

การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์^{1*}

อวยพร ภัทรภักดีกุล²

Palliative Care for Terminally Ill Patients Among Nurses and Caregivers in Songklanagarind Hospital.

Sirin Sastranuruk¹, Uaiporn Pattrapakdikul²

¹Female Internal Medicine Ward, ²Department of Nursing Service, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand.

*E-mail: sasirin@medicine.psu.ac.th

Songkla Med J 2013;31(5):235-244

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 2) ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 3) เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกหอผู้ป่วย ยกเว้นห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยสังเกตอาการ จำนวน 274 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ และผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยเป็นผู้ดูแลประจำที่มาดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 3 วัน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามการรับรู้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลและการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2554

¹หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ²ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

รับต้นฉบับวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 รับลงตีพิมพ์วันที่ 23 เมษายน 2556

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่าการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ด้านสังคมและจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: พยาบาลและผู้ดูแลมีการรับรู้แตกต่างกันในทุกมิติของการดูแล การรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมากและสูงกว่าของผู้ดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาล

Abstract:

Objective: 1) to study the level of nurses' perception about palliative care for terminally ill patients, 2) to study the level of caregivers' perception about palliative care for terminally ill patients, and 3) to compare perception level among nurses and caregivers towards palliative care for terminally ill patients.

Material and Method: Two hundred and seventy-four professional nurses were selected by a simple random technique from nurses who had been working in units other than the operating room, labour room, emergency room, observation unit and outpatient unit, and 114 caregivers who had taken care of the patients in the same units for more than 3 days. Data were collected through a demographic data form and questionnaire on nurses' perception, while data of caregivers included personal data and caregivers' perception towards palliative care for terminally ill patients using a rating scale developed by the researcher, based on literature review on palliative care for terminally ill patients. The reliability of questionnaires for nurses and caregivers was 0.92 and 0.84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Independent t-test.

Results: The level of nurses' perception about palliative care for terminally ill patients was at a high level. The level of caregivers' perception about palliative care for terminally ill patients was at a high level only in physical and psychological dimensions, but was at a moderate level in psychosocial and spiritual dimensions. There were statistical differences between nurses and caregivers at the 0.00, 0.02, 0.01, and 0.00 level, respectively.

Conclusion: There were significant differences in all dimensions of the perception level between nurses and caregivers. Nurses should be provided with more knowledge about psychosocial and spiritual care, and definite guidelines for palliative care of terminally ill patients should be set up.

Keywords: caregivers, nurses, palliative care, terminally ill patients

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่มีความเจริญมากขึ้น มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษา การสุขภาพิบาล ประชาชนมีความรู้และเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากขึ้น¹ แต่ความเจ็บป่วยจากการเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อสัดส่วนประชากรส่วนใหญ่ในสังคมอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประชากรที่เสียชีวิตเนื่องจากโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีเพิ่มขึ้น ทำให้การบำบัดดูแลส่วนใหญ่ต้องเป็นไปในรูปแบบประคับประคอง² จากสถิติการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2549-2553 มีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นคือ 624.6, 624.9, 628.5, 620.8 และ 645.7 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น³

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเป็นระยะวิกฤตที่สุดของชีวิต เป็นเวลาที่ผู้ป่วยตระหนักว่าตนจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน การเจ็บป่วยที่กำลังประสออยู่จะนำมาซึ่งการเสียชีวิต และไม่มีโอกาสที่จะมีชีวิตกลับมาได้ดังเดิม ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องสูญเสียสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต ก่อให้เกิดความเศร้าโศกและทุกข์ทรมานอย่างมาก⁴ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวก การขับถ่าย การจัดการความปวด ภาวะหอบเหนื่อย เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆทรุดลง การดูแลประคับประคองจิตใจและอารมณ์ ความกลัวจากการถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและกลัวต่อการเสียชีวิต^{5,6} พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับภาวะความทุกข์ทรมาน ความเศร้าโศก ความสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอยู่เสมอ⁷ การดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญโดยมีการบูรณาการทั้งทางด้านกายภาพ การพยาบาล สิ่งแวดล้อม ศาสนา วัฒนธรรม สังคมและชุมชน ผู้ดูแลประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้นำทางศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย อาสาสมัคร เพื่อนและครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นแกนหลักที่สำคัญเพราะ

