

# อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

พิทยาภรณ์ นวลสีทอง<sup>1</sup>

ประณีต ส่องวัฒนา<sup>2</sup>

สุดศิริ หิรัญชุนหะ<sup>3</sup>

Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries

Nualsrithong P, Songwathana P, Hirunchunha S.

Vachira Phuket Hospital, Phuket, 83000, Thailand

Department of Surgical Nursing,

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2006;24(3):153-161

## Abstract:

The purposes of this study were to identify fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries. One hundred and twenty caregivers attending at the surgical and neurosurgical wards in Trang and Hat Yai Hospitals were observed for this study. Data were collected using a set of interview questionnaires which included caregiver and patient demographic data, a fatigue assessment questionnaire, a fatigue characteristic data sheet using Piper's framework, and an open-ended questionnaire for fatigue management using Dodd's framework. The questionnaires were examined by three experts and pre-tested for reliability, which was found to be 0.88. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

<sup>1</sup>พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อ.เมือง จ.ภูเก็ต 83000

<sup>2</sup>RN., Ph.D. (Tropical Health) รองศาสตราจารย์ <sup>3</sup>RN, DNS (Nursing Science) อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 6 กันยายน 2548 รับลงตีพิมพ์วันที่ 31 มีนาคม 2549

The results were as follows: 1. The mean total scores of fatigue assessed by caregivers were at a moderate level. The main characteristics of fatigue identified by caregivers were being tired/exhausted, being unable to think clearly or figure things out, feeling sad, drowsiness, weakness, and being forgetful. 2. Two main methods were used by caregivers to manage their fatigue, using medication and using non-pharmacological methods such as finding time to relax, resting, exercising, getting support from friends or family, getting a massage and eating much food. More than 50% of the subjects used some of these methods according to the situation or symptoms and usually spent time not more than one hour one hour per day for reduction of their symptoms in the hospital.

This study provides some evidence to help nurse's in plan and help caregivers of hospitalized patients with head injuries. Based on these findings, we recommend that the care of caregivers should be promoted and supported continuously from hospital to home.

**Key words:** caregivers of head injury patients, fatigue, fatigue management

## บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และศัลยกรรมประสาทในโรงพยาบาลตราง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าและลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของ Piper และแบบสอบถามการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามกรอบแนวคิดของ Dodd ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามการจัดการอาการเหนื่อยล้า ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมที่ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีการประเมินอาการเหนื่อยล้าขณะอยู่ในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยระบุลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น คือ 1) หมดแรง 2) คิดอะไรไม่ออก 3) ไม่สบายใจ 4) ง่วงนอน 5) ร่างกายอ่อนแอลง และ 6) หลงลืม 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2 วิธีหลัก คือ 1) จัดการโดยใช้ยา และ 2) จัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ หาเวลาในการผ่อนคลายอารมณ์ นอนหลับ พักผ่อน ยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น สร้างกำลังใจ นวด และรับประทานมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การจัดการตามสถานการณ์หรือตามอาการที่เกิดขึ้น และใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน สถานที่ที่ใช้ในการจัดการ คือ ภายในหอผู้ป่วย

ดังนั้น พยาบาลควรมีแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการเหนื่อยล้าให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวได้ และควรส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และพร้อมจะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

**คำสำคัญ:** ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ, อาการเหนื่อยล้า, การจัดการอาการเหนื่อยล้า

## บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะถือว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงและพบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทย สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะที่พบมากที่สุด คือ การได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบก ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นจักรยานยนต์มากที่สุด และมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี<sup>1-2</sup>

จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2542 พบว่า การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมากและเป็นการตายก่อนวัยอันสมควร นอกจากนี้ยังพบว่า ผลของการบาดเจ็บศีรษะทำให้บุคคลเกิดความพิการ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมดหรือต้องการการดูแลทดแทนทั้งหมด<sup>3</sup> จึงจำเป็น

ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่นให้เขามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว

ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกและจากการที่ผู้ป่วยยังหลงเหลือรอยโรค ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย<sup>4-5</sup> ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อให้หาย บรรเทา หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น<sup>6</sup>

ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมา มักพบการศึกษาในภาพรวมเกี่ยวกับภาระหน้าที่ของผู้ดูแลบทบาทของผู้ดูแล ผลกระทบของผู้ดูแล และเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะพักฟื้นที่บ้านเป็นส่วนใหญ่<sup>7-9</sup> ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่ามีการศึกษาเพียงเล็กน้อย และเป็นการศึกษาในอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น<sup>10</sup> แต่ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รวมทั้งยังขาดการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และผู้ดูแลต้องเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีอาการเหนื่อยล้าให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวได้และเป็นการช่วยส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปพักผ่อนที่บ้าน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับอาการเหนื่อยล้าและลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

#### คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับใดและอธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างไร

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าอย่างไร

#### กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ<sup>11</sup> และแนวคิดอาการเหนื่อยล้าของ Piper<sup>12</sup> เป็นแนวทางในการศึกษา

Dodd และคณะ ได้สร้างแบบจำลองการจัดการอาการที่กล่าวว่าอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความทุกข์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม แบบจำลองการจัดการอาการ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์อาการ 2) กลวิธีการจัดการ และ 3) ผลลัพธ์ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะมีปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม<sup>11</sup> เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้น ทั้งในส่วนของ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดอาการเหนื่อยล้าของ Piper<sup>12</sup> มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์

จากแนวคิดดังกล่าว อาการเหนื่อยล้าถือว่าเป็นประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเป็นการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ดูแลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก โดยผู้ดูแลมีการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อด้านต่างๆ และเมื่อผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อให้สามารถบรรเทาหรือหายจากอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการอาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การจัดการโดยใช้ยา และ 2) การจัดการโดยไม่ใช้ยา

#### วัตถุประสงค์และวิธีการ

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่เป็นผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่มีสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมากที่สุด 2 ลำดับแรก คือ โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้งนี้

ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่เป็นผู้ดูแลหลักและดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 3 วันโดยไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าจ้างที่สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ จำนวน 120 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย  
2. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดอาการเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ<sup>13</sup> ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก ด้านสติปัญญาและอารมณ์

3. แบบสอบถามลักษณะอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นคำถามเชิงคุณภาพที่สร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของ Dodd และคณะ<sup>11</sup>

**การตรวจสอบเครื่องมือ**

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัดอาการเหนื่อยล้าด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ 0.88 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามลักษณะอาการและการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์จับบันทึกและใช้บันทึกเสียง ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้**

1. ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด พบกลุ่มตัวอย่างและทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเก็บข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตในการบันทึกเทปหรือจดบันทึกข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า

3. ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ก่อนนำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Windows ใช้สถิติวิเคราะห์แบบบรรยาย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ผู้ดูแลหลักจำนวน 120 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี (SD=11.82) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 87.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 65.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-7,000 บาท ร้อยละ 39.2 โดยส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 60.8 สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 46.7 ของผู้ป่วยใช้สิทธิพระราชบัญญัติ (พรบ.) นอกจากนี้ ร้อยละ 46 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการเงินของครอบครัวมาก และร้อยละ 68.3 ประเมินว่ามีสุขภาพไม่แข็งแรง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็นมารดาและภรรยา ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 30 โดยให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3-7 วันถึงร้อยละ 63.3 ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันอยู่ในช่วง 19-24 ชั่วโมง (สูงสุด = 24 ชั่วโมง, ต่ำสุด = 6 ชั่วโมง) รวมทั้งพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก่อน และร้อยละ 75 ไม่เคยได้รับการอบรม/ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแล พบว่า ร้อยละ 94.2 เป็นเพศชาย เฉลี่ย 34.9 ปี (SD=17.08) ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย (GCS=14-15 คะแนน) และสภาพผู้ป่วยในปัจจุบันพบว่าไม่มีความพิการ โดยร้อยละ 48.3 ของผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ปกติ ผู้ป่วยร้อยละ 45.8 มีการใช้อุปกรณ์พิเศษ ได้แก่ ท่อเจาะคอ/ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ

### 2. ระดับอาการเหนื่อยล้า

กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการเหนื่อยล้าของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อประเมินตามรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้สึกที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

### 3. ลักษณะอาการเหนื่อยล้า

กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และประสบการณ์ที่ได้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมี 6 ลักษณะ ได้แก่ หหมดแรง คิดอะไรไม่ออก คิดมาก ง่วงนอน ร่างกายอ่อนแอลง และหลงลืม โดยพบว่า หหมดแรงเป็นลักษณะอาการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกมากที่สุด ดังตารางที่ 2 และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน

อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล	ค่าคะแนน น้อยที่สุด	ค่าคะแนน มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับอาการ เหนื่อยล้า
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	1.33	8.67	4.97	1.56	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความหมาย/เจตคติ	2.60	10.00	6.69	1.62	ปานกลาง
ด้านความรู้สึก	3.80	10.00	7.24	1.41	มาก
ด้านสติปัญญาและอารมณ์	1.50	9.00	5.23	1.72	ปานกลาง
โดยรวม	3.45	8.77	5.95	1.16	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. หหมดแรง	82	45.8
2. คิดอะไรไม่ออก	40	22.3
3. คิดมาก	26	14.5
4. ง่วงนอน	13	7.3
5. ร่างกายอ่อนแอลง	13	7.3
6. หลงลืม	5	2.8

3.1 หหมดแรง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.8 อธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่ารู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...เป็นอาการที่เราารู้สึกว่าเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...เป็นอาการที่เราารู้สึกว่าเหนื่อย ตอนนั้นเรารู้สึกเหนื่อยมาก ๆ ไม่ค่อยมีแรงเลย จะไม่ให้เหนื่อยได้หรือ (อย่างไร) เผื่อเราก็เผื่ออยู่คนเดียว แล้ววัน ๆ หนึ่งเผื่อทั้งวันทั้งคืน นอนก็แทบจะไม่ได้นอนเลย..." (รายที่ 11 เพศหญิง อายุ 28 ปี)

3.2 คิดอะไรไม่ออก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.3 อธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นอาการที่คิดอะไรไม่ออก ต้องใช้เวลาในการนึก/คิดนานมากกว่าปกติ หรือการที่กลุ่มตัวอย่างอยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย ไม่ต้องคิด ไม่ต้องทำอะไร ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...รู้สึกเพลียมาก ๆ รู้สึกว่าเราไม่ไหวแล้ว สุด ๆ แล้ว ต้องทำอะไรอย่างอื่นบ้าง คือเวลาที่เราคิดอะไรสักอย่างไม่ค่อยออก หัวมันตื้อ ๆ..." (รายที่ 30 เพศหญิง อายุ 34 ปี)

3.3 ไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.5 อธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นอาการเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจในการดูแลผู้ป่วย ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...รู้สึกเลยว่ามันเป็นอาการที่เกิดจากการที่เราคิดมาก กังวลมากเกินไปในอาการของคนไข้ กลัวสารพัดว่าคนไข้จะไม่เหมือนเดิม ทำให้เรารู้สึกกลัวไปหมด..." (รายที่ 90 เพศหญิง อายุ 51 ปี)

3.4 ง่วงนอน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.3 อธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่า ง่วงนอน อยากพัก ตั้งตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า "...อยู่เพลีย ๆ อยากที่จะนอนตลอด รู้สึกง่วงอยู่ตลอดเวลา ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้ มันง่วงเหมือนคนนอนไม่เต็มตื่น ไม่เต็มที่ไม่มันแปลกที่ไม่เคยชิน ตอนกลางคืนก็เลยนอนไม่ค่อยหลับ ..." (รายที่ 59 เพศชาย อายุ 48 ปี)

3.5 ร่างกายอ่อนแอลง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.3 อธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้า ว่าเป็นอาการที่รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง บางครั้งเกิดการเจ็บป่วยขณะให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เป็นไข้ เป็นลม เป็นต้น ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...จะไม่ให้มันเหนื่อยมันล้า ได้อย่างไร แก้กี้แกแล้ว แต่ต้องมาอดหลับ อดนอน ธรรมดาในร่างกายมันก็ไม่ค่อยมีแรงอยู่แล้ว ก็อายุตั้งขนาดนี้แล้วจะให้แรงเหมือนคนหนุ่มคนสาวไม่ได้หรอก นี่ก็มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เป็นความดัน พอยิ่งต้องมาคอยเผื่อคนเจ็บอีก ดูแต่คนไข้ บางทีก็ลืมกินยาความดันของตัวเอง ร่างกายมันก็ยิ่งล้า ต้องอ่อนแอลงเป็นธรรมดา..." (รายที่ 29 เพศชาย อายุ 42 ปี)

