กระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

Surrogates' Decision Making Process Regarding Treatments for Critically Il-lElderly Muslim Patients at the End Stage of Life

ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ[1], กิตติกร นิลมานัต[2], วราภรณ์ คงสุวรรณ[2]
Latifah Jehloh[1], Kittikorn Nilmanat[2], Waraporn Kongsuwan[2]

(Received: May 10, 2019; Revised: June 4, 2019; Accepted: June 10, 2019)

RETRACTED

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรมจากผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัดจำนวน 120 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจ 3 ขั้นตอน ค่าความเที่ยง Alpha's Cronbach เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่าการตัดสินใจในขั้นตอนการรับทราบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างสอบถามทีมสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมากที่สุด (M = 3.28, S.D. = 1.06) รองลงมาคือความเป็นไปได้ในการหายของโรค (M = 3.14, S.D. = 1.05) ขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพิจารณาในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา (M = 3.98, S.D. = 0.03) รองลงมาคือความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (M = 3.94, S.D. = 0.06) และขั้นตอนของการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์จากความคิดเห็นจากครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้มากที่สุด (M = 3.75, S.D. = 0.48) รองลงมาคือวิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.46, S.D. = 0.71) ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามขั้นตอนครบทุกขั้นตอนเป็นส่วนใหญ่ ผลการวิจัยนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและการวางแผนการดูแลที่มีความสอดคล้องกับความเชื่อและภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: กระบวนการตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจแทน มุสลิม วิกฤต ระยะท้าย

Abstract

This descriptive research aimed to study the steps in thedecision-making processfrom surrogates regarding treatment for critically ill patients at the ending stage of life, in a Muslim cultural context. Convenienceсampling was used to select 120 surrogates of patients from Muslim cultural background who have been treated in the internal medicine intensive care unit and medical ward in 5 southern province hospitals. Information collected consisted inquestionnaires on demographic data, as well as on 3 different decision-making processes. Alpha's Cronbach coefficient for instrument was 0.87. Descriptive statistics was used for data analysis.

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
[1] Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Results revealedthatstep of the decision-making process regarding information acknowledgement; asking about symptom information, was rated the most (M = 3.28, S.D. = 1.06), followed by disease prognosis (M = 3.14, S.D. = 1.05). In the step of data analysis, religious belief was rated the most (M = 3.98, S.D. = 0.03), followed by patients' needs (M = 3.94, S.D. = 0.06), identify the criteria in decision and alternatives in treatment (M = 3.75, S.D. = 0.48), as well as analysis of family relationship after the decision making(M = 3.46, S.D. = 0.71). Surrogate decision-makers did all steps of the decision-making process. Findings from this study might be useful to develop guidelines to provide health information to support decision making and to develop care plan that is consistent with cultural context and background of patients and family.

Keywords: Critical life, Decision making process, End of life, Muslim, Surrogates

RETRACTED

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่สุขภาพเสื่อมถอยลง โดยพบว่าผู้สูงอายุมักป่วยโรคเรื้อรังและเจ็บป่วยโรค และส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาครอบครัว (Anuruang, 2017) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมหลายโรคจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากสภาวะของโรคที่มีความสลับซับซ้อน ผู้สูงอายุมักมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ และอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต (Rodrigues, Huber & Lamura, 2017) ซึ่งในภาวการณ์ดังกล่าว ผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่สามารถตัดสินใจได้เองเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลงรุนแรงลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ขาดสติสัมปชัญญะ จึงไม่สามารถที่จะสื่อสารเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในระยะท้ายได้ (Kaspers, Onwuteaka-Philipsen,Deeg & Pasman, 2013) คนในครอบครัวหรือผู้ที่ผู้ป่วยเลือกจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วย (Wallace, 2015)

การตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตเป็นกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันพิจารณาถึงทางเลือกในการรักษาในภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Thelen, 2005) ซึ่งรูปแบบการตัดสินใจมีหลายลักษณะ เช่น หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (advanced directive) การระบุถึงการตัดสินใจไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ การยับยั้งหรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เช่นการใช้ยาปฏิชีวนะ หรือยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ เป็นต้น กระบวนการตัดสินใจในระยะสุดท้ายเกิดจากการที่พบเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ปัญหาที่พบบ่อยของครอบครัวในการตัดสินใจในระยะสุดท้าย ร่วมกับบทบาทของพยาบาลในการให้การช่วยเหลือในการตัดสินใจระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของ Thelen (2005) ได้ 4 ขั้นตอน คือ 1) รับทราบข้อมูลจริงเพื่อนำมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต 2) การคิดวิเคราะห์ความเจ็บป่วยว่ามีผลอย่างไรต่อผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่ได้จากการตัดสินใจ 3) การวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียของการตัดสินใจในแต่ละทางเลือก 4) การตัดสินใจเลือกการรักษาซึ่งจะสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย (Thelen, 2005)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตในประเทศไทยมีน้อย โดยพบการศึกษาเรื่องการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวไทยพุทธ โดยการสัมภาษณ์ของ มานะ สุรการ, เชาวลิต สุทธิรังษี, อิสระ มาลัย และกีเดน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 51.9 ตัดสินใจยุติการรักษา และร้อยละ 28.6 ต้องการให้แพทย์หรือญาติตัดสินใจแทน ขณะที่ร้อยละ 19.5 ตัดสินใจรับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Manasurakarn, Chaowalit, Suttharangsee, Isaramalai, & Geden, 2008) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนิจินิการี เชาวลิต

และหัถกิจ (Nijinikaree, Chaowalit, & Hatthakit, 2008) เรื่องการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิม ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษา มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 6.4 – 9.3) ตัดสินใจรับการรักษาต่อ กลุ่มตัวอย่างเลือกให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทนร้อยละ 1.9 – 5.1 และร้อยละ 1.9 – 3.5 ให้บุคคลในครอบครัวตัดสินใจแทน อย่างไรก็ตามการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ/หรือครอบครัว โดยการสัมภาษณ์การตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง ซึ่งผลการศึกษาอาจจะแตกต่างจากการตัดสินใจหากสัมภาษณ์ขณะผู้ตอบอยู่ในสถานการณ์จริง

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะท้ายในผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยมีน้อย กลิ่นมาลี, คงสุวรรณ และ มานะ สุรการ (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและผลจากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตไทยพุทธในระยะท้ายของชีวิตจำนวน 120 ราย พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 และตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบายร้อยละ 68.3 (Klinmalee, Kongsuwan & Manasurakarn, 2015) นอกจากนี้พบการศึกษาเชิงคุณภาพของแร่ทอง (Raetong, 2016) เรื่องประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการยุติการรักษาเพื่อยุติชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลและคำแนะนำในการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และต้องการให้มีการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ซึ่งทั้งสองงานวิจัย เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ

อย่างไรก็ตามกระบวนการตัดสินใจในระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลายๆด้าน เช่น วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ ซึ่งความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการเลือกตัดสินใจในการยุติหรือยืดการรักษา (Abu-El-Noor & Abu-El-Noor, 2014) นักวิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้าย ซึ่งชาวมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตว่าเป็นสิ่งที่มีค่า ชาวมุสลิมต้องรักษาร่างกายให้เกิดความปลอดภัยและเป็นปกติแม้ว่าร่างกายนั้นจะไม่ใช่กรรมสิทธิ์ของตนหากแต่เป็นของพระเจ้า (Mobasher et al., 2014) โดยศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการปฏิบัติตามขั้นตอนของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนในการส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทนสามารถปฏิบัติในขั้นตอนกระบวนการตัดสินใจได้ด้วยดี สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตของการตัดสินใจและช่วยลดหรือป้องกันความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตอันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน ครอบครัวรวมทั้งทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบุคคลในครอบครัวที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัว 2) เป็นผู้มีอำนาจหลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัด 5 จังหวัดตอนล่างของภาคใต้ 3) รับรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตโดยแพทย์ผู้รักษาและได้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว 4) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

