

การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

Surrogate's Decision Making Regarding Treatments of Critically Ill Muslim Older Patients at the End of Life

ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ¹, กิตติกร นิลมานัต², วราภรณ์ คงสุวรรณ²

Latifah Jehloh¹, Kittikom Nilmanat², Waraporn Kongsuwan²

(Received: Jun 20, 2019; Revised: July 4, 2019; Accepted: July 22, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต เก็บข้อมูลจากผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเข้ารับการรับดูแลในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัดจำนวน 120 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ส่วนคือข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนและรูปแบบของการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Alpha's Cronbach) เท่ากับ 0.87

ผลการศึกษารูปแบบการตัดสินใจแทนเป็นการตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 84.17 แบ่งเป็นการตัดสินใจเต็มทุกอย่างและจำกัดการรักษาตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 15.83 และรักษาเพื่อความสะดวกสบายรวมกับการรักษาเพื่อยืดชีวิตและยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตร้อยละ 76.67 กลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ทุกอย่างตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความไม่ต้องการให้ผู้ป่วยให้ดีที่สุดความหวังในการมีชีวิตอยู่ยังยอมรับไม่ได้กับการเสียชีวิต และประสบการณ์ในอดีตส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตแบบจำกัดการรักษาให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและประสิทธิผลของผู้ป่วยและอายุที่มากของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตจะเป็นการตัดสินใจยุติการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดและพาผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากความปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่บ้าน อาการที่แย่งของผู้ป่วย และความทุกข์ทรมาน กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสะดวกสบายตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษาและโรคที่เป็นอยู่ ผู้ตัดสินใจแทนจำกัดหัตถการเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

คำสำคัญ: การตัดสินใจ ผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้าย

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



Abstract

This research aimed to study treatment-related decision of surrogates of critically ill Muslim older patients at the end of life period. A sample of 120 surrogates of critically ill older persons receiving care in critical care and medical units at a provincial hospital were purposively selected. The questionnaire was used to collect data on personal characteristics and treatment-related decision making. Descriptive analysis and content were performed. Alpha's Cronbach of instrument's validity was 0.87.

The results revealed that 84.17% of the surrogates made a decision to continue life-prolonging treatments, either by giving full or limited treatments, 15.83% decided to withdraw the treatments, and 76.67% decided to give comfort treatments while withdrawing or continuing life-prolonging treatments. The reasons to prolong life with full treatment included surrogate's wish to give the patient the best possible treatment, hoping for revival, being unable to accept death, and past experience. The reasons to prolong life with limited treatments included patient sufferings related to treatments, patient's wish and patient's advancing age. The decisions to discontinue treatments and take the patients home were based on a patient's wish to die at home, deterioration of symptoms, and patient sufferings. Surrogates who decided to give comfort treatments made this decision based on patient suffering related to critical illness and treatments. They limited physically distressing medical procedure and allowed pain killers to relieve patient suffering during the end of life.

Keywords: Decision making, Surrogate, Critically Ill, Muslim Older Patients

บทนำ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีโรคประจำตัวหลายโรคและมีการถดถอยของร่างกายจึงประสบกับสุขภาพที่ไม่แข็งแรง และทุพพลภาพ มีภาวะไม่สุขสบายในหลายด้านทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมีการกำเริบเฉียบพลันของโรคเป็นระยะ จนขั้นวิกฤตไปจนถึงระยะท้ายของชีวิต โดยไม่มีใครสามารถทำนายการแพทย์ และการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษายืดชีวิตของผู้ป่วย อาจสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยในการสอด้เสั้ตถการต่างๆ เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตระยะท้าย ผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวมักเป็นผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยภาวะวิกฤต

การตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ การยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นสิ่งที่มีการถกเถียงอย่างมากในผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถในการตัดสินใจ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจแต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจได้เอง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความรู้สึก ความจำ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะสามารถกระทำไ้ยาก ดังนั้นอำนาจการตัดสินใจจึงต้องตกเป็นของญาติผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ภาวะการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็น อาการที่มีการทรุดลง และความต้อการในการที่จะยุติการมีชีวิตอยู่ (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003) การตัดสินใจว่าจะยุติการรักษาและการยุติการรักษาส่วนใหญ่จะพิจารณาจากตัวผู้ป่วยเอง ญาติและผู้ดูแล กระบวนการตัดสินใจในระยะท้ายของป่วยมุสลิมขึ้นอยู่กับปัจจัยในหลายด้าน เช่น ความหวังความชอบ อายุ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การศึกษา ภูมิศาสตร์ ทรัพยากรในหอผู้ป่วยวิกฤตความเชื่อ ซึ่งความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการเลือกตัดสินใจในการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาเพื่อยืดชีวิต (Abu-El-Noor & Abu-El-Noor, 2014; Larijani & Zahedi, 2007)ซึ่งมุสลิมจะค่อนข้างพิจารณาถึงความเชื่อและค่านิยมทางศาสนามากกว่าปัจจัยอื่น

แม้ว่าการตัดสินใจแทนจะมีกระบวนการที่แน่นอนแต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวผู้ซึ่งรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่น้อยอยู่เกี่ยวกับความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยจะมีการยุติหรือยอมรับการรักษา (Layde et al., 1995) มุสลิมมีความเชื่อว่าพระผู้เป็นเจ้ามีการกำหนดวันเสียชีวิตไว้แล้ว แต่มุสลิมก็ต้องดูแลรักษาชีวิตของตนเองเช่นเดียวกัน ซึ่งอิสลามก็ไม่อนุญาตในการทำการุณยฆาต (Euthanasia) เพราะถือว่าเป็นบาปแม้ว่าจะมีความกรุณาที่จะทำให้การทนทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมีความสั้นลงก็ตาม ซึ่งตามความเชื่อที่ว่าไม่มีแพทย์ผู้ใดจะมีความเมตตาไปกว่าพระเจ้าซึ่งเป็นผู้สร้าง ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งสำหรับมุสลิมที่มีความต้องการปรารถนาการตายต่อตัวของตนเอง ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่ 2 ทรรศนะ คือ 1) หากมุสลิมท่านนั้นเชื่อในทรรศนะที่ว่าพระเจ้าจะไม่ทำให้โรคใดหากปราศจากการรักษา ดังนั้นมุสลิมที่เชื่อในทรรศนะนี้มักจะหาทางรักษาชีวิตอย่างเต็มกำลังความสามารถเพราะเชื่อว่ามีการรักษาแน่นอน ผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนที่ยึดทรรศนะนี้จะมีลักษณะของการยอมรับรักษาอย่างเต็มที่ 2) ความเจ็บป่วยเป็นบททดสอบหนึ่งที่พระเจ้าประทานลงมา มุสลิมที่ยึดถือทรรศนะนี้จึงมีแนวโน้มที่จะปลงในชีวิตรับความเจ็บป่วยอย่างอดทนเพื่อมุ่งหวังสวรรค์ในโลกหน้า มีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับความเจ็บป่วยและความตายและนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (Abu-El-Noor & Abu-El-Noor, 2014) นอกจากนี้ครอบครัวมุสลิมจะอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ จะไม่ค่อยแยกตัวอยู่กันเป็นครอบครัวเดียว ทำให้ลูกทุกคนในบ้านต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนของภาวะการเจ็บป่วย มุสลิมจะมีความเชื่อในเรื่องของการที่ถูกจะต้องไม่เพียงแต่รักและนับถือพ่อแม่ แต่ยังเคารพและเกรงท่านจนกระทั่งเสียชีวิต (Dhami & Sheikh, 2000) จากคำสอนดังกล่าวทำให้เห็นว่าสถาบันทางครอบครัวมีความสำคัญมากในศาสนาอิสลาม และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก เนื่องจากเป็นบุคคลศูนย์กลางของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจแทนในผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายที่นับถือศาสนาพุทธในประเทศไทยของ Klinmalee (2015) ซึ่งพบว่าผู้ตัดสินใจแทนผู้ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 62.5 และตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความอยู่รอดร้อยละ 68.3 แต่ในบริบทของมุสลิมในประเทศไทย ยังไม่ปรากฏงานวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุมุสลิม จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนในการส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ตัดสินใจแทน สามารถวางแผนล่วงหน้าไว้ล่วงหน้าของการตัดสินใจและช่วยลดหรือป้องกันความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะนำมาซึ่งผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจแทน ครอบครัวรวมทั้งทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ Klinmalee (2015) พัฒนามาจากของ Thelen (2005) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การรับทราบข้อมูลเพื่อนำมาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต 2) การคิดวิเคราะห์โดยคำนึงถึงประโยชน์ อันตรายที่จะเกิดขึ้น รวมถึงคุณค่า ความเชื่อของผู้ป่วย 3) การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือก บนพื้นฐานของผลดีผลเสียต่อผู้ป่วยและความเป็นไปได้ของแต่ละทางเลือก และ 4) การตัดสินใจเลือกเป็นขั้นตอนสุดท้าย บทความวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การตัดสินใจและผลจากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต โดยบทความนี้จะนำเสนอผลการวิจัยส่วนขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งผลการตัดสินใจจะแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ



(Klinmalee, 2015) ได้แก่ การตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาเพื่อความสุขสบาย ซึ่งขั้นตอนที่ 1 - 3 ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ไปก่อนหน้านี้ (Jehloh, Nilmanat, & Kongsuwan, 2019)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบุคคลที่ได้รับการมอบหมายให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนจากผู้ป่วยและหรือสมาชิกในครอบครัว 2) เป็นผู้มีความรู้หลักในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลประจำจังหวัด 5 จังหวัดตอนล่างของภาคใต้ 3) รับรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิตและได้มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว 4) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและนับถือศาสนาอิสลาม และ 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการจากตารางการหาประชากร (population) โดยวิธี purposive sampling ของ Polit and Beck (2012) พบว่าจำนวนประชากร (population) ทั้งหมดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 500 คนจะต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประเมินจำนวน 100 คน ที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรและเป็นตัวแทนที่ดีในการศึกษาเชิงบรรยาย การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แต่เพื่อป้องกันการไม่ตกลงเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกย่อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลโรงพยาบาลละ 24 คน จากทั้งหมด 5 โรงพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม 2561

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามของแพทย์ของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 13 ข้อ
2. แบบสอบถามรูปแบบการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต เป็นส่วนสุดท้ายของแบบสอบถามกระบวนการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของ ปวัญญู กลิ่นมาลี (Klinmalee, 2015) และมาปรับให้เข้ากับบริบททางศาสนาอิสลาม ทั้งนี้แบบสอบถามส่วนการตัดสินใจเลือก มีจำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบเกี่ยวกับการตัดสินใจ 2 ข้อและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเหตุผลการตัดสินใจ 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามการตัดสินใจและผลจากการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยวิธี Content validity index (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ตัดสินใจแทนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha's Cronbach) เท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นการทดสอบเครื่องมือวิจัยทั้งฉบับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยภายหลังได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากยอดผู้ป่วยและสอบถามจากพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นตัวอย่างในการวิจัยและขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการเพื่อติดต่อกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจึงให้พยาบาลประจำการแนะนำตัวผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิต เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดย การวิจัย เป็นการพิจารณา ด้านจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 - EL 001 โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียด ในเรื่องการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยจะไม่มีการลงโทษใดๆ ต่อตัวกลุ่มตัวอย่างและแผนการรักษาตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ หากยินดีเข้าร่วมก็สามารถตอบตกลงด้วยวาจาหรือลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตและผู้ตัดสินใจแทนโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลการตัดสินใจ และเหตุผลของการตัดสินใจ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย และ นำมาแจกแจงความถี่ มีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้านเหตุผลในการตัดสินใจเลือกการรักษาในแต่ละประเภทของผู้ตัดสินใจแทนตามประเด็นของเนื้อหาโดยใช้คำพูดของผู้ตัดสินใจแทนมาวิเคราะห์โดยการบันทึกคำพูดและการสังเกต

ผลการวิจัย

ได้นำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทน ส่วนที่ 2 รูปแบบของการตัดสินใจแทน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต จำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 68.33 โดยร้อยละ 53.33 มีอายุระหว่าง 41 -60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 68.33 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 45.83 และร้อยละ 41.67 ประกอบอาชีพราชการ/รัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่ของผู้ตัดสินใจแทน ร้อยละ 71.67 เป็นบุตรของผู้ป่วย ไม่มีประสบการณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต ร้อยละ 84.17 ซึ่งจำนวนร้อยละ 59.17 มีการปรึกษากับบุคคลในครอบครัวและบุคคลที่ปรึกษามากที่สุดคือญาติพี่น้อง ร้อยละ 78.87

