

มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

นิการิหะ นิจินิการี¹

อรัญญา ชาวลิต²

อุไร หักกิจ²

The perspectives of end-of-life decisions in chronically ill Thai Muslim patients in the five border provinces of southern Thailand

Nijinikaree N¹, Chaowalit A², Hatthakit U².

¹Sungaipadi Hospital, Su-ngai Padi, Narathiwat, 96140, Thailand

²Department of Administration of Nursing Education and Nursing Service, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2008;26(5):431-439

Abstract:

This descriptive study aimed to investigate the end-of-life decisions made by Thai Muslim patients in the five border provinces, southern Thailand and the factors related to decision making. Three hundred and seventy-five chronically ill Thai Muslim patients were purposively recruited from medical and surgical wards in the general and regional hospitals of the five border provinces in southern Thailand. Data was collected by individual interviews using an interview guide comprising 1) the Demographic Data Form, and 2) the End-of-Life Interview Guide, which included three vignettes followed by closed and

¹โรงพยาบาลสุไหงปาดี อ.สุไหงปาดี จ.นราธิวาส 96140

²ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและการบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
รับต้นฉบับวันที่ 2 ต.ค. 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 18 เมษายน 2551

open-ended questions regarding their end-of-life decisions and factors related to those decisions. Data was analysed using frequency, percentage and content analysis. The results are as follows: 1) end-of-life decisions toward the three vignettes, it was found that 83.7-88.2% of the subjects decided to forgo any life-sustaining treatment, 6.4-9.3% decided to continue their life-sustaining treatment, 1.9-5.1% of subjects allowed the health team to decide for them and 1.9-3.5% let their family to make a decision for them, 2) for the factors related to end-of-life decisions, it was found that more than 80% of subjects made decisions to forgo, continue, or allow others to make decisions based on Islamic values, other factors that related to their decisions included suffering from chronic illnesses, family burden, outcomes of treatment, belief in the health team and the patient's economic status.

Key words: chronically ill patients, end-of-life decisions, Thai Muslim patients

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 375 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลตามแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจต่อสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 สถานการณ์ โดยมีคำถามปลายปิดและปลายเปิดเกี่ยวกับการตัดสินใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละและวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.7-88.2 ตัดสินใจยุติการรักษาและร้อยละ 6.4-9.3 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ และกลุ่มตัวอย่างให้ทีมสุขภาพ และบุคคลในครอบครัวตัดสินใจแทน ร้อยละ 1.9-5.1 และร้อยละ 1.9-3.5 ตามลำดับ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษา รับการรักษาต่อให้ทีมสุขภาพ หรือให้ครอบครัวตัดสินใจแทน เนื่องจากปัจจัยด้านศาสนาอิสลาม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจ ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเป็นภาระแก่ครอบครัว ผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

คำสำคัญ: การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต, ผู้ป่วยไทยมุสลิม, ผู้ป่วยเรื้อรัง

บทนำ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และสามารถชะลอความตายหรือยืดชีวิตของผู้ป่วย¹ แต่บางครั้งการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต กลับทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากการที่ต้องฝืนธรรมชาติและสัญชาตญาณของชีวิต² เมื่อมนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ สิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงคือ การมีชีวิตที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน หรือหากจำเป็นต้องพบกับความทุกข์ทรมานก็ขอให้เป็นเวลาสั้นที่สุดตลอดจนสามารถคงความมีคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีของมนุษย์ให้มากที่สุด³⁻⁴

การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อรับการรักษาที่ยืดชีวิตหรือยุติการรักษาที่จะช่วยยืดชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษา มีอิสระในการตัดสินใจ และอำนาจการตัดสินใจเป็นสิทธิอันชอบธรรมของมนุษย์ทุกคนที่จะตัดสินใจด้วยตัวเอง หรือจะจัดการอย่างไรกับสุขภาพของตนเอง⁵

