



ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

**Muslim Caregivers' Experiences in Caring for Patients with  
End-Stage Renal Disease Receiving Palliative Care**

มีด๊ะ เหมมาน

**Meedah Hemman**

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**

**2559**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

**Muslim Caregivers' Experiences in Caring for Patients with  
End-Stage Renal Disease Receiving Palliative Care**

มีดี๊ะ เหมมาน

**Meedah Hemman**

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**

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย  
 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้เขียน                นาง มีตะ เหมมาน

สาขาวิชา              พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....ประธานกรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรววรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวาร์ตัน มัชฌิม)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขวาร์ตัน มัชฌิม)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ  
 (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับ  
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นาง มีดี๊ะ เหมมาน)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นาง มีดี๊ะ เหมมาน)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
ผู้เขียน	นาง มีตะ เหมมาน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2558

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์มินิวติก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมที่รับรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 เดือนและรับรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายจากการวินิจฉัยของแพทย์ จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลและสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการของแวน มาเนน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมสะท้อนความหมายของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในหมวดของโลก 4 ใบ คือโลกของตนเอง ประกอบด้วย 5 กลุ่มความหมาย คือ 1) เหนื่อยล้า 2) ภูมิใจที่ได้ดูแล 3) ทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ 4) ทำดีที่สุดแล้ว และ 5) ศรัทธาองค์อัลเลาะห์ โลกของความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) ดูแลบนพื้นฐานของความรักความผูกพัน 2) การตอบแทนบุญคุณ 3) คนรอบข้างคือคนสำคัญ และ 4) สะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย โลกของสถานที่ ประกอบด้วย 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) บ้านมีความหมายและความสำคัญ 2) พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่ และ 3) พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย และ โลกของเวลา ประกอบด้วย 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เวลาที่มีค่าและมีความหมาย และ 2) เวลาของชีวิตลิขิตโดยองค์อัลเลาะห์

สำหรับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การดูแลระยะท้ายและการดูแลระยะใกล้ตาย การดูแลระยะท้ายเน้นการส่งเสริมความสุขสบาย การดูแลระยะท้ายมี 7 ลักษณะคือ 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด 2) แสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูของไต 3) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 4) ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5) ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย 6) บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และ 7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ส่วนการดูแลระยะใกล้ตายเน้นการเสียชีวิตอย่างสงบและการอยู่กับพระเจ้า

และการดูแลมี 5 ลักษณะคือ 1) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 2) จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด 3) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความทุกข์สบาย 4) ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และ 5) ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง



<b>Thesis title</b>	Muslim Caregivers' Experiences in Caring for Patients with End-Stage Renal Disease Receiving Palliative Care
<b>Author</b>	Mrs Meedah Hemman
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic year</b>	2015

### ABSTRACT

This research aims to describe Muslim caregivers' experience in caring for patients with end-stage renal disease receiving palliative care. Qualitative method informed by hermeneutic phenomenology was used. Informants were nine primary caregivers who were aware of the terminal diagnosis and provided care for patients for at least one month. Data were collected using individual in-depth interviews and non-participant observation. The interview transcriptions were analyzed using the four life-worlds of van Manen's approach.

The findings of the study were reflected within four life-worlds. Lived body included the thematic categories of 1) being tired, 2) feeling proud to care, 3) making oneself strong and ready to care, 4) doing one's best, and 5) having firm faith in Allah. Lived relations consisted of 1) taking care on the basis of love and bond, 2) repaying gratitude, 3) those surrounding the patients are important, and 4) being a bridge between God and the patient. Lived space included 1) the home is a meaningful and important place, 2) God is always in mind everywhere, and 3) God determined a place of death. Lived time comprised 1) time is precious and meaningful, and 2) life time is determined by Allah.

The study found that caring for a patient with end-stage renal disease receiving palliative care can be divided into two phases: end-of-life phase and terminal phase. End-of-life phase focused on promoting comfort. End-of-life care had seven subcategories, including 1) encouraging the patient to take medicines as prescribed and to follow the doctor's appointment, 2) seeking alternative therapies, 3) promoting personal hygiene and comfort, 4) preparing appropriate food, 5) being caution of patients' accidents, 6) alleviating distressful symptoms, and 7) encouraging patients to adhere to God all the time. Terminal phase focused on promoting peaceful death and being with God. Terminal care consisted of five subcategories; 1) caring for

personal hygiene and promoting comfort, 2) preparing food unlimitedly according is patients' requests, 3) alleviating distressful symptoms, 4) supporting the last wish of patients to die at home, and 5) encouraging patients to adhere to God all the time

The results of the study provide a better understanding of Muslim caregivers' experiences in caring for patients with end-stage renal disease receiving palliative care. They can be used as basic information for health care providers to develop a culturally sensitive practice guideline for caregivers to care for patients with end-stage renal disease receiving palliative care.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จาก รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำชี้แนะ เสนอ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องทุกขั้นตอนของการวิจัย รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ สันับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยได้ตระหนักและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบให้ข้อคิดเห็นต่างๆ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านผู้เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเพื่อให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ให้ ข้อมูลทุกท่านที่มีน้ำใจ ให้ความไว้วางใจ เสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ที่สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ รวมทั้ง ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสงขลาทุกท่านที่เสียสละทำงาน เพิ่มขึ้นและเป็นกำลังใจให้เสมอมา

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และมูลนิธิพระบรม ราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี ที่ให้การ สนับสนุนทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว ที่มอบความรัก ความห่วงใย ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันสำคัญ รวมทั้งพี่น้องๆทุกท่านที่ไม่สามารถ กล่าวนามไว้ได้ทั้งหมดในที่นี้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ มีความปรารถนาดี และเป็นกำลังใจจน ประสบความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์การวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....	7
ผู้ดูแลหลักมุสลิมกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	14
แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	21
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	27
สถานที่ศึกษา.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	29
ภูมิหลังของผู้วิจัย.....	29
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
ผลการวิจัย.....	39
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	87
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	88
เอกสารอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	100
ก แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	101
ข การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	103
ค แนวคำถามในการสัมภาษณ์.....	104
ง แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม.....	105
จ การสัมภาษณ์และการจัดกลุ่มคำสำคัญ.....	106
ฉ อการรบกวนและการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ ดูแลแบบประคับประคอง.....	108
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ประวัติผู้เขียน.....	110

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง.....	40
2 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักมุสลิม.....	41
3 กลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ.....	50
4 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระยะใกล้ตาย.....	62

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเป็นลำดับต้นๆ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอัตรา 62.5 ต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี และอัตราการตาย 25.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี โดยเฉลี่ยแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 13,000 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึงรายละ 250,000 บาทต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ส่งผลให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาพยาบาล (Teerawattananon, Mugford, & Tangcharoensathien, 2007) ซึ่งการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประกอบด้วย 1) การบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีทั้งหมด 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) และ 2) การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) (พรรณนุปผา, 2551; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; Beeson, Lamb, & Riordan, 2008) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง สาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายบางรายมีโรคร่วมหลายโรคและอายุมาก จึงมีภาวะเสี่ยงรวมถึงปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงเกินกว่าความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะรับภาระได้และการรับภาระการดูแลผู้ป่วยระยะยาวด้วย (กล้าเผชิญ, 2551; Yong et al., 2009) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการล้างไตด้วย เพราะสิทธิประโยชน์หลักของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่ได้ครอบคลุมเหมือนโรคเรื้อรังอื่น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคองแทน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555)

การรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เน้นการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการควบคุมปริมาณน้ำ การได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องรวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรักษาด้วยวิธีนี้ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย (Murtagh, Spagnolo,

Panocchia, & Gambaro, 2010) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการจัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการป้องกันและบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ประเวศ, 2552; Murtagh et al., 2010; WHO, 2002) การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการดูแลการรับประทุกันยา การให้ความรู้ด้านการใช้ยาและผลแทรกซ้อนจากยา การดูแลการรับประทานอาหารและการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การควบคุมโรคและการควบคุมโรคร่วม ได้แก่ การควบคุมโรคเบาหวาน การควบคุมความดันโลหิต และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้การเสื่อมของไตมากขึ้น (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; Morton et al., 2012; Preechamanitkul, 2004) การให้ข้อมูลการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรคโดยแพทย์ผู้รักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การประเมินและร่วมวางแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนการดูแลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วย (สมเกียรติ, 2554) เป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและความรุนแรงของอาการจะมากกว่าเนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ เกิดภาวะยูริเมียเพิ่มมากขึ้นจากไตเสื่อมหน้าที่ส่งผลให้อาการต่างๆ ทั่วความรุนแรงมากขึ้น (รวิวรรณ, 2555; สว่างวรรณ, 2552; Seccareccia & Downar, 2012) จากภาวะของโรคที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (กนกวรรณ, 2549; Sullivan & McCarthy, 2009) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นและผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลคือเน้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจครอบคลุมถึงการตอบสนองด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน (Molzahn et al., 2012) แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และศาสนาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์, 2553)

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นให้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่งผลทำให้ผู้ดูแลสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง มักถูกตัดขาดจากโลกภายนอกหรือเพื่อนฝูงและญาติ ได้รับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า ขาดการดูแลตนเอง เครียด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ (รววิ, 2547; Limpanichkul, 2004; Mystakidou et al., 2013) และจากการที่ผู้ดูแลต้องตกอยู่ในภาวะเครียดที่ยาวนานทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ แปรเปลี่ยนไป รู้สึกโดดเดี่ยว และสูญเสียความหวัง อีกทั้งผู้ดูแลที่มี



ภาระงานประจำอยู่แล้ว ก็จะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่และการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ดูแลด้วย ผู้ดูแลบางรายอาจจะต้องลาออกจากงานหลักหรืองานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Mystakidou et al., 2013) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง การอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือขณะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน (นริสา, กิตติกร, และวารภรณ์, 2556)

การศึกษาที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ การศึกษาของกล้าเผชิญ (2551) ศึกษารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง รูปแบบของการดูแลจึงเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาและการควบคุมการรับประทานอาหารและน้ำ เป็นต้น การศึกษาของอุษณีย์ (2551) ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีอาการ เหนื่อยล้า เกิดภาวะเครียดมากที่สุด และเกิดปัญหาสุขภาพ การศึกษาของปภัศรา (2549) ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลในโรงพยาบาลนครพิงค์จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง เช่น การดูแลการขับถ่ายและความสะอาดของร่างกาย เพราะยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย การศึกษาของเสาวภา (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านอารมณ์และความรู้สึกในทางลบ ทำให้เกิดความเครียดและเหนื่อยล้า และเมื่อผู้ดูแลได้รับผลกระทบในระยะเวลาอันยาวนาน ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาของฮาริส (Harris, 2003) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ และการศึกษาของลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) ศึกษาผู้ดูแลหลักผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า การดูแลผู้ป่วยส่งผลผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง และมักถูกตัดขาดจากเพื่อนฝูงและญาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่เลือกการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคองได้เนื่องจากผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแบบประคับประคองจะมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้นและอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงเรื่อยๆ จากการที่ไตไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการในการดูแล

ที่มีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ทำให้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ย่อมมีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่รักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การศึกษาของสุไฮคาร์ (2552) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย พบว่า เมื่อผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และหมดกำลังใจ ผู้ดูแลต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน และผู้ดูแลไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติและจากการศึกษาของไหมมูนี่ (2553) ซึ่งศึกษาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ดูแลเชื่อว่าความเจ็บป่วยและการหายจากการเจ็บป่วย เป็นการกำหนดของอัลเลาะห์ และพลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆของผู้ดูแลมาจากความศรัทธาและการพึ่งพิงกับหลักความเชื่อทางศาสนา ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะที่เป็นสุขทางจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย แต่จากผลการศึกษาก็ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองได้ เนื่องจากการศึกษาของสุไฮคาร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ถูกต้องทางสังคม สังคมรังเกียจ และเป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดต่อกัน จำเป็นต้องเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลมากกว่าและอาการของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของไหมมูนี่นั้น ผู้ดูแลจะเน้นเรื่องจิตวิญญาณและการดูแลเรื่องการจัดการความปวดกับความสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมุสลิมปฏิบัติการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง สิทธิประโยชน์บัตรสามสิบบาทไม่ได้ครอบคลุมการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลักที่จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะทำการฟอกไตและผู้ป่วยบางรายมีโรคร่วมทำให้มีภาวะเสี่ยงได้ และด้วยความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่ว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนด ความเจ็บป่วย การรักษาและความตาย จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยจึงเลือกวิธีการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับการรับประทานยามากกว่าการบำบัดทดแทนไต ประกอบกับศาสนาอิสลามมีความแตกต่างจากศาสนาอื่นด้วยสภาพสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรมที่เฉพาะ ตลอดจนหลักคำสอนของศาสนาที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิตประจำวัน (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์, 2553; คำรงค์, 2547) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาฮอร์มินิวติก ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาที่เน้นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์

นั้นๆและสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกิดความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ข้อค้นพบที่ได้มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ทำให้พยาบาลมีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมนั้นและให้การดูแลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

### คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลหลักมุสลิมให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นอย่างไร
2. ผู้ดูแลหลักมุสลิมให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างไร

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) ตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมาย (meaning) ของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติตามการรับรู้ของบุคคล โดยการค้นหา วิเคราะห์และบรรยายประสบการณ์นั้นออกมาตามบริบทที่เกี่ยวข้องจากการสัมภาษณ์ พื้นฐานส่วนบุคคล รวมทั้งภูมิหลังสังคมวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูล (ประณีต, วิกาวี, และเพลินพิศ, 2543) และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ในการให้ความหมายของประสบการณ์ตามหมวดของโลก 4 ใบ คือ โลกของตนเอง เป็นการรับรู้ของผู้ดูแล

หลักมุสลิมที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ จิตวิญญาณ ของตนเองขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โลกของความสัมพันธ์ เป็นการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีต่อบุคคลรอบข้าง โลกของสถานที่ เป็นการรับรู้ที่ผู้ดูแลหลักมุสลิมมีต่อสถานที่ที่ตนเองใช้ชีวิตอยู่ขณะดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และ โลกของเวลา เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับเวลาในขณะดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

### นิยามศัพท์การวิจัย

ผู้ดูแลหลักมุสลิม หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง หมายถึง โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะสุดท้ายและผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต

### ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มิเนวติก (hermeneutic phenomenology) ศึกษาในผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และให้การดูแลภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาและมาตรวจตามนัดและที่บ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับหลักความเชื่อ หลักศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร วารสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

#### 1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง

1.1 ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.2 หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.3 ผลกระทบของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง

1.4 หลักการดูแลแบบประคับประคองวิถีมุสลิม

#### 2. ผู้ดูแลหลักมุสลิมกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของผู้ดูแลหลัก

2.2 ผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักมุสลิมจากการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

#### 3. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### แนวคิดการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ซึ่งแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเมื่อมีความผิดปกติในเชิงปริมาณการทำงานของไตและเชิงคุณภาพในการทำงานของไต ติดต่อกันเกิน 3 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) โดยการประเมินอัตราการกรองของไต ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของไตและช่วยประเมินระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง เพื่อประโยชน์ในด้านการป้องกันและการรักษา แต่ถึงแม้ว่าจะให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเฉพาะเจาะจงแล้วก็ตาม แต่ท้ายที่สุดเมื่อการทำงานของไตลดลง ไตจะเสื่อมลงเรื่อยๆ จนเกิดเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในที่สุด

## ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของไตไปเกือบทั้งหมดหรือมากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งผู้ป่วยจะมีภาวะของเสียคั่ง (uremia) และมีความผิดปกติหลายๆ ระบบในร่างกาย ค่าของซีรัมครีเอตินินมากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552)

## การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปัจจุบันนี้มีอยู่ 2 วิธี ประกอบด้วย

1. การบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีทั้งหมด 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) ร่วมกับการใช้ยา (พรรณบุปผา, 2551; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) ในการเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านแพทย์ เช่น ประสบการณ์ของแพทย์ ปัจจัยด้านการเงิน ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น สภาพผู้ป่วยและข้อจำกัดต่างๆ เป็นต้น มีทั้งข้อดีและข้อเสียและมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องใช้วิจารณญาณร่วมกันในการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจด้วย (ดรุณีและทวี, 2547)

2. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) เป็นการรักษาโดยการควบคุมอาหารจำพวกโปรตีน ฟอสฟอรัสและอาหารอื่นๆ การควบคุมปริมาณน้ำ การรักษาด้วยยาเมื่อมีระดับของฟอสฟอรัสสูง ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จุดมุ่งหมายของการรักษาคือเพื่อดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของไตและรักษาตามอาการของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบต่างๆ ของร่างกายและช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552; Fliss, Antonio, Nicola, & Giovanni, 2009; Helen, 2008)

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งเลือกวิธีการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต่ออาการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว และสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานที่สุดก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

## หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหาอาการความเจ็บปวดและปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตั้งแต่เริ่มต้นและให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น การดูแลรักษาแบบประคับประคองไม่ได้มุ่งแก้สาเหตุแต่เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (ประเวศ, 2552) และการดูแลแบบประคับประคองสามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาหลักของโรคเดิมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวทางหลักของการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตเรื้อรังและครอบครัว (Palliative Care of CKD) (สมเกียรติ, 2554; Davison, 2010) ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552) และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต
2. การให้ข้อมูลและความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค การดำเนินของโรค ผลแทรกซ้อน และพยากรณ์โรค การให้ความรู้ด้านการรักษา การใช้ยาและผลแทรกซ้อน รวมทั้งด้านโภชนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวหรือผู้ดูแล การตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย และการตัดสินใจในการรักษา
3. การคัดกรองและการจัดการอาการปวดและอาการทางกายอื่นๆ รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ และภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เช่น อาการเพลีย ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาการคัน ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก นอนไม่ค่อยหลับ ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น โดยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีการส่งต่อผู้ป่วยพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อจัดการอาการเหล่านั้น และการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น
4. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างความเข้าใจและลดความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
5. การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น การเลือกวิธีการรักษา หรือการตัดสินใจในการหยุดการรักษา หรือการปฏิเสธการรักษา

6. เป็นการดูแลผู้ที่เป็นที่รักและครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและหลังการเสียชีวิต โดยการให้ข้อมูลและประเมินความเข้าใจในเรื่องโรค การดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อวิธีการดูแลรักษา

### ผลกระทบของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและผลกระทบของผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ทำให้เกิดการทาลายโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางร่างกายอย่างถาวร ความพิการและการพร่องของหน้าที่และการไร้ความสามารถร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (Fried, 2003; Gill, Gahbauer, Han, & Allure, 2010) และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่สำคัญ คือ มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ภาวะยูริเมีย เป็นต้น ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายที่เป็นผลกระทบจากโรคและการรักษา ซึ่งความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นนั้น มักไม่มีสาเหตุจากอาการใดอาการหนึ่งโดยเฉพาะแต่เป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่อกัน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลียไม่มีแรง เหนื่อยล้า ท้องผูก นอนไม่หลับ อาการอ่อนเพลียเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (กนกวรรณ, 2549; Sullivan & McCarthy, 2009; Yong et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลกระทบด้านร่างกายในผู้ป่วยที่เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต เช่น จากการศึกษาของ เดวิสสัน (Davison, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด ส่วนการศึกษาของ จาบลอร์นสกี (Jablonski, 2007) พบว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบอาการอ่อนเพลียมากที่สุด รองลงมาคือนอนไม่หลับ และอาการที่พบน้อยที่สุดคืออาการเจ็บหน้าอก การศึกษาของ สุกัญญา (2550) พบว่าอาการทางร่างกายที่พบน้อยในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ เบื่อหน่าย หน้ามืด เวียนศีรษะ และตะคริว

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะรู้สึกหมดหวังและซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้เป็นปกติได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล สาเหตุจากความผิดปกติของร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย มีความผิดปกติของเมตาบอลิซึม และการหลังของฮอร์โมนในร่างกาย ตลอดจนการไม่สามารถควบคุมและจัดการกับอาการทางร่างกายได้เกิดภาวะ



ซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลจากการไม่สามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ให้เกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ และเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ตามมา (Dein, 2003, Biordi, 2009) ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะกลัวการเสียชีวิต ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนถูกคุกคามและไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวเองบ้าง ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวกับอาการที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บปวด ภาวะหายใจลำบาก (อุษณา, 2547; Jablonski, 2004) สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือ กลัวการถูกทอดทิ้งและโดดเดี่ยว ความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความไม่แน่นอนในอนาคต เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ ทำใจ ปลง เกิดอาการหงุดหงิด กระวนกระวายใจ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย (กนกวรรณ, 2549; เบนญมาภรณ์, กนกวรรณ, ชวนพิศ, และสุจิตรา, 2544) และผู้ป่วยจะตอบสนองด้านอารมณ์ออกมาโดยแสดงออกทางพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมกลืนยา ไม่อยากพูดคุย ความรู้สึกไม่สุขสบาย ความรู้สึกไม่แน่นอน ขาดสมาธิ และเบื่อหน่าย (สุกัญญา, 2550)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการที่อวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมสภาพและเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องสูญเสียการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นผู้หารายได้ให้ครอบครัว ทำให้ต้องเปลี่ยนงาน หายงานและออกจากงาน เพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือบ้าน ครอบครัวขาดรายได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องรับบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวแทน ผู้ป่วยเกิดข้อขัดแย้งในบทบาทของตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความระอวย รู้สึกด้อยในคุณค่าและสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้การเจ็บป่วยและผลของการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีเวลาที่จะเข้าร่วมพบปะสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นน้อยลง เพราะจะต้องใช้เวลากับการดูแลตนเองมากขึ้น (กนกวรรณ, 2549; Elofsson, & Ohlen, 2004) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้งและละเลยจากบุคคลรอบข้าง จนในที่สุดเมื่อผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่อโรค มีสุขภาพจิตย่ำแย่ ชีวิตจึงมีความหม่นหมอง วิตกกังวล มีภาวะทางจิตที่สับสน เคร่งเครียด กลายเป็นโรคจิตโรคประสาท (ทัศนีย์, 2552; Tsay, & Hung, 2004) ผู้ป่วยต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวต้องรับภาระในการเลี้ยงดู ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลและในบางครั้งไม่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้ อาจทำให้เกิดข้อขัดแย้งในครอบครัวตามมา (จารุวรรณ, 2544)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ศาสนาถือว่าเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติตามศาสนกิจที่กระทำอยู่เป็นประจำได้อย่างเต็มที่ ได้ เนื่องจากสภาพร่างกายเจ็บป่วยและไม่แข็งแรง จากการศึกษาของสุพิน (2547) ศึกษาประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อทาง

ศาสนา ช่วยทำให้จิตใจผ่องแผ้วไม่ขุ่นมัว สุขสงบ ทำให้ปลง ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจช่วยให้หายจากโรคได้ สำหรับศาสนาอิสลามปกติมุสลิมต้องทำการละหมาดวันละ 5 เวลา รวมถึงการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน แต่เมื่อยามเจ็บป่วยอาจจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติมีการยืดหยุ่นในการปฏิบัติศาสนกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถยืนได้ ก็ให้ละหมาดในท่านั่งได้หรืออาจจะต้องงดการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนไปก่อน เป็นต้น (คำรงค์, 2547; สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการบวม อาการหายใจเหนื่อยหอบ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า และผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ครอบครัวขาดรายได้และแยกตัวจากสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนา จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงและต้องการการดูแลจากผู้อื่นตลอด 24 ชั่วโมง

### หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองวิถีมุสลิม

ศาสนาอิสลามมีอิทธิพลมากในการดำเนินชีวิตของคนมุสลิม (Burns, 2004; Carvin, 2004) มุสลิมถือว่าความเจ็บป่วยเป็นความเมตตาของพระเจ้า พระองค์ให้มุสลิมทุกคนมีความหวังและไม่ท้อแท้ เมื่อเจ็บป่วยให้รีบรักษาให้หายเพื่อจะได้เคารพภักดีต่อพระองค์ต่อไป (คำรงค์, 2547) ดังนั้นทัศนคติของอิสลามที่เกี่ยวกับสุขภาพ มีดังนี้คือ

1. สุขภาวะ ศาสนาอิสลามถือว่าบุคคลต้องรักษาสุขภาวะของตนเองและของผู้อื่น ศรัทธาในศาสนา เมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพดีย่อมเป็นที่รักของพระเจ้า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นความกรุณาจากอัลเลาะห์ที่ประทานมาให้กับบ่าวของพระองค์ สุขภาวะในทัศนะของอิสลาม จึงไม่ได้หมายถึงถึงเฉพาะมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงมิติด้านจิตวิญญาณและสติปัญญาด้วย ซึ่งเป็นแหล่งความสุขที่แท้จริงของมนุษย์และจะเป็นพลังนำไปสู่สุขภาพที่ดี (คำรงค์, 2547; สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552)

2. ความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบ มนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลเลาะห์ ทั้งในรูปแบบของความทุกข์สบายและความทุกข์ยาก ให้ผู้ป่วยเข้มแข็งและอดทนในการต่อสู้กับโรคร้าย ความเจ็บป่วยเป็นความเมตตาของอัลเลาะห์ที่ทรงนำบาปออกไปจากผู้ป่วยเปรียบเสมือนกับว่าเขาได้ชดใช้ในความผิดบาปที่ผ่านมามีอัลเลาะห์จะให้อภัย การเจ็บป่วยถือเป็นการลงโทษให้เขาได้สำนึกตัวและกลับเป็นคนดี เมื่อเจ็บป่วยมุสลิมต้องมาพิจารณาถึงสิ่งที่ทำผิดบาปและรีบขออภัยโทษต่ออัลเลาะห์ ซึ่งพระองค์เป็นผู้ทรงให้อภัยตลอดเวลา (คำรงค์, 2547)

3. การบำบัดรักษา การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วยและญาติ เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระเจ้า ไม่ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม ร่างกายเป็นสิ่งที่พระเจ้ามอบหมายให้ดูแล ห้ามทำร้ายร่างกายหรือปล่อยปละละเลย ให้รับบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา ส่วนการหายของโรคนั้นขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลเลาะห์เท่านั้น และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายให้รับบำบัดรักษาและไม่ควรสิ้นหวังหรือท้อแท้ในความเมตตาของอัลเลาะห์ด้วย (คำรงค์, 2547)

