ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตนของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

Spiritual Care Needs on A Relationship with Another Person and A Higher Power of The Muslim Patients who had Surgery in the Surgical Department in One Hospital Center, Southern Border Provinces in Thailand

จุรีย์ ธีรัชกุล วท.ม. (Juree Therhachakul, M.S.P.)[1]
อนงค์ ภิบาล พย.ม. (Anong Phibal, M.N.S.)[1]
อุไร หัถกิจ Ph.D. (Urai Hatthakit, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

ความต้องการทางจิตวิญญาณ หากได้รับการตอบสนองบุคคลก็จะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน พร้อมเปรียบเทียบระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณระหว่างมิติ ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 339 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 4.64, S.D. = 0.14) แต่ความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.72, S.D. = 0.20) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความต้องการระหว่างมิติพบว่า ความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์สูงกว่ามิติอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลของการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมุสลิมควรให้ความสำคัญกับการแสดงออกเพื่อการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า ทั้งนี้เพื่อสนองตอบความต้องการที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

คำสำคัญ : ความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมุสลิม จังหวัดชายแดนใต้

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

The spiritual needs, it had been responding person will be spiritual well-being. The purpose of this study was to survey the level of the spiritual care needs on the relationship with another person and A higher power and The comparison between the level of spiritual dimensions care needs of the Muslim patients who had surgery in the surgical department in one hospital center, southern border provinces in Thailand. A descriptive research design was collected from 339 subjects selected by simple random sampling. The research instruments were questionnaires of reliability coefficients were 0.86. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation.

The research found that, the means score overall average of the spiritual dimensions care needs is moderate ($\overline{X}$ =4.64, SD = 0.14), but found that the needs for relationships with Allah is highest. ($\overline{X}$ = 4.72, SD = 0.20) when compared to the level of spiritual dimensions needs found that the relationships with Allah is higher than the other dimensions; A statistically significance ($p < .05$). The results of this study indicate that. The development of guidelines nursing practice for Muslim patients. Must provide care in different dimensions. To cover the every aspect. Especially, the expression for the remembrance of God. In order to satisfy the demand that are consistent with concepts and principles of Islam.

Keywords : Spiritual care needs, The muslim patients, Southern border provinces

บทนำ

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสังคม ประเพณี วัฒนธรรม และศาสนา เมื่อความต้องการทางจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองบุคคลจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) อย่างไรก็ตามหากความต้องการทางด้านจิตวิญญาณได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอก็จะเกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ได้ จิตวิญญาณเป็นแหล่งของกำลังใจ เป็นที่พึ่งและยึดเหนี่ยวทางใจของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเองได้ การมีจิตวิญญาณที่ดีส่งผลให้มีสภาวะสุขภาพที่ดีด้วย (Bursell & Mayers, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรม ไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ได้แบ่งความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณออกเป็น 3 ด้านประกอบด้วย (1) ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (2) ความต้องการด้านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน (3) ความต้องการมีความหวัง จากการศึกษาของ กนกอร กองจันทร์ และชวนพิศ ทำนอง (2553) พบว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นมากที่สุด แต่การตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยนั้นพบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ นอกจากนี้การศึกษาของ อนงค์ ภิบาล (2552) พบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณสูงกว่าการตอบสนองที่ได้รับจากผู้ให้บริการ ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เข้าใจและศรัทธาในหลักศาสนาจะมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยโดยวิงวอนขอพรจากอัลลอฮ์ให้หายจากโรคด้วยความศรัทธา มีความอดทน มีความเชื่อมั่น ทำให้ผู้ป่วยมีจิตวิญญาณที่มั่นคง มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค ผู้ป่วยไทยมุสลิมเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นปกติวิสัยของมนุษย์ เป็นบททดสอบคุณค่าความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับบททดสอบอื่นๆ ส่วนการมีสุขภาพดีนั้นอยู่ที่พระประสงค์ของอัลลอฮ์เท่านั้น (ดำรงค์ แวอาลี, 2547) Johnstone et.al. (2012) ศึกษาประสบการณ์ทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติทางศาสนากิจพบว่า ชาวมุสลิมเป็นกลุ่มที่มีความต้องการทางจิตวิญญาณและปฏิบัติศาสนากิจมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ

ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ของไทยร้อยละ 80 เป็นชาวไทยมุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งยึดหลักคำสอนอิสลามเป็นวิถีชีวิต เชื่อว่าสุขภาพที่ดีจะต้องมีมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย จิตวิญญาณเป็นมิติที่เชื่อมโยงกับจิตใจและร่างกายทำให้ส่งผลต่อสุขภาพ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณจะเป็นพลังที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีโดยรวม ดังนั้นในทัศนะของอิสลามบุคคลจะมีสุขภาพดีได้ต้องมีจิตวิญญาณครอบคลุม 3 มิติ คือ (1) ความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ (ฮับลุม มินัล ลอฮ์) (2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (ฮับลุม มินัล อาละมีน) (3) ความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง (ฮับลุม มินนัฟซี) (ดำรงค์ แวอาลี, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ตามแนวคิดของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ ดังเช่น จากการศึกษาของ สัญญา โพธิ์งาม, วัลภา คุณทรงเกียติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2555) พบว่าผู้รับบริการซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน มีความต้องการด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณมากกว่าการได้รับการตอบสนองจากผู้ให้บริการ และงานวิจัยของ อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวล และ มัลลิกา สุนทรวิภาต (2553) พบว่า การรับรู้การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลมากกว่าการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับจริง ในผู้ป่วยเรื้อรังขณะนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณจากพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาการดูแลทางจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมา 10 ปี พบว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมิติจิตวิญญาณ และความเชื่อทางศาสนา ที่ทีมสุขภาพต้องเผชิญและแก้ไขบ่อยครั้ง เช่น ญาติขอเข้าไปเยี่ยมนอกเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดเพื่อสวดดุอาห์เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างมีสติ หรือต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อหาที่พึ่งทางความเชื่อจิตวิญญาณ ระลึกถึงสิ่งที่นับถือ สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับมิติ จิตวิญญาณของผู้ป่วย ในผู้ป่วยด้านศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดมักเกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณซึ่งมีต้นเหตุจากความไม่รู้ ไม่ได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการที่ชัดเจน เช่น รู้สึกหวาดกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดจากการผ่าตัด วิตกกังวลต่อการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด กลัวตาย และกลัวไม่ฟื้นจากการให้ยาสลบ ทำให้รู้สึกหมดหวัง ทุกข์ทรมาน สูญเสียเป้าหมายในชีวิต ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นมากที่สุด เพื่อการดูแลเอาใจใส่ให้ข้อมูลที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ สัญญา โพธิ์งาม, วัลภา คุณทรงเกียติ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2555) พบว่าผู้รับบริการซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน มีความต้องการการดูแลด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นประเมินความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา แนวทางการให้การพยาบาลในผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรม ได้สอดคล้องและตอบสนองความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง
2. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ ตามระดับความต้องการในแต่ละมิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความต้องการทางด้านจิตวิญาณของไฮฟิลด์ (Highfield, 1992) ในด้านความต้องการด้านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และพลังนอกเหนือตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักศาสนาอิสลามที่เชื่อว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีได้ จะต้องมีมิติด้านจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยโดยเฉพาะความสัมพันธ์กับพระผู้เป็นเจ้าและต้องครอบคลุม 3 มิติ (ดำรงค์ แวอาลี และมูฮหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ, 2558) ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ (ฮับลุม มินัลลอฮ์) คือ ความศรัทธาต่ออัลลอฮ์ผู้ทรงสร้าง ผู้ทรงรอบรู้ ผู้ทรงทำให้เกิด ผู้ทรงทำให้ตาย ผู้ทรงทำให้เจ็บป่วยและทำให้หายป่วยนั่นเอง มุสลิมต้องยึดมั่นในพระองค์ ปราศจากภาคีอื่นใด บุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้านนี้อย่างสมบูรณ์จะเป็นผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี

2) ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น(ฮับลุม มินัลอาละมีน) คือ การให้และการรับความผูกพัน การให้และการยอมรับการอภัย การให้และการรับความไว้วางใจจากผู้อื่น มนุษย์สามารถปรับตัวกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ดี บุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้านนี้อย่างสมบูรณ์ย่อมเป็นผู้ที่มีสุขภาพด้านจิตใจและสังคมดีไปด้วย

3) ความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง (ฮับลุม มินนัฟซี) ได้แก่ การให้และการรับความผูกพัน การให้และการรับการอภัย และการให้การรับความไว้วางใจในตนเอง ผู้ป่วยไทยมุสลิมต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ต้องยอมรับและอดทนกับสิ่งที่พระอัลลอฮ์ประทานมาให้และปฏิบัติตัวตามแนวทางศาสนาอิสลาม รวมทั้งความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเองเช่นนี้ ย่อมทำให้มีสุขภาพกายและจิตใจดีไปด้วย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) เพื่อศึกษาระดับความต้องการ การดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเอง ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และบวกเพิ่มเติมประมาณ 5% เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 339 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัด (ไม่จำกัดชนิดของการผ่าตัด) ในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ โดยระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
2. ศึกษาทั้งเพศหญิงและชาย ไม่จำกัดระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และแผนการรักษา
3. อายุ 18 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน
4. ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยครอบคลุม 3 มิติ คือ

1. ความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ (ฮับลุม มินัลลอฮ์) มีจำนวน 6 ข้อ
2. ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น (ฮับลุม มินัลอาละมีน) มีจำนวน 15 ข้อ
3. ความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง (ฮับลุม มินนัฟซี) มีจำนวน 4 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ลำดับเนื้อหา ความครบถ้วน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นทดลองใช้เครื่องมือ (try out) กับผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรม จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลให้เข้าถึงข้อมูลได้ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษา

2. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียด งานวิจัยแก่ผู้ป่วยที่มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ตามความสะดวกของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้านในขณะที่ภาวะอารมณ์ของครอบครัวพ้นระยะวิกฤติ โดยประเมินจากการพูดคุยโดยไม่มีความสับสน ยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเล่าเหตุการณ์ได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที ในรายที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และหากในระหว่างที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามมีความคับข้องใจ ผู้วิจัยพร้อมรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เน้นย้ำข้อมูลเป็นความลับ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง กันยายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเอง ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ ตามระดับความต้องการในแต่ละมิติ ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ทำหนังสือขออนุญาตจากโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลให้เข้าถึงข้อมูลได้ พร้อมชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายถึงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 339 คน เป็นเพศชาย 169 คน และเป็นเพศหญิง 170 คน อายุเฉลี่ย 35 ปี (S.D. = 12.7) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 35.4) รองลงมาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.5) มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยตั้งแต่ระดับได้บ้างจนถึงดีมาก (ร้อยละ 61.7) โดยได้รับการศึกษาในโรงเรียนปอเนาะมากที่สุด ซึ่งเป็นโรงเรียนสอนศาสนาของเอกชน (ร้อยละ 26.3) และศึกษาด้วยตนเองน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.8) ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3-5 วัน (ร้อยละ 42.20)

ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และพลังนอกเหนือตน ของผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 4.64, S.D. = 0.14) เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ มีความต้องการอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.72, SD = 0.20) รองลงมาความต้องการในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ($\overline{X}$ = 4.62, S.D. = 0.12) และความต้องการในมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ($\overline{X}$ = 4.58, S.D. = 0.09) ซึ่งมีระดับความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ของผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งโดยรวมและจำแนกรายมิติ (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. ด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์	4.72	0.20	สูง
2. ด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	4.62	0.12	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเอง	4.58	0.09	ปานกลาง
โดยรวม	**4.64**	**0.14**	**ปานกลาง**

ส่วนที่ 3 ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ พิจารณาตามรายข้อในแต่ละมิติความต้องการ

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในแต่ละมิติเป็นรายข้อ มีคะแนนเฉลี่ยดังนี้

3.1 มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ข้อที่มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การขอพรจากพระอัลลอฮ์เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ($\overline{X}$ = 4.94, S.D. = 0.44) และการระลึกถึงพระอัลลอฮ์ เพื่อจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ($\overline{X}$ = 4.92, S.D. = 0.44) รองลงมา คือ การระลึกถึงพระอัลลอฮ์เพื่อให้ได้รับคำรับรองจากท่านศาสดาในการทำความดีเพื่อได้รับผลตอบแทนที่ดีในโลกหน้า ($\overline{X}$ = 4.79, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ พิจารณาตามรายข้อ (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. การขอพรจากพระอัลลอฮ์ เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย	4.94	.44	สูง
2. การระลึกถึงพระอัลลอฮ์ เพื่อจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย	4.92	.44	สูง
3. การระลึกถึงพระอัลลอฮ์เพื่อให้ได้รับคำรับรองจากท่านศาสดาในการทำความดีเพื่อได้รับผลตอบแทนที่ดีในโลกหน้า	4.79	.51	สูง
4. การขอพรจากพระอัลลอฮ์แก่ตนเองและบุคคลรอบข้างด้วยการสวดดุอาห์	4.67	.53	ปานกลาง
5. การละหมาดในหอผู้ป่วย	4.53	.66	ปานกลาง
6. การรับฟังบทยาซีน	4.44	.62	ต่ำ

