ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู

Experiences of Muslim Caregiver in Caring for End Stage of Life in Critically Ill Patients in an Intensive Care Unit

นริสา สะมาแอ พย.บ. (Narisa Sahmaae, B.N.S.)[1]
กิตติกร นิลมานัต Ph.D (Kittikorn Nilmanat, Ph.D.)[2]
วราภรณ์ คงสุวรรณ Ph.D (Waraporn Kongsuwan, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและได้เสียชีวิตในไอซียู จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของแวน มาเนน (Van Manen)

ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมี 4 กิจกรรมดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา 2) อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว 3) ส่งเสริมความสุขสบาย และ 4) บรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักมีดังนี้ 1) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน 2) การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน และ 3) ความปลอดภัยของผู้ดูแลหลักจากการที่ไม่มีที่พัก ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ดูแลหลักมุสลิมผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับความต้องการ ความเชื่อ และพัฒนาการพยาบาลสู่การพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลหลักมุสลิม ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย แผนกไอซียู

Abstract

This phenomenological study aimed to describe and explain experiences of Muslim primary caregivers in providing care for critically ill patients in the end stage of life in an Intensive Care Unit. In this study there were eight informants who were Muslim caregivers having experience in caring for critically ill patients in the end stage of life in an Intensive Care Unit and patients dying in ICU. Data were collected by in-depth interview. The Van Manen's phenomenological analysis method was applied for data analysis.

The results of the study revealed that the practices of Muslim primary caregiver's in caring for critical ill patients at the end of life were as follows: 1) encouraging the patients to be close to God all the time,

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2) being with the patient to help him/her not feel lonely, 3) promoting comfort care, and4) alleviating suffering based on their cultural belief. Problems and obstacles in caring for critically ill patients in the end of life were as follows: 1) inconsistency between conventional nursing practice and caregivers' needs, 2) unclear information given by doctor and nurse, and 3) caregiver's safety problems due to the lack of accommodation. The findings of this study enhance an understanding of Muslim caregivers' experiences in caring for critically ill patients in the end of life in ICU. The findings can be used as a guideline for supporting Muslim family caregivers caring for dying patients in ICU relevant to their needs and belief, and can be used for the development of holistical cultural based nursing care, and as a basis for further related research.

Keywords : Muslim Caregiver, End Stage of Life in Critically Ill Patients, Intensive Care Unit

บทนำ

หออภิบาลผู้ป่วย (ไอซียู) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต การดูแลส่วนใหญ่จะใช้เทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ทันสมัย มีการทำหัตถการและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือ บรรเทาอาการให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (ดุสิต สถาวร, 2548) และไอซียูเป็นหน่วยที่พบว่ามีการเสียชีวิตเกิดขึ้นบ่อย เนื่องจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจทำให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตสูง (Curtis, 2008) จากสถิติการเสียชีวิตพบว่า ในสหรัฐอเมริกาประชาชนที่เสียชีวิตในไอซียู คิดเป็นร้อยละ 22.4 (Beckstrand, Callister, & Kirchhoff, 2006) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในไอซียูของประเทศแคนาดาคิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา (Cook, Rocker, & Heyland, 2004) สำหรับประเทศไทยมีสถิติการเสียชีวิตในไอซียูศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 8.1 (ปิ่น ศรีประจิตติชัย และคณะ, 2545) ส่วนโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีอัตราตายเฉลี่ยในไอซียูร้อยละ 15.2 (โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, 2552)

เมื่อผู้ป่วยวิกฤตมีอาการรุนแรงมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในทางที่แย่ลง มีความล้มเหลวของระบบต่างๆ ในร่างกาย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีความไม่สุขสบายด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ดังนั้นการเสียชีวิตในไอซียู เป็นการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ และเป็นการเสียชีวิตที่ทุกข์ทรมาน โดดเดี่ยว ท่ามกลางบุคคลและสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ไม่เสียชีวิตท่ามกลางบุคคลที่รักและครอบครัว ตามที่ปรารถนา (สันต์ หัตถีรัตน์, 2546; Cook, Rocket, & Heyland, 2004)

ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้ายผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก โดยต้องการที่จะให้คนที่ตนเองรักหรือครอบครัวเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยว ปฏิบัติตามหลักความเชื่อ ความศรัทธาของตนเองอย่างเต็มที่ ระลึกถึงพระเจ้าตลอดเวลา และครอบครัวเองก็ต้องการเข้ามาดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างใกล้ชิด (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญกับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายน้อยมาก การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มีความสำคัญเนื่องจากจะเป็นแหล่งความรู้ในการดูแล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอภิปรายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลหลักและสมาชิกของครอบครัวมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตในไอซียู ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง โดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น (ภาษามลายู) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในไอซียู และมีความยินดี พร้อมที่จะเล่าประสบการณ์ของตนเองให้ฟัง โดยผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วไม่เกิน 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถจำเหตุการณ์ในภาวะวิกฤตได้ (มานิต ศรีสุรภาษานนท์, และจำลอง ดิษยวณิช., 2542)