ชาวไทยมุสลิมที่ยึดหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม นับถือพระอัลลอฮ์สูงสุดแต่เพียงอย่างเดียวอย่างแน่วแน่น ทำให้มีคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม และเป็นธรรมนุญแห่งชีวิตแตกต่างจากศาสนาอื่นๆ⁶⁻⁷ ใน 5 จังหวัดภาคใต้ มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และ

วัฒนธรรมมีลักษณะเฉพาะ มีวิถีการดำรงชีวิตจากวัฒนธรรมอิสลามอย่างเด่นชัด⁸ ผู้ป่วยมุสลิมยึดหลักศาสนาในการดำรงชีวิตทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งในระยะสุดท้ายของชีวิต⁹ คุณค่า (values) ความเชื่อ (beliefs) และวัฒนธรรมของผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาอิสลามจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต¹⁰⁻¹³

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตยังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความปวด ความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิต การพยากรณ์โรค ภาวะทางเศรษฐกิจ และการดูแล รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง¹⁴⁻¹⁷

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด เป็นสิ่งที่รบกวนชีวิต มีชีวิตเหมือนไม่ใช่มนุษย์ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และเป็นชีวิตที่ใกล้ชิดกับความตาย¹⁸⁻¹⁹ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต

ในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ มีบ่อยครั้งที่ต้องเผชิญกับการตัดสินใจเพื่อยืดชีวิตหรือยุติการรักษาร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย หากทีมสุขภาพและครอบครัวไม่สามารถประเมินคุณค่า ความเชื่อด้านศาสนา และความเชื่อด้านอื่นๆ รวมทั้งความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ การตัดสินใจนั้นก็ไม้อาจเกิดประโยชน์ใดๆ แก่ผู้ป่วย แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย¹⁰⁻²¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาอิสลามใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต จะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านศาสนา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านศาสนาอิสลาม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ลักษณะการตัดสินใจในระยะสุดท้าย 4 ลักษณะ จากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ 1) การตัดสินใจรับการรักษาที่ยืดชีวิต 2) การตัดสินใจยุติการรักษา 3) การให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน และ 4) การให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน²²⁻²⁴

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยปัจจัยด้านศาสนา การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลลัพธ์จากการรักษา/การพยากรณ์โรค ภาระต่อครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ บทบาทในครอบครัว ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ และประสบการณ์ในอดีต^{11, 15, 25}

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้าย และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 5 โรงพยาบาล คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน²⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง 375 ราย โดยเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 75 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ได้แปลเป็นภาษามลายูท้องถิ่นก่อนนำไปใช้โดยผู้ที่มีความรู้ด้านภาษาไทยและมลายูท้องถิ่นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การตัดสินใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจต่อสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลักษณะคำถามมีทั้งแบบปลายเปิด (มีตัวเลือก) และแบบปลายเปิด ให้ผู้ตอบอธิบายและให้ข้อคิดเห็น สถานการณ์การตัดสินใจระยะสุดท้ายของชีวิตมี 3 สถานการณ์ ดังนี้
 - สถานการณ์ที่ 1 การตัดสินใจเมื่อได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

- สถานการณ์ที่ 2 การตัดสินใจเมื่อต้องถอดเครื่องช่วยหายใจ

- สถานการณ์ที่ 3 การตัดสินใจเมื่อได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ

2. เทปบันทึกเสียงสำหรับการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจน เหมาะสมของแบบสัมภาษณ์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการวิจัยด้านจริยธรรมของสถาบัน (institutional review board) ได้รับความยินยอมจากโรงพยาบาลและจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลด้วยภาษามลายูพร้อมบันทึกเทปโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.3 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-91 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี และร้อยละ 84.5 มีอายุระหว่าง 35-75 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.6 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.8 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 27.2 เป็นโรคเบาหวาน โดยร้อยละ 54.5 เจ็บป่วยมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=375)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	271	72.3
หญิง	104	27.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18-35	20	5.3
36-55	117	31.2
56-75	200	53.3
76-95	38	10.2
(mean=57.1, SD=13.89, min=18, max=91)		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	3.7
คู่	306	81.6
หม้าย	43	11.5
หย่าร้าง	12	3.2
ระดับการศึกษาสายสามัญ		
ไม่ได้รับการศึกษา	261	69.6
ประถมศึกษา	87	23.2
มัธยมศึกษา	24	6.4
ปริญญาตรี	3	0.8
ระดับการศึกษาสายศาสนา		
ไม่ได้รับการศึกษา	292	77.9
จบปอเนาะ (ไม่ได้รับุชั้น)	71	18.9
อับตาดอียะฮ์ (ประถม/ชั้น 1-4)	10	2.7
ปริญญาตรี	2	0.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	142	37.9
เกษตรกร	112	29.8
แม่บ้าน	43	11.5
รับจ้าง	38	10.1
ค้าขาย	20	5.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	2.7
นักเรียน/นักศึกษา	10	2.7
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤5,000	186	49.6
5,001-7,000	150	40.0
7,001-10,000	28	7.5
>10,000	11	2.9
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	354	94.4
ไม่เพียงพอ	21	5.6
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	270	72.0
สมาชิก	105	28.0
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา		
สม่ำเสมอ	288	76.8
บางครั้ง	78	20.8
นาน ๆ ครั้ง	9	2.4

การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตใน 3 สถานการณ์ (ตารางที่ 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจใน 4 ลักษณะดังนี้

1. ตัดสินใจยุติการรักษา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.7-88.2 ตัดสินใจยุติการรักษา
2. ตัดสินใจรับการรักษาต่อ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.4-9.3 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ
3. ให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.9-5.1 ให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจแทน
4. ให้ครอบครัวตัดสินใจแทน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.9-3.5 ให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ

1. กลุ่มที่ตัดสินใจยุติการรักษามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ดังนี้

1.1 ความเชื่อศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81-89.8 ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา เช่น เชื่อโลกหน้า (ความตายเป็นหนทางไปหาพระเจ้า) และเชื่อในพระเจ้าองค์เดียว (ทุกอย่างอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนด) ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้าถึงวาระสุดท้ายก็ต้องยอมรับเพราะเป็นสิ่งที่หนีไม่พ้น ไม่กลัวหรอก ความตายเป็นสิ่งที่ดี ทุกคนต้องเจอทั้งนั้น ไม่ต้องไปฝืนในสิ่งที่อัลลอฮ์ให้มา มุสลิมทุกคนต้องกลับไปหาอัลลอฮ์”

1.2 ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาในระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.2-83.7 ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่ต้องการทุกข์ทรมาน และไร้คุณค่าที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้ามีโอกาสหายแล้วต้องนอนนิ่งอยู่กับที่ เปาะจิ (ลุง) ว่าไม่มีประโยชน์ที่จะมีชีวิตอยู่ มีแต่จะทุกข์ทรมานมากขึ้น อยู่แบบผีในธรรมชาติ หายก็ไม่หาย ฟันก็ไม่ฟัน อยู่ไปก็เหมือนตายทั้งเป็น”

1.3 ภาวะต่อครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.4-80.9 ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระแก่ครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้าต้องป่วยนานๆ อย่างนั้น ขอเลือกที่จะตายดีกว่า ดีกว่าอยู่แล้วต้องให้คนอื่นลำบาก ไม่ได้ทุกข์แต่เราเท่านั้น ลูกหลานก็ลำบาก ลูกก็คงไม่ทิ้ง แต่ส่งสารลูกมากกว่า...”

