

# ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาในไอซียู\*

นริสา สะมาแอ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)\*\*

กิตติกร นิลมานันต์ Ph.D. (Nursing) \*\*\*

วารภรณ์ คงสุวรรณ Ph.D. (Nursing) \*\*\*

**บทคัดย่อ:** วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยไอซียู

**การออกแบบวิจัย:** การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมเนิวติกส์

**การดำเนินการวิจัย:** ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักมุสลิมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและได้เสียชีวิตในไอซียู ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการของแวน มาเนน สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและกوبا ประกอบด้วย การเขียนบันทึกสะท้อนคิด การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทีมวิจัย

**ผลการวิจัย:** พบว่าความหมายของประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย มี 5 กลุ่ม คือ 1) การเชื่อมต่อกับพระเจ้าด้วยความศรัทธา 2) การอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจ 3) การอยู่กับความกลัว 4) การทุ่มเทร่างกายแรงใจจนเหนื่อยล้า และ 5) การอยู่อย่างมีความหวัง

**ข้อเสนอแนะ:** ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับความต้องการและความเชื่อ และสามารถนำมาใช้พัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมในระยะสุดท้ายบนพื้นฐานการดูแลทางวัฒนธรรม

วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28(4) 31-43

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์ ผู้ดูแลหลักมุสลิม ผู้ป่วยวิกฤต ระยะสุดท้ายของชีวิต ไอซียู

\*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

\*\*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จ. นราธิวาส Email: ducky\_2518@hotmail.com

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หออภิบาลผู้ป่วย (ไอซียู) เป็นหน่วยงานที่ให้ บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยส่วนใหญ่เน้นการใช้เทคโนโลยี ด้านการแพทย์ที่ทันสมัยในการทำหัตถการและ ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือบำบัดรักษา อาการเพื่อให้การทำหน้าที่ของอวัยวะของร่างกาย สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ สุดท้ายและเสียชีวิตสูง<sup>2</sup> ไอซียูจึงเป็นหน่วยงานที่ พบว่ามีการเสียชีวิตเกิดขึ้นบ่อย สำหรับประเทศไทย มีสถิติการเสียชีวิตในไอซียูเฉลี่ยกรรมทั่วไปของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อัตราตายเฉลี่ยร้อยละ 8.1<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามการเสียชีวิตในไอซียูมักถูกมองว่า เป็นการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ และเป็นการเสียชีวิต ที่ทุกข์ทรมาน โดดเดี่ยว ท่ามกลางบุคคลและสถานที่ ที่ไม่คุ้นเคย<sup>4</sup>

ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและระยะสุดท้าย ญาติ มีบทบาทความสำคัญในการตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบใน ไอซียู<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของการเข้าเยี่ยม ผู้ป่วย ทำให้ญาติไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา<sup>6</sup> จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของสมาชิก ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในไอซียูในประเทศ ไอร์แลนด์โดยการสัมภาษณ์สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ที่อยู่ในไอซียูแต่ไม่ได้เสียชีวิตในไอซียู พบว่า ครอบครัวต้องการรับรู้การดำเนินโรคของผู้ป่วย และ ต้องการข้อมูลที่มีความชัดเจนจากทีมแพทย์ เพื่อให้ ครอบครัวสามารถจัดการและเลือกแนวทางการรักษา ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งต้องการอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา และได้ดูแลผู้ป่วยอย่างดี<sup>7</sup> มีการศึกษาถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการรักษา

ในไอซียู ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการสนับสนุนการปรับตัวต่อ ความเจ็บป่วย ขณะที่การขาดการสนับสนุนจาก ครอบครัวถือเป็นสัญลักษณ์ของความตาย<sup>8</sup>

ปัจจุบันมีการให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วยในไอซียูมากขึ้น สำหรับประเทศไทย การศึกษาที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวหรือ ญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูมีจำกัด ส่วนใหญ่ เป็นการศึกษากลุ่มครอบครัวผู้ป่วยไทยพุทธ ได้แก่ การศึกษาของยุวนิดา กิตติกร และพัชรียา<sup>9</sup> โดยพบว่า ครอบครัวให้ความหมายของประสบการณ์ของการมี สมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตและใกล้ตายว่า 1) เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ตั้งตัว ไม่ติด 2) ประสบการณ์ของการสูญเสีย 3) ประสบการณ์ ของการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย และ 4) ประสบการณ์ของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง นอกจากนี้มีการศึกษาถึงมุมมองของครอบครัวไทย พุทธเกี่ยวกับการเสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู<sup>10</sup> และ ประสบการณ์ของผู้ดูแลไทยพุทธที่มีสมาชิกครอบครัว เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู<sup>6</sup> พบว่า การเตรียมจิตใจ ผู้ป่วยให้สงบด้วยการสวดมนต์ การกระซิบบ้างหู และการสัมผัสเป็นสิ่งสำคัญทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ จิตวิญญาณที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ สำหรับการศึกษาดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย โดยครอบครัวมุสลิมมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่การศึกษาการตัดสินใจ ในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม พบว่า ผู้ป่วยต้องการมีเสียชีวิตอย่างสงบท่ามกลางวิถีมุสลิม โดยให้ญาติอ่านยาซีนให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้พบกับองค์ อัลลอฮ์<sup>11</sup> และการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการ ดูแลและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิม

ระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ความต้องการความหวังในการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์เพื่อให้ได้รับผลตอบแทนที่ดีในโลกหน้า และความต้องการช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณที่อยู่ในระดับสูงสุดของผู้ป่วยมุสลิม<sup>12</sup>

การเข้าใจในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายรวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ<sup>13</sup> ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่ยืนหยัดในหลักการ มีวิถีชีวิตที่เป็นสายกลางบนพื้นฐานความเป็นปวงชนของมนุษย์ มุสลิมยึดหลักคำสอนอย่างเคร่งครัด นับถือพระเจ้าองค์เดียวคือองค์อัลลอฮ์อย่างแน่นแฟ้น ทำให้มีคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม และเป็นธรรมนุญแห่งชีวิตที่แตกต่างจากศาสนาอื่น ๆ<sup>14-15</sup> ตามหลักศาสนาอิสลาม การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ เพื่อทดสอบความอดทน ความหนักแน่น ความศรัทธาต่อพระเจ้า และความตายถือว่าการย้ายจากโลกหนึ่งไปสู่อีกโลกหนึ่งและเนื้อแท้ของมนุษย์เป็นวิญญาณ (รูห์) ซึ่งจะคงสภาพและเตรียมย้ายไปสู่ชีวิตในโลกใหม่<sup>16</sup> ซึ่งเป็นสถานะที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าโดยองค์อัลลอฮ์เท่านั้น ฉะนั้นมุสลิมทุกคนต้องยอมรับการตาย<sup>17</sup>

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียูโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อเป็นแหล่งความรู้ในการดูแลและนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในไอซียูได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อตามหลักการของศาสนาอิสลาม

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมเนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology)

### สถานที่ศึกษา

ไอซียู หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นสถานที่ศึกษาในครั้งนี้ รับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม มีจำนวน 6 เตียง โดยแต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 5 คน เป็นหัวหน้าเวร 1 คน และแบ่งการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็น 2 ทีม คือ หัวหน้าทีมทำหน้าที่บริหารจัดการเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลและสมาชิกทีม 1 คน ทำหน้าที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในทีม เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียูแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา พร้อมทั้งอธิบายถึงพยากรณ์ของโรค เพื่อให้ผู้ดูแลหลักและสมาชิกของครอบครัวได้ตัดสินใจและวางแผนเกี่ยวกับการรักษาร่วมกัน ระเบียบเวลาเยี่ยม 2 ช่วง คือ ช่วง 13.00 – 15.00 น. และ 19.00 – 20.00 น.

### ผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในไอซียู โดยผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วไม่เกิน 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูล

สามารถจำเหตุการณ์ในภาวะวิกฤตได้<sup>18</sup> 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น (ภาษามลายู) และ 4) มีความยินดีและพร้อมที่จะเล่าประสบการณ์ของตนเองให้ฟัง จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล คือไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์<sup>19</sup> ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 8 คน

### เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (in - depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่สร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบต้นเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักมุสลิมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 2 ราย เพื่อความเหมาะสมของการใช้ภาษาและให้เกิดความชำนาญ แนวคำถามปลายเปิดเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า และอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตในไอซียู และสอบถามด้วยคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ “ช่วยเล่าให้ฟังเหตุการณ์ในช่วงที่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายให้ฟังหน่อยได้มั๊ยคะ” “ช่วยยกตัวอย่างประสบการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นในช่วงนั้นให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” และ “ท่านจะให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผ่านมาอย่างไร”

การเก็บรวบรวมข้อมูลและจริยธรรมในการทำวิจัย

หลังจากการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม ในการทำวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือ

เลขที่ สธ 0521.1.05/829 วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 – มกราคม 2555 ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ พร้อมการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อบันทึกเทปการสัมภาษณ์ แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 1-3 ครั้ง/คน ครั้งละ 30 - 60 นาที การนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไปตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล และยุติการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลมีภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางอารมณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อม จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ สิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอึดตัว เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ชื่อที่ปรากฏในบทความนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด โดยเทปบันทึกเสียงและบทสัมภาษณ์จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ปิดล็อกหนาแน่น และผู้วิจัยเก็บกุญแจล็อกไว้เพียงผู้เดียว ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น และหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

### ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness)

กระบวนการสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการของลินคอล์นและกูปา<sup>20</sup> กล่าวคือ เนื่องจากผู้วิจัยคนที่ 1 มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมเดียวกับผู้ให้ข้อมูลกล่าวคือเป็นแพทย์ผู้นับถือศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการวิจัย เพื่อการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจากความคิดเห็นและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member check) โดยก่อนยุติ

การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนั้นกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง และนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป และในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีวิจัยมีการนัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูล และเมื่อข้อมูลอิ่มตัวและสิ้นสุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยแต่ละคนอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นจึงนัดประชุมเพื่อการร่วมกันตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างที่วิจัย (peer examination)<sup>20</sup>

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มตั้งแต่เก็บรวบรวมข้อมูลจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาแก่นสาระหรือข้อค้นพบที่ได้ในแต่ละครั้ง และเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป เมื่อข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มาเนน<sup>21</sup> ซึ่งมี 6 ขั้นตอนคือ 1) การย้อนกลับไปทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ 2) การค้นหาประสบการณ์ที่เป็นอยู่เสมือนอยู่ในสถานการณ์นั้น 3) การสะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ 4) การเขียนและบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ศึกษา 5) การคงไว้ซึ่งคำหลักสำคัญที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ศึกษา และ 6) การทำให้เกิดความสมดุลในบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาทั้งส่วนย่อยและภาพรวม

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในการศึกษาคครั้งนี้มีทั้งหมด 8 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย เพศชาย 5 ราย มีอายุระหว่าง 15 - 68 ปี ผู้ป่วย 5 คน พักรักษาใน

ไอซียูเป็นเวลา 1 - 5 วัน ผู้ป่วย 2 คน พักรักษาในไอซียูเป็นเวลา 6 - 10 วัน และผู้ป่วย 1 ราย พักรักษาในไอซียูเป็นเวลามากกว่า 10 วัน โรคหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียูเป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจากรถยนต์ 1 ราย บาดเจ็บจากการทำป็นล้น 1 ราย โรคหัวใจล้มเหลว 2 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 2 ราย และติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ทุกรายเสียชีวิตในไอซียู

##### ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลหลักมุสลิม

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักเพศหญิงทั้ง 8 ราย มีอายุตั้งแต่ 37 - 57 ปี ไม่ได้รับการศึกษา 3 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 2 ราย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 2 ราย และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี 1 ราย ประกอบอาชีพ แม่บ้าน 2 ราย ค้าขาย 3 ราย รับราชการครู 1 ราย ทำนา/ทำสวน 1 ราย และรับจ้างทั่วไป 1 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นมารดา 4 ราย เป็นบุตร 2 ราย และเป็นภรรยา 2 ราย ผู้ดูแลหลักไม่มีรายได้ 2 ราย ระยะเวลาที่ทราบผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายและระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายตั้งแต่ 1 - 7 วัน ผู้ดูแลหลัก 6 ราย ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยผู้ดูแลหลักทุกคนรับรู้จากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย นอกจากนี้รับรู้จากคำบอกเล่าของญาติที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยขณะเสียชีวิต 4 ราย และรับรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลเอง 2 ราย

##### ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่รับการรักษาในไอซียู

ผลการศึกษาผู้ดูแลหลักมุสลิมได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาและเสียชีวิตในไอซียู สามารถจัดแบ่งได้ 5 กลุ่ม



1) การเชื่อมต่อกับพระเจ้าด้วยความศรัทธา  
ผู้ดูแลหลักมุสลิมทั้ง 8 ราย สะท้อนถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ผ่านมาในลักษณะของการเชื่อมต่อกับพระเจ้าด้วยความศรัทธา ซึ่งหมายถึงอยู่กับองค์อัลลอฮ์ ผู้ดูแลหลักต้องการให้ผู้ป่วยอยู่กับองค์อัลลอฮ์ตลอดเวลา ไม่ลืมพระองค์ โดยผู้ดูแลหลักจะปฏิบัติการณ์มุัจบให้ผู้ป่วยข้าง ๆ หู (การปฏิญาณตนว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระเจ้าอัลลอฮ์) และต้องการให้องค์อัลลอฮ์อยู่เคียงข้างผู้ป่วยเพื่อให้คุ้มครองผู้ป่วยไม่ให้เจ็บปวดทรมานโดยการอ่านยาซีน(บทสวดในอัลกุรอาน) ตูอาร์(ละหมาดขอพร) นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักต้องการให้องค์อัลลอฮ์อยู่เคียงข้างตนเองด้วย เพื่อให้พระองค์คุ้มครองไม่ให้ล้มป่วย ไม่สบาย มีสุขภาพแข็งแรง มีชอเบา (ความอดทน อดกลั้น) ทำให้ผู้ดูแลหลักมุสลิมสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีในวาระสุดท้ายของชีวิต