สถานที่ศึกษา

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีจำนวน 6 เตียง เน้นรับผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ 3 จังหวัด และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องบริหารยาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ในแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน หัวหน้าทีม 1 คน และสมาชิกทีมอีก 3 คน ดูแลผู้ป่วย 6 คน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาล แพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา พร้อมทั้งอธิบายถึงโอกาสที่จะเกิดการดำเนินของโรค เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและสมาชิกของครอบครัวได้ตัดสินใจและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาร่วมกัน ระเบียบเวลาเยี่ยม 2 ช่วง คือ ช่วง 13.00 – 15.00 น. และ 19.00 – 20.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in - depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู จำนวน 3 ท่าน (เป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม 1 ท่าน) ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ และไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักมุสลิมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย เพื่อให้เกิดความชำนาญ สำหรับแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดที่ใช้ถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามประสบการณ์จริง โดยสามารถขยายแนวคำถามเหล่านั้นเป็นคำถามย่อยๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่คลอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้นตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ *“ความรู้สึกของพี่ ที่รู้ว่าแม่อยู่ในระยะสุดท้ายแล้ว เป็นอย่างไรบ้างคะ ช่วยอธิบายหน่อยได้มั้ย” “ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผ่านมา พี่จะให้ความหมายของการดูแลแม่ที่ผ่านมาว่าอย่างไร” และ “ช่วยยกตัวอย่างประสบการณ์ที่เกิดขึ้นให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ”*

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 – มกราคม 2555 สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยใช้แนวคำถามที่สร้างไว้ด้วยภาษาท้องถิ่น (ภาษายาวี) ประมาณ 1-3 ครั้ง/คน ครั้งละ 30 – 60 นาที โดยนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไปตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล และยุติการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อบันทึกเทปการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยลำดับที่หนึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 8 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิ์ ผู้ให้ข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ชื่อที่ปรากฏในบทความนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด โดยเทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

ผู้วิจัยเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยในฐานะเป็นมุสลิมและมีความเชื่อเกี่ยวกับความตายกับการใกล้ชิดพระเจ้า ด้วยภูมิหลังทางวัฒนธรรมเดียวกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัย เพื่อการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล (วีณา เที่ยงธรรม, 2547) นอกจากนี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป นอกจากนี้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยจะมีการนัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูล และเมื่อข้อมูลอิ่มตัวและสิ้นสุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแต่ละคนจะอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นจึงนัดประชุมเพื่อการร่วมกันตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทีมวิจัย (peer examination) (Lincoln & Guba, 1985)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มตั้งแต่เก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาแก่นสาระหรือข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละครั้ง และเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป เมื่อข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งมี 6 ขั้นตอนคือ 1) การย้อนกลับไปทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ 2) การค้นหาประสบการณ์ที่เป็นอยู่เสมือนอยู่ในสถานการณ์นั้น 3) การสะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ 4) การเขียนและบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ศึกษา 5) การคงไว้ซึ่งคำหลักสำคัญที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ศึกษา และ 6) การทำให้เกิดความสมดุลในบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาทั้งส่วนย่อยและภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายทั้งหมด 8 ราย เพศหญิง 3 ราย เพศชาย 5 ราย มีอายุระหว่าง 15 – 68 ปี ไม่ได้รับการศึกษา 3 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 1 ราย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 3 ราย และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 ราย มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว 3 ราย เป็นสมาชิกในครอบครัว 5 ราย เป็นผู้ไม่มีรายได้ 2 ราย มีรายได้ 1,000 – 4,000 บาท 1 ราย

มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท 5 ราย ลักษณะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) 4 ราย สิทธิคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ 1 ราย สิทธิทำเบิกจากหน่วยงานราชการ 2 ราย สิทธิประกันสังคม 1 ราย จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู โดย ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการรักษาในไอซียูเป็นเวลา 1 – 5 วัน ผู้ป่วย 2 คน ได้รับการรักษาในไอซียูเป็นเวลา 6 – 10 วัน และผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการรักษาในไอซียูเป็นเวลามากกว่า 10 วัน โรคหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู เป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถ 1 ราย บาดเจ็บจากการทำปืนลั่น 1 ราย โรคหัวใจล้มเหลว 2 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย และติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (n = 8)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
เพศ		***สิทธิบัตรในการรักษา***	
หญิง	3	บัตรประกันสุขภาพ	4
ชาย	5	สิทธิคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	1
อายุ (ปี)		เบิกจากหน่วยงานราชการ	2
15 – 25	2	บัตรประกันสังคม	1
26 – 35	2	***จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในไอซียู***	
36 – 45	-	1 - 5 วัน	5
46 – 55	1	6 - 10 วัน	2
56 ปีขึ้นไป	3	มากกว่า 10 วัน	1
ระดับการศึกษา		***สาเหตุที่เข้ารับการรักษาตัวในไอซียู***	
ไม่ได้รับการศึกษา	3	บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุรถยนต์	1
ระดับประถมศึกษา	1	บาดเจ็บจากทำปืนลั่น	1
ระดับมัธยมศึกษา	3	โรคหัวใจล้มเหลว	2
ระดับปริญญาตรี	1	โรคหลอดเลือดสมอง	2
บทบาทในครอบครัว		ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	2
หัวหน้าครอบครัว	3		
สมาชิกในครอบครัว	5		
รายได้/เดือน (บาท)			
ไม่มีรายได้	2		
1,000 – 4,000	1		
5,000 – 10,000	5		

