพยาบาลก็ควรอนุญาตให้ญาติได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่นเดียวกับการเฝ้าไข้ของญาติ ทางโรงพยาบาลจะจำกัดให้ญาติเฝ้าไข้ได้เพียงละ 1 คน แต่สำหรับผู้ป่วยใกล้ตายก็อนุญาตให้เฝ้าไข้ได้ 2 คน สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยใกล้ตายที่มีอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลควรอนุญาตให้ญาติเฝ้าไข้ได้ 3-4 คน ดังนี้

“คนไข้ที่มีอาการจริงๆสามสี่คนเราก็ยังให้เฝ้า เพราะเราถือว่ามันไม่ได้มีทุกเตียง ใจคือบางครั้งถ้าเค้า (ญาติ) เฝ้าข้างนอก เพราะเค้า (ญาติ) ถือว่าคนไข้ไม่มีอะไร แต่ถ้ามีอาการขึ้นมาจริงๆ อย่างน้อยทุกคนควรอยู่พร้อมกัน เพราะว่าไม่เช่นนั้นก็ต้องมานั่งโทรตามกันอีก บางคนที่อยู่ไกลๆ เค้าก็ลำบากใจ เค้าก็ต้องกลับบ้านกว่าจะได้อีกก็ต้องโทรตามเค้า ดีไม่ดีบางครั้งเค้าก็มาไม่ทัน (ขณะผู้ป่วยเสียชีวิต)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ในส่วนของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอาจเปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่นได้ตามความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

“ระยะสุดท้ายไม่ใช่ว่าต้องทรีต (treat) เรื่องยาอย่างเดียว อาจจะมีอาหารเสริม หรือว่ายาที่เขาเคยกินอยู่ เราก็จะช่วยคุยกับหมอให้ว่ามัน โอเค ไหม ยาตัวนี้ ถ้าคนไข้จะเอามาใช้ ถ้าเกิดว่าหมอเขาโอเค เราก็โอเค เราก็จะช่วยในเรื่องพวกนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ไข้ ก็คือ เราอนุญาตให้เขาทำทุกอย่างคะ ตามความเชื่อของศาสนาเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ความยืดหยุ่นของการดูแลมันต่างกันนะ บางอย่างคนไข้ที่ยังแบบว่าทุกอย่างต้องเต็มที่ บางอย่างเราก็ต้องสตริก (strict) การผูกมือผูกขี้คนไข้อะไรอย่างนี้ เราก็จำเป็น แต่ว่าเอ่อ เหมือนคนไข้ที่ญาติยอมรับได้ คนไข้ยอมรับได้ และก็เป็นวาระสุดท้ายของชีวิต พี่ว่าความอะลุ่มอล่วยในการดูแลนั้นจะต่างกัน เหมือนคนไข้ที่ญาติเขาไม่ยอมให้เราไปพลิกไปทำอะไรมาอย่างนี้ พี่ก็โอเคนะกับคนไข้ใกล้ตายคือมันอยู่ที่ความสุขสบายของคนไข้ ความต้องการของเขาทั้งคนไข้และญาติ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้มีการยืดหยุ่นระยะเวลาการรับศพผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังจากเสียชีวิตต้องสังเกตอาการต่ออีก 2 ชั่วโมง แต่หากเป็นศพของผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อจัดการตัวผู้ป่วยเสร็จ ญาติจะขอพาศพผู้ป่วยกลับบ้านก่อนเพื่อนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและให้ญาติของผู้ป่วยกลับมาติดต่อเรื่องเอกสารหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ ในภายหลังอีกครั้ง จะต่างกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ บางครั้งการรับศพผู้ป่วยกลับบ้านอาจช้าเกิน 2 ชั่วโมง เนื่องจากไม่พร้อมในเรื่องสถานที่ เช่น วัด หรือไม่พร้อมเรื่องรถที่จะมารับศพผู้ป่วยกลับบ้าน เป็นต้น

“คือถามว่า บางทีบางอย่างมันก็ต้องมีการตัดแปลงตามวัฒนธรรมของชุมชน บางทีไม่ได้ว่าปะๆ ตามที่เราเรียนมา บางครั้งเราเรียนมา 2 ชม.นะ หลังคนไข้เสียชีวิตถึงจะรับศพกลับบ้านได้ อะไรแบบนี้ ที่นี้คนไข้อิสลามเสียแล้ว เขาก็จะรีบทำศพ เราก็ต้องตามเค้า (ญาติ) แต่ถ้าพุทธบางทีเค้าก็ 2 ชม. บางคนก็เค้าเสียชีวิตกะอะไรแบบนี้ เราก็ต้องให้อยู่ไว้ก่อนจนถึงเช้า เพราะเขายังไม่ได้เคลียร์วัด เคลียร์อะไรแบบนี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ก็นานสุด (ระยะเวลาหลัง dead) ก็คือ เรา care dead ที่นี้เราอาบน้ำ เราเปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาดที่นี้ ถ้าตามหลักก็คือต้องไปอาบน้ำที่บ้านให้เร็วที่สุด แต่เหมือนไทยพุทธนี้ก็คือเราไว้ได้ แล้วแต่ว่าญาติเค้าพร้อมตอนไหน เหมือนอย่างบางคนที่เค้าไม่พร้อม เรื่องรถ เรื่องวัด เรื่องอะไรนั้นนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย นอกจากมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ พยาบาลยังมีหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้าย รวมถึงการเป็นคนกลางในการประสานความต้องการของผู้ป่วยและญาติกับแพทย์หรือทำบทบาทหน้าที่เป็นปากเสียงแทนผู้ป่วยและญาติและพิทักษ์สิทธิ์ เนื่องจากบางครั้งแผนการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากขึ้นแต่ผู้ป่วยต้องการจากไปอย่างสงบและไม่ต้องการยืดชีวิต แผนการรักษาของแพทย์หรือกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง ญาติอาจไม่ต้องการให้กระทำกับผู้ป่วย ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“ในส่วนของญาติก็ยังมีบางส่วนที่ยังทำใจไม่ได้ อย่างเช่นว่า ถ้าเกิดคนไข้หยุดหายใจ เขายังต้องการที่จะให้ช่วยชีวิตทั้งๆ ที่คนไข้เขาบอกว่า ไม่ต้องมาช่วยเขาอะไรแล้ว ถ้าเกิดปัญหาแบบนี้ใช้ไหมคะ เราในฐานะที่ดูแลคนไข้เราก็จะเชิญญาติมาคุย และ

พูดถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นแบบนี้ละ ถ้าเกิดคนไข้ต้องการแบบนี้ ใน ส่วนของญาติจะให้ทำอะไร เราอธิบายให้เขาเห็นภาพ อธิบายการดำเนินการของ โรคว่าตอนนี้คนไข้อยู่ในระยะสุดท้ายแล้วถึงแม้ว่าเราจะใส่ท่อ หรือว่าปั๊มหัวใจหรือ ว่าให้ยาอะไรต่างๆ มันก็ไม่ตอบสนองแล้ว เพราะวาระระยะสุดท้ายรักษาไม่หาย เรา ในฐานะเป็นญาติ ควรให้การดูแลซัพพอร์ต (support) ตรงนี้ดีไหม หรือว่าคนไข้ ต้องการอะไร เราตอบสนองเขาดีไหม เช่น เขาไม่ยอมทำอะไรญาติก็ควรทำตาม คนไข้ๆ จะได้ไปแบบสงบโดยไม่ต้องมาวิตกกังวล แต่ที่เคยเจอ พอเราอธิบายญาติ แบบนี้ ญาติเขารับได้ทุกคนเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“บางทีแผนการรักษาของหมอเขาก็เข้าๆออกๆ เหมือนบางที ญาติเขาไม่ยอมให้ ทำอะไรแล้ว หมอก็อยากจะเจาะเลือดขึ้นมา เราก็ต้องเป็นตัวสื่อกลางให้ญาติว่าหมอ เขาจะทำแบบนี้ญาติเขาจะโอเคไหม บางทีเขาไม่ยอมให้ทำแต่เขาไม่กล้าบอกหมอ เราก็ต้องเป็นตัวสื่อกลางที่จะคอยบอก บางคนเขากลัวว่าถ้าไม่ให้ทำ แล้วหมอเขา จะไม่รักษาจะไม่ให้อยู่ต่อ บางคนเขาแค่ต้องการอยากให้แม่เขาเสียชีวิตอยู่ที่วอร์ด อะไรอย่างนี้ แต่ว่าถ้าไม่ทำอะไรเลยกลัวว่าหมอจะให้กลับบ้าน เราก็ต้องเป็นตัว สื่อกลางระหว่างญาติกับหมออีกครั้งว่ามันไม่ใช่ ถ้าเราไม่ยอมให้ทำเราก็บอกหมอ ได้ ไม่ได้ว่าจะเร่งรัดแบบว่าให้เขาเอากลับ โดยที่คนไข้ยังใส่เครื่องอะไรอย่างนี้อยู่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ เนื่องจาก ศาสนาและความเชื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติ ตามหลักศาสนาและความเชื่อของตัวเอง เพราะเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ ของผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“คิดว่ามันจะช่วยให้จิตใจของเขาสงบมากขึ้น อย่างเช่น การรู้จักปล่อยวาง ถ้าเกิด เป็น case ที่ยังพอมีสติอะไรไหม ก็คือว่าได้รู้ว่าสุดท้ายของชีวิต ก็คือ การได้เข้าถึง ธรรมชาติครั้งสุดท้ายก่อนที่ตัวเองจะไป ก็คือมีการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานข้างๆ นู มีคน มาอ่านให้ฟัง ถ้าเป็นไทยพุทธก็อาจจะมีพระมาสวด ก็เป็นส่วนหนึ่งของจิตใจที่ช่วย พยุงจิตใจให้ดีขึ้น อาจจะเป็นทางด้านจิตวิญญาณถึงแม้เขาจะไม่อาจรับรู้ได้ แต่คิด

ว่าญาติส่วนที่เหลือเขาคงตั้งใจทำให้กับคนไข้ เขาคงคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนี้
ไม่ว่าเป็นพุทธหรือว่าอิสลามที่เคยดูแลมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ที่ว่าส่วนหนึ่งเค้าได้เตรียมจิตใจของเค้า ก็ก่อนที่เค้าจะตายเหมือนกับอิสลามนี้
คือ ประมาณว่าอิสลามทุกคนเวลาตายแล้วก็จะได้เจอพระเจ้า จึงเป็นการเตรียม
ความพร้อมก่อนที่จะไปเจอพระเจ้าตรงนั้น ว่าเราได้เตรียมอะไรไว้ก่อนแล้ว เหมือน
การทำบุญก็เป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมที่จะไปเจอพระเจ้าตอนที่เรา
ตาย คือคนไข้ส่วนใหญ่พอใกล้ตายเค้าจะรู้ เพราะมันเต็มที่แล้วเค้าไม่ไหวแล้วนะ
ประมาณนี้ ทำให้เค้าไปพบพระเจ้าแบบสบายใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

โลกของสถานที่

โลกของสถานที่ หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่
ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อให้มีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยก
ได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของสถานที่ มีจำนวน 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแล
ในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และ 2) ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนี้

1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

บริเวณที่มีความเหมาะสมในการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ควรจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในบริเวณที่มีความเงียบสงบอาจจะเป็นมุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาส
ให้ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากสามารถจัดได้ควรทำห้องไว้สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้
ตายเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อความสะดวกในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
ร่วมกัน

“โดยจัดให้เขาได้อยู่ในมุมที่สงบและให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด โดยไม่จำกัดคนเยี่ยม
เปิดโอกาสให้เขาได้อยู่กับครอบครัวของเขาอย่างเต็มที่...อาจจะทำเป็นห้อง จัดห้อง
ไปเลยห้องหนึ่งสำหรับคนที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือให้การดูแลแบบ *Palliative
care* ให้ย้ายมาที่ห้องนี้เลย การอยู่เป็นห้องๆ หากจะทำอะไรก็ทำไปเลยเป็นการสะดวก
สำหรับเขาและญาติของเขาด้วย หากเป็นอิสลามเขาจะละหมาดก็มีพื้นที่ในการละหมาด
อะไรแบบนี้ค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“บางเคสที่ว่า *Palliative No tube No CPR* เขาอยากอยู่อย่างสงบ บางคนเค้าก็ว่าอยากอยู่ห้องพิเศษนะ ก็ให้เข้าห้องพิเศษ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ช่วงสุดท้ายบางที่ส่วนมากมีญาติหลายคนเราก็ให้เขาปิดม่าน ถ้าเขาจะเอาพระมาสวดก็ได้ ถ้าของมุสลิมเขาจะอ่านคัมภีร์อัลกุรอานรอบๆ เติง เราก็ยินดี เราก็เอื้ออำนวยให้เขาปิดม่านอะไรอย่างนี้ เพราะว่าเขาจะได้ด้วยกันเป็นส่วน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2. ดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติของผู้ป่วยมากขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยทั่วไป โดยมีการเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยและญาติมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ให้ผู้ป่วยและญาติโดดเดี่ยว ผู้ให้ข้อมูลสัมผัส ปลอดภัยและให้กำลังใจญาติในช่วงเวลาของการสูญเสีย ดังนี้

“จะให้การดูแลแบบว่าให้ใกล้ชิดกว่าเดิม ญาติเขาต้องการอะไรเราก็ช่วยจัดการให้... เราดูแลแบบองค์รวมทั้งญาติและคนไข้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“บาง case ที่ญาติเขาเสียใจ เราก็ต้องเข้าไปปลอบญาติ บางทีก็ต้องหาที่นั่งให้ พามา นั่ง support มีเหมือนกันบาง case พอสุดท้ายจริงๆ ทำใจไม่ได้ ก็มีร้องเหมือนกัน เราก็จะต้องเข้าไปปลอบหรือว่าบางทีอาจจะให้ญาติที่ใกล้ชิดกับเขาคอยปลอบอีกที แต่เราก็จะเอื้อสถานที่ให้ พามา นั่งที่โซฟา เปิดพัดลม บางคนที่เป็นลมก็ให้นอนก่อน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เราก็จะอธิบายญาติเป็นช่วงๆ ว่าตอนนี้สัญญาณชีพคนไข้เป็นอย่างไร คือ เราจะอธิบายอยู่ตลอดเลย เราก็ต้องไปดูคนไข้ เราต้องไปดูถี่ขึ้นเพราะคนไข้กำลังจะไปแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

โลกของเวลา

โลกของเวลา หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาในขณะที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งมีการตายอย่างสงบ กลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของเวลา มีจำนวน 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เป็นการดูแลความสุขสบายในทุกๆ เรื่องที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อกันในแต่ละเวร เพื่อไม่ให้มีการหยุดการดูแลจากพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนแรกหมอและพยาบาล (เวรก่อนหน้า) ใช้อธิบายไว้ก่อนแล้ว ญาติก็รับทราบ รับฟัง ต่อไปพอเรา (พยาบาล) รับช่วงเวรต่อมา เราก็เข้าไปให้ข้อมูลและอธิบาย เป็นระยะๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“หลังจากนั้นเราก็จะคุยไปเรื่อยๆ คุยทุกวันนั่นแหละ คือ เหมือนกับว่าสร้างสัมพันธ์ภาพ กิจกรรมทางการพยาบาลคือสร้างสัมพันธ์ภาพ คุยทุกวันเท่าที่มีโอกาส เขา(ผู้ป่วยและญาติ) ก็จะเปิดกับเรามากขึ้น ก็จะได้ข้อมูลมากขึ้นและก็จะให้กิจกรรมได้มากขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“การให้การดูแลอย่างต่อเนื่องคือ ดูแลเขาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ดูแลความสุขสบายทั่วๆ ไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องไหน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. ให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลจัดสรรเวลาหรือสละเวลามาให้การดูแล แม้ว่าพยาบาลจะมีภาระงานยุ่ง โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่วิกฤตของความตาย ดังนี้