3.2 มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ข้อที่มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\overline{X}$ = 4.82, S.D. = 0.42) และการได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน ($\overline{X}$ = 4.77, S.D. = 0.44) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การให้ผู้นำศาสนามาเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจและสนองความศรัทธาของผู้ป่วย ($\overline{X}$ = 4.38, S.D. = 0.64) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น พิจารณาตามรายข้อ (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. การได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.82	.42	สูง
2. การได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน	4.77	.44	สูง
3. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออก และบ่งบอกถึงความต้องการ	4.70	.51	ปานกลาง
4. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว การบีบนวด การให้อาหาร เป็นต้น	4.68	.55	ปานกลาง
5. การให้ข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษา และข้อมูลอื่น ๆ	4.68	.51	ปานกลาง
6. การพูดคุยให้กำลังใจและปลอบใจ แม้ว่าผู้ป่วยรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม ในการต่อสู้และอดทน (ซอบัร) ต่อความเจ็บป่วย	4.67	.51	ปานกลาง
7. การสอบถามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	4.66	.55	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นพิจารณาตามรายข้อ (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
8. การได้รับการยอมรับและรับฟังเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาในเรื่องต่าง ๆ	4.64	.53	ปานกลาง
9. การอนุญาตให้นำสิ่งของที่ผู้ป่วยรัก ผูกพันและคุ้นเคย หรือของใช้ เป็นประจำมาไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย	4.64	.53	ปานกลาง
10. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4.63	.56	ปานกลาง
11. การกล่าวทักทายหรือกล่าว “อัสลามุอาลัยกุม” (กรณีพยาบาลมุสลิม) ขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วย	4.51	.64	ปานกลาง
12. การจัดให้มีบุคคลเพศเดียวกันอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ต่างเพศ	4.50	.59	ปานกลาง
13. การจัดห้องหรือสถานที่ ภายในหอผู้ป่วยหรือภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ละหมาด	4.48	.64	ต่ำ
14. การช่วยเหลือ/ทำให้/ทำแทน ผู้ป่วยหรือทำตามเมื่อผู้ป่วยร้องขอ เช่น การอ่านคัมภีร์ การช่วยเหลือเรื่องการเจ็บปวดเป็นต้น	4.47	.60	ต่ำ
15. การให้ผู้นำศาสนามาเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจและสนองความศรัทธาของผู้ป่วย	4.38	.64	ต่ำ

3.3 มิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดแต่มีระดับความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การยอมรับและอดทนกับความเจ็บป่วยที่พระเจ้าประทานมาให้ ($\overline{X}$ = 4.65, S.D. = 0.52) และการได้รับการให้อภัยจากตนเองและญาติในความผิดที่ผ่านมา ($\overline{X}$ = 4.65, S.D. = 0.54) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง พิจารณาตามรายข้อ (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. การยอมรับและอดทนกับความเจ็บป่วยที่พระเจ้าประทานมาให้	4.65	.52	ปานกลาง
2. การได้รับการให้อภัยจากตนเองในความผิดที่ผ่านมา	4.65	.54	ปานกลาง
3. การบริจาคซะกาตช่วยให้ชีวิตพบสิ่งที่ดี	4.53	.65	ปานกลาง
4. การกล่าวขออภัยต่อพระอัลลอฮ์ในความผิดที่ผ่านมา (การเตาบะฮ์)	4.47	.47	ต่ำ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ ตามระดับความต้องการในแต่ละมิติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการ ระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ กับ มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ กับ มิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น กับ มิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ ระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ด้วยสถิติ Paired t-test (n = 339)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณระหว่างมิติ	คะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$ i)	df	t	Sig.
มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ($\overline{X}$ 1) * มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ($\overline{X}$ 2)	4.72 * 4.62	338	2.452	.028*
มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ($\overline{X}$ 1) * มิติความสัมพันธ์ที่ดีตนเอง ($\overline{X}$ 3)	4.72 * 4.58	338	3.341	.005**
มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ($\overline{X}$ 2) * มิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ($\overline{X}$ 3)	4.62 * 4.58	338	1.002	.333

*p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในการศึกษาครั้งนี้ เน้นด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตนในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ มิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยเข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ของไทยนั้น ผลการศึกษาพบว่าความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ พบว่ามีความต้องการอยู่ในระดับสูง ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์

จากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.72, S.D. = 0.20) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ การขอพรจากอัลลอฮ์ เพื่อให้ได้รับความสุขสบาย ($\overline{X}$ = 4.94, S.D. = 0.44) และการระลึกถึงอัลลอฮ์ เพื่อจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ($\overline{X}$ = 4.92, S.D. = 0.44) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมุสลิมมีความศรัทธาในอัลลอฮ์ เพราะเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนด ตั้งแต่วันที่ลืมตาดูโลกจนกระทั่งตาย อัลลอฮ์จึงมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของมุสลิม ดังการศึกษาของ นิการีหม๊ะ นิจินิการี อรัญญา เชาวลิต และอุไร หัถกิจ (2551) เรื่องการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าร้อยละ 81.0- 89.8 ตัดสินใจยุติการรักษาโดยยึดหลักความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อในโลกหน้า (ความตายเป็นหนทางไปหาพระเจ้า) และเชื่อในพระเจ้าองค์เดียว (ทุกอย่างอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนด) จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไทยมุสลิมมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับพระเจ้า และมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในอัลลอฮ์โดยบริสุทธิ์ใจ (ดำรงค์ แวอาลี และมูฮหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ, 2558) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า ได้แสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น ความศรัทธาอย่างไม่มีข้อแม้ ด้วยการสวดขอพรและขออภัยจากพระองค์ การรู้จักขอบคุณพระองค์ในยามสุข และการรู้จักอดทนและระลึกถึงพระองค์ในยามเจ็บป่วยหรือยามทุกข์ มุสลิมเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนจะได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์ เพื่อทดสอบถึงความศรัทธา ความสัมพันธ์ที่ดีกับพระเจ้า ยังหมายถึงโอกาส ของการได้รับการตอบแทนความดีในโลกหน้า (Ahmad & Khan, 2015) การศึกษาของ ยูเซฟา และอาบีดี (Yousefi & Abedi, 2011)

พบว่าความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมคือ การส่งเสริมให้มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพระเจ้าเป็นความต้องการสูงสุด สอดคล้องกับ จิตสิริ ปรียาวาณิชย์ (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณและมีส่วนร่วมขอพรจากอัลลอฮ์ในระดับสูง ถ้าได้ขอพรและขออภัยต่ออัลลอฮ์ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะทางจิตวิญญาณที่ดีขึ้น จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นผู้ป่วยไทยมุสลิม มีมิติจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์ที่ดียึดมั่นในอัลลอฮ์เป็นที่พึ่งสำคัญ รวมทั้งในทัศนะของพยาบาลก็มีความเห็นเช่นเดียวกันว่าบทบาทการดูแลที่สำคัญคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า การทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ เป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด (Markani, Khodayari & Yaghmaei, 2012 ; จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555)

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

จากผลการศึกษาความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 4.62, S.D. = 0.12) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ การได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ($\overline{X}$ = 4.82, S.D. = 0.42) รองลงมาคือ การได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน ($\overline{X}$ = 4.77, S.D. = 0.44) อธิบายได้ว่าความต้องการด้านนี้มีลักษณะของการให้และรับความรัก ความผูกพัน ความศรัทธา ความไว้วางใจ และการให้อภัยโดยไม่มีเงื่อนไข เป็นการแสดงออกถึงความรักต่อผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ วนวโรดม และคณะ (2552) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง มีความต้องการด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง มนุษย์ทุกคนต่างมีความต้องการการพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ และเคารพในสิทธิส่วนบุคคล (รอฮานี เจะอาแซ และคณะ, 2552) การได้รับการดูแลอย่างเต็มที่เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน เป็นการสร้างความหวังทำให้ร่างกายมีพลังที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา อุปนิสากร และ จารุวรรณ บุญรัตน์ (2556) พบว่าขณะที่เจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวมีความเครียด ความวิตกกังวล การรับรู้ ตัดสินใจในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง จึงต้องการได้รับคำชี้แนะแนวทางด้านความเชื่อ ศาสนา และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อหาทางออกทางจิตวิญญาณ (Ellershaw & Wilkinson, 2011) นอกจากนี้ความต้องการการเปิดโอกาสของพยาบาลให้ผู้ป่วยแสดงออกและบ่งบอกถึงความต้องการ ($\overline{X}$ =4.70, S.D.=0.51) คือ อยากให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นในการตอบสนองต่อการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ป่วย อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะเครียดหรือวิตกกังวลต่อการผ่าตัด เนื่องจากความไม่รู้ ความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวความเจ็บปวด เป็นต้น ดังนั้นหากพยาบาลมีความเข้าใจในการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยให้ความสนใจ พูดคุย สังเกตความต้องการของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือ โดยไม่ละเลยในความศรัทธาความเชื่อในศาสนา บุคคล หรือสิ่งของ ฯลฯ จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมถึงมิติจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร กองจันทร์ และชวนพิศ ทำนอง (2553) พบว่าผู้ป่วยภาวะวิกฤติมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมากที่สุด ส่วนความต้องการให้ผู้นำศาสนามาเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อเป็นกำลังใจและสนองความศรัทธาของผู้ป่วยนั้นพบว่ามีความต้องการน้อยที่สุด ($\overline{X}$ =4.38, S.D.=0.64) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้นำศาสนานั้นมีบทบาทในชุมชนมากกว่าในสถานพยาบาล เช่น เป็นผู้ให้ความรู้ทางศาสนา เป็นผู้นำการสวดมนต์หรือคำกล่าวต่างๆ ในคัมภีร์อัลกุรอาน ส่วนบทบาทการมีส่วนร่วมหรือการตัดสินใจการดูแลรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาลนั้นยังไม่เด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของชาวมุสลิมอเมริกันพบว่า ผู้นำศาสนามีบทบาทการมีส่วนในการดูแลสุขภาพน้อย (Padela, Gunter & Killawi, 2011) บางรายงานการศึกษาจึงมีข้อเสนอให้มีการอบรมเชิงคลินิกแก่ผู้นำศาสนา อิหม่าม สำหรับการให้คำแนะนำเชิงสุขภาพที่ถูกต้องสอดคล้องกันระหว่างแนวทางการดูแลรักษากับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิม (Abu-Ras, 2011)

3. ความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง

จากผลการศึกษาความต้องการการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเองพบว่า มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 4.58, S.D. = 0.09) และข้อที่มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การยอมรับและอดทนกับความเจ็บป่วยที่พระเจ้าประทานมาให้ ($\overline{X}$ = 4.65, S.D. = 0.52) และการได้รับการให้อภัยจากตนเองและญาติในความผิดที่ผ่านมา ($\overline{X}$ = 4.65, S.D. = 0.54) อธิบายได้ว่าในหลักอิสลาม มุสลิมต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ต้องยอมรับและอดทนกับสิ่งที่อัลลอฮ์ประทานมาให้และปฏิบัติตัวตามแนวทางศาสนาอิสลาม รวมทั้งความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อตัวเองเช่นนี้ย่อมทำให้มีสุขภาพกายและจิตใจดีไปด้วย (อิสมาอีล โดยิ, 2552) อิสลามบัญญัติเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยไว้ว่า ให้รีบบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนผลการบำบัดว่าจะหายหรือไม่หายหรือจะเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลลอฮ์เท่านั้น (ดำรงค์ แวอาลี และมูฮหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ, 2558) จากเหตุผลตามหลักอิสลามดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมยอมรับและอดทนกับความเจ็บป่วยที่อัลลอฮ์ประทานมาให้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าข้ออื่นๆ

4. เปรียบเทียบความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณ ตามระดับความต้องการในแต่ละมิติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์กับระดับความต้องการในมิติอื่นๆ แล้ว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมยึดถืออัลลอฮ์เป็นที่พึ่งสำคัญ มุสลิมให้ความสำคัญกับการแสดงออกถึงความศรัทธาที่มีต่ออัลลอฮ์โดยการปฏิบัติศาสนกิจทุกวัน เช่น การละหมาด การสวดดุอาร์เพื่อขอพรต่ออัลลอฮ์ หรือแม้กระทั่งการกล่าวนาม “อัลลอฮ์” เมื่อมีเหตุตกใจหรือเสียขวัญ จะยึดถือและให้ความศรัทธาต่ออัลลอฮ์เป็นสิ่งสูงสุดเหนือสิ่งอื่นใด (Queensland Health, 2010; Ramadan, 2014) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบระดับความต้องการระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมกับมิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเองพบว่าระดับความต้องการไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ารับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไป มีความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณครอบคลุมในทุกมิติของความต้องการ ไม่ต้องการเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น จิตวิญญาณของบุคคลจะสมบูรณ์ได้ต้องมีองค์ประกอบที่หลากหลาย ดังจากการศึกษาของ รัตติกรณ์ จงวิศาล และคณะ (2557) ได้นิยามและกำหนดองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตวิญญาณถึง 18 องค์ประกอบหลัก และการศึกษาของ (Galek, Flannelly, Vane & Galek, 2005) ที่ศึกษาถึงการสร้างแบบประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ พบว่ามีองค์ประกอบของความต้องการถึง 8 มิติ ฉะนั้นจึงเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่า การให้การพยาบาลตามระดับความต้องการในแต่ละมิตินั้น จะต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมในทุกมิติความต้องการทางจิตวิญญาณนั้น (Speck, Higginson, & Addington-Hall, 2004)