4. ความตาย ตามคัมภีร์อัลกุรอาน ความตาย คือสภาวะที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า และเฉพาเจาะจงโดยอัลเลาะห์เท่านั้น ตามที่ได้ถูกจำแนกในคัมภีร์อัลกุรอาน โองการที่ว่า “และมีเคยปรากฏแก่ชีวิตใดที่จะตายนอกจากด้วยอนุมัติของอัลเลาะห์เท่านั้น ทั้งนี้เป็นลิขิตที่ถูกกำหนดไว้” (อนันต์ชัย, 2547) และมุสลิมที่เข้าใจในหลักศาสนาจะไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย แต่จะกังวลว่าการทำความดีของตนเองที่ต้องสะสมเสบียงไปรอโลกหน้านั้นเพียงพอหรือไม่ (จิระชัย, 2556) ความตายของมนุษย์นั้นเป็นการเริ่มต้นของชีวิตในโลกหน้าหรือเป็นสะพานไปสู่ชีวิตหลังความตายซึ่งเป็นโลกอันนิรันดร์ (คำรงค์, 2547) มุสลิมทุกคนจึงต้องตระหนักถึงความตายตลอดเวลา เพราะไม่รู้จะกลับไปสู่ความเมตตาของพระองค์เมื่อใด

หลักการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมุสลิม ประกอบด้วย

1. การดูแลความสุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการอาบน้ำละหมาด 5 เวลา ซึ่งเป็นการชำระร่างกายตามแนวทางของอิสลาม เพื่อให้ร่างกายสะอาดและลดการติดเชื้อ การรับประทานอาหารแต่พอควรไม่อิ่มแน่นจนเกินไป การล้างมือ การทำความสะอาดฟันและในช่องปาก เป็นต้น (คำรงค์, 2547) และการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ชนิดอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากขึ้น (สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552)

2. การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตใจคือการดูแลความสะอาดของจิตใจเริ่มต้นด้วยการศรัทธาต่อพระเจ้าและการทำจิตใจให้สงบ (คำรงค์, 2547) ผู้ป่วยต้องยอมรับความเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่อัลเลาะห์กำหนดมาให้และต้องรักษาและต้องอดทนต่อความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธาต่อพระอัลเลาะห์ (คำรงค์, 2547)

3. การดูแลด้านสังคม ผู้ป่วยมีความต้องการให้คนอยู่เป็นเพื่อน ส่วนใหญ่คือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเองหรือญาติพี่น้อง การเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยรักเคารพนับถือให้มาเยี่ยมผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับและความมีคุณค่าของตน ในการเยี่ยมผู้ป่วยนั้นผู้มาเยี่ยมจะขอพรจากอัลเลาะห์เพื่อให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและหายในเร็ววัน (คำรงค์, 2547; อาซิส, 2547)

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้นึกถึงหรือปฏิบัติ 3 ข้อ (3A) ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านจิตวิญญาณ คือ 1) อัลเลาะห์ (Allah) ให้ผู้ป่วยได้นึกถึงอัลเลาะห์และกำลังจะกลับไปหาพระองค์ กระตุ้นให้ได้มีการรำลึกถึงโดยการกล่าวนามหรือปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นลมให้ได้กล่าวว่า “กาติมะห์ซาฮาอะห์” ซึ่งมีความหมายว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพนับถือ นอกจากอัลเลาะห์” ซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนาสูงสุดของมุสลิม ก่อนที่วิญญาณจะหลุดออกจากร่าง 2) อามา-อิบาดะห์ (Amal-Ibadah) คือการปฏิบัติศาสนกิจหลักหรือกิจกรรมทางศาสนาที่พึงปฏิบัติ โดยเฉพาะการละหมาด ซึ่งไม่สามารถยกเว้นได้แม้แต่เจ็บป่วย โดยอนุโลมให้ทำได้ในท่านั่งหรือท่านอนบนเตียง แม้กระทั่งเคลื่อนไหวไม่ได้ก็ให้หลับตา ลืมตา ทำเท่าที่ทำได้ครบใดที่สติยังมีอยู่ นอกจากนี้ให้ผู้ป่วยอ่านคูอาร์ (บทขอพร) และ 3) อาคีรัต (Akirat) คือโลกหน้าหรือชีวิตหลังความตาย การตายเปรียบเสมือนสะพานนำไปสู่โลกหน้า เพราะจะได้ไปพบพระเจ้าและเป็นเจ้าและอยู่ในโลกอันนิรันดร์ (คำรงค์, 2547; บรรจง, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตามวิถีมุสลิม แต่จะมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น เช่น การศึกษาของอนงค์ (2552) ศึกษาความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณตามแนวหลักศาสนาอิสลามเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ มีความสบายใจ ไม่มี ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิการีหม๊ะ (2547) ศึกษาการตัดสินใจในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการมีชีวิตอย่างสงบ ด้วยการรำลึกถึงพระเจ้าอัลเลาะห์และตายท่ามกลางมุสลิมและการศึกษาของสุไฮคาร์ (2552) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลใช้หลักความศรัทธาในพระเจ้าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และไม่รู้สึกทุกข์ทรมานที่ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแล และผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน

### ผู้ดูแลหลักมุสลิมกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

#### ความหมายของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ประคับประคองผู้ป่วย ด้วยความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เผชิญและมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น (จารูวรรณ, 2544)

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอย ของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลในที่นี่หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต โดยไม่รับค่าตอบแทน ที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (ยูพาพิน, 2546)

นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายของผู้ดูแลจำแนกตามระดับขอบเขตของผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและการให้เวลาในการดูแล แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ (ยูพาพิน, 2546)

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง อาจมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลหลักหมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ

### **ผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักมุสลิมจากการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง**

การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักมุสลิมส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้ดูแลหลักเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลหลักบางรายรู้สึกมีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลและได้รับประสบการณ์ที่ดี สักมยกย่อง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทำให้ชีวิตมีความหมายมากขึ้น ส่วนผู้ดูแลหลักบางรายเกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้ลดลง ซึ่งสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ จากการพัฒนาทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ดูแลหลักมุสลิมโดยตรง แต่พบการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังต่อไปนี้

### **ผลกระทบด้านร่างกาย**

การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลมีหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาดูแลตนเอง ทำให้มีเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การเบื่ออาหาร มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักร่างกายอาจจะลดลงหรือเพิ่มขึ้น เป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และความเครียดวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก ใจสั่น ตกใจง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆของร่างกาย มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยขา ไหล่ คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ไม่สบาย (วรวิ, 2547; Janssen, Spruit, Wouters, & Schols, 2012; Schneider, 2004) การดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง (Limpanichkul, 2004) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้ากับหน้าที่ที่ได้รับ ขาดการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ร่างกายทรุดโทรม (Harris, 2003)

### **ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์**

ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการส่วนบุคคลอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องปรับสภาพจิตใจของตน เพื่อรองรับและทนต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลอาจจะเกิดภาวะเครียด การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง และการถูกคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลายๆคน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนไม่ทราบว่าควรทำอย่างไรดี เนื่องจากไม่สามารถทำสิ่งต่างๆให้เป็นไปตามความต้องการ ประกอบกับผู้ดูแลบางรายอาจจะเกิดจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล จึงทำให้เกิดทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะซึมเศร้า (Kamel, Bond, & Froelicher, 2012) และยังรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง มีสภาพจิตใจที่ขึ้นๆลงๆ คือ มีจิตใจที่เป็นทุกข์และมีจิตใจที่เป็นสุข หมุนเวียนเป็นวงจรตลอดการให้การดูแลผู้ป่วย (วิษุตา, 2548) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการอยู่ตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องปรับสภาพจิตใจของตนเพื่อรองรับและทนต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเกิดภาวะเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Harris, 2003; Limpanichkul, 2004; Papangkorn, 2003) จากการศึกษาของเสาวภา (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติถึงรุนแรง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญจากผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ใกล้ชิดและรับภาระในการดูแลทำให้เกิดความเครียดและภาวะกดดัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า

### ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้นำครอบครัว ยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง นอกจากนี้การดูแลยังมีผลต่อรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเอง ให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายขัดแย้งภายในครอบครัว เช่น มีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์, 2546) สุธัญญ์เสียวรายได้ มีหนี้สิน แยกตัวจากสังคม และไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติ (สุไฮดาร์, 2552) มีการผลักภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้กับครอบครัวได้ ขาดความเป็นส่วนตัวและเวลาเป็นของตนเอง (Limpanichkul, 2004)

### ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ภายใต้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลนั้นจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา ลึกลับเหนี่ยวนำทางจิตใจ เพื่อเป็นพลังใจและความหวัง เป็นที่พึ่งทางใจ ทำให้จิตใจของผู้ดูแลมีความเข้มแข็งและสามารถต่อสู้ต่อไปได้ จากการศึกษาของเสาวภา (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่าศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ ผู้ดูแลได้นำหลักพุทธศาสนามาใช้ทำให้จิตใจมีความสงบสุข มีสติ มีจิตใจเข้มแข็ง ทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมีแรงที่จะต่อสู้และดูแลผู้ป่วยต่อไป และจากการศึกษาของฮาสสันและคณะ (Hasson et al., 2009) ได้ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกผิด เสียใจที่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นเป็นปกติได้ และจากการศึกษาของสุไฮดาร์ (2552) พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยคือไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอิสลามตามปกติทำให้มีความรู้สึกว้าละเลยต่อศาสนา เช่นเดียวกับการศึกษาของไหมมูนิะ (2553) พบว่า ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นการกำหนดของพระเจ้าและพระเจ้าจะช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย พลังใจของผู้ดูแลมาจากความศรัทธาในหลักความเชื่อของศาสนาอิสลาม และกำลังใจที่จะต่อสู้มาจากจิตวิญญาณที่อิงกับหลักความเชื่อทางศาสนาเป็นสำคัญ

จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ ภาวะ

สุขภาพและกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้วิถีชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลจึงต้องแสวงหาหนทางในการแก้ปัญหา ยอมรับและเข้าใจและมีความเข้มแข็งที่จะเผชิญกับปัญหา มีทัศนคติที่ดีและคิดบวก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

### ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ายังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง แต่พบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ลักษณะบุคคลของผู้ดูแล

##### 1. เพศ

เพศเป็นลักษณะสรีรวิทยาและชีววิทยาที่กำหนดความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย โดยทำให้มีความแตกต่างของโครงสร้างทางร่างกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ของบุคคล และเพศหญิงที่มารับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้ง่ายกว่าเพศชาย (จารุวรรณ, 2544) และจากการศึกษาของเสาวภา (2547), อุษณีย์ (2551), ลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67, 64.1, 74.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นภรรยาของผู้ป่วยเพราะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นหน้าที่ที่ภรรยาต้องดูแลสามีเมื่อเจ็บป่วย

##### 2. อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ ภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ ตัดสินใจในสิ่งต่างๆสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ (หทัยชนก, 2553) แต่ผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจจะทำให้เกิดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพของตนเองจึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นมาร่วมดูแลด้วย (Andershed & Ternstedt, 1998) จากการศึกษาของเสาวภา (2547), อุษณีย์ (2551), ลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) พบว่า ผู้ดูแลเกินครึ่งมีอายุระหว่าง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ ร้อยละ 50.98, 55.1, 47.4 ตามลำดับ เนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จะมีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้ดีและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก็สามารถจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้



### 3. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้มีการพัฒนาด้านความรู้และสติปัญญาของบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยพัฒนาทักษะและกระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิต การศึกษาจึงมีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ดูแล (จารุวรรณ, 2544) จากการศึกษาของเสาวภา (2547) พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 41.18 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และจากการศึกษาของ ลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 49.5 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และจากการศึกษาของ สชอर्फ (Schrauf, 2012) พบว่าโอกาสทางการศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ได้อย่างมีคุณภาพ

### 4. อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับเวลาในการดูแลผู้ป่วย อาชีพที่อิสระทำให้การตัดสินใจหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอาชีพเป็นลักษณะงานประจำ เช่น รับราชการ หรือทำงานบริษัท อีกทั้งยังลักษณะงานเป็นงานที่สามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้จึงทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ จากการศึกษาของ ลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) พบว่าผู้ดูแลทำงานส่วนตัวร้อยละ 51 แต่การศึกษาของเสาวภา (2547) พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 43.75 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เนื่องจากอาชีพรับราชการเป็นอาชีพที่สามารถหยุดงานได้แค่ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเองได้อย่างเต็มที่

### 5. รายได้

รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงในชีวิตและเกี่ยวข้องกับการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544) จากการศึกษาของเสาวภา (2547) และอุษณีย์ (2551) พบว่าเพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 31.37, 43.6, ตามลำดับ

### ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทำให้เกิดความรักความผูกพัน ถ้าสัมพันธภาพที่ดีก่อนการเจ็บป่วย จะเป็นแรงจูงใจให้ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อครอบครัวหรือเครือญาติจะมีความผูกพันที่ดีก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างเต็มที่ (สมพร, 2556) จากการศึกษาของเสาวภา (2547) และการศึกษาของลิมพานิชกุล (Limpanichkul, 2004) พบว่าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 45.1 และ 47.9 ตามลำดับ เนื่องจากการดูแลเกิดจากรักความผูกพันที่อยู่กันมานาน ร่วมทุกข์ร่วมสุข

กันมา ส่วนการศึกษาของอุษณีย์ (2551) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 38.5 การดูแลจึงเกิดจากความรักที่พ่อแม่เลี้ยงดูมา จึงเป็นหน้าที่ที่ลูกต้องดูแลพ่อแม่เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ การศึกษาของอาทิตยา (2558) พบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาเป็นคู่สมรส ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันและจากการศึกษาของชลาทิพย์ (2549) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

### **สุขภาพของผู้ดูแล**

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของอุษณีย์ (2551) ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหลังการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 59) แต่จะพบว่าผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากที่สุด (ร้อยละ 22.5) หลังจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น มีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้และเกิดการสะสมของเสียส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพได้ และจากการศึกษาของเสาวภา (2547) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.35 จึงทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แต่จากการศึกษาของชลาทิพย์ (2549) พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

### **การสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ รวมถึงความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) พบว่า ปัจจัยที่เอื้อต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้น ประกอบด้วย ความช่วยเหลือทางการเงิน สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีสมาชิกหลายคนในครอบครัวช่วยดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์ (2551) พบว่าบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลมากที่สุด คือญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.9 ส่วนใหญ่ช่วยเหลือด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลเพราะญาติพี่น้องจะแบกรับภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัวได้ และจากการศึกษาของชลาทิพย์ (2549) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

### ความศรัทธาและความเชื่อ

ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา ศาสนาคือการแสดงออกของจิตวิญญาณเกี่ยวกับการให้คุณค่า ความเชื่อ และแนวทางการปฏิบัติที่บุคคลนำมาใช้ ซึ่งศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่มีวิธีการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย มีความสัมพันธ์กับพระผู้เป็นเจ้าตลอดเวลา และมีการดำเนินชีวิตที่เป็นไปตามบทบัญญัติของคัมภีร์อัลกุรอาน และมุสลิมเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นความประสงค์ขององค์อัลเลาะห์ (คาร์รงค์, 2547) จากการศึกษาของเสาวภา (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่า หลักคำสอนของศาสนาพุทธจะช่วยให้จิตใจสงบ ไม่ขุ่นมัว จิตใจเข้มแข็ง เป็นที่พึ่งทางใจ มีแรงและกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคและช่วยทำให้ผ่อนคลายจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน และมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ส่วนการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความศรัทธาและความเชื่อในผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้นยังไม่มีการศึกษา แต่จากการศึกษาของสุไฮคาร์ (2552) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้ายคือความศรัทธาในพระเจ้าองค์อัลเลาะห์ จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติ เช่น การขาดละหมาดในบางเวลาหรือละหมาดไม่ครบ 5 เวลา ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกว่าความเคร่งครัดในศาสนาหายไป สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตศิริ (2548) พบว่า ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ด้วยการขอพรจากองค์อัลเลาะห์ เพื่อให้มีความหวังจากความเมตตาของพระองค์ให้และผู้ดูแลได้ปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาร่วมด้วย คือ การละหมาดครบทั้ง 5 เวลา ทั้งขณะอยู่ที่บ้านและโรงพยาบาล ดังนั้นความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

จะเห็นได้ว่าปัจจัยหลายด้านจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

### แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นการให้ความหมายของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่เฉพาะที่บุคคลประสบมาด้วยตนเอง และทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์นั้นๆ สามารถเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของความหมายต่างๆ ในบริบทนั้นและอธิบายให้เห็นภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจกับประสบการณ์นั้นได้อย่างลึกซึ้งครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ โดยปราศจากการจัดกลุ่มหรือการสรุปย่อ จนสามารถอธิบายโครงสร้างการให้ความหมายในประสบการณ์นั้นๆ ได้ (ชาย, 2552; เพชรน้อย, 2552, ศิริพร, 2555, อารียัวรรณ, 2553)

ลักษณะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถแบ่งได้เป็น 6 ประเภทใหญ่ๆ (อารียัวรรณ, 2553; Streubert & Carpenter, 2003) ดังนี้

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษา วิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์จากข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกตามประสบการณ์ที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุด (richness) ในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การหยั่งรู้ (intuiting) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายข้อมูล (describing)

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

3. การศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์นั้น เพื่อให้ได้ความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

4. การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรายละเอียดต่างๆที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ตามการรับรู้ ทำให้มองเห็นปรากฏการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น

5. การศึกษาแบบสรุปรวมหรือการตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไปและเป็นการลดอคติของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยต้องไม่นำความเชื่อ ความคิดเห็นส่วนตัวเข้าไปในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้เข้าใจและได้ข้อมูลที่แท้จริงจากประสบการณ์ของผู้ที่ต้องการจะศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology) เป็นการศึกษาโดยการตีความและการให้ความหมาย (meaning) เกี่ยวกับปรากฏการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลแต่ละปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติและเป็นสิ่งที่มีอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการค้นหา วิเคราะห์ และเขียนบรรยายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสบนพื้นฐานการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ

สำหรับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยเลือกใช้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มินิวติก เนื่องจากเป็นการศึกษาที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้ดูแลหลักมุสลิมได้รับตามสภาพความเป็นจริง โดยมีการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีตหรือจากการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยรู้จักหรือมีประสบการณ์มาก่อน เพื่อที่จะทำความเข้าใจและให้ความหมายประสบการณ์ที่

เกิดขึ้นในครั้งนี่ ซึ่งต้องมีการตีความ ค้นหาความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักมุสลิมนในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

### การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (hermeneutic phenomenology)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลจากการแปลความหรือตีความ โดยเน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (Streubert & Carpenter, 2003) วัตถุประสงค์เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร เน้นการทำความเข้าใจ แปลความ ตีความเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือธรรมชาติของความจริง โดยคำนึงถึงการทำความเข้าใจพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ได้มาแต่กำเนิด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความหมาย ไม่สามารถตัดออกจากการศึกษาได้ หรือเป็นการศึกษาประสบการณ์ที่เป็นอยู่จริงในชีวิตประจำวัน ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจหรือการค้นหาปัญหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ของปรากฏการณ์นั้นๆของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (จอณณะ, 2546)

แนวคิดหลักของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (วิณา, 2547ก; Plager, 1994 อ้างตามประณีต, และคณะ, 2543) ประกอบด้วย

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับบุคคล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกเชื่อว่าบุคคล เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่น ๆ นั่นคือ เป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่มีบริบทสิ่งแวดล้อมและสังคมของตนเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาแต่กำเนิดไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง สิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษาค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกันมา เป็นบริบททางสังคมของบุคคลและเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมาโดยกำเนิดซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่กำเนิด

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

1.3 บุคคลแปลความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpretation) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของเหตุการณ์หรือประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี ทั้งนี้เกิดจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรม

1.4 บุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน (the person as embodied) คือบุคคลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวเอง ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆได้ นอกจากนี้บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วย

1.5 บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) คือบุคคลมีช่วงเวลาในการอยู่กับประสบการณ์นั้นๆทั้งในอดีตและปัจจุบัน เวลาไม่สามารถแยกออกจากการมีชีวิตอยู่ และเวลาเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจในประสบการณ์ของบุคคล เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ดำรงอยู่มากขึ้น ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำความเข้าใจบุคคล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิติก ตามแนวคิดของไฮเดกเงอร์ (Heidegger) ให้ความสำคัญกับการแปลความหรือการตีความ การทำความเข้าใจ เป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้และตระหนักในความเป็นไปได้ของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและนำไปสู่การสร้างความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น (จอห์นอะจ, 2546) การแปลความนั้นมีลักษณะของการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ กาดาเมอร์ (Gadamer) (วีณา, 2547ก) ได้กล่าวถึงสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการแปลความหมายอีก 2 ประการ คือ

2.1 ภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะในกลุ่มหรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้วิจัยต้องใช้การสนทนาหรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับคำหรือภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย

2.2 การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมมุมมองของผู้วิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะในการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งผู้วิจัยย่อมต้องมีความรู้หรือการคิดที่เกิดจากการอ่านหรือทบทวนวรรณกรรมมาก่อนแล้ว ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือคำถาม อยากรู้ก็ตามคำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ใช้เป็นกรอบที่จำกัดการตอบหรือข้อมูลที่ต้องการ

ศึกษา แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยงเพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้นเกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล โดยไม่เกิดความลำเอียง

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวกิง จึงเป็นการให้ความหมายหรือการตีความจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร โดยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างจากสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น การอธิบายหรือการบรรยายสิ่งที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นไปภายใต้บริบทที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลต้องผ่านการอ่านทบทวนและกระบวนการตีความ การตีความก็ต้องอยู่ภายใต้สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายที่แท้จริงตรงกับสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงสถานการณ์ ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อความเป็นบุคคล รวมถึงภาษาและการเชื่อมโยงความหมาย ซึ่งจะมีผลต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าว มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถค้นหาความหมายตามสภาพที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลหลักมุสลิม ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกอย่างถูกต้องตรงตามประสบการณ์ในเรื่องการให้ความหมายและการให้คุณค่าตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักมุสลิมนั่นเอง

### สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อผู้ป่วยไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเลือกวิธีการดูแลแบบประคับประคอง โดยปฏิเสธการล้างไต ก็จะทำให้ภาวะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะของเสียคั่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทุกระบบในร่างกาย ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา และด้วยความเชื่อตามทัศนะของศาสนาอิสลามในเรื่องของการดำรงชีวิต การเจ็บป่วย การรักษาและความตาย มีพระเจ้าเป็นผู้กำหนดและแตกต่างจากศาสนาอื่น ผู้ดูแลหลักมุสลิมจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียืดอายุการมีชีวิตอยู่ แต่จากการที่ผู้ดูแลหลักมุสลิมต้องรับภาระหนักจึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมุสลิมได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน ผลกระทบต่อการทำงานและร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวกิง ซึ่ง

เป็นการศึกษาตามปรากฏการณ์ที่เป็นจริงและให้ความสำคัญตลอดกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวบุคคล ถึงแวดล้อม เน้นการเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ ภูมิหลัง วัฒนธรรม ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้อย่างครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ซึ่งใช้ปรัชญาและระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์มินิวติก (hermeneutic phenomenology) เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมและสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธวิธีการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลและใช้วิธีการเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายจากการวินิจฉัยของแพทย์
2. ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆเป็นค่าจ้างหรือรางวัล
3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถพูดภาษาไทยได้

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลมีความสอดคล้อง และตอบคำถามวิจัยได้สมบูรณ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) คือเมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆกับข้อมูลเดิม และข้อมูลเดิมได้รับการยืนยันหรือตรวจสอบแล้ว (Morse, 1991) สำหรับการศึกษานี้ ข้อมูลอิ่มตัวเมื่อมีจำนวนผู้ให้ข้อมูล 9 ราย

## สถานที่ศึกษา

สถานที่เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ จังหวัดสงขลา โดยเก็บข้อมูลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และให้บริการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน โดยแผนกผู้ป่วยนอกจะให้บริการเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการและการรักษา ส่วนแผนกผู้ป่วยในให้บริการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และที่บ้านเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงด้วยตัวเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยข้อมูลส่วนนี้ได้จากผู้ดูแลและเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (อาการและอาการแสดงในปัจจุบัน) (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพก่อนการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ภาคผนวก ก)

2. แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึก ความคิดอย่างอิสระ แนวคำถามครอบคลุมความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น “ถ้าให้คุณเปรียบเทียบชีวิตที่ต้องอยู่กับการดูแลผู้ป่วย คุณคิดว่าเหมือนกับอะไร หมายความว่าอย่างไร คุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น” “การรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลทำให้ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง กรุณายกตัวอย่าง คุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น” เป็นต้น (ภาคผนวก ค)

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้าท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ซึ่งจะช่วยให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในขณะสัมภาษณ์ และการวางแผนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป (ภาคผนวก ง)

4. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียงจำนวน 1 เครื่อง สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และแผ่นซีดี

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามจากวัตถุประสงค์การวิจัย นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และนำแนวคำถามมาปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสมนำไปทำการศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ป่วย จำนวน 1 ราย

### ภูมิหลังของผู้วิจัย

ผู้วิจัยนับถือศาสนาอิสลาม ยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาคือหลักปฏิบัติและหลักศรัทธา โดยนำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสงขลา รวม 19 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตและการรักษาแบบประคับประคอง จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าหลังจากแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมุสลิมและญาติจะปฏิเสธการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย ญาติผู้ดูแลจะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยคือการเสียชีวิตอย่างสงบภายใต้ความศรัทธาของหลักศาสนาและมาโรงพยาบาลเวลามีอาการกำเริบ นอกจากนี้มักพบว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่เข้าใจการดูแลผู้ป่วยบนความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ โดยเฉพาะในมิติทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล

แบบประทับประคอง เพื่อผลการศึกษาที่ได้อาจใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอาจทำให้รบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และสถานะทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลได้ (ศิริพร, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของการทำวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล การเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ (ชาย, 2552) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและยึดถืออย่างเคร่งครัดดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลอ่านหรือผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง จากนั้นผู้ให้ข้อมูลซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆในการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมด้วยวาจา เพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอึดอัดเหมือนถูกผูกมัดด้วยพันธะสัญญา (ภาคผนวก ข) และเนื่องจากผู้วิจัยทำงานอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยง่ายกว่าหอผู้ป่วยอื่นๆ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยอื่น ผู้วิจัยจะเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยโดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนั้นๆ พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และให้เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยนั้นแนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยทราบ

2. ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตในการทำการบันทึกเสียง รวมทั้งมีการจดบันทึกลักษณะท่าทางการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลตลอดจนบรรยากาศในการสัมภาษณ์ สิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดการบันทึกเสียงได้เองตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ในขณะที่สัมภาษณ์หากคำถามที่ผู้วิจัยถามทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการถามคำถามชั่วคราว และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาโดยอยู่เป็นเพื่อน แสดงความเอื้ออาทรเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ให้ข้อมูล และรองนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อไป หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือหากผู้วิจัยประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลแล้วว่ามีอาการที่รุนแรง ผู้วิจัยส่งต่อให้ผู้ดูแลที่มีความเหมาะสมและเชี่ยวชาญว่า ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาครั้งนั้น และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา แต่ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบเหตุการณ์ดังกล่าว

3. เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้รับการถอดเป็นบทสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป เทปบันทึกเสียง บันทึกภาคสนาม บันทึกประจำวัน และการวิเคราะห์ทุกอย่าง มีการใช้รหัสที่ระบุให้ผู้วิจัยทราบเท่านั้น และมีผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยหลังสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี

4. ข้อมูลที่สามารถทำให้ทราบหรือเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลนั้น เช่น ชื่อ ที่อยู่ จะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกไว้และผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้แต่เพียงผู้เดียว และชื่อผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์ และรายงานผลการวิจัย ถูกเปลี่ยนเป็นนามสมมติทั้งหมดและไม่มีข้อมูลใดๆที่ทำให้ผู้อ่านสามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ สังเกตสีหน้าท่าทางและบันทึกอย่างย่อเกี่ยวกับข้อมูลและประเด็นสำคัญที่รวบรวมและสังเกตได้ โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

### ขั้นการเตรียม

1. เตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้วิจัยเป็นส่วนใหญ่ (ชาย, 2552; ทวีศักดิ์, 2548) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1.1 ด้านความรู้

ผู้วิจัยเตรียมความรู้และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุม และผู้วิจัยได้เตรียมความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์มินิวติก เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึกจากตำรา วารสารทั้งในและต่างประเทศ และปรึกษากับผู้มีประสบการณ์ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจระเบียบวิธีวิจัยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยต่อไป

#### 1.2 ด้านการฝึกทักษะ

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีทักษะการสัมภาษณ์เพื่อให้สามารถสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และกระตุ้นให้ผู้ตอบเล่าเรื่องราวที่ได้ประสบมาให้มากที่สุด รวมทั้งต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถอ่านข้อมูลให้ได้สาระ และ

สามารถสรุปมโนทัศน์ และสาระต่างๆ ในประเด็นทั้งหลาย (ทวิศักดิ์, 2548) ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 1 ราย ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์มาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อขอคำชี้แนะ และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูล จนผู้วิจัยมีทักษะเพียงพอ รวมทั้งทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมากขึ้น

2. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาประเมินงานด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ได้รับการอนุมัติแล้ว จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือรวมทั้งขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยตรง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด และผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่พยาบาลในการแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลได้ทำความรู้จักกับผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อส่วนรวม และแสดงให้เห็นให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีความสำคัญกับงานวิจัย เช่น ผู้วิจัยตั้งใจฟังและสวดาขณะสัมภาษณ์ พักหน้ารับฟัง รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและ

การเผยแพร่ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆจนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัย แล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการแสดงการยินยอมด้วยวาจา

5. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นที่ที่เงียบสงบ มีความเป็นส่วนตัว และไม่ถูกรบกวนจากบุคคลอื่นหรือเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดเองและสะดวกในการสัมภาษณ์ เช่น บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะได้บริบทที่เป็นธรรมชาติและผู้ให้ข้อมูลมีความสุขสบายใจในตลอดช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ สถานที่ที่ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลใช้ในการสัมภาษณ์ทั้ง 9 รายคือที่โรงพยาบาลคือหอผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวและหอผู้ป่วยนอกขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และที่บ้านของผู้ป่วยภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นจึงเริ่มการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการดังนี้

5.1 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นการค้นหาประสบการณ์ให้เหมือนกับอยู่ในสถานการณ์นั้น (investigating experience as we live it) ผู้วิจัยต้องค้นหาประสบการณ์ที่เป็นจริงของผู้ให้ข้อมูล เปิดกว้างสำหรับทุกอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูล ไม่มีการกำหนดผลที่คาดไว้ล่วงหน้า (van Manen, 1990) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการสังเกตและการฟัง การถามย้อนกลับ หรือการยกตัวอย่างประกอบ เพื่อความชัดเจนของข้อมูลนั้นๆ โดยการใช้คำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังการเริ่มต้นของประสบการณ์ ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งประสบการณ์ต่างๆที่ผู้ให้ข้อมูลประสบมาทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีวิธีการดังนี้

5.1.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง

5.1.2 ผู้วิจัยทำการบันทึกเสียงสนทนาจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลทุกราย เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลแล้วจึงทำการจดบันทึก

5.1.3 ระหว่างการสัมภาษณ์และภายหลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยทำการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและได้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับงานวิจัย

5.1.4 หลังจากสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยนำเทปที่ได้มาทำการถอดเทปทันทีและจดบันทึกข้อมูลที่สำคัญไว้เป็นหมวดหมู่และตรวจสอบความครบถ้วน

5.1.5 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ภายหลังจากการอ่านวิเคราะห์บทสัมภาษณ์ครั้งนี้แล้ว หากไม่เข้าใจเรื่องใดหรือมีข้อสงสัยเพิ่มจะขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

อีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเอง ซึ่งจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ซึ่งหมายถึง การที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าอย่างชัดเจน และผู้ให้ข้อมูลเริ่มให้ข้อมูลซ้ำๆ ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นอีก

5.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีน้าท่าทาง น้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะบุคลิกภาพ อากาและอาการแสดง สัมพันธภาพ ลักษณะการติดต่อสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทาง การดำเนินชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อม

5.3 การจดบันทึกภาคสนาม ทำร่วมกับการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการจดบันทึกสรุปลึ้นๆ เฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น และเมื่อออกมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการจดบันทึกทันที โดยประเด็นการบันทึกประกอบด้วย

5.3.1 บันทึกบรรยากาศในขณะที่สัมภาษณ์ว่า ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร รวมทั้งการบันทึกการสื่อสารที่ไม่เป็นคำพูด เช่น การแสดงกิริยาท่าทาง สีน้า ลักษณะคำพูด หรือน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงโดยไม่ตีความ เพื่อค้นหาและประเมินข้อมูลเพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ ทำให้สามารถมองประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์เหมือนกับผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล

5.3.2 บันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล

## 6. การแปลผลข้อมูล

6.1 ผู้วิจัยทำการแปลผลข้อมูลหลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกให้เป็นระเบียบ โดยการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค บันทึกเป็นข้อความเชิงบรรยาย เพื่อบันทึกเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำๆ ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล

6.2 อ่านคำบรรยายทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทป เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลที่มีอยู่ จดเส้นใต้ข้อความที่เป็นการให้ความหมายของประสบการณ์และการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หลังจากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลที่ยังคงคลุมเครือ ไม่ชัดเจนและข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน เพื่อตั้งคำถามเพิ่มเติมเพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป



## ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์ ไม่มีการใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษาเหมือนการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) ประกอบด้วย การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา การได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนจากผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดปรากฏการณ์ และผลการวิจัยได้รับการยอมรับว่าน่าเชื่อถือจากผู้อ่านที่มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ (จอณพะจง, 2546)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการได้มาของข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์การศึกษาว่า มีความเป็นจริงและมีความถูกต้องมากที่สุด ซึ่งวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น โดยได้ใช้แนวทางของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ความน่าเชื่อถือเป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล สำหรับการศึกษาระดับปริญญาตรีครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากตัวผู้วิจัยเองทำการศึกษาในหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ประกอบกับผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากพอสมควร ผู้วิจัยจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการรักษาสภาพของผู้วิจัย ไม่ให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ให้ข้อมูลจนไปรบกวนผลการตีความข้อมูลที่ค้นพบ และไม่เกิดอคติในการดำเนินการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัย โดยบันทึกเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดหรือมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูล และสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดการดำเนินการวิจัย ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัยเอง ช่วยคงการเปิดใจ และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (Streubert & Carpenter, 2003) วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่

1.1. การใช้เวลาร่วมกับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) เพื่อให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างความรู้ความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที หรือนานพอให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งได้ข้อมูลซ้ำๆ หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น และก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ ผู้วิจัยเปิดเผยตนเองพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนมีความกระจ่างพอและผู้วิจัยแจ้งให้

ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยในครั้งนี้ต่อส่วนรวม

1.2 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนของข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมายบิดเบือนไป ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้กลับไปขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าเป็นจริงและตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

2. ความสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (transferability) โดยผู้วิจัยมีการอธิบายบริบทที่ศึกษา ลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียด ตลอดจนอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบริบทที่มีความเหมาะสมและคล้ายคลึงกับบริบทที่ศึกษา

3. ความสามารถไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จำนวน 2 ท่านและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ ซึ่งเป็นการตรวจสอบภายนอก (inquiry audit) เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา (วิณา, 2547ข)

4. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ (Lincoln & Guba, 1985) โดยทุกขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบโดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเชิงรหัสซึ่งบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระ (theme) ของข้อมูล ภายหลังจากการบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระไประยะหนึ่งแล้ว ผู้วิจัยได้บันทึกการบ่งชี้องค์ประกอบแก่นของสาระ โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ชั่วคราวระหว่างหมวดหมู่เฉพาะเท่าที่พบจากข้อมูลและปรับเปลี่ยนชื่อรหัสไปตามข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเฮอรัมนิวติก ตามแบบของแวน มานเนน (van Manen) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาได้

อย่างละเอียดและลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับการให้ความหมายและการแปลความประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ หล่อหลอมความเข้าใจระหว่างข้อมูลและพื้นฐานความรู้ความเข้าใจของนักวิจัยที่มีส่วนสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูล มีการเชื่อมโยงตั้งแต่เริ่มการศึกษาผู้ให้ข้อมูลและขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด ซึ่งแวน มาเนน (van Manen, 1990) อธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดข้อมูลจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค

2. อ่านและทำความเข้าใจข้อมูล และพยายามดึงคำหลักสำคัญ (theme) ของประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอ่านข้อความทั้งหมด (wholistic approach) เป็นการอ่านข้อความทั้งหมดแล้วสรุปใจความสำคัญอย่างชัดเจน

2.2 การอ่านบทสนทนาทั้งหมดทีละบรรทัดอย่างละเอียด (line by line approach) อ่านและทำความเข้าใจทุกประโยคหรือกลุ่มคำที่สามารถอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และดึงความสำคัญของแต่ละประโยคออกมา

2.3 การจัดกลุ่มประโยค (selective approach) โดยการอ่านข้อความหลายๆครั้ง แล้วดึงประโยคหรือกลุ่มคำที่สำคัญที่แสดงให้เห็นสาระสำคัญ หรืออธิบายปรากฏการณ์ โดยการขีดเส้นใต้ให้เด่นชัดที่ข้อความนั้น

2.4 รวบรวมคำหลักที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2.5 นำคำหลักที่ได้ไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ไม่ชัดเจน จากนั้นนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกรายมาจัดหมวดหมู่ของคำหลักที่สำคัญเหล่านั้น จัดลำดับเชื่อมโยงของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์หลังจากนั้นนำมาจัดเป็นข้อสรุปของข้อมูลที่ได้

2.6 สะท้อนความหมายในหมวดของโลก 4 โลก (four life-worlds) ซึ่งแวน มาเนน (van Manen, 1990) ได้อธิบายเพื่อเข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โลกของตนเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และโลกของเวลา (temporality or lived time) (van Manen, 1990) ซึ่งโลกทั้ง 4 โลกนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนี้

โลกของตัวเอง เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และ จิตวิญญาณ ของตนเองขณะที่อยู่ในประสบการณ์ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

โลกของความสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีต่อบุคคลรอบข้าง เช่น ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความสัมพันธ์นี้จะเริ่มตั้งแต่รับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย

โลกของสถานที่ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่ผู้ดูแลหลักมุสลิมมีต่อสถานที่ที่ตนเองใช้ชีวิตอยู่ขณะดูแลผู้ป่วย อาจจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาล

โลกของเวลา เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ดูแลหลักมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับเวลาในขณะที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับทราบว่าผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย

3. เขียนและบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการนำคำหลักสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเขียนบรรยายอย่างละเอียดและชัดเจนตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีการแสดงคำหลักพร้อมยกตัวอย่างข้อความ ประโยค หรือวลี ที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประกอบคำบรรยาย

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์มินิวติก เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 9 ราย ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

3.1 ความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

3.2 การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

**ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง**

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 ราย อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 6 ราย มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 5 ราย สถานภาพคู่มากที่สุดจำนวน 5 ราย ก่อนการเจ็บป่วยประกอบอาชีพทำงานบ้านมากที่สุด จำนวน 5 ราย มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด จำนวน 4 ราย ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยโรคมากที่สุดคือ 3 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆมากที่สุด

จำนวน 8 ราย และโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ราย ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (N=9)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ		รายได้ (บาท/เดือน)	
ชาย	5	น้อยกว่า 5,000	4
หญิง	4	5,000 – 10,000	3
อายุ (ปี)		10,001 – 15,000	2
40 – 49	1	ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัย	
50 – 59	2	1 – 3 เดือน	3
60 ปีขึ้นไป	6	3 เดือนขึ้นไป	6
ระดับการศึกษา		โรคร่วมอื่นๆ	
ประถมศึกษา	5	มี	8
มัธยมศึกษา	1	ไม่มี	1
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	ชนิดของโรคร่วม	
สถานภาพ		โรคความดันโลหิตสูง	5
คู่	5	โรคความดันโลหิตสูง	3
หม้าย	4	และโรคเบาหวาน	
อาชีพ		โรคหัวใจ	1
เกษตรกร	1		
รับจ้าง	1		
ค้าขาย	2		
งานบ้าน	5		

### ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ดูแลหลักในการศึกษารั้งนี้มีทั้งหมด 9 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 8 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี มากที่สุด การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 5 ราย สถานภาพสมรส คู่ 7 ราย ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด จำนวน 5 ราย สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,000 บาท

ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมากที่สุดคือ 3 เดือนขึ้นไป ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 6 ราย ก่อนการดูแลผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 6 ราย ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 7 ราย ผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 ราย ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักมุสลิม (N=9)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ		ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
ชาย	1	ภรรยา/สามี	3
หญิง	8	บุตร	6
อายุ (ปี)		ระยะเวลาที่ทราบการวินิจฉัย	
30 – 39	2	1 – 3 เดือน	3
40 – 49	4	3 เดือนขึ้นไป	6
50 – 59	2	ภาวะสุขภาพก่อนการดูแล	
60 ปีขึ้นไป	1	แข็งแรง	6
ระดับการศึกษา		ไม่แข็งแรง	3
ประถมศึกษา	5	ภาวะสุขภาพปัจจุบัน	
มัธยมศึกษา	3	แข็งแรง	6
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	ไม่แข็งแรง	3
สถานภาพ		ประสบการณ์ในการดูแล	
โสด	2	ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	
คู่	7	มี	2
อาชีพ		ไม่มี	7
เกษตรกร	2	ผู้ช่วยเหลือในการดูแล	
ลูกจ้าง	2	มี	8
ค้าขาย	5	ไม่มี	1
รายได้ (บาท/เดือน)		ผู้ช่วยเหลือ	
5,000 – 10,000	2	สมาชิกในครอบครัว	8
10,001 – 15,000	5	เครือญาติ	1
15,001 ขึ้นไป	2		

## ลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 9 ราย เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยขอนำเสนอลักษณะภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ชื่อสมมติแทนชื่อจริง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1

มีะฮ์ยะ อายุ 58 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย เรียนโรงเรียนสอนศาสนาอ่านออกเขียนได้ สถานภาพคู่ บุคลิกภาพเป็นคนที่ขี้เก๋ง คล่องแคล่วว่องไว ยิ้มแย้มแจ่มใส มีะฮ์ยะแต่งงานกับสามีมานาน 40 ปี มีบุตรทั้งหมด 6 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 3 คน บุตรคนโตและคนที่ 2 เสียชีวิตแล้ว เหลือบุตรอีก 4 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามีและลูกชายคนเล็ก ส่วนลูกสาวแต่งงานแยกครอบครัว แต่บ้านอยู่ใกล้กันในหมู่บ้านเดียวกัน ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย ขายอาหารช่วงตอนเย็น รายได้วันละ 300 - 400 บาท โดยมีผู้ป่วยไปช่วยขายด้วย รายได้หลักของครอบครัวจึงได้มาจากการขายของ ส่วนผู้ป่วยไม่มีรายได้ สุขภาพร่างกายแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี ไม่มีอาชีพที่เป็นหลัก ช่วยภรรยาขายของ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเก๊าท์ รักษาที่โรงพยาบาลสงขลาและคลินิกใกล้บ้าน เริ่มรู้ว่าเป็นโรคไตมา 7 ปี ส่วนโรคไตวายเรื้อรังรักษาที่โรงพยาบาลโดยวิธีรับประทานยาและควบคุมอาหาร จนเมื่อ 1 ปีก่อนผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 7.1 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์ได้แนะนำให้ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องเทียม แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ประมาณ 2-3 เดือนต่อครั้ง ด้วยอาการอ่อนเพลีย ซีด รับประทานอาหารได้น้อย ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับเลือดเนื่องจากมีภาวะซีด ผู้ดูแลหลักทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลคือภรรยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง ครั้งนี้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ สับสน บวม มีแผลในปาก รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดท้อง และซีด แพทย์วินิจฉัยอาการเหนื่อยหอบว่ามีน้ำท่วมปอด ได้เจาะปอดเพื่อระบายน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดออก 2 ครั้ง อาการเหนื่อยหอบลดลง ส่วนอาการเจ็บปากกินไม่ได้ แพทย์ให้ใส่สายให้อาหาร ผู้ป่วยพยายามดึงสายให้อาหารหลายครั้ง แพทย์อธิบายญาติว่าผู้ป่วยเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย วิธีการรักษาคือต้องล้างไตเท่านั้น ตอนแรกญาติตัดสินใจล้างไต แต่ผู้ป่วยเองปฏิเสธ ภรรยา ลูก และญาติจึงลงความเห็นตัดสินใจทำตามความต้องการของผู้ป่วยและพาผู้ป่วยกลับบ้านในช่วงสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ในช่วงแรก ภรรยาบอกว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น พุดรู้เรื่องมากขึ้น จำบุคคลได้ ผู้ดูแลได้ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยเหมือนปกติ ละหมาดได้ทั้งทำนั่งและทำนอน แต่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงต้องช่วยพุงพาไปห้องน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน นั่ง



ส้วม รับประทานอาหารได้น้อยลง แต่ญาติก็จะคอยกระตุ้นให้รับประทานอาหาร ช่วงก่อนเสียชีวิต ประมาณ 3-4 วัน ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้ นอนติดเตียง รับประทานอาหารได้น้อยมาก รับประทานอาหารที่เป็นน้ำๆ ญาติพยายามป้อนให้ เนื่องจากผู้ป่วยดึงสายให้อาหารออก และไม่ยอมใส่ใหม่ เพราะสงสารผู้ป่วย ผู้ป่วยใส่แผ่นรองขับแต่ไม่มีปัสสาวะและอุจจาระ ขณะอยู่ที่บ้านมีเจ้าหน้าที่ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มาเยี่ยมสม่ำเสมอ คอยให้คำแนะนำ จนกระทั่ง 3 - 4 วันก่อนที่ผู้ป่วยเสียชีวิต เจ้าหน้าที่อสม. ได้ช่วยวัดความดันโลหิต ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ ประมาณ 80/50 - 100/60 mmHg 15 วันหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยก็เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบ

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

จิเม๊าะ อายุ 60 ปี เป็นภรรยาคนที่ 2 ของผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลและมีลูกชายของผู้ป่วย เป็นผู้ช่วยเหลือ จิเม๊าะเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นคนเงียบๆไม่ค่อยพูด ยิ้มบ้างเป็นบางครั้ง แต่งงานกับสามีมานาน 10 ปี ไม่มีบุตรด้วยกัน จิเม๊าะมีลูกคิด 3 คน แต่งงานมีครอบครัวแล้ว 2 คน ส่วนคนสุดท้ายยังไม่มีการครอบครัว ปัจจุบันจิเม๊าะ ประกอบอาชีพค้าขาย (ทำขนมหวาน) รายได้วันละ 200 - 300 บาท ซึ่งเป็นรายได้หลักของครอบครัว สุขภาพร่างกายแข็งแรง ประวัติเป็นไทรอยด์ หูด ยามาประมาณ 1 ปี

ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูก 5 คน มีครอบครัวแล้ว 4 คน คนสุดท้ายต้องเป็นผู้ชายอยู่กับผู้ป่วย ไม่มีงานทำและไม่มีครอบครัว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รักษาที่โรงพยาบาลเทพา ผู้ป่วยนิคยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ กลางวันอยู่คนเดียว ส่วนใหญ่รับประทานข้าวต้มกับปลาเค็ม ผู้ป่วยเล่าว่าครอบครัวลำบาก จึงตัดสินใจไม่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพราะไม่มีคนดูแล ไม่อยากให้ลูกลำบากเพราะลูกต้องทำงาน หาเลี้ยงครอบครัว ผู้ป่วยจึงไม่อยากจะไปภาระคนอื่น ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ไม่มีแรง ปัสสาวะออกน้อย ตรวจเลือดพบว่ามีความผิดปกติ แพทย์ได้ให้การรักษาโดยการให้เลือด 2 ถุง และมีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 4 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟอกไต แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่มีผู้ดูแลหลัก เป็นภาระให้กับผู้อื่น ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 2 วัน ผู้ป่วยและญาติขอกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพราะสะดวกในการดูแล ภายหลังกลับมาอยู่บ้าน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

น้องนี่ อายุ 30 ปี เป็นบุตรสาวคนเล็กของผู้ป่วย มีพี่น้อง 2 คน พี่คนโตเป็นผู้ชายมีครอบครัวแล้ว พี่ชายมีลูกชายอายุ 11 ปี อาศัยกับผู้ป่วยซึ่งน้องนี่เป็นผู้ดูแล น้องนี่จบการศึกษาระดับปวส. (ประกาศนียบัตรวิชาชีพ) สถานภาพโสด บุคลิกภาพเป็นคนคุยเก่ง ยิ้มแย้มแจ่มใส คล่องแคล่ว ว่องไว ประกอบอาชีพค้าขาย ขายข้าวยาและขายกะปิตามตลาดนัด รายได้ 300 - 400 บาทต่อวัน น้องนี่รับทราบเป็นผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อ 3 เดือนที่แล้วแต่ไม่ได้พาผู้ป่วยไปตามแพทย์นัด เนื่องจากลำบากในการเดินทางและผู้ป่วยต้องการรักษาแบบแพทย์ทางเลือกโดยการกินยาสมุนไพรและยาต้ม น้องนี่สุขภาพร่างกายแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบิดาที่ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้ายและบิดาเสียชีวิตที่บ้าน ส่วนในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ดูแลหลักมีญาติช่วยดูแลบ้าง

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพค้าขาย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มาประมาณ 10 ปี รักษาที่โรงพยาบาลเทพา ส่วนโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทราบว่าเป็นเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว ผู้ป่วยไม่ได้รักษาต่อเนื่องและซื้อยาสมุนไพรและยาต้มมากินเอง โดยมีความเชื่อว่าจะสามารถรักษาโรคเบาหวานและโรคไตได้ ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลีย มีไข้ ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน หายใจเหนื่อยเล็กน้อย แพทย์มีแผนการรักษาให้ออกซิเจน ผู้ป่วยคาสาขสว่นปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ผลเอกซเรย์มีหัวใจโตและผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามียึดการเต้นของหัวใจผิดปกติ 140 ครั้งต่อนาที เจาะเลือดเพื่อตรวจดูการทำงานของไตพบว่ามีความผิดปกติไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 2.1 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ โดยให้เหตุผลเรื่องค่าใช้จ่ายและภาระในการดูแล ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วัน อาการทั่วไปดีขึ้นผู้ป่วยจึงขอลากลับบ้าน โดยมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 2 วัน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เริ่มมีอาการสับสน อ๊ะอะ โวยวาย ไม่รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยและมีอาการบวม ญาติไม่ได้นำส่งโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ก๊ะเยาะ อายุ 45 ปี เป็นบุตรสาวคนที่ 2 ของผู้ป่วย มีพี่น้อง 7 คน ก๊ะเยาะเป็นผู้ดูแลหลักและอยู่ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด รับผิดชอบทุกอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วย เนื่องจากพี่น้องคนอื่นอายุอยู่ไกล ก๊ะเยาะจบการศึกษาระดับชั้น ป.6 สถานภาพสมรส บุคลิกภาพเป็นคนคุยเก่ง พูดเร็วและเสียงดัง ยิ้มแย้มแจ่มใส คล่องแคล่วว่องไว ประกอบอาชีพทำสวน รับจ้างกรีดยาง รายได้ 300 - 400 บาทต่อวัน สามปีประกอบอาชีพขับรถ ส่งของบริษัทตามต่างจังหวัด 3 - 4 วัน จะกลับมาบ้าน ก๊ะเยาะรับทราบเป็นผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อ 3 เดือนที่แล้วแต่ไม่ได้พาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด

เนื่องจากลำบากในการเดินทางเพราะกะเเย่ตั้งท้องลูกคนเล็ก และสามีต้องไปทำงานขับรถส่งของที่ต่างจังหวัด ทำให้ยาโรคไตหมด ผู้ป่วยจึงขาดยา มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยและบวม มากขึ้น เดินไม่ได้ จึงรักษาแบบแพทย์ทางเลือกโดยการกินยาสมุนไพรและยาต้ม กะเเย่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว ช่วงที่ตั้งครรภ์ลูกคนสุดท้อง เป็นเบาหวาน ต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ แต่ปัจจุบัน ไปตรวจซ้ำ ระดับน้ำตาลปกติ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเลย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพทำสวน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง อัมพฤกษ์ แขนซ้ายอ่อนแรง รักษาที่โรงพยาบาลเทพา ส่วนโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทราบว่าเป็นเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว ผู้ป่วยไม่ได้รักษาต่อเนื่องและซื้อยาสมุนไพรและยาต้มมารับประทานเอง โดยมีความเชื่อว่าจะสามารถรักษาโรคไตได้ ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วย 3 วันก่อน ผู้ป่วยอ่อนเพลียมาก กินไม่ได้ จึงหยุดยาความดัน ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สับสน บวมทั่วตัว ปัสสาวะออกน้อย ใส่ท่อช่วยหายใจมีเสมหะสีขาวขุ่นจำนวนมาก ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 3.1 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟอกไต แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ นอนโรงพยาบาล 1 คืน ญาติพาผู้ป่วยกลับบ้าน หลังกลับบ้าน 1 วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