ส่วนที่ 2 รูปแบบของการตัดสินใจแทน

การตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมระยะท้ายของชีวิต แบ่งออกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ การตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยและการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายรวมกับการยืดชีวิตหรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเมื่อพิจารณาผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน



จำแนกตามรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 84.17 รองลงมาตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 15.83 ซึ่งการตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายรวมด้วยร้อยละ 76.67 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทน (n = 120)

ผลจากการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย	101	84.17
รักษาเต็มที่ทุกอย่าง	5	4.95
จำกัดการรักษา	96	95.05
การตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย	19	15.83
การตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบาย*	92	76.67
เป็นการตัดสินใจยืดชีวิตผู้ป่วย	86	71.67
เป็นการตัดสินใจยุติชีวิตผู้ป่วย	6	5.00

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ในกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.05 ตัดสินใจที่จะจำกัดการรักษา โดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษา ความปรารถนาของผู้ป่วย และอายุที่มากของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 4.95 ตัดสินใจรักษาเต็มที่ทุกอย่าง โดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด รองลงมาผู้ตัดสินใจแทนคำนึงถึงความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังยอมรับไม่ได้เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอีกทั้งยังให้เหตุผลว่าประสบการณ์ในอดีต มีส่วนในการเลือกวิธีการรักษาอย่างเต็มที่ สำหรับผู้ตัดสินใจแทนที่ตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยร้อยละ 15.83 จะตัดสินใจยกเลิกการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดและพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่บ้าน รองลงมาในกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาเกี่ยวกับอาการที่แย่งของผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานจากการรักษา

ผลการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจแทนจำแนกตามการรักษาเพื่อความสุขสบายพบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการรักษา ดังแจกแจงรายละเอียดเหตุผลตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เหตุผลของการตัดสินใจแต่ละประเภท

รูปแบบการตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	ตัวอย่างคำพูดของผู้ตัดสินใจแทน
การตัดสินใจจำกัดการรักษาผู้ป่วย (n=96, ร้อยละ 95.05)	ความทุกข์ทรมานจากการรักษา	“ไม่อยากให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษา” (SG 6, 27, 89, 101) “ทนไม่ได้ที่จะเห็นแก่ทรมาน เจ็บปวดจากการรักษา” (SG 12) “ทนไม่ไหวที่จะเห็นแก่ทุกข์ทรมานอยากให้ตายอย่างสงบ” (SG 58)
	ความปรารถนาของผู้ป่วย	“ผู้ป่วยฝากฝังกับลูกทั้ง 7 คนว่า จะขอไม่ให้ท้อช่วยหายใจ บั้มหัวใจ หากตนเป็นอะไรไป” (SG 23) “ผู้ป่วยฝากฝังกับทุกคนในครอบครัวแล้วว่าไม่เอาอะไรเลย” (SG 48)
	อายุที่มากของผู้ป่วย	“แก่แก่มากแล้ว ไม่อยากให้เจ็บ” (SG 77) “ไม่อยากเอาอะไรแล้ว เพราะผู้ป่วยมีอายุมากแล้ว” (SG 89) “อายุคนไข้มากแล้ว เยอะแล้ว เอ็นดูแก่” (SG 93)