1.4 ผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.6-46.8 ตัดสินใจยุติการรักษาโดยให้เหตุผลว่าหากมีโอกาสรอดน้อยก็ไม่ต้องการรักษา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้าหมอบอกว่ามีโอกาสรอดน้อย อยู่ไม่เหมือนปกติ ต้องพึ่งคนอื่นอยู่ตลอดเวลา อยู่เหมือนคนตายที่มีลมหายใจ เมาะ (ยาย) ว่าไม่มีประโยชน์ที่จะรักษาต่อ ขอกลับบ้านดีกว่า”

1.5 ปัจจัยอื่นๆ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ในอดีต และอายุ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“อายุก็ปาเข้าไป 75 ปีแล้ว ถึงรักษาไปก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ได้อีกกี่วัน อาจตายวันพรุ่งนี้ก็ได้ ชีวิตก็เห็นมาเยอะแล้ว มีชีวิตแค่นี้ก็พอแล้ว”

2. กลุ่มที่ตัดสินใจรับการรักษาต่อ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังนี้

2.1 ความเชื่อในศาสนาอิสลาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3-92 ตัดสินใจรับการรักษาต่อเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา โดยยึดหลักคำสอนเมื่อเจ็บป่วยก็ต้องรักษา เชื่อในพระเจ้าองค์เดียว (หากไม่รักษาถือว่าเป็นบาป) และเชื่อในโลกหน้า ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์

สถานการณ์	ลักษณะการตัดสินใจ							
	รับการรักษาต่อ		ยุติการรักษา		ขึ้นอยู่กับทีมสุขภาพ		ขึ้นอยู่กับญาติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานการณ์ที่ 1								
กรณีที่ 1	35	9.3	323	86.2	9	2.4	8	2.1
กรณีที่ 2	31	8.3	329	87.7	8	2.1	7	1.9
กรณีที่ 3	25	6.7	331	88.2	7	1.9	12	3.2
สถานการณ์ที่ 2	24	6.4	326	86.9	12	3.2	13	3.5
สถานการณ์ที่ 3	29	7.7	314	83.7	19	5.1	13	3.5

“เมื่อป่วยก็ต้องรักษา ศาสนาอิสลามให้มนุษย์รักษา ตั้งแต่สมัยท่านนบีมุฮัมมัด (ศาสดาของศาสนาอิสลาม) แล้วเมื่อป่วยท่านนบีก็หาวิธีการรักษาทุกวิถีทางเหมือนกัน”

2.2 ความเชื่อในทมิสุสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32-51.6 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ เนื่องจากเชื่อว่า ทมิสุสุขภาพมีความรู้ ความสามารถ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“รู้ว่าทุกคนเกิดมาแล้วก็ต้องตาย ถ้ามีทางรักษา ก็ต้องรักษา ก็ต้องเชื่อหมอ เขามีความรู้มากกว่า ดีกว่านอนอยู่เฉยๆ เหมือนรอความตาย”

2.3 เชื่อในปาฏิหาริย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.9-16.7 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ เนื่องจากเชื่อว่าปาฏิหาริย์มีจริง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“เชื่อว่าปาฏิหาริย์เกิดขึ้นได้เสมอ พี่จึงตัดสินใจรักษาต่อ ไม่มีใครรู้หรอก คนที่เป็นโรคที่หมอบอกว่ารักษาไม่หาย และจะตายในอีกไม่กี่เดือน แต่เขาอาจอยู่ได้อีกหลายปี หรืออาจจะหายก็ได้ พี่ว่าทุกอย่างเป็นไปได้ทั้งนั้น”

3. กลุ่มที่ให้ทมิสุสุขภาพตัดสินใจแทนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังนี้

3.1 ความเชื่อในศาสนาอิสลาม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89.5-100 ให้ทมิสุสุขภาพตัดสินใจแทนเนื่องจากเชื่อว่าพระอัลลอฮ์ประทานวิธีการรักษา และผู้ให้การรักษา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้าป่วยก็ต้องรักษา อัลลอฮ์ให้โรครมา ก็ต้องให้วิธีการรักษา เราก็ต้องรักษา ต้องเชื่อหมอ ก็แล้วแต่หมอมว่าเขาจะตัดสินใจอย่างไร หายหรือไม่หาย ผลที่ออกมามีแต่อัลลอฮ์เท่านั้นที่รู้”

3.2 เชื่อในความสามารถของทมิสุสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.4-89.5 ให้ทมิสุสุขภาพตัดสินใจแทน เพราะเชื่อในความรู้ ความสามารถของทมิสุสุขภาพ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“หมอมเขาเก่งกว่าผม เขาเรียนมาเพื่อรักษา มีแต่จะช่วยให้คนป่วยอาการดีขึ้น ก็แล้วแต่หมอมว่าเขาจะเอาอย่างไร”