พี่มาเรียม อายุ 56 ปี เป็นบุตรของผู้ป่วย เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพคู่ บุคลิกภาพเป็นคนเรียบร้อย พุดน้อย พี่มาเรียมมีพี่น้อง 2 คน น้องชายมีครอบครัวแล้ว พี่มาเรียมเป็นผู้ดูแลหลัก มีน้องชายมาช่วยดูแลบ้าง ปัจจุบันพี่มาเรียมเป็นแม่บ้านเลี้ยงหลาน 2 คน ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีรายได้จากสวนยางพารา เดือนละ 12,000 บาท รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน พี่มาเรียมไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง มีประสบการณ์ในการดูแลคนชราแต่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก พี่มาเรียมรับทราบการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วย มาประมาณ 3 เดือน พาผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟอกไต แต่ผู้ป่วยปฏิเสธและพี่มาเรียมได้ปรึกษากับพี่น้อง จึงเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ความสุขสบาย และต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 75 ปี เรียนจบด้านศาสนา อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราและสวนผลไม้ มีรายได้ 300 - 400 บาทต่อวัน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 5.6 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร ผู้ป่วยรักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่องแต่ปฏิเสธการรักษาโดยการฟอกไต รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งและมีการรักษาด้วยยาสมุนไพรช่วยลดอาการท้องผูก ผู้ป่วยมีอาการบวม อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ดูแลคอยดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ยา ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วย

มีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อ่อนเพลียมาก ไม่สามารถลุกนั่งได้ ไม่มีอาการสับสน ระหว่างที่ญาติอ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ฟังยังไม่ทันจบ ผู้ป่วยก็เสียชีวิตอย่างสงบ

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

พีมัสนี อายุ 46 ปี เป็นบุตรของผู้ป่วย เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพ คู่บุคลิกภาพเป็นคนเรียบร้อย พุดเก่ง พีมัสนีมีพี่น้อง 7 คน พีมัสนีเป็นผู้ดูแลหลัก มีพี่สาวมาช่วยดูแลบ้าง ปัจจุบันเป็นแม่บ้านเลี้ยงหลาน 1 คน ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีรายได้จากสามีทำงานรับส่งพนักงาน เดือนละ 15,000 บาท รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน พีมัสนีไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พีมัสนีรับทราบการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย มาประมาณ 2 ปี ระยะแรกที่ทราบการวินิจฉัยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ช่วงหลังเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงไม่ได้มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยจึงขาดยาแต่รับประทานยาสมุนไพรแทน แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟอกไต แต่พีมัสนีได้ปรึกษากับพี่น้อง ปฏิเสธการฟอกไต จึงเลือกวิธีการรักษาโดยการรับประทานยาและควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ ประกอบอาชีพรับจ้างตัดเย็บเสื้อผ้า มีรายได้ 500 บาทต่อวัน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ ไขมันในเลือดสูงและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ขาดยาและไม่ได้มาตรวจตามแพทย์นัดประมาณ 2 ปี รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งและมีการรักษาด้วยยาสมุนไพร ผู้ป่วยบัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อยลง เข้าออกโรงพยาบาล 1-2 ครั้งต่อเดือน นอนโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยอาการ 1 สัปดาห์ พุดจา สับสน 5 วันล้มลง ไม่รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยหอบ ไล่ท่อช่วยหายใจ ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 3.9 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยฟอกไตแต่ญาติปฏิเสธเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายและอาการของผู้ป่วยหนักมากแล้ว ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 6 วันและเสียชีวิตอย่างสงบ

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

น้องนี่ อายุ 38 ปี น้องนี่เป็นภรรยาของผู้ป่วย เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพคู่ บุคลิกภาพเป็นคนคุยเก่ง คล่องแคล่วว่องไว ยิ้มแย้มแจ่มใส น้องนี่แต่งงานกับผู้ป่วยมานาน 20 ปี มีบุตร 4 คน ชาย 2 คน หญิง 2 คน บุตรคนโตอายุ 18 ปี เรียนการศึกษานอกโรงเรียน ช่วยน้องนี่ขายของอยู่ที่บ้าน ส่วนลูกคนอื่นกำลังเรียนหนังสือ ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านของมารดา แยกออกมาจากบ้านผู้ป่วย ประกอบอาชีพขายเต้าหู้นมสด รายได้ 1,000 บาทต่อวัน โดยมีลูกชายคนโตและมารดาเป็นผู้ช่วย รายได้บางส่วนมาจากการเปิดร้านขายสมุนไพร ซึ่งเป็นร้านของพี่ชาย น้องนี่ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยประมาณ 3 - 4

เดือน นี้องนี้ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้มีพี่สาวและน้องชายของผู้ป่วย รวมถึงลูกชายมาช่วยในการดูแล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 46 ปี ประกอบอาชีพทำแหวนขายหน้าร้าน ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ก่อนหน้านี้ประมาณ 8 เดือน ขณะเดินมีแขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย นำส่งโรงพยาบาล แพทย์ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ามีเส้นเลือดแตกในสมอง แต่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แขนขาซ้ายอ่อนแรงไม่สามารถยกได้ ภรรยาพาผู้ป่วยมาทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาล ตำบลห้วยละ 3 ครั้ง จนอาการดีขึ้นเป็นลำดับ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ประมาณ 4 เดือนที่แล้วตรวจเลือดผู้ป่วยพบว่ามีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 10.1 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์มีแผนการรักษาให้ฟอกไต แต่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เหตุผลว่าร่างกายยังไม่พร้อมในการฟอกไตและค่าใช้จ่ายที่สูง จึงต้องการรักษาโดยการรับประทานยาและแพทย์ทางเลือกไปก่อน ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพี่สาวมาประมาณ 1 เดือน เนื่องจากภรรยาต้องออกไปอยู่ที่บ้านของมารดาเพื่อความสะดวกในการหารายได้ ทำน้ำเต้าหู้นมสดขาย โดยลูกชายและมารดาเป็นผู้ช่วยขาย แต่บ้านทั้งสองอยู่ใกล้กันไม่ห่างกันมาก ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ บัสสาวะบ่อย ซีด ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รับประทานอาหารได้น้อย ขณะนอน โรงพยาบาลภรรยาเป็นคนดูแลเองและร่วมกับบุตรชายเป็นผู้ช่วยดูแล ต้องหยุดขายของอาศัยเงินที่สะสมมาใช้จ่าย ผู้ป่วยมีภาวะเครียด เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากที่เป็นผู้นำครอบครัว ทำงานคนเดียว ภรรยาเป็นแม่บ้านเลี้ยงลูก แต่เมื่อเจ็บป่วยต้องมานอนคิดเพียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ภรรยาจึงต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดและดูแลกิจวัตรประจำวันทุกอย่างของผู้ป่วย ช่วยทำกายภาพแขนขาซ้ายผู้ป่วย เริ่มยกได้บ้างแต่ก็ยังต้องช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียด นอนไม่หลับ ภรรยาก็จะอ่านคัมภีร์อัลกุรอานและดูอาร์ให้ฟัง เพื่อเป็นการคลายเครียดและความสบายใจของผู้ป่วย

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

พี่ซัน อายุ 42 ปี เป็นลูกชายของผู้ป่วย เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพคู่บุคลิกภาพเป็นคนคุยเก่ง คล่องแคล่วว่องไว ยิ้มแย้มแจ่มใส มีบุตร 2 คน บุตรคนโตอายุ 18 ปี เรียนการศึกษานอกโรงเรียน มีอาชีพนักมวย ส่วนลูกคนเล็กกำลังเรียนหนังสือ ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านของผู้ป่วย ประกอบอาชีพรับจ้างและขายขนม รายได้ 700 บาทต่อวัน โดยมีภรรยาเป็นผู้ช่วย พี่ซันทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมาประมาณ 1 ปี และทราบว่าผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 3 เดือน พี่ซันมีภาวะสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวและมีประสบการณ์ในการดูแลบิดาที่ป่วยเป็นโรคไต ในการดูแลผู้ป่วยจะมีภรรยาช่วยเหลือในการดูแล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง มาตามนัดทุกครั้ง แต่ก็มีการไปตรวจที่คลินิกบ้างบางครั้ง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี่คือ 1 สัปดาห์ มีอาการท้องโต ปัสสาวะออกน้อย หายใจเหนื่อยหอบ ขาบวม ทั้ง 2 ข้าง กดบวม 2+ ซีมลง ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 8.2 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องฟอกไต แต่ลูกชายปฏิเสธการล้างไตเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค และมีความเสี่ยงประกอบกับมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกไต เมื่อผู้ป่วยซีมลงมาก ไม่รู้สึกตัว ลูกชายปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและขอพาผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับมาบ้าน ผู้ดูแลคอยดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย ไม่รู้สึกตัว มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ผู้ป่วยอยู่บ้านได้ประมาณ 5 วัน ก็เสียชีวิตอย่างสงบ

#### ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

พี่ตะ อายุ 43 ปี เป็นลูกสาวคนเล็กของผู้ป่วย พี่ตะมีพี่น้องทั้งหมด 5 คน ยังไม่มีครอบครัวเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 บุคลิกภาพเป็นคนพูดน้อย คล่องแคล่วว่องไว ยิ้มแย้มแจ่มใส เดิมประกอบอาชีพขายของที่มาเลเซีย เมื่อผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแล ปัจจุบันกลับมาดูแลผู้ป่วย และอาศัยกับผู้ป่วย กลับมาประกอบอาชีพรับจ้างและขายขนม รายได้ 300 บาทต่อวัน พี่ตะทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยมาประมาณ 1 ปี และพี่ตะรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ 3 เดือน พี่ตะมีภาวะสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวและมีประสบการณ์ในการดูแลมารดาที่ป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ ปัจจุบันมารดาเสียชีวิตแล้ว ในการดูแลผู้ป่วยจะมีพี่สาวคอยช่วยเหลือในการดูแลด้วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 86 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ต่อมลูกหมากโตและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจะนะ มาตามนัดทุกครั้ง แต่ไปตรวจที่คลินิกบ้างเป็นบางครั้ง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี่คือ ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ปัสสาวะสีน้ำตาลเนื้อและออกน้อย มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ขาบวมทั้งสองข้าง กดบวมระดับ 3+ มีไข้สูง มีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) 8.6 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยฟอกไต แต่ลูกสาวปฏิเสธเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกไต ไม่มั่นใจและกลัวการติดเชื้อ ต้องการรักษาโดยการรับประทานยา ควบคุมอาหารและการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

## ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การศึกษาในครั้งนี้ครอบคลุมการให้ความหมายและการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีรายละเอียดดังนี้

### ความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้ทั้งหมด 14 กลุ่มความหมาย โดยแสดงวิธีการได้มาของกลุ่มความหมายในภาคผนวก จ และได้กลุ่มความหมายมาสะท้อนในหมวดของโลก 4 โลก (four life-worlds) ซึ่งแวน มาเนน ได้แนะนำเพื่อให้เข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โลกของตนเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived human relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และ โลกของเวลา (temporality or lived time) (van Manen, 1990) ซึ่งโลกทั้ง 4 โลกนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การศึกษาครั้งนี้ได้สรุปกลุ่มความหมายทั้ง 14 กลุ่มความหมาย ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

## ตาราง 3

กลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ ( $N = 9$ )

โลก 4 ใบ	ความหมาย	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
<i>โลกของตัวเอง</i>			
เหนื่อยล้า	ร่างกายและจิตใจเหนื่อยล้า	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9
ภูมิใจที่ได้ดูแล	รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย	4	3,4,7,8
ทำตัวให้เข้มแข็งพร้อม ให้การช่วยเหลือ	ทำร่างกายและจิตใจให้พร้อม ที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา	7	1,3,4,5,6,7,8
ทำดีที่สุดแล้ว	ทำหน้าที่อย่างเต็มที่และ สุดความสามารถ	4	1,3,4,9
ศรัทธาองค์อัลเลาะห์	ยึดถือหลักคำสอนอย่าง เคร่งครัด	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9
<i>โลกของความสัมพันธ์</i>			
ดูแลบนพื้นฐานของ ความรักความผูกพัน	ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความ ผูกพัน จากการร่วมทุกข์ร่วม สุขกันมา	3	1,2,7
การตอบแทนบุญคุณ	การดูแลเป็นหน้าที่ของลูกที่ ต้องดูแลพ่อแม่	6	3,4,5,6,8,9
คนรอบข้างคือคนสำคัญ	บุคคลรอบข้างเป็นพลังและ กำลังใจให้กับผู้ดูแลในการ ดูแลผู้ป่วย	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9
สะพานเชื่อมระหว่าง พระเจ้ากับผู้ป่วย	เตือนให้ผู้ป่วยระลึกถึงและยึด มั่นในหลักคำสอนของพระเจ้า	7	1,2,3,4,5,7,8



ตาราง 3 (ต่อ)

โลก 4 ไบ	ความหมาย	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
<b>โลกของสถานที่</b>			
บ้านมีความหมายและ ความสำคัญ	ผู้ป่วยต้องการอยู่บ้านกับ บุคคลอันเป็นที่รักและได้ บอกเล่าในวาระสุดท้ายของ ชีวิต	7	1,2,3,4,5,7,8
พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่	ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดพระเจ้าอยู่ใน ใจของผู้ดูแลในทุกๆที่	8	1,2,3,4,5,7,8,9
พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย	ผู้ดูแลเชื่อว่าอัลเลาะห์เป็นผู้ ที่กำหนดสถานที่ตาย	7	1,2,3,4,5,7,8
<b>โลกของเวลา</b>			
เวลามีค่าและมีความหมาย	ใช้เวลาที่เหลืออยู่กับผู้ป่วย ให้คุ้มค่าที่สุด	8	1,2,3,4,5,6,7,8
เวลาของชีวิตลิขิตโดย องค์อัลเลาะห์	พระเจ้าเป็นผู้กำหนดเวลา ของการมีชีวิตอยู่	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9

### โลกของตัวเอง

ผู้ดูแลสะท้อนความหมายในโลกของตนเอง 5 ลักษณะคือ 1) เหนื่อยล้า 2) ภูมิใจที่ได้ดูแล 3) ทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ 4) ทำดีที่สุดแล้ว และ 5) ศรัทธาองค์อัลเลาะห์ ดังนี้

#### 1. เหนื่อยล้า

เมื่อผู้ดูแลหลักกับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลักมุสลิมจะให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับทราบการวินิจฉัยโรคนจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจะทุ่มเททั้งกายและใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ จึงทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ วิตกกังวล

อยากให้ผู้ป่วยหายหรือมีอาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักบางรายมีหน้าตาไม่สดชื่น ท่าทางอิดโรย และสูญเสียภาพลักษณ์ ดังคำกล่าว

“รู้สึกแย่ ไม่ได้นอน นอนไม่หลับ ขอบตาคั่ว...เหนื่อย เพราะไม่ได้  
นอน”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

“ไม่ได้พักเลย ไม่ได้ออกไปไหนเลย...กลางคืนก็ดูแลเอง ทั้งลูกทั้ง  
คนไข้...เพราะแกนอนกับที่ลูกไปไหนไม่ได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง  
ได้ ต้องดูแลทั้งหมด...เหนื่อยนะ ไม่ได้นอน”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 7)

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องมานอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลหลักจึงต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล และเหนื่อยล้า ดังคำกล่าว

“เราก็คิดนะ บางทีเราอาจจะเหนื่อยมากก็ได้เพราะเฝ้าที่รพ.มาหลายวัน...  
อดหลับอดนอน ไม่ได้หลับเลย ง่วงนอน เราคิดแต่เรื่องแถม สงสารแก  
นอนไม่หลับ เครียดกังวล ...ไม่ได้นอนเลย เพลีย ตาลืมไม่ขึ้นเลย”

(พี่มัสนิย์: ผู้ดูแลรายที่ 6)

## 2. ภูมิใจที่ได้ดูแล

แม้ว่าผู้ดูแลจะเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ผู้ดูแลบางรายเล่าว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความใกล้ชิด ความรักความผูกพัน และความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย จึงรู้สึกมีความสุขและไม่เสียใจที่ได้ดูแล ถึงแม้ว่าผู้ดูแลบางรายต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังก็ตาม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“สิ่งที่ภูมิใจคือเราได้ดูแลแก เพราะหนูคนเดียวแล้วที่ดูแลแก คนไข้คนอื่น  
เขายังมีคนมาสลับเฝ้ากัน แต่หนูเฝ้าอยู่คนเดียว...หนูเองก็ไม่คิดว่าหนูจะ  
ทำได้ค่ะ...ดูแลแม่ทำให้รักแกมากขึ้นค่ะ”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

“แม่ดูแลเราโดยที่ไม่มีข้ออ้างเลย พ่อแม่ไม่มีเงื่อนไขเลย...ผมถือว่าผมได้ดูแลแม่ ผมภูมิใจนะ...ผมว่าผมมีความสุขที่ได้ดูแลแม่”

(พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

### 3. ทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ

ผู้ดูแลสะท้อนว่าเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงพยายามทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆ เรื่องตลอดเวลา แม้บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณลำบาก แต่ไม่ยอมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความลำบากของตน ยกตัวอย่าง เช่น ก๊ะเย๊ะ มีอาชีพกรีดยางฐานะยากจน ไม่มีเงิน มีความจำเป็นต้องไปเอาข้าวสารที่ร้านค้ามาก่อน แล้วไปชำระเงินทีหลัง ถ้าผู้ป่วยทราบจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจและคิดมาก จึงอยากให้ผู้ป่วยรู้สึกคนเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยได้เพื่อความสบายใจและความสุขของผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ทั้งๆที่บางทีก็ไม่มีแต่ไปขอซื้อที่ร้านมาให้แก่ก่อน เช่น ข้าวสาร พรุ่งนี้พอเรามีเงินเราก็ค่อยไปให้ที่ร้าน... เราให้เขา เราก็สะดวก สบายใจ...อย่าให้เขาเห็นความลำบากของเรา ให้เห็นว่าเราพร้อมเสมอ...ลำบากเราไม่เป็นที่ไร”

(ก๊ะเย๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 4)

น้องนี่ อาชีพค้าขาย ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง บางครั้งรู้สึกห่อแต่พยายามไม่ร้องไห้ให้ผู้ป่วยเห็น ต้องทำตัวเองให้เข้มแข็งเพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะกังวล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางทีเราท้อ อยากร้องไห้ เราต้องทำตัวให้เข้มแข็งเพราะเดี๋ยวถ้าแก่เห็นเราร้องไห้ตลอดเดี๋ยวแก่ก็กังวล”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

### 4. ทำดีที่สุดแล้ว

ผู้ดูแลบางรายเล่าว่า การได้ดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆ เรื่องอย่างครบถ้วนแล้วและเป็นการดูแลเต็มที่ เต็มใจและดีที่สุด สุดความสามารถของผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ไม่เสียใจที่ได้ดูแล ดังคำกล่าว

“เราคิดว่าเราได้ดูแลเต็มที่แล้ว เราได้แค่นี้...เราเองไม่เสียใจแล้ว ได้แล้ว เราทำได้แค่นี้...รักษาจนถึงที่สุดแล้ว”

(กะเยาะ: ผู้ดูแลรายที่ 4)

“ถึงตอนนี้ก็คิดว่าดูแลแก่เต็มที่แล้วนะ...แต่ทำทุกอย่างด้วยความเต็มใจนะ ทำให้เพราะแก่อยู่สุดท้ายแล้ว...สิ่งที่แถมต้องการ เราทำให้แถมหมดแล้ว คนมันสุดท้ายแล้ว เขาอยากให้อะไร ต้องการอะไร เราทำให้ได้หมด...อีกอย่างคือมีะกับลูกๆก็ได้ดูแลแก่เต็มที ตามที่แถมต้องการ”

(มีะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

## 5. ศรัทธาของอัลเลาะห์

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยึดหลักการของศาสนาอิสลามมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลเล่าว่าจากการได้เรียนทางด้านศาสนาอิสลาม ทำให้ผู้ดูแลมีความศรัทธาและเชื่ออย่างที่สุดในการความสามารถของพระเจ้าที่มีความสำคัญกับทุกๆช่วงของการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยถือเป็นการทดสอบความอดทนและความยากลำบากในการดูแล ดังคำกล่าว

“คือเรื่องศานานะพี เพราะเราเรียนศานานามากแล้ว ถ้าเราไม่ดูแลพ่อแม่ อัลเลาะห์ตะอาลา (องค์อัลเลาะห์) จะโกรธเรา...เพราะนาบี (ท่านศาสดาของศาสนาอิสลาม) สอนไว้แล้วให้เราอยู่กับพรรคพวก ให้อยู่กับพี่น้อง พี่น้องเราต้องเอา เราจะตัดขาดจากพี่น้องไม่ได้เหมือนกัน...คิดเสียว่าอัลเลาะห์ทดสอบเรานะ ท่าน”

(พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

“ตามหลักศาสนาภรรยาต้องดูแลสามีและสามีก็ต้องดูแลภรรยาเช่นกัน”

(น้องน๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 7)

ผู้ดูแลทุกรายเล่าเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยเชื่อมโยงและสัมพันธ์กับหลักคำสอนของศาสนาและการดำรงตนและปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา ทุกๆเหตุการณ์หรือการกระทำที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับหลักศาสนาทั้งสิ้น ดังคำกล่าว

“ผมถือว่า การดูแลพ่อแม่เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามหลักศาสนาเช่นกัน เพราะอัลเลาะห์ตะอาลาได้สั่งให้ดูแลพ่อแม่ (น้ำเสียงสั้นครี้อ) ผมไม่เคยละเลยเลย...ผมก็อ่านหะดิษ (คำพูด การกระทำ และการยอมรับ) หลายๆ

หะดีษเขาก็บอก ว่าให้เราดูแลพ่อแม่...ถ้าเราทำให้พ่อแม่โกรธ เหมือนเรา ทำให้อัลเลาะห์ตะอาลา (องค์อัลเลาะห์) โกรธเหมือนกัน คนที่ไม่สนใจพ่อแม่ อัลเลาะห์จะไม่ให้เจริญในทางศุลา (โลกปัจจุบัน) หรือกะนะ”

(พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

สรุปความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโลกของตัวเอง พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าแต่ก็รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ดูแล ผู้ดูแลต้องเข้มแข็งและพร้อมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆเรื่องตลอดเวลา แม้จะรับรู้ว่าจะไม่สามารถยื้อชีวิตผู้ป่วยกลับมาได้ แต่ก็คิดว่าได้ทำหน้าที่ผู้ดูแลอย่างดีที่สุดแล้วและภายใต้การดูแลผู้ป่วยมีพระเจ้าคือ องค์อัลเลาะห์และความศรัทธาในหลักศาสนาอิสลาม

### โลกของความสัมพันธ์

ผู้ดูแลสะท้อนความหมายในโลกของความสัมพันธ์ ดังนี้คือ 1) คุณแลบนพื้นฐานของความรักความผูกพัน 2) การตอบแทนบุญคุณ 3) คนรอบข้างคือคนสำคัญ และ 4) สะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย ดังนี้

#### 1. คุณแลบนพื้นฐานของความรักความผูกพัน

ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบสามีภรรยาเล่าว่า การดูแลเกิดจากความรักความผูกพันที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมานาน อยู่เคียงข้างกันและร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ประกอบกับความดีของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลในครอบครัว การดำรงตนอยู่ในศาสนาและปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ทอดทิ้งและให้การดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานความรักความผูกพัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อยู่กันมานาน ก็ต้องดูแลกันไป เจ็บป่วยไม่สบายช่วยกันดูแล... ใช้อยู่กันมาเกือบ 40 ปี ลำบากด้วยกัน เจ็บป่วยก็ต้องดูแลกัน เราแข็งแรงเราก็ต้องดูแลเขา ก็อยู่ด้วยกันมานาน เวลาไม่สบายก็ดูแลกันไป...มันผูกพันกันนะ...รู้สึกดีที่ได้ดูแลแก...อยู่กันมานาน ก็ดูแลกันไป...มีะอยู่กับแกมานาน แกดีกับมีะกับลูก ไม่ทิ้งลูก พอเจ็บไข้ไม่สบายลูกก็ไม่ทิ้งแกนะ แกไม่เคยต้องให้ลูกลำบาก ลูกก็ไม่รังเกียจแกนะ”

(มีะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“ถ้าขาดแกเราคงสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ เพราะแกเป็นทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นพ่อที่ดีของคุณผู้ชายคนนี้เป็นทุกสิ่งทุกอย่างสำหรับเรานะ...เรารู้นะเพราะเราอยู่กันมาเกือบ 20 ปีแล้วนะ แต่ที่ได้ดูแลกันเพราะความผูกพันกัน...ถ้าเขาไม่สบายมาก เราก็จะมาดูแลนะ เราไม่ทิ้งนะ(ร้องไห้)...ความรักความผูกพันที่มีมานาน จนมาถึงทุกวันนี้ เกือบ 20 ปีแล้วนะ...แกจะเป็นคนรักลูกมาก แกดูแล ลูกแกเลยรักนะกับแก...ความผูกพัน อยู่กันมานานและอยู่จนเป็นเพื่อนกัน”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 7)

## 2. การตอบแทนบุญคุณ

ผู้ดูแล 6 ราย ใน 9 ราย มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจึงถือว่าเป็นหน้าที่ที่ลูกทุกคนจะต้องปฏิบัติ เพื่อแสดงถึงความกตัญญูทศเวที ผู้ดูแลนึกถึงบุญคุณที่บิดามารดาเลี้ยงดู ให้ความรักความอบอุ่น ดูแลเอาใจใส่และปกป้องคุ้มครองให้ได้รับความปลอดภัย บิดามารดาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก เมื่อยามที่ท่านเจ็บป่วยหรือลำบาก ก็ต้องช่วยเหลือดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“นี่คือเราทำหน้าที่แล้วค่ะ หน้าที่ของคุณแล้วค่ะ...ยัง ใจแม่เคยทำให้เราอย่างนั้นแล้ว แล้วทำไมเราจะทำไม่ได้ ก็คืออย่างนั้นนะคะ...คือเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ...ทุกคนก็ต้องมีอย่างนี้คือหน้าที่ของคุณ ต้องดูแลใจคะ ต้องคิดอย่างนี้เสมอ”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

“ผมเป็นลูกคนสุดท้อง ผมอยู่กับแม่มาตลอด ความรักผูกพัน...ผมรู้สึกผูกพันกับแม่ เวลาแกไม่สบายผมจะไม่ทำงานแล้ว ใครไปไม่ไปผมไม่ว่า แต่ผมต้องไปมันเป็นวาฮิบ (สิ่งที่ต้องทำ)...สำหรับเรา มันจำเป็นสำหรับเรา เราต้องดูแลพ่อแม่ ถึงว่าพ่อแม่จะยัง ใจก็ตาม...แต่แม่ดูแลเราโดยที่ไม่ มีข้ออ้างเลย พ่อแม่ไม่มีเงื่อนไขเลย”