ตารางที่ 2 (ต่อ) เหตุผลของการตัดสินใจแต่ละประเภท

รูปแบบการตัดสินใจ	เหตุผลของการตัดสินใจ	ตัวอย่างคำพูดของผู้ตัดสินใจแทน
ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทุกอย่าง (n=5, ร้อยละ 4.95)	ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	“จะรักษาจนถึงวินาทีสุดท้าย” (SG 3) “อยากดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด” (SG 2)
	ความหวังในการมีชีวิตอยู่	“ทราบได้ที่ผู้ป่วยยังหายใจได้เองอยู่ ก็ยังมีความหวังในการรักษาต่อไป” (SG 2) “แกยังดูดีอยู่เลย น่าจะอยู่ได้นานกว่านี้อีกถ้ารักษาเต็มที่” (SG 2)
	ยังยอมรับไม่ได้กับการเสียชีวิต	“ยังดูแลท่านยังไม่ดีพอ ขอทำให้เต็มที่” (SG 1)
	ประสบการณ์ในอดีตที่เคยรอดชีวิตจากการป่วยหนักมาก่อน	“ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการได้รับการปั๊มหัวใจคราวที่แล้ว ก็เต็มที่ต่อไป”
ตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต (n = 19, ร้อยละ 15.83)	ความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเสียชีวิตที่บ้าน	“ผู้ป่วยบอกเสมอว่าถ้าป่วยหนักให้พากลับบ้าน อยากกลับไปตายที่บ้านกับลูกหลาน ไม่อยากตายที่โรงพยาบาล” (SG 103) “ผู้ป่วยเคยบอกว่าถ้าเป็นไปไม่ได้ไม่ยอมมานอนโรงพยาบาล เพราะกลัวเสียที่นี่ แต่ผู้ป่วยยากับลูกหลานทุกวัน อยากกลับไปตายที่บ้าน” (SG 109)
	อาการที่แย่งลง	“ดูผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแล้ว อยากพาไป” (SG 111) “แกดูอาการหนักขึ้น อะไรดูแย่งลง พากลับบ้านดีกว่า” (SG 113)
	ความทุกข์ทรมาน	“ส่งสารแกมาก ไม่อยากให้ทรมาน แต่ไม่รู้จะทำยังไง ไม่รู้จะช่วยแกยังไง อยากพากลับไปดูแลที่บ้าน อย่างน้อยแกก็ไม่เจ็บ” (SG 115) “เอ็นดูแก แกน่าจะเจ็บมาก เหมือนแกเจ็บปวด” (SG 118)
ตัดสินใจรักษาเพื่อความ สุขสบาย (n= 92, ร้อยละ 76.67)	ไม่ความทุกข์ทรมานจากการ รักษาและโรค	“ไม่อยากให้ทรมาน อยากให้แกไม่เจ็บปวด”(SG 95) “ทำยังไงก็ได้ไม่ให้ทรมาน ไม่เจ็บ ไม่ปวด เพราะผมก็ไม่รู้จะช่วยแกยังไง” (SG 112)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจระยะสุดท้ายของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิม แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย การตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย และการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยเพื่อความสบาย ดังนี้

การตัดสินใจรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยแบบจำกัดการรักษาจะเป็นการตัดสินใจที่ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือก ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 95.05 โดยการรักษาที่เลือกจำกัดมากที่สุดคือ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ เหตุผลในการเลือกการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยแบบจำกัดการรักษาเนื่องจากความทุกข์ทรมานจากการรักษาความปรารถนาของผู้ป่วย และอายุที่มากของผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจจะมาจากมุสลิมจะมีความเชื่อว่าวันเสียชีวิตหรือสถานที่เสียชีวิตมีเพียงพระเจ้าเท่านั้นที่ทราบ ทำให้เลือกจำกัดการรักษาแบบไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน หรือจากการสังสัยจากผู้ป่วยในเบื้องต้น



และอายุที่มากของผู้ป่วยทำให้ไม่อยากยื้อชีวิตผู้ป่วยโดยการรักษาที่เจ็บปวดและผลลัพธ์ของอาการที่ไม่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากทีมสุขภาพ เนื่องจากทีมสุขภาพไม่กล้าที่จะเข้าไปพูดคุยกับครอบครัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การพยากรณ์ของโรค เป้าหมายของการรักษาในแต่ละระยะของโรค (Tayeb, Al-Zamel, Fareed, & Abouellail, 2011) ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะยื้อการรักษาต่อไป

ลักษณะการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมระยะสุดท้ายในงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Esteve Jimenez Perez & Gomez (2009) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุชาวสเปน 103 คน ที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าญาติผู้ตัดสินใจแทนจะเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยแบบยื้อการรักษาต่อไปแต่จะจำกัดการรักษา (Limitation of life sustaining treatment" (LLST) และการเลือกที่จะไม่ทำหัตถการที่จะช่วยฟื้นคืนชีพ "do not attempt resuscitation" (DNAR) เป็นสิ่งที่นิยมกระทำ และเลือกในผู้ป่วยสูงอายุ 103 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากแพทย์มีความรือและไม่กล้ายืนยันเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกับผู้ตัดสินใจแทน ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่เลือกที่จะยื้อการรักษาไปเรื่อยๆ (Jox, Schaider, Marckmann, & Borasio, 2012)