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักมุสลิมของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักเพศหญิงทั้ง 8 ราย มีอายุตั้งแต่ 37 – 57 ปี ไม่ได้รับการศึกษา 3 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 2 ราย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 2 ราย และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 ราย ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน 2 ราย ค้าขาย 3 ราย รับราชการครู 1 ราย ทำนา/ทำสวน 1 ราย และรับจ้างทั่วไป 1 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย



เป็นมารดาผู้ป่วย 4 ราย เป็นบุตรผู้ป่วย 2 ราย และเป็นภรรยา 2 ราย ผู้ดูแลหลักไม่มีรายได้ 2 ราย มีรายได้ 5,000 – 10,000 บาท 4 ราย และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท 2 คน ทุกคนรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพดีทั้งก่อนและขณะให้การดูแล ในขณะให้การดูแลมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ซึ่งเป็นญาติพี่น้อง 5 ราย ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายตั้งแต่ 1 – 7 วัน ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 6 ราย มีความยากลำบากในการเดินทาง 3 ราย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายโดยทุกคนรับรู้จากแพทย์ นอกจากนี้รับรู้จากคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ 4 ราย และรับรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแล 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักมุสลิมของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย (n= 8)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)
อายุ (ปี)		***ผู้ช่วยเหลือในการดูแล***	
36 – 45	4	ไม่มี	3
46 – 60	4	มี	5
ระดับการศึกษา		***ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตระยะสุดท้าย***	
ไม่ได้รับการศึกษา	3		
ระดับประถมศึกษา	2	1 – 2 วัน	6
ระดับมัธยมศึกษา	2	3 – 5 วัน	1
ระดับปริญญาตรี	1	มากกว่า 5 วัน	1
การประกอบอาชีพ		***ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตระยะสุดท้าย***	
ค้าขาย	3		
รับราชการ	1	1 – 3 วัน	6
ทำนา/ทำสวน	1	3 – 5 วัน	1
รับจ้าง	1	มากกว่า 5 วัน	1
แม่บ้าน	2	***ความยากลำบากในการเดินทางจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่***	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
มารดา	4	ไม่มีความลำบาก	5
บุตร	2	มีความลำบาก	3
ภรรยา	2	***การรับรู้ข้อมูลวิกฤตระยะสุดท้าย***	
รายได้/เดือน(บาท)		จากแพทย์	8
ไม่มีรายได้	2	คำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์	4
5,000 – 10,000	4	จากประสบการณ์ผู้ดูแล	2
มากกว่า 10,000	2		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย			
มี	2		
ไม่มี	6		

การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้ายในไอซียู

ผู้ดูแลหลักได้อธิบายถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำต่อผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียูสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา

ผู้ดูแลทั้ง 8 ราย มีความเชื่อว่า การได้อยู่ใกล้ชิดพระเจ้า ไม่ให้ผู้ป่วยลืมพระเจ้า จะทำให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมานบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยเสียชีวิตในฐานะผู้นอบน้อม การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ที่ใกล้เสียชีวิต ยังทำให้ผู้ปฏิบัติได้บุญมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การมูจับ (เป็นหลักปฏิบัติข้อแรกของชาวมุสลิม ที่ต้องกล่าวและเชื่อว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) การมูจับเป็นการพูดข้างๆ หูให้ผู้ป่วยได้ยินทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และเสียชีวิตภายใต้ศาสนาอิสลาม ส่วนการอ่านยาซีน และการอ่านอัลกรุอาน เป็นการอ่านให้ผู้ที่ใกล้เสียชีวิตฟังโดยเฉพาะการอ่านยาซีน ซึ่งเป็นบทสวดที่เป็นการขอพรต่อพระเจ้าให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากสิ่งชั่วร้าย มีบาวของพระเจ้าคอยคุ้มครองอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่เจ็บปวดทรมานจากการเสียชีวิต การอ่านอัลกรุอานบทอื่นนั้นจะใช้อ่านเมื่อผู้อ่านไม่สามารถอ่านยาซีนได้ จึงเลือกอ่านอัลกรุอานให้ฟัง ส่วนผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถอ่านยาซีนหรืออ่านอัลกรุอานได้ จะให้ผู้ที่มีความรู้เขียนดุอาร์ (บทสวด) เป็นภาษาอาหรับในกระดาษติดที่หัวเตียง เพื่อให้ผู้ที่มาเยี่ยมอ่านให้ผู้ป่วยฟังเพื่อเป็นการขอพระต่อพระเจ้าและให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้า นอกจากนี้ใช้วิธีการนำวิทยุเล็กๆ ที่เป็นบทสวดเปิดให้ผู้ป่วยฟังตลอดเวลาที่ผู้ดูแลไม่อยู่ เสมือนว่ามีบุคคลคอยอ่านอัลกรุอาน หรืออ่านยาซีนให้ฟังอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะได้รู้สึกปลอดภัยและอุ่นใจ ว่ามีพระเจ้าอยู่เคียงข้างและไม่ลืมพระเจ้าเสียชีวิตอย่างผู้นอบน้อม ดังคำกล่าว