มีความใกล้ชิดผู้ป่วยค่อนข้างมาก⁸ จากการศึกษาของ Soothill และคณะ⁹ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระยะไม่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมตามที่ต้องการ และการศึกษาของ Chapple และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายระบุว่าไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Bradley และคณะ¹¹ พบว่าพยาบาลร้อยละ 88.5 มีการใช้การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการศึกษาของ Gelfman และคณะ¹² พบว่าครอบครัวของผู้สูญเสียร้อยละ 65 ระบุว่าได้รับการตอบสนองและดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ส่วนการศึกษาของอารีญา ด้านผาทอง¹³ พบว่าพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและการประคับประคองสนับสนุนด้านกายภาพ จิตสังคมและจิตวิญญาณตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับมาก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงที่รับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนใน 14 จังหวัดภาคใต้ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งต้องการการดูแลในทุกมิติของการดูแล ทั้งยังเป็นการดูแลในภาวะที่มีการสูญเสียทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540¹⁴ มีการจัดตั้งหน่วยการดูแลประคับประคอง มีการจัดอบรมสำหรับพยาบาลเป็นระยะๆ โดยการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ฝ่ายบริการพยาบาลได้ให้ความสำคัญและกำหนดไว้ในแผนกลยุทธ์ระดับฝ่ายและแผนปฏิบัติการระดับหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลและการได้รับการดูแลในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยใกล้ตายยังมีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วยโดยตรง การศึกษาจึงเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายไปศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยแทน¹⁵ จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงระดับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากรที่ศึกษามี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในทุกหอผู้ป่วย ยกเว้น ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องฉุกเฉิน หน่วยผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 274 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยต้องเป็นผู้ดูแลประจำที่มาดูแลผู้ป่วยในการรักษาครั้งนี้ไม่น้อยกว่า 3 วัน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มพยาบาลและผู้ดูแลแต่ละกลุ่มประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้การได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน จำนวน 34 ข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย 10 ข้อ ด้านจิตใจ 8 ข้อ ด้านสังคม 8 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ

ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แปลผลค่าความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ 3.01-4.00 ให้การดูแล/ได้รับการดูแลระดับมาก 2.01-3.00 ให้การดูแล/ได้รับการดูแลระดับปานกลาง 1.00-2.00 ให้การดูแล/ได้รับการดูแลระดับน้อย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงทั้งฉบับของกลุ่มพยาบาลและผู้ดูแลเท่ากับ 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามให้พยาบาลตามหอผู้ป่วยต่างๆ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 246 ฉบับ (ร้อยละ 89.8) และเก็บข้อมูลการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้ป่วยได้จำนวน 103 คน (ร้อยละ 90.4) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁶

ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 89.8) เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 34.8 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 55.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.2 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.2 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 12 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ร้อยละ 45.1 และ 43.9 เวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 11.6 ปี ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองในแต่ละเดือนเฉลี่ย 4.4 ราย มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม/ประชุมวิชาการ หรือจากการศึกษาความรู้ด้วยตนเอง และมีการประยุกต์

ใช้แนวปฏิบัติหรือผลงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลทั้ง 4 ด้าน ทั้งรายด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกรายข้อแต่ละด้านพบว่าด้านจิตใจระดับการรับรู้ในการอยู่กับผู้ป่วยแทนญาติขณะที่ญาติไม่อยู่และการส่งเสริมให้จิตใจสงบอยู่ในระดับปานกลาง ทางด้านสังคมพบว่าระดับการรับรู้การให้ความช่วยเหลือทางสังคมและการหาวิธีช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกรณีมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตวิญญาณพบว่าระดับการรับรู้การประเมินสิ่งที่มีความหมายของผู้ป่วย การประเมินความหวัง การช่วยทำหรือหาวิธีในการนำทางให้ผู้ป่วยตามความเชื่อของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต และการกล่าวคำอธิษฐานกรรมและไว้อาลัยกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 มีอายุเฉลี่ย 43.7 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และประถมศึกษา ร้อยละ 36.9 และ 25.2 ตามลำดับ ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือ รับราชการ และทำสวน ร้อยละ 18.4 และ 17.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรคที่ผู้ป่วยเป็นร้อยละ 54.4 คือ โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วย คือ 41.5 วัน การรับรู้ของ