มีผู้ตัดสินใจแทนจำนวนน้อยมากแค่ร้อยละ 4.95 ของผู้ตัดสินใจแทนทั้งหมดเท่านั้นเลือกที่จะรักษาเต็มที่ทุกอย่าง เนื่องจากต้องการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความกลัวของผู้ป่วยต่อครอบครัว การยังยอมรับไม่ได้เกี่ยวกับการเสียชีวิต และประสบการณ์ในอดีต เมื่อครอบครัวได้รับทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค บางครอบครัวอาจจะยังยอมรับไม่ได้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยและผู้ตัดสินใจแทนพยายามที่จะยื้อการรักษาต่อไปให้ถึงที่สุดแบบเต็มที่ทุกหัตถการและไม่เห็นด้วยกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านการรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ตัดสินใจแทนเลือกที่จะยื้อการรักษาแบบเต็มที่ต่อไปแม้ว่าจะคัดค้านต่อ ความเห็นการสุดท้ายของผู้ป่วย (Hurst, Hull, DuVal, & Danis, 2005) อีกทั้งครอบครัวจะมีความเครียดมากเมื่อต้องถอดเครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ในการช่วยชีวิตให้ผู้ป่วย (Luce & White, 2007) รวมถึงถึงแม้ว่าความหวังจะมีชีวิตอยู่ต่อไปจะน้อยมากแต่ผู้ตัดสินใจแทนก็ยังมีความพึงพอใจที่จะให้แพทย์ยื้อชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด (Luce & White, 2007) เพื่อเป็นการซื้อเวลาและความสุขที่จะได้อยู่กับคนที่ตนรักให้นานที่สุด นอกจากนี้ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า ผู้ตัดสินใจแทนส่วนใหญ่รือและไม่กล้าที่จะตัดสินใจในการยุติการรักษาถึงแม้ว่าจะรู้ว่าการรักษาต่อไปอาจจะไม่มีประโยชน์ หรือไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนา แต่เพราะความรู้สึกผิด รู้สึกกลัว และเป็นห่วงความรู้สึกของญาติหรือญาติอาจจะเสียใจถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายหลังยุติการรักษาจึงเลือกที่จะยื้อการรักษาต่อไป (Manalo, 2013) รวมทั้งอาจเนื่องมาจากร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนักไอซียูเกิดขึ้นภายหลังการยุติการรักษา (Braganza, Glossop, & Vora, 2017) จึงทำให้ผู้ตัดสินใจแทนไม่กล้าในการตัดสินใจเพื่อปลดเครื่องช่วยหายใจหรือการรักษาที่ช่วยยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไป เพราะกลัวว่าตนเองจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นแม้ว่าความตายได้ถูกกำหนดแล้วโดยพระเจ้าก็ตาม

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยจะเป็นการยุติที่เป็นการตัดสินใจยกเลิกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมดและพาผู้ป่วยกลับบ้าน ตัดสินใจโดยให้เหตุผลเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่บ้าน รองลงมาคือตัวอย่าง พิจารณาเกี่ยวกับอาการที่แย่งของผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานจากการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมุสลิมจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยมุสลิมระยะสุดท้ายที่บ้าน เมื่อทราบจากแพทย์ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ทั้งนี้เพื่อสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อทางศาสนา ได้แก่ การอ่านยาซีน การขอพร และขออมาฟ (หมายถึงการขอภัยของผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยต่อผู้ที่ใกล้เสียชีวิตที่ได้มีการล่วงเกินในครั้งที่ยังมีชีวิตอยู่) (Waeteh, Nilmanat, & Songwathana, 2009; Hemman, Nilmanat, & Matchim, 2017; Nilmanat et al., 2016)