4. กลุ่มที่ให้ครอบครัวตัดสินใจแทนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดังนี้

4.1 ความเชื่อในศาสนาอิสลาม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.3-100 ให้ครอบครัวตัดสินใจแทนเนื่องจากเชื่อว่า ศาสนาอิสลามกำหนดบทบาทในครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ทุกสิ่งทุกอย่างอัลลอฮ์กำหนดตั้งแต่เกิดมาแล้วว่าใครจะเป็นอย่างไร ถ้าถึงเวลานั้นก็ไม่สามารถพูดได้ ก็แล้วแต่สามีมว่าเขาจะเลือกอย่างไร เป็นหน้าที่ของเขาที่จะต้องตัดสินใจ”

4.2 ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.5-75 ให้ครอบครัวตัดสินใจแทนเนื่องจากกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้านอนป่วยนานๆ ก็ต้องเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลมาก ลูกก็ทำงานไม่ได้ สงสารเขา เขาต้องมีภาระอย่างอื่นด้วย ก็แล้วแต่ลูกก็แล้วกันว่าเขาจะตัดสินใจอย่างไร”

4.3 ภาวะต่อครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25-84.6 ให้ครอบครัวตัดสินใจแทน เนื่องจากกลัวจะเป็นภาระของครอบครัว จึงไม่กล้าตัดสินใจเอง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“นอนป่วยอยู่อย่างนั้นเหมือนมีชีวิตที่ตายทั้งเป็น แม้กระทั่งจะเอาอาหารใส่ปากก็ต้องพึ่งคนอื่น ลำบากลูกหลานเปล่าๆ ไม่อยากมีชีวิตที่ต้องเป็นภาระลูกหลาน ก็แล้วแต่ลูกแล้วกันว่าเขาจะเอาอย่างไร ถ้าเขายินดีจะดูแล เขาก็รักษาต่อ ถ้าไม่ต้องการดูแลพ่อคนนี้ก็ปล่อยให้ตาย”

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.7-88.2) ตัดสินใจยุติการรักษาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ ทั้ง 3 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในระยะสุดท้าย เนื่องจากสถานการณ์ดังกล่าวกำหนดให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และเลือกที่จะตัดสินใจยุติการรักษาหรือรักษาต่อหรือให้ผู้อื่นตัดสินใจต่อการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยวิธีการ/เครื่องมือสมัยใหม่ทางการแพทย์ คือ การช่วยฟื้นคืนชีพ (สถานการณ์ที่ 1) การถอดเครื่องช่วยหายใจ (สถานการณ์ที่ 2) หรือการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ (สถานการณ์ที่ 3) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไทยมุสลิมไม่ต้องการรับการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตในระยะสุดท้ายเท่านั้น โดยร้อยละ 81-89.8 ตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิตเนื่องจากความเชื่อในศาสนาอิสลาม เนื่องจากมุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตาย เป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกคนต้องเผชิญและยอมรับเพราะเป็นพระประสงค์ของพระอัลลอฮ์ ชีวิตมนุษย์มาจากพระองค์ประทานให้ สิ้นสุดต้องกลับไปหาพระองค์ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร์ ความตายทำให้มนุษย์สมบูรณ์แบบ^{6, 27} นอกจากนี้มุสลิมยังเชื่อว่าความตายเป็นข่าวดีและความสบายใจสำหรับผู้ศรัทธา แต่เป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับผู้ไม่ศรัทธา^{7, 28} การรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตโดยการยืดชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมและไม่เป็นที่ยอมรับในศาสนาอิสลาม²⁹⁻³⁰ ด้วยเหตุนี้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมุสลิมจึงยอมรับความตายที่จะมาถึง จึงตัดสินใจยุติการรักษา