“เราจะต้องอยู่กับเขา (ผู้ป่วยและญาติ) ตลอด ถึงจะยุ่งยังไง เราก็ต้องมาคุมมอนิเตอร์ (monitor) เป็นระยะๆ บอกญาติเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ไม่ใช่ทิ้งเขา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ใช้ภาระงานมันยุ่งมาก บางอย่างที่เราสามารถผลักให้คนอื่นที่เขาสามารถทำแทนเราได้ เช่น นิดยา แจกยา อะไรแบบนี้คือให้คนอื่นทำบางส่วนที่เป็นคนไข้แบบนี้ (ผู้ป่วยใกล้ตาย) เด็กบางคน (พยาบาลรุ่นน้อง) เขาจะไม่กล้าเข้า ก็ต้องเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องเข้าเหมือนบางเคสคนไข้เรียกหาเรา เราก็ต้องเข้าไป นั่นคือเราต้องวางของที่เราทำอยู่ เหมือนเขียน nurse note หรือว่าถ้าคุยกับใครอยู่ หรือมีเคสแต่ยังพอรอได้ก็รอก่อนนะ เคียวไปดูแลโน้นก่อน (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ถึงแม้ว่าไม่ได้เข้าไปดู เดินผ่านเราก็ต้องเหลียวไปมองซักนิดนึง...เหมือนกับเขา (ผู้ป่วยใกล้ตาย) เราก็ดูแลเหมือนกัน แต่เราก็จะไปดูแลใกล้ชิดมากกว่า คือไปดูแลดีกว่าคนอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิม

มุมมองการตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลไทยมุสลิม ประกอบด้วย 6 ลักษณะ คือ 1) ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน 2) ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ 3) มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง 4) ไม่มีการขี้อิจฉา 5) ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และ 6) มีการเตรียมการตายของตัวเอง ซึ่งสามารถอภิปรายความหมายการตายอย่างสงบได้ ดังนี้

1. ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน

ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบเป็นการตายที่ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ ไม่มีความเจ็บปวดของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นจากสภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือจากการทำหัตถการต่างๆ ทางกายภาพให้ผู้ป่วย เช่น การปั๊มหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น และความไม่ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ คือ ผู้ป่วยไม่มีความกังวล ไม่กระวนกระวาย

มีความสบายใจ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากมุสลิมมีความเชื่อว่าขณะใกล้ตายก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่างกายของผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวด ดังนั้น การปฏิบัติเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพจะทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น มุสลิมส่วนใหญ่จะปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) สอดคล้องกับมุมมองของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มองว่าผู้ป่วยควรได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดและความไม่สบายต่างๆ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ตายอย่างสงบ (นริสาและคณะ, 2557) และสอดคล้องกับมุมมองของชาวไทยพุทธ ที่พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยใกล้ตายต้องการมากที่สุด คือ การจากไปอย่างสงบ โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (พระไพศาล, 2553; วัฒนา, 2556; Kongsuwan et al., 2010) มุมมองการตายอย่างสงบเป็นการตายที่ไม่อยู่ในความทุกข์ทรมานและสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของเบคสเตรนและคณะ (Beekstrand et al., 2006) ที่พบว่า การตายอย่างสงบเป็นการได้รับการจัดการความปวดและความไม่สบายต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ใ้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

ศาสนาและความเชื่อสอนให้คนยอมรับการตายได้ง่ายขึ้นเพราะการตายเป็นกฎของธรรมชาติที่ทุกคนต้องเผชิญ เช่น ในศาสนาอิสลามจะมีการอ่านยาซีนหรือคัมภีร์อัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า (องค์อัลลอฮ์) ศาสนาพุทธจะมีการเปิดธรรมะให้ผู้ป่วยฟังหรือนิมนต์พระมาสวดมนต์ให้ฟัง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยแต่ละศาสนาได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยใกล้ตายอยู่ในความสงบ สบายใจ ชีพพลดลงอย่างช้าๆ และจากไปอย่างสงบ การปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของอิสลามเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้า เนื่องจากชาวมุสลิมเชื่อว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากองค์อัลลอฮ์ (ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ซึ่งการอ่านยาซีนและคัมภีร์อัลกุรอานจะทำให้จิตใจของผู้ป่วยสงบลง รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นเนื่องจากมีพระเจ้าอยู่เคียงข้างจนผู้ป่วยจากไป เป็นการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (Tayeb et al., 2010; Iranmanesh et al., 2011) เช่นเดียวกับศาสนาพุทธเชื่อว่าก่อนตายผู้ป่วยจะระลึกถึงบุญกุศลที่เคยสร้างมาและที่ญาติได้ทำให้อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบไม่ฟุ้งซ่าน ผลบุญช่วยหนุนให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและได้ไปสู่สุคติ (พระไพศาล, 2553; สิริลักษณ์และคณะ, 2554)

3. มีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึง

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองนี้เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามเชื่อว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทุกคนต้องประสบ ดังนั้น ทุกคนต้องยอมรับความเจ็บและการตายให้ได้ เพราะความเจ็บและการตายเป็นความประสงค์ขององค์อัลลอฮ์ พระองค์เป็นผู้ประทานชีวิตให้มนุษย์ทุกคน สุดท้ายทุกชีวิตต้องกลับไปหาพระองค์ (อิมรอนและอิลี, 2543) สอดคล้องกับการศึกษา มุมมองการตายอย่างสงบในศาสนาพุทธ (Kongsuwan et al., 2010) พบว่า การยอมรับการตายเป็นองค์ประกอบของการตายอย่างสงบ อย่างไรก็ตามได้อธิบายเฉพาะการยอมรับการตายของผู้ป่วยโดย

ครอบครัวของผู้ป่วย ไม่ได้อธิบายในแง่ของการยอมรับการเจ็บป่วยและการตายของตัวผู้ป่วยเอง (Kongsuwan et al., 2010) และมีการศึกษาที่พบว่า หากตัวผู้ป่วยมีการยอมรับความเจ็บป่วยและการตายที่จะมาถึงจะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเกิดการยอมรับด้วยเช่นกัน (กัญญ์ฐิตา, 2554; วัลภา, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศแถบแอฟริกา พบว่าการตายอย่างสงบเป็นการตายที่ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งรวมถึงผู้ป่วยและญาติ (van der Geest, 2004)