RETRACTED

และนับถือศาสนาอิสลาม และ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการจากตารางการหา population โดยวิธี convenience sampling ของ Polit & Beck (2012) พบว่าถ้าจำนวน population ทั้งหมดประมาณ 500 คนจะต้องเลือก convenience sampling ประมาณจำนวน 100 คน สามารถอ้างอิงไปยังประชากรและเป็นตัวแทนที่ดีในการศึกษาเชิงบรรยาย การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แต่เพื่อป้องกันการไม่ตกลงเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 24 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต มีจำนวน 11 ข้อ

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต มีจำนวน 13 ข้อ

3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของกลิ่นมาลี (Klinmalee, 2015) มาปรับให้เข้ากับบริบทของศาสนาอิสลามแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนในระยะสุดท้าย มีจำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การรับทราบข้อมูล จำนวน 8 ข้อ 2) การคิดวิเคราะห์ จำนวน 12 ข้อ และ 3) การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่ได้ (0 คะแนน), น้อย (1 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน), มาก (3 คะแนน), และ มากที่สุด (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามการปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงของเครื่องมือ (CVI = 1)

2) ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Content reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองเก็บข้อมูล (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. นราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Alpha's Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.865

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล

1.1 จัดทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษา เพื่อขออนุญาตในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

RETRACTED

2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยจะสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากยอดผู้ป่วยและสอบถามจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นตัวอย่างในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่างและประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจึงให้พยาบาลประจำการแนะนำตัวผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤติสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัย และนัดเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลาที่นัด และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาหรือจากการอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในข้อคำถามสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018- EL 001 จากนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่จะศึกษา โดยเริ่มจากการขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่างและประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจะเริ่มด้วยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงระยะเวลาของการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และจะอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียด ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ แต่หากยินดีเข้าร่วมก็สามารถตอบตกลงด้วยวาจาหรือลงนามก็ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะสามารถแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามได้อย่างอิสระ สามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ และในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าไม่พร้อม สามารถหยุดการตอบแบบสอบถามชั่วคราว และผู้วิจัยจะคอยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและอยู่เป็นเพื่อน จนกลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีขึ้นและพร้อมจะตอบแบบสอบถามต่อ แต่หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือยังไม่พร้อมที่จะตอบแบบสอบถามให้เสร็จในคราวเดียว ผู้วิจัยจะขอนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถามในครั้งต่อไป แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ก็สามารถทำได้ตลอดเวลาตามต้องการโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่างและแผนการรักษาตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตและผู้ตัดสินใจแทนโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ และวิเคราะห์การปฏิบัติตามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

RETRACTED

ผลการวิจัย

ได้นำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทน ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.43 มีอายุระหว่าง 60-90 ปี อายุเฉลี่ย 74.6 กว่ากึ่งหนึ่งร้อยละ 53.33 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดติดเชื้อ รองลงมาคือไตวายระยะสุดท้ายร้อยละ 45.83 ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.83 มีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยโรคที่เป็นมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิตร้อยละ 62.5 [illegible]แสดงเจตจำนงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลล่วงหน้า

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต

กลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต [illegible]วน 120 คน ส่วนมาก ร้อยละ 68.33 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 44.05 ปี [illegible] ร้อยละ [illegible] มีสถานภาพสมรสคู่ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.83 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ตัดสินใจแทนฯ ร้อยละ 71.67 เป็นบุตรของผู้ป่วย และ ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.17 [illegible]มีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต และการตัดสินใจครั้งนี้ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 59.[illegible]

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสิน[illegible]ของ[illegible]สินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวน[illegible]ารตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 3 ขั้น[illegible]อน [illegible] [illegible]ราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกโดยพบว่าการปฏิบัติด้านการรับ[illegible]ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างใช้สูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับมาก คือ สอบถามบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย (M = 3.28, S.D. = 1.06) ความเป็นไปได้ในการหายของโรค (M = 3.14, S.D. = 1.05) และการดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็น (M = 2.69, S.D. = 0.95) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตและ/หรือยุติชีวิตน้อยที่สุด (M = 1.19, S.D. = 0.55) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจด้านการรับทราบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ

กระบวนการตัดสินใจด้านการรับทราบข้อมูล	M	S.D.
อาการของผู้ป่วย	3.28	1.06
ความเป็นไปได้ในการหายของโรค	3.14	1.05
การดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็น	2.69	0.95
ความรุนแรงของโรคผู้ป่วย	2.66	1.08
แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน	2.52	1.01
อาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต	2.45	0.88
ผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	2.33	0.97
แนวทางการรักษาเพื่อยืดชีวิตและ/หรือยุติชีวิตผู้ป่วย	1.19	0.55

RETRACTED

การปฏิบัติด้านการคิดวิเคราะห์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้สูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับมาก คือ การพิจารณาถึงความเชื่อทางศาสนา (M = 3.98, S.D. = 0.03) ความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (M = 3.94, S.D. = 0.06) และความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (M = 3.83, S.D. = 0.32) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างพิจารณาเกี่ยวกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยน้อยที่สุด (M = 2.07, S.D. = 1.07) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจด้านการคิดวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ

กระบวนการตัดสินใจด้านการคิดวิเคราะห์	M	S.D.
ความเชื่อทางศาสนา ชีวิต ความตายและสถานที่ตายเป็นกำหนดของพระเจ้า	3.98	0.03
ความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	3.94	0.06
ความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ	3.83	0.32
ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ	3.65	0.48
การแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย	3.52	0.82
ประโยชน์สูงสุดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย	3.41	1.04
ความไม่เกิดประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย	2.96	1.05
ผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย	2.89	0.92
ความเป็นไปได้ในการหายจากโรคของผู้ป่วย	2.64	1.01
คุณภาพชีวิตของการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย	2.60	1.04
ความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย	2.54	1.08
ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย	2.07	1.07

สำหรับกระบวนการตัดสินใจด้านการเลือก พบว่าด้านการกำหนดและวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างได้นำปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับมาก คือ วิเคราะห์ความคิดเห็นจากครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.75, S.D. = 0.48) วิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.46, S.D. = 0.71) และวิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.39, S.D. = 0.73) ขณะที่กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ถึงแหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือน้อยที่สุด (M = 1.84, S.D. = 0.87) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจด้านการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ

กระบวนการตัดสินใจด้านการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก	M	S.D.
ความคิดเห็นจากครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	3.75	0.48
สัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	3.46	0.71
ผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	3.39	0.73
ผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกที่ได้คิดไว้	3.2	0.79
ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือกที่ได้คิดไว้	2.65	0.83
ความคิดเห็นจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้	2.53	1.01
แหล่งสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ	1.84	0.87

RETRACTED

อภิปรายผล

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์ และการปฏิบัติในขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก มีข้อพิจารณา ดังนี้

การปฏิบัติในขั้นตอนการรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านอาการของผู้ป่วย (M = 3.28, S.D. = 1.06) และความเป็นไปได้ในการหายจากโรค (M = 3.14, S.D. = 1.05) เนื่องจากอาการและความเป็นไปได้ในการหายของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงโอกาสในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับต่อไป ถ้าอาการของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น การเลือกแนวทางการรักษาก็จะมีความแตกต่างกับอาการของผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเลอแคลร์และคณะ (Leclaire et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ข้อมูลที่ผู้ตัดสินใจแทนและครอบครัวต้องการทราบในภาวะวิกฤตเพื่อตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยต่อไปคือ ข้อมูลเกี่ยวกับยาและการผ่าตัดที่ได้รับ การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสการรอดชีวิตและการเสียชีวิต ความเป็นไปได้ในการรักษาแต่ละแนวทางเลือก และการรักษาที่สามารถทำได้ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย การเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือมีความจำเป็นมากต่อผู้ป่วยในการที่จะสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความเป็นไปได้ของการรักษาและการเสียชีวิต รวมทั้ง ทางเลือกในการรักษาที่ได้รับ (Docherty et al., 2008) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ตัดสินใจแทนหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความต้องการข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Kanchanachari, Sirapo-ngam, & Monkong, 2017; Puetong, 2016) ซึ่งมีความสอดคล้องกับผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยพุทธที่จะมีการสอบถามอาการผู้ป่วยปัจจุบันและที่สำคัญลงมาคือแผนการรักษาปัจจุบันและอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต (Klinmalee, Kongsuwan & Manasurakarn, 2015)