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.2-83.7 ตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และจากวิธีการรักษาในระยะสุดท้าย เนื่องจากในระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าจะร่างกายจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทั้งจากความเจ็บป่วยและการใช้อุปกรณ์การช่วยชีวิต เพราะนอกจากจะไม่สามารถเอาชนะความตายแล้ว ยังต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการชะลอความตายนั่น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเพียงการประคับประคองชีวิต ซึ่งไม่สามารถทำให้หายเป็นปกติ เป็นเพียงการยืดเวลาในระยะสุดท้ายออกไป ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษาที่คงสภาพไว้ การยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปจึงมักควบคู่กับความทุกข์ทรมานอยู่เสมอ³¹⁻³² ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ร่างกายได้รับความทุกข์ทรมาน และมีความเจ็บปวด รวมทั้งการรักษาที่ได้รับล้วนต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้รักษาเพื่อประคับประคองชีวิต³³ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง¹⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่พบว่าร้อยละ 86.7 ต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิต^{21, 25, 34-35}

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.4-9.3 ที่ตัดสินใจรับการรักษาต่อ เนื่องจากมีความเชื่อว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องรักษา หากไม่รักษาถือว่าเป็นบาป ซึ่งเป็นทรรศนะของศาสนาอิสลามที่ว่า การเจ็บป่วยเป็นพระประสงค์ของพระเจ้า เป็นเสมือนการทดสอบความอดทน ความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่น ถ้าชาวมุสลิมตระหนักในความจริงข้อนี้จะสามารถต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บด้วยความอดทน มุสลิมจึงต้องยอมรับการเจ็บป่วยที่พระอัลลอฮ์ประทานมาให้อย่างอดทน และต้องแสวงหาแนวทางการรักษา^{6, 27} เมื่อเจ็บป่วยมุสลิมต้องเข้าใจว่าเป็นการทดสอบจากพระเจ้า สิ่งที่มุสลิมควรปฏิบัติคือ ความอดทนและขอพรจากพระเจ้า²⁹ ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า ความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญที่สุด ผู้ใดได้รับความทุกข์ทรมานมากเพียงใด พระอัลลอฮ์จะทรงยกโทษบาปให้แก่เขา^{9, 36} เชื่อในความสามารถของทีมสุขภาพ และเชื่อในปาฏิหาริย์ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยส่วนน้อย ร้อยละ 12 ที่ตัดสินใจใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดชีวิต³⁷

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการตัดสินใจด้วยตัวเอง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นเพศชาย และมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทในครอบครัวมุสลิมที่เพศชายและหัวหน้า

ครอบครัวเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ดังเช่นการศึกษาของวิลลาส ชูช่วย³⁸ ที่พบว่าครอบครัวชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสตูล เน้นความสัมพันธ์แบบความสำคัญแก่ฝ่ายชายในหลายๆ ด้าน เช่น การมีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจด้วยตนเองดังที่ แสงบุญเฉลิมวิภาส² กล่าวว่า เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา รวมทั้งมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา และสิทธิที่จะเลือกตายอย่างสงบในบั้นปลายของชีวิต ไม่ถูกยึดความตายหรือแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่นเดียวกับ Beare³⁹ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมีสิทธิในการตัดสินใจมีส่วนร่วมเกี่ยวกับตนเอง มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบ สง่าผ่าเผย ตามคุณค่าตนเอง ซึ่งสิทธิดังกล่าวสอดคล้องกับหลักจริยธรรมในเรื่องการเคารพเอกลัทธิ (respect for autonomy) ซึ่ง Beauchamp และ Childress⁴⁰ กล่าวว่า บุคคลมีอิสระที่จะตัดสินใจโดยอิสระบนพื้นฐานคุณค่าและความเชื่อของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.9-5.1 ที่ให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า พระอัลลอฮ์ประทานวิธีการรักษา และผู้รักษา และเชื่อในความสามารถของทีมสุขภาพ จะเห็นว่าแม้จะให้ทีมสุขภาพตัดสินใจแทนก็เชื่อว่าเป็นเพราะพระประสงค์ของพระเจ้าที่ประทานผู้รักษาและวิธีการรักษามาให้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามที่ว่า เมื่อมุสลิมประสบกับความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งก็ตามจำเป็นต้องรักษาโรคนั้นตามกระบวนการทางการแพทย์ และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ดังที่ท่านนบีมีฮัมมัดคือกล่าว “แท้จริงพระอัลลอฮ์ทรงประทานโรคควบคู่กับยารักษาและพระองค์ทรงทำให้ทุกโรคมียารักษา”⁴¹ กลุ่มตัวอย่างจึงไว้วางใจต่อทีมสุขภาพให้ตัดสินใจแทน เพราะเชื่อว่าผลการรักษาขึ้นอยู่กับพระอัลลอฮ์เป็นกำหนด