(พี่ชัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

## 3. คนรอบข้างคือคนสำคัญ

ผู้ดูแลเล่าว่านอกจากความรักความผูกพันที่ผู้ดูแลมีให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังมีความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นๆด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่ทำให้เกิดความ

ใกล้ชิดมากขึ้น เช่น บุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ของญาติพี่น้องที่มาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ซึ่งเป็นช่วงเวลาของการขอมาอัฟ (ขอโทษ) ญาติพี่น้องก็จะมาเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อมาขอโทษและขอให้ผู้ป่วยให้อภัยในสิ่งที่ทำไม่ได้ไว้ในอดีตที่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คนมาเยี่ยมทุกวัน บางคนมาขอมาอัฟ (การขอโทษและยกโทษให้)”

(มีะฮะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“ลูกชายของลุงยังมาช่วยดูแล เปลี่ยนแพมเพิสให้แม่หนูด้วย ตอนที่แม่เสีย เขาก็ไปแจ้งตายให้ด้วยค่ะ...กลางคืนก็มาช่วยเฝ้า เขารู้ว่าหนูเฝ้าคนเดียว เขาจะให้หนูไปนอน แล้วเขาเฝ้าให้ค่ะ”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

#### 4. สะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย

ผู้ดูแลจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าและอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา หรือเมื่อมีโอกาสเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมพระเจ้า ผู้ดูแลจะทำหน้าที่เหมือนเป็นตัวเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย เพราะผู้ดูแลเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้านั้นจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบพร้อมกลับสู่ความเมตตาของพระองค์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนต้องการ ดังคำกล่าว

“สอนมุจิบ พอมุจิบ แกก้เหมือนจะพูดตาม ลีนออกมา ลูกสะใภ้แกก้ให้มุจิบ... สอนให้แกมุจิบที่หูแกนั้นและ แกไม่ลืมตาเลย แกก้พยายามที่จะอ่าน โดยใช้ลีน แต่ไม่มีเสียงออกมา”

(กะเยาะ: ผู้ดูแลรายที่ 4)

นอกจากการเตือนให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าแล้ว ผู้ดูแลก็ต้องปฏิบัติศาสนกิจพร้อมไปกับการกระตุ้นเตือนด้วย ดังคำกล่าว

“จะอ่านหนังสืออัลกุรอ่านให้ฟังนะ ก็อ่านให้แกฟัง...อัลละหฺให้ไปสบายนะ อ่านยาซีน (บทสวดในคัมภีร์อัลกุรอ่าน)...ละหมาดก็ขอคูอาร์ (ขอพรจากพระเจ้า) นะ ให้แกดีขึ้น...เขาจะอยู่กับอัลละหฺตลอดเวลา ปากแกนะ มุจิบตลอดเวลา แกเลยไปแบบสบายๆ”

(พีมาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

สรุปความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโลกของความสัมพันธ์ พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของความรักความผูกพันที่มีมานาน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาและการตอบแทนบุญคุณ การดูแลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ที่อยู่รอบข้าง คอยให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาและผู้ดูแลมีองค์อัลเลาะห์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงต้องระลึกถึงและอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา

### โลกของสถานที่

ผู้ดูแลสะท้อนความหมายในโลกของสถานที่ 3 ลักษณะดังนี้คือ 1) บ้านมีความหมายและความสำคัญ 2) พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่ และ 3) พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย ดังนี้

#### 1. บ้านมีความหมายและความสำคัญ

ผู้ดูแลเล่าว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ยอมนอนโรงพยาบาลและต้องการกลับบ้านเพราะต้องการอยู่กับลูกหลานอันเป็นที่รัก ผู้ดูแลจึงต้องพาผู้ป่วยกลับบ้านตามความต้องการของผู้ป่วยเอง เมื่อกลับบ้านผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าอยู่ที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยมีความสุข ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ระหว่างมาอยู่บ้าน ตอนที่พากลับบ้าน แก่ดีขึ้นมาก นอนพูดได้เรียกชื่อคนโน้นคนนี้ได้ อยู่ เรียกชื่อลูก เรียกชื่อมะได้...พอนอนโรงพยาบาลแกอยากกลับบ้าน เราก็พาแกกลับ แกอยากกลับมาอยู่กับลูกหลาน พอพากลับมา แกดีขึ้น พูดคุยรู้เรื่องกว่าอยู่โรงพยาบาลอีก เราก็บายใจ อยู่บ้านแกอยากกินไร เราก็คอยถามแกตลอด...ถึงก็พาแกกลับ มาเสียชีวิตที่บ้าน มะว่ามะทำถูกแล้ว”

(มะย๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“อาการดีกว่าอยู่รพ. หน้าตาสดใส อาการที่สับสนหาย กลับมาเหมือนเดิม อยู่รพ.แกบ่นอยากกลับบ้าน...ก็เลยกลับบ้านดีกว่า...อยู่บ้านข้าวกินได้...ตอนอยู่รพ.กับตอนที่มาอยู่บ้านผิดกันนะ อยู่รพ.กินไรไม่ได้ พอกลับมาบ้านกินได้ หน้าตาสดชื่น”

(พีมาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)



“ให้แกเสียที่บ้าน ท่ามกลางลูกหลาน ไม่คิดพาไปรพ.แล้ว...หลานๆ ใกล้เคียง  
บ้าน ญาติๆ กันช่วย ลูกพี่ลูกน้องกัน ฝากเขาได้นะ”

(พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

## 2. พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่

ผู้ดูแลเชื่อว่าพระเจ้าอยู่ในใจและทุกๆ ที่ ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็สามารถที่จะ  
ระลึกถึงพระเจ้าได้เสมอ ยกตัวอย่าง เช่น น้องน๊ะ เป็นภรรยาของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล  
น้องน๊ะจะละหมาดและอ่านอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับพระเจ้าและสบายใจ ดังคำ  
กล่าวต่อไปนี้

“เราเชื่อในอัลเลาะห์อยู่เหนือสิ่งอื่นใด เรามีพระเจ้าไว้ยึดนะ...การ  
ละหมาด จิตใจจะปลอดโปร่ง ได้นึกถึงพระเจ้า เราจะได้อยู่กับพระเจ้า  
ความเครียดก็จะได้ปลดปล่อยออกไป...เราจะอ่านอัลกุรอานให้แกฟัง อยู่  
โรงพยาบาลจะอ่านชะยัตกุซีย์ (บทหนึ่งในอัลกุรอาน) ตลอดเลย เรา  
เข้าถึงอัลเลาะห์ ใจเราก็ออยู่กับอัลเลาะห์แล้ว เราก็อสบายใจ”

(น้องน๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 7)

## 3. พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย

ผู้ดูแลเล่าว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่และตายที่ใด ผู้ดูแลก็ให้การดูแลเหมือนกัน  
และเต็มທີ່ที่สุด หน้าที่ของผู้ดูแลคือต้องติดตามดูแลในทุกๆ ที่ เพราะเชื่อว่าอัลเลาะห์เท่านั้นเป็นผู้ที่  
กำหนดสถานที่ตาย เมื่อถึงเวลาทุกคนต้องตายจะที่บ้าน โรงพยาบาลหรือที่อื่นๆ ก็ตาม ไม่มีใคร  
สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ ดังคำกล่าว

“สุดแล้วแต่อัลเลาะห์ อยู่ที่ไหนมันก็ตายนะ”

(มีะย๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“แต่มาคิดอีกทีนะ เมื่อถึงเวลาที่แกต้องไปไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน ก็ต้องไป  
อัลเลาะห์ให้แกอยู่แค่นี้”

(พีมัสนิย์: ผู้ดูแลรายที่ 6)

สรุปความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโลกของสถานที่ พบว่า บ้านคือสถานที่ที่ผู้ป่วย

และผู้ดูแลต้องการมาใช้ชีวิตอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต บ้านมีความอบอุ่นและมีคนคอยช่วยเหลือมากมาย ไม่ว่าจะทำอะไรที่ใดก็สามารถที่จะระลึกถึงพระเจ้าได้เสมอ พระเจ้าอยู่ในใจและอยู่ในทุกๆที่ และเชื่อว่าอัลเลาะห์เท่านั้นเป็นผู้ที่กำหนดสถานที่ตาย

### โลกของเวลา

ผู้ดูแลสะท้อนความหมายในโลกของเวลา 2 ลักษณะคือ 1) เวลาที่มีค่าและมีความหมาย และ 2) เวลาของชีวิตลิขิต โดยองค์อัลเลาะห์ ดังนี้

#### 1. เวลาที่มีค่าและมีความหมาย

ผู้ดูแลเล่าว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยและทำทุกอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น มีความหวังอยากให้ผู้ป่วยหายและอยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น แม้ว่าเวลาที่อยู่ด้วยกันเหลือน้อยลงก็ตาม ผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน จึงต้องทำเวลาที่เหลืออยู่ให้มีค่ามากที่สุด ผู้ดูแลยอมตามใจผู้ป่วยทุก ดังคำกล่าว

“อยากให้เขามีชีวิตที่ยืนยาว ให้อยู่กับเรากับลูกไปนานๆ แม้จะรู้ว่าคงอีกไม่นาน แต่เราก็มองอยากให้เขาอยู่กับเรา สิ่งไหนที่เขาอยากทำเราก็ทำให้หมดแล้ว”

(มีะฮะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

ผู้ดูแลพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้มากขึ้น เพื่อหวังให้ผู้ป่วยดีขึ้นและมีชีวิตอยู่ได้อีกนานๆ ดังคำกล่าว

“เราก็พยายามบอกว่า กินบ้างนะแม่ จะได้อยู่กันอีกนานๆ (ร้องไห้)...เราอยากยืดชีวิตให้แกอยู่ยาวๆอยู่กับเราไปอีกนานๆ ถึงแม้แกจะเจ็บอยู่ยังงี้ก็เถอะ ขอแค่แกมีลมหายใจอยู่ ให้เราได้เห็นแกทุกวันๆ”

(พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)

#### 2. เวลาของชีวิตลิขิต โดยองค์อัลเลาะห์

ผู้ดูแลเล่าว่าผู้ดูแลไม่สามารถล่วงรู้เวลาหายและตายได้ พระเจ้าคนเดียวที่รู้เวลาตาย จึงเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้ผู้ป่วยหายและตาย เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องตายสามารถยอมรับและทำใจได้ ไม่คิดโทษใคร ดังคำกล่าว

“หายไม่หาย อัลเลาะห์กำหนดมาแล้ว...ทุกอย่างอัลเลาะห์ที่กำหนดมาแล้ว  
อาการที่เกิดขึ้นก็มาจากอัลเลาะห์ที่กำหนดทั้งสิ้น...สุดท้ายอัลเลาะห์จะให้  
เราแบบไหน เราจับได้หมด...อัลเลาะห์ให้แกมาอยู่กับเราเท่านี้ เราก็เอา  
เท่านี้ คนมันถึงเวลา...เราอมรับได้ถึงเวลาต้องไป ถึงเวลาต้องไปอยู่  
กับอัลเลาะห์แล้ว ใครก็ห้ามไม่ได้”

(มีะฮะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“แล้วแต่พระเจ้า อัลเลาะห์ที่กำหนดมา จะอยู่จะหายหรือไม่หายนั้น ไม่ได้  
โทษใคร ขึ้นกับอัลเลาะห์คนเดียวที่เป็นผู้กำหนด อัลเลาะห์บอกแล้วว่าถ้า  
ไม่สบายให้รักษา ถ้าไม่รักษาก็ไม่ดีเหมือนกัน จะหายไม่หายแล้วแต่  
อัลเลาะห์”

(จิเมาะ: ผู้ดูแลรายที่ 2)

สรุปความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโลกของเวลา พบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย  
และทำทุกอย่างเต็มที่ให้ผู้ป่วยดีขึ้น อยากให้ผู้ป่วยหายและมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นเพราะเชื่อว่าพระเจ้า  
เป็นผู้กำหนดให้ผู้ป่วยหายและกำหนดเวลาตาย ผู้ดูแลจึงต้องระลึกถึงพระเจ้าและอยู่กับพระเจ้า  
ตลอดเวลา

จากการให้ความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไต  
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จะเห็นได้ว่าไม่ว่าผู้ดูแลหลักมุสลิมสะท้อน  
ความหมายของการดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 โลก คือโลกของตนเอง โลกของความสัมพันธ์ โลกของสถานที่  
และโลกของเวลา ทั้งหมดอยู่ภายใต้ความศรัทธาต่อพระเจ้าทั้งสิ้น พระเจ้ากำหนดทุกสิ่งทุกอย่างใน  
โลกนี้และพระเจ้าเป็นสิ่งสูงสุด ผู้ดูแลจึงยึดถือปฏิบัติตามหลักการของศาสนาอิสลามทั้งการดูแล  
ผู้ป่วยและการดำเนินชีวิตประจำวัน เป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่ยาวนานที่สุด มีคุณภาพ  
ชีวิตที่ดีและการจากไปด้วยความสงบกลับคืนสู่พระเจ้านั่นเอง

### **การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง**

จากการทบทวนบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอการดูแลผู้ป่วยไต  
เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การดูแล  
ระยะท้าย และการดูแลระยะใกล้ตาย ซึ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะนี้การปฏิบัติการดูแล  
ผู้ป่วยจะคล้ายคลึงกัน แต่รายละเอียดของการดูแลในแต่ละระยะจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ

เป้าหมายในการดูแลแต่ละระยะ การดูแลระยะท้ายเน้นการดูแลความสุขสบายและยึดเวลาของการมีชีวิตอยู่ ส่วนการดูแลระยะใกล้ตายเน้นการตายอย่างสงบและการได้อยู่กับพระเจ้า จากการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะท้ายและระยะใกล้ตาย สามารถสรุปรายละเอียดของการดูแลดังตาราง 4 ต่อไปนี้

ตาราง 4

## กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระยะใกล้ตาย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย
1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และมาตรวจตามแพทย์นัด	1. ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย
2. แสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูของไต	2. จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด
3. ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย	3. บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความความสุขสบาย
4. ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	4. ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
5. ระวังภาวะรังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย	5. ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา
6. บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน	
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา	

## 1. การดูแลระยะท้าย

เป็นระยะที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจากแพทย์ผู้รักษาและตัดสินใจไม่ฟอกไต ประมาณ 1 - 3 เดือนก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยบางคนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่บางคนก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยเริ่มนอนติดเตียง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเข้ามาดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น บวมเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน จากผลการศึกษาวิจัยผู้ดูแลหลักมูลสลิมนสะท้อนประสบการณ์ในการดูแลไว้ 7 ลักษณะดังนี้ คือ 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามนัด 2) แสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูของไต 3) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 4) ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5) ระวังภาวะรังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย 6) บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และ 7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 คุณดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติการรักษาด้วยการฟอกไต ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์คือการรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่ให้ขาดยา ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานและแข็งแรงขึ้น ดังคำกล่าว

“ถ้าให้เลือกรักก็จะเลือกให้แกกินยา เรื่องกินยาก็ตามที่หมอสั่ง คิดว่าอย่างนั้นน่าจะทำได้มากกว่านะ”

(พี่ตะ: ผู้ดูแลรายที่ 9)

ผู้ดูแลเล่าว่านอกจากการรับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว การมาตรวจตามนัดก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมมาตรวจเพราะกลัวว่าจะเจ็บตัวซึ่งอาจจะมีภาระเลือดหรือการตรวจพิเศษ ผู้ดูแลจึงต้องพยายามหาวิธีการพาผู้ป่วยมาตรวจให้ได้ ดังคำกล่าว

“ไปตามนัดทุกครั้งค่ะ แต่ไม่ได้บอกว่าไปรพ.เพราะแกไม่ไป ต้องบอกว่าไปหาหมอ ถ้าแกคิดจะไปเองคงไม่ไป แต่ที่เราพาไป แกไม่ชอบนอนโรงพยาบาล”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

1.2 แสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูของไต

เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติรักษาฟอกไต ผู้ดูแลจึงต้องแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อช่วยการฟื้นฟูของไต ด้วยจากประสบการณ์ของตนเองและความเชื่อที่มีอยู่ ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหายจึงซื้อยาต้มสมุนไพรมารับประทานเพราะมีคนกินแล้วหายและเชื่อว่ายาต้มจะช่วยล้างไต ขับของเสียออกมา ผู้ดูแลมีความหวังอยากให้ผู้ป่วยหาย

“กลับมาบ้านเลยมาต้มยาหม้อให้กิน พี่สาวมะต้มกินแล้วหาย เลยเอามาต้มให้แกกินมั่ง กินหมดไปหม้อหนึ่ง หม้อที่ 2 กินได้ 2 วัน ยานี้เขาบอกว่าล้างไต เกี่ยวจนเหลือ 1 แก้ว เข้มข้นมาก หลังจากกิน ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ เราคิดว่าคงจะล้างไตแล้ว ทั้งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระออกมามาก ลักษณะเหมือนขยะ”

(มะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“ดื่มน้ำทุเรียนเบา (ทุเรียนเทศ) เอาไปมาดื่ม 7 ใบ เพราะมันแก้ความคัน เบาหวาน ได้เพ เอาใบสดๆมาต้ม กินน้ำ แก้กินยาต้มนี้แทนยาไต เพราะยา ไตหมดแล้ว บางทีแกก็กินน้ำใบเตย แกรู้สึกว่บวมลดลง แกก็หยุดกิน บางทีแกก็จะกินยาโสม แกซื้อเอง อุตส่าห์ไปซื้อมา...คนมาขายเขาก็บอ กว่าหาย คนไข้แกก็อยากจะหาย คนไข้เองเขาก็อยากหายก็ซื้ออีก...แกว่าเขา หายกันทั้งนั้น”

(กะเยาะ: ผู้ดูแลรายที่ 4)

เหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาวิธีการรักษาด้วยยาสมุนไพร เพราะเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยรับประทานยาต้มสมุนไพรนี้เนื่องจากพระเจ้าเป็นผู้ประทานยารักษาตัวนี้มา มารักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้น ดังคำกล่าว

“เราก็สบายใจแล้วว่าอัลเลาะห์ให้ ได้ยามากินถูกกับเขา กินแล้วถ่ายออก นิ่งขอกับอัลเลาะห์ว่าให้เขาหายกับยานี้ละ ขอตลอดเลย เราก็ไม่รู้ว่าจะทำ ยังไง...พากลับบ้านมาปิดแผลในปาก แกเป็นขางเหมือนร้อนใน หายแล้ว พออยู่ๆมาแกไม่ถ่ายอีก ของร้อนนะ เหมือนพาจิ้นบนเพราะไม่ถ่ายมันเลย ทำให้แกเป็นแผลในปากซ้ำอีก”

(มะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

ผู้ดูแลบางรายให้หมอบ้านหรือหมอที่นับถือศาสนาอิสลามทำน้ำมันต์ ซึ่ง มาจากการที่หมอบ้านอ่านคัวร์ (บทสวดขอพรจากพระเจ้า) ลงไปในน้ำแล้วให้ผู้ป่วยดื่ม เชื่อว่า น้ำมันต์จะช่วยผู้ป่วยได้

“หมอบ้านจะเป็นคนที่นับถือศาสนาอิสลาม คล้ายเป็นหมอบ้าน เขาจะทำ น้ำมันต์มาให้...น้ำคัวร์ช่วยให้หาย คนที่ทำน้ำเขาขอจากอัลเลาะห์ เป็น หมอบ้านอิสลาม และเราก็ละหมาดขอคัวร์ว่าให้หายด้วย”

(น้องนิ: ผู้ดูแลรายที่ 3)

### 1.3 ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย

การดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบายของผู้ป่วย แบ่งได้ ออกเป็น 2 ส่วนคือ การดูแลขณะที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ผู้ดูแลจะพยายามให้ผู้ป่วย

ดูแลช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดก่อนที่จะเข้าไปช่วยเหลือ คอยอำนวยความสะดวกให้ ดังตัวอย่าง คำกล่าว

“ระหว่างมาอยู่บ้าน แกดี้ขึ้น พุงพาไปอาบน้ำที่ห้องน้ำ อาบน้ำได้ 2 ครั้ง แก่สนุกมาก ได้อาบน้ำ สบายตัว ลูกก็แปรงฟันให้แกทุกวันนะ สะอาด สะอาด”

(มีะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“เราดูแลจนผู้ป่วยเดินได้ เวลาแกเข้าห้องน้ำ เราจะใช้วอกเกอร์และใช้รถเข็น ที่บ้านทำราว ให้แกถือราวค่ะ พอแกจะเข้าห้องน้ำ ใส่รถเข็นๆ ไปห้องน้ำ”

(น้องน๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 7)

แต่เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มดูแลตัวเองได้น้อยลงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจากมีภาวะอ่อนเพลียและผู้ป่วยบางคนนอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงต้องดูแลแทนผู้ป่วยทั้งหมด ดังคำกล่าว

“อาบน้ำ นอนกลางวัน พอถึงเวลาถ่ายอุจจาระแกไม่บอก แกก็ถ่ายตรงนั้น เราก็จัดการอีกนะ ล้างกันนะ...แกไม่บอก แกรู้เรื่องพูดได้ แต่เวลาถ่ายแกไม่บอก...ไม่ไปห้องน้ำ ไม่บอก เหมือนสมองแกเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย บางทีแกก็บอก บางทีแกก็ไม่บอก พอแกถ่ายแล้ว แกว่าแกไม่ถ่ายที่ แต่นั่นและเต็มหมดแล้ว ก็จับแกอาบน้ำ เช็ดกันอีกนะ...เวลาปัสสาวะ แกจะปัสสาวะออกมาเยอะ ใส่แพมเพิสให้”

(พี่มัสนิย์: ผู้ดูแลรายที่ 6)

#### 1.4 ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ผู้ดูแลรับรู้ว่าการปฏิเสธการฟอกไตทำให้ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยสั้นลง แต่วิธีหนึ่งที่จะช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยคือการควบคุมการรับประทานอาหาร โดยการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคและให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยบางรายมีแผลในปากจากอาการร้อนใน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ผู้ดูแลจึงซื้อยาทาปากช่วยบรรเทาอาการปวดและพยายามหาวิธีการกระตุ้นความอยากอาหาร เช่น การปรับเปลี่ยนรสชาติ

อาหาร เพราะเชื่อว่าการปรับปรุงรสชาติของอาหารให้ชวนรับประทาน จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารมากขึ้น ดังคำกล่าว

“เรื่องการกินก็เหมือนกันเวลาแกบอกว่าหิวข้าว ก็ป้อนอาหารเสริมให้ ชงให้แกกิน เป็นนมสำหรับคนไข้ไต ซื้อมาจากโรงพยาบาล พอแกสุดคมกลืนเข้าไปพอรู้ว่าเป็นอาหารเสริม แกไม่กินต้องใส่น้ำผึ้งรวงผสมเข้าไป เราว่ากินได้เพราะแกไม่เป็นเบาหวาน แต่อาหารเสริมจะมีกลิ่นหืน พอผสมกับน้ำผึ้งรวง กลิ่นหืนลดลง แกกินได้มากขึ้น”

(มะยี่ะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

“ต้องทำข้าวต้มให้ เอาจมามาต้มและเอาน้ำต้มปลา คลุกกับตับให้ เหมือนเด็กกิน บดให้ละเอียดแล้วป้อนแก”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

นอกจากนี้ผู้ดูแลเล่าว่าการนำบุคคลที่ผู้ป่วยรักและเคารพ มาร่วมรับประทานอาหารหรือมาช่วยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการป้อน การบังกั๊บหรือพูดโน้มน้าวให้เห็นถึงความจำเป็นของอาหารที่รับประทาน ผู้ป่วยก็จะเชื่อฟังและปฏิบัติตาม ดังคำกล่าว

“ถ้าเราป้อนก็กินได้สัก 4-5 ช้อน แต่ถ้าลูกชายป้อนจะให้ชดเป็นแก้วๆ แกก็กลืนได้ คิมน้ำเหมือนกันแกชดทั้งขวด กระตักน้ำให้เอามาวางใกล้ๆแก เอาน้ำแข็งมาเคี้ยวเล่น ก็กินได้”

(มะยี่ะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมโรคไต การจัดการเรื่องอาหารเฉพาะโรคโดยการประกอบอาหารด้วยตนเอง การควบคุมปริมาณเกลือและผงชูรส ดังคำกล่าว

“ดูแลเรื่องอาหาร งดของเค็ม กินแบบจืดๆ บางทีตอนค่ำแม่ให้ไปซื้อข้าวต้มค่ะ แต่ไม่เค็ม ปกติไม่กินผงชูรส อยู่บ้านทำอาหารเองไม่ได้ผงชูรสค่ะ แต่ถ้าพี่สาวแม่ทำ จะเค็ม แกชอบกินเค็ม...ตอนอยู่รพ. พยาบาลบอกให้กินอาหารจืด งดเค็ม”



(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

“ควบคุมอาหาร ให้กินผัก กินปลา...ส่วนเวลากินข้าวส่วนใหญ่จะทำ ข้าวต้มให้ ป้อนให้ กินได้...ที่รพ.แกกินไม่ได้ เขาจะทำตามใจเราไม่ได้นะ เขาทำให้คนหลายคนกิน จะทำให้เราคนๆเดียวคงไม่ได้ ต้องกินอาหารจัด พยายามบอก”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

### 1.5 ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลเล่าว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง อาการสับสน อาจจะทำให้เกิดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงต้องคอยระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย ดังคำกล่าว

“เวลาแก่เข้าห้องน้ำ เราจะใช้วอล์กเกอร์และใช้รถเข็น ที่บ้านทำราว ให้แก ถือราวค่ะ พอแก่จะเข้าห้องน้ำ ใส่วอล์กเกอร์ไปห้องน้ำ จะพยายามไม่ให้แก เดินเพราะกลัวว่าแกจะลื่น”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 7)

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกลดลงและอาการสับสน ผู้ดูแลจึงต้องคอยระวังอุบัติเหตุจากการตกเตียงโดยการผูกมือผู้ป่วยและคอยเฝ้าตลอดเวลา ดังคำกล่าว

“แกมีอาการสับสน ต้องผูกมือ เวลาที่จะไปห้องน้ำ แกก็จะพยายามดึง ออก ดึงสายน้ำเกลือ ไม่ให้ใส่สายให้อาหาร สายฉีดยาก็ดึง แกรู้สึกลด แต่แก สับสน... ไม่ยอมให้ทำอะไรเลย...ก็เลยต้องผูกมือ กลัวว่าแกจะตกเตียง”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