4. ไม่มีการยื้อชีวิต

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบต้องเป็นไปตามสภาพหรือสภาวะที่เจ็บป่วย ไม่ต้องมีการยื้อชีวิตหรือสภาวะการเจ็บป่วยให้ยาวนานออกไปไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหน้าอกกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ภายใต้ความเชื่อของหลักศาสนาอิสลามจะไม่ให้ปั๊มหัวใจ เนื่องจากคิดว่าองค์อัลลอฮ์ได้กำหนดมาแล้วว่าชีวิตของแต่ละคนมีอายุขัยเท่าไร และเมื่อไหร่จะถึงเวลากลับไปหาพระองค์ ดังนั้นการที่เราไปยื้อหรือจู้จี้ชีวิตผู้ป่วยไว้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ในศาสนาพุทธ การตายอย่างสงบเป็นการจากไปที่ไม่ยื้อชีวิตให้ทุกข์ทรมานด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นต้น และการยื้อชีวิตจะทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว (จินต์จุฑา, 2549; วัลภา, 2556) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับมุมมองของพยาบาลไทยพุทธและครอบครัวไทยพุทธที่มองว่าการตายอย่างสงบต้องไม่มีมีการยื้อชีวิตของผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีช่วยชีวิตทั้งหลาย (Kongsuwan, Locsin, & Schoenhofer, 2011; Kongsuwan, et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่นับถือศาสนาอื่นๆ (Hirai et al., 2006; van der Geest, 2004) นั่นคือ ไม่ต้องการยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายเช่นกัน

5. ได้อยู่กับครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ

จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวและคนที่ผู้ป่วยรักในสิ่งแวดล้อมที่สงบก่อนตายจะทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ สิ่งแวดล้อมที่สงบอาจเป็นหอผู้ป่วยหรือที่บ้าน ทั้งนี้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามวิถีของมุสลิมจะให้ครอบครัวและญาติพี่น้องมาอยู่กันพร้อมหน้าเพื่อได้สั่งเสียและขอโทษ (มาอัฟ) ซึ่งกันและกัน และญาติจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ตลอดเวลา (ดำรง, 2547; ยูซุฟและสุภัทร, 2551) ญาติอาจพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน สอดคล้องกับศาสนาพุทธ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้ตาย สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในช่วงใกล้ตายคือครอบครัวหรือคนที่ผู้ป่วยรัก ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างโดดเดี่ยว (สิริลักษณ์และคณะ, 2554; Kongsuwan et al., 2012) และได้อยู่กับครอบครัวในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่และก่อนตายทั้งการตายที่บ้านและโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบด้วยความรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยว (วัลภา, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่

พบว่า การตายอย่างสงบ ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวในระยะใกล้ตาย เป็นการตายที่บ้าน มีบุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้าง (Beckstrand et al., 2006; van der Geest, 2004)

6. มีการเตรียมการตายของตัวเอง

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การตายอย่างสงบ ก่อนตายผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจหรือต้องการทำ แต่ยังไม่ได้ทำ หรือได้ทำในสิ่งที่ยังค้างคาและไม่เสร็จให้เสร็จ รวมถึงการได้ทำบุญก่อนตาย ผู้ป่วยที่ได้เตรียมการตายของตนเองเป็นการจัดซึ่งสิ่งที่เป็นความกังวลใจให้หมดไปและการทำบุญไว้ก่อนตาย ผลบุญจะส่งผลดีในชีวิตหลังความตาย การศึกษาของนริสา และคณะ (2557) พบว่าผู้ดูแลหลักมุสลิมได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวก่อนตายโดยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาให้ผู้ป่วย เนื่องจากเชื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับผลบุญ และได้ระลึกถึงพระเจ้า ได้อยู่ใกล้ชิดพระเจ้า และระลึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธ (จินต์จุฑา, 2549) และในประเทศญี่ปุ่น (Hirai et al., 2006) นอกจากนี้ของศาสนาคริสต์ ก็มีการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้กล่าวถึงการเตรียมตัวสำหรับการตายที่สมบูรณ์ (Reitjen et al., 2006) ว่าเป็นการตายที่บุคคลได้เตรียมตนเอง เตรียมครอบครัว และมีการทำบุญไว้ก่อนตายและจากการศึกษาของสิริลักษณ์และคณะ (2554) เกี่ยวกับการตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ อธิบายไว้ว่าการทำบุญเพื่อสะสมบุญก่อนตายทำให้ผลบุญที่สะสมไว้ช่วยหนุนนำให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและไปสู่สุคติที่ดี

จากการอภิปรายผลแสดงให้เห็นว่ามุมมองการตายอย่างสงบตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลไทยมุสลิมทั้ง 6 องค์ประกอบนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการตายอย่างสงบที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลไทยพุทธและครอบครัวไทยพุทธในหลายๆ องค์ประกอบ รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ แต่จะมีความแตกต่างกันบ้างเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาในระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

อภิปรายผลประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ตายอย่างสงบของพยาบาลไทยมุสลิม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ได้ตายอย่างสงบ พบความหมายของประสบการณ์จำนวน 13 กลุ่มความหมาย และสามารถสะท้อนความหมายในโลก 4 ใบ (ดังในตาราง 3) ดังนี้

โลกของตัวเอง

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม สามารถสะท้อนในหมวดโลกของตัวเองได้ 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) มีความเมตตา อ่อนโยน 2) รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง และ 3) เข้าใจความเป็นไปของชีวิต สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. มีความเมตตา อ่อนโยน

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความรัก มีความเมตตาต่อผู้ป่วยและญาติ ให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน มีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยใกล้ตายที่มีอาการเจ็บปวดทรมานหรือไม่สุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) และสุมาลี (2552) พบว่าพยาบาลไอซียูให้ความหมายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เป็นการดูแลที่พยาบาลต้องมีความรัก ความเมตตา ความเข้าใจ และความสงสารต่อผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในภาวะใกล้ตายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือใครสักคนที่เข้าใจเขาและให้ความเอาใจใส่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ นอกจากนี้ ทักษิณี (2553) ได้กล่าวไว้ว่า พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากที่สุด พยาบาลต้องแสดงออกถึงความมีเมตตา มีความรัก ความอ่อนโยนต่อผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ายังมีคนที่คอยให้กำลังใจ ปลอบใจและอยู่เคียงข้าง ซึ่งสามารถประคับประคองจิตใจผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี บางครั้งไม่จำเป็นต้องพูดแต่พยาบาลสามารถสื่อความเมตตาและอ่อนโยนด้วยการสัมผัส เช่น การจับมือ การกอด เป็นต้น

2. รู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยมีการจากไปและเป็นการจากไปอย่างสงบ ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลของการดูแลที่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรพรรณและคณะ, 2554) พบว่า พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมตามมาตรฐานของพยาบาลและให้ความสำคัญในการดูแลญาติจนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ มีความภาคภูมิใจที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไทยพุทธในการดูแลผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตอย่างสงบในหอผู้ป่วยหนัก (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาลมีความสุขและมีความภาคภูมิใจในการทำงาน เป็นความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายจนกระทั่งผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสร (2554) ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย พบว่าพยาบาลรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมานและผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ

3. เข้าใจความเป็นไปของชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต ว่าทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย จากการให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 10 ปี และให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายมากกว่า 5 ราย แสดงให้เห็นว่า ประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นและการเผชิญกับความตายของบุคคลจำนวนมากมีผลต่อตัวผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเข้าใจการตายและยอมรับต่อการตายได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่ยอมรับการตายได้เตรียมตัวเองก่อนตาย เช่นเดียวกับหลักศาสนาอิสลามจะน้อมนำให้ทุกคนยอมรับกับความตายตั้งแต่เกิดจนตาย การปฏิบัติตามหลักศาสนาจะส่งผลให้ตายอย่างสงบ (อิมรอนและอลีย์, 2543) และจากการศึกษาของจินต์จู้ทา (2549) ศึกษาการตายดีของผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่าผู้สูงอายุได้สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับความตายว่าเป็นความจริงที่ทุกคนต้องเผชิญ และได้มีการบอกกล่าวลูกหลานให้เตรียมพร้อมสำหรับการตายในวันข้างหน้าเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