ผู้ดูแลในการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่าทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก ส่วนทางด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) เมื่อจำแนกรายข้อในแต่ละด้านพบว่าด้านจิตใจระดับการรับรู้โดยการสัมผัสผู้ป่วย การเสนอตัวช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ การอยู่กับผู้ป่วยแทนญาติขณะที่ญาติไม่อยู่และการส่งเสริมให้จิตใจสงบอยู่ในระดับปานกลาง ทางด้านสังคมพบว่าระดับการรับรู้การประเมินสภาพปัญหาสังคม การให้ความช่วยเหลือทางสังคม การหาวิธีช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกรณีมีปัญหา และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตวิญญาณพบว่าระดับการรับรู้ในทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหัวข้อการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยที่กำลังสิ้นใจพร้อมญาติ การช่วยทำหรือหาวิธีในการนำทางให้ผู้ป่วยตามความเชื่อของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิต การกล่าวคำอธิษฐานกรรมและไว้อาลัยกับผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบว่าไม่เกิดเหตุการณ์ เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลโดยรวมพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00, 0.02, 0.01 และ 0.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล จำแนกตามรายด้าน (n=246)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการดูแล
ด้านร่างกาย	3.77	0.38	มาก
ด้านจิตใจ	3.19	0.57	มาก
ด้านสังคม	3.18	0.52	มาก
ด้านจิตวิญญาณ	3.09	0.60	มาก
รวม	3.41	0.38	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลผู้ป่วย จำแนกตามรายด้าน (n=103)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการดูแล
ด้านร่างกาย	3.45	0.50	มาก
ด้านจิตใจ	3.01	0.66	มาก
ด้านสังคม	2.95	0.68	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	2.75	0.96	ปานกลาง
รวม	3.12	0.58	มาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	Sig
ด้านร่างกาย				
พยาบาล	3.77	0.38	5.65	0.00*
ผู้ดูแล	3.45	0.50		
ด้านจิตใจ				
พยาบาล	3.19	0.57	2.36	0.02*
ผู้ดูแล	3.01	0.66		
ด้านสังคม				
พยาบาล	3.18	0.52	2.78	0.01*
ผู้ดูแล	2.95	0.68		
ด้านจิตวิญญาณ				
พยาบาล	3.09	0.60	3.01	0.00*
ผู้ดูแล	2.75	0.96		
โดยรวม				
พยาบาล	3.41	0.38	3.52	0.00*
ผู้ดูแล	3.12	0.59		

*p<0.05

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณในระดับมาก ทั้งนี้เพราะวิชาชีพพยาบาลเชื่อว่าบุคคลเป็นองค์รวมและเป็นบูรณาการระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคลในสังคมและวัฒนธรรมหนึ่ง โดยเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลที่ไม่แบ่งแยกองค์ประกอบของบุคคลเป็นส่วนๆ แต่เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องเรื่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณและตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ ไชยเพชร และคณะ¹⁸ พบว่าพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นองค์รวมและตามมาตรฐาน โดยให้การดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันร้อยละ 88.5 ระบุว่ามีการใช้การดูแลแบบประคับประคองในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย¹¹ จากการศึกษาของอวยพร ภัทรภักดีกุล และคณะ¹⁹ พบว่าการรับรู้ของพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับทั่วไปขึ้นไปขึ้นไปในภาคใต้ของประเทศไทยโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลใน 10 อันดับสำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างสมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์²⁰ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วนโดยมุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมมากที่สุดมีสาเหตุจากปัจจัยแวดล้อมมากกว่าปัจจัยจากตัวพยาบาลเอง ปัจจัยแวดล้อมที่เป็นปัญหาในระดับมากคือ ทีมสุขภาพให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านร่างกายเป็นหลักและการมีภาระงานอื่น