“อยากให้เค้าไปสบาย ไม่เจ็บปวด และเป็นที่รักของอัลลอฮ์...กะจะคิดว่าบททดสอบของพระเจ้าที่ให้มาครั้งนี้ มันเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนจะได้เจอนะ...ถ้าเราคิดว่าพระเจ้าอยู่เคียงข้างเราตลอดเวลา ทุกอย่างที่เราคิดว่ารุนแรง พระเจ้าจะทำให้เรารู้จักชอเบา...กะจะดูแลเค้าได้เป็นอย่างดี เพราะกะจะอยากให้เค้าอยู่ในอ้อมแขนของอัลลอฮ์ ไม่เจ็บไม่ปวด ไม่ลืมพระเจ้า ทำหน้าที่ภรรยาเพื่อให้สามีได้พบกับพระเจ้า คิดว่าทำดีที่สุดแล้ว” (กะจิ)

2) การอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจ

ผู้ดูแลหลักมุสลิมทั้ง 8 ราย ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในลักษณะของการอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจที่มีสาเหตุแตกต่างกัน ได้แก่

2.1 คับข้องใจและทุกข์ใจที่ไม่สามารถให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาได้เต็มที่ ผู้ดูแลหลัก 4 ราย ต้องการอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่ลืมพระเจ้าด้วยการมุัจบและอ่านยาซีน แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากไอซียูมีข้อจำกัดในการเยี่ยม ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับการยืดหยุ่นในการเยี่ยมจากพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังรู้สึกทุกข์ใจ

“ตอนนั้นแะร้องให้ทุกวันเลย แะอยากเข้าไปอยู่กับลูก พยาบาลบางคนก็ไม่อนุญาต บางคนก็ให้...อยากเข้าไปอ่านยาซีน มุัจบให้ฟัง...” (แะ)

2.2 สับสนขัดแย้งในการตัดสินใจ ผู้ดูแลหลัก 3 ราย รู้สึกขัดแย้งในใจเนื่องจากไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้านหรือเสียชีวิตที่ไอซียู

“มันสองจิตสองใจไม่รู้จะท่างัยงะ ถ้าไม่มาอยู่ตรงนี้ก็กลัวเหมือนกันว่าต้องทำอย่างไร อยากเอาปะกลับบ้านแต่พี่น้องคนอื่น ๆ ก็ไม่ยอม ทุกคนลงมติว่าให้อยู่โรงพยาบาลต่อให้ตายที่นี่ เผื่อว่าปะมีโอกาสรอด ถึงแม้ว่าจะไม่ฟื้นก็ยังมีโอกาสที่จะได้ทดแทนบุญคุณนะ... มันเป็นการดูแลภายใต้ความสับสน คือ รู้สึกว่าแม่ไม่พอใจ อยากให้ตายที่บ้าน ไม่ต้องเจ็บปวดจากการรักษา แต่ลูก ๆ อยากให้ปะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด” (กะมา)

2.3 รู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำตามเจตนาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลหลัก 2 ราย รู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำตามเจตนาของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยได้บอกความต้องการของตัวเองให้กับผู้ดูแลหลักทราบว่าไม่ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลและใส่ท่อช่วยหายใจหรือทำอะไรที่ทำให้ต้องเจ็บปวด

“กะปะรู้สึกผิดต่อเขานะ เขาเคยสั่งไว้ว่าถึงจะเป็นอะไรไปก็ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนะ เพราะมันเจ็บมาก สิ่งที่เขาขอเป็นครั้งสุดท้าย กะปะก็ทำให้เขาไม่ได้ กะปะเองก็ทนดูเขารอจนจากอาการที่รุนแรงไม่ได้เหมือนกัน คิดว่าต้องการรักษาให้เขาหาย พยายามขอพรจากพระเจ้าให้เขาปลอดภัย...เขาเสียชีวิตไปกับความเจ็บปวด เราทำไม่ได้กับสิ่งที่ผู้ป่วยขอไว้” (กะปะ)

2.4 เสียใจ ผู้ดูแลหลัก 2 รายรู้สึกเสียใจที่ไม่สามารถปฏิบัติตามหลักศาสนาให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้ายได้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งรู้สึกบิบบิ้นทางอารมณ์มากระหว่างการอ่านยาซีน จึงร้องไห้ออกมาทำให้ไม่สามารถอ่านจนจบบทได้ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ต้องการอ่านยาซีนให้ผู้ป่วยฟังด้วยตัวเอง เพราะเชื่อว่าการที่บุตรได้อ่านให้มารดาฟังจะทำให้ได้บุญ และบุญนั้นส่งผลให้มารดาได้เร็วกว่าบุคคลอื่นอ่านให้ฟังแต่ไม่สามารถทำได้เพราะไม่ได้เรียนศาสนามาก่อน