โลกของความสัมพันธ์

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม สามารถสะท้อนในหมวดโลกของความสัมพันธ์ได้ 6 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลเสมือนญาติ 2) ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์ 3) ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา 4) ดูแลอย่างซื่อหุ่่น 5) ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย และ 6) ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. ดูแลเสมือนญาติ

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเสมือนเป็นญาติของตนเอง ทำให้เกิดการดูแลที่จริงใจและเต็มทีในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย (สุภัสสรา, 2554) พยาบาลให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายว่า “เหมือนกับผู้ป่วยเป็นญาติ” การดูแลผู้ป่วยเหมือนกับผู้ป่วยเป็นญาติของพยาบาลจะทำให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยและสามารถตอบสนองความต้องการได้ถูกต้อง ให้ความรัก กำลั้งใจ และความผูกพันจากคนรักหรือญาติจะทำให้เกิดความเห็นใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่าพยาบาลไอซียูไทยพุทธ ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับพยาบาล จึงให้การดูแลที่ทุ่มเทเต็มที่และดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตายอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) ที่ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยและญาติด้วยหัวใจ ดูแลเสมือนเป็นญาติของพยาบาล

2. ดูแลอย่างที่เขาเป็นมนุษย์

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตั้งแต่ก่อนตาย ขณะตาย และหลังการตาย ด้วยการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แม้ว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิตก็ให้การดูแลเหมือนคนเป็น สิวลิ (2549) กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์เป็นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมองค์รวม จากการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) พบว่าพยาบาล ไอซียูให้ความเคารพในสิทธิของความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งก่อนและหลังเสียชีวิต โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลและไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาล ไอซียูไทยพุทธมีการส่งเสริมการตายอย่างสงบ โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างที่เขาเป็นมนุษย์แม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้ว กระทำโดยมีการแสดงความเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิต มีการขอโหสิกรรม ทำความสะอาดร่างกายและแต่งกายใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม และมีการแต่งหน้าให้กับผู้ป่วยที่เพิ่งเสียชีวิต พร้อมทั้งใส่ดอกไม้ไว้ในมือ สำหรับในกลุ่มของผู้ป่วยมุสลิม มีการดูแลให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยให้พยาบาลหรือญาติผู้ป่วยที่เป็นเพศเดียวกัน นับถือศาสนาเดียวกัน ทำความสะอาดร่างกาย และใส่เสื้อผ้าให้กับผู้ป่วยมุสลิมที่เพิ่งเสียชีวิต (Kongsuwan & Locsin, 2009) สอดคล้องกับการศึกษา ประสพการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้ายโดยสุภัทสรา (2554) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า พยาบาลมีการดูแลเสมือนศพยังมีความรู้สึกเหมือนคนเป็น โดยการปฏิบัติต่อศพด้วยความอ่อนโยน และนุ่มนวล นอกจากนี้ การส่งเสริมการตายอย่างสงบ โดยมีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและหลังตายอย่าง สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของไฮไรและคณะ (Hirai et al., 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น พบว่าการตายอย่างสงบเป็นการคงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. ดูแลอย่างเท่าเทียมทุกศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายทุกศาสนาอย่างเท่าเทียมกัน ในความความเข้าใจของบุคคลทั่วไปอาจคิดว่าพยาบาล ไทยมุสลิม ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอื่นได้จากปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และสังคม บุคคลที่ให้การดูแลอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับการตายอย่างสงบภายใต้ปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งบุคคลที่รับรู้ศาสนาและวัฒนธรรมเช่นใดก็จะมีผลต่อการปฏิบัติตามสิ่งที่รับรู้ (กิตติกร, 2555) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาล ไทยมุสลิมไม่มีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของกงสุวรรณและลือคชิน (Kongsuwan & Locsin, 2009) พบว่าพยาบาลไทยพุทธมีการส่งเสริมการตายอย่างสงบได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะนับถือศาสนาใด ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาของ สุภัทสรา (2554) เนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย มีความรู้ดีด้านลบในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกสงสารผู้ป่วยจากการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมได้ เนื่องจากไม่มีความรู้ ความเข้าใจและความศรัทธาร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร์และอวยพร (2556) พบว่าการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ด้านสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบ

พยาบาลกับผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันมาก ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาความรู้และศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

4. การดูแลอย่างยืดหยุ่น

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและญาติ ของผู้ป่วยอย่างยืดหยุ่น การดูแลอย่างยืดหยุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่ยืดหยุ่นและญาติของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแล และเป็นการดูแลภายใต้หลักของการดูแลแต่ละบุคคล (individual care) ที่ไม่มีสูตรสำเร็จ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการตอบสนองความต้องการหรือได้ทำในสิ่งที่ปรารถนา (เต็มศักดิ์, 2552) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนริสาและคณะ (2557) ที่พบว่าในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลยืดหยุ่นการดูแลโดยอนุญาตให้ญาติมุสลิมได้ดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การให้ผู้ป่วยกินอาหารเสริม หรือยาที่ผู้ป่วยเคยกินอยู่ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มีการยืดหยุ่นเกี่ยวกับจำนวนญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและยืดหยุ่นเวลาในการเยี่ยม โดยเปิดโอกาสให้ญาติได้อยู่กับผู้ป่วยและดูแลด้านจิตวิญญาณตลอดในช่วงใกล้ตาย สอดคล้องกับการปฏิบัติของพยาบาลไทยพุทธในการส่งเสริมการตายอย่างสงบในการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011)

5. ประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย

การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตายอย่างสงบ ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลประสานการตัดสินใจในระยะสุดท้าย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างญาติกับแพทย์ ระหว่างญาติกับทีมพยาบาล และระหว่างผู้ป่วยกับญาติ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่าในการดูแลเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ พยาบาลไทยพุทธได้แสดงบทบาทของการเป็นผู้ประสานงานหรือเป็นตัวกลางให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ทีมดูแล และญาติของผู้ป่วย เพื่อให้มีการร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของไวท์และลักค์ (White & Luce, 2004) ที่พบว่าพยาบาลช่วยให้มีการสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างแพทย์กับญาติในการดูแลผู้ใกล้ตาย จึงกล่าวได้ว่าการประสานงานเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (กิตติกร, 2555)

6. ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อ

การตายอย่างสงบของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับศาสนาและความเชื่อ (Granda-Cameron, & Houldin, 2012) จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อของแต่ละบุคคลทั้งไทยมุสลิมและไทยพุทธ เช่น

ให้ญาติอ่านบทสวดมนต์ (ยาจีน) ให้ผู้ป่วยฟัง หรือเปิดเทปให้ฟัง แต่ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นคนอ่าน ให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนริสาและคณะ (2557) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลักมุสลิมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ในส่วนของไทยพุทธจะมีการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบพระ ทำบุญ เป็นต้น สอดคล้องกับมุมมองของครอบครัวไทยพุทธ จะมีการสวดมนต์ การกระซิบเบาๆ ช่างหูส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (Kongsuwan et al., 2012) และการศึกษาของสิริรัตน์และคณะ (2554) กล่าวถึงการใช้บุญหนุนนำเพื่อการตายอย่างสงบและไปสู่สุคติ ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยและญาติจะมีการทำบุญเพิ่มขึ้นผลบุญจะช่วยดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้มีความสุขและเมื่อเสียชีวิตได้ไปสู่สุคติที่ดี สมาชิกในครอบครัวก็มีความสุข จึงกล่าวได้ว่าศาสนาและความเชื่อมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้ตายอย่างสงบ

โลกของสถานที่

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิมสามารถสะท้อนในหมวดโลกของสถานที่ได้ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และ 2) ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ดูแลในสถานที่ที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว

ผู้ให้ข้อมูลได้มีการจัดสถานที่ที่ใช้ในการดูแลให้มีความเงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้ผู้ป่วยและญาติได้ทำกิจกรรมต่างๆ ทางศาสนาร่วมกัน ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด เช่น การอ่านยาจีน(เป็นบทสวดในคัมภีร์อัลกุรอาน) ของญาติผู้ป่วยไทยมุสลิม การละหมาด เป็นต้น ซึ่งในบางครั้งผู้ป่วยมุสลิมบางรายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเท่านั้น (Luna, 2002) ในส่วนของศาสนาพุทธจะมีการนิมนต์พระมาสวดมนต์ เป็นต้น สถานที่ที่สงบอาจเป็นห้องพิเศษ หรือมุมใดมุมหนึ่งของตึกที่สงบและเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) และการศึกษาของคองสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยและญาติต้องการอยู่ร่วมกันอย่างสงบและมีความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยและญาติได้แสดงความรู้สึกร่วมกัน ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของบาร์ฮาม (Barham, 2003) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยสามัญเกี่ยวกับการจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว โดยการกั้นม่านรอบเตียงผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีห้องเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่าไม่สามารถป้องกันการรบกวนได้ จากการศึกษาของอรพรรณและคณะ (2554) ได้กล่าวถึงการจัดสถานที่ให้มีความเงียบสงบโดยการกั้นม่านไม่สามารถป้องกันการรบกวนจากเตียงข้างเคียงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัสตรา (2554) ที่ต้องการการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

2. ดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการเข้าไปอยู่ด้วยกับผู้ป่วยและญาติที่เตียงผู้ป่วย ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยวในขณะที่กำลังจะเสียชีวิตหรือแยกจากบุคคลที่รักไป มีการประคับประคองจิตใจญาติ ดูแลเอาใจใส่ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (อรพรรณและคณะ, 2554) ซึ่งการดูแลญาติอย่างใกล้ชิดส่งผลให้ญาติสามารถยอมรับการจากไปของผู้ป่วยและผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และจากการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) อธิบายว่าในสถานที่ของการดูแลอย่างใกล้ชิด จะต้องมีพยาบาลอยู่ด้วยกับผู้ป่วยและญาติ ภายใต้บรรยากาศของการดูแลกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Fridh, Forsberg, & Bergbom, 2009; McKiernan & McCarthy, 2010) การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา และการศึกษาในไทย สุภัทสร (2554) พบว่าในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว เพื่อการปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยมุสลิมบางรายต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเช่นกัน (Luna, 2002)

โลกของเวลา

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาลไทยมุสลิม ซึ่งสะท้อนในหมวดโลกของเวลาได้ 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 2) ให้ความเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่หยุดการดูแล จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) ที่พบว่า พยาบาลไทยพุทธมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ แม้ว่าแพทย์จะยุติการรักษา แต่พยาบาลจะยังไม่หยุดการดูแล ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คูสิด (2552) ได้แนะนำเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การดูแลผู้ป่วยรายกรณี การดูแลผู้ป่วยรายโรค การให้ความรู้ในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยทีมสุขภาพ และการปรับระบบข้อมูลสารสนเทศให้เชื่อมโยงกับจุดบริการต่างๆ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ซึ่งกิตติกร (2555) ได้กล่าวถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในหลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการดูแลจากสถานบริการสุขภาพหลายระดับ จากอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยบุคลากรและทีมสุขภาพที่มีความชำนาญและเชี่ยวชาญมากขึ้นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและการดูแลครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (เต็มศักดิ์, 2552; Lynn, Chaudhry, Simon, Wikinson, & Schster, 2007)

2. ให้ความเวลาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้เวลาหรือให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ทั้งช่วงเวลาก่อนตาย ขณะตาย และหลังการตาย สอดคล้อง

กับการศึกษาของกงสุวรรณ (Kongsuwan, 2011) พบว่าพยาบาลไทยพุทธได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเวลาสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายและญาติของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงเวลาของการตาย เพราะถือว่าเป็นโอกาสสุดท้ายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลได้ทำสิ่งที่ดีที่สุด ให้การดูแลที่ดีที่สุด ภายใต้อำนาจความสามารถที่พยาบาลมี เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ เนื่องจากพยาบาลมีความคิดว่าเวลาของการดูแลไม่สามารถหวนกลับมา เช่นเดียวกับชีวิตของผู้ป่วย (Kongsuwan & Locsin, 2010) ดังนั้นเวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายอย่างมีคุณภาพ และดีที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนกระทั่งตาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริพันธ์ ศาสตรานุรักษ์, ยูพา อ่องโกศัย, และ ศรีวรรณ ช่วยนุกูล. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาล ปฏิบัติการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(5), 291-301.
- กุศลศรี ต่อเล็บ. (2552). *มุมมองของศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. ใน ฉันทชาย สิทธิพันธ์, ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, พรเลิศ นัทรแก้ว, และอิศรางค์ นุชประยูร (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 24-26). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, อัจฉริยา ปทุมวัน, สมทรง จุไรทัศน์ย์, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2011). ผลของโครงการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล. *Rama Nursing Journal*, 17(1), 126-140.
- จินต์จุฑา รอดพาล. (2549). *การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพมหานคร.
- เจ้ฟ้าตีหมีะ บินอับรอเฮง. (2547). การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ดำรง แวอาลี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 41-44). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2553). End of life care in Critically Ill patients. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, และ ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical care at difficult time*. (2553). กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรีนติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชวลีพรรณ ศรีสุนทร. (2548). ความตายตามความเชื่อของคริสตชน. ใน เมศดานนุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 191-200). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรีนติ้ง.

- คูสิต สถาวร. (2552). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 313-326). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ดำรง แวอาลี. (บรรณาธิการ). (2547). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- ตุลา วงศ์ปาลี. (2549). *อุปรากรในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตายของพยาบาลงานการพยาบาล ผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. (2552). การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 15-23). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 1: คู่มือปฏิบัติการวิจัย เพื่อพัฒนาคน องค์การ ชุมชน สังคม. นครราชสีมา: โชนเจอร์นิมาร์เก็ตติ้ง*.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: วี พรีน.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: วี พรีน.
- นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานันต์, และวราภรณ์ คงสุวรรณ. (2557). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(1), 48-59.
- นิการิหะ นิจินการี, อรัญญา เชาวลิต, และอุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 431-439.
- นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภคณ โสภารัตนาไพศาล. (2547). End of life care: Principle of management. ใน คูสิต สถาวร, และชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), *Update in critical care 2004* (หน้า 99-112). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เด็นเทอร์ไพร์ซ์.
- บรรจง บินกาซัน. (2543). *ชีวิตหลังความตาย*. กรุงเทพมหานคร: นิตวีดาการพิมพ์.

- เบ อารีฟิน. (2545). *ชีวิตหลังความตาย* (มุฮัมมัดคอลลูน หะยีมุตตอฟา ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: อิมเมจ.
- ประณีต ส่องวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์: ปรัชญาการณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-23.
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). การเตรียมจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ. ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-10). กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- พระไพศาล วิสาโล. (2553). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- พระมน เมตตานนุโท. (2548). ธรรมชาติในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 11-107). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง.
- พาริดา อิบราฮิม. (2543). การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ. *วารสารพยาบาล*, 49(2), 122-124.
- มธุรส ศิริสถิตย์กุล. (2550). ความตายในคริสต์ศาสนา. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรรณญา เพ็ชรคง, สมิทธี ถนอมศาสนะ, ประชาธิป กะทา, และคณะ (บรรณาธิการ), *วัฒนธรรม ความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 218-34). นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- มุหมัดดาโอ๊ะ เจะเลาะ. (2547). ความปรารถนาสูงสุดของมุสลิมก่อนสิ้นชีวิต. ใน ดำรง แวอาลี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 35-39). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.
- ยุวนิดา อารมรมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ (สวรส. ภาคใต้): มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: นามมีบุ๊คส์.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกฤษดา แสงวงศ์. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5-12.