มากทำให้การพยาบาลด้านจิตสังคมถูกละเลยไป²¹ แต่การเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีความครอบคลุมในแต่ละด้านเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่ภาครัฐมีนโยบายกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกแห่ง และในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เองก็ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการจัดอบรมแก่บุคลากร การพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต การจัดทำสื่อวิชาการ ตลอดจนการมีหน่วยชีวทันตภิบาลในการให้คำปรึกษา²² เมื่อพิจารณาการรับรู้ในรายข้อด้านจิตใจ พบว่าการส่งเสริมให้จิตใจสงบและการอยู่กับผู้ป่วยแทนญาติขณะญาติไม่อยู่ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากหอผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยสามัญระดับตติยภูมิที่มีจำนวนผู้ป่วย 35-40 เตียง ซึ่งพยาบาลมีภาระงานมากและผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย และเป็นโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอน มีบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นบรรยากาศที่สงบและการอยู่กับผู้ป่วยแทนญาติ ทำให้พยาบาลที่ดูแลประเมินการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีญา ด่านผาทอง¹³ พบว่าการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทรของพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษสูงกว่าหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยสามัญกึ่งวิกฤต และหออภิบาลผู้ป่วย เนื่องจากการมีภาระงานที่แตกต่าง และการศึกษาของ Kongsuwan และ Locsin²³ ที่พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการเสียชีวิตอย่างสงบ ด้านสังคมพบว่าการให้การช่วยเหลือทางสังคมและการหาวิธีในการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจกรณีมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในโรงพยาบาลที่ศึกษามีหน่วยงานสิทธิประโยชน์ที่รับผิดชอบโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วย หากผู้ป่วย/ผู้ดูแลประสบปัญหาทางการเงินหรือไม่สามารถดูแลส่วนทางด้านจิตวิญญาณการประเมินสิ่งที่มีความหมายหรือความผูกพันของผู้ป่วย การประเมินความหวังการหาวิธีในการนำทางตามความเชื่อของผู้ป่วยและการกล่าววโหสิกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก

การประเมินสิ่งที่มีความหมายและความหวังต้องอาศัยประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล การฝึกปฏิบัติ การมีความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาที่ต้องได้รับการฝึกโดยเฉพาะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu และ Lin²⁴ พบว่าพยาบาลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ด้านจิตวิญญาณสูงกว่า แต่จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย (4-5 รายต่อเดือน) และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ส่งผลให้การเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ของผู้ดูแลในการได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองพบว่าทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลที่ศึกษาอนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถอยู่กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระดับตติยภูมิ ทำให้พยาบาลต้องทำกิจกรรมพยาบาลรวมทั้งต้องตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้และประเมินการดูแลอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gelfman และคณะ¹² พบว่า ครอบครัวของผู้สูญเสียร้อยละ 65 ระบุว่าได้รับการตอบสนองและดูแลด้านอารมณ์และจิตวิญญาณเมื่อจำแนกรายข้อด้านจิตใจพบว่าระดับการรับรู้โดยการสัมผัสผู้ป่วย การเสนอตัวช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจ การอยู่กับผู้ป่วยแทนญาติขณะที่ญาติไม่อยู่และการส่งเสริมให้จิตใจสงบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะการเป็นหอผู้ป่วยระดับตติยภูมิ แม้ว่าพยาบาลจะมีการทำกิจกรรมพยาบาลเป็นระยะๆ แต่การมีภาระงานมากจากผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือเปลี่ยนแปลงมาก ส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถเสนอตัวช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลจึงสัมผัสการรับรู้ในหัวข้อเหล่านี้ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ของผู้ดูแลด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมตามที่ต้องการ⁹ และพยาบาลส่วนใหญ่ยังให้การดูแล