3.6 หลงลืม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.8 มีลักษณะอาการเหนื่อยล้าว่า ทำให้หลงลืมได้ง่าย จำอะไรไม่ค่อยได้ ตั้งคำบอกเล่าที่ว่า "...จำอะไรไม่ค่อยได้ ชี้หลงชี้ลืม หยิบโน่นลืมนี้ เต็มใจคิดจะทำอะไร พอสักพักนึกไม่ออกแล้วว่าจะทำอะไร บางทีต้องคอยบอกให้ลูก ๆ ช่วยเตือนโน่นเตือนนี่บ้าง..." (รายที่ 45 เพศหญิง อายุ 46 ปี)

#### 4. การจัดการอาการเหนื่อยล้า

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่หลากหลายมากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก คือ 1) จัดการโดยใช้ยา และ 2) จัดการโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ผ่อนคลายอารมณ์ นอนหลับพักผ่อน ยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น สร้างกำลังใจ นวด และรับประทานมากขึ้น โดยมีรายละเอียดของการจัดการแต่ละวิธีดังนี้

4.1 การจัดการโดยใช้ยา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.3 มีไข้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ซึ่งยาที่นำมาใช้ในการจัดการ ได้แก่ ยาแก้ปวด (เช่น พาราเซตามอล) ยานอนหลับ ยาคลายเครียด และยาต้ม โดยกลุ่มตัวอย่างมักซื้อยาที่ร้านขายยาหรือร้านขายของบริเวณหน้าโรงพยาบาลมารับประทานเอง ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...มันเพลียมากแต่นอนไม่หลับ อยู่เหมือนคนไม่มีแรง ก่อนหน้านี้ก็ทำโน่นทำนี่ให้มันหายเหนื่อย หายล้า แต่มันก็ไม่ดีขึ้น เลยไปซื้อยานอนหลับมากิน..." (รายที่ 10 เพศหญิง อายุ 44 ปี)

4.2 การจัดการโดยไม่ใช้ยา จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา มากที่สุดถึงร้อยละ 86.7 ซึ่งแต่ละคนใช้มากกว่าหนึ่งวิธีการ ได้แก่ 1) ผ่อนคลายอารมณ์ 2) นอนหลับพักผ่อน 3) ยืดเส้นยืดสาย 4) ทำตัวให้สดชื่น 5) สร้างกำลังใจ 6) นวด และ 7) กินมากขึ้น ดังรายละเอียดนี้

4.2.1 ผ่อนคลายอารมณ์ เป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด ร้อยละ 45.7 โดยมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ 1) พูดคุยกับบุคคลอื่น 2) อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี 3) นั่งเฉยๆ 4) เดินไปทำอย่างอื่น 5) ร้องไห้ 6) สูดลมหายใจ และ 7) นั่งสมาธิ ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...วัน ๆ ไม่ค่อยได้ทำอย่างอื่นเลย นอกจากเฝ้าคนไข้ อยู่แต่กับคนไข้ตลอดเลย บางทีก็รู้สึกเหนื่อยมาก ปวดหัว ก็จะเดินออกมาคุยกับญาติเตียงอื่นบ้าง... พอได้คุยกับคนอื่นบ้างจะรู้สึกดีขึ้นมาก..." (รายที่ 12 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

4.2.2 นอนหลับพักผ่อน เป็นวิธีการที่พบรองลงมา โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.2 จัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยการนอนหลับพักผ่อน หรืองีบหลับ ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...นอนเลย นอนให้เต็มที่ทั้งกลางวัน แล้วก็กลางคืน เพราะว่ากลางคืน ถ้าเรานอนไม่เต็มที่ พอตอนตื่นขึ้นมาเราก็จะเพลียอยู่เหมือนคนไม่มีแรง..." (รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 28 ปี)

4.2.3 ยืดเส้นยืดสาย กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 7.1 มีการยืดเส้นยืดสาย เพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยการเปลี่ยนอิริยาบถ และออกกำลังกาย ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...ไม่ได้ทำอะไรมาก แค่ลุกขึ้นยืนบิดตัวข้างๆ เติงคนไข้ตรงนั้นเลย เหมือนเราเอาตัวชี้เกี่ยวจอกออกไป บิดสัก 4-5 ที ซ้ายที ขวาที ก็ค่อยยังชั่วขึ้น..." (รายที่ 35 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