### 1.6 บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะแสดงอาการภาวะใดเรื้อรัง ระยะสุดท้าย เช่น เจ็บปากจากการมีแผลร้อนใน ปวดขา ปวดหลัง อาการบวม อาการสับสน เพื่อเห็นภาพหลอน บัสสาวะออกน้อย สีเข้ม หายใจเหนื่อยหอบ ค้นตามผิวหนัง ท้องผูก บางคนมีไข้ เป็นๆหายๆ ปวดศีรษะ อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลจึงพยายามหาวิธีการ

ที่จะช่วยเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วยตัวเอง โดยการอาศัยความรู้เดิมที่มีและจากประสบการณ์ของผู้ดูแล จากคำแนะนำของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และจากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จัก ตัวอย่างอาการรบกวนและการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ภาคผนวก ฉ)

ตัวอย่างการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานดังนี้ ผู้ป่วยรายหนึ่งจะมีแผลร้อนในปาก ปากพุพอง ไม่สามารถอ้าปากได้ มีกลิ่นปากและมีอาการปวด ผู้ดูแลจึงไปซื้อยาทาปากจากร้านขายยาใกล้บ้าน มาทาให้ผู้ป่วย อาการดีขึ้น ทำให้รับประทานอาหารได้และช่วยลดอาการปวด ยกตัวอย่างคำกล่าว

“แผลในปากก็พยายามทาให้ชุ่มมาจากร้านขายยา...เลยทายานี้ไปก่อน ช่วยได้มั่ง เราดูอยู่ไม่ได้ อยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไรให้แก เราสงสารแกนะ...ซื้อมาจากร้านขายยามาทาให้ ช่วยได้บ้าง...หายแล้ว”

(มีะย๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการบวมทั่วตัว หรือบวมเฉพาะบางส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา บางรายจะมีอาการบวมร่วมกับเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยรับประทานยาแผนปัจจุบันและเลือกที่จะรับประทานยาสมุนไพรตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน โดยนำสมุนไพรการต้มเอง เพื่อช่วยลดอาการบวม ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าคงไม่ขัดกับการรักษาแผนปัจจุบันและประกอบกับผู้ป่วยขาดยาได้ไประยะหนึ่งแล้ว ยาต้มสมุนไพรคงจะช่วยให้ลดบวมได้ ดังคำกล่าว

“พอนานๆ แก้วแกเคินไม่ได้ ขาบวม แกเลยว่าเป็นไร 2-3 วันก็หายโรคไตแก่นั่นและ ไม่รู้ว่าจะทำยังไง แกก็กินสมุนไพร ต้มน้ำสมุนไพร”

(กะเยาะ: ผู้ดูแลรายที่ 4)

จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อยและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยนอนติดเตียง ทำให้ผู้มีอาการท้องผูก ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ถ่ายอุจจาระนานๆ ครั้ง ทำให้แน่นอึดอัดท้องและไม่สุขสบาย บางรายมีอาการปวดท้องร่วมด้วย แม้ผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยรับประทานยาถ่ายตามแผนการรักษาแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็คงยังมีอาการท้องผูก จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการล้วงกันเพื่อเอาอุจจาระออกมา โดยวิธีการดังกล่าวผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและการสังเกตจากปฏิบัติของพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงนำวิธีการดังกล่าวกลับมาใช้ต่อที่บ้าน ตัวอย่างคำกล่าว

“แกต้องผูก บางที 10-20 วัน กว่าจะถ่าย แกอยู่ได้ พี่ก็ถามแกว่าอึดอัด แน่นท้องมีย แกว่าไม่ แกอยู่ได้ หมอก็กลัวว่าแกเป็นลำไส้อุดตันด้วย เห็นพยาบาลเขาล้วงให้ พอกลับบ้านเราก็จอยาหมอ มาทำเองที่บ้าน เราทำให้ แกตลอดเลย ทำได้ ใช้วาสลินที่หมอให้ ล้วงออกมา พอตอนแรกเราว่าเรา ทำไม่ได้ แต่พอดูเราก็ออก 2-3 วันทำสักครั้ง ต้องคอยดูที่ก้นแกถ้า เห็นว่ามีเป็นก้อนก็ล้วงให้แก แกได้สบายท้อง”

(พินิจาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

### 1.7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา

ผู้ดูแลทุกรายให้ความสำคัญกับการระลึกถึงพระเจ้าในทุกช่วงเวลา และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการวิตกกังวล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ไม่สับสน และสามารถระลึกถึงพระเจ้าได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงเพียงคอยกระตุ้นเตือนเท่านั้น หรือมีผู้ป่วยบางรายอยากให้ผู้ดูแลอ่านให้ฟัง เช่น การอ่านยาซีน มูฮัจบ การอ่านอัลกุรอาน การขอคูอาร์ ยกตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

#### 1.7.1 การอ่านกุรอานโดยเฉพาะบทยาซีน

คัมภีร์อัลกุรอานเป็นหัวใจสำคัญของศาสนาอิสลาม ผู้ดูแลจะคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้อ่านอัลกุรอาน โดยเฉพาะการอ่านบทยาซีนด้วยตัวผู้ป่วยเอง แต่บางช่วงเวลาผู้ป่วยไม่ยอมอ่านเองแต่ต้องการให้ผู้ดูแลอ่านให้ฟัง ดังคำกล่าว

“แกเองก็นั่งราเตป (การนั่งอ่านบทสวดเพื่อระลึกถึงพระเจ้า) เราเองพอเห็นว่าแกเพลียๆก็จะถามว่า อ่านหนังสือให้ฟังนะ แกก็พยักหน้า ละหมาดก็ขอคูอาร์นะ ให้แกดีขึ้น อิสลามเรานะ ก็คิดแค่ว่าการได้ไปอยู่กับพระเจ้า และการที่แกจากไปโดยไม่ทรมานก็ถือว่าอัลเลาะห์ให้แล้ว”

(พินิจาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

#### 1.7.2 การมูฮัจบ

การมูฮัจบเป็นการระลึกถึงพระเจ้า เป็นการเตือนว่าผู้ป่วยอยู่ในศาสนาและไม่ลืมศาสนา ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวดีจะทำการมูฮัจบเองตลอดเวลา และผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยอยู่เสมอ ดังคำกล่าว

“แกมูจ๊ีบเอง ให้แกนี่กถึงพระเจ้าตลอดเวลา แกจะได้อิ่มไม่ลืม แกเป็นคน  
เคร่งศาสนา...นี่คือสิ่งที่ที่สุดแล้วนะ คนอิสลามเราต้องการแค่นี้เองนะ”

(มีะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

### 1.7.3 การละหมาดเพื่อขอดูอาร์

การละหมาดเป็นการรวบรวมสมาธิให้อยู่ที่พระเจ้าเพียงองค์เดียวและเป็น  
การเข้าเฝ้าพระเจ้า ทำให้มีสมาธิ ทำให้สมองรู้สึกโล่งและปลอดโปร่ง ผู้ดูแลจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วย  
ละหมาดทุกช่วงเวลาของการละหมาด ไม่ว่าจะเป็นการละหมาดในท่านั่งหรือท่านอน ดังคำกล่าว

“ไม่ว่าจะไม่สบายยังไง แกก็ไม่ทิ้งการละหมาด นั่งไม่ได้ก็นอน ยืน  
ละหมาดไม่ได้ก็นั่ง บางทีแกก็ถามว่าก็โหมงแล้ว มีะก็ถามว่าถามทำไมเวลา  
แกว่าแกจะละหมาด มีะก็บอกว่าเอาเลยละหมาดได้เลย แกได้ยินเขา  
อาซาน (เป็นสัญญาณเตือนว่าถึงเวลาละหมาด) ด้วย แกก็ว่า “อัลลอฮ์  
อัครบร.....” สักพักแกก็บอกว่าละหมาดเสร็จแล้ว แกก็นอนละหมาดทำทำ  
อ่านเองหมด เหมือนกับยืน”

(มีะยะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

### 1.7.4 การขอมอาอัฟ

การขอมอาอัฟเป็นการขอโทษ การให้อภัยกับสิ่งที่ได้เคยทำมาก่อน เมื่อ  
ผู้ป่วยไม่สบายหรือเจ็บป่วย จะมีญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก มาขอมอาอัฟกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแล  
รู้สึกว่าคุณป่วยเป็นที่รักของคนรอบข้างและเป็นคนดี

“ก็รู้สึกว่าคุณคนที่มาเยี่ยมยังนับถือแม่อยู่ รู้สึกดีว่าเขาก็นึกถึงแม่กะ...  
คนก็มาเยี่ยมเรื่อยๆกะ มาเยี่ยมตั้งแต่แม่กลับมาอยู่บ้านแล้วกะ เปิดประตู  
ปั๊บ คนข้างบ้านก็เข้ามาดูเลยกะ มาเยี่ยมตลอดเลย...พี่ชายก็เข้าไปขอมอาอัฟ  
ด้วย เพราะพี่ชายทำให้แม่ทุกข์มาก เขาก็ต้องไปขอมอาอัฟแม่”

(น้องนิ: ผู้ดูแลรายที่ 3)

## 2. การดูแลระยะใกล้ตาย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ดูแลเล่าว่าผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัว  
เปลี่ยนแปลงหรือบางรายไม่รู้สึกรู้ตัว จะปรากฏอาการประมาณ 1 - 2 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เช่น

เหนื่อยหอบ สับสน เอะอะโวยวาย ซึมลง เป็นต้น ในระยะนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะยอมรับได้กับอาการเหล่านี้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะนี้เน้นความสุขสบาย ความสะอาด ลดความทุกข์ทรมาน และการดูแลด้านจิตวิญญาณคือการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ เป็นสำคัญ จากการศึกษาวิจัยผู้ดูแลได้สะท้อนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย 5 ลักษณะดังนี้คือ 1) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 2) จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด 3) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความสบาย 4) ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และ 5) ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 2.1 ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย

เมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการดูแลความสะอาดและความสุขสบายของผู้ป่วยตามอาการของผู้ป่วย เพราะระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บางรายนอนติดเตียง ทำให้ร่างกายเปื่อยขึ้นจากเหงื่อและอับชื้นจากการใส่แอมพิส ทำให้เป็นที่สะสมของเชื้อโรคได้ ผู้ดูแลจึงต้องเปลี่ยนแอมพิสบ่อยๆ ยกตัวอย่างคำพูด

“ช่วง 2-3 วันก่อนเสียชีวิต แยกอมให้ใส่แอมพิส ปกติแกดึงแอมพิสออกประจำ พุดจาเพื่อ สับสนวันเวลา...ที่ต้องใส่แอมพิสให้และต้องคอยเปิดดูบ่อยๆ มันอับชื้น และเปลี่ยนให้ เพราะแกลุกไม่ไหวแล้ว”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

## 2.2 จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด

ช่วง 2-3 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง และผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคแล้วจึงตามใจผู้ป่วย ผู้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบและอยากรับประทาน แม้จะขัดกับแผนการรักษาก็ตาม ดังคำกล่าว

“พอตอนนี้เราไม่ห้ามแกแล้ว คุณอยากกินอะไร ให้แกกินเลย...เรารู้ว่าแกใกล้เสียชีวิตแล้ว ให้แกกินไปเถอะ”

(น้องน๊ะ: ผู้ดูแลรายที่ 7)

บางครั้งผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยแต่ผู้ดูแลคิดว่าก็ยังดีกว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารเลย ดังคำกล่าว

“เมื่อวานแกอยากกินก๋วยเตี๋ยวก็ไปซื้อมาให้ ได้ไม่กี่คำ...สงสารแก แกกินไม่ค่อยได้”

(พี่ตะ: ผู้ดูแลรายที่ 9)

“แกอยากกินข้าวหมกก็ไปซื้อให้ อยากให้แกกินไข่คะ ก็ต้องกระตุ้นแก แกชอบกินโอวันติน กินได้ไม่เยอะคะ นิดเดียวเอง กล่องหนึ่งไม่หมด คิดว่าไม่กิน”

(น้องนิ: ผู้ดูแลรายที่ 3)

### 2.3 บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความสุขสบาย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา และการรับรู้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถสื่อสารบอกปัญหา ความเจ็บปวดและความต้องการได้ ผู้ดูแลเฝ้าว่าต้องคาดเดาเองจากอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่าผู้ป่วยน่าจะมีอาการเจ็บปวดและจะให้การช่วยเหลือตามที่วิธีที่ตนเองคิดว่าน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดนั้นได้ ผู้ดูแลจึงใช้การช่วยเหลือ ณ ขณะนั้น โดยไม่ได้หวังผลการช่วยเหลือในระยะยาว ยกตัวอย่างคำกล่าว

“แกบอกไม่ได้ แต่พอเรียกแกรับรู้ แกไม่ตอบสนองแล้ว เจ็บตรงไหน บอกไม่ได้แล้ว แกพูดไม่ได้เลย...แต่รู้ล่ะว่าแกเจ็บ ตอนแรกเรียกถามแก แกพยักหน้าได้ พอตอนหลังแกเรียกไม่รู้สีกแล้ว...เวลาแกนอนตะแคง รู้สึกว่าเหมือนแกคิขึ้น แกนอนสบาย แต่พอแกนอนหงายแกจะมีเสียงออกจากลำคอ เหมือนหายใจไม่สะดวกค่ะ ก็เลยจับแกนอนตะแคง แกก็สบายแล้วพอแกถ่ายหัว กระสับกระส่าย...โดยปกติ ถ้าแกปวดท้อง แกจะลูบท้อง แต่ตอนนี้ไม่เลยค่ะ ก็คิดว่าแกคงไม่เจ็บปวดเพราะแกก็บอกไม่ได้”

(น้องนิ: ผู้ดูแลรายที่ 3)

### 2.4 ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดหนัก คงมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์คงไม่จำเป็นแล้ว จึงตัดสินใจไม่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ประกอบกับตอนที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ก็ได้สัญญากับผู้ดูแลว่าต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ไม่ต้องไปโรงพยาบาลอีก ดังคำกล่าว

“ไม่คิดแล้ว คิดว่าแบบนี้แล้ว แกมีหัวใจเฮือกสุดท้ายประมาทเที่ยงคืน  
เราก็มานั่งเฝ้าและอ่านหนังสือให้แกเสียที่บ้าน ท่ามกลางลูกหลาน ไม่คิด  
พาไปรพ.แล้ว”

(พี่ชั้น: ผู้ดูแลรายที่ 8)

“แต่แกก็อยากกลับบ้าน ดายที่บ้านดีกว่า ไม่ไปแล้วโรงพยาบาล แกว่า  
อย่างนั้น ก็เลยตามใจแก ก็พากลับบ้าน ทำตามที่ต้องการ”

(น้องนิ: ผู้ดูแลรายที่ 3)

## 2.5 ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา

ในช่วงระยะใกล้ตายผู้ป่วยจะไม่รู้สึกร่างกาย มีอาการหรือพฤติกรรมเปลี่ยนไป  
จากเดิม เช่น มีอาการกริครีร้อง กระสับกระส่าย สับสน จึงไม่สามารถที่จะทำการระลึกถึงพระเจ้าด้วย  
ตนเองได้ เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้คือการตายอย่างสงบพร้อมกลับคืนสู่ความเมตตา  
ของพระเจ้า ผู้ดูแลจะอ่านอัลกุรอานโดยเฉพาะบทยาซีนให้ผู้ป่วยฟัง การมุัจิบ กระซิบบ้างๆหู ซึ่ง  
ผู้ดูแลเชื่อว่า จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและไม่ทุกข์ทรมาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“ช่วงที่แกจะเสียอ่านยาซีนให้...อิสลามเรานะ ก็คิดแค่ว่าการได้ไปอยู่กับ  
พระเจ้าและการที่แกจากไปโดยไม่ทรมานก็ถือว่าอัลเลาะห์ให้แล้ว  
บางคนไปแบบทรมาน โวยวาย นี่แกไปแบบไม่เจ็บ อัลเลาะห์ให้แกนะ  
อัลเลาะห์ไม่ให้เจ็บ”

(พี่มาเรียม: ผู้ดูแลรายที่ 5)

“ตอนที่แกจะไป ไม่คืนทูนทุราย เจียบไปเลย ค่อยๆหายใจช้าลง เราก็ก  
มุัจิบให้แกตลอดก่อนที่แกจะสิ้น เราบายใจแกตายในศาสนา แกตายกับ  
อัลเลาะห์ นี่ก็คือสิ่งที่ที่สุดแล้วนะ คนอิสลามเราต้องการแค่นี้เองนะ”

(มีะฮะ: ผู้ดูแลรายที่ 1)

นอกจากนี้ผู้ดูแลคิดว่าในช่วงใกล้ตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลทำให้  
จิตใจไม่ได้จดจ่ออยู่กับพระเจ้า ผู้ดูแลจึงต้องพยายามกระซิบบ้างๆให้ผู้ป่วยมุัจิบอย่างเดียวโดยไม่  
ต้องคิดถึงเรื่องอื่นแล้วและจะได้ไม่มีอะไรที่ติดค้างคาใจอีก ดังคำกล่าว

“วันเสาร์แก่กรี้ดร้องดังมาก แกไม่รู้เรื่อง ไม่รู้แกเป็นไร...อ่านยาจีนให้... ช่วงที่แกโวยวาย ไม่รู้เรื่อง ก็สอนมุจิบแก่กะ เรามุจิบให้แกด้วย เคยคุยว่า แกะไม่ต้องเป็นห่วงนะ ช่างๆหู แต่ตอนนั้นแกรู้สึกกะ แกรับรู้ได้ และ บอกด้วยกะว่าไม่ต้องเป็นห่วงหลานด้วย ไม่เป็นไรเราเลี้ยงได้ แกก็พยักหน้ารับ...พอตอนที่แกเสียก็ไม่ได้พูดอะไร สอนแกมุจิบอย่างเดียว”

(น้องนี่: ผู้ดูแลรายที่ 3)

สรุปการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะท้ายหรือระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลหลักมุสลิมต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านจิตวิญญาณก็มีความสำคัญมากเช่นเดียวกันเพราะการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะนั้นจะอยู่ภายใต้ความศรัทธาของหลักศาสนาอิสลาม พระเจ้าอยู่ในทุกช่วงเวลาของการดูแล พระเจ้าเป็นผู้กำหนดการมีชีวิตอยู่ ความเจ็บป่วยและความตาย การดูแลภายใต้การกำหนดของพระเจ้าจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหลักมุสลิมทุกคนปรารถนาและต้องการมากที่สุด

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ปรากฏข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญในการนำมาอภิปราย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

#### ความหมายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนในโลกของตัวเอง โลกของความสัมพันธ์ โลกของสถานที่และโลกของเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### โลกของตัวเอง

ความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนในโลกของตัวเองคือ 1) เหนื่อยล้า 2)



ภูมิใจที่ได้ดูแล 3) ทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ 4) ทำดีที่สุดแล้ว และ 5) ศรัทธาองค์อัลเลาะห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมได้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเสียชีวิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นความรู้สึกรู้สึกของบุคคลว่าตนเองรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานและรู้สึกหมดแรง อาจจะมาจากสาเหตุด้านร่างกาย เช่น ร่างกายมีกิจกรรมหรือทำงานหนักมากเกินไป การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ หรือสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น เบื่อหน่าย มีภาวะเครียด ซึ่งส่งผลให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยล้า การดูแลผู้ป่วยส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลในทางลบมากกว่าทางบวก ทำให้เกิดความเครียด สูญเสียเวลา และเหน็ดเหนื่อยจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น และเมื่อผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาอันยาวนาน ก็อาจจะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (เสาวภา, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์ (2551) พบว่า ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการร่วมทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงเกิดเหนื่อยล้า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลหลักมุสลิมจะเหนื่อยล้าเพียงใดแต่ยังมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความใกล้ชิดและความรัก ความผูกพันที่มากขึ้น และเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย จึงรู้สึกว่ามีความสุขและไม่เสียใจที่ได้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าภูมิใจที่ได้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสุไฮดาร์ (2552) พบว่า ผู้ดูแลบางรายจะมีความรู้สึกที่ดีและความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการยกย่องจากสังคมและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลจะพยายามทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองพร้อมที่จะให้การดูแลช่วยเหลือตลอดเวลาและเป็นที่ยอมรับกับผู้ป่วยได้ในทุกๆ เรื่อง ผู้ดูแลจึงต้องทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ดูแลไม่ได้เป็นการสร้างความลำบากให้กับผู้ดูแลแต่อย่างใด ซึ่งการทำตัวให้พร้อมของผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของธีรวรรณ (2552) พบว่า ผู้ดูแลต้องมีจิตใจอารมณ์ที่มั่นคงเข้มแข็ง อดทนต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวที่มากกระทบต่อความรู้สึกและสามารถจัดการได้เพื่อแสดงให้รู้ว่าตนเองพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ

เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลจึงพยายามที่จะทำทุกอย่างให้ผู้ป่วยได้รับความสุขและสบายใจ ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตและตลอดระยะเวลาที่ได้ให้การดูแล ผู้ดูแลคิดว่าตนเองได้ทำสุดความสามารถและทำดีที่สุดแล้ว แม้จะไม่สามารถยืดชีวิตของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของสุไฮดาร์ (2552) พบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมพยายามให้การดูแลและทำทุกอย่างให้เต็มที่เพื่อจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แข็งแรงขึ้น และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลจึงดูแลอย่างดีที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุข สบายใจ ไม่ทุกข์ใจ และจากไปด้วยความสงบ จากการศึกษายังพบอีกว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมจะให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้ความเชื่อตามวิถีมุสลิมและตามหลักศาสนาอิสลาม เพราะมุสลิมมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดทุก

สภาวะการณ์ของสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นบน โลกนี้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักศรัทธาของศาสนาในข้อที่ 6 ที่ว่ามุสลิมต้องศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะของอัลเลาะห์ นั่นคือการศรัทธาว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่อุบัติขึ้นมีการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงและการดับสูญนั้น ซึ่งเกิดจากกฎกำหนดหรือการบันดาลของอัลเลาะห์ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเกี่ยวกับธรรมชาติหรือมนุษย์ก็ตาม (ดาร์รงค์, 2547) จากการดูแลผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่าทุกช่วงเวลาของการดูแล จะมีพระเจ้ามาเกี่ยวข้องกับทั้งสิ้น ตั้งแต่เริ่มทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ดูแลได้นำหลักธรรมคำสอนของศาสนามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดำรงชีวิตของตนเอง คำสอนของศาสนาได้แก่ มุสลิมทุกคนต้องดูแลพ่อแม่เพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ การเป็นภรรยาที่ดีที่ต้องดูแลสามีเมื่อยามเจ็บป่วย การได้ระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลาและการเสียชีวิตในศาสนา เป็นต้น ผู้ดูแลหลักมุสลิมจึงพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลาด้วยการให้ผู้ป่วยได้มุัจิบ (การระลึกถึงพระเจ้า) การอ่านบทสวดในอัลกุรอานและการละหมาด การระลึกถึงพระเจ้าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ ไม่วุ่นวายและไม่ทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลจึงมีความศรัทธาของอัลเลาะห์ จากการศึกษาของนิรัชรา (2552) และอนงค์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยมุสลิมมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจคือหลักคำสอนของศาสนา การปฏิบัติศาสนกิจ การอ่านอัลกุรอาน การละหมาด และจากการศึกษาของไหมมูนี่ะ (2553) พบว่า รากฐานที่แข็งแกร่งของสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลมุสลิมคือหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม การเจ็บป่วยถือเป็นการทดสอบความอดทนและความศรัทธาที่มีอยู่ ผู้ดูแลจึงยอมรับได้เพราะเกิดจากพลังของความศรัทธาในพระเจ้า เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตศิริ (2548) พบว่า พลังใจและกำลังใจที่สำคัญของผู้ดูแลมาจากความศรัทธาในหลักความเชื่อของศาสนาอิสลามและความศรัทธาต่อพระเจ้า

### โลกของความสัมพันธ์

ความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนในโลกของความสัมพันธ์ คือ 1) ดูแลบนพื้นฐานของความรักความผูกพัน 2) การตอบแทนบุญคุณ 3) คนรอบข้างคือคนสำคัญ และ 4) สะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาพบว่า พื้นฐานของความสัมพันธ์ในครอบครัวและสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ความรักความผูกพันและความดีของผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามีภรรยา ใช้ชีวิตร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมานาน มีความรักความห่วงใยและเต็มใจให้การดูแล นอกจากนี้ความดีและบุญคุณที่ผู้ป่วยได้กระทำไว้เมื่ออดีต ผู้ป่วยเป็นแบบอย่างและเป็นผู้นำครอบครัวที่ดี ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด (สุไฮดาร์, 2552) การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการดูแล

บนพื้นฐานของความรักความผูกพัน นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดามารดา การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่และการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งแสดงถึงความกตัญญู กตเวทีที่ลูกควรปฏิบัติต่อพ่อแม่ การดูแลพ่อแม่ถือว่าเป็นหน้าที่ของลูกทุกคน โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนใดๆ ในบริบทของครอบครัวสังคมไทยมีพื้นฐานการเลี้ยงดูด้วยความรักความอบอุ่น พ่อแม่เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก มักแฝงคติ ความเชื่อ ค่านิยมเรื่องความกตัญญูกตเวทีไว้เสมอ ศาสนาอิสลามก็เช่นเดียวกันและด้วยบทบัญญัติของศาสนาอิสลามได้กำหนดหน้าที่ของลูกที่มีต่อพ่อแม่ ลูกต้องให้ความสำคัญต่อพ่อแม่ รองจากการเคารพภักดีต่อองค์อัลเลาะห์ ให้การปฏิบัติดีต่อพ่อแม่ ให้ความรักเคารพนอบน้อม และเชื่อฟัง ให้ความกตัญญู ให้การดูแลเมื่อพ่อแม่ถึงวัยชรา (ดำรง, 2547) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักมุสลิมมาจากความรัก ความกตัญญู ความผูกพันที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสายเลือดและโดยเฉพาะในครอบครัวมุสลิม ซึ่งมุสลิมถือว่าสถาบันครอบครัว เป็นสถาบันที่สำคัญมากในสังคมมุสลิม ครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วยสมาชิกหลายคน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ บุตร อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ผู้อาวุโสในครอบครัวจะได้รับความเคารพ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรักความผูกพันกันปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (จรัส, 2541) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการตอบแทนบุญคุณ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2556) พบว่า ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรที่ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นการตอบแทนบุญคุณและการทำหน้าที่ในฐานะลูกและจากการศึกษาของปังกอร์น (Papangkorn, 2003) พบว่า เหตุผลในการเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลคือมีความรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยยังเกิดจากความรักความผูกพันจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวที่มีมาตั้งแต่กำเนิด ซึ่งเกิดจากความรักและความผูกพัน ความรู้สึกเอื้ออาทรต่อกัน การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสนิทสนมและผูกพันกันมากที่สุด มีคนช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างความอบอุ่นใจและกำลังใจให้กับผู้ดูแลหลักอย่างแท้จริง รวมทั้งความสัมพันธ์ระบบเครือญาติมีบทบาทในการเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการจัดการต่างๆ โดยการปรับเปลี่ยนหน้าที่และลดบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนจากการทำหน้าที่ของสามี ภรรยา บุตร มาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและการยอมรับกับบทบาทดังกล่าว การมาเยี่ยมของญาติพี่น้องเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าผู้ดูแลไม่ได้รับการทอดทิ้งและยังมีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือดูแล ดังนั้นผู้ดูแลเห็นว่าครอบครัวคือคนสำคัญ จากการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) และพารุณี (2550) พบว่า ผู้ดูแลจะได้รับผลด้านบวกจากการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวคือ การใกล้ชิดผูกพัน การมีสัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวหลายคน และจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2556) พบว่า ไม่ว่าผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะใด เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ต้องให้อภัยกันและดูแลให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่บางครั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเช่นเดียวกัน การปรับบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลงเพราะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เกิดปัญหาครอบครัวตามมา ต้องแยกกันอยู่ ความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติเปลี่ยนแปลงและไม่เข้าใจกัน จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่า มีผู้ดูแลรายหนึ่งเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้อง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติและจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยไปอยู่ด้วยเพื่อสะดวกในการดูแลและผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน จำเป็นต้องทำงานหาเงินเพื่อเลี้ยงลูก ทำให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กันภายในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัญญา (2550) พบว่า การที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความทุกข์ยากและเหนื่อยล้า เกิดความเครียด ปัญหาเศรษฐกิจ ความวิตกกังวล จนทำให้เกิดความขัดแย้งทะเลาะเบาะแว้งหรือไม่เข้าใจกันในครอบครัว นอกจากการดูแลของบุคคลรอบข้างแล้ว การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรักความผูกพัน ซึ่งมุสลิมถือว่าการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ผู้ที่ไปเยี่ยมจะทำการขอพรจากพระเจ้าให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเมื่อผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เกิดกำลังใจ เกิดความอบอุ่น รู้สึกถึงความปรารถนาดีที่ญาติมิตรได้มอบให้ ทำให้เกิดพลังในการต่อสู้กับโรค ด้วยเหตุนี้ท่านศาสดามูฮัมมัดจึงส่งเสริมการเยี่ยมเยียนเมื่อยามเจ็บป่วย (อาซิส, 2547)