สรุป

ความต้องการการดูแลทางจิตวิญญาณด้านการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและพลังนอกเหนือตน ในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง ของผู้ป่วยมุสลิมที่เคยรับการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาความต้องการในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์พบว่า อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ กับ ความต้องการในมิติอื่นๆ แล้วพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบความต้องการระหว่างมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น กับ มิติความสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเองพบว่าระดับความต้องการไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมด้านศัลยกรรมนั้น ควรให้บริการครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมในเรื่องการประกอบศาสนกิจ ที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า

ซึ่งมีความต้องการอยู่ในระดับสูงสุด กล่าวคือการส่งเสริม สนับสนุน หรือชี้แนะให้ขอพรจากอัลลอฮ์เมื่อเกิดความทุกข์ใจหรือทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ส่งเสริมให้ทำการละหมาดตามเวลาในขณะเจ็บป่วย และผู้ให้บริการต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อการบริการผู้ป่วยไทยมุสลิม (Puchalski et al., 2009) อาทิเช่น การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ความไว้วางใจและความเห็นอกเห็นใจให้การดูแลอย่างเต็มที่ รวมถึงทีมผู้ให้บริการควรเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา การจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติศาสนกิจ การละหมาด การคำนึงถึงเพศที่ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้รับบริการมุสลิม เพื่อให้มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมุสลิมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการรักษาพยาบาล ในระบบสุขภาพตามแนวทางและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม

2. ควรกำหนดนโยบายหรือกฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามความเชื่อของผู้ป่วยมุสลิมพร้อมติดประกาศให้ชัดเจน เช่น กำหนดสถานที่สำหรับประกอบศาสนกิจภายในหอผู้ป่วย กำหนดขั้นตอนการขอปฏิบัติศาสนกิจอื่นๆ ตามความเชื่อที่นอกเหนือจากทางโรงพยาบาลกำหนด

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

แผนกศัลยกรรมควรมีการจัดกิจกรรมและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการประกอบศาสนกิจ เพื่อการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงอัลลอฮ์ ดังนี้

1. ในระยะก่อนผ่าตัด ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อคลายความวิตกกังวล ได้แก่ จัดทำคู่มือหรือแผ่นป้ายสวดดุอาห์เพื่อความสะดวกในการขอพรต่ออัลลอฮ์ในหอผู้ป่วย หรือ คู่มือแสดงวิธีการละหมาดขณะเจ็บป่วย การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การจัดบริการที่คำนึงถึงเพศที่ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลที่จำเป็นต้องเปิดเผยอวัยวะส่วนที่ปกปิด

2. ในระยะหลังผ่าตัด ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคลายความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายภายหลังผ่าตัด เช่น ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมสวดดุอาห์เพื่อขอพรต่ออัลลอฮ์ การดูแลความสะอาดร่างกาย การกล่าวอาซานเพื่อการละหมาด รวมถึงการยอมรับความเจ็บป่วยซึ่งถือว่าบททดสอบตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมุสลิมเพื่อส่งเสริมการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเป็นรูปธรรม

รายการอ้างอิง

กนกอร กองจันทร์ และชวนพิศ ทำนอง. (2553). ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ และความต้องการด้าน จิตวิญญาณในผู้ป่วยภาวะวิกฤต. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 13**(3), 57-72.

ดำรงค์ แวอาลี. (2547). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ดำรงค์ แวอาลี (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางอิสลาม.** กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พริ้นติ้งเอาส์.

ดำรงค์ แวอาลี และมูฮหมัดดาโอะ เจ๊ะเลาะ. (2558). **จิตวิญญาณในผู้ป่วยมุสลิม.** ค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2558. จาก http://www.piwdee.net/sanha1.htm.

จารุวรรณ บุญรัตน์ และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 4**(1), 1-13.

จิตสิริ ปรียวาณิชย์. (2548). **ความเข้าใจสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การรับรู้ความต้องการด้าน จิตวิญญาณกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมุสลิมในการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมุสลิมที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิการีหม๊ะ นิจินิการี, อรัญญา เชาวลิต, และอุไร หัถกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 26**(5), 431- 439.