4.2.4 ทำตัวให้สดชื่น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.8 พยายามใช้วิธีการทำให้ร่างกายสดชื่นเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า โดยการอาบน้ำ หรือล้างหน้า-ล้างตา ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...อาบน้ำเรียกความสดชื่นให้กลับมาเลย พอเรารู้สึกว่าร่างกายเราไม่ไหว

มันรู้สึกเพลียก็ไปอาบน้ำ เพราะว่าพออาบน้ำแล้วมันรู้สึกสดชื่น ออกมาทาแป้งเย็นๆ เข้าไปอีก แค่นี้ก็รู้สึกสดชื่นขึ้น..." (รายที่ 14 เพศชาย อายุ 67 ปี)

4.2.5 สร้างกำลังใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.4 มีการสร้างกำลังใจให้ตนเองเพื่อช่วยในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยให้เหตุผลว่าเมื่อใช้การจัดการดังกล่าวแล้วทำให้มีความสบายใจมากขึ้น การสร้างกำลังใจ ได้แก่ 1) ดูอาการผู้ป่วยเตียงอื่น 2) ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ 3) นึกถึงบุตร และ 4) สวดมนต์ ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...เดินไปดูเตียงโน้น เติงนี้บ้าง ว่าเออบางทีลูกเขาเป็นหนักกว่าลูกเราลาว แต่เขายังยิ้มสู้ได้ แบบนี้ มันก็เหมือนกันทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับเราแล้วทำให้เราเครียด กังวล ก็จะได้ดีขึ้น..." (รายที่ 53 เพศหญิง อายุ 41 ปี)

4.2.6 นวด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 รายเท่านั้น ที่ใช้การนวดหรือการบีบบริเวณร่างกาย เป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...เช็ดเมื่อยไปหมด เหมือนเส้นแข็ง ก็บีบๆ นวดๆ ทำเองด้วยตัวเองแหละ เพราะไม่รู้จะให้ใครช่วย เกรงใจเขา นั่งบีบๆ แขน ขา ทูบๆ มันลึกลับ..." (รายที่ 87 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

4.2.7 กินมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เช่นกันที่ใช้วิธีการรับประทานอาหารให้มากขึ้นเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยเฉพาะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มพลังงานให้ร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า "...ส่วนมากที่ทำ ก็จะพยายามหาของกินมาเสริม โดยเฉพาะของที่มีประโยชน์ เหมือนพวกของบำรุง พวกนม พวกแบริน มันช่วยให้เราได้เพิ่มพลัง..." (รายที่ 14 เพศชาย อายุ 67 ปี)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการที่สามารถทำได้ภายในโรงพยาบาล ขณะดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยมิต้องละทิ้งผู้ป่วย

## วิจารณ์

1. ระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และส่วนใหญ่ยังมีความสัมพันธ์เป็นมารดาและภรรยา ซึ่งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยส่งผลให้มีความสนใจ เอาใจใส่ มีกำลังใจ แรงจูงใจและเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย<sup>14-15</sup> นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแล

ผู้ป่วยระยะเวลาเพียง 3-7 วัน ซึ่งมีผลต่อการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ามีประเด็นที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งมักพบว่าระดับความพิการหรือความบกพร่องของผู้ป่วยมีผลต่ออาการเหนื่อยล้าในการดูแลโดยระดับความพิการของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงลักษณะงานปริมาณงาน และความต้องการการดูแลจากตัวผู้ดูแล<sup>9, 11, 15-16</sup> การศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 50 มีระดับความพิการเล็กน้อย (GCS=14-15) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงมีความต้องการการดูแลในระดับพื้นฐานที่ผู้ดูแลสามารถจัดการได้ อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ดังนั้นผลการศึกษาระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างน่าจะอยู่ในระดับเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะถือว่าเป็นการบาดเจ็บที่อันตรายและเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลแก่ครอบครัวและผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย จึงมีผลให้ประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้สึกอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมากที่สุดคือ สดชื่น/เหนื่อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเมินการบาดเจ็บของผู้ป่วยว่าอันตราย ทำให้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยความเป็นห่วงกลัวว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย นอกจากนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักอยู่ในสภาพสับสน เอะอะไว้อายวาย ดิ้นและมักดึงอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย เช่น สายให้อาหาร ท่อช่วยหายใจ สายสวนคาปัสสภาวะ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลอย่างอย่างระมัดระวังตลอดเวลาเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เกิดความเหนื่อย หดแรงแรง จึงส่งผลต่อการประเมินอาการเหนื่อยล้าด้านความรู้สึกอยู่ในระดับมาก