จากการศึกษายังพบอีกว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักมุสลิม ผู้ป่วยและพระเจ้า เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมุสลิมเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยพระเจ้าเป็นผู้กำหนดทั้งสิ้น การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบความอดทนและความศรัทธาที่มีอยู่ รวมถึงการแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่ทุกข์ทรมาน เมื่อผู้ดูแลหลักมุสลิมเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดความเจ็บป่วยและการหาย ผู้ดูแลหลักมุสลิมจะเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพระเจ้า ผู้ดูแลจะคอยเป็นสะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย ผู้ดูแลขอพรจากพระเจ้าเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องจากไปก็สามารถทำใจยอมรับได้ ผู้ดูแลจะคอยเตือนให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลาหรือเมื่อมีโอกาส ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและสามารถที่จะระลึกถึงพระเจ้าได้ ผู้ดูแลพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงพระเจ้าด้วยตนเอง โดยวิธีการมุัจิบ การขอดุอาร์ การอ่านอัลกุรอาน แต่ถ้าเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและไม่สามารถจะระลึกถึงพระเจ้าได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลก็จะทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการติดต่อกับพระเจ้าโดยผู้ดูแลจะการกระซิบข้างหูตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลทุกรายช่วยให้ผู้ป่วยรำลึกถึงพระเจ้าก่อนหมดลมหายใจ โดยการเตือนให้ผู้ป่วยมุัจิบโดยกล่าวคำว่า “ลาอิลลา ฮออิลาอัลลอฮ์” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดที่ฉันเคารพยกดินนอกจากอัลเลาะห์) ตลอดเวลาหรือผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถมุัจิบได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะคอยกระซิบข้างหูตลอดเวลาจนผู้ป่วยหมดลมหายใจ (สุไฮคาร์, 2552) เช่นเดียวกับการศึกษาของนิการิม๊ะ (2547) พบว่า ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยต้องการชีวิตอย่างสงบด้วยการระลึกถึงพระเจ้า ทำให้จิตใจสงบและไม่ทุกข์ทรมาน

## โลกของสถานที่

ความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนในโลกของสถานที่ คือ 1) บ้านมีความหมายและความสำคัญ 2) พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่ และ 3) พระเจ้ากำหนดสถานที่ที่ตาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีและการประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณเพื่อการจากไปอย่างสงบเนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคในระยะสุดท้าย การดูแลจึงมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ดูแลใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ดูแลเอาใจใส่ในช่วงสุดท้ายที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกถึงความรักความอบอุ่นที่สัมผัสได้จากบุคคลในครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อน ลูกหลาน และผู้ดูแลได้ให้การดูแลอย่างดีที่สุดสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยเคยได้ใช้ชีวิตร่วมกันกับบุคคลในครอบครัว มีความอบอุ่น กุศล ความรักความผูกพัน เป็นที่รวมของทุกคน ผู้ป่วยจึงต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางลูกหลานอันเป็นที่รัก เมื่อผู้ป่วยรับรู้ภาวะของโรคและวิธีการรักษาแล้ว ความต้องการของผู้ป่วยคือต้องการกลับมารักษาตัวที่บ้าน ไม่อยากนอนโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงให้ความหมายของประสบการณ์ว่า บ้านมีความหมายและความสำคัญ บ้านจึงเป็นสถานที่สุดท้ายที่ผู้ป่วยอยากใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตกับบุคคลอันเป็นที่รักและเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตมานาน การรักษาตัวที่บ้านไม่ทุกข์ทรมานเท่าที่โรงพยาบาล ไม่ต้องสอดใส่สายและอุปกรณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด นอกจากนี้การพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีกฎระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาล การจำกัดการเยี่ยมเป็นเวลาและจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ซึ่งมุสลิมเมื่อทราบการเจ็บป่วยของญาติพี่น้อง ก็จะมาเยี่ยมกันหลายคน บางครั้งทำให้ส่งเสียงดังรบกวนผู้ป่วยอื่นได้ นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะมีข้อจำกัดด้วย เนื่องจากสถานที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น การละหมาด แต่ที่บ้านผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้อย่างเต็มที่โดยไม่มีข้อจำกัด นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้านเพราะที่บ้านมีคนช่วยเหลือหลายคน ผู้ดูแลจึงรู้สึกผ่อนคลายมากกว่าที่โรงพยาบาลซึ่งที่โรงพยาบาลผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังที่บ้านผู้ดูแลรู้สึกถึงความอบอุ่นและมีลูกหลานคอยดูแลช่วยเหลือ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีเพื่อน มีกำลังใจตัดสินใจร่วมกันแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของบุญมาศ (2550) พบว่า เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้สมาชิกอื่นๆมาร่วมมือกันในการให้ความช่วยเหลือ การที่มีจำนวนสมาชิกหลายคนช่วยกันดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพได้

จากการศึกษายังพบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในศาสนาและเสียชีวิตไปพร้อมกับพระเจ้าซึ่งเป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนปรารถนา การได้ระลึกถึงพระ

เจ้า ได้แก่ การมุขีบ การอ่านยาซีน การอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน คัมภีร์อัลกุรอานเปรียบเสมือนหัวใจของศาสนาอิสลามและมีความสำคัญในชีวิตของมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งบทยาศีนคือบทหนึ่งของอัลกุรอานที่อัลเลาะห์ได้ประทานลงมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบกับอัลเลาะห์ การได้อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน การระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลา เปรียบเสมือนพระเจ้าอยู่กับเราตลอดเวลาและพระเจ้าไม่ทอดทิ้ง ผู้ดูแลจึงรู้สึกว่าการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานเป็นการศึกษาของนิการิมะ (2547) และมูฮัมหมัดและคณะ (Mohammad, Sheila & Mahvash, 2015) พบว่าผู้ป่วยมุสลิมต้องการมีชีวิตอย่างสงบด้วยการรำลึกถึงอัลเลาะห์ โดยผู้ดูแลอ่านอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังหลังละหมาดทุกครั้ง โดยเฉพาะบทยาศีน การอ่านยาซีนให้ผู้ป่วยฟังทุกวันจะช่วยให้จิตใจของผู้ป่วยอยู่กับอัลเลาะห์ ใจสงบและหายเครียดได้ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดความตาย ความตาย คือ สภาวะที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าและเฉพาะเจาะจงโดยอัลเลาะห์เท่านั้น ตามที่ได้ถูกจำแนกในคัมภีร์อัลกุรอานและความตายของมนุษย์นั้นเป็นการเริ่มต้นของชีวิตในโลกหน้า หรือเป็นสะพานไปสู่ชีวิตหลังความตายซึ่งเป็นโลกอันนิรันดร์ (ดำรงค์, 2547) ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของประสบการณ์ว่า พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ที่ใด ไม่ว่าจะป่วยในโรงพยาบาลหรือบ้าน เมื่อถึงเวลาที่พระเจ้ากำหนดความตาย ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ ตามคัมภีร์อัลกุรอาน มุสลิมทุกคนจึงต้องตระหนักถึงความตายตลอดเวลา เพราะไม่รู้จะกลับไปสู่ความเมตตาของพระองค์เมื่อใด เมื่อถึงเวลาทุกคนต้องตายจะที่บ้าน โรงพยาบาลหรือที่อื่นๆ ก็ตาม ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงความตายได้

### โลกของเวลา

ความหมายของประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสะท้อนใน โลกของเวลา คือ 1) เวลาเป็นค่าและมีความหมาย และ 2) เวลาของชีวิตลิขิตโดยองค์อัลเลาะห์ มีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมทุกรายต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเป็นความหวังและความต้องการของผู้ดูแลทุกราย เป็นแรงจูงใจให้คิดที่จะสู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ถึงแม้ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องจากไปในเวลาไม่นาน การหายจากโรคของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยปรารถนามากที่สุด ผู้ดูแลจึงแสวงหาวิธีการรักษาที่จะช่วยยืดเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยให้นานขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเห็นว่าเวลาเป็นค่าและมีความหมายจากการศึกษาสุพิน (2547) พบว่า ผู้ป่วยอยากหาย อยากมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดและการศึกษาของวรวิ (2547) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการยืดเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยคือการบำบัดรักษา และมุสลิมถือว่าการรักษาเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วยและญาติ เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระเจ้า ให้รับบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา (ดำรงค์, 2547) ผู้ดูแลจึงแสวงหา

วิธีการรักษาด้วยวิธีการต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ได้แก่ การรักษาด้วยวิธีการพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพร ยาหม้อหรือยาต้ม การนวดช่วยผ่อนคลายอาการปวด ผู้ดูแลบางรายใช้ยาหม้อหรือยาต้ม จะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ควบคู่ไปกับการรับประทานยาแผนปัจจุบัน เช่นเดียวกับ การศึกษาของนริสาและคณะ (2556) พบว่า น้ำที่ผ่านการอ่านคู่มือและน้ำที่อ่านยาจีนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยได้ และศาสนาอิสลามห้ามมุสลิมเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เวทมนต์ หรือการเข้าทรง ถ้ามุสลิมนับถือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่อัลเลาะห์ ก็ถือว่าคนๆนั้นไม่ใช่มุสลิม (ดาร์รงค์, 2547; อาซิส, 2547) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังหวังพึ่งพระเจ้าให้คอยปกป้อง รักษา ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานต่างๆ การให้ความหวังจากบุคคลหรือญาติพี่น้องที่ไปเยี่ยมควรมีการพูดหรือกล่าวขอพรจากองค์อัลเลาะห์ เพื่อให้มีความหวังจากความเมตตาของพระองค์และเพื่อให้เกิดกำลังใจต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงควรกล่าวคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยหวังว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป (อาซิส, 2547)

ผู้ดูแลหลักมุสลิมเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดเวลาของการมีชีวิตอยู่และพระเจ้าเป็นผู้กำหนดความตาย ผู้ดูแลก็จะพยายามเข้าถึงศาสนาและมีช่วงเวลาของการอยู่กับพระเจ้าให้มากขึ้น โดยการละหมาดขอคู่อร์ การมุญิบ การอ่านอัลกุรอาน เพื่อขอพรจากพระเจ้าหวังให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องจากไปก็สามารถทำใจยอมรับการสูญเสียได้ ผู้ดูแลจึงให้ความหมายของประสบการณ์นี้คือเวลาของชีวิตลิขิตโดยองค์อัลเลาะห์ จากการศึกษาของไหมมูนี่ (2553) และ สุไฮคาร์ (2552) พบว่า ผู้ดูแลทุกรายเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นพระเจ้าเป็นผู้กำหนด การเจ็บป่วยถือเป็นการทดสอบความอดทนและความศรัทธาที่มีอยู่ ซึ่งผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นการกำหนดโดยอัลเลาะห์ ผู้ดูแลมีความเชื่ออย่างที่สุดในความสามารถของอัลเลาะห์ในการช่วยให้หายจากการเจ็บป่วยหรือที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต ผู้ดูแลทั้งหมดก็ยอมรับได้เพราะเกิดจากพลังของความศรัทธาในพระเจ้า และด้วยหลักการศาสนาอิสลามที่ว่าให้รับรักษายามเจ็บป่วย เป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิม เป็นการปฏิบัติตามคำสอนของพระเจ้า ส่วนการหายของโรคนั้นขึ้นกับความประสงค์ของอัลเลาะห์เท่านั้น ไม่ให้มุสลิมนอนรอความตายหรือปล่อยให้ความเจ็บป่วยหายไปเอง (ดาร์รงค์, 2547)

### การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยมีการสอดแทรกหลักการคำสอนในวิธีการดำเนินชีวิตในแบบของอิสลาม รวมทั้งประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา จากประสบการณ์ของผู้ดูแลได้แบ่งการดูแลเป็น 2 ระยะคือ การดูแลระยะท้าย และการดูแลระยะใกล้ตาย การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะนี้ กิจกรรมการดูแลไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันที่รายละเอียดของการดูแลมากกว่า ทั้งนี้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางร่างกายอย่างถาวร การพร่องของหน้าที่และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน (Gill, Gahbauer, Han, & Allure, 2010) และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานทางร่างกาย ผู้ดูแลต้องเน้นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตายผู้ดูแลจะเน้นให้ผู้ป่วยได้อยู่กับพระเจ้า และจากไปอย่างสงบ เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกไต ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาและสม่ำเสมอ เพื่อจะให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานขึ้น การพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อเป็นการติดตามอาการและประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางรายจะไม่ยอมมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด ผู้ดูแลจึงต้องพยายามหาวิธีการเพื่อพาผู้ป่วยมาตามนัดให้ได้ เพราะผู้ป่วยเชื่อว่าการต้องมาโรงพยาบาลจะทำให้ตนเองเจ็บปวดทรมานจากการเจาะเลือดหรือการตรวจพิเศษต่างๆ จากการศึกษาของปลัศตรา (2549) และกล้าเผชญ (2551) พบว่า ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการติดตามการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักและรับรู้ว่าผู้ป่วยคงมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ผู้ดูแลต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วย คือผู้ป่วยได้บอกกล่าวขณะที่มีชีวิตอยู่ ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงตัดสินใจไม่พาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลอีก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิเสธการฟอกไต ซึ่งการฟอกไตเป็นวิธีการรักษาที่สามารถยืดระยะเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการรักษาอื่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากภาวะไตเสียหายที่และช่วยการฟื้นฟูหายของไต ด้วยวิธีการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและวิธีการรักษาอาจจะมาจากประสบการณ์ของตนเองหรือจากคำแนะนำของเพื่อนบ้าน บุคคลใกล้ชิด โดยผู้ดูแลจะแสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูหายของไต ด้วยความหวังอยากให้ผู้ป่วยหายและมีอาการดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลบางรายซื้อยาต้มสมุนไพรมาให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะมีคนรับประทานแล้วหายและเชื่อว่ายาต้มจะช่วยล้างไต ขับของเสียออกมา และยังเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้กินยาต้มสมุนไพรนี้เนื่องจากพระเจ้าเป็นผู้ประทานยารักษาตัวนี้ มารักษาผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น จากการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าโรคไตวายส่งผลให้แสวงหาการรักษาเนื่องจากการได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการบำบัดทดแทนไตยังไม่เพียงพอกับความต้องการของครอบครัวที่ต้องการให้ผู้ป่วยหายและมีอาการดีขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้ดูแลจึงยังต้องแสวงหาการรักษา ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันด้วย จากการศึกษา ยังพบอีกว่าผู้ดูแลบางรายมีความเชื่อเรื่องพิธีกรรมที่ศักดิ์สิทธิ์ เป็นการรักษาจากหมอบ้านที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยมีการทำน้ำมนต์และให้ผู้ป่วยดื่ม หรือนำมาอาบ ซึ่งได้จากการที่หมอบ้านอิสลามอ่านกร้ออ่านและขอพรจากพระเจ้าเพื่อใช้รักษาให้ผู้ป่วยหาย เพื่อให้รอดพ้นจากสิ่งชั่วร้าย ซึ่ง



ถือว่าไม่ผิดหลักศาสนา เพราะตามหลักการของศาสนาอิสลามห้ามมุสลิมเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เวทมนต์ หรือการเข้าทรง ถ้ามุสลิมนับถือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่อัลเลาะห์ ก็ถือว่าคนๆนั้นไม่ใช่มุสลิม (ดาร์จล, 2547; อาซิส, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของวิซซูด (2548) และอาริสตา (2553) พบว่า ผู้ดูแลทุกรายแสวงหาการรักษาโดยวิธีการบำบัดต่างๆตามความเชื่อ และใช้หลักศาสนา ศรัทธาลี้ภัยศักดิ์สิทธิ์ คือศรัทธาในพระเจ้า พระศาสดา พระพุทธศาสนา หรือสิ่งเหนือธรรมชาติที่สืบต่อกันมา

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยทั้งระยะท้ายและระยะใกล้ตายคล้ายคลึงกัน ผู้ดูแลได้ให้การดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ภาวะบวม อ่อนเพลีย สับสน ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย แต่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลก็จะพุงพาผู้ป่วยไปห้องน้ำหรือใช้รถเข็นช่วยเพราะการอาบน้ำจะทำให้ร่างกายสะอาดมากกว่าการเช็ดตัวได้ชำระล้างสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกไปจากร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายตัวขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บางรายนอนติดเตียง ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลแทนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีรูปร่างสูงใหญ่ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถพุงหรือยกผู้ป่วยไปห้องน้ำได้ จากการศึกษาของปัทสรา (2549) พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะมีปัญหาเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางในเรื่องของการดูแลการขับถ่ายของผู้ป่วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น และผู้ดูแลบางรายยังขาดความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและขาดความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวด้วยเช่นกัน

การดูแลการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในระยะท้ายและระยะใกล้ตายมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยระยะท้าย บางรายมีแผลในปากซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าเกิดจากความร้อนที่มีอยู่ในร่างกายมากเกินไปจากภาวะของเสียคั่ง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ และผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ผู้ดูแลต้องดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารในระยะท้ายนั้น ยังคงต้องจำกัดอาหารเฉพาะโรคและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาหารที่ปรุงมีรสชาติจืด ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน ผู้ดูแลจึงต้องมีการส่งเสริมการรับประทานอาหารโดยการปรับปรุงรสชาติของอาหารให้ชวนรับประทาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจำเป็นต้องเพิ่มความหอมของอาหารเสริมด้วยการผสมกับน้ำผึ้ง รวง ทำให้กลิ่นหืนของอาหารเสริมลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอกจากการปรับปรุงรสชาติอาหารแล้ว บุคคลที่ผู้ป่วยรักและเคารพก็มีส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นเช่นกัน โดยวิธีการบังคับหรือพูดโน้มน้าวให้เห็นถึงความจำเป็นของอาหารที่รับประทาน ผู้ป่วยจะเชื่อฟังและปฏิบัติตาม การดูแลควบคุมอาหารเฉพาะโรคได้นั้น ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลด้านการดูแลภาวะโภชนาการจากเจ้าหน้าที่หรือนักโภชนาการในการประกอบอาหารเฉพาะโรค (สมเกียรติ, 2554; Davison, 2010) จากการศึกษาของปัทสรา (2549) พบว่า ผู้ดูแลยังขาด

ความรู้ในเรื่องอาหารเฉพาะโรคไต จึงทำให้ไม่สามารถกำหนดการบริโภคอาหารและน้ำดื่มได้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ ส่วนการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย ผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน จึงตามใจผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบแม้จะขัดกับแผนการรักษาก็ตาม

ผู้ป่วยไตเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย จะมีอาการเปลี่ยนแปลงจากการที่มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย สติปัญญาการรับรู้ลดลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการสับสน อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงต้องคอยระมัดระวังการอุบัติเหตุกับผู้ป่วยด้วยการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะท้ายและระยะใกล้ตาย ต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด แต่ก็อยู่ภายใต้การดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การเข้าห้องน้ำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลมีการดัดแปลงห้องน้ำให้มีราวจับสำหรับผู้ป่วย และการใช้อุปกรณ์เสริมในการช่วยเหลือ เช่น การใช้รถเข็นนั่ง แทนการพุงพาผู้ป่วยไปห้องน้ำ หรือขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงต้องคอยระวังอุบัติเหตุจากการตกเตียงโดยการผูกมือผู้ป่วยและคอยเฝ้าตลอดเวลา ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการเอะอะ โวยวาย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวจะคอยเฝ้าผู้ป่วยตลอดเวลาไม่ให้คลาดสายตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมสา (2549) พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ซึมลง ซาปลายมือปลายเท้า หลงลืม สับสน ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและคอยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้งระยะท้ายและระยะใกล้ตาย จะมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคเหมือนกัน เนื่องจากอวัยวะต่างๆในร่างกายเริ่มทำงานผิดปกติก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆของร่างกายได้ อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ค้นตามผิวหนัง บวม สับสน ปัสสาวะออกน้อย สีเข้ม ท้องผูก บางรายจะมีไข้ขึ้นๆลงๆช่วงบ่าย จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกระดูก เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้า ท้องผูก นอนไม่หลับ อาการอ่อนเพลียเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (กนกวรรณ, 2549; Sullivan & McCarthy, 2009; Yong et al., 2009) แม้อาการของผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะจะเหมือนกัน แต่การจัดการอาการเหล่านั้นจะมีความแตกต่างกัน การจัดการอาการในระยะท้ายนั้น ผู้ดูแลจะหาวิธีการเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ด้วยตนเอง จากการแนะนำของบุคคลใกล้ชิด จากประสบการณ์ของตนเอง และจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการรักษาอื่นควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า การบรรเทาอาการด้วยวิธีการของตนเองมีหลายวิธี เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การบีบนิ้วหลัง เอว ขา การรับประทานยาลดไข้

พาราเซตามอล การดัมยาสมุนไพรมือโยให้ผู้ป่วยดื่ม ช่วยเกาบรรเทาอาการคันตามผิวหนัง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่รู้สึกตัว ก็จะขอพรจากพระเจ้า ขอคุณารให้ผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังใช้วิธีการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากการแนะนำของบุคคลที่ใกล้ชิดและจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และพยาบาล เช่น วิธีการล้างก้น การให้ยาระบาย การให้ออกซิเจนที่บ้าน จากการศึกษาของปัทธา (2549) และกล้าเผชิญ (2551) พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจะมีการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ส่วนการดูแลจัดการกับอาการผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากกว่าการทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการรบกวนดังกล่าว เช่น ผู้ดูแลจะเช็ดหน้าและหยอดน้ำให้กับผู้ป่วย ช่วยให้อาการในปากและคอมีความชุ่มชื้น และการรำลึกถึงพระเจ้าก่อนที่ผู้ป่วยสิ้นใจ ซึ่งการจัดการกับอาการรบกวนเป็นสิ่งสำคัญ

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ไม่ว่าจะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือระยะใกล้ตาย สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยคือพระเจ้า พระเจ้าเป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง แต่ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะจะมีเป้าหมายด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน กล่าวคือการดูแลระยะท้ายเน้นการส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา การระลึกถึงพระเจ้าและไม่ให้ผู้ป่วยลืม ส่วนการดูแลระยะใกล้ตายเน้นการตายอย่างสงบพร้อมกันกับพระเจ้า และการตายในศาสนา อิสลามมิได้ถือว่าการเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคไม่ดี หากแต่เชื่อว่าความเจ็บป่วย การหาย และการตาย นั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลเลาะห์ ความเชื่อทางศาสนาและการยอมรับในพระเจ้า จึงมีอิทธิพลมากในการดำเนินชีวิตของมุสลิม (คำรงค์, 2547; Burns, 2004; Carvin, 2004) จากการศึกษาผู้ดูแลสะท้อนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอ่านอัลกุรอาน โดยเฉพาะบทยาซีน การมุัจิบ การละหมาด เป็นต้น ผู้ป่วยระยะท้ายยังมีระดับความรู้สึกตัวที่ดีและสามารถระลึกถึงพระเจ้าได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลเพียงแต่ต้องคอยกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอเท่านั้น การมุัจิบเป็นการระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลา โดยเชื่อว่าเป็นการเรียกสติของผู้ป่วยกลับคืนมา ให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่อัลเลาะห์กำหนดมา ความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ ผู้ดูแลทุกรายกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รำลึกถึงอัลเลาะห์ทุกครั้งที่มีโอกาส จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน อาการกริคร้อง กระสับกระส่าย ใ้รู้สึกสงบ ไม่ทุกข์ทรมานและสบาย นอกจากนี้ การละหมาดเพื่อขอคุณารจากอัลเลาะห์ ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถทำการละหมาดได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลก็คอยกระตุ้นให้มีการละหมาดไม่ว่าจะในท่านอนหรือท่านั่งก็ตาม เพื่อขอคุณาร (ขอพร) ให้ตนเองหายจากโรคที่เป็นหรือมีอาการที่ดีขึ้น มีชีวิตอยู่ให้ยาวนานที่สุด ส่วนการดูแลระยะใกล้ตาย ระยะนี้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีอาการสับสน สติปัญญาการรับรู้ลดลง ทำให้ไม่สามารถระลึกถึงพระเจ้าด้วยตนเองได้ ผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยทั้งหมด เช่น ผู้ดูแลจะทำการละหมาดและขอพรให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยผู้ดูแลเชื่อว่าการละหมาด เป็นการรวบรวมสมาธิทั้งหมดให้อยู่ที่พระเจ้าองค์เดียวและเป็นการเข้าเฝ้าพระเจ้า ทำให้มีสมาธิ จากการศึกษาของสุไฮคาร์ (2552), ไหมมูหน๊ะ (2553) และนิการิม๊ะ (2547) พบว่า ผู้ดูแลจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมุัจิบตลอดเวลา เช่นเดียวกับการศึกษาของนิรัชรา (2552),