การปฏิบัติในขั้นตอนการคิดวิเคราะห์พบว่าผู้ตัดสินใจแทนได้พิจารณาสูงสุดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย (3.98) ความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (3.94) ความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ (3.83) ความเชื่อของชาวมุสลิมเกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตายมีอิทธิพลมากต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการตัดสินใจในการยุติหรือถอดชีวิตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับทุกคน แต่มุสลิมมีความเชื่อว่าการตายจะเป็นหนทางเดียวที่จะเข้าหาพระเจ้า มุสลิมที่เป็นผู้ศรัทธาจึงมีความเชื่อที่ว่าการตายเป็นเพียงแค่การเปลี่ยนผ่านจากโลกอันหนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่งเท่านั้น และดีใจที่ได้เข้าหาและกลับสู่พระเจ้า ดังนั้นมุสลิมจะค่อนข้างยอมรับโชคชะตาที่เกิดจากความประสงค์ของพระเจ้าอย่างง่ายดาย ดังมีผู้นำทางศาสนาได้กล่าวว่า จงใช้ชีวิตอย่างที่คิดว่าจะอยู่บนโลกนี้ตลอดไปแต่ต้องคาดหวังว่าจะสามารถเสียชีวิตได้ทุกเมื่อเช่นเดียวกัน (Varisco, 2011) ต่อมาคือความปรารถนาและความเชื่อของผู้ป่วย สอดคล้องกับการแนวคิดการเคารพสิทธิของผู้ป่วย (patient autonomy) ในศาสนาอิสลามค่อนข้างที่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องนี้จะเห็นได้จากมีความเชื่อจากพระคัมภีร์อัลกุรอ่านกล่าวว่าการช่วยชีวิตคนแม้เพียงหนึ่งคนก็ถือว่าได้ช่วยเหลือชีวิตประชาชาติ ในขณะที่บุคคลใดไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ในการดูแลตัวเองหรือการตัดสินใจเพื่อตัวเอง อำนาจหน้าที่นั้นตกเป็นของผู้ที่มีความสามารถในการช่วยชีวิตและคนดังกล่าวสมควรได้รับการถูกปกป้องให้ดีที่สุด (Mobasher et al., 2014) โดยปกติมุสลิมทุกคนจะต้องเสียชีวิตด้วยการกล่าวประโยคที่ว่า “ไม่มีพระเจ้าองค์ใดนอกจากอัลลอฮ และนบีมูฮัมหมัดคือรอซูลของพระองค์” ด้วยตัวเองก่อนเสียชีวิต แต่เมื่อผู้ป่วยไม่มีสติก่อนเสียชีวิตและไม่สามารถกล่าวคำนี้ด้วยตัวเอง ถือเป็นความรับผิดชอบของญาติผู้ป่วยหรือครอบครัวในการกระซิบคำนี้ให้ผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต (Schultz, Baddarni, & Bar-Sela, 2012) สอดคล้องกับผู้ตัดสินใจแทนชาวพุทธที่ยึดถือความเชื่อและคุณค่าของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รองลงมาคือศาสนา และความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา (Klinmalee, Kongsuwan & Manasurakarn, 2015)