## 2. ลักษณะอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นลักษณะอาการที่หมดแรงแรงมากที่สุด (ร้อยละ 45.8) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลามาเป็นระยะเวลาที่มากกว่า 3 วัน ประกอบกับกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยมีหลายอย่าง รวมถึงต้องคอยเฝ้าระวังผู้ป่วยในการดื่มน้ำต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยเป็นอย่างมาก ไม่มีแรง สอดคล้อง

กับการศึกษาที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตัวเอง โดยเป็นความรู้สึกที่เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมากและไม่มีที่สิ้นสุด มีความอ่อนแรงทั่วไปทั้งร่างกาย และจิตใจ รู้สึกหมดแรงแรงหรือหมดกำลังใจ ส่งผลให้รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ<sup>12, 17-18</sup> รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างได้อธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลว่าเป็นอาการที่คิดอะไรไม่ออก โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน และผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลยังมีความบกพร่องด้านพฤติกรรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยเฝ้าดูผู้ป่วยทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน กลุ่มตัวอย่างจึงมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้กระบวนการคิดลดลง ปวดศีรษะ ตื้อๆ มึนงง ซึ่งการที่ร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานานจะมีการนำเอาพลังงานที่สะสมมาใช้ ทำให้บุคคลมีอาการปวดศีรษะ<sup>5</sup> จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้และระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน

## 3. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการจัดการเพื่อให้สามารถบรรเทา หรือหายหรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยามากกว่าการใช้ยา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยามักเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 28 วัน กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องหลายวันหรือเป็นเดือน และไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ คือ ยานอนหลับ ยาลดอาการปวดศีรษะ ยาคลายเครียด และยาอดม กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ยา เนื่องจากใช้แล้วเห็นผลมากที่สุดและสามารถช่วยบรรเทาอาการได้ดีขึ้น

ส่วนวิธีการหลักที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าคือ การไม่ใช้ยา (ร้อยละ 86.7) ซึ่งมีวิธีที่หลากหลาย ได้แก่ การพักผ่อนคลายอารมณ์ เช่น พุดคุยกับบุคคลอื่น อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี เป็นต้น โดยเป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้สนใจในเรื่องอื่นชั่วคราวหรือที่นำสนใจมากกว่า รวมถึงเป็นวิธีการพักผ่อนที่ช่วยการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ซึ่งการจัดการดังกล่าวเป็นวิธีที่ส่วนใหญ่ใช้เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยล้าที่มีอยู่ดีขึ้น หรือหายเป็นปกติ<sup>19</sup> การนอนหลับพักผ่อนเป็นอีกวิธีหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.2

ใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้มีการประเมินสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการที่พักผ่อนไม่เพียงพอ มีแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การพักผ่อนนอนหลับถือว่าเป็นรูปแบบการจัดการที่สำคัญอย่างมากเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับที่เพียงพอจะมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาและสะสมพลังงานและนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย<sup>20-21</sup> นอกจากนี้การจัดการกับอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีการจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า คือ ยืดเส้นยืดสายร้อยละ 7.1 โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น เดินออกกมซื้อของหน้าโรงพยาบาล หรือออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิกซึ่งเป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น การมีกิจกรรม/การออกกำลังกายที่เหมาะสมช่วยรักษาพลังงานของร่างกายและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย<sup>22</sup> แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ยังมีการใช้การออกกำลังกายน้อยมาก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะปกตินิสัยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการออกกำลังกายหรือไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นประจำ รวมทั้งขาดการกระตุ้นหรือแนะนำจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาล

สรุป กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน จึงมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นที่หลากหลายขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการและประสบการณ์การจัดการตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง วิธีการจัดการดังกล่าวสามารถทำได้ภายในโรงพยาบาลขณะให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นพยาบาลหรือทีมสุขภาพจึงควรมีการประเมินอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล รวมถึงมีความเข้าใจในพื้นฐานความเชื่อในแต่ละบุคคลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลทุกวัน และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้า เช่น การจัดห้องพักผ่อน และจัดช่วงเวลาให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน/นอนหลับ จัดบริการนวดไทย เป็นต้น
2. พยาบาลควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพผู้ดูแลภายในหอผู้ป่วย ได้แก่ การบริหารร่างกาย เช่น โยคะ ไทเก๊ก เป็นต้น โดยจัดช่วงเวลาบริหารร่างกายเป็นประจำทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที
3. พยาบาลควรให้ความรู้และฝึกทักษะดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดทำคู่มือสำหรับผู้ดูแล จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแลและวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าระหว่างผู้ดูแลภายในหอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

4. พยาบาลควรมีการศึกษาอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ดูแลทั้งหมดที่อยู่ในหอผู้ป่วย ทางระบบประสาทที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไป เช่น กลุ่มผู้ดูแลที่ให้การดูแลบาดเจ็บระบบประสาท หรือบาดเจ็บไขสันหลัง หรือทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบในการลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแล

#### สรุป

จากผลการศึกษา อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมักเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลและเป็นห่วงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการเหนื่อยล้าโดยวิธีการทำให้ร่างกายแข็งแรงและสดชื่นขึ้น สร้างกำลังใจ นอกจากนี้ผู้ดูแลมักจัดการอาการเหนื่อยล้าข้างเตียงผู้ป่วยและใช้เวลาอันสั้น เนื่องจากเป็นห่วงอาการของผู้ป่วย ไม่อยากละทิ้งผู้ป่วยเป็นเวลานาน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล การพยาบาลเพื่อลดหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ อันนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. กองสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนตายด้วยอุบัติเหตุต่างๆ; 2546 [เข้าถึง มิ.ย. 10 2547]. จาก: <http://www.moph.go.th/ops/bhpp/act.html>.
2. Hudak CM, Gallo BM, Morton PG. Critical care nursing: a holistic approach. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.
3. ประณีต สังวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา คู่พันธ์วี, ปัทมา โลหเจริญวิช, กาญจนา แรกพิณีจ. การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2543;15:1-50.
4. Matthis EJ. Top 20 educational wants of current family caregivers of disabled adults. Home Healthcare Nurse 1991;9:23-5.
5. Piper BF. Fatigue. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, editors. Pathophysiological phenomena in



- nursing: human responses to illness. 2nd ed. Philadelphia: WB. Saunders; 1993:279-302.
6. Piper BF. Measuring Fatigue. In: Frank-Stromborg M, Olsen SJ, editors. Instruments for Clinical Research Health-Care. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 1997: 482-96.
  7. จินตนา สมนึก. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการทางการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2540.
  8. นันทพร ศรีน้อม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
  9. สุดศิริ ทิรัญชุลหะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลดุขุภัณฑ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
  10. กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหักพื้น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
  11. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33:668-76.
  12. Piper BF. Fatigue. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, editors. Pathophysiological phenomena in nursing: human responses to illness. St Louis: WB. Saunders; 2003:209-34.
  13. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revise Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 1998;14:17-23.
  14. จอม สุวรรณโณ. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 2541;47:147-57.
  15. ดาริกา ธารบัวสวรรค์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระดับความพิการของผู้ป่วยกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2542; 1436-45.
  16. ยุพดี กฤษณะจุฑะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาผู้สูงอายุกับระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลสาธารณสุข 2544; 15:69-77.
  17. วิชราภรณ์ โต๊ะทอง. แบบแผนอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
  18. Piper BF, Lindsey A, Dodd MJ. Fatigue mechanism in cancer patient: developing nursing theory. Oncol Nurs Forum 1998;14:17.
  19. อภิรดี ลดาวรรษ. การสำรวจอาการที่พบบ่อย และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
  20. สุดประนอม สมันตเวคิน. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 2546;28:50-7.
  21. Lee KA, Portillo CJ, Miramontes H. The influence of sleep and activity patterns on fatigue in woman with HIV/AIDS. J Associate Nurs AIDS Care 20001;12:19-27.
  22. Edmond M, Mc Guire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. [homepage on the Internet] [cite 2004 June 15]. Available from: [http://ncbi.nlm.gov/ntrez/query.fcgi.cmd.Fcgi?cmd&db=pubmed&dopt=Abstract&list\\_uids=15266475](http://ncbi.nlm.gov/ntrez/query.fcgi.cmd.Fcgi?cmd&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15266475).