“ การมูจับก็คือการปฏิญาณตน ทุกคนที่เป็นมุสลิมต้องปฏิญาณตนเป็น เหมือนคนไทยพุทธถ้าต้องการเข้ารับศาสนาอิสลาม สิ่งแรกที่ต้องทำ คือ สอนให้ปฏิญาณตน คนใกล้ตายสิ่งที่ต้องให้เขาทำคือ การมูจับให้เขาได้ยิน ถึงแม้ว่าจะไม่รู้สึกตัวก็ตามก็ต้องทำให้เขา เพื่อให้เขาตายในศาสนาอิสลาม เราที่อยู่ข้างๆ จะได้บุญไปด้วย อีกอย่างกะปี๊ะเป็นภรรยา ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ ตรงนั้น ตอนนั้นมีกะปี๊ะคนเดียว กะปี๊ะก็พยายามมูจับให้เขาตลอดเวลาเลย” (กะปี๊ะ)

“ กะจิ อ่านเอง แล้วก็อ่านตลอดเลย มีแต่คนแปลกใจนะ ปกติถ้าเป็นญาติใกล้ชิดส่วนใหญ่จะอ่านให้ไม่ได้ มันกล้ำกลืน เพราะถ้ารู้ความหมายของบทสวดยาซีนนี้ มันเป็นอะไรที่ลึกซึ้ง เป็นบทสวดเพื่อขอพร หรือขอดุอาร์ที่ประเสริฐที่สุด และควรอ่านที่สุดให้กับคนที่ใกล้เสียชีวิตได้ฟัง ทำให้พวกผีร้าย ที่จะเข้าใกล้ไม่กล้าเข้ามา ที่จะทำให้วิญญาณของผู้ป่วยเกิดความสับสน เพื่อให้ได้อยู่กับอัลลอฮฺตลอดเวลา ลูกๆ ก็อ่านได้ทุกคนนะ แต่พอถึงเวลาตรงนั้น ไม่มีใครให้พ่อได้สักคน ได้แต่ยืนร้องไห้ พอเริ่มต้นอ่านสัก 2, 3 ประโยค ก็โฮกันออกมา กะจินี่แหละที่อ่านตลอด ” (กะจิ)

2. อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ผู้ดูแลทั้ง 8 รายไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอยู่โดดเดี่ยว อยู่คนเดียว เพราะเชื่อว่าการปล่อยปละละเลย หรือให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ยินการกล่าวมูจับในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้การเสียชีวิตไม่ได้อยู่ภายใต้อ้อมแขนของพระเจ้า ผู้ดูแลหลักอยู่ข้างเตียงในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต สัมผัส จับมือ หอมแก้ม พูดข้างๆ หูผู้ป่วยให้บ่อย ดังคำกล่าว

“ไม่รู้นะ แค่พี่อยากให้แม่รับรู้ว่า แม่ไม่ได้อยู่คนเดียว แล้วพี่ก็ไปพูดข้างหูให้แม่ได้ยิน ว่าพี่มาแล้วนะ ก็พี่น้องทุกคนที่มาก็เรียกแม่ทุกคน ...อยากจะพากลับบ้าน ไม่อยากให้แม่ทรมาน ... เวลาที่จับมือแม่ แล้วเราพูดกับแม่ แม่จะได้รับรู้ความรู้สึกที่แท้จริงของพี่ แม่จะได้มีกำลังใจ ไม่รู้สึกว่าอยู่อย่างโดดเดี่ยว...” (พี่ดา)

“ พี่จับมือลูก จับฝ่าเท้า หอมแก้ม กอดเค้าร้องไห้ แล้วบอกว่า แม่มาแล้วนะ พี่อยากให้ลูกรู้ว่าแม่อยู่กับลูกตลอดไม่ได้ไปไหนเลย ให้เค้ารู้สึกอบอุ่น เพราะเวลาอยู่บ้านก่อนที่ลูกจะนอนเค้าจะเข้าห้องมาหอมแก้มพ่อ กับแม่ทุกคืน ก็อยากทำเหมือนตอนที่เค้าสบายดี” (พี่ตา)