- วีณา เทียงธรรม. (2547ก). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(1)*, 70-78.
- วีณา เทียงธรรม. (2547ข). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(2)*, 97-108.
- วิมลล์ จันทร์ดี. (2552). การประเมินปัญหาและความต้องการด้านสังคม. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 100-108). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21(4)*, 25-36.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2557). การพยาบาลเพื่อการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(3)*, 69-86.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2549). การประเมินและการให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์. (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (Holistic care for promotion of quality of life)* (หน้า 135-144). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมาพร โล่สวัสดิ์กุล, และวนิษา พิงชมพู่. (2549). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะวิกฤต. *พยาบาลสาร, 33(1)*, 72-83.
- สิดารัตน์ สัมครสมาน. (2550). *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์, และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2556). การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 31(5)*, 235-244.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หักกิจ, และกิตติกร นิลมานันต์. (2554). การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19(2)*, 28-41.
- สิวลี ศิริไล. (2549). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน โสรัจจ์ หงส์คารมภ์ (บรรณาธิการ), *ความตายกับการตาย: มุมมองของศาสนากับวิทยาศาสตร์* (หน้า 135-146). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุปราณี นิรัตติศาสน์. (2552). Symptom Control at the End-of-Life. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว, และนันทชาย สิทธิพันธ์. (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 165-175). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สุภัทสร่า ชูช่อ. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมุสลิมระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุมาลี นิมนานนิตย์. (2552). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ นัทรแก้ว, และนันทชาย สิทธิพันธ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of life care improving care of the dying* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 24-32). กรุงเทพมหานคร: อักษรสัมพันธ์.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโย, และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: มิติใหม่ที่ทำนายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคราม สถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานพาณิชย์จังหวัดสงขลา. (2556). *ข้อมูลการตลาด จังหวัดสงขลา ประจำปี 2556*. ค้นจาก http://pcoc.mocgo.th/wappPCOC/90/upload/File_IPD_FILE90172477.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ 2553*. ค้นจาก http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?t=t1&yr=2553
- อิมรอน บินยูซุป, และอลิย์ บินรอฮีม. (2543). *คู่มือพื้นฐานอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: อัล-อิหม่าน.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต, และวิภาวี คงอินทร์. (2554). *ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 41-55.
- ฮาฮามัด อาลี. (2547). การจัดการศพมุสลิมในโรงพยาบาล. ใน ดำรง แวอาลี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 77-80). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- Annell, M. (1996). Hermeneutic phenomenology: philosophical perspectives and current use in nursing research. *Journal of advance Nursing*, 23(4), 705-713.
- Barham, D. (2003). The last 48 hours of life: a case study of symptom control for a patient taking a Buddhist approach to dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(6), 245-295.
- Bash, A. (2004). Spirituality: the emperor's new clothes?. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 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), 38-45.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive & critical care nursing, 25*(3), 111–119.
- Granda-Cameron, C., & Houldin, A. (2012). Concept analysis of good death in terminally ill patients. *American Journal of Hospices & Palliative Medicine, 29*(8), 632-640.
- Halligan, P. (2005). Caring for patients of Islamic denomination: Critical nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing, 15*(12), 1565-1637.
- Hattori, K., McCubbin, M. A., & Ishida, D. (2006). Concept analysis of good death in the Japanese Community. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(2), 165-235.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *Journal of pain and symptom management, 31*(2), 140-147.
- Iranmanesh, S., Hosseini, H., & Esmaili, M. (2011). Evaluating the "good death" concept from Iranian bereaved family members' perspective. *The Journal of Supportive Oncology, 9*(12), 59-63.
- 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' perceptions of obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients. *American Journal of Critical Care, 9*(2), 96-105.
- Koch, T. (1995). Implementation of hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 174-257.
- Kongsuwan, W. (2011). Thai nurses' lived experience of caring for persons who had a peaceful death in intensive care units. *Nursing Science Quarterly, 24*(4), 377-384.

- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in critical care*, 17(3), 151-9. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x
- Kongsuwan, W., Keller, K., Touhy, T., & Schoenhofer, S. (2010). Thai Buddhist intensive care unit nurses' perspective of a peaceful death: an empirical study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 241-247.
- Kongsuwan, W. & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56(1), 116-122.
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2010). Aesthetic expressions illuminating the lived experience of Thai ICU nurses caring for persons who had a peaceful death. *Holistic Nursing Practice*, 24(3), 134-141.
- Kongsuwan, W., Locsin, R. C., & Schoenhofer, S. O. (2011). Knowing the occasion of peaceful death in intensive care units in Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 13(1), 41-46.
- Kuebler, K. K., Berry, P. H., & Heidrich, D. E. (2002). *End-of-Life Care: Clinical Practice Guidelines*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- 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.
- Lynn, J., Chaudhry, E., Simon, L.N., Wikinson, A.M., & Schster, J.L. (2007). *The common sense guide to improving palliative care*. New York: Oxford University Press.
- McKiernan, M. & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive & critical care nursing*, 26(5), 254-314.
- Minichiello, V., Aroni, R., Timewell, E., & Alexander, L. (1995). *In-depth interviewing: Principles, techniques, analysis* (2nd ed.). Melbourne: Longman.
- Narayanasamy, A. (2004). The puzzle of spirituality for nursing: A guide to practical assessment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(19), 1140-1143.
- Pool, R. (2004). You're not going to dehydrate mom, are you?: Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 58(5), 955-1020.

- Rietjen, J. A., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Maas, P. J., & van der Wal, G. (2006). Preference of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliative Medicine, 20*(7), 685-771.
- Rooda, L. A., Clements, R., & Jordan, M. L. (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum, 26*(10), 1683-1689.
- Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Streubert-Speziale, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tayeb, M. A., AL-Zameal, E., Fareed, M. M., & Abouellail, H. A. (2010). A "Good death": perspectives of Muslim patients and health care providers. *Annals of Saudi Medicine, 30*(3), 215-235. doi: 10.4103/0256-4947.62836.
- van der Greest, S. (2004). Dying peacefully: Considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. *Social Science and Medicine, 58*(5), 899-911.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: State University of New York.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, 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*(4), 501-509.
- Vig, E. K., Davenport, N. A., & Pearlman, R. A. (2002). Good death, Bad death, and preferences for the end of life: A qualitative study of geriatric outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(9), 1541-1548.
- White, D. B., & Luce, J. M. (2004). Palliative care in the intensive care unit: Barriers, advances, and unmet needs. *Critical Care Clinics, 20*(3), 329-371.
- World Health Organization. (2002). *WHO definition of palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา
อาจารย์ รอฮานี เจ๊ะอาแซ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.ปัตตานี

ภาคผนวก ข
แนวคำถามสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่ง ของการศึกษาวิจัยในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง ประสิทธิภาพของ พยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () 2.1 ชาย () 2.2 หญิง
3. การปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม
() 3.1 เคร่งครัดมาก () 3.2 เคร่งครัดปานกลาง () 3.3 ไม่เคร่งครัด
บรรยายความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาที่ท่าน
นับถือ.....
.....
.....
4. ระดับการศึกษา () 4.1 ปริญญาตรี () 4.2 ปริญญาโท
5. ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใด.....
6. ท่านมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพนาน.....ปี
7. การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายในหลักสูตรพยาบาลระยะสั้นหรือไม่มี
() 7.1 เคย () 7.2 ไม่เคย () 7.3 เคยอบรมหลักสูตรอื่นๆ (ระบุ).....
8. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ ประมาณ.....ราย
9. ประสบการณ์การได้รับการประชุม/สัมมนา/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย
(ระบุ).....
10. ท่านมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา หรือคนรัก
() 10.1 มี ระบุ..... () 10.2 ไม่มี