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.9-3.5 ที่ให้ครอบครัวตัดสินใจแทนในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยให้เหตุผลว่า ศาสนาอิสลามได้กำหนดบทบาทของครอบครัว และไม่ต้องการเป็นภาระแก่ครอบครัว เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามกำหนดว่า ครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวที่บิดาปกครอง หรือบิดาเป็นศูนย์ในกรณีที่ไม่มีภรรยา สามียังต้องรับผิดชอบในการกระทำของภรรยา รวมทั้งมีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจ⁴² อิสลามกำหนดว่า สามียังเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูภรรยาและลูกๆ และให้ความรัก ความมั่นคง ความปลอดภัย ตลอดจนมีชีวิตที่ดีในโลกนี้และโลกหน้า สามียังต้องให้ความคุ้มครองภรรยา ภรรยาต้องเชื่อฟังสามี การกระทำใดๆ ต้องได้รับความยินยอมจากสามี⁹ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงส่วนหนึ่งจึงให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน

สรุปและเสนอแนะ

ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ตัดสินใจติการรักษาที่ยืดชีวิต โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือความเชื่อทางศาสนา และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการรักษาในระยะสุดท้าย มีเพียงส่วนน้อยที่ตัดสินใจรับการรักษาต่อ ให้ที่มสุขภาพหรือครอบครัวตัดสินใจแทน ผลการศึกษาสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการตัดสินใจด้วยตัวเอง แม้ว่าการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับความตายจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานาน และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ก็มีแนวโน้มที่จะคิดถึงความตายและเตรียมรับกับความตายที่จะมาถึง

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่มสุขภาพควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแม้ในระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ข้อมูลที่ต้องการครบถ้วนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยมุสลิมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจโดยสอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของตนเองที่แท้จริง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
2. กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจจะแตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้
3. เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross sectional) ไม่ได้แสดงการเปลี่ยนแปลงตามเวลาซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Jonseb AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decision in clinical medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
2. แสง บุญเฉลิมวิภาส. ลิทธิผู้ป่วย. ใน: สุวงศ์ ศาสตราวหา, บรรณาธิการ. กฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2540;24-35.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การดูแลรักษาสภาพความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (ข้อพิจารณาทางคลินิก). ใน: สมบัติ

ตรีประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2546;21-31.

4. Prendergast TJ, Puntillo KA. Withdrawal of life support intensive caring at the end of life. J Am Med Assoc 2002; 288:2732-40.
5. วิฑูรย์ อั้งประพันธ์. กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์ 2545;205:29-32.
6. เสาวนีย์ จิตต์หวมด. วัฒนธรรมอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ทางนำ; 2535.
7. Ross HM. Islamic concerns in end of life care. Am J Nurs 2001;103:48-56.
8. เอกวิทย์ ณ ถกลาง. สังคมและวัฒนธรรมของชนหลายชาติพันธุ์ในภาคใต้. วารสารรัฐมิแล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2540;18:3-9.
9. มานี ชูไทย. หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
10. กรแก้ว กำพลศิริ. การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
11. Pierce PF, Hicks FD. Patient decision-making behavior: an emerging paradigm for nursing science. Nurs Res 2001;50:267-74.
12. Sullivan MA, Muskin SJ, Feldman SJ, et al. Effects of religiosity on patients' perceptions of do-not-resuscitate status. Psychosomatics 2004;45:119-28.
13. Sulmasy DP. Addressing the religious and spiritual needs of dying patients. West J Med 2001;175:251-4.
14. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, et al. Withdrawing intensive life-sustaining treatment recommendations for compassionate clinical management. N Engl J Med 1997;336:652-7.
15. Cicirelli VG, MacLean AP, Cox LS. Hastening death: a comparison of two end-of-life decisions. Death Stud 2000;24:401-19.
16. Mendelsohn AB, Belle SH, Fischhoff B, et al. How patients feel about prolonged mechanical ventilation 1 year later. Crit Care Med 2002;30:1439-45.