“ก็เสียใจเหมือนกัน ว่าทำไมเราไม่เรียน ทำไมต้องให้คนอื่นมาอ่านให้แม่เราฟัง ตามหลักแล้วการที่ลูกอ่านให้แม่นั้นมันจะดีมากเลยแหละ ที่นี้เราทำตรงนี้ให้แม่ไม่ได้ ก็เสียใจมากเลย” (พีดา)

### 3. การอยู่กับความกลัว

ผู้ดูแลทั้ง 8 ราย เล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในลักษณะของการอยู่กับความกลัว โดยส่วนใหญ่กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตคนเดียวในไอซียู กลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดทรมาน

“พีคิดว่า การดูแลของพีเหมือนการดูแลที่อยู่คู่กับความกลัวมาตลอด พีพยายามข่มความรู้สึกเกี่ยวกับความตายเอาไว้ ทั้ง ๆ ที่มีความกลัวแฝงอยู่...กลัว คิดไปสารพัด ซึ่งพี

คิดว่า ที่ผ่านมาเป็นารดูแลที่อยู่คู่กับความกลัว...ความกลัวของพีมันเป็นความรู้สึกกลัว พีไม่รู้จะอธิบายอย่างไร” (พีดา)

### 4. การทุ่มเทแรงกายแรงใจจนเหนื่อยล้า

ผู้ดูแลหลัก 5 ราย ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในลักษณะของการทุ่มเทแรงกายแรงใจจนเหนื่อยล้า การดูแลผู้ป่วยถือเป็นภารกิจใหม่ที่ต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้น จากการปฏิบัติงานประจำที่ต้องทำในแต่ละวัน จึงเป็นการดูแลภายใต้ความเครียด กังวล ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้ามากขึ้น

“ก็ต้องทำทุกอย่างที่เป็นงานประจำให้เสร็จให้เร็วที่สุด เพื่อที่จะไปหาปะ(พ่อ) เดี่ยวจะหมดเวลาเยี่ยม ได้อยู่กับปะน้อย ความที่ว่าเราต้องทำอะไรเร็ว ๆ ภายใต้ความเครียด มันก็เลยรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ” (กะมา)

### 5. การอยู่กับความหวัง

มีผู้ดูแล 4 ราย ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในลักษณะของการอยู่กับความหวัง ในช่วงแรกผู้ดูแลมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหายและสามารถออกจากไอซียูได้ แต่เมื่ออาการทรุดลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลว มีโอกาสน้อยมาก ทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความหวังเป็นหวังที่จะอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน เจ็บป่วย และเสียชีวิตอย่างสงบ

“พีว่าทุกคนคงหวังเหมือนพี คือหวังให้หายและออกจากไอซียู...แต่สุดท้ายมานั่งนึกถึงความจริง ว่าสุดท้ายทุกคนก็ต้องตายไปพบพระเจ้าเหมือนกันทุกคน แล้วเราจะมัวเสียใจอยู่ทำไม ก็ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ยอมรับการสูญเสีย...ช่วงระยะสุดท้าย พีไม่ยอมให้แม่ทรมาน ไม่ยอมให้เจ็บปวด” (พีดา)

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ดูแลหลักมุสลิมสามารถสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูไว้ 5 ลักษณะ คือ 1) การเชื่อมต่อกับพระเจ้าด้วยความศรัทธา 2) การอยู่ท่ามกลางความทุกข์ใจ 3) การอยู่กับความกลัว 4) การทุ่มเทแรงกายแรงใจจนเหนื่อยล้า และ 5) การอยู่อย่างมีความหวัง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ดูแลหลักเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูในลักษณะของการเชื่อมต่อกับพระเจ้าด้วยความศรัทธา โดยทั่วไปศาสนานิสลามสอนให้มุสลิมทุกคนเชื่อในหลักคำสอนของพระเจ้า<sup>14-15</sup> ตามแนวคิดของศาสนานิสลามถือว่าการเจ็บป่วยเป็นการทดสอบความอดทน ความศรัทธา ความหนักแน่น ความยำเกรงต่อองค์อัลลอฮ์ รวมทั้งต้องแสวงหาวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน<sup>16,22</sup> เมื่อผู้ป่วยที่เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นเป็นหนทางที่จะนำผู้ป่วยใกล้ชิดพระเจ้าและจะได้รับการตอบแทนในชีวิตใหม่<sup>23</sup> ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนความศรัทธาต่อคำสอน โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้อยู่กับองค์อัลลอฮ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การมุัจับ (การปฏิญาณตนของมุสลิมทุกคน ว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์) หรือการอ่านยาซีนทุกครั้งที่มีโอกาสใกล้ชิดผู้ป่วย ซึ่งตามแนวคิดศาสนานิสลาม การมุัจับหรืออ่านยาซีนและอัลกรูอ่าน เชื่อว่าองค์อัลลอฮ์จะทรงคุ้มครอง ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภูตผี ปีศาจ ทำให้จิตใจผู้ป่วยเข้มแข็ง เพิ่มความหวังให้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น และผู้ดูแลต้องมีความอดทนในการดูแลไม่ปล่อยปละหรือทอดทิ้งไม่ดูแลผู้ป่วย<sup>24,25</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การกระทำที่แสดงถึงความศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ คือ การที่ผู้ดูแล

มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณโดยการกระตุ้นให้มีการรำลึกถึงองค์อัลลอฮ์ทุกครั้งที่มีโอกาส<sup>26</sup> และพบว่าความหวังในการระลึกถึงองค์อัลลอฮ์ เพื่อให้ได้รับผลตอบแทนที่ดีในโลกหน้าเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณที่สูงที่สุดในผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้าย<sup>12</sup>

นอกจากนี้ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียู ผู้ดูแลหลักมุสลิมทุกคนมีความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นจากสาเหตุแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลหลัก คับข้องใจที่ไม่สามารถให้การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาได้เต็มที่เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม ซึ่งผู้ดูแลหลักและครอบครัวต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด บางครั้งผู้ดูแลไม่กล้าขออนุญาตเข้าไปอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งตามแนวคิดของศาสนานิสลาม ผู้ดูแลต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อยู่กับพระเจ้า ไม่ลืมพระเจ้า<sup>27</sup> ซึ่งจากเหตุการณ์นี้ทำให้ผู้ดูแลทุกข์ใจอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักรู้สึกสับสนขัดแย้งในการตัดสินใจเรื่องสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเล่าว่าได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งจากแพทย์และพยาบาล ทำให้ตัดสินใจไม่ได้ว่าจะนำผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้ใกล้ชิด ผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัวสามารถกล่าวมุัจับ อ่านคัมภีร์อัลกรูอ่าน โดยเฉพาะบทยาซีน ขออูอาร์ให้ผู้ป่วยตลอดเวลาเพื่อองค์อัลลอฮ์ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นทุกข์<sup>28</sup> ในขณะที่การรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อ ผู้ดูแลหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญจึงเกิดความรู้สึกสับสนขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจ

ผู้ดูแลหลักบางรายรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำตามคำสั่งเสียของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิตได้ เช่นการไม่ต้องการนวดหัวใจ หรือใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เมื่อถึงภาวะวิกฤติ ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมีความหวังว่าผู้ป่วยต้องได้



รับการรักษาที่ดีจากแพทย์และอาจหายป่วยได้นอกจากนี้ตามหลักศาสนาอิสลาม องค์อัลลอฮ์ส่งเสริมให้แสวงหาการรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย<sup>29</sup> จึงตัดสินใจพาผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เมื่อโรคไม่สามารถให้หายได้และเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษา ผู้ดูแลหลักจึงให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในไอซียูในลักษณะของความทุกข์ใจและรู้สึกผิด นอกจากนี้ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลบางคนเสียใจที่ไม่สามารถอ่านซูเราะห์ยาศีนให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งซูเราะห์ยาศีนเป็นบทสวดหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอานที่มีความสำคัญ ช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจของบรรดาผู้ศรัทธาได้อย่างมาก และสาระสำคัญที่กล่าวถึงในซูเราะห์คือ เรื่องของการฟื้นคืนชีพในโลกหน้า<sup>30</sup> เชื่อว่าบทสวดยาศีนจึงเหมาะที่จะอ่านให้ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตได้ฟัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่เคียงข้างพระเจ้าและเชื่อว่าจะบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเสียชีวิตได้<sup>29</sup> อย่างไรก็ตามเมื่อถึงช่วงเวลาของการสูญเสีย ผู้ดูแลบางรายรู้สึกบิบบั่นทางอารมณ์จากความรู้สึกพลัดพรากที่กำลังจะเกิดขึ้น ขณะที่บางรายไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้ไม่สามารถอ่านยาศีนได้ จึงรู้สึกเสียใจที่ไม่สามารถส่งสุดท้ายที่เป็นบุญใหญ่แก่ผู้ป่วยได้

ผู้ดูแลหลักสะท้อนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในลักษณะของการมีชีวิตอยู่กับความกลัว ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต กลัวสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นสถานการณ์พลัดพรากที่เกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด<sup>9</sup> ผู้ดูแลหลักจึงมีความกลัวต่อการสูญเสียตลอดระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย<sup>7</sup> ขณะเดียวกันการดูแลผู้ป่วยถือเป็นภารกิจใหม่ที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้น