3. ส่งเสริมความสุขสบาย ผู้ดูแลจึงมีความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกายให้มากที่สุด ผู้ดูแลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยนำผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าและลำตัว และเช็ดน้ำลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายตัว มีความสุขสบาย และดูดีในสายตาของผู้ที่มาเยี่ยม ดังคำกล่าว

" กะมาเข้าไปก็เช็ดหน้าเช็ดตาเช็ดแขน ปะจะได้รู้สึกสบาย เพราะตอนที่ปะอยู่บ้านเค้าขี้ร้อนมาก ก็เลยขอพยาบาลเช็ดตัวให้ อยากให้ดูสะอาด สบายตา หน้าไม่มัน...ปะเป็นคนผิวคล้ำ แล้วพยาบาลอาบน้ำให้ตั้งแต่เช้า เข้าไปบ่าย 2 นี่หน้าก็มันเป็นเรื่องธรรมดา ก็ไม่ได้ว่าเค้า พยาบาลก็ดูแลอย่างดีอยู่แล้ว แต่อยากให้ปะดูดี แล้วอยากทำเองด้วย " (กะมา)

" เวลาเข้าไปเห็นที่หน้าท้องเต็มไปน้ำที่เหมือนน้ำอุจจาระ เหม็นมาก เราอยู่ข้างเตียงทนไม่ได้ ลูกคงไม่สบาย เลยบอกพยาบาลให้ช่วยเปลี่ยนให้ ลูกจะได้สะอาด และรู้สึกสบายตัว... หมั๊ะ...ดูแลให้ลูกไม่เจ็บไม่ปวดสบาย เป็นปากแทนลูกเวลาที่ลูกบอกว่าปวด พยาบาลจะได้เอายาแก้ปวดมาให้ หมั๊ะทำดีที่สุดแล้วล่ะ " (หมั๊ะ)

4. บรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ ผู้ดูแลหลักทั้ง 8 รายได้นำความเชื่อทางศาสนามาผสมผสานบูรณาการในการดูแลด้านร่างกาย เช่น การละหมาดขอพร เป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ไม่เจ็บปวดทรมานและเสียชีวิตอย่างสงบ การนำน้ำที่อ่านยาซีนมาเช็ดหน้าเช็ดตา นอกจากจะทำให้รู้สึกสุขสบายแล้ว ผู้ดูแลหลักเชื่อว่า ยังทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ นอกจากนี้ได้นำน้ำที่ผ่านการอ่านดุอาร์ให้พยาบาลนำมาให้ทางสายให้อาหาร เพราะมีความเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์เช่นกัน และสุดท้ายการนำน้ำที่อ่านยาซีนหยดในปาก เพราะเชื่อว่าผู้ที่ใกล้เสียชีวิตจะมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ การนำน้ำมาหยดในปากทำให้รู้สึกสดชื่น และทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ผู้ป่วยเจ็บปวดและทุกข์ทรมานลดลง ดังคำกล่าว

" คนแก่เค้าบอกว่า คนใกล้เสียชีวิตเค้าจะคอแห้งมาก กับที่เราเอาน้ำธรรมดามาให้จิบ เราก็เอาน้ำที่ศักดิ์สิทธิ์(เป็นน้ำที่ผ่านการอ่านยาซีน)ให้จิบดีกว่า แต่ก่อนทำเราก็ขอพยาบาลนะ พยาบาลให้ใช้สำลีชุบน้ำแล้วแตะที่ปากให้น้ำซึมเข้าไปเอง เพราะเขากลัวว่าคนไข้จะสำลัก " (กะจิ)

" การละหมาดเพื่อขอดุอาร์ ให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ ไม่ทรมาน ตายอย่างสงบ ละหมาดตอนไหนก็ได้ ถ้าไม่ทำก็ไม่บาป แต่การละหมาด 5 เวลา ถ้าไม่ทำบาป มาก" (กะมา)

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู มีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น เนื่องจากบริบทของไอซียูที่มีข้อจำกัดในการเยี่ยม ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการหนักและโอกาสรอดชีวิตน้อยมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะให้ผู้ป่วยมีความสุข สงบ อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิตมากที่สุด การศึกษาในครั้งนี้พบปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก ดังนี้

1) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่าวาระสุดท้ายของชีวิตญาติมีความต้องการที่จะเข้าเยี่ยมคราวละมากๆ เชื่อว่าทำให้ได้บุญมาก ทำให้เกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายบ่อยครั้ง การอ่านยาซีน การมูจับ เนื่องจากเชื่อว่าจะบรรเทาความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้ แต่การปฏิบัติงานของพยาบาลไอซียูที่มีภาระงานมาก ทำให้พยาบาลบางคนไม่อนุญาตให้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ในขณะที่บางคนเข้าใจและเห็นความสำคัญ ก็อนุญาตให้อยู่กับผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลขึ้น