ในงานวิจัยชิ้นนี้พบว่าผู้ตัดสินใจแทนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายจำนวนทั้งสิ้น 92 คน จาก 120 คนคิดเป็นร้อยละ 76.67 โดยจะเป็นการตัดสินใจเลือกการให้ยาแก้ปวด ร้อยละ 95.65 และการให้นอนหลับเป็นจำนวนร้อยละ 84.04 ผู้ตัดสินใจแทนเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยเพื่อความสุขสบายส่วนใหญ่เนื่องจากต้องการลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาและจากโรคที่ผู้ป่วยเป็น สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมวิกฤตระยะท้ายในหอผู้ป่วยหนักไอซียูจะให้ความสำคัญกับการดูแลเพื่อส่งเสริมความสุขสบาย (Sahmaee, Nilmanat, & Kongsuwan, 2014). สาเหตุส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยใกล้ตายจะเป็นรูปแบบวิธีที่จะกระทำสำหรับผู้ป่วยทุกคนโดยการให้ยาแก้ปวด ซึ่งแพทย์ที่เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะทราบอยู่แล้วว่าจะต้องมีการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยใกล้ตายทุกราย (Platt, 2010) ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะมีความเชื่ออยู่เสมอว่าเวลา สถานที่การเสียชีวิตได้ถูกกำหนดไว้แล้ว แต่การรักษาเพื่อความสุขสบายก็จำเป็นที่จะต้องทำแก่ผู้ป่วยก่อนวาระสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสขออภัยโทษแก่พระเจ้าเกี่ยวกับการกระทำผิดบาปที่เคยกระทำมาก่อนเสียชีวิต (Attum, Waheed, & Shamoon, 2019) การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายถือเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัว มีความจำเป็นมากสำหรับผู้ดูแลในการที่จะเข้าถึงความต้องการผู้ป่วยทั้งความเจ็บปวดทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อบอกผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างดีและไม่ถูกทอดทิ้ง (Adeniyi, 2013) ดังนั้นการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้สูงอายุในระยะท้ายถือเป็นเรื่องที่สมาชิกในครอบครัวพึงกระทำ การที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดในระยะท้ายของชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยสามารถอ่านกุรอ่านด้วยตัวเอง หากถ้าไม่สามารถทำได้ก็เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลในการอ่านกุรอ่านให้ผู้ป่วยฟังเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบ และมีความใกล้ชิดพระเจ้า (Blumer & Al- Mutair, 2013) ที่สำคัญในวาระสุดท้ายผู้ป่วยจำเป็นต้องกล่าวคำ "ชอาตะห์" ในขณะที่ลมหายใจสุดท้ายจะสิ้นลง หากไม่สามารถกระทำได้ ญาติผู้ป่วยก็ต้องเข้ามากระซิบที่ข้างหูให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นการกระทำที่บอกถึงความรักและห่วงใยต่อพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์และมุฮัมมัดเป็นศาสนาดของพระองค์ เป็นการกล่าวปฏิญาณถึงความศรัทธา และยังเป็นการเสียชีวิตโดยไม่ใช้การสิ้นสุดแต่หากเป็นการเริ่มต้นสู่อีกภพหนึ่งต่อไป (Schultz, Baddami, & Bas Sela, 2012) แม้ว่าความเจ็บปวดที่พระเจ้าประทานนั้นจะสามารถปลงบาปที่เคยกระทำ หรือเป็นการทดสอบความอดทนก็ตาม แต่ผู้ดูแลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็สามารถที่จะปล่อยปลงละเลยผู้ป่วยให้ทนทุกข์ทรมานกับความปวดจำต้อง ทำให้ผู้ดูแลต้องหาหนทางแก้ไขในการลดความปวดและทรมานให้แกผู้ป่วย (Choong, 2015)

สรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการตัดสินใจแทนในผู้ป่วยวิกฤตสูงอายุมุสลิมในระยะท้ายของชีวิตเกี่ยวกับแนวทางที่ผู้ตัดสินใจแทนได้เลือก ซึ่งพบว่าญาติผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมเลือกที่จะรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยแบบจำกัดเหตุการณ์ที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มเนื่องจากมองว่าพระเจ้าได้มีการกำหนดวันเสียชีวิตของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ครอบครัวทำได้ก็เพียงแค่อุ้ดูแลให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและจากไปอย่างสงบ การตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตก็เพียงเพื่อที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านในกรณีผู้ป่วยมีการผกผันในเบื้องต้น ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะได้รับยาแก้ปวดเกือบทุกคนเนื่องจากการลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาและโรค อีกทั้งยังเป็นมาตรฐานในการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการให้ความรู้แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับรูปแบบการตัดสินใจของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุมุสลิมที่เจ็บป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายรวมถึงการนำความรู้ไปพัฒนาแนวทางการสื่อสารกับครอบครัวเพื่อการตัดสินใจในประเด็นดังกล่าวอย่างเหมาะสม