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก พยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ

คำชี้แจง กรรณานึกย้อนไปถึงเหตุการณ์ที่ท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบ และเล่าเหตุการณ์ครั้งนั้นอย่างละเอียด

1. คำถามวิจัย: การตายอย่างสงบตามการรับรู้และเข้าใจของพยาบาลไทยมุสลิมเป็นอย่างไร

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

- 1.1 ผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบในความเข้าใจและการรับรู้ของคุณเป็นอย่างไร ทำไมถึงเข้าใจและรับรู้เช่นนั้น
- 1.2 คุณรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลมีการตายอย่างสงบ กรุณายกตัวอย่างประกอบ

2. คำถามวิจัย: พยาบาลไทยมุสลิมให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบอย่างไร

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

- 2.1 กรุณาเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งผู้ป่วยได้มีการตายอย่างสงบ
- 2.2 คุณรู้สึกอย่างไรขณะให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตาย จนกระทั่งตายอย่างสงบ
- 2.3 คุณคิดว่ามันเปรียบเหมือนกับอะไร ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตาย จนกระทั่งตายอย่างสงบ
- 2.4 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งมีการตายอย่างสงบ มีความหมายต่อคุณอย่างไร
- 2.5 คุณได้ปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและใกล้ตาย จนกระทั่งตายอย่างสงบอย่างไรบ้าง และทำไมถึงปฏิบัติเช่นนั้น
- 2.6 คุณคิดว่าอะไรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณดีขึ้นและอะไรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคุณยังไม่ดีพอ

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์ประเด็นต่างๆ ที่ศึกษาจะมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การยกตัวอย่างประกอบ เพื่อขยายความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอย่างละเอียด

ภาคผนวก ค

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....

ชื่อ (สมมติ).....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....

สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

.....

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสีหน้า ท่าทาง)

.....

.....

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

.....

.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

.....

.....

.....

5. ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบของผู้ให้ข้อมูล

.....

.....

.....

ตัวอย่างการบันทึกข้อมูลภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 ชื่อ (สมมุติ) พี่พา
วันที่ 13 มกราคม 2556 เวลา 16.30-17.30 น.
ณ ห้องพักรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลจนะ

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

สถานที่ในการสัมภาษณ์ เป็นห้องพักรักษาตัวของตึกผู้ป่วยในหญิง บรรยากาศจะเต็มไปด้วยกระเป๋าสัมภาระของเจ้าหน้าที่ๆ มาปฏิบัติงาน รู้สึกอึดอัด คือ เราอยู่กันสองคนในห้องที่ปิดประตู บานเกร็ดก็ไม่ได้เปิดมู่ลี่ แต่เปิดแอร์เย็นสบาย ทำให้รู้สึกอึดอัดเล็กน้อยในการสัมภาษณ์

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งลีลา ท่าทาง)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 เป็นคนคุยเก่ง คุยสนุกจะเล่าประสบการณ์ตัวเองไปเรื่อยๆ คือเมื่อเปิดประเด็นให้เล่าพี่เขาจะพูดไปอิน ไปเนื่องจากตัวเองเป็นคนในพื้นที่ที่มีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและจะให้ความช่วยเหลือทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ฟังแล้วพี่เขามีความสุขในการทำงานและภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลมาก

โรงพยาบาลจนะเป็นโรงพยาบาลที่มีพยาบาลไทยมุสลิมค่อนข้างเยอะมา แนวทางการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะยึดหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด และจะมีความเป็นกันเอง ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ชัดเจน ฟังแล้วสามารถจินตนาการได้ว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตญาติจะพากลับบ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งบางรายทางโรงพยาบาลจะให้ออกซิเจนกลับไปด้วย เพื่อไปใช้ที่บ้านก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติจะมาตามพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ให้ไปถอดอุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดตัวคนไปซื้อออก ก่อนนำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และญาติจะนำถังออกซิเจนกลับมาคืนให้โรงพยาบาลภายหลัง ญาติไม่ต้องทำเรื่องเช่า และมีบริการรถไปส่งผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยไทยมุสลิมเมื่อเสียชีวิตในโรงพยาบาล การดูแลด้านภาพลักษณ์มีความสำคัญจะไม่มี的开เผยร่างกายผู้ป่วย เนื่องจากวิญญูณของผู้ป่วยยังอยู่ ยังไม่ไปไหน จะเน้นการพันผ้าบริเวณกางให้ปากปิดสนิท ให้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยดูดี ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ให้ข้อมูลของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ค่อนข้างชัดเจน และมีความตั้งใจในการให้ข้อมูลทุกคำถามการวิจัย

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

1. สถานที่ๆ ใช้ในการสัมภาษณ์อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีความอึดอัด
2. ช่วงสุดท้ายบุตรของผู้ให้ข้อจะเข้ามาหาผู้ให้ข้อมูลบ่อยครั้ง ทำให้ผู้สัมภาษณ์ต้องรีบสัมภาษณ์ เนื่องจากบุตรผู้ให้ข้อมูลต้องการกลับบ้าน

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์จะลึกในครั้งต่อไป

ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จะให้ผู้ให้ข้อมูลจัดการตัวเองก่อน เช่น ส่งบุตรกลับบ้านก่อน หรือนัดมาเวลาที่บุตรของผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้มาด้วย และการเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ ควรเลือกสถานที่ที่ปลอดโปร่งอากาศถ่ายเทได้สะดวก

5. ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบของผู้ให้ข้อมูล

(ช่วงที่ไปเก็บข้อมูลไม่มีเคสผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

ภาคผนวก ง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางสาวจนา ทองคำ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและได้ตายอย่างสงบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและบรรยายประสิทธิภาพของพยาบาลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายและได้ตายอย่างสงบ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ตายอย่างสงบ และช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้ตายอย่างสงบได้ภายใต้ความหลากหลายทางศาสนา และวัฒนธรรม ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้ข้อมูล ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และมีความจำเป็นต้องบันทึกเสียงไว้ด้วยทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ท่านสามารถเลือกเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีข้อคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกที่จะตอบ ท่านมีอิสระที่จะไม่ตอบ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถบอกยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ภายหลังจากการสัมภาษณ์ดิฉันจะถอดเทปที่บันทึกเสียง และเขียนเป็นบทสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในบทสัมภาษณ์บันทึกต่างๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้เป็นรหัสหมายเลข ไม่มีการใช้ชื่อจริงของท่าน เทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์นี้ดิฉันจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 3 ปี หากขณะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือโทรศัพท์หมายเลข 080-8755052 โอกาสนี้ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวจนา ทองคำ

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้า เข้าใจการพิทักษ์สิทธิของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวรจนา ทองคำ		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5310421043		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	2549	

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงล่าง
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
อ. นาทวี จ. สงขลา (พ.ศ. 2549-2557)

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

รจนา ทองคำ, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานัต. (กำลังรอตีพิมพ์). การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.
(พร้อมเอกสาร การตอบรับบทความแนบท้าย)

ประสบการณ์นำเสนอผลงาน

1. นำเสนอผลงานวิจัยแบบ Poster Presentation เรื่อง Concept of Peaceful Death: Thai Muslim Nurse Perspective. ในการประชุมวิชาการ The 2013 International Nursing Conference on Health, Healing, & Harmony: Nursing Values. 1-3 May, 2013 at Phukat Orchid Resort and Spa, Phukat, Thailand. ได้รับรางวัล Poster Presentation Award (Best)