" จริงๆ แล้วหมั๊ะอยากจะอยู่ตลอดเลยนะในไอซียู อ่านอัลกรุอ่านให้ จับมือลูก พยาบาลบางคนก็ให้อยู่ได้นานๆ บางคนก็ไม่อนุญาต อยากให้พยาบาลเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลหรืออยู่กับผู้ใกล้ตายไม่อยากให้ตายคนเดียว " (หมั๊ะ)

" เพราะว่าอิสลามเค้าบอกว่า ก่อนตายถึงไม่ทำอะไรก็เจ็บปวดทรมานอยู่แล้วก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่าง ยิ่งไปกดอีกยิ่งทรมาน สงสารเค้า อยากให้ไปสบาย แมะอยากเข้าไปอยู่กับลูกตลอด แต่ทำไม่ได้ พยาบาลไม่ให้เข้า " (แมะ)

นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว 2 ชั่วโมงก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยการดูแลทำความสะอาดศพ แต่งศพให้ดูดี ดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ให้ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น บางครั้งเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลไม่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องการเปลี่ยนเสื้อ การทำความสะอาดร่างกาย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลอยู่กับศพ เพื่ออ่านยาซีนให้เพื่อให้พ้นความทรมาน

" พี่อยากจะเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ อยากทำให้แม่เอง แต่พยาบาลไม่ให้ทำบอกว่าเดี๋ยวเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ เพราะเดี๋ยวต้องเอากลับไปอาบน้ำศพอีกใช่มั้ย เดี๋ยวพยาบาลทำให้นะ พี่เองก็เสียใจนะ...พี่ว่าน่าจะให้ญาติเข้าไปช่วย เปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ตายบ้าง เปิดโอกาสให้ได้ทำ และอยู่ใกล้ชิดเป็นครั้งสุดท้าย " (พี่ดา)

2) การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ ในสิ่งที่ผู้ป่วยได้ขอไว้ในขณะที่มีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน และตัดสินใจผิด สุดท้ายทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจได้

" กะจิอยากให้พยาบาลและแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ชัดเจน เหมือนการตัดสินใจที่จะเอาผู้ป่วยกลับบ้าน นี่กะจิก็เพิ่งรู้จากน้องว่าพยาบาลเอาท่อออกไม่ได้เพราะคนไข้ยังไม่ตาย เราก็เข้าใจผิด เพราะถ้าอยากเอากลับจริงๆ ตอนนั้นก็คงมีสักคนที่เอาออกได้ ถ้าพยาบาลบอกแบบนั้น " (กะจิ)

3) ความปลอดภัยของผู้ดูแลหลัก จากการที่ไม่มีที่พัก ทำให้มีความยากลำบากในการทำธุระส่วนตัว ผู้ดูแลบางคนต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความเป็นห่วงไม่กล้าที่จะกลับบ้าน เพราะกลัวว่าผู้ป่วยอาการหนักและเสียชีวิตในระหว่างที่ตัวเองไม่อยู่ จะทำให้รู้สึกผิด นอกจากนี้จากการที่ไม่มีที่พักญาติเป็นสัดเป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลบางรายโดนขโมยทรัพย์สิน เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น

" เรื่องที่พักญาติ ไม่มีเลย นอนอยู่ที่ระเบียงลำบากมาก ยิ่งหมี๊ไม่ได้กลับบ้านเลย ไม่รู้จะอยู่ยังไง แต่ก็ต้องทน แถมช่วงนั้นตอนกลางคืนถูกขโมยกระเป๋าเงินอีก เงินหายไป 10000 บาท ทิ้งเศษๆ ไว้ให้ น่าเจ็บใจจริงๆ" (หมี๊)

" เรื่องที่นอนญาติ แมะต้องไปนอนมัดราซะ(อาคารละหมาด) ในโรงพยาบาล มีอยู่ครั้งหนึ่งโดนขโมยโทรศัพท์ ดีนะที่มันไม่เห็นว่าเราใส่สร้อยคอ อันตรายเหมือนกันนะ พ่อ เค้าเคยเจอกับ ผอ รพ เค้าเป็นมุสลิมเหมือนกัน พ่อเลยบอกกับ ผอ ตอนที่ไปเยี่ยมญาติๆ ที่มัดราซะ ผอ ก็บอกว่าจะจัดการให้ ก็ไม่รู้เหมือนกัน ห้องน้ำก็ไม่มี " (แมะ)