พรพรรณ วนวโรดม และคณะ. (2552). ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล. **เอกสารโครงการประชุมวิชาการประจำปี ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เรื่อง องค์กรพยาบาลที่ดี...มีดีไซด์ : HODTREN.** วันที่ 29-30 มิถุนายน 2552. กรุงเทพฯ: ห้องประชุม อทิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช.

รัตติกรณ์ จงวิศาล, พนมพร พุ่มจันทร์, ศยามล เอกะกุลานันต์, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพ็ชร์ และวิริณธิ์ กิตติพิชัย. (2557). **การศึกษาและพัฒนาเครื่องมือประเมินและตัวชี้วัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนา.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

รอฮานี เจอะอาแซ, วันดี สุทธรังษี, กิตติกร นิลมานัต, ศรีสุดา วนาลีสิน, ฟูซียะห์ หะยี, จุรีย์ ธีรัชกุล และสุนีย์ นิยมเดชา. (2552). **เรื่องเล่าความสำเร็จของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบสุขภาพ: การบริบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

สัญญา โพธิ์งาม, วัลภา คุณทรงเกียติ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2555). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉิน. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 20**(3), 85-96.

สุพัตรา อุปนิสากร และ จารุวรรณ บุญรัตน์. (2556). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วย ไอซียูอายุรกรรม. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 33**(3), 37-50.

อนงค์ ภิบาล. (2552). **ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณและการได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยไทยมุสลิมระยะสุดท้ายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อิสมาอีล โดยิ. (2552). การศรัทธาต่อพระเจ้ากับการสร้างเสริมสุขภาพจิต. ใน พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, ยูซูฟ นิมะ, (บรรณาธิการ), **การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: สุขภาพจิต, โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้.** สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวล, และมัลลิกา สุนทรวิภาต. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล, 25**(1), 100-111.

Abu-Ras W., (2011). Chaplaincy and spiritual care services: The case for muslim patients. **Topics in Integrative Health Care, 2**(2), Retrieved September 20, 2014. from http://www.tihcij.com/Articles/Chaplaincy-and-Spiritual-Care-Services-The-Case-for-Muslim-Patients.aspx?id=0000275.

Ahmad M. & Khan S. (2015). **Muslims in Australia and there aged care needs: an exploratory study with special reference to south Australia.** (online publication Updated: January 2015), Retrieved September 2, 2015. from http://iicsa.com.au/mainsite/images/documents/Muslim%20Aged%20Care%20Report%20(Revised%20and%20Updated%20January%202015).pdf.

Bursell, J., & Mayers, C. A. (2010). Spirituality within dementia care: Perceptions of health professionals. **British Journal of Occupational Therapy, 73**(4), 144–151.

Ellershaw, J., & Wilkinson, S. (2011). **Care of the dying: a pathway to excellence.** Oxford University Press.

Galek, K., Flannelly K. J., Vane A. & Galek R. M. (2005). **Assessing a Patient's Spiritual Needs, A Comprehensive Instrument.** Holistic Nursing Practice, March/April 2005.

Highfield, M. F., (1992). Spiritual health of oncology patients: Nurse and patient perspectives. **Cancer Nursing, 15**(1), 1-8.

Johnstone, B., Yoon, D.P., Cohen, D., Schopp, L.H., McCormack, G., Campbell, J. & Smith, M. (2012). Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. **Journal of Religion and Health, 51**(4), 1017–1041.

Krejcie, R. V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement, 80**, 607-610.

Markani A.K., Khodayari M. & Yaghmaei F. (2012). Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. **British Journal of Nursing, 21**(16), S20-S25.

Padela A., Gunter K. & Killawi A. (2011). **Meeting the healthcare need of American muslims: Challenges and strategies for healthcare settings.** Washington, DC.

Puchalski et al. (2009). "Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference." **Journal of palliative medicine, 12**(10), 885-904.

Queensland Health. (2010). Health care providers' handbook on muslim patients. (2nd ed.). **Health and Islamic Council of Queensland.** State of Queensland: Author.

Ramadan, T. (2014). **Iqraa—risalat al islam: The concept of purification in islam.** Tariq Ramadan-Official Website. Retrieved June 12, 2014. from http://tariqramadan.com/english/2014/01/03/iqraa-risalat-al-islamthe-concept-of-purification-in-islam/

Speck, P., Higginson, I., & Addington-Hall, J. (2004). Spiritual needs in health care: May be distinct from religious ones and are integral to palliative care. **British Medical Journal, 329**(7458), 123.

Yousefi H. & Abedi H. A. (2011). Spiritual care in hospitalized patients. **Iranian journal of nursing and midwifery research, 16**(1), 125–132.