RETRACTED

การปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจในขั้นตอนของการกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกสำหรับกระบวนการตัดสินใจทางเลือก พบว่าด้านการกำหนดและวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างได้นำปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรกและอยู่ในระดับมาก คือ วิเคราะห์ความคิดเห็นจากครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.75, S.D. = 0.48) วิเคราะห์ถึงสัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.46, S.D. = 0.71) และวิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวเกี่ยวกับทางเลือกที่ได้คิดไว้ (M = 3.39, S.D. = 0.73) จะเห็นได้ว่ามุสลิมให้ความสำคัญกับครอบครัวเนื่องจากเอกลักษณ์ของสังคมมุสลิมคือการให้ความสำคัญกับครอบครัวและถือเป็นสถาบันที่สำคัญ เนื่องจากครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดีและการมีสังคมที่ดี มุสลิมเชื่อว่าการสร้างสังคมประชาชาติมุสลิมที่ดีต้องสร้างที่ครอบครัวก่อน ถึงแม้ว่าสังคมภายนอกจะเลวร้ายแค่ไหนแต่ถ้าสถาบันครอบครัวมีความแข็งแกร่งแน่นแฟ้น ทุกอย่างก็ผ่านไปด้วยดี ซึ่งชาวมุสลิมเชื่อว่าการเป็นครอบครัวขยายจะทำให้เกิดผลดีในด้านของความมั่นคง ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น แหล่งให้ความช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและจิตใจเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น (Dhami & Sheikh, 2000) ทำให้ครอบครัวมุสลิมโดยส่วนใหญ่จะอยู่เป็นกลุ่มใหญ่จะไม่ค่อยแยกตัวไปอยู่ตามลำพัง แม้จะเป็นครอบครัวขยายแต่หากมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวสมาชิกทุกคนก็จะหันมาปรึกษาหารือหาแนวทางร่วมกันเสมอ (Attum & Shamoon, 2019) สังคมมุสลิมให้ความเคารพเกี่ยรติตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จะให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในบ้าน ปู่ ยา ตา ยาย เนื่องจากท่านทั้งหลายนี้ร่วมเหตุการณ์ในการดำเนินชีวิตอีกทั้งยังเป็นศูนย์รวมจิตใจของลูกหลาน อีกทั้งอิสลามมองว่าการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการเฝ้าดูลูกหลานของตนจากรุ่นสู่รุ่นเป็นของขวัญที่พระเจ้ามอบให้ (Dhami & Sheikh, 2000) ผู้ป่วยมุสลิมสามารถต่อสู้กับความเจ็บป่วดในระยะสุดท้ายที่บ้านได้ค่อนข้างดีเนื่องจากสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวที่ตนรักที่มีความผูกพันแน่นแฟ้นและศรัทธาในศาสนาและพระเจ้าอย่างมาก บวกกับความเชื่อทางศาสนาที่ลูกหลานต้องช่วยกันดูแลพ่อแม่ที่ป่วยอย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายมีความต้องการที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (Elshamy, 2017) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klinmalee et al. (2015) กล่าวว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยชาวพุทธจะปรึกษาและรับฟังความคิดเห็นของครอบครัว มีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก พร้อมทั้งข้อดีข้อเสียในแต่ละทางเลือก

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติตามขั้นตอนการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตของผู้ตัดสินใจแทนที่เป็นมุสลิม โดยพบว่าผู้ตัดสินใจมีการปฏิบัติตามขั้นตอนครบทุกขั้นตอนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยในการตัดสินใจในแต่ละกระบวนการของการตัดสินใจจะมีความแตกต่างกัน โดยในขั้นตอนของการรับทราบข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับ อาการของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ในการหายของโรค และการดำเนินโรคและผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยจากโรคที่เป็น สำหรับขั้นการคิดวิเคราะห์ทางเลือกส่วนใหญ่จะคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนาความปรารถนาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และความเชื่อและคุณค่าหรือสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและขั้นตอนการวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือกจะคำนึงถึงความคิดเห็นจากครอบครัว สัมพันธภาพที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว และผลที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว ดังนั้นทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยปัจจุบัน การพยากรณ์ของโรคที่เป็นต่อตัวผู้ป่วย อีกทั้งต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับศาสนาและความเชื่อที่ผู้ป่วยนับถือ สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา โดยการประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยทุกกระบวนการ เพราะทุกการตัดสินใจหรือทุกทางเลือกย่อมส่งผลกระทบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยทั้งสิ้น

RETRACTED

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลให้พยาบาลรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบว่าผู้ตัดสินใจแทนได้ตัดสินใจแทนภายใต้กระบวนการหรือขั้นตอนของการตัดสินได้แก่ การรับทราบข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก และสามารถนำข้อมูลนี้มาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต

2. เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับประเด็นการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต

3. เป็นแนวทางในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุไทยมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตอย่างครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือในด้านของภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้น เนื่องจากมีข้อคำถามบางข้อเมื่อนำไปสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเข้าใจถึงความหมายของคำถามซึ่งผู้วิจัยจะต้องปรับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2. ควรมีการทำวิจัยศึกษาเจาะลึกในข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการคิด การตัดสินใจ รวมทั้งเหตุผลหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้ตัดสินใจแทนนำมาพิจารณาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุไทยมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

รายการอ้างอิง (References)

Abu-El-Noor, N. I., & Abu-El-Noor, M. K. (2014). End of Life Decisions: An Islamic Perspective. *Online Journal of Health Ethics, 10*(1).