การอภิปรายผล

การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติระยะสุดท้ายในไอซียู

การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ซึ่งเป็นการปฏิบัติทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับสภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย และเสียชีวิตอย่างสงบไม่เจ็บปวดทรมาน (ดำรง แวอาลี, 2547) นอกจากนี้ผู้ดูแลให้การปฏิบัติอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นการดูแลที่เน้นทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การสัมผัส จับมือ หอมแก้ม พูดข้างๆ หู การใช้ประสาทสัมผัสเป็นการสื่อถึงความรู้สึกห่วงใย ความมั่นใจและปลอดภัย เป็นวิธีที่สามารถนำมาประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลต้องการที่จะอยู่กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ได้เห็นการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลมีโอกาสบอกลา หรือใช้ถ้อยคำที่สำคัญแก่ผู้ป่วย มีโอกาสประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ดูแล (สมาพร โล่สวัสดิ์กุล และวณิชา พึ่งชมพู, 2549) นอกจากนี้ตามแนวคิดของศาสนาอิสลาม การได้อยู่กับผู้ป่วยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ขอมาอัฟ (การขอโทษในสิ่งที่ผู้ดูแลได้ทำผิดหรือทำไม่ดีต่อผู้ป่วย) (บรรจง บินกาซัน, 2543) การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย เป็นการดูแลด้านร่างกาย แม้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะหมดหวังในการรักษาให้หายจากโรคที่เป็น แต่ในช่วงเวลาที่เหลือผู้ป่วยมีความต้องการพื้นฐานเช่นเดียวกับคนทั่วไป เช่น การตอบสนองด้านร่างกาย ซึ่งมีจุดประสงค์คือ การประคับประคองอาการต่างๆ



ช่วยดูแลอาการที่เป็นผลข้างเคียงของการรักษา จัดการเกี่ยวกับอาการที่ทำให้ไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน (สันต์ หัตถีรัตน์, 2546) การดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย เช่น การใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าและลำตัว เช็ดน้ำลาย เป็นปากเสียงให้ผู้ป่วยและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และสุดท้ายการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ เป็นการดูแลด้านร่างกายที่ผสมผสานความเชื่อในการดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย ตามแนวคิดทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การละหมาด การอ่านอัลกรุอานและการขอดุอาร์ เป็นการรักษาสุขภาพ ขจัดความชั่วร้าย ขจัดโรคภัยต่างๆ ทำให้จิตใจเข้มแข็ง ชัยฏอน (ภูตผี) ที่จะเข้าใกล้ดวงวิญญาณผู้ป่วยในช่วงที่อ่อนแอจะไม่เข้ามา ทำให้เกิดความใกล้ชิดกับองค์อัลลอฮ์ (มูซา บินฮุเซน บินอาลี อัลหัรบีย, 2553)

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก

1) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน ตามหลักศาสนาอิสลาม การเยี่ยมผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรกระทำหรือข้อบังคับที่มุสลิมทุกคนต้องกระทำแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (กิตติกร นิลมานัต, 2555) เมื่อทราบข่าวว่ามีบุคคลที่รู้จักป่วย ควรรีบไปเยี่ยมผู้ป่วยและไปเยี่ยมอีกในทุกๆ 2-3 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจ นอกจากเยี่ยมแล้วควรขอดุอาร์ให้ผู้ป่วยโดยเชื่อว่า ทำให้อาการและจิตใจผู้ป่วยดีขึ้น และเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วย จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยคราวละมากๆ เพื่อต้องการที่จะขออภัยกับผู้ป่วยหากผู้ป่วยรับรู้ ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสขออภัยกับญาติเช่นกัน ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ (ญะม้าล ไกรชิต, 2553; บรรจง บินกาซัน, 2543)

2) การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน การได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน และตัดสินใจผิด สุดท้ายทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในใจ ตามสิทธิผู้ป่วย ครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ครอบครัวควรจะได้รับ แพทย์และพยาบาลมักให้ข้อมูลในทางดีเพื่อให้ครอบครัวมีความหวัง ทำให้ครอบครัวตัดสินใจไม่ได้ (ดุสิต สถาวร, 2548)