จากการปฏิบัติงานประจำที่ต้องทำในแต่ละวันเมื่อทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายผู้ดูแลหลักจึงทุ่มเทร่างกายแรงใจทำทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด จนไม่สนใจดูแลตนเองและรู้สึกเหนื่อยล้าสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลไทยพุทธที่ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู พบว่ามีความรู้สึกเครียด ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความตายและหมดแรงที่ต้องทำงานประจำ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ<sup>6</sup> และการศึกษาของสุไฮดาร์กิตติกรและ ประณีต<sup>31</sup> ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายเป็นระยะเวลาอันส่งผลให้ผู้ดูแลหลักอ่อนล้าด้านร่างกายและจิตใจ

แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้าย แต่พบว่าผู้ดูแลหลักเล่าถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในลักษณะของการอยู่อย่างมีความหวัง ความหวังที่เกิดขึ้นมีการปรับเปลี่ยนตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในระยะแรกผู้ดูแลหลักหวังให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย แต่เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ดูแลหลักหวังให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมานสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวนิดา กิตติกร และ พัชรียา<sup>9</sup> ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายได้ให้ความหมายของประสบการณ์ที่มีสมาชิกอยู่ในระยะวิกฤตใกล้ตายไว้ว่า เป็นการอยู่อย่างมีความหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นฟื้นขึ้นมา และการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสมาชิกของครอบครัวไทยพุทธที่เสียชีวิตอย่างสงบในไอซียู พบว่าในช่วงสุดท้ายของชีวิต ความหวังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจากหวังว่าจะให้หาย หวังว่าจะมีสิ่งปาฏิหาริย์เกิดขึ้น เป็นการสร้างความหวังภายใต้กฎแห่งกรรม โดยหวังว่าให้กรรมดีที่ทำช่วยให้มีชีวิตอยู่ แต่ถ้าไม่ไหวก็หวังให้เสียชีวิตอย่างสงบ<sup>6</sup>

## ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ดูแลหลักมุสลิมที่ร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับความต้องการและความเชื่อ และสามารถใช้พัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมใน ระยะสุดท้ายบนพื้นฐานการดูแลทางวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. พยาบาลควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ความศรัทธาของตน

2. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยแก่ครอบครัวและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลได้อย่างเหมาะสม

3. พยาบาลควรประเมินความต้องการอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

4. สอบถามความต้องการด้านความเชื่อทางศาสนา และประสานงาน จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนาในระยะสุดท้าย เช่น การอ่านยาซีน(บทสวดในอัลกุรอาน) ดูอาร์(ละหมาดขอพร) เป็นต้น

### ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดทำเนื้อหาเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลในมิติทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาอิสลามในการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล เพื่อให้เห็นความสำคัญ และให้ตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมตามหลักการศาสนาอิสลาม

## ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยเชิงทดลองการให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตระยะสุดท้ายต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลหลัก

2. ศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

## บรรณานุกรม

1. ดุสิต สถาวร. Overview of end-of-life care in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธุ์, บรรณาธิการ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of life care: Improving care of the dying. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. 1- 6.
2. Curtis JR. Caring for patients with critical illness and their families: The value of the integrated clinical team. Respir Care 2008; 53(4): 480-7.
3. ปิ่น ศรีประจิตติชัย, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ดนัย อุดมพรวิวัฒน์, สุภาวดี สธิรเศรษฐทวี, เทวรักษ์ วีระพัฒนานนท์, ปวีณา บุญบุรพงค์. ความหลากหลายของผู้ป่วยและผลการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทางศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: รายงานเบื้องต้น. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545; 46(3): 269-79
4. Cook D, Ricker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. Can J Anaesth 2004; 51(3): 266-72.
5. อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานัต และวิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียูในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1): 41-55.
6. Kongsuwan W, Chaipetch O. Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in the intensive care. Int J Palliat Nurs 2011; 17(7): 329-36.

7. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(5): 254-61.
8. Zeilani R, Seymour JE. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26: 175-84.
9. ยูนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานัต และพัชรียา ไชยลังกา. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(4): 33-43.
10. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nurs Crit Care* 2012; 17(3): 151-9.
11. นิการิหะมะ นิจินิการิ, อรัญญา เขาวลิต และอุไร หักกิจ. การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2551; 26(5): 431-9.
12. อนงค์ ภิบาล. ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้เฒ่า]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
13. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต The end of life care. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์; 2555.
14. Ross HM. Islamic tradition at the end of life. *Medsurg Nurs* 2001; 10(2): 83-7.
15. อุทัย เอกสะพัง. ศาสนากับจิตวิทยา. ปัตตานี: ภาควิชาปรัชญาและศาสนา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
16. วรัญญา เพ็ชรคง. ทศนะเรื่องความตายในศาสนาอิสลาม. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาตชาย มุกสง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง, สมิทธิ์ ถนอมศาสนะ, ประชาธิป กะทา, และคณะ บรรณาธิการ. *วัฒนธรรมความตายกับวาระสุดท้ายของชีวิต*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550. หน้า 235 - 7.
17. ดำรงค์ แวอาลี. องค์รวมแห่งชีวิตและสุขภาพตามแนวคิดศาสนาอิสลามและทัศนคติในเรื่องความตาย. ใน: ภักธร ช่วยคุณูปกร, บรรณาธิการ. *รวบรวมองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547. หน้า 52-72.
18. มานิต ศรีสุรภาพานนท์และจำลอง ดิษยวิช. การตายและภาวะใกล้ตาย. ใน: มานิต ศรีสุรภาพานนท์และจำลอง ดิษยวิช, บรรณาธิการ. *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2542. หน้า 421-32.
19. Morse JM. Strategies for sampling. In: Morse JM, editor. *Qualitative nursing : A contemporary dialogue*. Revised ed. Newbury Park, CA: Sage; 1991.
20. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
21. Van Manen M. *Researching lived experience human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: State University of New York; 1990.
22. ดำรง แวอาลี, บรรณาธิการ. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์; 2547.
23. เสาวนีย์ จิตต์หมวด. *วัฒนธรรมอิสลาม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ทางนำ; 2535.
24. ญะมัล ไกรชิต. *มารยาทมุสลิม เล่ม 3. พระนครศรีอยุธยา: สำนักพิมพ์สายสัมพันธ์; 2553.*
25. อาคิส พิทักษ์कुมล. *ชีวิต ความเจ็บป่วยและความตาย*. ใน: ลักษมี ชาญเวชซ์, บรรณาธิการ. *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์; 2547. หน้า 91-9.
26. จิตสิริ ปรียวาณิชย์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และวิภาวี คงอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจที่ก่อให้เกิดสถานการณ์ความเครียด การรับรู้ความต้องการด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่เข้าช่วยเหลือหายใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2550; 25(6): 471-80.

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาในไอซียู

27. Cheraghi MA, Payne S, Salsali M. Spiritual aspects of end-of-life care for Muslim patients: experiences from Iran. Int J Palliat Nurs 2005;11(9):468 – 74.
28. พิเชษฐ กาลามเกษตร. แนวคิดของอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ในมรณวิถึ. ใน: เมตตานนโทภิกขุ, บรรณาธิการ. ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที.เอ็น.พี พรินติ้ง; 2548. หน้า. 125-58.
29. มูรีด ทิมะเสน. ใครว่าการเป่ารักษาไม่มีในอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540.
30. บรรจง บินกาซัน. ชีวิตหลังความตาย. กรุงเทพมหานคร: อัล อะมีน; 2543.
31. สุไฮดาร์ แวแต๊ะ, กิตติกร นิลมานัต และประณีต ส่งวัฒนา. ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2552; 24(4): 95-109.

## Muslim Primary Caregivers' Experience in Caring for Terminal-Stage Critically Ill Patients in the ICU Ward

Narisa Sahmaae, M.NSc. (Nursing)\*\*

Kittikorn Nilmanat, PhD(Nursing)\*\*\*

Waraporn Kongsuwan, PhD(Nursing)\*\*\*

**Abstract:** **Objective:** To describe and explain the experience of Muslim primary caregivers in caring for terminal-stage (end stage of life) critically ill patients in the ICU ward.

**Design:** Phenomenological study

**Implementation:** The informants were 8 Muslim primary caregivers with experience in caring for terminal-stage critically ill patients who had been treated and finally died in the ICU ward of one of Southern Thailand's hospitals. Data were collected by means of individual in-depth interviews and analysed based on Van Manen's phenomenological approach. Trustworthiness of this study was enhanced according to Lincoln & Guba's criteria, which included reflective writing, verification of data with the informants and cross-verification of analysis results by research teams.

**Results:** The experience of Muslim primary caregivers in caring for terminal-stage critically ill patients was associated with 5 domains: (1) connecting to God (Allah) via faith; (2) coping with depression; (3) coping with fear; (4) exerting physical and mental power to the point of exhaustion; and (5) living with hope.

**Recommendations:** The study results may be used as a guideline for Muslim primary caregivers to look after terminal-stage critically ill patients in accord with their needs and belief, and could be applied to develop a culture-based holistic caregiving method for terminally ill patients.

*Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(4) 31-43*

**Keywords:** experience; Muslim primary caregivers; critically ill patients; terminal-stage (end stage of life); ICU

---

\*Thesis submitted in partial fulfillment of the Master of Nursing Science in Adult Nursing degree

\*\*Corresponding Author: Registered nurse, Narathiwassarakorn hospital, Narathiwassarakorn, Email: ducky\_2518@hotmail.com

\*\*\*Assistant Professor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University