17. Patrick DL, Curtis JR, Engelberg RA, et al. Measuring and improving the quality of dying and death. *Ann Intern Med* 2003;139:410-5.
18. เรณู พุกบุญมี. การรับรู้การพัฒนาเข้าสู่บทบาททางสังคมในวัยผู้ใหญ่ของวัยรุ่นป่วยเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
19. Garrett MJ. Chronic conditions. In: Black JM, Matassarin JE, editors. *Medical surgical nursing: clinical management for continuity of care*. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997;105-19.
20. Hammes BJ, Rooney BL. Death and end of life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med* 1998;158:383-90.
21. Schiff R, Rajkumar C, Bulpitt C. Views of elderly people on living wills: interview study. *Br Med J* 2000;320:1640-1.
22. Pellegrino ED. Decision to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *J Am Med Assoc* 2000;283:1065-7.
23. Reddick B, Cassem NH. Treatment decision at the end of life. In: Stern TA, Herman JB, editors. *Psychiatry update and board preparation*. New York: McGraw-Hill; 2000;515-9.
24. Swisher KM. Legal issues in the delivery of critical care medicine. In: Grenvik A, Ayres SM, Holbrook PR, et al, editors. *Textbook of critical care*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000;2097-105.
25. Wilson DM. End-of-life care preferences of Canadian senior citizens caregiving experience. *J Adv Nurs* 2000;31:1416-21.
26. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
27. เบ อารีพิน. ชีวิตหลังความตาย (มุฮัมมัดคอลลดุน หะยีมุสตอฟา, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: อิมเมจ; 2545.
28. บรรจง บินกาซัน. ชีวิตหลังความตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อัลอะมีน; 2543.
29. Rassool GH. The crescent and Islamic: healing, nursing and spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspective on caring. *J Adv Nurs* 2000;32:1476-84.
30. Sheikh A. Death and dying—a Muslim perspective. *J R Soc Med* 1998;91:138-40.
31. สันต์ หัตถิรัตน์. สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2544.
32. Stein GL. Improving our care at life's end: making a difference. *Health Soc Work* 2004;29:77-9.
33. Ravsten E. End of life issues in the elderly client. In: Anderson MA, editor. *Caring for older adults holistically*. 3rd ed. Los Angeles: FA Davis; 2003;92-102.
34. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000;356:1672-6.
35. Mezey MD, Leitman R, Mitty EL, et al. Why hospital patients do and do not execute an advance directive. *Nurs Outlook* 2000;48:165-71.
36. ลิวลี ศิริไล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
37. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, et al. Patients preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. Support investigators. Study to understand prognoses and preference for outcomes and risks of treatment. *Ann Intern Med* 1997;127:1-12.
38. วิลาส ชูช่วย. สังคมกรรมทางการเมืองของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสตูล [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน]. บัณฑิต: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.
39. Beare PC. Principle and practice of adult health nursing. Philadelphia: C.V. Mosby; 1994.
40. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
41. มูรีด ทิมะเสน. ใครว่าการเป่ารักษาไม่มีในอิสลาม. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
42. ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์. หน่วยที่ 11 อิสลามในสังคมไทย. ใน: สาขาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชา: ความเชื่อ และศาสนาในสังคมไทย (หน่วยที่ 8-15). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์; 2539;457-500.