อนงค์ (2552) และมุฮัมมัดและคณะ (Mohammad, Sheila & Mahvash, 2015) พบว่า สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจคือหลักคำสอนของศาสนา การปฏิบัติศาสนกิจ การอ่านอัลกุรอานและการละหมาด

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮร์มันิวติก เพื่ออธิบายความหมายประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากผู้ดูแลหลักมุสลิมของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 10 ราย ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและให้การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกเทปและการบันทึกภาคสนาม ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและแปลผลข้อมูลภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละวัน ตรวจสอบความตรงของข้อมูลทั้งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว จากนั้นตรวจสอบความตรงอีกครั้งกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของแวน มานเนน (van Manen, 1990)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักมุสลิมสะท้อนความหมายของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มี 14 กลุ่มความหมาย (thematic categories) และได้สะท้อนในหมวดของโลภ 4 โภ (four life-worlds) ซึ่งแวน มานเนน (van Manen, 1990) ได้แนะนำเพื่อให้เข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ โลกของตนเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และโลกของเวลา (temporality or lived time) ซึ่งโลกของตัวเองประกอบด้วย 5 กลุ่มความหมาย คือ 1) เหนื่อยล้า 2) ภูมิใจที่ได้ดูแล 3) ทำตัวให้เข้มแข็งและพร้อมให้การช่วยเหลือ 4) ทำดีที่สุดแล้ว และ 5) ศรีทธาองค์อัลเลาะห์ โลกของความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) คุณเลบนพื้นฐานของความรักความผูกพัน 2) การตอบแทนบุญคุณ 3) คนรอบข้างคือคนสำคัญ และ 4) สะพานเชื่อมระหว่างพระเจ้ากับผู้ป่วย โลกของสถานที่ ประกอบด้วย 3 กลุ่มความหมาย คือ 1) บ้านมีความหมายและความสำคัญ 2) พระเจ้าอยู่ในใจทุกที่ และ 3) พระเจ้ากำหนดสถานที่ตาย

และโลกของเวลา ประกอบด้วย 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) เวลาที่มีค่าและมีความหมาย และ 2) เวลาของชีวิตดิจิทัล โดยองค์อัลเลาะห์ การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การดูแลระยะท้ายและการดูแลระยะใกล้ตาย การดูแลระยะท้ายเน้นการดูแลความสุขสบายและให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด ผู้ดูแลอธิบายการดูแลระยะท้ายใน 7 ลักษณะคือ 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามแพทย์นัด 2) แสวงหาการรักษาทางเลือกเพื่อการฟื้นฟูของไต 3) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 4) ดูแลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 5) ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย 6) บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และ 7) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา ส่วนการดูแลระยะใกล้ตาย เน้นการจากไปอย่างสงบและการได้เสียชีวิตพร้อมกับพระเจ้า ผู้ดูแลอธิบายการดูแลระยะใกล้ตายใน 5 ลักษณะคือ 1) ดูแลความสะอาดของร่างกายและความสุขสบาย 2) จัดอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยและไม่จำกัด 3) บรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อความสุขสบาย 4) ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน และ 5) ส่งเสริมการอยู่กับพระเจ้าตลอดเวลา

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ผู้วิจัยต้องใช้แนวคำถามที่จะทำให้ผู้ดูแลหลักมุสลิมสามารถแยกกลุ่มอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายออกมาจากโรคประจำตัวอื่น เพื่อให้เห็นบริบทของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จากผลการศึกษาที่ค้นพบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

## ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรร่วมวางแผนกับผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลหลักมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในการดูแล เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักจากการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง
2. พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ดูแลหลักอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเสริมแรงจูงใจและให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกว่าคุณค่า มีพลังและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ต่อไป
3. พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดและมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยให้นานที่สุด
4. พยาบาลควรให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจในหลักปฏิบัติและหลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะใกล้ตาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ และการได้ระลึกถึงพระเจ้าไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆก็ตาม เช่น การขอดุอาร์ การอ่านอัลกุรอาน การละหมาด เป็นต้น เพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเข้าใจในประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล
6. พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยไตเรื่อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ดูแลหลักขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ขณะอยู่บ้านถ้าผู้ดูแลหลักมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สามารถติดต่อกลับมาที่หอผู้ป่วยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งแนะนำในการขอรับความช่วยเหลือเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรืออสม.และสถานีนามัยใกล้บ้านได้
7. เมื่อผู้ดูแลหลักตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลควรสนับสนุนและเคารพในการตัดสินใจของผู้ดูแลหลักเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน
8. พยาบาลควรจัดเตรียมความพร้อมด้านความรู้ให้กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และจัดทำคู่มือการดูแลในเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื่อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลกับญาติและผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้ โดยอยู่ภายใต้คุณค่า ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับหลักการของศาสนาอิสลาม

## ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนาอิสลาม



## เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพมหานคร.
- กล้าเผชิญ โขคบ่ารุ่ง. (2551). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในสถานบริการสุขภาพ. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557 จาก [www.phimaimedicine.org/2012/02/164.html](http://www.phimaimedicine.org/2012/02/164.html)
- จรัส มะลูลีม. (2541). เอเชียตะวันตกศึกษา: ภาพรวมทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จนณะจง เฟ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล (หน้า 131-140). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตสิริ ปรียานิชย์. (2548). ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใช้ท่อช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชลาทิพย์ ทองมอญ. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชาย โพธิสิตา. (2552). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

- ครุณี จันทร์เลิศฤทธิ์, และทวี ศิริวงศ์. (2547). ปัจจัยในการเลือกวิธีการล้างไต. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), *องค์ความรู้พื้นฐานและเทคนิคในการล้างไต* (หน้า 10-16). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดำรงค์ แวอาลี. (2547). ความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาในทัศนะอิสลาม. ใน: ดำรงค์ แวอาลี (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรีนติ้ง เฮาส์.
- ทวีศักดิ์ นพเกษตร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 1: คู่มือการปฏิบัติการวิจัยประยุกต์เพื่อพัฒนาคน* *องค์กร ชุมชน สังคม*. นครราชสีมา: โขกเจริญมาเก็ตติ้ง.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ ฟิ้นชมพู. (2540). *การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นริสา สะมาแอ, กิตติกร นิลมานันต์, และวารภรณ์ คงสุวรรณ. (2556). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู. *วารสารสหการพยาบาล*, 28(4), 31-43.
- นิกิริห๊ะ นิจินิการี. (2547). *ศึกษาการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นริชรา สาแล๊ะ. (2552). *ประสบการณ์ของสตรีชาวมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสในโครงการรณภา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บรรจง บินกาซัน. (2543). *จรรยาบรรณในอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: นัควิดา.
- บุญมาศ จันทร์มิ่งคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เบญจมาภรณ์ วงศ์ประเสริฐ, กนกวรรณ พุ่มทองดี, ชวนพิศ ทำนอง, และสุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. (2544). *สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. (บศ.), 1(1), 38-49.

- ปัทมรา คำมงคล. (2549). การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลในโรงพยาบาล นครพิจังจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรัชญาการณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐานและชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-23.
- ประเวศ วะสี. (2552). Palliative care กบกับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. *ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิรมานนิตย์ ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: บริษัทปริ้นท์โอโซนจำกัด.
- พรรณบุปผา ชูวิเชียร. (2551). Renal failure and indicator for dialysis. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุ, และสุพัฒน์ วานิชย์การ (บรรณาธิการ), *การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล* (หน้า 1-14). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง และความต้องการความช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). หลักการและการวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
- เพ็ญศิริ มรกต. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม. (2546). การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. *รามาศิษีพยาบาลสาร*, 9(2), 109-110.
- รวีวรรณ พงศ์พุฒิพัชร. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รววิ เดือนดาว. (2547). ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การศึกษาเชิงปรัชญาการณวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิษุตา ดิษฐ์. (2548). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วีณา เทียงธรรม. (2547ก). การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(2)*, 97-108.
- วีณา เทียงธรรม. (2547ข). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 18(1)*, 70-78.
- วีรวรรธ คลายนา. (2547). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทางของอิสลาม ใน คำร้อง แวอาลี, (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม* (หน้า 45-54). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ: ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). ทักษะการของผู้ดูแล. *วารสารพัฒนาวิทยาลัยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(3)*, 39-42.
- สมพร ปานผดุง. (2556). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลามในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีจิตวิทยาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: สุขภาพจิต*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต*. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์อินเทลไลม์ (ไทย) จำกัด.
- สมเกียรติ วสุวิญญกุล. (2554). การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน ยุเรสมลค์ สิทธิชาญบัญชา, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช, และศากุน ปวีณวัฒน์ (บรรณาธิการ), *การประชุมระดับชาติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เรื่อง ความเชื่อมโยงของการศึกษาไปสู่การปฏิบัติ*. (หน้า 103-112). กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น.
- สว่างวรรณ พิทยานุมาณ. (2552). *การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภาคใต้ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.*
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- สุกัญญา จ้อยกล้า. (2550). การศึกษาอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุพิน พริกบุญจันทร์. (2547). ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุไฮคาร์ แวแตะ. (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เสาวภา ศรีภูสิตโต. (2547). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ไพใหม่มุณีะ คลังซ้อง. (2553). สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อนงค์ ภิบาล. (2552). ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อนันต์ชัย ไทยประทาน. (2547). ความตายในทัศนะของอิสลาม ใน คำรงค์ แวงอาลี, (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม. (หน้า 21-24). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.
- อาทิตยา อติวิชญานนท์. (2558). ปัจจัยทำนวยการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อาริสา ชินประพัทธ์. (2553). อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 119-159.
- อาศิส พิทักษ์คุมพล. (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย วันที่ 7-8 พฤษภาคม 2547. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อุษณา ลุวีระ. (2547). ยุทธศาสตร์การป้องกันไตวาย. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 10, 4-6.
- อุษณีย์ เหมแหวน. (2551). ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Andershed, B., & Temestedt, B. M. (1998). Involvement of relatives in the care of the dying in different care cultures: Involvement in the dark or in the light. *Cancer Nursing*, 21(2), 106-116.
- Beeson, C. C., Lamb, E. J. & Riordan, S. E. (2008). Chronic kidney disease in older people: diagnosis, pathogenesis and management. *Clinical Gerontology*, 18, 245-256.  
doi:10.1017/S0959259809002901
- Biordi, D. L., (2009). Body image. In P. D. Larsen, & I. M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (7 th ed., pp. 117-138). Sudbery, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Burns, D. (2004). Physical and psychosocial adaptation of black on hemodialysis. *Applied Nursing Research*, 17(2), 116-124.
- Carvin, A. O. (2004). Hemodialysis patients and end of life decision : A theory of personal preservation. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 267-275.
- Davison, S. N. (2003). Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity and management. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(6), 1239-1247.
- Davison, S. N. (2010). End of life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. *Journal American Soc Nephrology*, 5(2), 195-204.
- Dein, S. (2003). Psychiatric Liaison in palliative care. *Advance in Psychiatric Treatment*, 9, 241-248.
- Elofsson, L. C., & Ohlen, J. (2004). Meaning and being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 611-618.
- Fliss, E. M., Antonio, G. S., Nicola, P., & Giovanni, G. (2009). Conservative (non dialytic) management of end-stage renal disease and withdrawal of dialysis. *Progress in Palliative Care*, 17(4), 179-185.

- Fried, O. (2003). Palliative care for patients with end-stage renal failure: Reflections from Central Australia. *Palliative Medicine, 17*, 514-519. doi: 10.1191/0269216303pm797oa
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allore, H. G. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *The New England Journal of Medicine, 362*, 1173-1180.
- Harris, T. T. (2003). *Burden and health in caregivers of persons with kidney disease*. (Doctoral thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No.3085398)
- Hasson, F, Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Watson, B., & Cochrane, B. (2009). Experiences and needs of bereaved caregivers during palliative and end of life care for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Palliative Care, 25*, 157-163.
- Helen, N. (2008). Supportive and palliative care for the patient with end-stage renal disease. *British Journal of Nursing, 17*(8), 498-504.
- Jablonski, A. (2004). The illness trajectory of end stage renal disease dialysis patients. *Research and Theory for Nursing Practice, 8*(1), pp. 60-72.
- Jablonski, A. (2007). The multidimensional characteristic of symptoms report by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 34*(1), 29-37.
- Janssen, D. J., Spruit, M. A., Wouters, E. F., & Schols, J. M. (2012). Symptom distress in advanced chronic organ failure: Disagreement among patients and family caregivers. *Journal of Palliative Medicine, 15*(4), 447-456. doi: 10.1089/jpm.2011.0394
- Kamel, A. A., Bond, A. E., & Froelicher, E. S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. *International Journal of Nursing Practice, 18*, 147-154. doi: 10.1111/j.1440-172x.2012.02011.x
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advance Nursing, 21*(5), 827-836.
- Limpanichkul, Y. (2004). *Thai caregivers of end stage renal disease patients: Quality of life* (Doctoral thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No.3139203).
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbery Park: Sage.
- Mohammad, A. C., Sheila, A. P., & Mahvash, S. (2015). Spiritual aspects of end of life care for Muslim patients: Experiences from Iran. *International Journal of Palliative Nursing, 11*, 468-474. DOI: 10.12968/ijpn.2005.11.9.19781

- Molzahn, A., Sheilds, L., Bruce, A., Stajduhar, K. I., Schick M. K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2012). Perceptions regarding death and dying of individuals with chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 39(3), 197-204.
- Morse, J. M., (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research : A contemporary dialogue* (2nd ed, pp.127-145). California: Sage publication.
- Morton, R. L., Snelling, P., Webster, A. C., Rose, J., Masterson, R., Johnson, D. W., & Howard, K. (2012). Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), E277-E283. doi: 10.1503/cmaj.111355
- Murtagh, E. M., Spagnolo, A. G., Panocchia, N., & Gambaro, G. (2010). Conservative management of end-stage renal disease and withdrawal dialysis. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*, 20(2), 36-37.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Panagiotou, I., Tsilika, E., Galanos, A., & Gouliamos, A. (2013). Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 22, 188-195. doi: 10.1111/ecc.12012
- Papangkorn, R. (2003). *Caregivers' experiences in caring for dependent elderly persons*. Master thesis, Nursing Science, Mahidol University, Thailand. Available from Thai Library Integrated System.
- Plager, K. A. (1994). Hermeneutic phenomenology: A methodology for family health and health promotion study in nursing. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health*. (pp.65-83). Thousand Oaks: Sage publications.
- Preechamanitkul, K. (2004). *Social stratification, medical welfare and medical treatment patterns for end- stage renal disease patients*. Master thesis, Medical and Health Social Science, Mahidol University, Thailand. Available from Thai Library Integrated System. ISBN 974-04-4701-5
- Schneider, R. A. (2004). Chronic renal failure: Assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 219-225.
- Schrauf, C. M. (2012). Factors that influence state policies for caregivers of patients with chronic kidney disease and how to impact them. *Nephrology Nursing Journal*, 38(5), 395-402.
- Seccareccia, D., & Downar, J. (2012). Should I go on dialysis, doctor initiating dialysis in elderly patients with end-stage renal disease. *Canadian Family Physician*, 58, 1353-1356.



- Streubert, H. J., & Capenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic imperative*. (3rd ed.). Philadelphia Lippincott William & Wilkins. pp. 60-62.
- Sullivan, D. O., & McCarthy, G. (2009). Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*, 36(1), 37-47.
- Teerawattananon, Y., Mugford, M., & Tangcharoensathien, V. (2007). Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: Evidence for coverage decisions in Thailand. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 10(1), 61-72.
- Tsay, S. L. & Hung, L. O. (2004). Empowerment of patients with end stage renal disease a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 59-65.
- Van Manen, M. (1990). *Research lived experience human science for action sensitive pedagogy*. New York: State University New York Press.
- World Health Organization. (2002). Pain relief and palliative care. In National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines 2 nd ed. *WHO, Geneva*; 83-91.  
[www.who.int](http://www.who.int).
- Yong, D. S., Kwok, D. M., Wong, D. M., Suen, M. H., Chen, W. T., & Tse, D. W. (2009). Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine*, 23, 111-119.  
doi: 10.1177/0269216308101099

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย**

1. เพศ

- ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

- 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ  2 ประถมศึกษา  
 3 มัธยมศึกษาตอนต้น  4 มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 5 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร  6ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี  
 7 อื่น ๆ (ระบุ).....

4. อาชีพ

- 1 ไม่ได้ทำงาน  2 ทำนา/ทำสวน/ทำไร่เลี้ยงสัตว์  
 3 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ  4 พนักงานของรัฐ  
 5 พนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้าง/รับจ้าง  6 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 7 ข้าราชการบำนาญ/บำนาญ  8 อื่น ๆ (ระบุ).....

5. รายได้ของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

6. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

อาการและอาการแสดงในปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก**

1. เพศ

- ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

## 3. ระดับการศึกษา

- ( ) 1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2 ประถมศึกษา  
 ( ) 3 มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 ( ) 5 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ( ) 6 ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี  
 ( ) 7 อื่น ๆ (ระบุ).....

## 4. สถานภาพสมรส

- ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย  
 ( ) 4. หย่าร้าง ( ) 5. แยกกันอยู่

## 5. อาชีพ

- ( ) 1 ไม่ได้ทำงาน ( ) 2 ทำนา/ทำสวน/ทำไร่เลี้ยงสัตว์  
 ( ) 3 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 4 พนักงานของรัฐ  
 ( ) 5 พนักงานบริษัทเอกชน/ลูกจ้าง/รับจ้าง ( ) 6 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 ( ) 7 ข้าราชการบำนาญ/บำนาญ ( ) 8 อื่น ๆ (ระบุ).....

6. รายได้ของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

8. ระยะเวลาที่ท่านทราบการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย.....

9. ภาวะสุขภาพของท่านก่อนการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร.....

10. ภาวะสุขภาพของท่านปัจจุบันเป็นอย่างไร.....

11. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่อย่างไร.....

12. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีจงบระบุ.....

**ภาคผนวก ข**  
**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล**

ดิฉัน นาง มีดี๊ะ เหมมาน นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา คือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง ประคับประคอง ท่านจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีที่สุด ถ้าหากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์เจาะลึกประมาณ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที และมีความจำเป็นในการบันทึกเสียงไว้ทุกครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ดิฉันจะมีการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์ ในบทสัมภาษณ์ แบบบันทึกต่างๆ และการรายงานผลการวิจัยจะใช้ชื่อสมมติทั้งสิ้น เทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์ทั้งหมดดิฉันจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะทำลายภายหลังจากวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 3 ปี การเข้าร่วมการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการดูแลรักษา และจะไม่เกิดอันตรายใดๆต่อท่าน อนุเคราะห์ตามหากท่านมีความลำบากใจหรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะข้ามหรือหยุดการเก็บข้อมูลในประเด็นนั้นทันที การตัดสินใจเข้าร่วมครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถยุติการให้ข้อมูลในขั้นตอนใดๆของการวิจัยก็ได้ และสามารถขอข้อมูลคืนกลับโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ หากท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้สามารถปฏิเสธได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และหากท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือหมายเลขโทรศัพท์ 086-6939349

ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอบคุณในความร่วมมือ

นาง มีดี๊ะ เหมมาน

ผู้วิจัย

**ภาคผนวก ค**  
**แนวคำถามในการสัมภาษณ์**

1. อยากให้คุณช่วยเล่าเหตุการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ที่คุณได้ให้การดูแลผู้ป่วย
  - คุณได้ทำอะไรให้แก่ผู้ป่วยบ้าง กรุณายกตัวอย่าง คุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น
  - ขณะที่คุณดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงอาการไม่สุขสบายอย่างไรบ้าง และคุณมีการจัดการหรือได้ให้การช่วยเหลืออย่างไร เพราะเหตุใดจึงทำเช่นนั้น และคุณรู้สึกอย่างไร
  - คุณได้นำหลักการทางศาสนาอิสลามมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร กรุณายกตัวอย่าง และคุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น
  - คุณได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และผลเป็นอย่างไร
2. การรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลทำให้ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง กรุณายกตัวอย่าง คุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น
3. ถ้าให้คุณเปรียบเทียบชีวิตที่ต้องอยู่กับการดูแลผู้ป่วย คุณคิดว่าเหมือนกับอะไร หมายความว่าอย่างไร คุณรู้สึกอย่างไร เพราะเหตุใดจึงรู้สึกอย่างนั้น
4. คุณต้องการได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง จากใครบ้าง เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
  - มีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมในการดูแลผู้ป่วย เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
  - มีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยหรือมีอะไรบ้างที่ทำให้คุณไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
  - คุณมีแนวทางในการแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร เพราะเหตุใดจึงตัดสินใจทำเช่นนั้น

**ภาคผนวก ง**  
**แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม**

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

ชื่อ (สมมติ).....

วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

.....

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

.....

5. ข้อมูลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลในขณะที่ให้การดูแลผู้ใดเรื้อรัง  
ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เช่น ความรู้สึก อารมณ์ การแสดงออก  
เป็นต้น

.....

.....

ภาคผนวก จ  
การสัมภาษณ์และการจัดกลุ่มคำสำคัญ  
วันที่.....เวลาเริ่ม.....เวลาจบ.....ครั้งที่ .....

คำสัมภาษณ์	คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม	การตีความ	โลก 4 ไบ
<p>“พอแม่เสียเราคิดว่าเราได้ดูแลเต็มที่แล้วเราได้แค่นี้...เราเองไม่เสียใจแล้ว ได้แล้ว เราทำได้แค่นี้...รักษาจนถึงที่สุดแล้ว” (พี่เข้: ผู้ดูแลรายที่ 4)</p> <p>“เราได้มาดูแลแก็เพราะเรารักแก็ แก็เลี้ยงเรามาตั้งแต่เล็ก เราต้องรักษาแก็ให้สุดความสามารถ ถือว่าเราก้ทำดีที่ สุดแล้ว” (พี่ตะ: ผู้ดูแลรายที่ 9)</p>	<p><u>ดูแลเต็มที่แล้ว</u> <u>เราทำได้แค่นี้</u> <u>รักษาจนถึงที่สุดแล้ว</u></p> <p><u>รักษาแก็ให้สุด</u> <u>ความสามารถ</u> <u>เราก้ทำดีที่ สุดแล้ว”</u></p>	<p>ทำดีที่ สุดแล้ว</p>	<p>ผู้ดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกๆเรื่องอย่างครบถ้วน และดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ สุดความสามารถของผู้ดูแลและไม่รู้สึกเสียใจที่ได้ดูแล</p>	<p>โลกของตัวเอง</p>



คำสัมภาษณ์	คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม	การตีความ	โลก 4 ไบ
<p>“แต่ด้วย<u>อยู่กับมานาน</u> ก็ต้องดูแลกันไป เจ็บป่วยไม่สบายช่วยกันดูแล... ไซ่อยู่กับมาเกือบ 40 ปี ลำบากด้วยกัน เจ็บป่วยก็ต้องดูแลกัน... มันผูกพันกันนะ... รู้สึกดีที่ได้ดูแลแก... มีะอยู่กับแกมานาน แกดีกับมีะกับลูก ไม่ทิ้งลูก พอเจ็บไซ่ไม่สบายลูกก็ไม่ทิ้งแกนะ แกไม่เคยต้องให้ลูกลำบาก ลูกก็ไม่รังเกียจแกนะ” (มีะฮီး: ผู้ดูแลรายที่ 1)</p> <p>“ผมเป็นลูกคนสุดท้อง ผมอยู่กับแม่มาตลอด <u>ความรักผูกพัน... ผมรู้สึกผูกพันกับแม่ ...แต่แม่ดูแลเราโดยที่ไม่มีข้ออ้างเลย พ่อแม่ไม่มีเงื่อนไขเลย</u>” (พีซัน: ผู้ดูแลรายที่ 8)</p>	<p><u>อยู่กับมานาน</u> <u>มันผูกพันกันนะ</u></p> <p><u>ผมอยู่กับแม่มาตลอด</u> <u>ความรักผูกพัน</u> <u>ผมรู้สึกผูกพันกับแม่</u></p>	<p>ความผูกพันของครอบครัว</p>	<p>การดูแลเกิดจากรักความผูกพันที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมานาน อยู่เคียงข้างกันและร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ประกอบกับความดีของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลในครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ลูกทุกคนจะต้องปฏิบัติ เพื่อแสดงถึงความกตัญญูทดแทน</p>	<p>โลกของความสัมพันธ์</p>



## ภาคผนวก จ

อาการรบกวนและการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

อาการ	วิธีการจัดการ	จำนวนทั้งหมด (ราย)
1. หายใจเหนื่อยหอบ	- นอนพัก	5
	- ลดกิจกรรมที่ทำให้เหนื่อย	2
	- ให้ออกซิเจน	1
2. ค้นตามผิวหนัง	- ทาโลชั่น	2
	- ช่วยเกา	2
	- อาบน้ำ	2
	- เปลี่ยนแพมเพิสบ่อยๆ ไม่ให้อับชื้น	2
3. บวม	- รับประทานยาต้มสมุนไพร	4
	- รับประทานยาของแพทย์แผนไทย	1
4. สัมผัส	- ผูกมือ	4
	- ฝ้าตลอดเวลา	4
	- มูจิ๊บ อ่านอัลกุรอานเพื่อปิดเป่าสิ่งชั่วร้าย	4
5. ปัสสาวะออกน้อย สีเข้ม	- คั้นน้ำต้มจากสมุนไพร	2
6. ไข้เป็นๆหายๆ	- เช็ดตัวลดไข้	2
	- รับประทานยาพาราเซตามอล	2
7. ปวดหลัง	- นวด	1
	- เปลี่ยนที่นอน	1
	- พลิกตะแคงตัว	2
8. เจ็บปาก มีแผลในปาก	- ทายา	2
	- บ้วนปาก	3
9. ท้องผูก	- ล้วงก้น	4
	- ให้อาหารระบาย	5

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา
ดร. รจนา วิริยะสมบัติ	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จ.สงขลา
คุณ ภัทรพร วงศ์กระพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลสงขลา จ.สงขลา

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นาง มีดี๊ะ เหมมาน		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610420009		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	2540

## ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ ประจำปีงบประมาณ 2558 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ จากมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงานแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา อ. เมือง จ. สงขลา

(พ.ศ. 2540 – ปัจจุบัน)

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

มีดี๊ะ เหมมาน, กิตติกร นิลมานัต, และเขาวรัตน์ มัชฌิม. (2560). การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(1), ไม่ระบุหน้า.