3) การที่ไม่มีที่พัก เนื่องจากไอซียูเป็นหอที่มีการจำกัดการเยี่ยมของญาติ ทำให้ญาติไม่สามารถจะอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ไม่สามารถวางสิ่งของภายในอาคารเหมือนหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อหมดเวลาเยี่ยมสถานที่ที่ญาติต้องอยู่และพักเป็นที่ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ไม่สามารถละทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยโดยลำพังแล้วกลับบ้าน เนื่องจากกลัวว่าญาติของตัวเองอาการหนักลงและเสียชีวิตโดยที่ไม่มีญาติอยู่ใกล้ชิด ทำให้รู้สึกผิด ญาติจึงใช้พื้นที่คือระเบียงตึกของโรงพยาบาลเป็นที่พัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุวนิดา อารามรมย์ (2550) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตาย พบว่า ครอบครัวต้องการที่พักสำหรับญาติ เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลักได้อธิบายถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้กระทำต่อผู้ป่วย ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับพระเจ้าตลอดเวลา ประกอบด้วย การอ่านยาซีน อัลกรุอาน การมูจับเขียนดุอาร์เป็นภาษาอาหรับในกระดาษ ติดที่หัวเตียง เพื่อให้ผู้ที่มาเยี่ยมที่สามารถอ่านได้ อ่านให้ฟัง เปิดวิทยุบทสวดเล็กๆ ให้ผู้ป่วยฟัง 2) อยู่ดูแลใกล้ชิดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เช่น การสัมผัส จับมือ หอมแก้ม พูดข้างๆ หู และการอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยในสาระสุดท้ายของชีวิต 3) ส่งเสริมความสุขสบาย เช่น ผ้าชุบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าและลำตัว เช็ดน้ำลาย เป็นปากเสียงให้ผู้ป่วย และ 4) บรรเทาความทุกข์ทรมานตามความเชื่อ เช่น การละหมาดขอพร นำน้ำที่อ่านยาซีนหยดในปาก นำน้ำที่ผ่านการอ่านดุอาร์ให้พยาบาลนำมาให้ทางสายให้อาหาร และนำน้ำที่อ่านยาซีนมาเช็ดหน้าเช็ดตา ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) ธรรมเนียมการปฏิบัติของพยาบาลกับความต้องการของผู้ดูแลไม่สอดคล้องกัน 2) การให้ข้อมูลของแพทย์และพยาบาลไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ และ 3) ความปลอดภัยของผู้ดูแลหลัก จากการที่ไม่มีที่พัก

จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู จากผลการศึกษาที่ค้นพบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย โดยไม่ได้คำนึงถึงจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดปัญหาในการพยาบาล ดังนั้นเพื่อลดข้อขัดแย้ง บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความต้องการทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณให้มาก เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งองค์รวม

2. สนับสนุนให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ตามความต้องการของผู้ดูแล

3. แพทย์และพยาบาลควรให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างชัดเจน และต่อเนื่องเพื่อช่วยในการตัดสินใจและเลือกสิ่งที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

4. ฝึกทักษะการสื่อสารและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

5. จัดเตรียมหนังสืออัลกรุอาน หรือบทสวดทางศาสนาที่สำคัญ หรือเทปวิทยุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ

6. ในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลควรกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาของตน และควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม เพื่อให้ครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู ให้กับแพทย์และพยาบาลที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย เช่น รายละเอียดการปฏิบัติต่างๆ แก่ผู้ป่วยมุสลิมในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้เห็นความสำคัญ ตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมตามหลักการศาสนาอิสลาม

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยเชิงทดลองในการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย
2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมที่อยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย
3. ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

รายการอ้างอิง

กิตติกร นิลมานัต. (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต.** สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ญะม้าล ไกรชิต. (2553). **มารยาทมุสลิม เล่ม 3.** พระนครศรีอยุธยา : สำนักพิมพ์สายสัมพันธ์.

ดุสิต สถาวร. (2548). Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย อิศรางค์ นุชประยูร พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดำรง แวอาลี. (2547). ความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาในทัศนะอิสลาม. ใน: ดำรง แวอาลี, บรรณาธิการ. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม.** กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮาส์.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). **จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล.** กรุงเทพฯ : วี.พริ้น.

บรรจง บินกาซัน. (2543). **ชีวิตหลังความตาย.** กรุงเทพฯ : นัตวิดาการพิมพ์.

ปิ่น ศรีประจิตติชัย พรเลิศ ฉัตรแก้ว ดนัย อุดมพรวิวัฒน์ สุภาวดี สถิรเศรษฐทวี เทวารักษ์ วีระวัฒกานนท์ และปวีณา บุญบูรพงศ์. (2545). ความหลากหลายของผู้ป่วยและผลการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 46**(3), 269-279.

มานิต ศรีสุรภาษานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). การตายและภาวะใกล้ตาย. ใน มานิต ศรีสุรภาษานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (บรรณาธิการ), **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มูซา บินฮุเซน บินอาลี อัลหัรบีย. (2553). **การบำบัดโรคทางใจด้วยการขอดุอาร์** (มุสตอฟา มานะ, ผู้แปล.). กรุงเทพฯ : ออฟเซ็ท จำกัด.

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

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (2552). **สถิติตึกไอซียู โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.** นราธิวาส : โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.

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

สันต์ หัตถีรัตน์. (2546). **ตายอย่างสมศักดิ์ศรี: มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

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

Beckstrand, R. L., Callister, L. C., & Kirchhoff, K. T. (2006). Providing a “good death”:Critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. **American Journal of Critical Car, 15**(1), 38-45.

Cook, D., Rocket, G., & Heyland, D. (2004). Dying in the ICU: Strategies that may improve end-of-life care. **Canadian Journal of Anesthesia, 51**(3), 266-72.

Curtis, J. R., (2008). Caring for Patients With Critical Illness and Their Families: the Value of the Integrated Clinical Team. **The Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, 53**(4), 480-487.

Lincoln, Y.S., & Guba, E. G. (1985). **Naturalistic inquiry.** Newbury Park: Sage.

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