ด้านจิตวิญญาณไม่ครอบคลุมทุกด้าน โดยปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลด้านนี้ของพยาบาล คือ การขาดความรู้ ทักษะและแนวทางในการดูแลอย่างแท้จริงทำให้พยาบาลเกิดความกังวลใจในการดูแลด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้การดูแลด้านจิตวิญญาณจะต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ²⁵ แต่พบว่ามีความแตกต่างจากของพยาบาล โดยพบว่าการรับรู้ของพยาบาลสูงกว่าของผู้ดูแลเนื่องจากพยาบาลรับรู้ว่าจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญสำหรับการพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งจะทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายเพื่อช่วยให้บุคคลมีความสมดุลแบบองค์รวม การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตทำให้มีความต้องการด้านจิตวิญญาณมากขึ้นเพื่อเป็นที่พึ่งและเครื่องยึดเหนี่ยวที่จะส่งผลให้ชีวิตมีคุณค่า มีความหมายและมีความหวัง แต่สำหรับผู้ดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้าน เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดด้านจิตวิญญาณและแสดงออกด้านจิตวิญญาณในระดับที่ต่างกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งต้องเผชิญกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทำให้มีความวิตกกังวล สนใจเฉพาะปัญหาที่ทำให้ตนไม่สบายใจเท่านั้น ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ทำให้การรับรู้เรื่องต่างๆ ทั้งทางด้านการสื่อสาร การกระตุ้นความคิด/ความทรงจำและการกระตุ้นประสาทการรับรู้แควลงหรือลดลงตามไปด้วย¹⁹ ส่งผลให้การรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ป่วยน้อยกว่าการรับรู้การดูแลของพยาบาล นอกจากนี้การดูแลความต้องการการดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะเป็นความต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือในการปรับตัวกับความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น²⁶ ซึ่งต้องใช้ประสบการณ์ ทักษะและเวลาในการช่วยเหลือ

เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้การให้บริการทั้งหมดของพยาบาลได้ อาจเป็นเพราะอุปสรรคของการ

สื่อสารคือการเลือกเปิดรับข่าวสารเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตนเองหรือที่อยู่ในความสนใจ ตลอดจนเลือกรับรู้และเลือกตีความให้สอดคล้องกับความเชื่อหรือความต้องการของตนเอง¹⁹ และในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านบวกและลบซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพของผู้ป่วย/ผู้ดูแล²⁶ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลจะมีความต้องการด้านต่างๆเมื่อมีการตอบสนองทางลบต่อภาวะความเจ็บป่วยอาจทำให้การรับรู้ต่อการปฏิบัติการพยาบาลลดลงได้ และความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณก็มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล²⁷ ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยจะอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนา แต่อาจจะยังไม่เข้าถึงความต้องการที่แท้จริง และในการศึกษาของ Bradley และคณะ¹¹ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการมีความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นและต้องมีการฝึกปฏิบัติ นอกจากนี้ประสบการณ์เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การมีประสบการณ์มีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งต่างๆเพิ่มขึ้น กล้าที่จะเผชิญกับปัญหาสามารถคิดวิเคราะห์ห้อย่างรอบคอบและตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม²⁸ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลประเมินตนเองว่าให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองในแต่ละเดือนเฉลี่ย 4-5 ราย มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในระดับปานกลาง ดังนั้นหากการให้การดูแลไม่สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อ การรับรู้การดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณตามประสบการณ์ของพยาบาล การสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน และมีการประเมินผลลัพธ์การดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลครอบคลุมทุกมิติอย่างสมบูรณ์