Anuruang, S. (2017). Multimorbidity in older persons: situation, challenge issues, and care management. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 29*(2), 1-14.

Attum, B., & Shamoon, Z. (2019). Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing-. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493933/

Dhami, S., & Sheikh, A. (2000). The Muslim family predicament and promise. *Western Journal of Medicine, 173*(5), 352-356.

Docherty, A., Owens, A., Asadi-Lari, M., Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. (2008). Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative Medicines, 22*(2), 153-171. doi: 10.1177/0269216307085343.

Elshamy, K. (2017). Cultural and ethical challenges in providing palliative care for cancer patients at the end-of-life. *Palliative Medicine and Hospice Care, 1*, 75-84. doi: 10.17140/PMHCOJ-SE-1-116.

Kanchanachari, O., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2017). Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specifc setting for palliative care. *Ramathibodi Nursing Journal, 23*(3), 328-343

Kaspers, P.J., Onwuteaka-Philipsen,B. D., Deeg, D.J.H., & Pasman , H. R.W. (2013). Decision-making capacity and communication about care of older people during their last three months of life. *BMC Palliative Care, 12*(1). DOI: 10.1186/1472-684X-12-1.

RETRACTED

Klinmalee, P. (2015). *Surrogates' Decision Making and Its' Outcomes Regarding Treatments for Buddhist Critically Ill Patients at the End Stage of Life*. Prince of Songkla University, Songkhla. (in Thai)

Klinmalee, P., Kongsuwan, W., & Manasurakarn, J. (2015). Surrogates' Decision Making and Its' Outcomes Regarding Treatments for Buddhist Critically Ill Patients at the End Stage of Life. *The 8th Walailak Reasearch National Conference*. Nakhonsithammarat. (in Thai)

Leclaire, M.M., Oakes, J.M., & Weinert, C.R. (2005). Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest Journal, 128*(3), 1728-1735.

Manasurakarn, J., Chaowalit, A., Suttharangsee, W., Isaramalai, S., & Geden, E. (2008). Values underlying end-of-life decisions of Thai Buddhist patients and their families. *Songklanagarind Medical Journal, 26*(6), 549-559.

Mobasher, M., Aramesh, K., Zahedi, F., Nakhaee, N., Tahmasebi, M., & Larijani, B. (2014). End-of-life care ethical decision-making: Shiite scholars' views. *The Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7*(2).

Nijinikaree, N., Chaowalit, A., & Hatthakit, U. (2008). The perspectives of end-of-life decisions in chronically ill Thai Muslim patients in the five border provinces of southern Thailand. *Songklanagarind Medical Journal, 26*(5), 431-439.

Polit, D.F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.

Raetong, P. (2016). Experience of Surrogate Decision Makers in Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Types of Help Needed from Physicians and Nurses. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(4), 122-133.

Rodrigues, R., Huber, M.,& Lamura, G. (2012). *Fact and Figures on Healthy Ageing and Long-Term Care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Schultz, M., Baddeni, K., & Tabar-Sina, G. (2012). *Refections on palliative care from the Jewish and Islamic tradition*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2012. doi:10.1155/2012/693092

Srisatidnarakul, B. (2007). The meyhodology in Nursing Research (4th ed). Bangkok: You &I Intermedia Printing. (in Thai)

Thelen, M. (2005). End-of life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse, 25*(6), 28-37.

Wallace, C. L. (2015). Family communication and decision making at the end of life: A literature review. *Palliative and Supportive Care, 13*, 815–825.

Varisco, D. M. (2011). The end of life, the ends of life. *The Journal of the Islamic Medical Association, 43*, 203–207.

RETRACTED