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการช่วยเหลือในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
2. การจะมึงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดสินใจระยะท้ายของผู้ตัดสินใจแทน

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), 1-19.
- Adeniyi, O. B. (2013). Euthanasia as a contemporary issue in the jurisprudence of rights: The position of Islamic law. *Yonsei Law Journal*, 4(2), 85-112.
- Attum, B., Waheed, A., & Shamoon, Z. (2019). *Cultural competence in the care of Muslim patients and their families*. StatPearls Publishing LLC.
- Bloomer, M. J., & Al-Mutair, A. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Consideration for care. *Australian Critical Care*, 26(4), 194-196.
- Braganza, M.A., Glossop, A. J., & Vora, V.A. (2017). Treatment withdrawal and end-of-life care in the intensive care unit. *The British Journal of Anaesthesia*, 117(12), 396-400.
- Choong, K.A. (2015). Islam and palliative care. *Global Bioethics*, 26(1), 28-42.
- Dhami, S., & Sheikh, A. (2000). The Muslim family: prediction and promise. *Western Journal of Medicine*, 173(5), 352-356.
- Esteve, A., Jimenez, C., Perez, R., & Gomez, J.A. (2009). Factors related to withholding life-sustaining treatment in hospitalized elders. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 13(7), 644-650.
- Hemman, M., Nilmanat, K., & Matichim, P. (2017). Caring for patients with end-stage renal disease receiving palliative care: Muslim caregivers' experiences. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(1), 50-59.
- Hurst, S.A., Hull, S.C., Fuva, G., & Fanis, M. (2005). How physicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. *The Journal of Medical Ethics*, 31, 7-14.
- Jehlöh, L., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2019). Surrogates' decision making process regarding treatments for critically ill elderly Muslim patients at the end stage of life. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(3), 82-92.
- Jox, R. J., Schaider, A., Marckmann, G., & Borasio, G.D. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *The Journal of Medical Ethics*, 38, 540-545.
- 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)
- Larijani, B., & Zahedi, F. (2007). Religious perspective in end of life ethical issues. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 6, 9-23.
- Layde, P.M., Beam, C.A., Broste, S.K., Connors, A.F. Jr, Desbiens, N., Lynn, J.,...Vidaillet, H.(1995). Surrogates' predictions of seriously ill patients' resuscitation preferences. *Archives of Family Medicine*, 4, 518-523.



- Luce, J.M., & White, D.B. (2007). The Pressure to Withhold or Withdraw Life-sustaining Therapy from Critically Ill Patients in the United States. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(11), 1104-1108.
- Manalo., M. F. C. (2013). End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations. *Palliative Care : Research and Treatment*, 7, 1-5.
- Nilmanat, K., Matchim, Y., Manasurakarn, J., Kongsuwan, W., Meesunthorn, K., & Prompahakul, C. (2016). Terminal patient care in a Muslim community: A case study in a southern- Thai context. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(3), 37-52.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J.A., Rurup, M.L. et al. (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet*, 362(9381), 395-399.
- Platt, M. (2010). Pain Challenges at the End of Life - Pain and Palliative Care Collaboration. *Reviews in Pain*, 4(2), 18-23.
- Polit, D.F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Sahmaae, N., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. (2014). Experience of Muslim caregiver in caring for end stage of life in critically ill patients in an intensive care unit. *Princess of Naradhiwas University*, 6(1), 48-59.
- Schultz, M., Baddarni, K., & Bar-Sela, C. (2011). *Reflections on palliative care from the Jewish and Islamic tradition*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in Nursing Research* (4th ed). Bangkok: You & I Intermedia Printing. (in Thai)
- Tayeb, M.A., Al-Zamel, F., Freed, M.M., & Abouellail, H. A. (2011). A "good death": perspectives of Muslim patients and health care providers. *Annals of Saudi Medicine*, 30(3), 215-221.
- Thelen, M. (2005). End-of life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*, 25(6), 28-37.
- Waeteh, S., Nilmanat, K., & Songwathana, P. (2009). Caregivers' experiences in providing care for Muslim patients with terminal AIDS. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(4), 95-109.