สรุป

พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองมีการรับรู้ที่แตกต่างกันในทุกมิติของการดูแล การรับรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลอยู่ในระดับมากและสูงกว่าของผู้ดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. Sudarat S. End-of-life care in terminal illnesses. Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2007.
2. Leelananthakit S. End of life-concept-philosophy. manual of end of life care. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2005.
3. Bureau of Policy and Strategy [homepage on the Internet]. Bangkok: Public health statistics; 2010. [cited 2012 June 30]. Available from: http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf
4. Kuebler KK, Davis MP, Moore CD. Palliative practices: an interdisciplinary approach. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.
5. Harkness GA, Hood GH, Dincher JR. Total patients care; foundations and practice of adult health nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1992.
6. Backer BA, Hannon NH, Russell NA. Death and dying: understanding and care. 2nd ed. New York: Delmar; 1994.
7. Adeb-Seedi J. Stress amongst emergency nurses. Australas Emerg Nurs J 2002; 5: 19 - 24.
8. Sastranuruk S. Nurse in palliative care. In: Chamvej L, editor. Palliative care. Bangkok: O.S. Printing House; 2004; p.41 - 5.
9. Soothill K, Morris SM, Harman JC, et al. Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? Health Soc Care Community 2001; 9: 464 - 75.
10. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. The specialist palliative care nurse: a qualitative study of the patients' perspective. Int J of Nurs Stud 2006; 43: 1011 - 22.

11. Bradley EH, Cherlin E, McCorkle R, et al. Nurses' use of palliative care practices in the acute care setting. *J Prof Nurs* 2001; 17: 14 - 22.
12. Gelfman LP, Meier DE, Morrison RS. Does palliative care improved quality? A survey of bereaved family members. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 22 - 8.
13. Danphatong A. Nurses' perceptions of caring behavior for terminally ill patients in Phrae Hospital. *J Nurs Division* 2009; 36: 15 - 26.
14. Wright M, Hamzah E, Phungrassami T, et al. Hospice and palliative care in Southeast Asia: a review of developments and challenges in Malaysia, Thailand and the Philippines. New York: Oxford University Press; 2010; p.106 - 13.
15. Macnish K. Palliative care nursing. In: Penson J, Fisher RA, editors. *Palliative care for people with cancer*. 3th ed. New York: Oxford University Press; 2010; p.227.
16. Siljaru T. Research and statistic analysis with SPSS programme. 3rd ed. Bangkok: V Interprint; 2005.
17. Nilmanat K, Kongsuwan W, Sastranuruk S, et al. Barriers to provide psychosocial nursing care: the voices of nurses. *Songkla Med J* 2005; 23: 291 - 301.
18. Chaipetch O, Nilmanat K, Kong-in W, et al. ICU nurses' experience in caring for patients at the end of life. *Thai J Nurs Council* 2011; 26: 41 - 55.
19. Patrapakdikul U, Chunuan S, Sunthornwipat M. Spiritual care for hospitalized patients with chronic illness. *Thai J Nurs Council* 2010; 25: 100 - 110.
20. Brunton B, Beaman M. Nurse practitioners, perceptions of their caring behaviors. *J Am Acad Nurse Pract* 2000; 12: 451 - 6.
21. Sastranuruk S, Nilmanat K, Ongphokai Y, et al. Improving psychosocial care in medical units. *Songkla Med J* 2007; 25: 9 - 17.
22. Phungrassami T. Palliative care development in Songklanagarind Hospital, Thailand. In: Charnvej L, editor. *Palliative care*. Bangkok: O.S. Printing House; 2004; p.35 - 40.
23. Kongsuwan W, Locsin RC. Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *Int Nurs Rev* 2009; 56: 116 - 22.
24. Wu LF, Lin LY. Exploration of clinical nurses, perception of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res* 2011; 19: 250 - 6.
25. Buppha P, Sangchart B. Spiritual care in critically ill persons perceived by nurses and patients. *J Nurs Sci Health* 2012; 35: 62 - 71.
26. Nilmanat K. *The end of life care*. Songkhla: Chanmuang; 2012.
27. Esther Mok, Frances Wong, Daniel Wong. The meaning of spirituality and spiritual care among Hong Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs* 2009; 66: 360 - 70.
28. McCormick JE, Ilgen D. *Industrial and organizational psychology*. 8th ed. Englewood: Prentice-Hall; 1985.